

CAPITOLO 12

La Fase di Ricezione



Argomenti trattati:

1. Introduzione
2. Preparazione dell'ospedale
3. Servizi clinici
4. Servizi di supporto clinico
5. Servizi di supporto operativo clinico
6. Servizi di supporto gestione ospedaliera
7. Servizi di supporto infrastrutturale

12.1 Introduzione

La fase di ricezione è il periodo durante il quale le vittime arrivano in ospedale e sono sottoposte a triage iniziale, valutazione e trattamento di emergenza. La durata di questa fase può variare da poche ore per piccoli incidenti, fino a giorni nei grandi scenari di disastro. La maggior parte dei pazienti riceve tutte le cure di cui ha bisogno durante questa fase e può essere inviata a casa direttamente dal DEA/PS.

12.2 Preparazione dell'ospedale

Le aree di ricezione dell'ospedale vanno preparate per prime perché saranno le prime ad essere utilizzate. Medici e infermieri presenti nel DEA/PS dovrebbe far sì che i pazienti non collegati all'incidente, presenti quando il piano viene attivato, ricevano l'assistenza necessaria e vengano dimessi rapidamente ma in sicurezza. Questo deve avvenire per liberare spazio per le vittime in arrivo. A grandi linee, si può seguire il seguente piano d'azione:

- i casi lievi: vengono indirizzati al proprio medico di base o si provvede a fissare un appuntamento ambulatoriale;
- i casi gravi: ricovero rapido, con minima documentazione, in un reparto non designato per la risposta all'incidente.

Le aree di ricezione vanno posizionate in modo da assicurare che il triage e il trattamento d'emergenza salvavita siano effettuabili rapidamente. Il DEA/PS va suddiviso in zone destinate alle diverse categorie di triage assegnate alle vittime. Per poter far fronte al loro arrivo, gran parte del reparto avrà bisogno di espandersi alle aree adiacenti. È generalmente più logico spostare le vittime con priorità minore (T3-verde) verso aree più lontane dal punto di triage e che l'area principale del reparto, più vicina, riceva sia adibita per i casi con priorità T1-rosso e T2-giallo. Un esempio di questo sistema di redistribuzione delle aeree - che utilizza cioè gli ambulatori adiacenti per i pazienti con priorità T3 - è mostrato in Figura 12.1.

Normale utilizzo di aree del DEA/PS



Utilizzo di aree adiacenti in caso di incidente maggiore



FIGURA 12.1 - SCHEMA INDICANTE L'IMPIEGO DELLE AREE DEL DEA/PS IN CASO DI INCIDENTE MAGGIORE

Oltre alla preparazione del DEA/PS, altre parti dell'ospedale vanno allertate e preparate per i loro compiti (Tabella 12.1). Sia le unità di terapia intensiva che le sale operatorie possono dover entrare in gioco precocemente durante la gestione di un incidente maggiore e andrebbe fatta una valutazione preventiva del loro carico di lavoro e della loro capacità di accogliimento nel momento dell'incidente. Se possibile, va considerata la necessità di mobilitare risorse addizionali (per esempio, letti di terapia intensiva non normalmente attivati). Allo stesso modo, deve essere valutato il numero di letti disponibili in tutto l'ospedale. Questo conteggio deve considerare il numero di letti disponibili con il personale normalmente in servizio e il numero di quelli che si potrebbero aggiungere mettendo a disposizione personale aggiuntivo. Medici e infermieri dei vari reparti devono valutare il carico di lavoro e stabilire se vi siano pazienti da poter dimettere immediatamente o trasferire ad una area clinica meno intensiva. Queste informazioni vanno trasmesse all'Unità di Crisi Ospedaliera.

Tabella 12.1 - Responsabilità durante la preparazione dell'ospedale

Valutazione di pertinenza:	Medica	Infermieristica	Amministrativo/Gestionale
Quantità di personale presente	✓	✓	✓
Carico di lavoro in corso	✓	✓	
Preparazione delle aeree chiave ad uso clinico		✓	
Richiamo in servizio di personale aggiuntivo	✓	✓	✓
Preparazione di aeree ad uso non clinico			✓

12.3 Servizi clinici

Il *Medico Responsabile Emergenza-Urgenza* coordina l'assistenza clinica durante la fase di ricezione.

Le vittime vengono sottoposte a Triage al loro arrivo in ospedale. Vengono poi ulteriormente valutate e ricevono il trattamento d'emergenza all'interno del DEA/PS. Alcuni pazienti verranno ricoverati per il trattamento definitivo ma molti saranno dimessi direttamente dal DEA/PS.

TRIAGE

Tutti i pazienti saranno valutati sull'ingresso del DEA/PS, ciascuna riceverà una categoria di triage per incidente maggiore e le verrà assegnato un codice. Anche se i pazienti sono già stati sottoposti a triage sulla scena dell'incidente, essi devono essere rivalutati. Il più

delle volte il triage sarà rapido e stabilirà in quale area clinica del DEA/PS il paziente vada inviato.

Le categorie di triage devono riflettere l'urgenza dell'intervento necessario per quella vittima, sia esso rianimatorio, chirurgico o di trasferimento. La categoria di triage di un singolo paziente può cambiare a causa del suo peggioramento clinico o a seguito delle cure ricevute. Il triage è discusso in dettaglio nel Capitolo 13.

TRATTAMENTO

Una volta sottoposti a triage, i pazienti sono portati nella zona appropriata dell'area di ricezione dove vengono nuovamente valutati per poi ricevere da parte di una *Squadra di Trattamento* le cure necessarie. Queste squadre vengono formate man mano che il personale si presenta all'Area/Punto di Raccolta del personale e vengono poi inviate alle varie aree cliniche in base a quanto richiesto dal numero e gravità dei pazienti - una squadra per un paziente, nell'area di priorità T1-rosso, e al massimo una o due squadre, per tutta l'area di priorità T3-verde. L'organizzazione delle Squadre di Trattamento è critica per il successo della fase di ricezione e andrebbe fatta da un medico o da un infermiere esperto. Inizialmente, questo ruolo sarà coperto dal *Responsabile Infermieristico* e in seguito dal *Coordinatore Squadre*. Indipendentemente da chi definisca le squadre, è importante che costui mantenga un costante collegamento con i medici responsabili in ciascuna area di ricevimento (e, in uno fase più avanzata, con i medici responsabili nei reparti di ricevimento), per stabilire le necessità di personale.

Se la disposizione dell'ospedale è tale che i pazienti con priorità T1 e T2 vengono inviati in una zona e i pazienti con priorità T3 in un'altra, servirà supervisione medica e chirurgica in due zone distinte. Il personale medico in servizio per la chirurgia e la medicina è generalmente disponibile per la copertura di questi ruoli. È essenziale che chi svolge questo lavoro di supervisione comprenda l'importanza di *non lasciarsi coinvolgere* nel trattamento di singoli pazienti. Questo aspetto va specificatamente sottolineato nella sua scheda-azione e andrebbe discusso durante l'addestramento, come sottolineato nel Capitolo 6.

È importante che le Squadre di Trattamento comprendano la struttura del sistema di risposta e quale sia il loro ruolo nell'ambito del sistema stesso. Il sistema poggia sul fatto che i capisquadra comunichino al *Medico Responsabile Cure Chirurgiche* o al *Medico Responsabile Cure Internistiche* ogni volta venga riscontrato un problema o trovata una soluzione. Tutte le schede-azione devono mostrare uno schema della gerarchia di pertinenza del ruolo. Questo permette a ciascuno di sapere a chi debba fare rapporto e chi, invece, sia sotto la sua responsabilità. Le catene di comando vanno sottolineate - e il concetto rinforzato - durante l'addestramento per incidente maggiore, come discusso nel Capitolo 6.

Durante la risposta ad un'emergenza complessa ospedaliera è di vitale importanza tenere una accurata documentazione scritta. Il gran numero di pazienti causa facilmente grande confusione e il rischio che importanti informazioni vengano perse. Quasi ogni incidente importante dà luogo a indagini giudiziarie e le cartelle cliniche possono entrare a far parte di queste inchieste. Annotazioni accurate sono anche estremamente utili nella fase di valutazione e discussione del piano d'emergenza, una volta concluso l'incidente. I capisquadra e i medici responsabili dovrebbero sforzarsi di documentare al meglio l'attività fatta.

DIMISSIONI DURANTE LA FASE DI RICEZIONE

Durante la fase di ricezione, molti pazienti vedranno completato il iter clinico già all'interno del DEA/PS e saranno quindi dimessi. Ai pazienti dimessi deve essere dato un numero telefonico di contatto con l'ospedale nel caso insorgano successivi problemi. Dopo un incidente maggiore, le vittime visitate e subito dimesse possono sentirsi isolate e abbandonate e soffrire di successivi problemi psicologici. Questo problema può esser accentuato negli incidenti legati a mezzi di trasporto, in cui molti fra i feriti potrebbero abitare in aree geografiche diverse da quella in cui è avvenuto l'incidente.

Idealmente, i pazienti andrebbero dimessi dal DEA/PS attraverso una specifica area di dimissione prevista nell'ospedale. Quest'area dovrà permettere ai pazienti di ricevere informazioni e di sostare in una zona quieta per riordinare i propri pensieri prima della partenza. L'area di dimissione deve essere lontana dall'area di ricezione, dalla stampa e dal pubblico e sarà gestita da personale infermieristico e amministrativo. Le organizzazioni di volontariato sono spesso utili ed efficaci nel fornire aiuto e supporto in quest'area.

TRASFERIMENTI

I pazienti che non vengono dimessi direttamente dal DEA/PS verranno trasferiti all'interno dell'ospedale o ad altro ospedale. Ciò si renderà necessario durante fasi diverse del trattamento e per ragioni diverse.

Lo spostamento fisico dei pazienti dalle aree di priorità T1 e T2 dovrebbe essere effettuato da apposite *Squadre Trasferimento* costituite da un inserviente, un infermiere e un medico che vengono formate a cura del *Coordinatore Squadre* o del *Responsabile Medico Cure Chirurgiche* o *Internistiche* ed inviate nelle aree appropriate in base alle richieste.

DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI PAZIENTI

Al suo arrivo in ospedale, a ciascun paziente viene assegnato un codice di priorità che viene evidenziato sul cartellino di triage (vedi Capitolo 13). Il cartellino poteva già essere stato fissato alla vittima sul luogo dell'incidente e contenere già alcuni dati del paziente. Non è possibile raccogliere tutti i dettagli amministrativi a questo punto dell'assistenza per non creare un collo di bottiglia nondimeno, è essenziale che tutti i pazienti siano registrati e che venga loro assegnato un numero di identificazione. Un'addetto presente nell'area di triage deve predisporre pacchetti con impresso un codice univoco contenenti moduli e richieste prestampate: un pacchetto accompagnerà ciascun paziente nel suo percorso all'interno dell'ospedale e il medesimo operatore addetto deve assicurarsi che un braccialetto numerato con lo stesso codice del pacchetto venga fissato al polso del paziente.

Altri impiegati vanno assegnati a ciascuna delle aree di ricezione, in modo da poter raccogliere i dati del paziente e scriverli sugli appositi moduli codificati. Questi dati vanno inviati al Centro Informazioni dell'ospedale dove saranno riuniti e inseriti nei sistemi informativi esistenti, quando il tempo lo permetta. Durante le prime fasi della risposta ospedaliera, gli addetti alla raccolta dati dovranno mostrare molta iniziativa per riuscire ad ottenere informazioni adeguate dai pazienti. Il *Responsabile Dati dei Ricoveri* dovrà controllare i codici assegnati nell'area di triage e collegarli ai dati ottenuti nelle fasi successive. È importante fare tutto il possibile per raccogliere i dati mancanti di un paziente.

SQUADRA DELLA POLIZIA PER LA RACCOLTA DELLA DOCUMENTAZIONE

È verosimile venga inviata una squadra della Polizia per raccogliere i dati relativi alle persone coinvolte nell'incidente. Il compito della Polizia è di raccogliere il maggior numero possibile di dettagli, sia amministrativi che materiali, riguardanti ciascun paziente e di inviarli al proprio ufficio competente al fine di ottenere una precisa identificazione e di rispondere alle richieste di informazione sulle persone coinvolte. Poiché le informazioni necessarie alla Polizia ed all'amministrazione dell'ospedale sono sostanzialmente le stesse, esiste la possibilità di una fattiva collaborazione.

EFFETTI PERSONALI DELLE VITTIME

Un sacchetto per gli effetti personali del paziente deve far parte della predisposizione per la ricezione delle vittime. Questi contenitori vanno etichettati con lo stesso numero di identificazione assegnato al paziente. Tutti gli effetti del paziente vanno messi nel sacchetto che seguirà la persona in ogni momento. Gli effetti personali possono essere di grandissimo aiuto per l'identificazione di pazienti sconosciuti ed è perciò essenziale che non vadano persi o scambiati.

12.4 Servizi di Supporto Clinico

Tutti quelle azioni non di carattere sanitario che facilitano l'attività clinica sono essenziali, sia nella fase di ricezione che in quella di trattamento definitivo e il *Coordinatore Medico* deve assumersi la responsabilità diretta della loro esecuzione (vedi Figura 8.1B). Ciascun servizio di supporto dovrebbe elaborare un piano interno di risposta in accordo con il piano di risposta generale. Esso dovrebbe trattare sia aspetti generali, quali il richiamo in servizio del personale e il controllo dell'efficacia delle azioni del servizio stesso, sia aspetti tecnici specifici al servizio in questione.

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Il piano deve trattare le esigenze sia cliniche che tecniche che il responsabile della radiologia dovrà sovrintendere.

Sul versante clinico esisterà la necessità di coordinare le priorità dei pazienti vittime dell'incidente con quelle dei pazienti già degenti in ospedale, di assicurare un referto immediato di tutte le indagini relative ai pazienti dall'incidente e di supervisionare la necessità di attuare indagini più complesse. La necessità di indagini radiologiche sarà probabilmente massima nella fase di ricezione ma, per alcuni giorni, ci sarà anche un aumentato carico di lavoro prodotto dai reparti e dalle sale operatorie. È anche possibile che i radiologi abbiano un ruolo giuridico e peritale durante le investigazioni successive all'incidente: questo aspetto va considerato nel piano.

Sul versante tecnico, il *Tecnico Responsabile RX* dovrà assicurarsi che operatori ed equipaggiamento siano sufficienti al compito. Il piano interno di reparto dovrà, per esempio, aver verificato che sia nota la posizione e la disponibilità di tutta la strumentazione portatile.

Una certa attenzione va posta al rifornimento di materiale di consumo – questo può richiedere il coinvolgimento del provveditorato e dell'ufficio acquisti: i metodi di rifornimento vanno stabiliti durante la stesura del piano.

LABORATORIO

Finché perdura l'incidente, va coordinata la risposta di tutti i servizi di laboratorio. Non fa differenza se vi sia un solo coordinatore (per esempio il direttore dei servizi di patologia) per tutte le specialità diagnostiche o se ciascun laboratorio abbia il proprio coordinatore. Alcuni aspetti della risposta (per esempio le reperibilità) possono essere più efficienti se centralizzati, mentre altri aspetti vengono affrontati meglio nell'ambito di ciascuna area specialistica.

Sangue e derivati

Per quanto riguarda i servizi trasfusionali il piano deve occuparsi sia della parte tecnica che di quella clinica e vanno coinvolti nella stesura sia il responsabile dei servizi ematologici che il capo tecnico del servizio trasfusionale.

Non appena venga attivato il piano di risposta all'incidente, vanno messe in atto prime importanti azioni volte a massimizzare la quantità di sangue immediatamente disponibile all'interno dell'ospedale. Tutte le unità di sangue (eccetto quelle già segnate per uso imminente) devono essere rimesse in magazzino, ricontrollate, testate per ABO e marcate in modo appropriato. Le richieste di trasfusione vanno soddisfatte in base alla priorità e, se immediate o urgenti, rifornite da questo deposito.

Il piano per le trasfusioni deve includere procedure concordate per l'utilizzo dei codici paziente (anziché il nome) per l'identificazione dei campioni e delle sacche, infatti è verosimile prevedere che nella *fase di ricezione* le informazioni di identificazione possano essere meno accurate del solito.

Il servizio nazionale di fornitura del sangue, o suo equivalente, va contattato precocemente e informato delle possibili richieste di sangue, non appena l'esigenza diventa chiara. In circostanze normali, il servizio trasfusionale invia le unità agli ospedali con appositi corrieri: questo potrebbe non essere possibile durante un incidente maggiore ed il servizio trasporti dell'ospedale potrebbe doversene occupare per esigenze urgenti. È possibile che all'ospedale si presentino volontari per offrire donazioni di sangue: le necessità e la sede per i prelievi vanno concordate con il servizio trasfusionale in modo da predisporre i locali ed il personale necessario.

Servizi diagnostici

Il personale clinico e tecnico dei laboratori biochimici ed ematologici deve predisporre procedure che consentano l'esecuzione e la trasmissione dei risultati relativi alle vittime. Dopo che siano state attivate le reperibilità necessarie, è improbabile che il volume di analisi richieste in caso di incidente maggiore presenti un particolare problema ad un servizio in grado di rispondere al normale notevole carico giornaliero. È possibile d'altra parte, che tutti i pazienti di uno specifico incidente possano avere tutti bisogno dello stesso tipo di esame (per esempio, dopo esposizione a fumi) e andrebbe preparato un piano specifico per questo tipo di emergenze.

Anatomia patologica

Se necessario, il responsabile dell'anatomia patologica dovrà coordinarsi con i servizi di medicina legale. Si può anche verificare la necessità di coinvolgere i servizi maxillo-faciale e radiologico.

La necessità di esami istopatologici difficilmente andrà al di là del carico usuale, ma anche questa possibilità va prevista e pianificata.

Farmacia

È prevedibile la necessità di grandi quantità di farmaci, liquidi e altri presidi medico-chirurgici e questo deve essere previsto e coordinato dal *Farmacista Responsabile*. Nelle fasi iniziali, le zone chiave dell'ospedale avranno bisogno di molti farmaci analgesici e ad uso rianimatorio. Con il progredire della risposta, le vittime provenienti dall'incidente che vengono dimesso e i pazienti dimessi precocemente per far spazio alle improvvise necessità, avranno bisogno dei farmaci prescritti. I reparti necessiteranno di rifornimenti extra e le sale operatorie e le terapie intensive dovranno essere rifornite più spesso del solito. Devono essere previsti collegamenti con i fornitori e le farmacie esterne, nel caso che le riserve dell'ospedale vengano esaurite.

12.5 Servizi di Supporto Operativo Clinico

Esistono tre gruppi di servizi essenziali sotto il controllo diretto del *Responsabile Amministrativo/Gestionale* che rendono possibili e facilitano le attività di assistenza e cura. Il primo gruppo è quello trattato in questo paragrafo (vedi Figura 10.1A).

PURTANTINAGGIO

Non appena il piano ospedaliero viene attivato ed inizia la preparazione delle aree chiave per la risposta, i portantini diventano essenziali per tutti i movimenti dei pazienti, degli equipaggiamenti e degli arredi. Un servizio così importante deve essere accuratamente coordinato e un responsabile deve prendere servizio quanto prima.

Anche prima che i pazienti comincino ad arrivare, gli inservienti sono necessari per preparare le zone di accoglimento dei pazienti e i reparti nonché per spostare quei pazienti che, per liberare il DEA/PS, devono essere rapidamente ricoverati. Inservienti saranno utilizzati anche per formare le *Squadre di Trasferimento* e per portare rifornimenti ove necessario e campioni per il laboratorio.

Permarrà comunque l'esigenza di soddisfare le normali esigenze di trasporto dell'ospedale (per esempio, portare i pasti ai ricoverati) ed il *Responsabile dei Portantini* dovrà decidere in base alle priorità quali richieste soddisfare. Per i trasporti non critici è possibile servirsi di volontari, come discusso più avanti.

MATERIALE STERILE

Il gran numero di pazienti implica un'aumentata richiesta di materiale sterile e se questi

pazienti necessitano di intervento chirurgico, ci sarà anche un fabbisogno straordinario di forniture per le sale operatorie. La centrale di sterilizzazione deve essere coinvolta precoceamente nel piano di risposta, al fine di massimizzare la quantità di materiale sterile disponibile. L'equipaggiamento sterile utilizzato va ripulito e nuovamente sterilizzato al più presto: il *Responsabile Servizi di Sterilizzazione* deve assicurare che questo avvenga in modo efficiente. Se questo servizio viene fornito al di fuori dell'ospedale, in fase di pianificazione vanno predisposte procedure per poter far fronte alle esigenze imposte da un incidente maggiore.

Il responsabile del rifornimento di materiale sterile dovrebbe agire in stretto contatto con il *Medico Responsabile Cure Chirurgiche* coadiuvato dal *Chirurgo Responsabile alle Sale*, così da consentire un ricambio di attrezzature il più rapido possibile. Se molte procedure relativamente brevi vengono effettuate in molte sale operatorie, il tempo necessario per la sterilizzazione del materiale può diventare un fattore limitante.

SERVIZI SOCIALI

Questo aspetto del supporto operativo clinico è di competenza del *Responsabile Servizi Sociali*. Nella parte iniziale della risposta, i servizi sociali si occuperanno di aiutare i pazienti e i loro familiari per problemi pratici immediati. Ad esempio, i pazienti da dimettere possono aver perso tutto e aver bisogno di denaro e aiuto per i vestiti e per il viaggio di ritorno a casa. In modo simile, i parenti di pazienti ricoverati possono aver bisogno di aiuto per trovare alloggio vicino all'ospedale.

Con il progredire della risposta gli assistenti sociali saranno coinvolti nella gestione dei pazienti dimessi.

OBITORIO

È assai poco probabile che il numero di pazienti deceduti in ospedale dopo un incidente maggiore sia tale da superare la capacità ricettiva delle sale mortuarie anche se circostanze particolari richiedere di approntare sale mortuarie temporanee. I corpi non vengono rimossi dalla scena inizialmente, ma possono essere spostati in luoghi appositi quando le procedure di indagine iniziali siano state completate. In base alle circostanze locali, questi luoghi possono essere le sale mortuarie dell'ospedale. Le decisioni da prendere sono di competenza del *Responsabile dell'Obitorio*.

ASSISTENZA RELIGIOSA

Il cappellano dell'ospedale sarà responsabile di coordinare un'assistenza religiosa multi-confessionale. In queste circostanze ciò può essere di notevole sostegno sia per i pazienti che per gli operatori. Gruppi religiosi particolari possono avere fabbisogni specifici ed il cappellano cercherà di consigliare il modo migliore per soddisfare tali esigenze.

In una fase più avanzata della gestione dell'incidente, i consiglieri religiosi possono dare aiuto nell'iniziare la gestione degli effetti psicologici causati dall'incidente.

IMPIEGO DEI VOLONTARI

Ogni emergenza complessa ospedaliera richiama un gran numero di volontari. È assolu-

tamente necessario prevedere un sistema che consenta di contenere, dividere in categorie e utilizzare questa risorsa. Il *Coordinatore dei Volontariato* dovrà supervisionare quest'attività e sarà normalmente chi se ne occupa in condizioni normali.

Vanno seguite due regole fondamentali: per prima cosa, non devono essere utilizzati volontari se non sotto il controllo del *Coordinatore dei Volontariato*; in secondo luogo, nessun volontario va ammesso alle zone cliniche senza un apposito identificativo. Purtroppo, un certo numero di "volontari" arrivano con una propria personale agenda di cose da fare: il piano deve prevedere che queste persone siano, per quanto possibile, allontanate. Qualora questi ultimi riescano comunque a superare il primo controllo, non devono mai avere accesso ai pazienti. L'approccio più sicuro consiste nel limitare l'accesso alle aree cliniche ai soli volontari precedentemente registrati e già noti all'ospedale la cui presenza è già autorizzata anche al di fuori delle emergenze. I volontari non precedentemente noti verranno impiegati solo per lavori non a rischio come per esempio, il trasporto di materiali non critici o costosi.

12.6 Servizi di Supporto Gestione Ospedaliera

Le attività di assistenza e cura devono essere adeguatamente coadiuvate dall'azione di personale amministrativo e logistico (vedi Figura 10.1B).

CENTRO INFORMAZIONI OSPEDALIERO

All'inizio si saprà ben poco sulle persone coinvolte nell'incidente.

Con il progredire della risposta diventano disponibili sempre più dati finché infine, tutti i pazienti saranno identificati. Nel frattempo, i pazienti saranno spostati all'interno dell'ospedale a seconda delle loro necessità cliniche e potranno trovarsi permanentemente o in modo transitorio in varie aree. In circostanze così variabili, è essenziale disporre di un registro centralizzato dei dettagli e della collocazione dei pazienti: il Centro Informazioni Ospedaliero. Il *Responsabile Informazioni verso l'esterno* coordina la raccolta dei dati personali dei pazienti comunicati a questo punto di raccolta centrale.

È necessario un sistema che permetta di sapere dove e in che condizioni sia ciascun paziente. Ciò è di solito ottenibile richiedendo da ciascuna area di trattamento un rapporto sui pazienti a intervalli di un'ora. Il responsabile di ciascun area deve assicurarsi che, ogni ora, questo rapporto di situazione sia inviato al *Coordinatore Medico*, passando prima per il Centro Informazioni. Devono inviare questi rapporti le aree di ricevimento, tutti i reparti coinvolti, le sale operatorie, le radiologie e tutte le aree di dimissione. Se i rapporti non vengono ricevuti, vanno attivamente sollecitati da parte del *Responsabile Dati dei Ricoveri* che ha il compito di raggruppare tutte le informazioni e mantenere un accurato quadro-situazione dei pazienti.

SICUREZZA

La maggior parte degli ospedali ha un proprio servizio di sicurezza. È assolutamente essenziale che tale personale venga richiamato fin dai primi momenti in modo da assicurare

la praticabilità delle vie d'accesso e la sicurezza sul posto (sia nella fase di ricezione che in quella di trattamento definitivo). Va designato un *Responsabile alla Sicurezza* che si occuperà di coordinare il personale ad essa preposto per tutta la durata della risposta ospedaliera nonché di tenere i contatti con le forze di polizia. Gli addetti alla sicurezza spesso devono prestare supporto per il controllo del traffico (vedi più avanti).

RAPPORTI CON LA STAMPA E CON LE PERSONALITÀ (VIP)

Prima della disponibilità generalizzata di comunicazione mobile, gli ospedali generalmente predisponevano una sala stampa dedicata per incontri e comunicazioni. Al giorno d'oggi, i giornalisti preferiscono non avere sede fissa e, all'inizio dell'incidente, gravitano nella zona del DEA/PS. È impossibile escludere completamente la stampa dall'ospedale ed è quindi più sensato cercare di "contenerla" in un'unica zona. Questo rende comunque possibile riprendere a video l'arrivo delle vittime in ospedale e nel contempo parlare con l'*Addetto Stampa* dell'ospedale, parlare con i pazienti dimessi e anche con il personale sanitario. Alcune vittime vogliono parlare con i giornalisti ma molti preferiscono non farlo: per queste persone dev'essere predisposta un'uscita alternativa. Una sala stampa convenzionale può essere necessaria per una conferenza stampa formale benché al giorno d'oggi l'abitudine sia di tenerla all'esterno, solitamente di fronte all'area di ricezione delle vittime.

Le conferenze stampa vanno concordate e vi dovrebbe partecipare, ognualvolta possibile, personale in posizioni di responsabilità. È essenziale che il personale ad ogni livello si renda conto che è fondamentale concordare qualsiasi contatto con la stampa per il tramite dell'*Addetto Stampa*, garantendo così univocità di comunicazioni.

Ai mezzi d'informazione non deve essere permesso entrare nell'area clinica se non dopo espresso consenso dei pazienti e comunque, mai durante la fase di ricezione.

L'*Addetto Stampa* dell'ospedale deve persona esperta ed addestrata. Egli è responsabile di tutti i rapporti con i *mass-media*. Questo è un ruolo chiave e chi lo ricopre deve aver ricevuto una formazione giornalistica.

L'*Addetto Stampa* deve anche farsi carico delle inevitabili visite di persone famose o comunque di alta visibilità pubblica (VIP). Queste visite vanno coordinate tra la personalità in questione e le *Squadre di Trattamento*. Le visite di questo tipo vanno evitate nella fase di ricezione poiché risultano dirompenti per un ospedale già sotto carico: andrebbero pianificate più in là nel tempo. Ai pazienti va richiesto il consenso alla visita e deve essere studiato un appropriato itinerario.

Nonostante le ovvie difficoltà di gestire una visita VIP durante la fase di ricezione, non è per nulla impossibile che personalità giungano comunque entro poche ore e senza preavviso. L'*Addetto Stampa* deve essere cosciente di questo possibile problema che va evidenziato nella sua scheda-azione.

RICHIESTA D'INFORMAZIONI E DIMISSIONI.

Un punto per la ricerca di persone deve essere predisposto in un'area apposita, con facile accesso per i familiari ma separato dall'area di ricezione. Va nominato un *Responsabile Informazioni* verso l'esterno che assicuri il buon funzionamento di questo servizio. L'area servirà da punto focale per chiunque arrivi in ospedale in cerca di qualcuno coinvolto nell'incidente. Il punto di risposta deve prevedere un impiegato abituato a trattare con il pub-

blico e deve essere mantenuto aggiornato dal centro informazioni dell'ospedale. Lo staff deve essere in grado di selezionare le persone che hanno diritto a ricevere informazioni e indicare loro il modo di arrivare senza problemi alle aree di riunione o alle aree cliniche, a seconda dei casi. Alle persone che richiedono informazioni su parenti o amici che non si trovano in ospedale va consigliato di rivolgersi telefonicamente al numero solitamente reso disponibile in queste occasioni (in Italia, questo servizio viene in genere predisposto dalla Prefettura).

Area di dimissione

I pazienti in attesa di dimissione vanno accomodati nei pressi del punto di richiesta informazioni in modo da facilitare il ritrovamento di parenti e amici. La zona di riunione sarà inevitabilmente bersaglio della stampa e va pertanto scelta in modo da assicurare la massima riservatezza possibile. L'*Infermiere Responsabile Dimissioni* si occuperà di quest'area e dovrà assicurarsi che i pazienti possano essere correttamente assistiti dopo la dimissione. Un infermiere dei servizi territoriali dovrà essere presente per facilitare un'eventuale presa in carico del paziente.

Area di cordoglio

Alcuni parenti ed amici arriveranno in ospedale solo per scoprire che la persona cercata è deceduta. Occorre fare in modo che questo tipo di notizie possano essere date in una zona tranquilla, da parte di persona addestrata allo scopo. Il personale al punto di richiesta informazioni deve conoscere la procedura da mettere in atto in questi casi. È importante che la notizia venga comunicata come pianificato e non appresa in circostanze contingenti (per esempio, i parenti del deceduto non vanno portati in zone comuni ove siano già presenti altri gruppi in cordoglio bensì in apposite stanze private e non vanno mai lasciati in attesa). Essi devono poter lasciare la zona da una via diversa che eviti il punto di ricerca informazioni e di dimissione.

12.7 Servizi di Supporto Infrastrutturale

Le attività di assistenza e cura devono essere adeguatamente coadiuvate dall'azione di personale amministrativo e logistico (vedi Figura 10.1C).

RIFORNIMENTI

Il *Responsabile Scorte* supervisiona il rifornimento di materiale essenziale e avrà probabilmente la necessità di contattare i fornitori locali, altri ospedali vicini o produttori e grossisti. Vanno predisposti piani per l'approvvigionamento da negozi locali prestabiliti (vedi Capitolo 5).

ASILO NIDO

Questo servizio viene spesso dimenticato, ma è essenziale per il personale e per i parenti delle persone coinvolte nell'incidente. È importante che tutti i servizi di asilo per bambini,

eventualmente già presenti in ospedale, siano attivati al più presto con il piano d'emergenza. Gran parte del personale potrebbe non essere in grado di rispondere immediatamente senza un posto dove lasciare i bambini.

Il servizio sarà coordinato dal *Responsabile Asilo Nido* e condotto dal personale che normalmente vi lavora: dovrà poter accogliere sia i bambini del personale in servizio, sia quelli dei familiari delle vittime. Vanno previsti metodi d'identificazione per i bambini non normalmente conosciuti dal personale addetto. Operatori di supporto possono essere richiesto alla pediatria o alla scuola infermieri. In questo servizio non va consentito l'impiego di personale volontario.

CONTROLLO DEL TRAFFICO

Il controllo del traffico per tenere la via aperta ai veicoli di soccorso, è compito delle Forze dell'Ordine. Al loro arrivo, questi veicoli devono trovare chiaramente indicate le vie di accesso e di uscita dall'area di ricezione. Spesso in questa fase, potranno essere coinvolti equipaggi che non conoscono quel particolare ospedale. Questa esigenza va valuta dal *Responsabile alla Sicurezza* per predisporre i cartelli indicatori e mantenere gli accessi sgomberati.

Anche il personale richiamato deve entrare in ospedale e vanno stabilite procedure per permettergli un accesso rapido. Per far fronte alla maggiore esigenza di parcheggio, il personale della sicurezza si occuperà di garantire un utilizzo ottimale dello spazio disponibile nonché di evitare la formazione di ingorghi. Il parcheggio di visitatori e curiosi verrà limitato fin dall'inizio per massimizzare lo spazio disponibile per il personale e semplificare il flusso di traffico.

Uso di elicotteri

Può essere necessario l'impiego di elicotteri, sia per evacuare feriti che per trasportare personale sulla scena esterna dell'incidente. Le piazzole di atterraggio devono essere indicate nel piano. Nella maggior parte dei casi, il punto di atterraggio sarà gestito dal servizio d'emergenza extra-ospedaliero che dovrà essere informato di tutti i movimenti aerei. Il *Responsabile alla Sicurezza* deve assicurarsi che l'accesso alle sedi d'atterraggio sia controllato, al fine di minimizzare il rischio per gli operatori non addestrato e per le eventuali persone attorno.

RISTORAZIONE (CATERING)

Durante la risposta ospedaliera ad un incidente maggiore bisogna provvedere a cibo e bevande per i pazienti, i familiari e i visitatori al contempo mantenendo il normale approvvigionamento per i degenti. Il personale lavorerà in turni prolungati ed intensi e avrà anch'esso bisogno di sostentamento durante le pause. Il *Responsabile Servizi di Ristorazione* collaborerà con il *Responsabile Infermieristico* e con altro personale chiave per definire dove e quando sia più opportuno servire i generi di conforto. Anche il personale in transito (perlopiù appartenente ai servizi d'emergenza) dovrebbe poter disporre di aree di ristoro, così come il personale della stampa. L'attenzione a dettagli come questi è essenziale per mantenere alto il morale del personale.

LAVANDERIA

In base alla politica aziendale questo servizio potrà essere gestito internamente oppure no. Internamente, potrebbe essere delegato al *Responsabile Servizi di Ristorazione* oppure al *Responsabile Scorte*. Il Responsabile designato nel piano d'emergenza avrà il compito di rendere disponibile una grande quantità di materiale nelle prime fasi della risposta e di assicurare che vi siano procedure per pulire al più presto la biancheria e divise utilizzate. Quando tali servizi sono affidati a fornitori esterni il piano d'emergenza deve stabilire le procedure da adottare in caso di incidente maggiore e ciò dovrebbe essere riportato nel contratto di fornitura.

TRASPORTI

Le esigenze ospedaliere di trasporto esterno durante la risposta ad un incidente maggiore, dovranno essere sotto il controllo del *Responsabile ai Trasporti*. Queste esigenze possono comprendere la raccolta e la consegna di rifornimenti (sangue incluso) ed il movimento dei pazienti nell'ambito dell'area ospedaliera.

Nota del curatore

Un servizio non compreso nelle funzioni di supporto previste nelle gerarchie ospedaliere descritte in questo manuale riguarda la disponibilità di *interpreti*, oggigiorno sempre più necessari nel nostro Paese per la presenza, non solo di abitanti provenienti da svariate parti del mondo e spesso non in grado di comunicare bene nella nostra lingua ma anche per l'enorme transito di turisti internazionali su tutto il suolo nazionale. Ogni ospedale, specialmente in aree popolate, dovrebbe avere un elenco di interpreti in varie lingue da poter impiegare nella pratica quotidiana. Il piano d'emergenza ospedaliero è opportuno preveda una simile risorsa che va posta sotto il controllo del *Responsabile amministrativo/Gestionale*.



Sommario (La Fase di Ricezione)

- La fase di ricezione è il periodo più difficile nella gestione di un incidente maggiore ospedaliero.
- L'ospedale deve reagire ad una situazione di cui, almeno inizialmente, sa molto poco.
- Questa fase si concentrerà nel DEA/PS, nelle sale operatorie, nelle terapie intensive e nei reparti predesignati.
- Queste aree hanno la più alta priorità iniziale per ciò che riguarda allestimento e personale.
- Affinché i Servizi Clinici possano ben funzionare, sono essenziali i Servizi di supporto clinico, i Servizi di supporto operativo clinico, i Servizi di supporto gestione ospedaliera e i Servizi di supporto infrastrutturale.
- Per ottimizzare il trattamento dei pazienti coinvolti nell'incidente va pianificato in che modo l'ospedale si debba preparare ad accogliere le vittime, come il personale vada organizzato e come i servizi di supporto possano contribuire alla risposta ospedaliera.
- Il controllo complessivo della risposta ospedaliera deve essere attuato dall'**Unità di Crisi** composta da: **Coordinatore Medico, Responsabile Amministrativo/Gestionale, Responsabile Infermieristico e Responsabile Medico Emergenza-Urgenza**.

corsi
per il
solo

