

Siamo pronti per il prossimo incidente maggiore?

Argomenti trattati:

1. Introduzione
2. Preparazione dell'ospedale per un incidente maggiore
3. La valutazione della preparazione a livello nazionale
4. Conclusioni

fallire nel pianificare equivale a pianificare di fallire

2.1 Introduzione

Nel precedente capitolo abbiamo visto che gli incidenti maggiori avvengono con frequenza sufficiente da rendere importante un'adeguata preparazione del Servizio Sanitario. In Gran Bretagna, il Department of Health emette linee guida sui contenuti dei piani e sulla dottrina di pianificazione. Le linee guida stabiliscono che tutti gli ospedali con un Dipartimento d'Emergenza / Pronto Soccorso aperto 24 ore al giorno devono avere un piano d'emergenza aggiornato e provato con regolarità.

Sfortunatamente, la percepita rarità degli incidenti maggiori ha fatto sì che sia stata data una priorità molto bassa alla pianificazione per questi eventi. Fino a poco tempo fa, non si conosceva lo standard dei piani d'emergenza esistenti elaborati per l'ambito extra- e intra-ospedaliero, dato che venivano fatti pochi controlli sui contenuti dei piani stessi ed esistevano poche regole al riguardo.

Questo capitolo esamina lo stato dell'arte della pianificazione per incidente maggiore, usando la realtà britannica come esempio.

2.2 Preparazione dell'ospedale per un incidente maggiore

Ricerche condotte in Gran Bretagna (Carley and Mackway-Jones, 1996; Madge et al., 2004; Wong et al., 2006; Milkhu et al., 2008; Hobson, 2011), hanno dimostrato che in ambito sani-

tario esiste o una carenza di pianificazione dettagliata o una scarsa consapevolezza riguardante la risposta ad un incidente maggiore. Il *Civil Contingencies Act* del 2004 richiede agli ospedali di avere piani completi. Tuttavia, studi condotti prima e dopo l'introduzione di questa normativa continuano a sollevare preoccupazione circa l'applicazione di queste direttive. Benché i dati effettivi siano di difficile acquisizione, è probabile che la scarsa applicazione delle linee guida nazionali emesse molti anni prima, riscontrata nel 1996 (Tabella 2.1), sia tuttora una realtà.

**Tabella 2.1 - Pianificazione per incidente maggiore in gran Bretagna (1996):
indagine su 224 ospedali con dipartimento d'emergenza attivo 24/7**

Aspetti della pianificazione	Riscontri
Uso di schede azione	Schede-azione per il personale venivano usate nell'83,5% dei piani (119). Solo in 65 piani (45,8%) esse erano disponibili per tutto il personale potenzialmente coinvolto nella risposta. I componenti l' <i>Unità di Crisi Ospedaliera</i> avevano schede nel 74,6% dei piani (106).
Messaggi standard di allertamento	Solo il 47,2% (67) dei piani usava i messaggi standard. Erano in uso una varietà di messaggi alternativi.
Identità del <i>Responsabile al Triage</i>	Quando specificato, il <i>Responsabile</i> al Triage era uno specialista nel 69% dei piani (98). Nel 7,7% dei piani (11) non era specificato chi dovesse essere.
Gestione della Stampa	Procedure definite in 132 piani (93%)
Coordinamento con la Polizia	Procedure definite in 126 piani (88,7%)
Accoglimento dei famigliari	Procedure definite in 123 piani (86,6%)
Gestione dei Volontari	Procedure definite in 105 piani (73,9%)
Coordinamento con il Servizio d'Emergenza extra-ospedaliero (GB: <i>Ambulance Service</i>)	Procedure definite in 97 piani (68,3%)
Gestione del Traffico	Procedure definite in 79 piani (55,6%)
Gestione delle vittime pediatriche	Procedure definite in 44 piani (31%)
Gestione delle visite VIP	Procedure definite in 35 piani (24,6%)
Procedure per l'arrivo del personale in supporto	In 12 piani (8,5%) tutto il personale era istruito ad andare al DEA. In 53 piani (37,3%) non era specificato alcun luogo di ritrovo.

Un buon piano d'emergenza ospedaliero è una componente fondamentale della risposta a un incidente maggiore (in particolare se si tratta di un *massiccio afflusso*). È stato però osservato che la pianificazione ospedaliera per rispondere ad un'emergenza complessa ha una bassa priorità tra i medici i quali sembrano mantenere un atteggiamento del tipo "a me non accadrà mai". I piani ospedalieri inoltre, sono estremamente variabili in termini di comprensibilità e metodo, probabilmente perché la maggior parte di essi viene elaborata localmente da comitati interni all'ospedale. Infine, un piano dovrebbe essere comprensibile a un qualsiasi operatore sanitario chiamato a rispondere in caso di IM.

2.3 La valutazione della preparazione a livello nazionale

Nel 2002, il *National Audit Office* (Ufficio Nazionale di Verifica) britannico pubblicò un rapporto intitolato "Affrontare la sfida: la pianificazione nel Sistema Sanitario Nazionale in Inghilterra". Il rapporto usciva al momento opportuno, essendo pubblicato dopo le atrocità terroristiche di New York dell'11 settembre 2001.

Benché fossero state impiegate metodologie differenti rispetto allo studio del 1996, il rapporto concludeva che, pur esistendo in Inghilterra aree di eccellenza nella pianificazione per incidente maggiore, vi erano anche gravi mancanze. Venivano descritte carenze nella pianificazione e nelle esercitazioni in relazione sia a minacce esistenti sia a minacce emergenti. Dopo l'11 settembre, si notava un incremento dell'attenzione nella pianificazione da parte delle autorità sanitarie, benché vi fosse ancora spazio per migliorare il coordinamento tra i vari servizi d'emergenza. Un terzo delle autorità sanitarie non testava i piani con la frequenza richiesta, e un quinto riteneva che farlo fosse inefficace.

Per quanto riguarda i piani per incidente maggiore, solo il 60% era stato sottoposto a valutazione e la qualità di quei piani non era nota. È di particolare importanza il fatto che, quando i piani *autocertificati* venivano paragonati con quanto riscontrato dai valutatori, risultava che il livello di prontezza precedentemente comunicato delle varie organizzazioni era stato sovrastimato. Fu anche rilevata tutta una serie di carenze relative all'addestramento sulle comunicazioni e sulla gestione dei mezzi di comunicazione di massa.

A tutti fu raccomandato di riesaminare le proprie procedure di comunicazione, di collegamento inter-agenzia, di addestramento, nonché i piani stessi.

2.4 Conclusioni

Risulta chiaro che nonostante la presenza di linee guida nazionali e l'avverarsi di numerosi incidenti maggiori anche in tempi recenti, il livello di preparazione è spesso inadeguato e c'è un evidente bisogno di miglioramento. Va notato inoltre che, almeno per quanto riguarda la Gran Bretagna, né lo studio del 1996 precedentemente citato, né i fatti dell'11 settembre, hanno determinato importanti differenze sulla qualità della pianificazione per incidente maggiore.

Uno degli scopi di questo manuale è definire un metodo di lavoro universalmente applicabile da tutti coloro che si trovino a dover produrre un piano d'emergenza intra-ospedaliera. I benefici di un simile sistema si dimostrano da soli. In Gran Bretagna e nel mondo esistono certamente aree di eccellenza in questa pratica e abbiamo cercato di includerne quante più possibili.



Sommario (Siamo pronti per il prossimo incidente maggiore?)

- ➡ Storicamente, nella maggior parte degli ospedali la preparazione per affrontare un'emergenza sanitaria complessa è scarsa.
- ➡ Frequentemente, i piani d'emergenza intra-ospedaliera non seguono le linee guida esistenti.