

VOL.1 | ISSUE 04 | ANNO 2021

DOI ON ASSIGNEMENT

ISSN 2674-0028

Autore: Maurizio Menarini, Medico anestesista-rianimatore, Direttore UOC Centrale Operativa 118 Romagna

Questo articolo è un estratto verbale dalla conferenza HEMS Congress del settembre 2019

Introduzione

I sistemi di soccorso preospedaliero (“sistemi 118”) hanno conseguito molti risultati positivi nel corso degli ultimi anni, con risposte organizzative finalizzate a ridurre i tempi di soccorso in particolare per le patologie tempo-sensibili.

Il futuro di tali sistemi dovrà essere finalizzato a migliorare la qualità degli interventi, alla professionalizzazione degli operatori, alla definizione di standard ed indicatori che consentano di avere una fotografia chiara delle prestazioni erogate e dell’applicazione dello stato dell’arte scientifico nel settore dell’emergenza sanitaria.

Obiettivo prioritario delle “medicina critica dell’emergenza” (critical emergency medicine) è garantire la continuità del trattamento qualificato dal luogo del primo soccorso alle cure ospedaliere. Può sembrare una affermazione scontata ma nella realtà la realizzazione di questo principio e la garanzia di un livello avanzato di cure, in particolare nell’ambito extraospedaliero richiedono progettualità, strategie, verifiche continue per ottenere efficacia nella gestione clinica dei pazienti più critici.

Se lo spirito del DPR 27 marzo 1992 era rendere omogeneo il modello organizzativo e la risposta di soccorso preospedaliero sul territorio nazionale, nella realtà sono stati sviluppati nel corso degli anni modelli regionali con notevoli diversità che si traducono in metodologie di intervento e competenze del personale sanitario e soccorritore molto differenti, con conseguenze inevitabili sul livello di cura erogato.

Rimanendo all’ambito dei medici, operano sui mezzi di soccorso diverse figure, da specialisti

in anestesia e rianimazione e medicina d'urgenza a medici di provenienza dalla continuità assistenziale con formazione all'emergenza territoriale, a medici libero professionisti con diversi percorsi professionali. Le necessità di un paziente critico richiedono competenze tecniche, esperienza nell'approccio complessivo alle condizioni di compromissione delle funzioni vitali, capacità di lavorare in team ed assumere la leadership negli scenari di intervento.

Ragionando in termini più generali, se il tempo assume rilevanza fondamentale per i pazienti in condizioni critiche, occorre declinare il "tempo" in due modi:

- Tempo come intervallo di tempo: lo scorrere dei minuti comporta, in assenza di interventi definitivi, un peggioramento che diventa irreversibile delle condizioni cliniche del paziente. Il tempestivo soccorso consente di risolvere alcune situazioni (es. defibrillazione precoce con ripresa di circolo in caso di arresto cardiaco, ripresa dell'ossigenazione a seguito di intubazione tracheale e ventilazione meccanica)
- Tempo come scelta del momento per mettere in atto un intervento, il "timing": portare l'ospedale "fuori dalle mura", sul territorio, consente di anticipare le manovre e gli interventi efficaci. L'elisoccorso, per fare un esempio, è da considerarsi una "terapia intensiva volante" con team esperto medico ed infermieristico di medicina critica dell'emergenza che anticipa le cure intensive al momento del primo approccio al paziente. In questo modo, il tempo sulla scena e durante il trasporto rappresenta una fase di cura "intensiva" che permette, pur scorrendo il tempo, di "guadagnare" tempo attraverso interventi efficaci (si pensi all'uso del REBOA in pazienti gravemente emorragici, alla trasfusione di emoderivati in caso di pazienti emorragici, alla decompressione/drenaggio di pnemotoraci ipertesi) e di "indirizzare" correttamente il paziente nell'hub di riferimento ed all'interno dello stesso con ulteriore precocità di esecuzione degli interventi richiesti (es. accesso diretto alla sala operatoria di pazienti traumatizzati instabili, bypassando la shock room del pronto soccorso).

Ma cosa serve davvero per un elisoccorso di qualità?

Nell'ambito della specializzazione in anestesia e rianimazione, la medicina critica dell'emergenza rappresenta un settore fondamentale previsto dall'ordinamento universitario come parte del curriculum formativo. Le competenze che vengono acquisite nei reparti di terapia intensiva rappresentano l'elemento essenziali per poter mirare a gestire un paziente critico, in condizioni di emergenza, già nella fase pre-ospedaliera.

Già l'utilizzo del termine pre-ospedaliero vuole significare che non si deve pensare al

soccorso sulla scena come mera “emergenza territoriale” ma come la prima fase di una continuità di cure qualificate che porta a migliorare la sopravvivenza e la ripresa funzionale dei pazienti vittime di traumi gravi o di patologie acute severe.

E portare sul campo tale esperienza significa anche avere a disposizione risorse di materiali, tecnologiche, che permettono lo stesso livello di trattamento che il paziente riceve all’arrivo nell’ospedale idoneo. E gli elicotteri dovranno essere attrezzati e consentire l’utilizzo di questi presidi anche durante le fasi di trasporto del paziente.

Abbiamo parlato del ruolo dell’anestesista-rianimatore ma l’elemento fondamentale in campo sanitario è il “team”, la squadra composta da medico ed infermieri. Senza un lavoro congiunto, complementare, “esperto”, i risultati non saranno quelli ottimali: lavorare in teama significa unire gli sforzi per un obiettivo comune, condiviso, chiaro, ognuno con le proprie competenze, e con un coordinamento ed una collaborazione che “fanno la differenza”.

Unire persone, metterle assieme, ma non sviluppare una capacità di collaborare e di integrarsi non porta alla costruzione di un team ma solo ad un gruppo di professionisti, che potrà mettere in campo trattamenti ben eseguiti ma che non “sfrutterà” fino in fondo le potenzialità di tutti i componenti e non ricaverà il valore aggiunto di un lavoro coordinato.

Competenze e qualità non sono la stessa cosa

Quando parliamo di competenze si è portati a pensare in prima battuta alle “skills tecniche”, alla capacità di mettere in atto interventi e manovre, competenze che si ritiene siano tanto più sviluppate quanto maggiore è l’esperienza acquisita con l’esercizio professionale.

In realtà, è necessario considerare, accanto alle skills tecniche, le “skills non tecniche” (NTS) anche note come CRM - Crisis resource management skills” ovvero quelle “competenze cognitive, sociali e personali complementari alle competenze tecniche, che contribuiscono all’attivazione di performance lavorative sicure ed efficaci”.

Le non technical skills sono, in sintesi: consapevolezza della situazione, capacità di prendere decisioni, leadership, capacità di comunicare, capacità di gestire lo stress, di gestire la fatica. Si tratta di competenze che possono essere apprese, attraverso un lavoro di riflessione, di analisi degli interventi, un debriefing successivo agli interventi effettuati.

Una formazione dedicata, attraverso simulazioni e successivo debriefing, è lo strumento per “costruire” un team, per sviluppare le non technical skills, per migliorare la performance

della squadra nelle situazioni di emergenza, e più in generale di “crisi”.

Al punto: come misuro la qualità della formazione?

Se è condivisibile e comprensibile il ruolo della formazione, non sempre è agevole valutare, “misurare” il risultato dei percorsi formativi, specialmente quanto parliamo di competenze non tecniche.

Uno strumento può essere, fra gli altri, la scala di valutazione di Kirkpatrick che identifica una scala in 4 livelli. Il primo livello è rappresentato dalla “reazione” ovvero se il momento formativo è stato apprezzato, gradito dai partecipanti. Il secondo livello è l’apprendimento, ovvero la verifica delle conoscenze e abilità che al termine della formazione sono state acquisite: sono misurabili con questionari o prove pratiche e valutati con la correttezza delle risposte od il raggiungimento degli steps previsti. Il terzo livello è costituito dal “comportamento” ovvero da come, a seguito di un percorso formativo, i professionisti hanno modificato il proprio comportamento operativo, applicando quanto appreso; si tratta di un livello di non facile misurazione ma indubbiamente si tratta di elemento fondamentale per i responsabili dei diversi settori al fine di mantenere o modificare i percorsi formativi. Il quarto ed ultimo livello è quello dei “risultati”, ovvero quale impatto ha avuto sull’esito pazienti un determinato percorso formativo: il più complesso da valutare e probabilmente con necessità di valutazione a lungo termine. In letteratura sono presenti sempre più numerosi lavori che dimostrano l’efficacia di percorsi formativi con simulazione ad alta fedeltà e successivi debriefing in termini di ricadute positive sull’applicazione di linee-guida aggiornate e sull’outcome dei pazienti.

Se parlo di qualità devo poi anche misurarla

Oltre alla formazione, è necessario misurare la qualità degli interventi che vengono messi in atto nelle varie fasi del trattamento del paziente.

La misurazione della qualità del soccorso preospedaliero occorre chiarire i punti essenziali da valutare, il più possibile in termini oggettivi, considerando non solo il singolo “intervento” ma il processo in toto.

Un esempio fra tutti: se l’obiettivo è misurare il successo della manovra di intubazione tracheale la sola misurazione del successo della stessa come “tubo tracheale posizionato” non fornisce un quadro complessivo del processo. Se il tubo è stato posizionato nel 99% dei casi ma dopo una media di 2-3 tentativi, con desaturazione del paziente durante la manovra,

con vomito, non è stato un successo: sono intervenuti elementi che hanno impattato negativamente sulle condizioni del paziente.

Dopo averlo intubato, il team ha ventilato correttamente il paziente? Non è sufficiente collegarlo al ventilatore: occorre impostare parametri ventilatori idonei alla patologia ed al soma del paziente, monitorizzarlo con i volumi e l'end-tidal CO2 ad esempio.

Nell'ottica di una riorganizzazione del sistema di soccorso preospedaliero non si può prescindere dalla definizione precisa di standard qualitativi da raggiungere e di indicatori che diano una chiara visione del raggiungimento di questi standard o dell'entità degli scostamenti.

I risultati di queste misurazioni forniscono i dati per l'analisi dei fabbisogni formativi nella progettazione di percorsi di addestramento per colmare i gap e per consolidare le skills, tecniche e non tecniche.

Una riflessione finale: la qualità degli interventi e la misurazione della stessa sono essenziali per una gestione efficace del soccorso preospedaliero e rappresentano elemento indispensabile per il miglioramento delle performance, congiuntamente alla progettazione di percorsi formativi che utilizzino metodologie didattiche finalizzate anche all'apprendimento di skills non tecniche, come la somministrazione di scenari in simulazione ad alta fedeltà e debriefing strutturati.