

# “ Il soccorso alpino in Emilia Romagna; dati epidemiologici attuali e prospettive future ”

## **Francesco Dalla Porta**

(presidente regionale CNSAS dell' Emilia Romagna)

Sabato, 23 settembre 2000

E' mia intenzione non dilungarmi in analisi specifiche e locali che comporterebbero da parte di tutta la platea di una approfondita conoscenza della storia e dei fatti del Soccorso Alpino in questa regione, il tema assegnatomi, che affronto con piacere, è infatti proiettato al “futuro” che noi tutti vogliamo intendere quale naturale campo di sviluppo e messa a “frutto” delle esperienze precedenti.

L'insieme degli autorevoli relatori che mi hanno preceduto e che seguiranno in queste 2 giornate ricche di testimonianze “dirette” dei protagonisti del “soccorso” mi suggerisce di restringere il campo alle sole considerazioni che posso trarre dalle evoluzioni dirette e vissute del soccorso in montagna, con specifico riferimento all'ambiente “appenninico” tosco-emiliano.

Volendo posizionare una “moviola” della realtà del soccorso in montagna alla fine degli anni '80 vedremmo che:

- il Soccorso Alpino era praticamente identificato con l'estrema risorsa utilizzabile per risolvere poche situazioni di soccorso estremo (1989: 8 interventi) da portarsi prevalentemente nei mesi invernali ad alpinisti impegnati in ascensioni sulle quote elevate
- l'utilizzo dell'elicottero era considerata eventualità eccezionale, rischiosa e decisamente “complicata” da realizzarsi sul piano operativo, vuoi per la scarsità dei mezzi che per la gracilità della “catena di comando” che ne doveva decretare l'impiego
- la “mission” dell'intervento era comunque identificata come “recupero” estremo e trasporto verso un presidio sanitario di prima accoglienza, la “medicalizzazione” del soccorso ancora non poteva essere assicurata ed in verità l'utente non la percepiva quale “dovuta”
- la pianificazione del soccorso era sviluppato secondo spontaneo “buon senso” ed il coordinamento con gli altri enti coinvolti a valle (ambulanze, ospedali, vigili del fuoco) avveniva su linee spontanee ed occasionali, non dimenticando che ancora non esisteva telefonia cellulare.

Se fermassimo l'immagine ad oggi troviamo un ribaltamento netto dello scenario di riferimento:

- il Soccorso Alpino è una struttura in grado di migliorare l'intervento su una considerevole fascia di casi (+- 100 all'anno) \* , rivolti a categorie non “alpinistiche” ma all'intero spettro delle popolazioni “residenti” o “turistiche”, non sempre da effettuarsi sulle quote elevate, con una distribuzione statistica sui 12 mesi e con picchi significativi corrisponenti ai flussi “turistici” (sci, escursioni, funghi, caccia, ferie)
- l'utilizzo dell'elicottero è visto come mezzo in grado di velocizzare il soccorso, ridurre i rischi per l'infortunato ed i soccorritori, migliorare la “qualità” del servizio e, se anche potrà sembrare paradossale, abbattere i costi e razionalizzare l'impiego di risorse. E'

inoltre ormai percepita quale discriminante della “qualità” del soccorso la riduzione dei tempi di attesa del soccorso ed il “confort” dell’infortunato, anche al di là degli ovvi “dettati” sanitari in materia di “traumaticità” del trasporto

- la “mission” di soccorso, anche in ambiente montano, è oggi fortemente “governata” dalle esigenze sanitarie cui vanno adattate, ovviamente nel limite del fattibile e della sicurezza, le scelte ed i tempi operativi della squadra di soccorso alpino e dell’equipaggio di condotta dell’elicottero. La presenza sul posto del medico e di personale sanitario è oggi percepita, dall’infortunato, dai famigliari ed in genere dall’ “opinione pubblica” come “paletto” discriminante la “qualità del soccorso”. La stessa “sensibilità giuridica” è evoluta verso questo traguardo, ed anche il mondo dei “soccorritori” ne è pienamente consapevole.
- la presenza delle C.O. 118 assicura anche a valle della prima fase operativa del soccorso una continuità d’intervento sanitario ottimizzato sulle specifiche patologie affrontate. Il quadro generale dei compiti e delle competenze è, o forse ancora per alcuni casi dovrebbe essere, ben più definito e compartimentato.

\* (ulteriori riferimenti statistici reperibili sul nostro sito internet “[www.saer.org](http://www.saer.org)” nella parte “interventi”)

Il nostro servizio regionale del C.N.S.A.S. sposò fin dal 1995 la completa “medicalizzazione” del soccorso in montagna, facendosi poi promotore anche a livello nazionale della relativa “specializzazione” di “medicina d’urgenza in ambienti ad alto rischio” conclusa fra la facoltà di Medicina dell’Università di Modena e la nostra Scuola Nazionale. Da quell’anno possiamo affermare che ogni intervento ha visto la presenza e compartecipazione di un nostro medico in ogni soccorso. La nostra storica quota di riferimento del 10% dell’organico riservata a medici ha consentito di perseguire questo obiettivo, spesso asservendo le non semplici dinamiche d’ingaggio del mezzo aereo al luogo di “prelievo” del “medico CNSAS”.

Su questo argomento è utile ricordare che il nostro servizio regionale C.N.S.A.S. ha utilizzato, fino al 21 giugno scorso, esclusivamente elicotteri militari o dello “Stato” ingaggiati tramite la catena di comando dell’ RCC - Rescue Coordination Center dell’ Aeronautica Militare oggi situato a Poggio Renatico (FE), precedentemente a Martina Franca (TA) e prima ancora a Monte Venda (PD).

Doverose considerazioni e scelte di sicurezza ci hanno poi visto, a volte non molto compresi o forse per meglio dire “fraitesi”, selezionare quali vettori aerei “operativi” i soli Enti che ci hanno assicurato piani di addestramento periodici, organici e definiti; di fatto l’operatività è stata svolta con le linee AB212 SAR dell’ Aeronautica Militare (Linate, Istrana, Grosseto) e della Polizia di Stato (Bologna), oltre ad alcuni interventi specifici, anche notturni, con gli HH3F sempre dell’Aeronautica Militare e di stanza Rimini.

Al riguardo è stata sviluppata una interessante operatività contraddistinta e caratterizzata da elevate risposte qualitative sull’operatività aeronautica, che ha visto spesso operare in situazioni meteo-ambientali marginali e finanche in soccorsi notturni. In questi ultimi 10 anni si sono consolidate ed affinate le professionalità tipiche di C.O. in grado di pianificare e gestire l’ “assemblaggio” mezzo/squadra di soccorso anche quando la base di partenza del mezzo distava centinaia di chilometri da quello d’imbarco della nostra squadra (medicalizzata), che a sua volta magari andava ad operare in territori montani non propri con necessità di dirigere poi su ospedali diversi d’intesa con la C.O. 118. In questo contesto appare evidente che tutti gli aspetti riguardanti capacità di pianificazioni aeree, identificazione e localizzazione dei punti (imbarco squadra, zona di soccorso, ospedali), autonomie del mezzo, pesi, tempi d’attesa, punti di rifornimento, e, soprattutto

“comunicazioni radio” abbiano dovuto essere sviluppate massivamente per poter governare l’efficacia e la capacità risolutiva della missione.

La domanda di soccorso e la buona efficienza della catena di comando e d’ingaggio di questi mezzi ci ha portato nel 1998 e 1999 a “commissionare” dalla nostra regione rispettivamente il 60% e 70% delle missioni di soccorso in montagna “taskate” dall’ RCC nazionale agli elicotteri “S.A.R.”, quale misura dell’operatività e della risposta alle esigenze di soccorso locali, oltre all’evidente “assottigliamento” nel Nord Italia delle missioni di soccorso non soddisfatte, per differenza, direttamente con elicotteri di soccorso 118 all’uopo attrezzati e configurati nell’equipaggio.

All’inizio di quest’anno si verificò, come molti di voi ricorderanno, una anomala concentrazione di gravi incidenti sul nostro appennino. In soli 3 giorni vennero effettuati 12 interventi a 18 persone, 3 decedute, 13 ferite e 2 recuperate illese. La nostra organizzazione fu messa a dura prova arrivando ad effettuare, nel pomeriggio del 2 gennaio 2000, ben 5 interventi simultanei, supportati da un AB212 della Polizia di Stato ed il BK117 in servizio al 118 di Massa Carrara, che fecero la spola fra le varie cime mano a mano che si ebbero notizie dei sopravvissuti, suddividendosi fra le priorità anche in base alle caratteristiche d’impiego delle macchine ed alle necessità di mobilitare le nostre 5 squadre intervenute.

Si pose quindi in tutta evidenza la necessità di dotare di verricello almeno un elicottero del 118 dell’Emilia Romagna per consentire una risposta di soccorso completa anche in montagna, esigenza ripresa con forza anche dai “media” in un periodo “delicato” per gli amministratori che si apprestavano ad affrontare le consultazioni elettorali regionali nella successiva primavera.

Il 3 marzo di quest’anno la Giunta Regionale espresse con un proprio comunicato stampa (allegato) l’intenzione di dotarsi di un mezzo aggiuntivo dotato di verricello, affidando al servizio 118 lo studio e la progettazione di una soluzione operativa adeguata.

Pur non direttamente coinvolti o chiamati in causa dall’ Assessore in questa fase progettuale facemmo pervenire le nostre proposte di collaborazione, definendo un ampio quadro di riferimento (allegato) che ci avrebbe consentito di esprimere la nostra collaborazione. In una fase successiva venne precisato che il nuovo elicottero non avrebbe potuto fruire di personale sanitario AUSL in stato di “servizio”, cosa che ci portò nella determinazione di “investire” in una nuova visione ed impostazione strategica del nostro servizio regionale CNSAS, formulando una offerta “chiavi in mano” (allegato) di equipaggio di soccorso in linea con le prescrizioni CIVILAVIA in materia di “elisoccorso S.A.R.”, configurazione che, pur non esattamente richiamata dal Comunicato Stampa della nostra Giunta Regionale redatto con finalità “comunicative”, identificammo quale unica compatibile e coerente con l’obiettivo proposto. In coerenza a ciò affrontammo anche l’acquisizione dell’equipaggiamento di soccorso completo (barelle, zaini medici, presidi sanitari), avendo l’appaltante regolato la semplice fornitura di un elicottero con verricello (cellula vuota).

Se già dal marzo scorso quindi erano stati attivati contatti con molti operatori sanitari del 118, da Piacenza a Ravenna, per sondare la disponibilità e la motivazione a supportare questa nuova sperimentazione operativa, dall’inizio di aprile iniziarono corsi sistematici a più di 150 operatori in area di “emergenza-urgenza” 118 (medici e inferieri professionali) per formazione ed addestramento basico in ambiente montano e conoscenza delle tecniche alpinistiche utili al soccorso. I corsi, tenuti da nostri istruttori regionali, hanno impegnato più di 40 giornate, spesso strappate ai “week end”, fra lezioni teoriche ed uscite in ambiente alla Pietra di Bismantova (RE). Gli “allievi” hanno dato prova di eccezionale

impegno, versatilità e determinazione. Posso essere diretto testimone della sorpresa nel vedere i nostri "allievi" intimoriti dalle "verticalità" delle pareti della Pietra di Bismantova vista dal sottostante parcheggio alle 8 di mattina, e in scendere autonomamente in "corda doppia" su 100 metri di parete alle 15 del pomeriggio, chiedendo di ripetere una seconda discesa per "capire bene" e per rivedere le manovre senza "l'emozionalità" della "prima volta". Questi attività formativa, vissuta con grande impegno sia dal nostro "corpo docente" che dai nostri allievi, ha creato uno "spirito di gruppo" che oggi posso definire come incredibile valore ed arricchimento del Soccorso Alpino in Emilia Romagna che, dallo scorso giugno, ha visto incrementare la propria componente sanitaria dagli "storici" 18 medici agli attuali 34 medici e 45 infermieri professionali, che porta a "quota" 79 le unità sanitarie in organico, giusto 1/3 delle nostre risorse.

Allineate le capacità tecniche basiche per operare in sicurezza in ambiente montano, i nostri "allievi" hanno poi affrontato, già a partire da fine maggio un ottimo, scrupoloso e sistematico piano d'addestramento predisposto da HELITALIA, la compagnia che esercisce il BK117B2 con marche "I-BKBO" individuato quale 4° elicottero regionale di soccorso "S.A.R." ed in "servizio effettivo" dal 21 giugno 2000, fino ad oggi (31.8) presidiato da equipe di soccorso C.N.S.A.S. .

Per dare una idea dell'attività di addestramento svolta possiamo riferire che a fine luglio il verricello del BK117 aveva "filato" più di 15 Km. di cavo, ripetendo per ogni componente "T.E.S.", "MEDICO" e "INFERMIERE PROFESSIONALE" le varie manovre tipiche del soccorso "S.A.R.", con barelle "Mariner" e "Kong", pannolone, verricelli singoli e doppi, hovering e semi-hovering, il tutto opportunamente condito, forse con quel "pizzico" di sadismo che sollecitano le "matricole", da non preavvisate simulazioni di "emergenze" cui far fronte secondo le indicazioni "teoriche" fornite nei briefings.

Il 4° elicottero regionale "S.A.R." risulta basato sull'elisuperficie dell'Ospedale Maggiore di Bologna a fianco dell' altro BK117C1 "I-HBHC" in servizio H.E.M.S., non ha una propria "territorialità" d'intervento ma è chiamato a "sovrapporsi" su tutto il territorio regionale solo quando l'intervento non sia operativamente possibile ("inatterrabile") a nessuna delle altre 3 eliambulanzze regionali "H.E.M.S." in dotazione al sistema 118. Al momento i "protocolli" d'ingaggio non prevedono una sua possibilità di "sostituirsi" ad un servizio di soccorso "atterrabile" nel caso che il mezzo H.E.M.S. (titolare) fosse eventualmente impegnato.

Ciò limita fortemente le possibilità d'impiego reale del mezzo, soprattutto in stagione estiva, ed al riguardo abbiamo formulato al coordinamento dell' elisoccorso regionale 118 alcune proposte di variazione ai protocolli d'impiego, al fine di "sfruttare" appieno questa 4° importante risorsa, così voluta dalla Giunta Regionale ed ora disponibile.

Allo stato della capacità operativa raggiunta e della configurazione aeronautica possiamo affermare di avere assicurato un "Team" di soccorso C.N.S.A.S. in grado di raggiungere, operare e recuperare il paziente in qualsiasi località questi si trovi, nei tempi possibili da un "soccorso aereo" e con una elevata "qualità sanitaria" riferibile alla tipologia dei medici operanti (rianimatori, ex art. 22, e SAER) e dalla presenza di "infermieri professionali", tutti provenienti da "area critica".

Riteniamo quindi che la validazione completa, in ottica di efficienza/convenienza, del modello potrà avvenire nel breve periodo solo con una diffusa percezione e consapevolezza da parte delle C.O. 118 di poter disporre di una macchina ed un team di soccorso comunque "risolutivo", in grado cioè di affrontare anche situazioni scarsamente definite o ignote in sede di "prima processazione" della chiamata, assicurando comunque lo "sbarco" della componente sanitaria sul luogo d'intervento anche se non raggiunta, o raggiungibile, da altre risorse terrestri.

In un quadro evolutivo “favorevole” a questa nuova sperimentazione il nostro servizio regionale C.N.S.A.S. ha già in animo di effettuare anche una nuova sessione di addestramento invernale alle nuove componenti sanitarie entrate, anche perché risulterà indispensabile padroneggiare tecniche, materiali ed attrezzature che consentano al “team” di soccorso di operare in sicurezza su neve e ghiaccio.

Trattandosi della prima ed inedita esperienza in cui il C.N.S.A.S. è chiamato a fornire “chiavi in mano” un equipaggio di soccorso “S.A.R.” completo, abbiamo rilevato in questi primi mesi di servizio interesse da parte di altri servizi regionali del Soccorso Alpino e degli operatori “specializzati”. Confidiamo di poter maturare ulteriori esperienze a supporto di coloro che si trovino nella necessità di “percorrere la stessa strada”, magari sfruttando ed evitando anche i nostri “errori”.

La “filosofia” ed il “tratto strategico” che oggi muove il nostro servizio regionale nell’offrire una qualità e continuità di assistenza al cittadino trae da questa semplice ed intuitiva constatazione:

*“” è più semplice addestrare e formare alla sicura operatività in montagna di un “sanitario” motivato a qualificare ulteriormente la propria prestazione in elisoccorso, che dotare delle “professionalità sanitarie” richieste un sia pur motivato “tecnico di soccorso” del C.N.S.A.S. “”*

E’ su questa apparente banalità, che potremmo anche associare al più spartano “ad ognuno il suo mestiere”, sta a nostro avviso la suddivisione dei compiti in un razionale ed efficiente equipaggio di soccorso S.A.R.:

- al Medico e all’Infermiere Professionale il compito e la responsabilità dell’intervento “sanitario”
- al Tecnico di Elisoccorso C.N.S.A.S. il compito e la responsabilità che questi possano raggiungere, stazionare e lasciare la zona in completa sicurezza.

Concludendo infine questo mio intervento vorrei, data anche la sede quanto mai rappresentativa, testimoniare senza assoluta “piaggeria” la mia personale ammirazione per la professionalità e l’impegno riscontrato nei vostri colleghi ora a pieno titolo anche componenti il CNSAS dell’ Emilia Romagna. Competenza, determinazione, metodica e capacità solutive nel lavoro vi rendono parte importante e non sostituibile a mio modo di vedere nel mondo futuro dell’elisoccorso.

Vi confermo peraltro che l’incontro fra i nostri mondi, “tecnici di soccorso alpino” e “infermieri professionali”, ha già creato stime che vanno ben al di là del formale o del rito. Vi posso dire che dopo un recente incontro presso il nostro Assessorato alla Sanità dove fummo richiesti di “sacrificare” la presenza del “nostro” Infermiere Professionale nel nostro team di soccorso per poter imbarcare un pompiere (in ossequio ad una poco logica visione “politica” e di “equa rappresentanza” del tema) ho registrato una unanime “alzata di scudi” dei nostri TES e dei nostri medici, assolutamente scontata sul piano della ragionevolezza e razionalità operativa ma non prevista nell’intensità e determinazione manifestata.

Vi posso quindi assicurare che, se l’esperienza ora in atto avrà modo proseguire troverà le volontà politiche di essere confermata, le nostre strade correranno parallele ed avremo modo di trovarci qui anche il prossimo anno per sottoporvi il nostro lavoro.

Grazie ancora dell’attenzione e buon lavoro.