

La specializzazione in Chirurgia Generale d'Urgenza: cosa fare?



Ann. Ital. Chir., 2008; 79: 73-76

Enrico Cavina

Durante il Congresso S.I.C.U.T. di Napoli (5-6 Dicembre 2007) si sono create le condizioni per una decisa e documentata azione ufficiale della SICUT utile alla definizione dei criteri specialistici per la formazione del Chirurgo Generale d'Urgenza.

Questa azione dovrebbe basarsi su due considerazioni di ordine generale :

- la non – accettazione dell'assurda cancellazione "Europea" delle Scuole di Specializzazione di Chirurgia Generale ad indirizzo di Chirurgia d'Urgenza, quali presenti in Italia ;

- il paradosso della contemporanea creazione ("metamorfosi" – Journal Amer.Coll.Surg – 2005-2007) di Scuole simili in U.S.A. (ACUTE CARE SURGERY - http://www.aast.org/acute_care_surgery.aspx?id=1250) quale indispensabile ammodernamento delle "fellowships" (Specializzazioni) di Chirurgia, citandosi peraltro il "modello Europeo". I principi dottrinali - che in USA sembravano esclusivi per la "Trauma Surgery" – rimangono propriamente quelli riconosciuti come basilari : il chirurgo impegnato nelle emergenze/urgenze deve possedere una conoscenza e preparazione approfondite delle tecniche chirurgiche routinarie e più avanzate, mai disgiunte dalla altrettanto profonda conoscenza – applicativa nella cura – della fisiopatologia del paziente acuto (trauma e non-trauma). Questa condizione speciale, e quindi obiettivo formativo, non può essere acquisito nelle occasionali (turnazioni) o temporanee applicazioni di formazione del "semplice" Chirurgo Generale per l'elezione, ma necessita di un continuativo approfondimento ed esercizio quali possono essere organicamente previsti solo in Scuole "ad indirizzo", sviluppate nel temporale percorso delle Scuole di Chirurgia Generale (2/3 + 3/2 anni di studio di specializzazione). In tal senso non possono essere considerati validi – per il sistema stesso dell'Emergenza - Corsi, Master, ATLS e quant'altro, limitati nel tempo ed applicabili in un periodo post-specialistico, mantenendo comunque queste opportunità didattiche una loro propria validità nell'aggiornamento professionale continuo (rif.ECM).

Il sistema Ospedaliero e territoriale delle Emergenze neces-

sita di avere, operativi e qualificati Specialisti veri che possano essere reclutati -già formati- in un'età utile (30-40 anni) a gestire il duro lavoro ed impegno chirurgico dell'urgenza, capaci di proiettarsi nella crescita stessa del sistema. La Chirurgia dovrà essere ovviamente integrata con i Medici d'Urgenza che operano nei Dipartimenti di Accettazione e d'Urgenza.

Le implicazioni sociali sono evidenti per il corretto approccio che le istituzioni devono prevedere per le urgenze routinarie da patologie acute non-traumatiche e traumatiche, nonché per le maxi - emergenze ormai frequentissime (atti criminosi di massa, disastri e catastrofi, terrorismo e bioterrorismo, conflitti bellici ecc.).

Queste esigenze sono sempre più acute nel mondo moderno: si tratta di pianificare la salvaguardia della vita stessa delle genti delle Società più avanzate oggetto degli insulti negativi delle tecnologie (infortunistica stradale e lavorativa) e della c.d. "globalizzazione", e -di concerto- le stesse Società più avanzate dovranno proiettarsi a sviluppare nel settore la crescita culturale,formativa,organizzativa delle Società sottosviluppate.

L'evento acuto –quello propriamente di pertinenza chirurgica- e che colpisce il corpo umano, necessita della cura qualificata di un chirurgo Specialista per "esso paziente acuto". Questo Chirurgo, cresciuto su completa base di formazione generalista,dovrebbe saper poi applicare le proprie conoscenze superspecialistiche e coordinare l'integrazione di altri Specialisti con competenze varie chirurgiche (ortopedia, neurochirurgia, chirurgia maxillofaciale, ustioni ecc.) e non-chirurgiche (medici d'urgenza, rianimatori, intensivisti, cardiologi, tossicologi ecc.). Per quanto ci riguarda è quindi perfetta la dizione "ACUTE CARE SURGEON". È certo che –laddove manca od è insufficiente questa figura di Specialista – la mortalità chirurgica (morti evitabili) da urgenza o post-urgenza risulta molto più elevata : al di là di considerare che quanto stiamo dicendo dovrebbe essere del tutto intuitivo, esistono dati scientifici ("evidence based surgery") e studi di sistema sanitario che supportano questi elementi di base culturale per le emergenze/urgenze.

Un'adeguata ricerca sul motore di ricerca "Google" ("googling") con voci quali "acute care surgery", "emergency surgery", "trauma surgery", "surgical intensive care" offre una grande quantità di dati bibliografici e scientifici diretti facilmente consultabili.

Sono molto significativi alcuni di questi dati :

Per la corrispondenza: Prof. Enrico Cavina, Via Serraloggia 31, 60044 Fabriano (Ancona) (e-mail:ecavina@lycos.com).

– Several intrepid centers already have begun assimilating acute care surgery into their departments with impressive results for their patients (Jurkovic G.J.-2006)
– Changes in Surgical Education: What does the Future Hold?

– Education and training of the future trauma surgeon in acute care surgery: trauma, critical care, and emergency surgery (Spain D.A., Miller F.B. – Am J Surg 190, 212, 2005).

– Surgery: Acute care surgery: the surgery program – Progressive specialization within general surgery (K.B. Stitzenberg and G.F. Sheldon – linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0039606006007136) Proposizione operativa. Esistendo quindi in Italia un blocco – vorrei dire “burocratico” – delle Scuole di Specializzazione di Chirurgia d’Urgenza ed altresì andando estinguendosi le Scuole di Chirurgia Generale ad indirizzo Chirurgia d’Urgenza, occorre – a mio avviso – reagire subito a livello Nazionale ed Europeo / Internazionale con un’azione dura organica finalizzata alla ufficializzazione – anche legislativa – delle esigenze formative di un “acute care surgeon” così com’è in corso oggi in USA.

A questo compito di pressione accademica finalizzata alle “legislazioni”, dovrebbero essere chiamate oltre alla SICUT (suo proprio dovere istituzionale), la Società Italiana di Chirurgia (SIC), il Collegio dei Chirurghi, l’Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI), i Collegi dei Professori Universitari. Appare indispensabile lo stretto collegamento con la European Society Trauma Emergency Surgery (ESTES) recentemente nata dall’unione della European Association Trauma Emergency Surgery e della European Trauma Society.

Come si potrebbe procedere?

Innanzitutto occorrerebbe effettuare una ricerca “anagrafica” Italiana sullo stato delle strutture chirurgiche (risorse) che – in maniera organica od occasionale – operano nelle urgenze chirurgiche, quali Unità Operative, Moduli o Sezioni, Dipartimenti, Istituti che fondamentalmente rientrano nelle dizioni di Chirurgia d’Urgenza, Chirurgia Generale e d’Urgenza, Chirurgia Generale d’Urgenza, Trauma Center, Centri Traumatologici (CTO) con U.O. o Sezioni di Chirurgia Generale d’Urgenza.ecc.

Per questa ricerca dovrebbero essere subito mobilitati i Delegati SICUT Regionali e Provinciali, ed analogamente i Delegati alla Chirurgia d’Urgenza dell’ACOI: non dovrebbe essere difficile arrivare velocemente ad una mappatura delle strutture specifiche (risorse). Tale indagine “anagrafica” dovrebbe mettere in evidenza le realtà operative nelle singole Regioni, nonché le carenze locali. I dati raccolti dovrebbero essere confrontati con analoghi dati possibilmente reperibili presso il Ministero della Salute.

I Direttori delle Scuole di Specializzazione ancora esistenti nelle Università, dovrebbero dare il loro contributo per questa indagine, arricchendola con le evidenze didattiche nelle singole sedi.

Sulla base dei dati raccolti ed elaborati centralmente (SICUT) dovrebbe essere anche quantificato il volume di

lavoro chirurgico in urgenza in Italia e le esigenze formative, organizzative strutturali che ne conseguono.

Non disgiunti da questa indagine potrebbero anche essere riportati gli eventuali dati di “trauma registry”, “morti evitabili” e quant’altro reperibili ove esistano.

Il coinvolgimento della SIC ci sembra importante ed assolutamente non conflittuale: ricordo il lavoro svolto nella SIC (Presidenza D. D’amico) con il Comitato Trauma che portò alla costituzione di un Tavolo di lavoro comune con le Società Specialistiche delle varie discipline coinvolte nelle urgenze “trauma”.

Per la parte didattica dovrebbero essere coinvolti – in collegamento con le istituzioni e gli operatori Ospedalieri (risorse) – i Collegi dei Professori Universitari (Ordinari, Associati, Ricercatori), i rappresentanti C.N.U., il Collegio dei Presidi, il Ministero competente.

Per dare più largo respiro e forza d’iniziativa “legislativa” saranno indispensabili i collegamenti Internazionali. Già vi è stato al Congresso SICUT di Napoli (dicembre 2007) uno stretto rapporto partecipativo e propositivo con ESTES data la presenza del Presidente Sten Lennquist (Svezia) e di altri autorevoli membri.

Ora la SICUT – a mio modo di vedere – dovrebbe prendere l’iniziativa di richiedere ufficialmente all’ESTES la messa in o.d.g. del problema della Specializzazione. Questa richiesta potrebbe essere anche supportata dalla Società Francese di Chirurgia d’Urgenza e/o da altre Società in altri Paesi rappresentati in ESTES.

Oltre a questa azione ed iniziativa a livello Europeo, la SICUT – sempre ufficialmente – dovrebbe coinvolgere le varie Società del Trauma in USA (vedi Web links), incluso il Comitato Trauma dell’American College Surgeons (<http://www.facs.org/dept/trauma/traumacomm.html>) ed ancora più in particolare “The Committee to Develop the Reorganized Specialty of Trauma, Surgical Critical Care, and Emergency Surgery” (Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care. 58(3):614-616, March 2005) : queste Società e Comitati sono tutti impegnati – particolarmente nel corso di questo ultimo anno – nella trasformazione (“metamorfosi”) della fellowship “Trauma Surgery” in “Acute Care Surgery”. Viene prevista una formazione di Chirurgia Generale per 3-4 anni integrata con un “indirizzo” di Acute Care Surgery per 2-3 anni. (*)

Circa la precisa impostazione di questo schema formativo in USA sono ampiamente riportati su < http://www.aast.org/acute_care_surgery.aspx?id=1250 > tutti i dettagli e le esigenze applicative (tipologia degli interventi tutorati da effettuarsi dallo Specializzando) e di rotazione (frequenza nelle strutture dell’urgenza).

Questi elementi di trasformazione sono attuali anche in Australia e Nuova Zelanda. Inoltre è da segnalare come già nel 1999 (comunicazione personale) in Russia sono state

(*) Appare evidente la speculare strutturazione con le Scuole Italiane di Chirurgia Generale ad indirizzo Chirurgia d’urgenza, così come d’altronde era stato additato da Vittorio Staudacher nel 1980.

istituite Scuole di Specializzazione in Chirurgia d'Urgenza. Di pari passo con l'azione accademico-societaria dovrebbe essere avviata –sempre ufficialmente – l'azione politica:

- presso il Ministero della Salute
- presso il Ministero dell'Università
- presso la Conferenza delle Regioni
- presso gli Assessorati Regionali
- presso la Conferenza dei Comuni
- presso le singole Amministrazioni delle Aziende Ospedaliere
- presso il Dipartimento della Protezione Civile – Presidenza del Consiglio dei Ministri

Ufficialità, ripetitività e perseveranza dovrebbero essere i cardini di questa azione di sensibilizzazione al problema “Specialisti”, giovandosi anche dei Delegati territoriali SICUT ed ACOI per un'azione capillare.

Tutto dovrebbe avere pressione continua e diffusione sui mass-media. Questa azione sui mass-media potrebbe essere meglio stimolata rimarcando l'esigenza di Specialisti proiettati anche nel settore delle maxi-emergenze, terrorismo e incidentistica sul lavoro.

Da ultima, ma in pratica forse per prima, dovrebbe essere subito sviluppata una richiesta –sempre ufficiale e documentata- presso gli organi istituzionali competenti della Unione Europea (Bruxelles) e del Consiglio d'Europa (Strasburgo), possibilmente individuando gli attori politici ed amministrativi sui quali agire.

In questa azione non dovrà essere dimenticata la Unione Europea Medici Specialisti UEMS (istituzione “privata” accreditata).

Questa strategia “europea” troverà più forza se strettamente collegata alla ESTES: è questo un punto fondamentale.

Volendo allargare queste iniziative in una possibile sensibilizzazione “globalizzata”, allora – chiamando in causa anche le Società d'oltre Oceano- potrebbero essere presentate richieste alla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (Ginevra).

Concludendo, in sintesi quanto abbiamo esposto può essere così schematizzato :

- rilievo/denuncia della assurda cancellazione delle Scuole di Specializzazione in Chirurgia Generale ad indirizzo Chirurgia d'Urgenza;
- il paradosso del contemporaneo adattamento (“metamorfosi”) delle Scuole di Specializzazione in USA (fellowship in “Acute Care Surgery”) che si richiamano al modello Europeo;
- anagrafe della Chirurgia d'Urgenza/Chirurgia Generale d'Urgenza in Italia;

- coinvolgimento SIC, ACOI, Collegi dei Professori Universitari;

- coinvolgimento prioritario di ESTES ed Associazioni in USA ed altre;

- pressione politica sulle Istituzioni in Italia;

- mass-media;

- richieste ufficiali, anche ripetute, alle Istituzioni della Unione Europea ed eventualmente OMS.

Appare a noi veramente straordinario il percorso della idea “chirurgia d'urgenza” legato in Italia alla figura carismatica di Vittorio Staudacher che nel 1980 (Editoriale su Urg. Chir. Comm. vol. 3, n.1, pag. 1, marzo 1980 “La Chirurgia d'Urgenza ieri ed oggi”) scriveva testualmente con incredibile lungimiranza culturale.

“È tuttora (1980 n.d.A.) dubbio se l'istituzione specialistica attuale abbia raggiunto il suo assetto ideale: v'è ragione di ritenere, almeno da parte di chi come me ha visto in concreto i risultati, che la scuola ideale di chirurgia d'urgenza dovrebbe prevedere o una specializzazione di chirurgia generale come atto propedeutico oppure un insegnamento triennale di clinica chirurgica generale assegnando poi ai due ultimi anni prevalente indirizzo per l'urgenza e per la terapia intensiva chirurgica. Si verrebbero così a proporre due scuole di specialità in chirurgia generale: una tutta orientata verso la chirurgia elettiva, l'altra mista elettiva e urgenza, quest'ultima certamente più consona alle richieste moderne”.

Bibliografia

- 1) Cavina E, Staudacher V (Eds): *Chirurgia d'Urgenza: lo straordinario percorso di un'idea*. Chir Ital, 2001; 53 (2):145.
- 2) Maa J, Gosnell JE, Carter JT, Wachter RM, Harris HW: *The surgical hospitalist: A new solution for emergency surgical care?* Bull ACS, 2007; (92):9.
- 3) Maa J, Gosnell JE, Carter JT, Wachter RM, Harris HW: *The surgical hospitalist: A New Model for Emergency Surgical Care*. Journ Am Coll Surg, 2007; 205(5):704.
- 4) Division of Advocacy and Health Policy (ACS): *A growing crisis in patient access to emergency surgical care*. Bull ACS, 2006; 91(8):9.
- 5) Cherr GS: *Acute Care Surgery*. Bull ACS, 2006; 91(7):41.
- 6) Esposito TJ: *The future of Trauma Surgery. Results from a survey of ACS Fellows*. Bull ACS, 2006; 91(9).
- 7) Schneider JR, Coyle JJ, Ryan ER, Bell RH, DaRosa DA: *Implementation and Evaluation of a New Surgical Residency Model*. Journ Am Coll Surg, 2007; 205:393.

Web Links:

http://www.aast.org/acute_care_surgery.aspx?id=1250

<http://www.facs.org/dept/trauma/traumacomm.html>

<http://www.amtrauma.org/>

<http://www.panamtrauma.org/>

<http://www.east.org/links.html>

<http://www.westerntraumaassociation.org/>

<http://www.womensurgeons.org/education/CDR/criticalcare.htm>

<http://www.ingentaconnect.com/content/sesc/tas/2007/00000073/00000002/art00001?crawler=true>

