

DALLA SCIENZA ALL'ESPERIENZA, Protocolli, didattica e realtà in emergenza sanitaria.

Tra ciò che con entusiasmo e impegno si impara e si insegna e ciò che si riesce a realizzare, in pratica, nell'ambito dell'emergenza sanitaria, esiste uno spazio riempito da protocolli, dalle dotazioni tecniche, dalle situazioni sempre diverse, dall'esperienza.

Il congresso nazionale IRC 2007 ha voluto in questa occasione esplorare questo spazio. Ha dato voce ai successi ma anche ai dubbi e alle difficoltà che si incontrano nell'esercizio del nostro lavoro, una delle attività più complesse. Un'attività nella quale gli operatori devono tradurre, in tempi stretti, il loro bagaglio culturale, tecnico e formativo in azioni pratiche influenzate da condizioni ambientali, relazionali ed etiche difficilmente standardizzabili.

Mi permetto di farvi un piccolo riassunto degli aspetti salienti di questo convegno.

La prima parte del convegno ha evidenziato le notevoli difficoltà che nascono durante una RCP, ovvero l'Etica della rianimazione e decisione di fine vita, il testamento Biologico, ordine di no-REA, futilità delle cure.

In un campo delicato come il nostro i relatori e i moderatori hanno parlato della non esistenza di una linea comune di intervento, tralasciando i casi limite (come decapitazione, eviscerazione, carbonizzazione) il dibattito si è acceso sulla possibilità di non intraprendere nemmeno una RCP.

Soluzioni non ne sono state date, ma come sempre sta alla professionalità dell'equipe decidere e valutare ogni situazione. **(1)**

Il 118 di Pordenone ha portato diversi studi sulle nuove linee guida, e in particolare hanno presentato uno studio da loro fatto intitolato PACS (Pordenone Cardiac Arrest Study). Dove ogni intervento veniva attentamente analizzato con la finalità di migliorare sempre di più il sistema. Il dottor Pellis ha relazionato su un tema quasi oramai tralasciato: IL PUGNO PRECORDIALE. Con numerose indicazioni ha dimostrato come a volte questa "scarica" a bassa energia può veramente essere di grande aiuto, d'altro canto nessuno ha mai ricevuto una formazione adeguata a questo tipo di manovra, né sul punto esatto, nella sua forza da imprimere, né tanto meno con un training regolare come invece si fa con un BLS.

Il nuovo rapporto compressione ventilazione, 30:2 ha dimostrato quanto è vitale comprimere, va fatto bene, veloce e profondo. Tutti noi abbiamo visto i grafici della riperfusione cardiaca con un massaggio continuo, da qui nasce l'evidenza che dimostra la necessità di non smettere di massaggiare. A questo proposito è intervenuta una dottoressa di Bristol, Amelia Pickard, specialista di compressioni cardiache. La sua relazione è stata basata sulla profondità delle compressioni: bisogna comprimere un torace 5 cm, velocemente e su un piano rigido. Possono sembrare scontate, ma queste direttive ancora non vengono effettuate da tutti. **(3)**

Sempre il S.S.U.Em di Pordenone ha portato una relazione sulla gestione avanzata delle vie aeree, anche se inerenti a questo argomento novità in materia non ce ne sono. Le linee guida dimostrano quanto assicurare una pervietà delle vie aeree sia un punto cardine in un intervento di emergenza extraospedaliera. Con le nuove direttive posizionare una via aerea definitiva passa in secondo piano rispetto alle compressioni cardiache ma comunque rimane il fatto che l'intubazione oro-tracheale nel paziente areflessico è il *gold standard*, e non è competenza esclusiva del Medico Anestesista in quanto professionista globale di situazioni critiche e l'equazione ANESTESISTA=TUBO non ha ragione di esistere. A questo riguardo gli operatori del 118 di Pordenone effettuano un corso di formazione GAVA (Gestione Avanzata Vie Aeree) in cui acquisiscono competenze per la gestione delle vie aeree

attraverso dispositivi avanzati quali il tubo laringeo, la maschera PRO SEAL e naturalmente l'Intubazione oro tracheale. Vengono attivate delle sessioni di revisione con l'obiettivo di mantenere la manualità con queste tecniche. (2)

EMERGENZE PEDIATRICHE

Grande interesse da parte del pubblico quando si parla di bambini. Arresto cardiaco nei pazienti pediatrici, così diverso dall'adulto? Il dott Paolo Biban di Verona ha sottolineato quanto sia infrequente confrontarsi sul territorio con un paziente pediatrico in arresto cardiocircolatorio e l'impatto emotivo che questo può suscitare nell'equipe. Dati nuovi non sono stati portati, le conclusioni sono state quelle descritte in qualsiasi libro PALS, ovvero valutare e gestire un buon ABC con attenzione alla lettera B, quasi sempre questa è poi la causa del successivo arresto cardiaco. (4)

Il trauma nel paziente pediatrico è stato trattato da uno spagnolo, il dottor PEDRO DOMINGUEZ di Barcellona, che ha riportato quanto la nostra preparazione non è ottimale per gestire un intervento traumatico di tipo pediatrico. A questo proposito ha presentato un corso ad hoc che si tiene a Barcellona ma che viene anche insegnato al centro di medicina d'urgenza pediatrica (MUP) di Bressanone. (5)

Sabato si è parlato di emergenza intraospedaliera.

Nella sessione pomeridiana l'attenzione si è rivolta al TRAUMA.

Sui nuovi corsi che vengono proposti e cioè un progetto nuovo che farà da mediazione tra l'ATLS e il PHTLS, è nato un nuovo corso chiamato E T C. EUROPEAN TRAUMA CARE, aspettiamo i nuovi sviluppi.(6)

Si è parlato di REGISTRO TRAUMI GRAVI e della cultura del dato.

RACCOLTA DATI= REGISTRO. REGISTRO è il punto di unione tra sapere e fare.

Da qui nascono numerosi punti di riflessione. Dobbiamo entrare nell'ottica di compilare correttamente tutte le schede pazienti in modo leggibile, in modo che i dati possano essere estrapolati per un'analisi corretta. NESSUNO PUNTA IL DITO CONTRO, tutti sbagliamo e tutti facciamo errori ma se cominciamo a pensare con la "cultura del dato", è già un buon inizio.

Per quanto riguarda i POSTER vi cito solo quelli più interessanti:

1. PROGETTO TELEMEDICINA 118 PORDENONE. Lo studio è stato svolto con l'obiettivo di ridurre il ritardo evitabile nel soccorso di pazienti con STEMI centralizzandoli direttamente in sala EMODINAMICA (il nostro CCT, qui vi cito solamente che siamo già all'opera da diversi mesi in questo progetto e speriamo tra breve di portarvi le nuove conclusioni). Lo studio si è svolto sui mezzi di soccorso e ogni qualvolta la centrale operativa inviava il mezzo per un dolore toracico tipico l'equipe eseguiva un ECG a 12 derivazioni, trasmesso e letto dall'UTIC di competenza, e con contatto telefonico con il cardiologo si provvedeva alla stabilizzazione e centralizzazione del paziente direttamente in emodinamica by-passando il PS. Si è dimostrato quello che dicono le linee guida mondiali (vi invito per vostra conoscenza personale a consultare il sito internet www.guideline.gov), cioè il paziente con STEMI va al CCT per una PTCA PRIMARIA. (2)
2. INDICAZIONE ALLA RCP AI LAICI TRAMITE DISPATCH TELEFONICO. La gestione dell'arresto cardiaco e il relativo outcome rappresentano un indicatore di qualità del soccorso territoriale di emergenza. Dall'analisi dei dati raccolti è emerso che nei pazienti in cui sono state eseguite le indicazioni telefoniche fornite dall'operatore di centrale 118 si è assistito ad

un incremento del numero di pazienti in cui è stato possibile il ROSC e la dimissione dall'ospedale. Chiare indicazioni telefoniche al personale laico in attesa dei soccorsi ha permesso di migliorare il ROSC, sopravvivenza e outcome neurologico rispetto ai pazienti non sottoposti a RCP da testimone. (2)

3. ESPERIENZA DI UN CORSO BLS FATTO ALL'UNIONE ITALIANA CIECHI. E' stato programmato un corso ex-novo con modifiche dal punto di vista teorico e pratico. Durante la lezione frontale si sono proiettate le slides. Sul manuale sono state adattate le tecniche con la scrittura braille. Le performance del gruppo sono state eccezionali: 94-96% di successo. L'esito del corso è stato molto soddisfacente sia per gli allievi che per gli istruttori. (2)

Elementi raccolti dal SNI M.Musiari, Tre Valli Soccorso, CH-6710 Biasca

BIBLIOGRAFIA

- (1) Sandro Spinanti, ROMA; Paolo Rosi, TREVISO; Domenico Testa, ROMA; Giuseppe Pristina, ROMA; Erga Cerchiari, BOLOGNA
- (2) Servizio Sanitario Urgenza Emergenza 118 PORDENONE, Tommaso Pellis, Claudia Pescarollo, Dipartimento Emergenza ASS 6 Friuli Occidentale, Azienda Ospedaliera Pordenone.
- (3) Dr.ssa Amelia Pickard Bristol (UK)
- (4) Dr Paolo Biban, 118 VERONA
- (5) Pedro Dominguez, Barcellona (Spagna)
- (6) Giuseppe Nardi, ROMA

LEGENDA

IRC : Italian Resuscitation Council

RCP : Rianimazione Cardio Polmonare

PACS : Pordenone Cardiac Arrest Study

BLS: Basic Life Support

PALS : Pediatric Advanced Life Support

MUP: Medicina d'Urgenza Pediatrica

ATLS: Advanced Trauma Life Support

PHTLS Pre Hospital Trauma Life Support

ROSC : Ritmo cardiaco con circolazione spontanea

STEMI : infarto miocardio con sopra o sottoslivellamento tratto ST

CCT: Cardio Centro Ticino (lugano)

UTIC : Unità Terapia Intensiva Coronarica

PTCA: Angioplastica Primaria