

Intervento congiunto Automed-Elisoccorso

“Aspetti Operativi”

Dr. S.A. Rosso 118 Ravenna

Definizioni:

Intervento Congiunto Automed-Elisoccorso: intendesi l'impegno, nello stesso evento, di due équipes di Supporto Vitale Avanzato (ALS), trasportate dai due Mezzi di Soccorso Avanzato (MSA). Il personale dei due mezzi lavora contemporaneamente su feriti diversi o per interventi diversi sullo stesso ferito.

Protocolli Operativi: sono le linee guida locali ed internazionali accettate con consensus tecnico-scientifico, e fatte proprie dalla Direzione, basate su variabili atmosferiche, geografiche, tecniche, temporali, cliniche e di forze sul campo. (complete non esistono pubblicate in nessun paese)

Introduzione:

L'intervento congiunto fra questi due MSA ha senso: 1) se la professionalità e la tecnica trasportata assicura veramente un soccorso avanzato; 2) se l'evento non è stato esageratamente sovrastimato e 3) se le due figure mediche parlano lo stesso linguaggio o perlomeno un idioma simile in termini di triage di trattamento e triage di evacuazione/centralizzazione.

In questa sede non tratteremo i casi di interventi su singoli per cui un leader di MSA, per problemi o per opportunità (trasporto, meteo, tempi...), chiede all'altro di farsi carico del paziente.

Sono gli interventi complessi congiunti il vero problema, missioni, con invio contemporaneo o per richiesta successiva, nelle quali tutte le figure professionali dei due MSA lavorano e decidono sul campo fianco a fianco.

“Fianco a fianco” vuol dire a volte anche urli, strepiti, confusione, tempi persi e diminuzione dell'efficacia su pazienti per lo più traumatizzati.

L'ideale non si improvvisa:

I centri che frequentemente vedono intervenire assieme mezzi di soccorso avanzato diversi, si sono resi rapidamente conto dell'assoluta necessità di protocolli o linee guida comuni soprattutto nella gestione dell'intervento complesso traumatico.

Questi protocolli tengono ovviamente conto delle diverse necessità tecnico-operative dei MSA in termini di tempo di intervento, di trasporto o di operatività, di rischio per l'equipaggio e per il paziente, di luogo dell'evento (orografia-idrografia-abitazioni-cavi-strade-piani), di luce e di condizioni meteo. Tali diversità anziché essere un limite debbono trasformarsi in opportunità da sfruttare al meglio.

Differenti sono anche le preparazioni professionali dei sanitari su MSA ma comune deve essere l'intendere per ciò che riguarda:

- 1) il triage di trattamento secondo i dettami dell'ABCDE come valutazione e azione per tempi di sopravvivenza
- 2) le azioni terapeutiche necessarie specie in ABC invasive e non
- 3) il triage di evacuazione, spesso diverso da quello di trattamento, e quasi sempre guidato dall'IP dell'automedicalizzata ultimo a lasciare il luogo dell'evento
- 4) il triage di centralizzazione come scelta ed allertamento del centro idoneo per il paziente idoneo
- 5) il trattamento ed il monitoraggio durante la centralizzazione.

Intervento congiunto complesso su più traumatizzati:

Questo è il momento di massima verifica per il sistema emergenza-urgenza sia per il numero di mezzi e sanitari in azione sia per l'intervento di altrettanto personale non sanitario ma necessario come forza in campo per compiti specifici e per la sicurezza pubblica e di chi sta lavorando.

Per definizione, anche nei centri più rodati, è impossibile che tutto vada bene, quindi si deve tendere sempre al meglio possibile.

Due “comandamenti “ storici vanno qui brevemente citati (ATLS 90 pag. 20-21) essi pongono un accento importante sui fondamentali concetti di “forze in campo” e di “reale capacità operativa”:
“.....Se il numero dei coinvolti e la gravità delle loro lesioni **non eccedono** le capacità della tua équipe e le possibilità delle attrezzature attualmente disponibili...: *TRATTA PER PRIMI I PAZIENTI PIU' GRAVI....*”

“.....Se il numero dei coinvolti e la gravità delle loro lesioni **eccedono** le capacità della tua équipe e le possibilità delle attrezzature attualmente disponibili...: *TRATTA PER PRIMI I PAZIENTI CON MAGGIORI CHANCE DI SOPRAVVIVENZA ..*”.

Il panico e la confusione che in misura diversa accompagnano spesso queste situazioni non sono evitabili perciò vanno preventivati ed assorbiti dalle équipes: sul luogo dell'evento attraverso l'impegno ed il lavoro anche duro e, una volta finito l'intervento se possibile, con un'analisi serena e non accusatoria dei vari passaggi critici e deficitari.

Effetto esattamente contrario, deleterio e distruttivo, specie in prospettiva futura, hanno invece tutti quegli atteggiamenti di superiorità e saccenza, di derisione e critica non costruttiva e di dimostrazione di altrui ignoranza ed incapacità che così spesso purtroppo vediamo nelle nostre realtà. Atteggiamenti tutti mascherati da altrui deficit culturale (che a volte esiste ma è il problema minore per un sistema che vuol essere in evoluzione e non in involuzione) e da un isolamento di chi è ritenuto inferiore che non fa che peggiorare la situazione e minare le fondamenta di un ipotetico sviluppo altrimenti positivo.

Contenuti tecnici

Una volta completata la fotografia iniziale della situazione, la diversa criticità ed il numero dei pazienti, coinvolti nell'evento, non devono creare discussioni ed interminabili incertezze sul luogo, ma, proporzionalmente alle forze sanitarie intervenute, devono stimolare, nei due leaders, priorità di trattamento e/o di centralizzazione.

I due medici decidono assieme, i tempi e l'ordine di intervento e trattamento, una volta pervenuto il sintetico quadro della situazione completato dagli infermieri di automed ed elimed.

Triage di trattamento e distribuzione dei carichi di lavoro non deve prendere più di 2-3 minuti.

Superata certamente l'obsoleta dicotomia fra “stay and play” vs “scoop and run” entrambi necessari e da utilizzare negli interventi complessi, trova più attenzione e spazio, oggi, il corretto utilizzo dei mezzi, degli strumenti e dei liquidi che sono limitati nel numero e nelle quantità.

I trattamenti inderogabili sul posto, in traumatologia, non sono molti ma vanno conosciuti e applicati al bisogno con precisione, attenendosi, in caso di contemporaneità di trattamento, all'osservanza dei tempi di sopravvivenza critica che impongono atti terapeutici prima in pazienti critici “reali” e solo poi in pazienti “potenzialmente” critici.

Non bastasse, sia fra i reali che fra i potenziali, tali deficit di funzione vitale vanno corretti, con azioni sul posto di minima o di massima, nuovamente in ordine di sopravvivenza: prima A di vie aeree, poi B di ventilazione, C di circolo, D neurologico ed infine E ipotermico (anche se più azioni in realtà sono contemporanee).

Azioni sul posto di minima, di massima o necessarie

| | LESIONE CRITICA | TEMPO UTILE | AZ. MINIMA | AZ. MASSIMA |
|---|---|---|--|----------------------------|
| A | ostruzione ingravescente delle alte vie aeree | 4-6 minuti per anossia cerebrale | jet ventilation (max per 30 min.) | cricotirotomia |
| | LESIONE CRITICA | TEMPO UTILE | AZ. MINIMA | AZ. MASSIMA |
| A | ventilazione non efficace | 8-10 minuti per ACR | assistenza ventilat. cannula e ambu | IOT e assist. ventilatoria |
| B | pnx iperteso | 10-20 minuti per chiusura cava sup. e p.e.a. | puntura e dito di guanto | drenaggio in aspirazione |
| C | emorragia > 30% della volemia (cristalloidi) | 30-60 minuti per svuotamento vn. e p.e.a. | reinfusione rapida con colloidali e sacche a pressione (il quadruplo se (attenzione ai traumi chiusi o penetranti) | |
| D | lesioni meliche cervicali | 2-3 ore per bradi-asistolia refrattaria | immobilizzazione ed estricazione corretta | |
| E | ipotermia | solo 10-30 minuti se iatrogena (liquidi < 15°C) 4-5 ore se ambientale per bradiartmia e poi f.v. refrattaria | prevenzione e rewarming | |

Le azioni di minima, correttamente eseguite, sono sufficienti per la sopravvivenza del paziente e necessarie per il tempo del trasporto verso chi stabilizza definitivamente la lesione critica: rianimazione, chirurgia generale o toracica, neurochirurgia, centri grandi ustionati, unità spinali etc. Fra i due MSA intervenuti le precipue capacità e forze andranno usate e spese, là dove utili, nell'interesse comune.

I rapporti con le altre forze intervenute devono essere di collaborazione.

La sicurezza di chi opera sul campo e dei pazienti non va mai persa di vista.

Completata la fase terapeutica il triage di centralizzazione viene rapidamente concordato fra i due medici (se non già fatto) e previa comunicazione fra loro e la Centrale Operativa, le équipes abbandonano la scena con i pazienti che necessitano di trattamento e monitoraggio durante il trasporto.

Generalmente rimangono sul posto ancora e sono ultimi a lasciare il luogo dell'evento o l'IP di automed o l'IP dell'elicottero cui spetta ora l'ultima raccolta di informazioni, il controllo di eventuale materiale abbandonato, eventuali rifiuti ed il messaggio di fine evacuazione.

I centri cui sono destinati i traumatizzati devono essere allertati (in genere da centrale) assieme ad eventuali specialisti necessari, sangue zero negativo se occorre, sale operatorie etc..

Spazi di miglioramento

Ogni sistema d'emergenza che si preoccupi di queste problematiche sa bene che gli spazi di miglioramento sono grandi e che solo la miopia dei professionisti sanitari possono restringere.

Questo possibile miglioramento non è mai dei singoli o di una particolare figura sanitaria.

L'intervento tende al meglio per il paziente quando l'insieme di scelte ed azioni migliora.

L'intero sistema cresce se la volontà ed il concreto impegno, le risorse ed il tempo, vengono spesi anche per un aggiornamento periodico, per una formazione continua teorica e pratica, e per un retraining basato sull'analisi della propria casistica, su corsi provatamente validi e riconosciuti in ambito nazionale ed internazionale, su linee guida locali che intergrano con le specifiche organizzative della zona i piani nazionali.

L'impegno deve puntare soprattutto a linguaggi comuni.

IP e medici hanno specifiche diverse ma devono tendere ad essere un corpo unico quando sono in azione, ognuno con i propri compiti.

Facilitano certamente il cammino verso linguaggi comuni, corsi come l'ACLS, il PTC o PHTLS, l'ATLS ed il PALS.

I migliori centri per l'emergenza sul territorio, nordeuropei ed israeliani, sono riusciti ad amalgamare ottimamente il personale facendo condividere periodicamente l'altrui servizio o reparto.

Meno difficile teoricamente, il turnover di infermieri di servizi diversi è terribile da organizzare anche solo per un mese.

Nelle nostre realtà questo scambio transitorio è storicamente e culturalmente arduo se non impossibile a livello medico.

Le difficoltà esistono sempre nel cambiamento e nel rinnovamento.....ma è solo l'uomo che può resistere e negare il meglio.