ARTICOLI ORIGINALI

La nefrologia in un piccolo ospedale del Sud

Medici: **Luigi Francesco Morrone**, Arturo Aversano, Emilio Iele, Vinicio Martignetti, Ermanno Salvatore, Enrico Spagnolo, Davide Stellato, Giuseppina Tirino, *Infermieri professionali:* Alfredo La Monica, Rita Aversano, Alessandro Carbone, Lucio Carpinelli, Carmela Clemente, Erminia D'Aquino, Giuseppina Di Cuozzo, Maria Gioconda Di Nunzio, Nicola Isabella, Pompilia Marra, Luchino Meola, Antonio Mercugliano, Carolina Monda, Mauro Pacillo, Carmelina Parente, Salvatore Petronzio, Nicolina Pistacchia, Luisa Prisco, Sonia Saccone, Pasquale Tessitore, Vincenza Ulano, Giuseppe Viscusi, *Ausiliari OTA:* Pompeo Corradino, Annunziata D'Arezzo, Antimo D'Errico

Unità Operativa Complessa di Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera Gaetano Rummo, Benevento

Introduzione

La descrizione del proprio vissuto professionale rappresenta sempre una operazione molto coinvolgente perchè comporta la disamina di una serie di elementi con i quali si interagisce per una porzione molto ampia del proprio tempo. La quotidianità lavorativa finisce così per rappresentare una parte non trascurabile della propria vita. Tuttavia occorre sottolineare subito anche i rischi di una simile descrizione: quelli di cadere in facili stereotipi così come quelli di estendere impropriamente la propria percezione della realtà lavorativa locale anche ad altre realtà, magari anche molto vicine eppure diverse dalla nostra.

Di seguito si descriverà dove si trova e come è strutturata la nostra Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi. Successivamente si prenderanno a disamina alcuni aspetti del vissuto lavorativo, alcuni positivi ed altri negativi, che vengono percepiti come particolarmente importanti e, qualche volta, addirittura cruciali. Deliberatamente si è scelto di esprimere il tutto in modo estremamente schematico e sintetico in sei paragrafi titolati. Per scelta non è previsto alcun tradizionale riferimento bibliografico in quanto tutto ciò che è scritto, nel bene e nel male, è stato attinto al proprio vissuto lavorativo. Pertanto, considerando questo scritto come una sorta di auto-intervista, si è considerato il taglio giornalistico più appropriato di quello scientifico. Per questo motivo abbiamo cercato di inserire immagini che aiutassero a raccontare, che fossero di sostegno alle parole più che esporre statistiche che, peraltro, limitate ai numeri della nostra singola esperienza lascerebbero il tempo che trovano.

I. Breve descrittiva dell'ambiente lavorativo

La sede lavorativa è situata nel capoluogo di una provincia campana, quella beneventana, che si estende in un territorio prevalentemente appenninico popolato da poco meno di 300.000 abitanti, mentre la città di Benevento conta poco più di 60.000 abitanti. L'Ospedale è una Azienda Ospedaliera e la Struttura Complessa è quella di Nefrologia e Dialisi. L'Azienda Ospedaliera è dotata complessivamente di più di 400 posti letto di degenza e di numerose Unità Operative che ricoprono quasi tutte le specialità dell'area internistica, chirurgica, della urgenza-emergenza, dei servizi e delle diagnostiche. L'Unità Operativa di Nefrologia e

Dialisi è unica per tutta la Provincia e, quindi, deve soddisfare tutte le esigenze assistenziali urgenti territoriali di specialità.

Nella Provincia di Benevento sono presenti, oltre alla nostra Azienda Ospedaliera, altre tre strutture ospedaliere e sette ambulatori convenzionati di emodialisi. Da tali strutture, oltre che dall'esterno, afferiscono i pazienti nefropatici presso la nostra UOC di Nefrologia e Dialisi. L'afferenza avviene per via ambulatoriale oppure attraverso ricovero ospedaliero. Quest'ultimo può avvenire dall'esterno attraverso il Pronto Soccorso, per trasferimento da altre Unità Operative della Azienda Ospedaliera o attraverso il 118 da altre strutture ospedaliere. L'afferenza ambulatoriale avviene dall'esterno e riguarda sia pazienti con malattie glomerulari, sia pazienti con malattia renale cronica in terapia conservativa, sia pazienti con malattia renale cronica in terapia sostitutiva. Per i pazienti ambulatoriali non in trattamento dialitico cronico ambulatoriale, l'afferenza è regolamentata dal Centro Unico Prenotazioni Aziendale. I ricoveri ospedalieri programmati vengono chiamati a ricovero seguendo una codifica di gradazione commisurata al grado di urgenza, come da disposizioni normative regionali.

Nella nostra Unità Operativa lavorano attualmente un Dirigente Medico di II livello e 7 Dirigenti Medici di I livello, coadiuvati nelle attività quotidiane da un Coordinatore Infermieristico, 21 Infermieri Professionali e 3 Ausilari (OTA).

La Unità Operativa, inserita nel Dipartimento di Scienze Mediche, è dotata attualmente di 8 posti letto di degenza ordinaria, 1 posto letto di Day Hospital, 1 Centro di Emodialisi con 16 posti tecnici di cui 2 contumaciali e 2 dedicati alle urgenze ed ai pazienti critici, 1 saletta operatoria per accessi vascolari, 1 ambulatorio, 1 sala di dialisi peritoneale ed un ecografo dedicato ai pazienti ricoverati ed in emodialisi (ecografia renale e vescicale, biopsia renale ecoguidata, studio dell'accesso vascolare e studio delle paratiroidi). Il reparto di degenza è allocato nello stesso padiglione, ma ad un piano diverso rispetto alle altre sezioni della Unità Operativa, trovandosi allo stesso piano della Unità Operativa di Urologia, con cui è condivisa la stanza di medicheria. L'ambulatorio presenta una sezione dedicata alla malattia renale cronica ed una specifica per le patologie glomerulari. E' operativa una intensa attività di consulenza presso il Pronto Soccorso ed altri Reparti dell'Azienda Ospedaliera, nonchè una pronta disponibilità notturna e festiva. La guardia festiva e notturna è di tipo interdivisionale, occupa 12 ore lavorative e riguarda l'intero padiglione dove l'Unità Operativa è allocata.

II. Stiamo invecchiando insieme ai nostri pazienti

La nostra struttura, conformemente a quanto segnalato in tutto il mondo, si è trovata ad affrontare un marcato invecchiamento dei pazienti afferenti, in ogni settore operativo. In reparto i ricoveri riguardano in grande maggioranza pazienti ultrasettantenni con multiple comorbilità, spesso diabetici, cardiopatici e vasculopatici ed è diventato estremamente raro che il ricovero riguardi soggetti al di sotto dei cinquanta anni. Anche patologie come la sindrome nefrosica riguarda, nella nostra esperienza, pazienti oramai anziani e non è infrequente che insorga in un contesto di diabete o di una glomerulonefrite membranosa o di malattie monocolonali, la cui frequenza abbiamo osservato essere crescente negli ultimi anni. Pazienti anziani affollano le sale di attesa degli ambulatori ed in trattamento sostitutivo la frequenza degli ultraottantenni ha superato il 15%. Infatti, malgrado la nostra politica di centro sia quella di cercare di perseverare nella terapia conservativa nel paziente molto anziano, per la insorgenza di sintomaticità siamo costretti spesso ad avviare comunque il trattamento dialitico, anche sotto la spinta dei parenti, con cui nel corso degli anni si sono spesso stabiliti rapporti di quasi familiarità. Questa pensiamo sia una caratteri-

stica piuttosto spiccata del sud: il rapporto professionale tende nel tempo a trasformarsi in un qualcosa di più familiare, che riproduce il rapporto che un tempo si stabiliva tra il medico condotto di campagna ed i suoi assistiti. Indubbiamente ciò ha i suoi pro ed i suoi contro, ma nei limiti di una rispettata correttezza professionale, pensiamo che i primi sopravanzino di gran lunga i secondi (figura 1).

Ma una medaglia ha sempre due facce e così, in altre circostanze, si è chiamati dal Pronto Soccorso o da altri Reparti, se non da altre strutture sanitarie territoriali, ad assistere di urgenza pazienti molto anziani, non precedentemente noti alla nostra equipe, spesso abbisognevoli di trattamento emodialitico urgente ed in condizioni generali estremamente compromesse (figura 2). Un tempo, il già citato medico di campagna ed i familiari del malato avrebbero accettato con più rassegnazione l'esito biologico, interagendo tra loro in un contesto di fiducia e comprensione. Oggi purtroppo non è sempre così e l'accettazione della morte come evento naturale in un paziente ultra-anziano con gravissime patologie in atto non è più un concetto antropologicamente accettato come ineluttabile. Poichè la medicina difensivistica quasi mai è una buona consigliera della bontà dell'atto medico, si è così talora indotti ad iniziare un trattamento emodialitico senza degno futuro. Tutto questo spesso

Figura 1.
Incontro di mani e di strumenti diversi. La paziente è una suora ricoverata ed il dott. A ha una spiccata predilezione a parlare con i suoi pazienti.

sotto lo sguardo dei parenti, offuscato dal dolore e dal mito moderno del tecnicismo medico, in un contesto che deve essere o eroicamente vincente per clichè da sceneggiato televisivo, oppure miseramente perdente per scontata malasanità. Talora, e questo è sconfortante, anche i colleghi che hanno in carico il paziente si rendono parte attiva dell'ingranaggio visto che risulta più comodo trasferire responsabilità che tentare di intavolare un discorso franco con parenti tanto addolorati quanto sospettosi e scettici. In un piccolo ospedale come il nostro questo genere di interlocutori rischia di essere purtroppo infungibile se presta la propria attività in servizi chiave e questo può rappresentare un vero problema.

Parallelamente all'invecchiamento dei pazienti c'è anche l'invecchiamento dei medici, con l'inevitabile corollario di acciacchi ed esenzioni. Anche tra i medici, come tra i pazienti, oramai è rarissimo trovare colleghi sotto i cinquanta anni. È mancato il rinnovamento generazionale a causa dei protratti blocchi delle assunzioni, ma su questo e sugli effetti negativi connessi si avrà modo di ritornare in seguito. L'invecchiamento dell'organico medico può rappresentare una opportunità, in quanto il patrimonio di esperienza e la possibilità di meglio capirsi vicendevolmente con il paziente anziano possono aiutare a migliorare la qualità della prestazione professionale. Tuttavia non si può negare come una iniezione di freschezza e di entusiasmo proveniente dalla presenza di medici più giovani contribuisca a dare una marcia in più al lavoro svolto. Invece, purtroppo, la asincronia tra carichi lavorativi crescenti e le difficoltà, anche fisiche, ad affrontarli può condurre a demotivazione e malsopportazione in medici anche ultrasessantenni pressati da turni di guardia o di reperibilità notturna particolarmente frequenti ed impegnativi.

III. I pazienti ci coinvolgono (e non solo professionalmente)

Il rapporto interpersonale tra pazienti e personale sanitario in un ospedale del sud può essere una cosa assai interessante da osservare. Frequentemente esso va ben oltre l'impegno

Figura 2.
Assistenza a pazienti molto anziani, abbisognevoli di trattamento emodialitico urgente ed in condizioni generali estremamente compromesse.

professionale permeandosi di quel calore tipicamente mediterraneo che innatamente contraddistingue le nostre popolazioni. Descrivere ciò è particolarmente arduo perchè le parole non sempre riuscirebbero ad evitare i tranelli della retorica. E' come se il rapporto lavorativo tendesse a tracimare nella sfera personale ed emotiva, tanto che bisogna stare sempre molto attenti a non perdere quel distacco alle volte necessario per la buona decisione organizzativa e clinica. I problemi da affrontare frequentemente vanno ben oltre il paziente e si estendono all'ambito familiare o sociale in cui il paziente vive. Così, tra parole dette ed indovinate, tra sguardi e riscontri subliminari, si riescono ad evincere informazioni essenziali per sbrogliare il bandolo della matassa retrostante al sintomo o alla malattia scritta in anamnesi. Ciò richiede, come parte integrante del proprio bagaglio professionale, una buona dose di sensibilità umana e sociale, unita alla conoscenza del territorio e delle sue consuetudini. Ma la cosa più interessante è che, una volta stabilito questo clima di empatia, si innesca un ritorno importante anche sul piano personale. Dopo che il "caso clinico" è stato un caso da risolvere non solo curando lo stato di malattia, ma cercando di incidere su retrostanti situazioni logistiche, familiari ed emotive, non è infrequente che il medico venga considerato "uno di famiglia". E non è infrequente neppure che egli stesso finisca per sentirsi effettivamente come "uno di famiglia", nella condivisione momenti tristi e gioiosi, anche successivamente alla risoluzione del rapporto professionale (figura 3, figura 4 e figura 5).

Non va trascurato come questo dialogo e coinvolgimento possano risultare importanti anche nel caso sfortunato, ma sempre possibile, di esito clinico non favorevole. Infatti, in un periodo sempre più condizionato da medicina difensivistica e da costosissime polizze professionali, il dialogo a tutto campo e l'empatia emotiva rappresentano senz'altro l'antidoto più efficace verso spiacevoli sequele legali del nostro operato professionale.

IV. La Via Crucis del piano di rientro

Molte regioni del Centro-Sud, come quella in cui operiamo, sono in un regime di piano di rientro economico della spesa sanitaria. Non è certamente questa la sede per parlare dei perchè si siano resi necessari i piani di rientro e dei perchè essi, fuoriuscendo dal un contesto di eccezionalità, durino a volte molti anni. Purtroppo essi condizionano molto le nostre attività perchè implicano rimodulazioni organizzative aziendali che pongono a repentaglio l'esistenza delle strutture o che le espongano a ridimensionamenti di vario tipo. Il punto maggiormente dolente è il serrato blocco del turnover che, protratto per anni, ha minato il rinnovo generazionale degli organici medici interrompendo il flusso necessario di know how e di esperienza tra generazioni di professionisti. Inoltre la situazione economica ha portato alla necessità di dover dover far ricorso a figure professionali precarie, con incarichi rinnovabili a breve scadenza. Il blocco del turnover ha anche favorito l'insorgenza

Figura 3.
Immagini sacre affisse sulle pareti e cartoline "quasi dalla fine del mondo", a testimonianza di un coinvolgimento emotivo intenso, che ha legato e continua a legare nel tempo pazienti, operatori sanitari e luogo di cura.

Figura 4.
La gestualità è un ingrediente irrinunciabile della comunicazione, specie quando il dialogo si rende particolarmente coinvolgente. La scena è simulata, ma riproduce una situazione abbastanza frequente e spesso ancor più vivace.

Figura 5.
La signora C, di 86 anni, ha esplicitamente chiesto di essere ritratta, dopo aver saputo il motivo per il quale si stavano scattando fotografie in reparto. Poi si è scherzosamente lamentata sostenendo che un buon ritrattista l'avrebbe sicuramente saputa "ringiovanire" meglio in fotografia.

del fenomeno del contendersi tra ospedali delle richieste di mobilità di personale medico, per contenere le carenze in organico. Tuttavia questo meccanismo ha avuto come unico prevedibile risultato il fatto che per coprire una carenza se ne creava un'altra, spesso ancor più grave, in un altro ospedale. Per questo motivo, da alcuni mesi, vige presso la regione Campania il blocco della mobilità intra-regionale per il personale medico che, si spera, avrà durata pari a quella del blocco degli avvisi pubblici e dei concorsi. E' chiaro però che, se non si arriverà in breve tempo ad un efficace identificazione e taglio degli sprechi, queste politiche restrittive tenderanno a cronicizzarsi, essiccando di risorse soprattutto quella parte di sanità pubblica che più ne ha bisogno. Infatti, ciò comporta un ineluttabile depotenziamento di quelle strutture sanitarie che erogano un maggiore volume di prestazioni e che spesso, paradossalmente, risultano essere quelle maggiormente penalizzate e talora addirittura mortificate nelle loro potenzialità professionali. La carenza di personale inevitabilmente frena molte attività. Non sfugge come ciò possa causare un feedback nocivo che, a partire dalla contrazione delle attività per carenze di personale sanitario (se non per inerzia professionale), porti progressivamente a svuotare di identità e di significato quelle che dovrebbero essere delle fondamentali prerogative specialistiche. Sotto l'aspetto amministrativo diventa poi perfettamente coerente il passo successivo, che consiste nel far confluire le discipline ad alta specialità, come la nostra, nel calderone di reparti a connotazione più generalista.

V. Il dialogo con il territorio è vitale per la Nefrologia Ospedaliera

Le opportunità che possono scaturire uscendo dai confini ospedalieri ed andando incontro al territorio sono molteplici ed importanti. In primo luogo si può cercare di reperire quelle risorse economiche che il sistema sanitario in questo momento storico stenta ad erogare, con le conseguenti ricadute sulle attività descritte nel precedente paragrafo. E' ovvio che la risultante di questa ricerca sarà la sintesi dell'impegno e delle capacità posti in campo, ma anche delle potenzialità economiche del tessuto produttivo e delle istituzioni territoriali. Nel Sud Italia tali potenzialità sono, in genere, piuttosto limitate, ma questo non deve scoraggiare dall'impegno nella direzione dell'outsourcing anche perchè la situazione economica della sanità pubblica non solo non si presenta rosea, ma sembra offrire ben pochi spiragli futuri.

Un'altra opportunità che può scaturire dall'incontro Nefrologia e Territorio è il confronto con la medicina generale, con preziose favorevoli ricadute sulle attività ambulatoriali e di degenza e sulla tempestiva individuazione delle malattie renali. Negli anni scorsi vi è stata una intensa attività di incontro con i Medici di Medicina Generale e con gli Specialisti Diabetologi che ha portato ad una notevole sensibilizzazione verso la individuazione di casi di malattia renale cronica in base alla valutazione del filtrato glomerulare piuttosto che in base alla valutazione della sola creatininemia. Anche il laboratorio ospedaliero ed alcuni laboratori territoriali hanno iniziato a refertare in termini di filtrato glomerulare calcolato, oltre che in termini di creatininemia e di creatinina clearance misurata. Ciò ha portato ad un notevole afflusso di nuovi pazienti presso l'ambulatorio ospedaliero di nefrologia e l'ambulatorio nefrologico della ASL. Dopo una prima fase di inevitabile sorpresa e di relativo disorientamento organizzativo si sta cercando di regolamentare questa imponente e crescente attività coinvolgendo in modo integrato il medico curante anche nel follow-up di pazienti nei primi stadi di malattia renale cronica.

L'interfacciarsi con il territorio ha può offrire anche il vantaggio di ottimizzare la gestione delle urgenze nefro-dialitiche. Purtroppo nel bacino di utenza del nostro Ospedale non sono

esecutivi convenzionamenti con strutture sanitarie ospedaliere o ambulatoriali territoriali. Per questo motivo le urgenze nefro-dialitiche provenienti da altri ospedali sono affrontate o mediante trasferimento a seguito di attivazione della rete 118 oppure mediante prestazioni effettuate per accordi intercorsi direttamente tra la Direzione Sanitaria del nostro Ospedale e quella della Struttura Sanitaria che ha in carico il paziente. In quest'ultimo caso il paziente viene condotto presso la nostra Struttura e ritorna alla struttura di partenza dopo l'avvenuta prestazione, senza necessità di trasferimento. Invece le urgenze nefro-dialitiche che interessino pazienti non ricoverati afferiscono attraverso il Pronto Soccorso. Tra queste ricadono le urgenze dialitiche riguardanti pazienti in carico agli ambulatori di emodialisi extra ospedalieri accreditati. L'istituzione di convenzionamenti tra Azienda Ospedaliera ed ASL o altri Enti Ospedalieri territoriali potrebbe essere di significativo ausilio nella ottimizzazione della gestione delle urgenze nefro-dialitiche per noi che siamo l'unica struttura territoriale ad essere in grado di adempiere a questo compito per 24 ore al giorno per sette giorni a settimana. Tuttavia difficoltà di dialogo istituzionale tra Aziende Sanitarie ha ostacolato la finalizzazione di bozze di convenzionamento o protocolli di intesa che abbiamo sinora proposto senza esito.

VI. Il pensiero positivo (tra utopia e dovere)

Vi è la diffusa consapevolezza di non star vivendo un buon periodo. Soprattutto essendo parte di un sistema che ha fortemente creduto che la salute fosse un diritto inalienabile, da non comprare con carta di credito e dovuto a tutti, indipendentemente dal reddito di ciascuno. I nobili principi hanno avuto un violento impatto con i freddi dati di economia, i quali ci dicono che un sistema di sanità pubblica, come quello che si era stratificato nel corso degli ultimi decenni, verosimilmente non è più economicamente sostenibile. Purtroppo, dietro la bandiera dei nobili principi, si era stratificato un sistema sanitario capace di perpetrare sprechi, con finalità clientelari o per pura speculazione. Una revisione della spesa sanitaria capace di incidere sulle fonti di spreco, senza ridurre la qualità delle prestazioni sanitarie erogate dal Sistema Sanitario Nazionale, rappresenta una vera e propria sfida per il futuro prossimo. In un contesto di forte crisi economica internazionale e di recessione nazionale, il riassetto organizzativo della sanità rappresenta una delle priorità maggiormente pressanti. L'ultimo governo tecnico aveva pianificato un taglio radicale delle strutture di nefrologia e dialisi e molte regioni stanno procedendo in questa direzione. In molti casi i nuovi assetti organizzativi vengono elaborati senza neppure consultare le parti interessate o trovando queste impreparate a fornire proposte sostenibili. I tagli lineari, quantunque apparentemente rinnegati dai decisori politici ed amministrativi, continuano ad essere attuati in forma più o meno mascherata. Il momento è difficile e lo è ancor di più in provincia ed al sud, dove i dati di economia ed i livelli di corruzione sono probabilmente ancora più allarmanti. Verrebbe voglia di tirare i remi in barca guardando ad un contesto così sfavorevole verso ogni forma di entusiasmo, ben sapendo che è sull'entusiasmo che poggiano i più rilevanti risultati lavorativi. Ma non sarebbe la soluzione del problema, sarebbe piuttosto una resa incondizionata e senza spiragli per noi, per i nostri collaboratori ed i nostri pazienti. In altri termini, ci sarebbe bisogno di un sussulto di orgoglio che porti a coltivare il germoglio del pensiero positivo, sperando che da questo momento di crisi possa derivare una spinta concreta a processi rimodulativi virtuosi in grado di recuperare quanto si è perso e si sta ancora perdendo. Diventa ancor più doveroso tuffarsi nel lavoro, nell'assistenza ai pazienti, nell'aggiornamento e nell'impegno scientifico. Diventa doveroso cercare e sperimentare nuovi ed efficaci modelli organizzativi senza chiudersi in una cieca difesa di vecchi modelli ora difficilmente sostenibili. Quando molti di noi hanno timidamente iniziato il loro percorso professionale, guidati dai propri maestri e dal proprio entusiasmo, avevano una vi-

Figura 6.
Un cielo stellato estivo, in verità difficilmente commentabile in una legenda delle figure.

sione idealistica del proprio futuro e la galassia delle attività nefrologiche poteva apparire attraente e luminoso come un cielo stellato (figura 6). Purtroppo il contatto con la realtà per molti è stato bruscamente disilludente e il lavorare in periferia ha comportato rinunce e sacrifici rispetto ai luminosi presupposti, specie quelli intravisti durante gli anni di formazione universitaria specialistica. Tuttavia anche in periferia è possibile, sia pure tra mille difficoltà, coltivare interessi variegati in ambito nefrologico, come è testimoniato da numerosi esempi italiani che hanno dato lustro alla nostra branca specialistica sin dalle sue origini. Ed è possibile ottenere tutto questo solo con un grande amore, una vera passione verso il proprio lavoro e la propria disciplina, un patrimonio che ancor oggi appartiene a gran parte dei nefrologi, al nord come al sud del nostro variegato Paese.

Come nei bei versi finali [1] di un significativo brano, peraltro scritto da un noto autore bolognese che amava molto il sud, questa forma di amore è ciò che ci potrà salvare, ma non prima che le dolorose traversie che stiamo vivendo ci avranno un po' cambiati rendendoci capaci di reagire efficacemente ad esse.

Bibliografia

[1] Dalla L., Henna, Album Henna, BMG/Pressing: 1993