

Come reagire all'emergenza sanitaria? Il caso degli attentati di Parigi

Hirsch M, Carli P, Nizard R et al

The medical response to multisite terrorist attacks in Paris

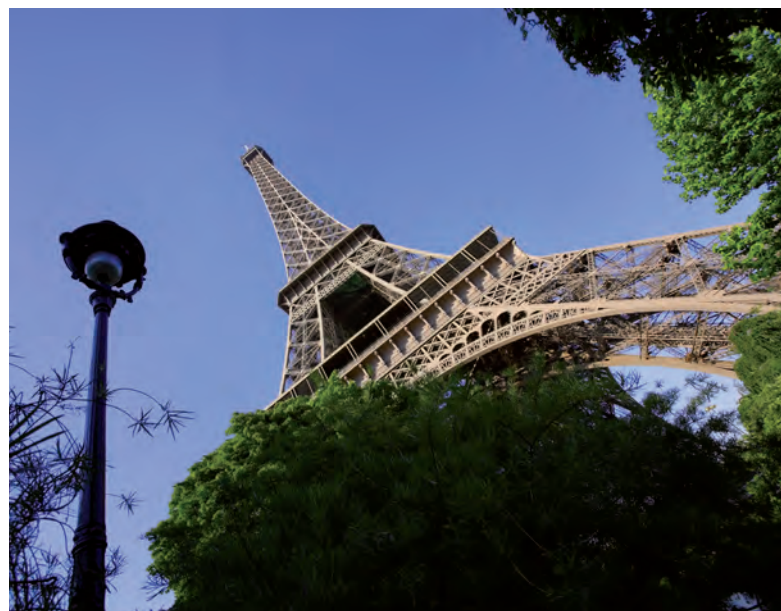
Lancet 2015; 15: 1063-1066

Il reportage pubblicato sul *Lancet* racconta la complessa macchina organizzativa messa in moto per fronteggiare la sconvolgente esperienza dei fatti di Parigi e mostra la tragica vicenda attraverso gli occhi degli operatori sanitari coinvolti. Ne emerge un sistema organizzativo sanitario per le emergenze decisamente ben strutturato: all'arrivo delle richieste di soccorso sono stati mobilitati immediatamente i servizi medici d'emergenza e aperta l'unità di crisi in grado di coordinare il lavoro di ben 40 ospedali. Quest'unità di crisi è la più grande d'Europa poiché comprende 100.000 professionisti sanitari, ha una capacità di 22.000 posti letto e di 200 sale operatorie. È stato subito applicato il 'Piano Bianco', realizzato oltre vent'anni fa, che consiste nel mobilitare tutti gli ospedali, nel richiamare in servizio lo staff sanitario e nella messa a disposizione di tutti i possibili posti letto per fronteggiare il prevedibile arrivo di un ingente numero di feriti. Inoltre è stato immediatamente organizzato un centro di supporto psicologico formato da 35 psichiatri, psicologi, infermieri e volontari, molti dei quali erano già intervenuti in occasione dell'attentato a Charlie Hebdo.

IL PUNTO DI VISTA DEL MEDICO DI EMERGENZA

Il SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence) si è occupato del triage e dell'assistenza preospedaliera: il team di crisi era composto da 15 addetti per rispondere al telefono e 5 medici che avevano l'obiettivo di organizzare il triage e inviare unità mobili composte da un medico, un infermiere e un autista per trasportare i feriti verso l'ospedale più appropriato ai bisogni. Il Piano Bianco e l'ORSAN (Organisation de la réponse

du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles) hanno previsto invece l'invio di 45 équipe mediche e di squadre dei vigili del fuoco dislocati tra i diversi siti coinvolti negli attentati. Quindici di queste unità sono state tenute in *stand by*, per fronteggiare ulteriori bisogni non immediatamente definibili. Sono stati trasportati in ospedale complessivamente 256 feriti, mentre molte altre persone giungevano nei pronto soccorso della capitale con mezzi propri. Nel cuore della notte, 35 équipe chirurgiche hanno praticato in maniera continuativa interventi d'emergenza sui feriti più gravi. Il tipo di ferita più comune era quello da arma da fuoco; a livello pre-ospedaliero si è provveduto a contenere i danni per consentire la più rapida emostasi chirurgica possibile. Dopo il trattamento iniziale, i feriti sono stati trasportati dalle Mobile Intensive Care Unit (MICU) presso i *trauma center* o negli ospedali contigui. L'Ospedale Saint Louis dista pochi metri da Le Petit Cambodge e Le Carillon, due dei ristoranti interessati dagli attentati. Molti dei feriti sono stati immediatamente trasportati lì; altri si sono recati da soli all'Ospedale Saint Antoine, sempre nelle vicinanze. Per evitare di intasare i dipartimenti d'emergenza, i triage sono stati effettuati anche all'ingresso degli ospedali. I medici del SAMU non sono solo esperti nella stratificazione



del rischio e nell'invio rapido dei pazienti presso gli ospedali più adeguati ma anche nel trattamento d'emergenza sul campo.

IL PUNTO DI VISTA DELL'ANESTESISTA

Il Piano Bianco ha funzionato egregiamente: i pazienti feriti, con condizioni cliniche non gravi, sono arrivati in gruppi di 4-5 persone molto rapidamente grazie anche alla collaborazione fra i servizi medici del dipartimento antiterrorismo della polizia nazionale francese (RAID), i team di emergenza pre-ospedaliera e dei *trauma team* ospedalieri. Appena scattato l'allarme, sono state liberate tutte le unità di terapia intensiva post-chirurgica e contemporaneamente i reparti di medicina hanno messo a disposizione ulteriori letti. Questo ha permesso che le 'shock trauma room' fossero utilizzabili per accogliere nuovi pazienti. Ogni paziente in codice rosso è stato assistito da un team dedicato che definiva le priorità del paziente (stabilendo se erano necessarie TAC o esami radiologici) e poi lo inviava rapidamente in sala operatoria. Nell'arco di appena 24 ore sono stati effettuati tutti gli interventi chirurgici di urgenza assoluta o relativa.

IL PUNTO DI VISTA DEL CHIRURGO

La formula vincente dei soccorsi di quella notte è stata la professionalità degli operatori ma anche e soprattutto la solidarietà che ha portato a lavorare tutti al di sopra delle forze. L'obiettivo comune era evidente e ognuno ha collaborato in maniera fluida e armoniosa. Questo ha consentito, ad esempio, presso l'Ospedale Lariboisière di aprire due sale operatorie per la chirurgia ortopedica, una per la neurochirurgia, una per interventi di pertinenza otorinolaringoiatrica e due per la chirurgia addominale. Analizzando il lavoro svolto in quelle tragiche ore è emerso che quasi tutti gli interventi erano stati effettuati su pazienti di meno di 40 anni.

La macchina organizzativa ha funzionato in maniera impeccabile non solo perché la struttura in sé ha funzionato alla perfezione ma anche, e soprattutto, perché il 'fattore umano' è stato determinante.

Letizia Orzella

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali,
Agenas

Migliorare la diagnosi: la nuova frontiera della sicurezza del paziente

Singh H. Graber ML

Improving diagnosis in health care: the next imperative for patient safety

N Engl J Med 2015; 373: 2493-2495

INTRODUZIONE

Nel 1999 il documento dell'Institute of Medicine (IOM) *Errare è umano* diede inizio ad un nuovo corso nella riflessione sul tema della sicurezza dei pazienti. Con il suo recente documento *Migliorare la diagnosi nell'assistenza*, pubblicato nel 2015, lo IOM riconosce che affrontare l'errore diagnostico è un imperativo morale, professionale e di salute pubblica, e che esso rappresenta uno dei fattori di rischio più importanti per la sicurezza del paziente. La ricerca suggerisce, infatti, che l'errore diagnostico interessa ormai un adulto su 20 in ambito extraospedaliero e oltre 12 milioni di adulti all'anno soltanto negli Stati Uniti. Ciò significa, sottolineano Singh e Graber, che la maggioranza delle persone subirà uno o più errori diagnostici nel corso della propria vita.

METODO

Nel suo documento del 2015 lo IOM presenta una serie di *Raccomandazioni*, la cui applicazione mira a determinare cambiamenti procedurali e di sistema finalizzati alla riduzione degli errori diagnostici. Esse si basano su alcune assunzioni di partenza, tra cui il principio per cui le conoscenze e le ipotesi di un solo medico, seppur fondamentali, non sempre assicurano una diagnosi accurata. Si parte poi da una definizione ampia di 'errore diagnostico', inteso come "l'errore nel fornire una spiegazione tempestiva ed accurata del problema del paziente o l'errore nel comunicare tale spiegazione al paziente stesso". Una definizione, questa, che enfatizza il ruolo vitale del paziente nel processo diagnostico.

RISULTATI

Le *Raccomandazioni* evidenziano l'importanza di alcune azioni sistemiche per migliorare la ca-