

CAPITOLO 3

L'approccio strutturato alla risposta ospedaliera



Argomenti trattati:

1. Concetti di base
2. Fasi della risposta ospedaliera ad un'emergenza complessa

3.1 Concetti di base

La risposta strutturata ad un'emergenza sanitaria complessa (incidente maggiore) deve essere messa in atto da tutti gli operatori sanitari, sia quando agiscono in ambito extra-ospedaliero sia quando lavorano all'interno di un ospedale. Questa risposta deve seguire sette principi chiave (Riquadro 3.1). La natura generalistica di questi principi si è dimostrata in grado di riuscire a valicare le differenze tra i diversi servizi d'emergenza, tra l'ambito militare e civile nonché tra nazioni diverse.

Riquadro 3.1 - Principi di gestione e supporto sanitari
Comando
Sicurezza
Comunicazioni
Valutazione
Triage
Trattamento
Trasporto

Questo è l' "ABC" della gestione sanitaria di un incidente maggiore. CSCV sono le parti che riguardano la gestione vera e propria della risposta nel suo insieme, mentre TTT rappresentano il supporto sanitario che deve essere garantito.

COMANDO

Una delle principali differenze tra l'attività quotidiana ospedaliera e la risposta ospedaliera a un incidente maggiore è la necessità di una chiara struttura di comando. Questa non solo facilita una più efficace riposta ospedaliera ma rende anche disponibile un punto di riferimento univoco agli enti/agenzie all'esterno dell'ospedale. Le strutture di comando e controllo sono delineate in dettaglio nei Capitoli 7-10.

SICUREZZA

Il personale coinvolto nella risposta ad un incidente maggiore dovrebbe sempre ricordare l'"1-2-3 della Sicurezza" riportato nel Riquadro 3.2. Benché il personale ospedaliero possa presumere di lavorare in ambiente protetto, la possibilità che un pericolo giunga dall'esterno è elevata, e l'ingresso di molte vittime e di personale esterno è di per sé un rischio o può causarne inaspettatamente.

Riquadro 3.2 - 1-2-3 della sicurezza

1. **Se stessi** (gli operatori sanitari)
2. **la Scena** (la situazione in cui si lavora)
3. **i Sopravvissuti** (le vittime dell'incidente)

Anteporre il personale sanitario ai sopravvissuti giunti in ospedale può sembrare poco o per nulla accettabile, ma si giustifica con la prioritaria necessità di proteggere coloro che hanno competenze sanitarie e l'ambiente in cui queste possono venire espletate. Se queste due risorse vengono diminuite o deteriorate, le cure necessarie alle vittime non saranno possibili.

COMUNICAZIONI

Le comunicazioni spesso falliscono tra l'ospedale e la scena dell'incidente e addirittura all'interno dell'ospedale stesso. Questo problema si riscontra a tutti i livelli, sia tra diversi servizi di emergenza sia all'interno dei singoli servizi. È essenziale pertanto che le procedure di comunicazione (ad es., quelle di chiamata, di gestione dell'incidente e di collegamento tra i servizi) siano pianificate e verificate. Inoltre, è importante che i problemi prevedibili (ad es., il sovraffollamento di chiamate al centralino dell'ospedale con conseguente blocco delle linee) siano riconosciuti e le soluzioni identificate *prima* che il piano sia attivato. Questi aspetti sono trattati nel Capitolo 5 mentre altri sono discussi nei Capitoli 11, 12 e 14.

VALUTAZIONE

Una rapida valutazione della situazione è essenziale per stimare numero e gravità delle vittime. Le informazioni raccolte servono per determinare la risposta sanitaria iniziale. Esse non saranno necessariamente accurate all'inizio e verranno corrette con l'evolversi dell'incidente. La continua valutazione farà riferimento agli eventuali pericoli e all'adegua-

tezza delle risorse sanitarie (le persone giuste, con le adeguate capacità e attrezzature per trattare i pazienti).

TRIAGE

Le vittime vengono "messe in ordine" in base alla priorità di trattamento loro assegnata quando arrivano in ospedale. Il processo è dinamico (le priorità possono cambiare in seguito al trattamento o nell'attesa di esso) e va ripetuto per determinare eventuali cambiamenti delle condizioni cliniche. Sistemi semplici ed efficaci di triage sono descritti nel Capitolo 13.

TRATTAMENTO

Lo scopo del trattamento durante un'emergenza complessa intra-ospedaliera è di fare "il più per i più", cioè individuare e trattare chi può essere salvato. Il trattamento effettivamente dato rifletterà le capacità dei soccorritori, la gravità delle lesioni nonché il tempo e le risorse disponibili. Il numero delle vittime e la carenza di specifiche capacità tecniche o equipaggiamento possono ridurre la capacità del soccorritore di operare in base ai migliori standard professionali. Un principio fondamentale in questi casi è quello di cercare di assegnare a ciascun operatore sanitario compiti il più possibile simili a quelli quotidianamente svolti.

TRASPORTO

Sebbene la maggior parte dei feriti gravi raggiungerà l'ospedale su ambulanze di soccorso avanzato, il DEA/Pronto Soccorso dovrà essere pronto a ricevere vittime arrivate da sole o trasportate con mezzi di fortuna (ad es., autobus). Nelle aree urbane, è probabile che i primi pazienti ad arrivare in ospedale abbiano tutti una bassa priorità di trattamento e siano quindi poco gravi.

I suddetti principi CSCVT TT andranno applicati durante le diverse fasi della risposta ospedaliera, di seguito discusse.

3.2 Fasi della risposta ospedaliera ad un'emergenza complessa

Un incidente maggiore va considerato composto da varie fasi:

- ★ Extra-ospedaliera
- ★ Ricezione/Accettazione
- ★ Cure definitive
- ★ Recupero

LA FASE “EXTRA-OSPEDALIERA”

La descrizione dettagliata della fase pre-ospedaliera va oltre lo scopo di questo libro ed è ben descritta in altro luogo (“*MIMMS - Gestione e supporto sanitario in caso di emergenza complessa: l’approccio strutturato in ambiente extra-ospedaliero*”, III Ed. Italiana, ALSG-Italia, Ott. 2025).

Il coinvolgimento di un ospedale nella fase pre-ospedaliera generalmente è limitato all’invio sul posto di un Comandante Sanitario (DSS) o di una Squadra Sanitaria Mobile (SSM) Medica o Chirurgica. Per quanto possibile, queste importanti funzioni e ruoli non dovrebbero essere fornite dall’ospedale deputato a ricevere le vittime più gravi.

Il personale sanitario incaricato di recarsi sulla scena in supporto agli operatori del Servizio d’Emergenza Extra-ospedaliero dovrà essere stato specificamente addestrato ad operare in tale contesto. L’addestramento dovrebbe includere sia la partecipazione a corsi idonei sia una precedente familiarità con gli altri servizi di emergenza, acquisita durante esercitazioni congiunte.

LA FASE DI “RICEZIONE”

Durante questa fase, l’ospedale deve essere preparato ad espletare le necessarie funzioni amministrative e di cura, oltre naturalmente ad accogliere le vittime. Di solito questa fase dura ore, ma può durare giorni in situazioni che si protraggono nel tempo. È probabilmente la fase più caotica della risposta. In funzione della tipologia dell’incidente, le vittime possono arrivare in molti modi diversi (inclusa l’auto-presentazione) e senza un ordine particolare. Le vittime lievi possono presentarsi prima di quelle gravi se, per esempio, queste sono intrappolate nell’incidente.

Il piano d’emergenza ospedaliero deve assicurare che questa fase della risposta sia efficace e faccia sì che le giuste vittime, assistite dai giusti operatori sanitari, entrino ed escano dalle giuste aree, nell’ordine giusto.

Preparazione dell’ospedale

Il grado di preparazione possibile dipende dal tempo intercorso tra il messaggio di allarme e l’arrivo delle vittime. In alcuni incidenti maggiori potrebbe non esserci un intervallo di tempo tra queste due fasi e pertanto la preparazione dell’ospedale potrebbe sovrapporsi al trattamento dei pazienti.

La preparazione comprende l’assegnazione di personale e risorse alle aree predisposte, come deciso dal **Responsabile Infermieristico** (Capitolo 9) e dai suoi incaricati. Inoltre, il personale addetto alla sicurezza dovrà controllare il flusso del traffico e gli accessi all’ospedale. La predisposizione delle aree non di cura sarà sotto il controllo del **Responsabile Amministrativo/Gestionale** (Capitolo 10) e dei suoi incaricati.

La risposta ospedaliera comporterà la ridefinizione d’uso di alcune aree. Queste potrebbero essere convertite in aree “cliniche” (ad es., la palestra può trasformarsi in un’area per la raccolta delle salme) o in aree “amministrative” (ad es., l’aula magna diventa la sala per le conferenze stampa). Questi luoghi possono mantenere il nuovo ruolo per tutta la durata dell’incidente. La priorità sarà data all’allestimento delle aree necessarie alle prime fasi di risposta (Riquadro 3.3). Queste saranno: l’*Area di Ricezione/Accettazione* presso il Dipartimento di Emergenza/Pronto Soccorso e l’*Area/Punto di Raccolta per il Personale*, subito seguite da

sale operatorie e di cure intensive. L'argomento è trattato in maggior dettaglio nel Capitolo 12.

Riquadro 3.3 - Aree chiave, cliniche e amministrative, che richiedono precoce attivazione

Cliniche

- Area di Ricezione/Accettazione
- Area/Punto di Raccolta per il Personale
- Sale Operatorie
- Terapie Intensive
- Reparti
- Area Raccolta Salme

Amministrative

- Area per l'Unità di Crisi Ospedaliera
- Centro d'Informazione Ospedaliero
- Area di Dimissione e Riunione con i Familiari
- Area Conferenze Stampa

Gestione

Una visione d'insieme della risposta all'incidente maggiore è di importanza vitale se si vuole organizzare l'assistenza sanitaria in modo efficiente. È un obiettivo di competenza dell'**Unità di Crisi Ospedaliera** (Figura 3.1) che va formata al più presto, non appena venga attivato il piano d'emergenza ospedaliero.

Nota del curatore:

È interessante notare che, nel mondo anglosassone, questo comando congiunto ospedaliero viene chiamato "Hospital Coordination Team", con ciò evidenziando la funzione di coordinamento delle varie componenti ospedaliere, assegnata a questa "squadra" di comando - coordinamento essenziale per un'efficace risposta all'emergenza complessa sopravvenuta.

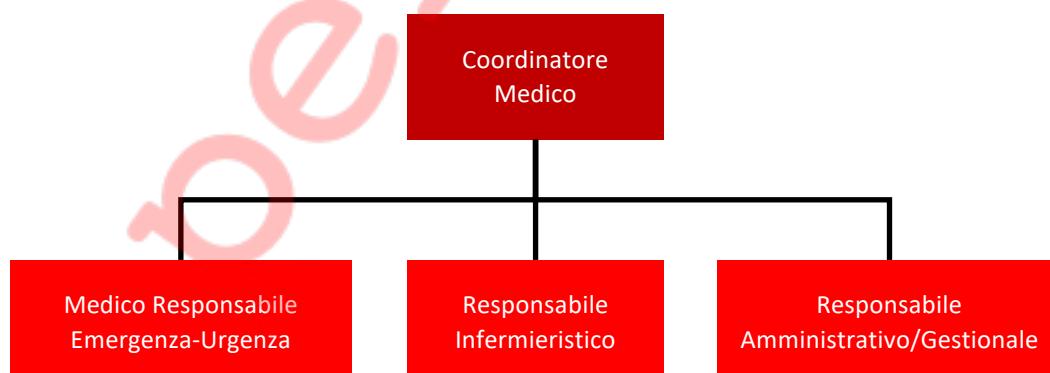


FIGURA 3.1 - L'UNITÀ DI CRISI OSPEDALIERA

Il **Coordinatore Medico** è di solito un medico di provata esperienza, in genere in una posizione direttiva, ma potrebbe anche essere un infermiere o un funzionario amministrativo. La sua responsabilità consiste nel mantenere una supervisione della risposta sanitaria all'incidente. Non è coinvolto direttamente nelle cure ai pazienti. È assistito dal **Medico Re-**

sponsabile Emergenza-Urgenza che è a capo dell'Area di Ricezione, dal **Responsabile Infermieristico** che controlla il fabbisogno di personale infermieristico e l'allestimento delle aree di cura, e dal **Responsabile Amministrativo/Gestionale** che supervisiona le necessità di beni e servizi e mantiene i rapporti con i familiari delle vittime e con la stampa. Ciascun componente dell'Unità di Crisi sovrintende l'azione di altre figure professionali chiave.

È importante stabilire il controllo fin dalle prime fasi dell'incidente. Il modello di gerarchia "modulare a cascata" esposto nel Capitolo 7 illustra come i compiti chiave sanitari possano essere assegnati precocemente durante un incidente maggiore. Man mano che arriva altro personale esperto, la struttura di comando e controllo potrà ampliarsi con il trasferimento dei ruoli principali al personale esperto e la conseguente copertura dei ruoli sussidiari. Inizialmente, personale con minore esperienza sarà posto a capo di aree cliniche fino all'arrivo di altro personale in supporto. I loro compiti devono essere definiti in modo esplicito nelle relative schede d'azione. Questi aspetti sono trattati più in dettaglio nei Capitoli 4 e 11.

La presenza di personale amministrativo e di supporto è importante. All'arrivo in ospedale, in fase di triage i pazienti devono essere contrassegnati e identificati in modo definitivo. Questo normalmente si ottiene con braccialetti di identificazione e fogli prestampati con impresso il medesimo codice, preparati appositamente per un'emergenza complessa a livello ospedaliero. Per evitare la creazione di un "collo di bottiglia", è opportuno che notizie amministrative dettagliate non vengano raccolte in questa fase. Se le schede prestampate vengono distribuite in un unico punto (l'area di triage) e tutti i pazienti sono costretti a passare da quel punto, allora sarà facile sapere quante persone sono transitate solo guardando quante schede sono state usate. Un semplice registro numerico dei feriti può essere consegnato all'accettazione vera e propria, dove poi il personale amministrativo potrà aggiungere le successive ulteriori notizie raccolte. Questo sistema deve agire in parallelo con quanto farà l'eventuale Posto di Polizia Ospedaliero (già esistente o attivato in base al piano) per evitare inutili duplicazioni o sovrapposizioni di dati.

Ottenerne un'accurata documentazione amministrativa delle vittime è una sfida non indifferente nell'ambito della risposta ospedaliera ed è di grande importanza. È necessario raccolgere i dati dei pazienti nelle cartelle cliniche nonostante il caos nelle varie aree di ricezione, i nomi dei pazienti vanno raccolti per riferimento e per esigenze di informazione, si devono attuare linee di collegamento diretto con il Posto di Polizia e di conseguenza con la Prefettura e vanno previsti dei sistemi di archiviazione delle schede. Tutto questo, senza che venga meno l'assistenza sanitaria ai pazienti. Un incaricato responsabile esperto nell'accettazione dei pazienti, dovrà supervisionare tutte le pratiche e dovrà essere affiancato da un adeguato numero di aiutanti, se si vuole che la registrazione dei dati sia attuata in modo veloce ed efficiente.

Gli effetti personali non solo sono di grande valore per i pazienti ma anche per la Polizia. Per questi motivi è essenziale mettere in atto un sistema sicuro di raccolta e identificazione. Di solito, si utilizza un qualche tipo di contenitore recante lo stesso codice identificativo del paziente.

Supporto

Tutte le vittime verranno accolte all'ingresso del Dipartimento di Emergenza/Pronto Soccorso (DEA) dall'**Infermiere al Triage** e divisi in categorie di priorità al trattamento (Capitolo 13).

Dopo il triage, i pazienti vengono spostati in una zona dell'area di ricezione (che può trovarsi o meno all'interno del DEA, in base alle dimensioni della struttura) dove verranno rivalutati e trattati: di ciò si occuperanno le **Squadre di Trattamento**. È fondamentale mantenere una visione d'insieme della risposta sanitaria all'incidente se si vogliono ottimizzare le risorse in base al carico di pazienti. La supervisione da parte di personale esperto andrebbe messa in atto appena tale personale sia disponibile in ospedale ed è indispensabile in tutte le aree di cura dei pazienti. Nell'area di ricezione sarebbe opportuna la presenza sia di un chirurgo generale esperto (per stabilire le priorità traumatologiche e chirurgiche), sia di un clinico o di un intensivista esperto.

Il personale che si presenta all'Area/Punto di Raccolta per il Personale andrà organizzato in squadre in modo tale da disporre di adeguate competenze. Le squadre vanno poi inviate alle aree mediche, in base al numero e alle necessità dei pazienti. Il sistema a squadre impone che il capo squadra riferisca al suo diretto superiore responsabile non appena si presentino dei problemi.

Durante la *fase di ricezione/accettazione* è facile che la maggior parte delle vittime completi il suo iter clinico nell'area di ricezione e venga direttamente dimesso.

I trasferimenti dalle varie aree di ricezione possono verificarsi durante le varie fasi del trattamento e per differenti motivi. Alcuni pazienti con condizioni cliniche lievi saranno in grado di recarsi con i propri mezzi all'area *di dimissione e di ricongiungimento con i familiari*. Altri pazienti, in condizioni più gravi, dovranno essere trasportati immediatamente alle sale operatorie, mentre una forte pressione sulle già scarse risorse può significare che altri pazienti vengano trasferiti in fase di rianimazione *verso* aree quali le sale preoperatorie e la terapia intensiva, dove saranno continue le cure. Altri dovranno essere trasportati alla camera mortuaria. È essenziale che in presenza di una tale mole di spostamenti siano registrate con attenzione le destinazioni finali e che l'Ufficio Informazioni dell'ospedale (Ufficio Accettazione) ne sia informato.

La fase di ricezione/accettazione è trattata dettagliatamente nel Capitolo 12.

LA FASE DI "CURE DEFINITIVE"

In termini di risposta ospedaliera, ogni trattamento erogato ai pazienti dopo aver passato l'area di ricezione è considerato come effettuato nella *fase di cure definitive*. Questa distinzione è in qualche modo arbitraria in quanto per certi pazienti (di solito quelli che richiedono trattamento rianimatorio) vi è un continuum di trattamento tra le procedure iniziate nella fase di ricezione/trattamento immediato e la fase di cure definitive. Per altri non saranno necessari trattamenti immediati, ma la fase di cure definitive potrà prolungarsi per settimane o persino mesi in relazione ai danni subiti.

Il coordinamento dei pazienti ricoverati in ospedale per le cure definitive può rendersi necessario per giorni o settimane. Inizialmente, il problema principale sarà quello di rendere disponibili per il paziente ricoverato le idonee cure chirurgiche e di terapia intensiva. Il **Medico Responsabile Cure Chirurgiche** e il **Medico Responsabile Cure Internistiche** giocano un ruolo rilevante in questa fase e sono coadiuvati e supervisionati dall'Unità di Crisi. Con il passare del tempo saranno ripristinate le abituali modalità di gestione.

Pianificare il modo in cui sarà erogata l'assistenza nella fase di cure definitive è di vitale

importanza. Sfortunatamente, è impossibile predire *quali* risorse saranno necessarie. Benché molti piani d'emergenza ospedalieri siano conformati sulle cure per pazienti chirurgici, questo è scorretto dato che molti incidenti richiedono principalmente cure di tipo medico. Inoltre, la capacità di fornire cure intensive è spesso cruciale nel contesto generale delle cure da erogare e questo aspetto va pertanto ben pianificato in precedenza.

La fase delle cure definitive è trattata in dettaglio nel Capitolo 14.

LA FASE DI “RECUPERO”

Il Coordinatore Medico deciderà con quale progressione portare a termine la risposta ospedaliera all'incidente maggiore e informerà il personale di conseguenza. È probabile che le attività straordinarie proseguano per alcuni giorni dopo il termine della fase di ricezione e le decisioni inerenti lo scioglimento dello stato di emergenza e la cancellazione dei turni di servizio straordinari del personale andranno prese tenendo conto di questo.

Quando la risposta ospedaliera è dichiarata conclusa, è necessario risolvere tutti i problemi operativi residui e ripristinare i normali servizi. Ciò accadrà contemporaneamente alla “riflessione” circa l'accaduto, il che comprende l'assistenza al benessere psicologico di pazienti e operatori. Infine, dovranno esserci le valutazioni e verifiche dell'attività svolta e frequentemente anche le inchieste.

La fase di recupero verrà discussa in dettaglio nel Capitolo 15.



Sommario (L'approccio strutturato alla risposta ospedaliera)

- La risposta ospedaliera ad un incidente importante è complessa e configurata per dare le cure migliori al maggior numero possibile di pazienti. È opportuno applicare i sette principi del MIMMS (CSCVT).
- Tutti i servizi all'interno dell'ospedale saranno coinvolti nella risposta, che si divide nelle seguenti fasi: preospedaliera, di ricezione, di cure definitive e di recupero.
- A causa della complessità del piano, molti non avranno dimestichezza con tutti i suoi aspetti e dovranno quindi seguire le schede-azione appropriate.