

LE RICADUTE ORGANIZZATIVE DI UNA RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE UBIQUITARIA

Alberto Vandelli direttore del Dipartimento di Emergenza-Urgenza Accettazione
Azienda USL di Forlì
presidente SIMEU Regione Emilia Romagna

I sistemi istituzionali di emergenza (118 e rete ospedaliera) sono stati concepiti e realizzati per rispondere in modo omogeneo sul territorio nazionale al fine di ridurre la % delle morti "precoci" attribuibili a mancanza di un sistema di soccorso e trasporto tempestivo ed efficace (DPR 27 marzo 1992 e successivi). L'arresto cardiaco (AC) rappresenta un evento relativamente frequente (1 caso/anno ogni 1000 residenti) ed ha per lo più origine primaria cardiaca (FV, TV); nel 1994 la regione Friuli Venezia Giulia ha presentato uno studio denominato Friuli Venezia Giulia Arrest Cardiac Study (FACS) dal quale emerge che la percentuale della sopravvivenza da AC è solo del 2%. Un intervento adeguato (sostegno vitale - defibrillazione) e tempestivo (entro 4 minuti) può portare, in queste situazioni, ad elevate % di completo recupero del soggetto (fino al 45%). I tempi di intervento del sistema di emergenza professionale (118) hanno raggiunto, in area urbana, valori medi attorno ai 6-7 minuti (casistica di Forlì) con tempi di defibrillazione attorno ai 10 minuti e pertanto non sembrano sufficienti al raggiungimento dei migliori risultati. Dal 1994 a Forlì si studiano gli arresti cardiaci secondo protocollo Utstein, con sopravvivenza media (1994-2001) di oltre il 17% e picco massimo a 26,1% nel 1994, sui casi rianimati testimoniati di origine cardiaca (complessivamente 375 casi). La fondata previsione di non poter migliorare, da parte del sistema di soccorso istituzionale, i tempi di arrivo (tempi che si ottengono in aree urbane con sistema emergenza 118 quali/quantitativamente adeguato) ha portato, anche sulla base dei risultati della esperienza statunitense e di altri paesi europei, ad attivare progetti di defibrillazione precoce abbinata a tecniche di rianimazione cardiopolmonare di base espletate da laici (forze dell'ordine, volontari, cittadini) appositamente addestrati. In Italia esperienze pilota sono quelle di Piacenza, Brescia, Teramo,... e anche a Forlì è partito da circa 1 anno e mezzo un progetto di defibrillazione precoce (BLS-D laici) denominato "Forlì 2000" che ha fino ad oggi portato all'addestramento di 440 laici e alla distribuzione in postazioni mobili o fisse di 26 defibrillatori semiautomatici (DAE). E' ancora presto per valutare l'impatto del progetto sull'indicatore % di sopravvivenza.

Al di là dell'impegno di risorse (persone e organizzazione) del sistema istituzionale di emergenza e di quello per i progetti di defibrillazione precoce sul territorio (acquisto DAE, formazione degli operatori e mantenimento delle loro competenze) abbiamo cercato di valutare anche quello legato a una "complicanza/effetto indesiderato" delle manovre di BLS, ACLS: il coma post-anossico.

Nella Rianimazione di Forlì sono stati ricoverati nel corso degli ultimi 4 anni (1999-2002) 55 persone per coma postanossico da AC; ne sono state dimesse vive 36 (34,5% di mortalità) con un impegno di 706 giornate di degenza ed un recupero soddisfacente nel 60% circa dei casi.

Non è eticamente possibile attribuire un valore economico alla vita umana nè individuare con assoluta certezza i casi di arresto cardiaco che si potranno realmente giovare di un approccio BLS-D precoce e l'interrogativo "quando iniziare e quando sospendere/non effettuare (DO NOT RIANIMATE) una rianimazione cardio-polmonare può solamente avere una risposta di buon senso, basata sulla possibilità di avere/non avere informazioni sullo stato di salute, sulla volontà della persona e sui tempi e modalità di insorgenza dell'AC. E' necessario proseguire nel cammino intrapreso per acquisire ulteriori dati in termini di costi/benefici dei progetti di BLS-D precoce nel territorio.