

14 aprile 2013-
primo anniversario della morte del giocatore di calcio
Piermario Morosini

RIFLESSIONE SULL'EMERGENZA URGENZA IN ITALIA

NEL RICORDARE IL PRIMO ANNIVERSARIO DELLA MORTE DEL GIOCATORE DI CALCIO PIERMARIO MOROSINI, IL Co.M.E.S. COGLIE L'OCCASIONE PER LANCIARE UN DIBATTITO VOLTO AD OTTENERE UNA RIFLESSIONE SUL SOCCORSO DELL'ARRESTO CARDIACO E PIU' IN GENERALE DELLE EMERGENZE SANITARIE IN ITALIA .

LA RICHIESTA E' QUELLA DI CREARE LE CONDIZIONI PER PORRE IN ESSERE ATTI PRAGMATICI IN DISCONTINUITA' CON LE POLITICHE DI PROGRAMMAZIONE ATTUALI CHE NEL PIU' BREVE TEMPO POSSIBILE SI CONCRETIZZINO IN:

1. ***L'INTRODUZIONE NELL'ESAME DI ABILITAZIONE DEI MEDICI ITALIANI DI UNA PARTE SPECIFICA RIGUARDANTE LA GESTIONE DELLE EMERGENZE.***

TUTTI I NEOLAUREATI ABILITATI DOVREBBERO SOSTENERE UNA PROVA SPECIFICA (TEORICO PRATICA) DURANTE L'ESAME DI STATO, DI ANNO IN ANNO COMPILATA A LIVELLO NAZIONALE E UNIFORME IN TUTTE LE REGIONI D'ITALIA, PER VALUTARNE LE CONOSCENZE TEORICO PRATICHE AL RIGUARDO DI:

- ***TECNICHE DI SOCCORSO VITALE DI BASE NELL'ADULTO (BLS)***
 - ***TECNICHE DI SOCCORSO VITALE DI BASE PEDIATRICO (PBLS)***
 - ***GESTIONE DI BASE DELL'EMERGENZA NEL PAZIENTE TRAUMATIZZATO E INTERNISTICO***
 - ***INDICAZIONI E POSOLOGIA DEI PRINCIPALI FARMACI DI EMERGENZA***
 - ***LETTURA DELL'ECG IN EMERGENZA***
2. *LA DEFINIZIONE PER LEGGE NAZIONALE DEI LUOGHI E DELL'ATTIVITA' DOVE DEBBANO ESSERE PRESENTI I DEFIBRILLATORI E DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO DEI PROVIDER CHE SVOLGERANNO LA FORMAZIONE*
 3. *-LA DEFINIZIONE PER LEGGE NAZIONALE DELLE LINEE REALTIVE ALL'AGGIORNAMENTO CONTINUO IN MATERIA DI SOCCORSO VITALE DI BASE E AVANZATO DEI DIPENDENTI DEL SSN E DEI PRIVATI ACCREDITATI*
 4. *RICHIESTA DI UNA CONSENSUS SCIENTIFICA IN SENO A UNA COMMISSIONE MINISTERIALE CON UN MANDATO VINCOLANTE AL FINE DI RIVALUTARE ORGANIZZAZIONI E PROFILI DELLE COMPETENZE DELL'EMERGENZA SANITARIA.*
 5. *LA VERIFICA CHE IL LAVORO DELLA COMMISSIONE SIA UTILE PER UN RIAGGIORNAMENTO NORMATIVO ESITANTE IN UN NUOVO ATTO DI INTESA STATO-REGIONI CON L'OBIETTIVO DI RENDERE PIU' OMOGENEA L'EROGAZIONE DEI LEA IN MATERIA DI EMERGENZA SANITARIA.*

L'analisi dell'evento della morte sul campo di calcio di Pescara di Piermario Morosini, avvenuta un anno fa, porta a porre sotto i riflettori in primis la capacità di risposta all'evento arresto cardiaco nei primissimi minuti della sua insorgenza da parte della popolazione ma anche dei sanitari.

Il riferimento culturale internazionale è l'applicazione della cosiddetta catena della sopravvivenza.

Considerare un insuccesso nel trattamento dell'arresto cardiaco, soprattutto se in una condizione di non rispetto degli standard come

"un 'evento sentinella" delle cadute di performance qualitativa dei servizi per tutte le emergenze sanitarie, porta a fare delle approfondite riflessioni sui ritardi culturali, carenze legislative e su eventuali errori di programmazione organizzativa e operativa dei servizi.

Analizzando il tipo di reazione della comunità scientifica sembra quasi che, a parte una reazione iniziale emotivamente scomposta, l'entità dell'evento non sia stata meritevole di un'attenta valutazione; lecitamente ci si può domandare se ad esempio in questo anno qualcuno sia andato per lo meno a controllare la validità dei dispositivi di emergenza organizzati per l'assistenza della popolazione e giocatori impegnati in una partita del campionato di calcio professionista estendendo il controllo anche a quelli minori.

Così, il caso in questione può portare a ragionare sui possibili ritardi in tema della formazione della popolazione e dei sanitari non impiegati nei servizi di emergenza al soccorso di base e all'uso dei defibrillatori semiautomatici, alla mancata definizione legislativa dei luoghi e degli eventi in cui sia obbligatoria la presenza di un DAE e dei percorsi formativi della popolazione individuata ad utilizzarli, ma anche l'assenza nei percorsi di studio dei vari sanitari di una previsione di una parte specifica e adeguata sull'emergenza sanitaria in modo da attrezzare gli operatori delle dovute conoscenze per rispondere a una necessità di un soccorso improvviso, fino ad analizzare l'organizzazione dei servizi e i profili professionali dei professionisti che vi appartengono, con ultimo ma non ultimo, l'argomento relativo al ritardo con cui è stata introdotta nel nostro ordinamento una specialità specifica per l'emergenza con i problemi che ne conseguono come quello delle poche borse di studio attuali.

Un'approfondita riflessione sembrerebbe dover chiedere ai decisori una discontinuità che porti, in un clima di minor contrapposizione dei poteri rappresentanti gli interessi di differenti specialità mediche, a un consensus con obiettivi vincolati propedeutica alla stesura di nuove e riaggornate regole e standard per una uniforme erogazione dei LEA di emergenza sanitaria da introdurre in una nuova intesa stato regioni.

Al contempo dovrebbero essere "rinvigoriti" i programmi di formazione nella popolazione (forse partendo dal livello scolastico) sulla catena della sopravvivenza e l'uso dei DAE.

CoMES e Fimeuc lanciano un appello a questa riflessione e al dibattito, proponendo sui propri siti a partire dal 14 aprile l'approfondimento dei termini delle problematiche sul trattamento dell'arresto cardiaco che qui di seguito è riportato, rivolto a tutti coloro che sono interessati a queste tematiche così importanti e spesso in parte misconosciute ai non addetti ai lavori.

CONSIDERAZIONI SULLA MORTE SUL CAMPO DI CALCIO

DI PIERMARIO MOROSINI

14 APRILE 2012

Nell'Aprile 2012 moriva sul campo di calcio di Pescara PIERMARIO MOROSINI.

Lontani dal clamore e il parossismo mediatico proponiamo questa analisi dell'evento sotto un profilo

tecnico e organizzativo.

L'esito negativo di quel soccorso avrebbe forse dovuto imporre nell'immediatezza dell'evento una più attenta verifica e una reazione diversa, soprattutto da parte della comunità scientifica. In questo anno, forse anche sotto la spinta delle notizie giornalistiche relative all'analisi dei periti incaricati dalla magistratura, dobbiamo annotare una novità legislativa. Nel decreto di riordino sulla Sanità del ministro Balduzzi sotto il governo Monti, è stato inserito per le associazioni sportive, l'obbligo di dotarsi di un defibrillatore semiautomatico; premesso che il decreto se non riconfermato e non completato dai dispositivi attuativi perderà i suoi effetti legislativi, alla luce e proporzionalmente all'entità di quanto successo a Pescara sembra ad oggi francamente modesto e non organico a correggere le inefficienze ed a migliorare il soccorso sanitario in Italia.

E' lecito domandarsi, qualcuno si è attivato per valutare la qualità dei sistemi di emergenza organizzati per assistere eventi acuti di giocatori e spettatori che possono presentarsi durante lo svolgersi di una partita di calcio di una campionato professionistico/dilettantistico e/o di altre discipline?

Questa riflessione ci permette in primis di ripercorrere quanto è successo da un punto di vista meramente operativo; il fine è quello di suscitare una seria riflessione e reazione che possa far emergere nelle coscienze delle opzioni e soluzioni migliorative di sistema.

Ripercorreremo l'evento per individuare possibili errori, opzioni e **condotte** differenti dagli standard internazionali, cercando al contempo di allargare la visuale al **contesto organizzativo** perché fortemente condeterminante nel creare le condizioni per una buona operatività.

Il rischio di irritare la suscettibilità di qualcuno, si contrappone all'esigenza di sottolineare eventuali condotte errate e carenze di tipo organizzativo in materia di soccorso; ciò è presupposto essenziale per finalizzare l'analisi qui proposta a critica propedeutica a quella costante necessità per la materia dell'emergenza sanitaria di colmare eventuali ritardi culturali, nonché offrire una continua ricerca di istanze migliorative anche in risposta ai precisi e rapidi cambiamenti consigliati dalle comunità scientifiche internazionali.

E' noto che nell'evento arresto cardiaco, il consenso delle Società scientifiche internazionali nell'ambito della cosiddetta "catena della sopravvivenza" consigliano:

- un **precoce riconoscimento** dell'evento mediante una codificata sequenza di valutazione prestabilita (ABC).

- **l'allarme precoce** al servizio di emergenza 118 e l'attivazione di eventuale personale abilitato e preposto al soccorso in sito, con la richiesta del defibrillatore se presente nel luogo.

- un pressoché **immediato inizio delle compressioni toraciche** (massaggio cardiaco), con un approccio aggressivo, riducendone al minimo le interruzioni nel proseguo delle operazioni di soccorso, fino al ripristino dell'attività cardiaca con presenza di circolo verificato dal polso carotideo per i sanitari o da segni indiretti (MO.TO.RE) per i laici, oppure alla constatazione del decesso da parte di un medico.

-non appena giunge il defibrillatore sul posto la **somministrazione della scarica elettrica** se il ritmo dell'arresto cardiaco è defibrillabile.

-segue l'arrivo dei sanitari, **l'applicazione dei protocolli del soccorso avanzato** e un eventuale trasporto al luogo di cura per il trattamento definitivo (normalmente una rianimazione in quanto il paziente è solitamente intubato sita in una struttura dotata di unità di cura per il trattamento intensivo cardiologico con l'emodinamica).

*Dati statistico-epidemiologici ormai considerati incontrovertibili, ci indicano quali siano le possibilità di successo delle manovre se effettuate correttamente in correlazione con il tempo del loro inizio; **vi è un assoluto consenso in merito all'evoluitività negativa con insuccesso di qualsiasi operazione e la morte del paziente se nelle manovre rianimatorie il massaggio cardiaco e l'eventuale defibrillazione non vengano praticate e iniziate ad arte entro sei- dieci minuti dell'evento.***

Nel nostro caso, dalle immagini che abbiamo potuto tutti vedere, ripetute più volte nei vari programmi televisivi nell'immediatezza dell'evento, nonché da varie descrizioni delle operazioni, quello che fu messo in atto si differenzia in modo marcato da quanto la miglior pratica avrebbe richiesto.

Allora ci sorprese e ci continua a sorprendere, che l'errata correzione non sia mai arrivata, che anche alcune contestazioni immediate su "colpe presunte" in merito all'evento si sono discostate da una giusta visione e interpretazione complessiva del fatto: particolare ad es. è il punto sulle difficoltà di accesso dell'ambulanza che rispetto alle priorità poco sopra enunciate è del tutto secondario, in quanto è scena di tutti i giorni che per esigenze temporali i sanitari del 118 raggiungano il paziente a piedi se il mezzo è ostacolato.

Ciò che sorprende, è che anche le dichiarazioni dei molti esperti intervistati a caldo si sono discostate da ciò che il consenso delle comunità scientifiche consigliano e raccomandano: ampie ed erudite considerazioni sulla presunta causa dell'arresto cardiaco, dubbie interpretazioni sulla gestione dell'evento con focus sulla fase ospedaliera, poco o niente in merito a quei primissimi minuti critici; nulla in merito a una doverosa, indispensabile e sistematica analisi di verifica, momento per momento, di quelle precoci fasi del soccorso che come abbiamo detto indubbiamente determinano l'eventuale successo di ciò che verrà intrapreso successivamente. Eppure tutti hanno potuto vedere, varie volte nei vari telegiornali e nei talk show, la rete ci ha portato anche all'estero ahimè, mostrando tra l'altro un impietoso paragone con un caso analogo avvenuto in Inghilterra negli stessi giorni, i cui esiti forse non casualmente sono stati diversi.

Onde essere assolutamente certi che ciò che qui si vuole sostenere raggiunga "il bersaglio" del lettore soffermiamoci sul primo focus che intendiamo sottolineare; si tratta di analizzare la reazione, e le conoscenze per reagire del cittadino italiano (sia esso un professionista o no) ai primi minuti di una situazione di emergenza sanitaria nella sua forma più grave, ovvero quella dell'arresto cardiaco. Informando tutti che ahimè il teletrasporto non è stato ancora inventato, e che i soccorsi sanitari hanno un tempo fisiologico per giungere sul posto spesso non compatibili con la possibilità di sopravvivenza di un soggetto di cui il cuore si sia fermato improvvisamente, si tratta di mettere sotto i riflettori le azioni del singolo e quelle strutturate nel lasso di tempo appunto dei primi minuti. La ricerca di prospettive di analisi errata ci porta a richiamare (solo in un accenno) l'attenzione sulle informazioni giornalistiche, in quanto la stampa in caso di eventi relativi a casi di emergenza sanitaria occorsi nel quotidiano, sempre si sofferma su eventuali contestazioni di colpa dei ritardi dei mezzi di soccorso, non chiedendosi mai per contro se quello che i presenti abbiano "fatto" all'insorgere della situazione sia stato all'altezza delle aspettative di un paese civile.

Chi fa il lavoro del soccorritore professionalmente sa purtroppo che troppe volte il cittadino che si imbatte in un arresto cardiaco chiama i soccorsi e poi "guarda" non attivandosi spesso, neanche sotto il sollecito degli operatori al telefono del 118.

*Nel caso Morosini, pur in una situazione del tutto particolare e con competenze sanitarie immediatamente disponibili, riteniamo utile e paradigmatico **analizzare la reazione immediata dei presenti all'evento.***

Il simbolo della catena della sopravvivenza è una potente rappresentazione scelta per evidenziare che se salta un passaggio, la catena si spezza, e tutte le fasi successive sono inutili. Dopo, nessun intervento (per quanto professionale e specialistico) può aver un senso e un successo senza quell'implementazione di quei primi atti indispensabili; i primi anelli (non è superfluo mai ripeterceli), riconoscimento dell'assenza di coscienza, allarme immediato, inizio delle manovre rianimatorie di base, defibrillazione precoce effettuata con apparecchi manuali da sanitari ma anche con defibrillatori semiautomatici con personale laico

addestrato da appositi corsi, proseguire le compressioni toraciche secondo dottrina fino all'arrivo dei sanitari.

La magistratura acquisendo l'autopsia di Morosini ci ha potuto indicare la causa presunta del decesso (sembra una malformazione congenita, in quanto si sono esclusi danni organici come l'infarto) e se il riscontro anatomico patologico potesse essere compatibile con la vita, ma nell'immediatezza già si sapeva che se allo sfortunato calciatore non era stato praticato un immediato, efficace e continuato massaggio cardiaco, collegati nei primi minuti sul suo torace un apparecchio defibrillatore e data una scarica elettrica se necessario, non erano state messe in atto quelle tecniche che avrebbero potuto in una certa percentuale di casi invertire la storia clinica del paziente. Qui poco ci importa che gli avvisi di garanzia ci confermino questa convinzione.

Se si quantifica l'importanza di ciò che è successo, ovvero la morte di un giovane apparentemente sano anche perché ripetutamente controllato, avvenuta in un contesto che avrebbe dovuto possedere tutte le migliori possibilità e certezze sulla messa in atto per prevenirlo, **stride la mancanza di reazione della comunità scientifica**; quasi che si sia convinti che comunque vada tutto bene, oppure che lo status quo di probabile arretratezza culturale e di inefficienza di parte delle strutture deputate alla risposta in Italia sia un dato di fatto, poco affrontabile perché i piani e l'attenzione sono rivolte altrove, soprattutto in questo momento di assenza di risorse economiche, e che non si riesca ad immaginare i correttivi per intervenire.

Preoccupa perché Morosini è morto alla presenza di diversi medici, in uno stadio con già un'ambulanza presente (con una convenzione di assistenza in essere), pensate per contro a un cittadino qualunque con uno stesso evento, e condizioni organizzative meno impostate.

L'impressione è che di prevenzione ed emergenza sanitaria vi sia una quantità di attori pronti a cavalcarne i temi per sfoggio culturale, perché è un buon argomento politico che si presta tra l'altro a una raccolta di consenso pubblico, perché si possono intercettare investimenti e realizzare buoni interessi commerciali, inseguire buone carriere sanitarie rispetto ad altri settori già da tempo saturi, tuttavia pochi sono i decisori, sia nel pubblico che nel privato, che si spendono e combattono con l'obiettivo di migliorare costantemente e quotidianamente la qualità dei servizi e la prestazione erogata al cittadino-paziente.

Lo sforzo di imporre strategie innovative e diverse da quanto si è fatto fino ad ora ad es in ambito formativo, per l'appunto con un disinteressato obiettivo migliorativo, necessita oltre che a un impegno in prima persona e un grande competenza e rigore intellettuale, anche di mettere in previsione uno sforzo per superare lo scontro con dinamiche e interessi che poco centrano con l'interesse generale; tale sforzo probabilmente non viene considerato sufficientemente pagante o interessante.

Nel caso specifico c'è il dubbio che retaggi culturali pregressi e forse un po' di corporativismo non abbiano permesso di far emergere da subito la presunzione che errori fossero stati commessi.

Si trattava di voler approfondire l'evento avvalendosi di uno dei "vantaggi" relativi alla medicina di emergenza: infatti in questo settore più favorevolmente rispetto ad altri della medicina, a fronte delle difficoltà di essere al cospetto di un evento critico per definizione con compromissioni di parametri e rischio vita immediato del paziente che possono determinare esigenze temporali drammaticamente stringenti, siamo in una situazione in cui quanto si deve fare (priorità, manovre, e terapie) è precisamente definito dalle linee guida e dai protocolli, con ambito di aleatorietà e di libera interpretazioni nelle situazioni in oggetto minima. Da ciò deriva che pur con le cautele del caso si può arrivare a sostenere che quando il personale delle squadre di emergenza non mette in atto ciò che di corretto si deve fare in quel momento, riflette impreparazione e incompetenza, e se ciò che si deve fare non è stato fatto per mancanze strutturali (ad es la necessità di una precoce defibrillazione in carenza di un defibrillatore) l'organizzazione è inadeguata e da correggere.

Possiamo sostenere quindi che in medicina di emergenza, è relativamente più facile che in altri ambiti della medicina determinare precise responsabilità individuali, sia in fase operativa che

programmatoria; una riprova di ciò è che all'estero, questi vantaggi vengono sfruttati con un abituale pratica fatta di verifiche tecnico operative, eseguite con debriefing nell'immediatezza della fine intervento, e post-post rivisitazioni professionali di quanto accaduto condotte con regole precise, che con il solo obiettivo dei miglioramenti dei processi, (noti come audit clinici) vengono messe in pratica sistematicamente.

La comunità Italiana per contro è poco avveza al dovere di studiare gli eventi e la risposta dell'equipe sanitarie, l'attività di audit clinico è prassi quasi sconosciuta nella maggior parte delle regioni; ne è riprova che in una ricerca sulla materia non abbiamo trovato nelle riviste scientifiche la pubblicazione ne di un audit clinico su questo caso ne su casi similari.

Anzi, a proposito di analisi e ricerca è bene segnalare, che a fronte di un volume di dati posseduti dalle Centrali Operative 118 "imponente", in quanto la registrazione amministrativa e delle schede di intervento avviene per via informatica, la pubblicazione di resoconti, analisi statistiche epidemiologiche degli interventi, a parte qualche lavoro su riviste di bassissimo impact factor, è minima per non dire quasi inesistente.

Si può ritenere che i dubbi sulle azioni poste in essere per il ragazzo Morosini, sono a richiamare in qualche mondo ad una responsabilità collettiva generale oltre a quella di sistema.

Responsabilità che pongono l'Italia in una probabile posizione di arretratezza rispetto allo standard internazionale.

Le immagini di Pescara, come spesso accade in tanti altri episodi quotidiani della vita civile e lavorativa italiana ci mostrano un "grande ritardo" in tutto quello che è l'educazione alla prevenzione e alla capacità del cittadino comune di rispondere a un evento sanitario improvviso, con una risposta solidaristica che permetta a ognuno di intraprendere le manovre di soccorso di base per chi sta accanto nella vita in quel momento.

Questo enunciato apparentemente severo trova un evidente conferma se ognuno di noi fa la prova in un contesto amicale di porre il quesito di "chi saprebbe cosa fare in caso di malore con arresto cardiaco in quel momento?". Le risposte sono spesso desolanti.

Ampliando la visione agli aspetti logistici, il sistema potrebbe essere responsabile di non possedere un impianto organizzativo che permetta in ogni dove del territorio italiano di erogare un livello essenziale di emergenza sanitario uniforme, con la presenza di una articolata risposta e di diversi tipi di operatori professionalmente preparati (ognuno responsabile per il proprio livello di competenza) che con standard tecnici e protocolli omogenei, siano capaci in ogni momento di metter in atto la miglior risposta possibile all'emergenza sanitaria occorsa.

La questione dovrebbe generare la massima attenzione e preoccupare, perché la gestione di un evento di arresto cardiaco può essere considerata a tutti gli effetti da un punto di vista tecnico un insieme di molteplici contenuti che assumono a pieno titolo i caratteri di "eventi sentinella" (le caratteristiche che in sanità se non presenti segnalano un cattivo funzionamento) sulla capacità e le performance dell'intero sistema dell'emergenza, e può rivelare preoccupanti falle delle performance di gestione di molte altre patologie ad insorgenza critica.

Escludendo aspetti emozionali e etici, da una visuale di fredda ottica di sistema, le immagini televisive di Pescara sembrano farci dire che al cittadino Italiano Morosini l'erogazione del LEA emergenza non ha avuto l'espressione della miglior qualità e reazione possibile.

Complessi sono i determinanti di una strategia correttiva; forse per imprimere un miglioramento

occorrerebbe in primis che chi si occupa di progettare le organizzazioni del SSN relative all'emergenza si ponesse in un'ottica strettamente individuale e a misura di persona, immaginando un servizio ottimale in quella zona per un proprio caro. Non si chiede una qualche priorità o trattamento speciale per questo settore a discapito di altri, ma è necessario sempre rammentare che nel campo dell'emergenza ciò che si deve fare non è procrastinabile. Il depauperamento e la carenza di professionalità e strutture sono "vitali", in quanto non si ha tempo di trasferire il paziente altrove verso altre professionalità che vicarino.

Ai decisori competenti per i servizi dell'emergenza si dovrebbe richiedere:

rispetti pure il suo mandato istituzionale, ma non si dimentichi di pensare mentre sta programmando che il servizio nella data area ipoteticamente potrebbe soccorrere sua moglie, suo figlio o se stesso, perché abitanti di quel luogo, controbilanciando nella progettazione i determinanti economici gestionali con una prova di immaginazione che regga alla necessità di fornire mezzi con percorrenze adeguate, equipe complete professionalmente preparate e con dotazioni all'avanguardia utili alla miglior prestazione consona al soccorso di una persona, non freddo numero, ma preziosa come quella amata.

Probabilmente si immaginerebbe una rete capillare, dove un primo soccorritore competente per il proprio livello di responsabilità sapesse mettere in moto quella catena di azioni per portare un primo soccorso di sicuro e di qualità, in tempi utili per preservare le funzioni vitali con le manovre di soccorso di base, nell'attesa dei sanitari del soccorso avanzato, secondo tempistiche e procedure dettate dalle linee guida internazionali. Tale sistema ottimale non potrebbe che essere quello che coniughi una rete professionale con una laica creata mediante progetti mirati di formazione al primo soccorso anche rivolti alla cittadinanza.

L'approccio sopra proposto determina anche il decadere di tante questioni dietro il quale il paravento dell'ipocrisia sovente si trincerava. Occuparsi per chi ha la responsabilità logistica ed organizzativa solamente della propria area locale (atteggiamento comune di molti dirigenti) essendo essa sola di propria competenza, non interessandosi di quanto avviene altrove, non è più idoneo per il modello di vita molto mobile che contraddistingue la nostra società, perché "noi stessi o quel nostro caro", in un qualsiasi momento, potrebbe attraversare con qualsiasi mezzo tutta Italia, e avrebbe diritto ad avere un trattamento uniforme e coordinato in caso di arresto cardiaco; ne deriva che chi si occupa di programmare e attuare i servizi di emergenza dovrebbe anche adoperarsi per far crescere quegli strumenti di efficienza e ottimizzazione che garantiscano quella compatibilità e interscambiabilità dei sistemi in un continuo contagio delle organizzazioni, fra i territori nazionali, utile all'omogeneizzazione della risposta dei servizi stessi.

E' qui si vogliamo affermare, anche enfatizzandolo, che per le eventuali inefficienze occorse durante il soccorso di Morosini, l'intera comunità dei sanitari e dei professionisti dell'emergenza sanitaria Italiana dovrebbe ritenersi coinvolta, responsabile e probabilmente sconfitta.

Episodi particolari, con caratteristiche relativamente estreme come quello dello stadio di Pescara, sia per rarità ma anche per difficoltà ambientale (ad es. non è semplice lavorare davanti agli occhi di migliaia di persone) dovrebbero obbligare a verifiche e considerazioni specifiche sull'avanzamento e la tenuta dei sistemi.

Gli elementi caratteristici intrinseci delle inefficienze di questo episodio non sono percepiti (ahimè) eccezionali per chi tutti i giorni per lavoro osserva la qualità dei servizi di emergenza in Italia, e insieme a tanti altri episodi simili non riportati dalle cronache perché a carico di persone meno celebri, possono far fortemente sospettare che nella globalità, l'uniformità e la qualità degli interventi in emergenza in Italia, con particolare riferimento all'arresto cardiaco o di situazioni di peri-arresto, presenti un numero di casi inaccettabile, caratterizzato da inadeguatezza e con forte difformità del valore della performance da area a area.

Da paesi considerati di riferimento e particolarmente all'avanguardia, sappiamo che **sono determinanti il profilo delle figure professionali** che svolgono l'attività di soccorso (tecnico) e dei servizi

sanitari di emergenza, **l'iter formativo e il processo di formazione** che determina la preparazione degli operatori, **un'abitudine alle simulazioni ed esercitazioni**, progetti di **educazione sanitaria per la popolazione**, capacità puntuale di **controllo dell'attività clinica mediante il processo di audit**, **verifica della validità della programmazione e delle politiche** adottate periodicamente con indicatori di processo, di risultato di gradimento.

E' lecito chiedersi se gli eventi legati alla gestione del soccorso di Morosini abbiano provocato questa riflessione ai decisori politici e tecnici che hanno legiferato i fondamentali dei sistemi regionali dell'emergenza in particolare in Abruzzo e se altri, come già ottenuto, siano andati a verificare la bontà dei sistemi di emergenza organizzati per l'assistenza negli stadi.

A freddo abbiamo sperato in una reazione orgogliosa, che il dubbio si insinuasse e che spingesse qualcuno a proporre qualche cambiamento, come la logica vorrebbe in qualunque situazione operativa contraddistinta da criticità negative. Purtroppo fino ad ora non ne abbiamo avuto riscontri. Certo c'è il livello della magistratura coperto dal segreto, e quello interno locale, ma come già detto a noi poco importa, ci riferiamo invece a una doverosa reazione mancata a livello nazionale.

Qui si intende sostenere che occorrerebbe introdurre elementi di una discontinuità globale non solo sul piano organizzativo, ma ancor più nel porre in essere strategie che portino all'individuazione dei profili delle figure professionali e dei processi di formazione di tutti i titolari della messa in pratica della catena della sopravvivenza, dal first responder (laico), al prestatore del trattamento definitivo.

I dubbi sulla gestione operativa di Pescara non possono non considerarsi interdipendenti con alcune "stranezze strutturali" del nostro amato paese.

L'attuazione dell'educazione scolastica e sui luoghi di lavoro del primo soccorso (quest'ultima per legge), è decisamente in ritardo e talvolta latitante.

I progetti alla formazione dell'uso dei defibrillatori semiautomatici da parte del personale laico presente per istituto sui territori, considerati strategici per l'organizzazione capillare dei first responder, sono in ritardo e molto disomogenei.

Non esiste una **codifica per legge dei luoghi pubblici e del tipo di attività o di manifestazioni in cui sia previsto l'obbligo di dotarsi un defibrillatore e di personale addestrato** ad usarlo (nel decreto Balduzzi è stato inserito come obbligo per le società sportive il possesso del DAE ma nessun accenno alla formazione di chi dovesse usarlo o dove fisicamente tenere gli apparecchi).

La maggior parte dei neolaureati in Medicina continuano a terminare l'impegnativo corso di laurea di 6 anni senza che gli sia stata data un'organica preparazione alle manovre del soccorso di base, gli elementi essenziali del soccorso avanzato relativi alle patologie internistiche e traumatologiche, ma anche di aspetti essenziali quali la lettura dell'elettrocardiogramma.

Ai medici dei più svariati servizi, in una realtà incurante dell'intrinseca potenzialità di ritrovarsi a contatto con casi di arresto cardiaco, non è richiesto di frequentare abitualmente corsi di aggiornamento in soccorso vitale di base e avanzato; ciò tra l'altro genera una situazione sorprendente per cui nelle strutture del SSN si delega totalmente ad altri specialisti e servizi (spesso logisticamente distanti) la gestione dell'emergenza stessa improvvisamente occorsa nel proprio reparto, negando all'utente di strutture teoricamente protette di fatto quella tempestività e la necessaria immediatezza dell'intervento immediato ed adeguato.

Una serie di veti incrociati, tra diverse specialità e gruppi portatori di interesse nell'ambito medico,

hanno determinato un grande ritardo nell'attivazione di una specialità dedicata all'emergenza come da tempo ci richiedeva l'Europa, e attualmente, attivata la specialità le borse di studio concesse dai vincoli economici sono sicuramente insufficienti per garantire in tempi brevi un numero congruo dei nuovi specialisti per il fabbisogno dei servizi di pronto soccorso e 118.

L'impianto programmatico della gestione dell'emergenza, in un clima avvelenato da contrapposizioni spesso molto violente, non ha potuto prevedere e realizzare impianti multidisciplinari, e l'integrazione, ma anzi al contrario per vere e proprie barriere erette da quello o quell'altro portatore di interesse non ha favorito uno scambio di competenze. Le lotte di supremazia culturale, stratonando il decisore politico e ministeriale hanno cooperato a produrre i "buchi" della legislazione già qui evidenziati .

E' sconcertante e sotto gli occhi di tutti, i vari esempi di quanto siamo ancora sotto gli effetti di un ritardo dell'apprendimento generale sull'attività e la manualità della pratica del soccorso di base e avanzato da parte di tutti gli operatori sanitari compresi i medici: si portano ad es. la capacità di ventilazione con un dispositivo Ambu, l'ignoranza sull'aggiornamento del rapporto tra compressioni e ventilazione dettati dagli aggiornamenti delle linee guida, la non conoscenza del funzionamento dei defibrillatori semiautomatici e manuali, i dubbi sui protocolli di rianimazione dell'adulto e la quasi totale misconoscenza di quelli pediatrici, l'incapacità di reperire un accesso venoso incannulando una vena, conoscenza dei dosaggi dell'adrenalina e dei principali farmaci della rianimazione offerte dalle linee guida, le regole di lettura in emergenza dell'elettrocardiogramma e la capacità di agire su aritmie potenzialmente fatali e che danno instabilità clinica, le tecniche base per la movimentazione dei traumatizzati.

Questa sintesi di elementi sicuramente incompleta evidenzia come in Italia non sia sentita la necessità che tutti i sanitari e non sanitari abbiano quella cultura di base delle conoscenze per la gestione di un'emergenza, e che altresì si voglia continuare a permettere di demandarla ad altre figure sanitarie che ovviamente non hanno la possibilità di essere ubiquitarie. Probabilmente è possibile trovare una concausa e una responsabilità di questa carenza culturale complessiva nell'aver lasciato che alcune specialità esercitassero una sorta di monopolio "su tecniche e manovre " che invece all'estero sono patrimonio della totalità dei sanitari perché necessarie e sicuramente utili alla vita di qualunque paziente in occasione di un improvviso problema di salute.

Infatti quell'autoreferenzialità già più volte citata, di questa o quella corrente di potere, ha preteso di costruire negli anni un sistema in cui la priorità non fosse di permettere in tutte le strutture sanitarie di rispondere all'emergenza con una presa in carico adeguata (secondo direttive standard) e uniforme da parte di tutti i sanitari con un corretto trattamento di base, bensì si è assistito ad una vera e propria guerra affinché si affermasse prioritariamente quale dovesse essere il titolo di specialità che in modo esclusivo gestisse l'emergenza.

Una guerra peraltro scomposta e non aderente a condizione di realtà (come ad es procedere prioritariamente a una quantificazione di professionisti disponibili a riempire gli organici che si andavano prevedendo). Contrapposizione che, a parte poche eccezioni di sincera convinzione "scientifica", non badava all'interesse generale e di una corretta programmazione ma mirava unicamente a prevedere di lucrare sulla posizione di predominanza acquisita. Così veniva a crearsi "il mostro", caratterizzato da modelli che prevedessero uno sforzo abnorme e insensato nell'escludere le altre professionalità (soprattutto in fase di previsione programmatica), basati su una designazione di una specialità che in esclusiva doveva gestire il servizio, che poi per l'inattuabilità dovuta per esempio dalle carenze, finiva per cooptare qualunque profilo realizzando una realtà di deregolamentazione.

Nel frattempo non ci siamo mai preoccupati, qualunque fosse la previsione programmatica futura, di valutare il presente realisticamente. Certamente si sarebbe dovuto essere più determinati nel cercare di

realizzare quella condizione attenta ai **percorsi assistenziali del paziente**, con l'esigenza che qualunque fosse il sanitario a prendersene carico, in forza di una formazione basata sulle evidenze internazionali, fosse comunque in grado di applicare un trattamento sicuro, efficace e uniforme all'emergenza.

Nelle more della costruzione di un sistema di emergenza gestito da alte competenze garantito da un curriculum formativo coerente con l'Europa come quello della specialità di emergenza, in Italia è stata probabilmente disattesa la possibilità di architettare soluzioni innovative che riconoscessero l'esigenza di dare risposte immediate tramite la stesura di percorsi clinici delineati per ogni patologia, in modo che quanto indispensabile o utile per il paziente fosse sancito e di conseguenza messo in atto dal primo sanitario disponibile; non credo occorra sottolineare che alla formazione di questo sanitario pochi hanno badato, nessuno si è preoccupato che potesse agire in quanto capace perché addestrato da un apposito iter, pronto a farlo in modo efficace e rivalutabile, in un contesto di solitudine professionale o multidisciplinare.

Sembrerebbe che abbia prevalso una sconsiderata disattenzione verso i costi e le conseguenze che le "guerre" di supremazie stavano producendo sulla realtà quotidiana ai danni dell'utenza. Per contro per fortuna, c'è anche chi ha ragionato diversamente e possiamo contare su esempi locali e regionali che rappresentano "**contesti eccellenti**" da cui forse si dovrebbe ripartire nel quadro di un ripensamento programmatico su scala nazionale.

Approfondendo questi concetti e prendendo qualche esempio di contesto potremo rendere meglio l'idea di ciò che si sta sostenendo ed esaminando. Come già evidenziato un approccio nel solo interesse generale della comunità in merito all'evento arresto cardiaco dovrebbe far prevedere linee programmatiche che contemplino:

- **formazione della popolazione e di una rete capillare di first responder in grado di dare l'allarme e praticare le manovre di soccorso di base**, stabilendo le linee guida da adottare, e senza esclusioni cooptare e accreditare il massimo numero di personale formatore; solo così ci sarebbe qualche speranza di poter attuare programmi che coinvolgano la quota maggiore di popolazione e di recuperare sugli evidenti ritardi culturali del nostro paese. Prioritario sarebbe la scelta di linee guida condivise e la stesura di provvedimenti che garantiscano che la formazione venga ripartita nel modo più omogeneo, ubiquitario ed efficace.

- realizzare rapidamente la presenza di una **rete di defibrillatori semiautomatici**, con una definizione per legge nazionale dei punti e di eventi sportivi e di massa considerati strategici. Determinante sarebbe il garantire la contemporanea presenza dell'apparecchio e di soggetti preposti ad usarlo adeguatamente perché formati.

- **Perfezionare ed omogeneizzare l'organizzazione di un primo livello di risposta sanitaria formato dalla rete del 118, dai punti di primo intervento e dai prontosoccorsi**. Virtuosa sarebbe la ricerca di una più efficiente omogeneizzazione dell'accreditamento della qualità dei servizi per l'applicazione dei LEA, garantita da una definizione nazionale dei profili professionali coinvolti, una formazione ad hoc verificata da un controllo della prestazione come accertamento del raggiungimento dell'obiettivo didattico, l'integrazione e la multidisciplinarietà.

-l'ottimizzazione della **capacità strutturale caratterizzata da più livelli nella risposta sanitaria** in modo da raggiungere l'ottimale trattamento definito per ogni patologia .In questo caso sarebbe strategico l'istituzione degli accordi volti alla messa in pratica di linee guida e i percorsi clinici assistenziali dei pazienti puntualmente predefiniti ed aggiornati; lo sforzo dovrebbe essere quello di realizzare un sistema precisamente organizzato, di supporto per l'attività del singolo professionista, per sostenerlo nell'attività con un aiuto dato dalla precisa definizione dei percorsi inter nosocomiali e dei rapporti di reciproco scambio tra tutti i presidi ospedalieri del territorio di riferimento.

Da questi presupposti teorici, la nostra realtà fronteggiata quotidianamente (peraltro molto differente da regione a regione), è ben lontana (realizzati invece in molti paesi esteri che consideriamo all'avanguardia).

Soffermandoci qui solamente alle prime fasi della risposta, possiamo asserire un modo chiaramente

comprovabile che:

- a livello regionale, a fronte di una gran parte della popolazione sensibile ancora da "educare" si continua ad assistere a delle rivalità esasperate di un gruppo di formazione rispetto a un altro (facenti riferimento a quella o quell'altra specialità) con una attività di veti incrociati che spesso distolgono dall'obiettivo principale; è demenziale apprendere di delibere regionali che assegnano la formazione a un gruppo ostacolate (addirittura impugnate) poi dal gruppo escluso con l'unico obiettivo spesso raggiunto di fermare il processo di formazione.

Un latitante atteggiamento dell'ente regionale che tenti di elevarsi al di sopra delle dispute regolando complessivamente il sistema; infatti non solo non vi è alcuna uniformità nazionale sull'accreditamento, ma i decisori regionali (forse per le mancanze di direttive) si sono quasi sempre astenute dal tentare di moderare le contrapposizioni procedendo con proprie determinazioni a una definizione precisa di modalità di accreditamento che garantiscano la cooptazione di tutte, nessuno esclusa, le risorse professionali umane in campo; risorse professionali che con un po' di ironia della sorta sono da sempre carenti.

- la fase dell'organizzazione del 118 e prontosoccorsi, non trova pace per le rivalità manifestate espressione dalle varie pretese delle società scientifiche che rappresentano quello o quell'altro interesse, proponenti in sostanza spesso modelli contrapposti, fatti di divisioni; un es di ciò è quanto è avvenuto di recente in merito a come realizzare l'integrazione tra i diversi professionisti impegnati nella fase di emergenza territoriale e quella ospedaliera, integrazione limitata a poche realtà virtuose. Infatti l'idea di creare le condizioni per **una figura professionistica con un unico profilo di formazione e aggiornamento continuo, che pur assegnato a differenti strutture sia impegnato in tutte le fasi del percorso assistenziale di emergenza** sembrerebbe in Italia utopica e distante dalla realizzazione; così pure, la previsione di un necessario iter di un aggiornamento continuo per il personale medico dei servizi di emergenza territoriale, già in forze ai servizi, che al livello dei migliori standard europei, comporti anche un percorso professionale e un impiego all'interno dei dipartimenti di emergenza e accettazione, indispensabile per acquisire competenze per un lavoro di qualità non altrimenti reperibili altrove, è al momento sempre più disattesa.

Una storia tutta Italiana, in cui i decisori non sanno cogliere le opportunità di gestioni con sinergie comuni, condivisione di organici, con adeguate mobilità del personale in risposta anche alla crescente difficoltà di coprire gli organici per la carenza di personale; il fatto poi che detta situazione e i modelli adottati proponga disastrose cadute di qualità (neanche valutate) nella prestazione erogata sembrerebbe non toccare alcuno.

E' una situazione quella Italiana, che come ha evidenziato l'ultima relazione di una commissione del senato appositamente costituita con il fine di una valutazione delle strutture deputate all'emergenza sanitaria, presenta una elevatissima disomogeneità nazionale, con salti e differenze durante il percorso clinico del paziente veramente sconcertanti, sia per quanto riguarda il paziente in arresto cardiaco, ma anche per quello cardiologico, neurologico e del trauma.

Le immagini relative alla rianimazione di Morosini ci hanno fornito, nello svolgersi della nostra riflessione condotta fino ad ora in questo testo, **l'occasione per un ampio ragionamento sullo stato di efficienza espresso dai servizi dell'emergenza sanitaria in Italia**, sulle capacità di risposta dei cittadini e sanitari all'arresto e al peri arresto cardiaco, ma anche a casi sanitari meno estremi.

Individuare controproposte determinanti al fine di dare un segno di discontinuità con la situazione attuale non può che partire dal tenere conto dell'elevata complessità di sistema, di un eterogeneità nazionale acuita dal fatto che l'implementazione dei servizi è avvenuta in un momento di forte spinta all'indipendenza regionale, dalla quantità dei portatori di interesse e di attori pubblici e privati con esigenze molto composite e nella maggior parte dei casi non illegittime, dalla variabilità dei piani istituzionali che riflettono un eterogeneità di nodi burocratici importanti e determinanti la difficoltà di individuare gli strumenti legislativi adatti, tanto da frustrare spesso le buone intenzioni dei decisori politici e tecnici illuminati.

L'originalità e le differenze del nostro SSN rispetto a quelli degli altri paesi comunitari, forse ci privano

della possibilità di adottare in toto un modello europeo ispiratore, ed è probabile che allo stato di fatto non esista un percorso unico attuabile in tutte le regioni. **Nonostante questo, si può credere, che ai tecnici ministeriali e regionali, ai politici tutti, si possa e si debba chiedere di riporre uno sforzo particolare per realizzare qualche solida iniziativa, che inizi a imporre gli elementi di un miglioramento e un riordino dello stato dell'attuale sistema.**

Volendo immaginare una **"road map"** ideale che esprima con una certa dose di realismo la miglior proposta attuabile al momento, è auspicabile che:

- sia a livello nazionale che regionale, si realizzi la consapevolezza dello status quo attuale, e che ciò si concretizzi l'impegno istituzionale per meglio gestire le contrapposizioni tra le varie istanze dei gruppi di interesse; il realizzarsi di questa situazione comporterebbe di prevedere la costituzione di una commissione permanente a livello ministeriale per un monitoraggio e una raccolta delle istanze con una presa incarico dell'intera questione; si tratterebbe, di **favorire ufficialmente un percorso di concertazione tra tutte le rappresentanze scientifiche e quando necessario anche sindacali, che permetta di individuare una sintesi di regole chiare relative all'erogazione dei lea dell'emergenza**, che non solo possano essere ritenute vincolanti ma percorribili per tutti i livelli istituzionali (lo strumento più realistico probabilmente potrebbe essere un nuovo accordo stato e regioni, anche se per "la forza" che necessiterebbe occorrerebbe una legge).

Il fatto che di commissioni in questi anni ne siano state fatte, ma che la situazione non sia cambiata, comporta il sottolineare che probabilmente ci si dovrebbe anche preoccupare che tra i nomi dei componenti tecnici ve ne siano di nuovi (insomma un sano rinnovamento).

Sarebbe necessario che il tipo di mandato della commissione fosse ristretto e vincolante, in modo da poter giungere agli obiettivi in termini della necessità di individuare gli elementi di quel corpus di regole uniformi sul territorio nazionale volte all'erogazione dei LEA in emergenza, abdicando se necessario a quella visione di totale indipendenza regionale; ci si attenderebbe che venissero meglio enunciati e dettagliati gli elementi organizzativi e attuativi che permettano di dare ad, es lo stesso trattamento dell'arresto cardiaco al nord al centro e al sud sul territorio e in ospedale.

- con una piena partecipazione anche del mondo universitario, il tema della costruzione di profili professionali e del percorso di formazione dei sanitari che andranno a operare nei sistemi di emergenza dovrebbe acquisire una priorità eccezionale, adottando risoluzioni che risolvano la confusione attuale, determinata da un non completo riconoscimento in un unico riferimento della nuova scuola di specialità e dalle eccessive equipollenze; occorrerebbe rafforzare il riferimento unico della nuova specialità in emergenza e approdare a un auspicabile selezione delle equipollenze tendendo presente parimenti di affrontare il tema dei percorsi di aggiornamento e di "costruzione" dei curricula di carriera per i sanitari attualmente impegnati.

- sarebbe necessario richiamare l'Università al proprio ruolo istituzionale, non abdicando come è avvenuto fino ad ora ai propri compiti per quanto riguarda la produzione di ricerca del settore, ma altrettanto con prioritaria celerità realizzare i percorsi didattici adeguati in modo da prevedere l'apprendimento da parte dei laureandi delle tecniche di soccorso di base e gli elementi per la gestione delle prime fasi di soccorso avanzato.

Come è avvenuto per altri settori, in caso di mancanza delle competenze dovrebbero essere attivati accordi per cooptare professionisti impegnati da anni in emergenza

- solo una volta definite le regole nuove del sistema e i profili, attivato l'apporto dell'università, determinare l'accreditamento di chi ha titolo per partecipare alla formazione e all'operatività in materia d'emergenza sanitaria si potrebbe finalmente procedere, con una cooptazione di tutti i soggetti utili, nessuno escluso, all'attuazione di un sistema di emergenza multidisciplinare, integrato e omogeneo per qualità delle

prestazioni erogate .

-nelle more del processo di attuazione del percorso qui proposto, sarebbe auspicabile cambiare il tipo di strategia volto all'aggiornamento continuo della forza lavoro attualmente impegnata ai fini di produrre un immediato impegno per garantire nel minor tempo possibile la miglior presenza professionale in termini di qualità delle prestazioni erogate:

a tal fine sarebbe necessario riprogrammare la formazione continua, organizzando i percorsi di apprendimento (gestendoli con corsi regionali che in alcuni casi potrebbero prendere una configurazione abilitante), con programmi cogestiti dalle centrali operative 118, aree critiche e volendo università; a questo scopi l'iter formativo dovrebbe tenere come riferimento didattico sull'intero territorio nazionale i programmi della nuova specialità di emergenza urgenza.

- ripensare e rilanciare un programma di formazione e di educazione della popolazione, al fine di colmare in tempi brevi le carenze evidenziate con un timing per raggiungere obiettivi e risultati molto ristretto; ciò si potrebbe realizzare ottimizzando le risorse, in una riallocazione mirata degli investimenti già stanziati, volta a ottenere una miglior realizzazione ,ad isocosti, della rete di cittadini first responder più capillare di quella attuale. Anche su questo punto sarebbe inderogabile stoppare la guerriglia e le rivalità tra i vari gruppi di formazione, con una adozione di standard di accreditamento più consoni alle esigenze e favorendone una collaborazione reciproca.

- occorrerebbe uno sviluppo legislativo in materia di defibrillazione precoce con lo scopo di normare puntualmente dove e per che attività vi sia l'obbligo di possedere i defibrillatori (ad es luoghi pubblici e di lavoro, manifestazioni di massa oltre un numero di presenze, quali eventi sportivi e ludici)

Su molte di questi punti l'italia ha già iniziato un percorso virtuoso che localmente spesso puo' vantare buoni risultati.

Gli aspetti di inefficienza fin qui citati mortificano per contro alcuni presupposti che caratterizzano la realtà Italiana, i quali farebbero intuire delle buone possibilità di immediato progresso se solo si rimodulassero gli elementi programmati.

Infatti , già da tempo vantiamo una normativa che ha recepito l'importanza della fibrillazione, ed importanti progetti sull'implementazione di un'attività dei laici qualificati a un primo soccorso di qualità, sono già attivi in molte realtà locali sviluppati sia da soggetti pubblici che privati.

Il testo unico 81/ 2008 in materia di prevenzione sui luoghi di lavoro è ormai per molte aziende della realtà lavorativa italiana, sia pubbliche che private, diventato un importante voce del bilancio con una costante attività di refresh per gli addetti. Il percorso iniziato forse con un po' di ritardo, è molto importante e chi si occupa di questa formazione può apprezzare i primi importanti segni di un costante incremento della conoscenza e della qualità nelle tecniche di primo soccorso da esercitare in caso di bisogno nella realtà lavorativa (ma ovviamente trasportate anche nella vita civile all'occorrenza).

Gli elementi negativi ricordati in questo testo, non possono cancellare l'impegno quotidiano di tanti professionisti della sanità in carico al 118 e all'area critica in ospedale, che operano con impegno applicando protocolli internazionali ,effettuando quotidianamente un attività con alti standard.

Così pure rimane, ed ha valore, il lavoro di tanti decisori che hanno costruito sistemi di emergenza ottimamente organizzati, forniti di dotazioni e tecnologie all'avanguardia .

Ed ancora, dopo il dpr 27 marzo 1992, in tutte le regioni si è concretizzata la realizzazione di quanto previsto dal dispositivo con la crescita dei sistemi territoriali 118 e una riorganizzazione dei DEA che ha visto un trend di progressivo miglioramento, con adozione di nuove e più efficienti soluzioni, che hanno progressivamente (e purtroppo localmente solo parzialmente stravolto) le vetuste concezioni e gli impianti operativi precedenti dei sistemi di emergenza.

Tra le luci e le ombre fin a qui citate, nel solo sospetto che non solo nel caso di Morosini ci possa essere stato un inadeguatezza della risposta, la morte del giocatore è un monumento simbolico che si erge

nel chiedere una presa in carico del problema da parte di tutti, e qui siamo a sperare che il primo anniversario possa essere l'occasione perché qualcosa si possa muovere e che chi è sensibile possa ascoltare: i tecnici che devono verificare e revisionare, i medici e tutti i sanitari che dovrebbero realizzare una consapevolezza della problematica, la popolazione che invece di ascoltare gli echi di campagne giornalistiche approssimative vengano informata della reale gravità dello stato dell'arte in materia e le arretratezze rispetto a nazioni all'avanguardia.

A proposito dell'aspetto culturale dei medici sembra incredibile sentire quasi abitualmente frasi del tipo "io non saprei cosa fare in una situazione di emergenza, io mi occupo di altro", anche perché il soccorrere dovrebbe coincidere in buona parte con la mission che uno accetta scegliendo la professione.

La consapevolezza che nel caso di emergenza vi sia una criticità temporale che non permette di rimandare, richiedente la nozioni di un insieme di conoscenze e tecniche da mettere in atto immediatamente quando è necessario con risposta di base non specialistica, ma efficace e non delegabile, dovrebbero essere patrimonio sentito come necessario da parte di qualunque medico e da qualsiasi programmatore che debba implementare i servizi.

I medici e i sanitari in questi anni evidentemente non hanno sentito questi bisogni, non facilitati sia dalla già citata mancanza di insegnamento della materia nei corsi universitari, ma anche dall'impronta organizzativa che ha dato l'idea che fosse possibile delegare l'evento critico occorso in propria presenza all'azione esclusiva di altri, appunto dei servizi di emergenza. Ed è probabile che questo atteggiamento culturale con queste impostazioni sia responsabile troppo spesso della possibilità di attuare la catena della sopravvivenza

Prima di giungere a delle richieste e delle considerazioni conclusive, non resta che assolvere a una necessità di approfondimento: infatti più volte in questo testo, si è avanzato il sospetto che una delle cause predisponenti gli errori di programmazione e i "buchi" legislativi che hanno determinato le attuali disomogeneità e le presumibili inefficienze di sistema, siano state le forti rivalità e gli strappi tra i "poteri" in rappresentanza delle specialità mediche.

Onde non lasciar spazio a dubbi interpretativi proviamo a riassumere in sintesi a che cosa ci siamo riferiti.

L'inizio delle recenti contrapposizioni in materia di emergenza sanitaria trova il suo momento tipico con la pubblicazione del d.p.r. 27 marzo 1992. In questa legge che come è noto ridisegnava i contorni dell'emergenza ospedaliera e sanciva la nascita di quella territoriale prevedendo i sistemi 118, si consumava uno strappo che avrebbe determinato precise conseguenze in tutti gli anni a venire. La legge assegnando prioritariamente alla sola specialità di anestesia e rianimazione i posti apicali del sistema territoriale, sanciva una sorta di precedenza e monopolio culturale a questa specialità trascurando il concetto di multidisciplinarietà. Almeno così, come un torto subito da riparare, la vissero tutte le rappresentanze delle varie professionalità che a quel tempo si occupavano dei pront soccorsi: medicina interna ad indirizzo di medicina d'urgenza, chirurghi d'urgenza, cardiologi ortopedici, etc. etc. In un momento in cui la sanità stava affrontando grandi cambiamenti (si pensi alla nascita delle aziende sanitarie e il decentramento alle regioni dell'organizzazione dei servizi), l'inizio di "una guerra" non era proprio la cosa più adatta per la nascita dei nuovi servizi.

Gli esiti di queste tensioni sono ben visibili nell'accordo stato regioni del '96 in materia di emergenza dove fu del tutto evidente un tentativo di riequilibrare quanto era stato previsto dalla legge del '92. Questo riequilibrio, caratterizzato da una riformulazione delle previsioni contenute negli articoli dell'intesa con piccoli ma sostanziali cambiamenti rispetto alla legge, sarebbe stata fonte di controversie e di dubbi interpretativi che ne generava. La frittata di cui stiamo narrando era un po' tipica dei tempi: si pensi al d.lgs. 502/90, ricorretta poco dopo con il d.lgs. 517/91 e le confusioni che da questo generarono.

Dalla metà degli anni novanta si assisteva alla nascita e a una graduale crescita dei sistemi 118, con una rivalità tra i diversi tipi di specialisti al riguardo di chi dovesse essere la figura più adeguata per dirigere le centrali operative (sostanzialmente gli anestesisti che volvano far valere la previsione legislativa e tutti gli altri che cercavano di dimostrare di possedere ugualmente i requisiti). Questa rivalità e contrapposizione era foriera di conseguenze quasi immediate di non poca rilevanza. A seconda del tipo di specialità che conquistava la direzione delle centrali in una data regione, si implementavano caratteristiche organizzative differenti, con una sorta di incomunicabilità e muro contro muro tra i diversi tipi di sistemi che acuivano la disomogeneità nazionale e non permettevano lo scambio tra i modelli migliori.

L'attenzione esasperata sul livello organizzativo e sulla dirigenza faceva probabilmente perdere colpevolmente l'interesse in questioni non meno importanti, come la costruzione dei profili professionali dei sanitari e degli altri operatori che si stavano impegnando sui mezzi di soccorso, un controllo della qualità delle prestazioni erogate, i percorsi dell'aggiornamento continuo del personale futuro.

Aspetto non meno devastante era che chi veniva escluso dalla spartizione dei posti di dirigenza, in una sorta di ripicca non partecipava ai processi e programmi della formazione continua rivolta a chi stava lavorando.

L'evolversi dei sistemi di emergenza territoriale, avveniva senza mai il completo scemare del primo motivo di contrapposizione, con l'aggiunta man mano di nuove tensioni con il crescere della complessità degli apparati, che si sarebbero intrecciate fra loro solo con momentanea minor recrudescenza.

Intanto la carenza di figure specializzate portava a "riempire" le vacanze con altri tipi di professionisti reperibili: i sistemi di emergenza territoriale trovano la forza lavoro dei medici sui mezzi di soccorso con personale proveniente dalle guardie mediche formato con corsi regionali ad hoc ed assunti con contratto di tipo convenzionato.

Le rivendicazioni di questi medici, alla ricerca di un profilo soprattutto di carriera portava a regolare e descrivere gli stessi profili professionali con il mezzo improprio dei contratti di lavoro generando decise confusioni e l'insorgere di non poche tensioni, nonché a turno un totale disconoscimento di quanto previsto dai contratti stessi.

Anche il presentarsi della nuova figura professionale dell'infermiere (professionista senza mansionario) copiosamente utilizzato in alcune regioni (maldestramente !?) come solo sanitario in sostituzione del personale medico (o delle equipe formate da medico e infermiere) finiva con il provocare attriti; fra chi sul piano organizzativo si ispirava a modelli anglosassoni (che prevedono personale tecnico sui mezzi supportato da protocolli e assistenza sanitaria a distanza) avversato da chi voleva far emergere un modello più consono con le indicazioni europee che riconoscevano nella presenza di un'equipe formata dal medico e infermiere la possibilità di praticare LEA all'avanguardia.

Tensioni per le giuste istanze dei professionisti infermieri, non tanto per l'errata impostazione del vedere un'area in cui ci si poteva affrancare da una "sudditanza psicologica dal medico", ma per una giusta visione di riconoscimento e valorizzazione del preziosissimo lavoro svolto, sia in solitudine, che in autonomia nella collaborazione con il medico (in emergenza infermiere e medico esaltano la loro professionalità nella complementarietà dei profili). Nella gestione di queste dinamiche un'ulteriore confusione è stata creata dal mancato aggiornamento legislativo per permettere agli infermieri di svolgere appieno la loro attività quando impiegati sui mezzi di emergenza da soli, in casi particolari come l'impossibilità di costatare un decesso, la somministrazione di sostanze analgesiche ed oppiacee, la richiesta di TSO, che però metteva in allarme a loro volta i medici che intravedevano invasioni di campo.

Ma è con l'avvenire del nuovo millennio che si apre un nuovo importante filone di contrasti. Infatti parallelamente alla crescita dei sistemi territoriali, avveniva un lento processo parallelo di riorganizzazione dei pronto soccorsi e dei dipartimenti di emergenza ospedaliera che faceva nascere una serie di esigenze e di opposizioni; pian piano si affermava l'utilità di una nuova figura di medico, quello dedicato ai servizi di emergenza ospedaliera, un professionista in grado di rispondere alla stabilizzazione del paziente nella prima ora.

Le rappresentanze delle esigenze dipartimentali di emergenza e di questi medici ben presto entravano

in conflitto con vari interlocutori fra cui le rappresentanze costituite dai responsabili di centrale del 118: la disputa principale era sulla posizione o meno delle centrali operative 118 all'interno dell'organigramma del dipartimento di emergenza accettazione, il tipo di dirigenza della centrale operativa 118 costituitasi in unità operativa complessa o semplice, ma la visione differiva anche su tante altre cose come la possibilità di condividere il personale raggiungendo l'integrazione dei servizi, oppure sulla necessità di far confluire le strutture dell'emergenza territoriale in un'azienda sanitaria autonoma a livello regionale.

La prima decade del 2000 vedeva poi aggiungersi un'altro contrasto in merito all'istituzione della scuola di specialità in emergenza urgenza richiesta dai più, guidati dalle rappresentanze dei medici di pronto soccorso e avversata da sindacati e società scientifiche afferenti agli anestesisti. Lo scontro portava a ritardare ciò che l'Europa chiedeva all'Italia da anni e la dilazione dell'istituzione di questa specialità, con l'assenza di un preciso riferimento di un corpus dottrinale per i medici che fanno emergenza, sarà scontato probabilmente nel tempo.

Ultima ma non ultima, una recente disputa, nata dal fatto che una parte dei medici convenzionati dei servizi di emergenza territoriale è transitata in dipendenza (in virtù del comma 8 -1 bis del d.lgs. 229/99), con un contrasto tra sindacati del mondo convenzionato e quello della dirigenza, su quale area dovesse essere di riferimento per i medici del 118.

Che occorrerebbe determinare una totale discontinuità con la politica e la programmazione relativa all'emergenza sanitaria si è più volte affermato. Non ci resta ripetere quali ipotesi di iniziative e gli atti che determinerebbero questa discontinuità, consapevoli delle difficoltà, ma determinati dell'importanza della "posta in gioco".

Pretendere una consensus conference tra tutte le rappresentanze delle società scientifiche che formuli delle nuove regole omogenee su tutto il territorio nazionale recepite in un nuovo atto di intesa tra stato e regioni è sicuramente uno degli elementi fondanti di questa analisi.

Il processo potrebbe essere quello di elevare a nazionale i migliori modelli e standard regionali ma è da sottolineare che occorrerebbe comunque declinare meglio i LEA, stabilendo con la miglior precisione possibile quali siano le figure professionali e quali tipi di equipe debbano intervenire a seconda dei criteri di criticità e patologia definita dal processo di triage.

Questo processo dovrebbe completarsi con una miglior declinazione dei profili professionali già esistenti (ma con la creazione anche di nuovi) che partecipano all'attuazione del percorso assistenziale di emergenza e di pazienti critici. Sui profili nuovi forse sarebbe ora di permettere all'Italia di istituire la figura di un soccorritore tecnico di base non più solo volontario.

Forse però, occorrerebbe implementare proposte simboliche (non del tutto risolutive) ma che abbiano un forte impatto sull'ambiente: in questo senso andrebbe il realizzare un test teorico pratico sull'emergenza di base da inserire come prova di esame negli esami abilitanti di tutti i medici italiani. Ciò contribuirebbe senz'altro a far sentire meno estranei, e far prendere in carico all'occorrenza problematiche inerenti, ai futuri medici la materia dell'emergenza sanitaria. Tale esame redatto annualmente da una commissione e praticato con omogeneità sul territorio nazionale dovrebbe basarsi su un programma che comprenda:

- teoria e pratica del soccorso vitale di base dell'adulto*
- teoria e pratica del soccorso vitale di base pediatrico*
- tecniche di ventilazione di base*
- indicazione farmacologica dei farmaci usati in emergenza*
- lettura dell'elettrocardiogramma tipica dell'emergenza.*

I neo laureati, qualunque sia la specialità di seguito raggiunta, entro 1 anno (e dopo ogni 2 anni) dall'assunzione da parte del Ssn dovrebbero per obbligo frequentare i refresh dell'esame di abilitazione.

Una più congrua gestione delle dinamiche di sistema, sarebbe quello di una immediata definizione a livello nazionali per legge dei criteri per accreditare chi debba svolgere la formazione e i programmi, inseriti se fosse possibile in un testo unico che riprenda la materia della defibrillazione precoce nel quale dovrebbero essere enunciati:

- i luoghi e le attività in cui sia obbligo il posizionamento dei Dae, inserendo da subito l'interessa dei luoghi di lavoro

- colmare i ritardi di formazione della popolazione fissando delle quote obbligatorie annuali di soggetti da "educare" con l'obiettivo di formare entro 5 anni la popolazione sensibile.

- rendere obbligatorio per tutte le ambulanze di base la presenza del DAE e la formazione di tutto il personale entro 2 anni.

- rendere obbligatoria per tutti i sanitari dipendenti del SSN un progetto di refresh di soccorso vitale di base e del bambino

Al termine di questa lunga riflessione sulle possibili cause di inefficienze in risposta all'emergenze sanitarie in Italia non si può che accennare ad aspetti squisitamente economici. In tempi di annunciate spending review, in cui il finanziamento insufficiente mette in discussione l'erogazione dei LEA, per servizi così fondamentali come l'emergenza sanitaria è particolarmente fastidioso pensare a sprechi e soldi spesi senza il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Dall'economia sanitaria sappiamo che le divisioni rappresentano un costo, e qui omettiamo le possibili valutazioni su come un 'arresto cardiaco sopravvissuto, ma con danni anossici cerebrali per un trattamento inadeguato, possa avere dei costi esorbitanti per l'assistenza sanitaria ex post.

I sistemi di emergenza costano alle regioni dall'1 al 2% del finanziamento regionale della sanità, con una forbice quantitativa di per se ingiustificata, ed è assolutamente lecito chiedere che questi soldi comunque siano spesi tutti nella massima efficienza economica.

Ringraziamo tutti per l'attenzione, sperando che la stampa voglia riprendere questi temi, ricordando che la notizia non è che un giocatore di calcio 1 anno fa è morto con possibile inefficienze nella risposta, ma che è quello che ogni giorno può accadere a un cittadino comune e la comunità scientifica italiana sembrerebbe non curarsene.

Se qualcuno volesse indicarci che abbiamo sostenuto è uno scritto privo di realtà ne saremmo ancora più lieti, ma purtroppo sappiamo che nessuno potrà farlo.

14 aprile 2013

Simone Di Giorgi
Past President – Co.M.E.S.