

La Fase di Cure Definitive

Argomenti trattati:

1. Introduzione
2. La risposta chirurgica
3. La Risposta Medica (non-chirurgica)
4. Servizi di supporto clinici e non clinici

14.1 Introduzione

La fase "cure definitive" potrebbe anche chiamarsi la fase "dei pazienti ricoverati" dato che i pazienti lievi causati dall'incidente saranno stati visti, trattati e dimessi direttamente dal DEA/PS già durante la Fase di Ricezione. Resteranno in ospedale i pazienti gravi con esigenze immediate di chirurgia salvavita o altre cure intensive mentre i pazienti meno gravi rimarranno in attesa di essere avviati alle cure necessarie, secondo la priorità di triage assegnata. Allo stesso modo che nella Fase di Ricezione, anche in questa il coordinamento del flusso di pazienti è importante.

14.2 La risposta chirurgica

Nel suo insieme, la gestione chirurgica dei pazienti sarà sotto il controllo del *Medico Responsabile Cure Chirurgiche*. Questi non solo deve supervisionare la gestione chirurgica durante la fase di ricezione, ma anche deve occuparsi degli aspetti chirurgici delle cure definitive. A questo scopo, egli deve avere un quadro quanto più possibile completo delle necessità chirurgiche dei pazienti, della disponibilità di personale e dello stato di reparti e sale operatorie. Ciò gli sarà possibile delegando opportunamente e restando in stretto collegamento con i chirurghi operanti in due aeree chiave: il pre-operatorio e le sale chirurgiche.

I pazienti che per primi avranno bisogno di chirurgia saranno i T1-rosso e i T2-giallo presenti nelle rispettive aeree dedicate. Quanti se ne potranno spostare da queste aeree iniziali verso aeree chirurgiche vere e proprie dipenderà dal numero di operatori e di sale opera-

torie disponibili. Questi numeri a loro volta, dipendono dall'orario in cui l'incidente accade. Di notte, saranno disponibili molte sale operatorie ma inizialmente poco personale. Di giorno, sia le sale che il personale saranno numerosi ma le sale saranno occupate dagli interventi programmati per quel giorno. Nel piano ospedaliero per incidente maggiore si deve tener conto di entrambe queste possibili situazioni.

L'aspetto relativo alla disponibilità di sale chirurgiche sarà valutato dal *Chirurgo Responsabile alle Sale* e dall'*Infermiere Responsabile Sale Chirurgiche*. Il primo deve avere sufficiente anzianità ed esperienza da essere in grado di valutare la priorità degli interventi già in corso e di poter decidere, in casi eccezionali, l'interruzione eventuale di alcuni. Inoltre, egli deve poter anche decidere quanti fra gli interventi in programma vanno comunque eseguiti e quanti invece annullati. Di notte, questo problema sarà minore, prevalendo invece il problema della carenza di personale disponibile. Valutata la disponibilità di sale e l'impiego in quel momento di personale chirurgico, il quadro accurato della situazione va riportato al *Medico Responsabile Cure Chirurgiche*.

All'inizio, il *Coordinatore Squadre*, il *Chirurgo Responsabile alle Sale* e l'*Anestesista Responsabile alle Sale* aiuteranno il *Medico Responsabile Cure Chirurgiche* nel compito di formare le *Squadre Chirurgiche* come necessario. Più avanti nel tempo, la composizione di queste squadre varierà in dipendenza della tipologia degli interventi chirurgici da effettuare. All'inizio invece, quando vengono trattate solo condizioni pericolose per la vita, squadre generiche composte da chirurgo, anestesista e strumentista, saranno in grado di far fronte alla maggioranza degli interventi necessari.

In queste squadre, il chirurgo e l'anestesista dovrebbero essere quelli con esperienza più alta possibile.

Col progredire dell'attività, l'*Anestesista Responsabile alle Sale* e i chirurghi specialistici terranno informato il *Medico Responsabile Cure Chirurgiche* di eventuali esigenze speciali relative all'anestesia e agli interventi - sia in generale che per specifici pazienti.

Come già detto, il momento più critico per l'attività chirurgica è nelle fasi iniziali dell'incidente, quando è più alta l'esigenza di chirurgia salvavita e più bassa la disponibilità di sale e personale. In questo periodo, alcuni pazienti potranno entrare subito in sala mentre altri dovranno aspettare nel pre-operatorio o nelle zone allestite nel DEA/PS, in attesa di sale e squadre chirurgiche disponibili. A questi pazienti con alta priorità, potranno aggiungersi anche pazienti che nel frattempo sono peggiorati. Per queste ragioni, è opportuna la presenza di un *Chirurgo Responsabile alle Sale* che supervisioni le cure salvavita in corso e effettui una continua rivalutazione chirurgica. Questo chirurgo deve riferire direttamente al *Medico Responsabile Cure Chirurgiche*.

Per poter decidere al meglio l'ordine di priorità dei pazienti da operare, nonché il tipo di interventi da effettuare, il *Medico Responsabile Cure Chirurgiche* deve confrontare i dati ricevuti nei vari rapporti di situazione provenienti dalle aree chirurgiche. I fattori da considerare sono stati discussi nel Capitolo 13 e sono nuovamente riportati nel Riquadro 14.1.

Si può dedurre che almeno nelle prime fasi, la pressione prodotta dal numero di pazienti sulle limitate risorse può significare che il tipo di chirurgia messa in atto non sarà definitivo. La priorità in queste fasi saranno gli interventi salvavita. Nei casi che non richiedono simili precoci interventi, la chirurgia va limitata al minimo valutato come sicuro. Così agendo, ci si assicura che il massimo numero possibile di pazienti riceverà un livello base

di cure chirurgiche e che, terminata la fase di ricezione, e quando la situazione comincia a diventare più chiara, la pianificazione chirurgica per tutti i pazienti sarà migliore. Anche con un numero relativamente basso di pazienti, l'iniziale fase di risposta chirurgica può durare per giorni.

Riquadro 14.1 - Fattori che determinano l'ordine di degli interventi chirurgici

Fattori relativi alle risorse

Disponibilità di sale operatorie
Disponibilità di personale con idonea preparazione
Disponibilità di materiale sterile
Disponibilità di strumentario specialistico

Fattori relativi ai pazienti

Numero dei pazienti
Priorità dei pazienti
Tempo necessario per ciascun intervento

14.3 La Risposta Medica (non-chirurgica)

Molti incidenti producono casi clinici che non richiedono trattamento chirurgico e molti piani cadono nel tranello di presumere che tutti gli incidenti maggiori daranno luogo solo a pazienti traumatici. È quindi importante avere predisposizioni parallele, chirurgiche e non chirurgiche. I pazienti non in bisogno di chirurgia varieranno da coloro che necessitano di cure intensive a coloro che hanno solo malesseri minori. La valutazione e il trattamento non chirurgico sarà sotto il controllo del *Medico Responsabile Cure Internistiche* che potrà essere a seconda delle circostanze locali, o un medico esperto d'urgenza-urgenza oppure un medico esperto di terapia intensiva. Le responsabilità di questo medico rifletteranno esattamente quelle del *Medico Responsabile Cure Chirurgiche*.

In base alla disponibilità di letti e alla valutazione delle esigenze complessive di risorse per la terapia intensiva, alcuni casi con alta priorità saranno trasferiti subito nell'Unità di Terapia Intensiva (UTI). La predisposizione di quest'area è compito dell'*Infermiere Responsabile UTI* e andrebbe iniziata quanto prima.

Va data il compito al *Medico Responsabile Cure Intensive*, o all'*Infermiere Responsabile UTI*, di valutare la disponibilità di letti di terapia intensiva, sia nell'ospedale ricevente che altrove. La valutazione deve tener conto sia dei letti reali che di quelli potenziali e andrebbe gestita tramite il sistema integrato di disponibilità di letti UTI, se disponibile. La maggior parte degli ospedali avrà una disponibilità effettiva molto bassa. I letti potenziali dipenderanno dall'uso normale che ne viene fatto: le unità con un'alta occupazione letti prodotta dalla chirurgia d'elezione potrebbero riuscire a liberare letti annullando gli interventi programmati. La possibilità di farlo dipenderà dall'ora del giorno in quanto, se l'intervento è iniziato, il letto va considerato occupato. Pertanto, la disponibilità di letti ottenuta in questo modo non può essere presunta in fase di pianificazione. È senz'altro possibile predisporre aree

temporanee per pazienti in terapia intensiva, ma sarà presto molto difficile - se non impossibile - mantenere la disponibilità di personale necessario per tale tipo di assistenza.

La maggior parte degli ospedali non sarà in grado di far fronte a tutti i pazienti con esigenze di terapia intensiva e diventerà quindi impellente il loro trasferimento. La scelta dei pazienti da trasferire dipenderà da vari fattori, per cui servirà una stretta collaborazione fra *Medico Responsabile Cure Internistiche*, *Medico Responsabile Cure Chirurgiche*, *Medico Responsabile Cure Intensive* e *Coordinatore Squadre*. Individuato il paziente e trovato un letto disponibile, va composta una *Squadra di Trasferimento* che dovrà coordinarsi con la *Squadra di Trattamento* che ha in carico quel paziente e anche con l'UTI che ha accettato il trasferimento. Le responsabilità e composizione della *Squadra di Trasferimento* sono le stesse di quelle previste per casi simili in situazioni normali. Ogniqualvolta possibile, andrebbero applicati i principi previsti per un corretto trasferimento di pazienti (si veda il manuale: *Neonatal, Adult, Paediatric Safe Transfer and Retrieval: The practical approach* - ALSG, 2019).

Alcuni feriti dovranno essere ricoverati anche se non hanno bisogno di chirurgia o terapia intensiva (per es.: pazienti con inalazione da fumo asintomatici). Possono essere messi in un'area/reparto di accettazione, sotto la supervisione di un internista esperto che contatterà il *Coordinatore Squadre* qualora diventasse necessario procedere ad ulteriori valutazioni o trattamenti. Se lo spazio a disposizione è limitato e non vi è un carico eccessivo di pazienti, questi casi potrebbero essere messi nelle aree pre- o post-operatorie. In ogni caso, è importante che questi pazienti siano sotto il controllo formale di un medico esperto.

Vi saranno persone che si presentano in ospedale con condizioni mediche che l'incidente ha fatto precipitare o peggiorare. Inoltre, possono arrivare al DEA/PS anche pazienti non causati dall'incidente. Ciò sarà più probabile in aree geografiche più isolate dove non è possibile deviare i pazienti verso altri ospedali vicini. Ogni piano per incidente maggiore ospedaliero deve prevedere la gestione anche di questo tipo di pazienti. Una volta attivato il piano, tutti i pazienti che arrivano in ospedale vanno gestiti come se provenissero dall'incidente utilizzando le medesime modalità di raccolta e registrazione dei dati clinici e inserendo queste persone nel flusso di lavoro generale.

14.4 Servizi di supporto clinici e non clinici

Oltre ai servizi medici e chirurgici, praticamente tutti gli altri servizi ospedalieri dovranno dare supporto all'assistenza dei pazienti. I servizi essenziali necessari nelle prime fasi riceveranno anch'essi schede-azione individuali (per es.: radiologia) al contrario di quei servizi necessari più in là nel processo di risposta ospedaliera all'incidente (per es.: medicina del lavoro).



Sommario (La Fase di Cure Definitive)

- ➔ I pazienti che hanno bisogno di cure aggiuntive, dopo a quelle ricevute nel DEA/PS, entreranno nella fase di "cure definitive" della risposta ospedaliera ad incidente maggiore.
- ➔ Questa fase può durare giorni o settimane e produrre uno sconvolgimento delle normali attività ospedaliere.
- ➔ I pazienti risulteranno grossolanamente divisi in pazienti con necessità di cure chirurgiche e pazienti con necessità di cure mediche.
- ➔ Il coordinamento complessivo di questi pazienti sarà sotto la responsabilità del Medico Responsabile Cure Chirurgiche e del Medico Responsabile Cure Internistiche.

