

L'emergenza territoriale e la medicina delle catastrofi

Antonio Morra

Direttore S.S.I. Gestione dell'Emergenza - Direzione Generale, ASL 2, Torino

Il soccorso sanitario ha assunto, ormai da almeno 10 anni, una dignità inimmaginabile rispetto al passato, mentre la risposta dei sistemi di emergenza e degli ospedali a una grande emergenza in Italia non ha una connotazione precisa e soprattutto non è uniforme.

Vorrei partire da questi due enunciati per stimolare una reazione da parte dei Lettori su questi argomenti, che almeno in parte sono scarsamente conosciuti. Ma andiamo per ordine.

L'emergenza territoriale

Anni fa, in alcune parti d'Italia, è iniziata l'organizzazione dei soccorsi sul territorio: i sistemi di emergenza sono nati in modo difforme e dopo alcuni anni hanno raggiunto livelli di operatività standard. Oggi il vocabolo "medicalizzazione" non è più certo un mistero come in passato quando, entrando nei locali del Pronto Soccorso, i colleghi ti squadravano e commiseravano se entravi sporco e sudato dopo un intervento sotto il sole estivo.

Ma il soccorso "ordinario" ha caratteristiche costanti, al di là delle eccezioni, che è possibile affrontare e risolvere, portando il paziente in Pronto Soccorso, ventilato, infuso, immobilizzato ed eventualmente sedato. Un po' di propofol non si nega a nessuno.

Ma cosa avverrebbe se il mezzo di soccorso venisse inviato, come "prima partenza", verso il luogo di una grande emergenza?

Medicina delle grandi emergenze

In questo caso le cose sono più complesse: di solito il sistema di soccorso, tramite i propri operatori di centrale, compensa le eventuali carenze inviando molti mezzi e allertando gli ospedali. Ma agli occhi di esperti dell'argomento, il caotico affacciarsi sulla scena di operatori senza ordini non è sufficiente per nascondere l'inefficacia dell'intervento.

Fin che si scherza si può credere che in Italia esistano Sistemi 118 che applicano i criteri dottrinali specifici, ma un'attenta osservazione ci svela che pochissimi sistemi attivano procedure corrette e sperimentate in caso di eventi eccezionali.

La dottrina esiste, sia da noi sia, soprattutto, all'estero, ma purtroppo molti operatori sono ancorati al concetto che basta detenere in un cassetto buste da aprire al bisogno, crogiolandosi nella certezza che buste e protocolli siano sufficienti a cavarli d'impaccio in quei momenti. Il concetto è, purtroppo, profondamente errato!

Esaminiamolo per punti:

- alcuni Sistemi 118 hanno adottato procedure importate da Paesi stranieri, con la convinzione che ciò che funziona all'estero possa funzionare da noi; in fondo, perché no? Ma la cultura di Paesi diversi dal nostro si basa su sistemi operativi sperimentati, che si avvalgono di criteri categorici di formazione e rispetto dei ruoli, inseriti in una catena di comando tipicamente militare (mi riferisco al sistema anglosassone MIMMS che contempla un grande numero di comandanti sul campo, improponibile da noi), dove non è concepibile l'iniziativa personale tanto cara alle nostre latitudini. Non è ragionevole pensare che un sistema "copiato e importato" equivalga a un sistema efficace;
- altri sistemi utilizzano come strumento operativo la formazione degli operatori, senza farla seguire da procedure conosciute, cioè concretamente praticabili. Questa modalità spesso applica sistemi di apprendimento teorici: mi riferisco al fatto che negli ultimi anni molti Atenei o enti privati hanno attivato Master in Medicina delle Catastrofi, i cui programmi di studio comprendono ore dedicate al BLS, alle suture chirurgiche nei campi profughi cambogiani o alle malattie infettive, che per quanto interessanti non rientrano tra le competenze dei medici che devono affrontare i soccorsi in caso di incidente ferroviario;
- molti operatori dei sistemi di emergenza si sono ammantati di un'aura di autoreferenzialità nel campo della medicina dei disastri. Mi riferisco a nomine a sfondo "politico" che nulla hanno da spartire con chi si è costruito un'esperienza operativa o culturale, maturata negli anni, condivisa con colleghi stranieri e convalidata da confronti in campo manageriale e organizzativo, che raramente è possibile ottenere in Italia.

Credo occorra considerare con attenzione queste cri-

tiche e ricordare che si migliora attraverso la valutazione degli errori e il coraggio di attuare i cambiamenti necessari.

Vorrei però dire che la "colpa" non è tutta a carico degli operatori (responsabili in testa). Una parte di colpa morale è sicuramente da ascrivere agli enti e agli organi istituzionali che devono vigilare e indirizzare i sistemi operativi verso una reale capacità di intervento, non solo basata sui numeri ma soprattutto sulla qualità.

La grande emergenza non può essere affrontata come un'emergenza ordinaria, ma necessita di una mentalità specifica che si acquisisce con l'applicazione della dottrina, l'adattabilità delle componenti operative e la verifica dei risultati (verifica vera che spesso richiede coscienza, coraggio e umiltà, almeno in senso culturale).

Il Dipartimento della Protezione Civile, le Regioni, le Aziende Sanitarie e marginalmente il Ministero della

Salute devono uscire dal limbo in cui hanno lasciato i Sistemi 118 e gli stessi ospedali per confrontare i risultati ottenuti, attuare le verifiche e promuovere la cultura necessaria per consentire il raggiungimento di quegli standard così scontati ed evidenti all'estero.

Il panorama non mi sembra confortante, ma spesso i miglioramenti si hanno dopo molti anni di confronti con sistemi che funzionano o che comunque garantiscono la corretta applicazione di quei criteri di dottrina già esistenti, che se applicati nel modo giusto contribuiscono a rendere più efficace la qualità del nostro lavoro e a mitigare i danni che gli eventi arrecano alla collettività, di cui noi facciamo parte a pieno titolo.

Schopenhauer ci ricorda l'ovvietà e la ripetitività della vita umana: «Ogni problema riconosciuto attraverso tre stadi: nel primo viene deriso, nel secondo combattuto, nel terzo è considerato ovvio».

EMERGENCY CARE JOURNAL

presenta

Le giornate di Medicina d'Urgenza

PERCORSI, DECISIONI E RESPONSABILITÀ NELLA MEDICINA D'URGENZA

Curare o difendersi?

Courmayeur, febbraio 2007