

Il concetto di gerarchia modulare

Argomenti trattati:

1. Il razionale per uno schema comune nei piani d'emergenza
2. L'Unità di Crisi Ospedaliera
3. Gerarchie modulari

7.1 Il razionale per uno schema comune nei piani d'emergenza

Un'emergenza sanitaria complessa (ESC) può accadere ovunque. Di conseguenza, qualsiasi ospedale con un Pronto Soccorso può aspettarsi di ricevere vittime da un simile evento. È chiaro che un ospedale può essere del tipo più diverso per dimensioni e/o servizi specialistici disponibili. Sfortunatamente, un ospedale non è in grado di prevedere né controllare che numero o tipo di vittime potrebbe ricevere a causa di un'ESC. Per questo motivo, qualsiasi piano ospedaliero d'emergenza deve poter gestire adeguatamente un'ampia gamma di pazienti ed è per questo che qualsiasi piano ospedaliero prevederà i medesimi ruoli chiave con le medesime responsabilità ed esigenze da soddisfare.

Per esempio, tutti i piani devono individuare chi si occupa di rianimare i pazienti con categoria di triage "T1-Rosso". Esattamente chi e come lo farà può variare da ospedale a ospedale. In un grande ospedale per esempio, è magari possibile formare Squadre di Trattamento differenziate per diversa tipologia di pazienti con codice T1-Rosso: codici T1-Rosso chirurgici, codici T1-Rosso interinistici, codici T1-Rosso pediatrici. In ospedali più piccoli invece, un unico tipo di squadra di rianimazione sarà costretta ad occuparsi di qualsiasi tipologia di paziente. In altre parole, la persona o le persone responsabili di compiti specifici durante la risposta ad una ESC possono variare da ospedale a ospedale, a seconda di quanto personale o risorse siano disponibili.

Questo si verifica in qualsiasi ospedale man mano che la piena risposta all'evento va concretizzandosi. Molti piani ospedalieri prevedono un gran numero di schede-azione che (giustamente) descrivono tutti i compiti da soddisfare in questi casi. Tuttavia, è molto improbabile che siano immediatamente disponibili tutte le persone per tutti i compiti. Nella maggior parte dei casi, la risposta ospedaliera all'ESC andrà costruendosi man mano che arriva altro personale. È essenziale che un piano d'emergenza ospedaliero d'emergenza sia attivabile da parte di un numero di persone limitato, per cui un'utile linea guida è quella di fare in modo che il piano sia inizialmente attivabile dal solo personale normalmente in servizio nelle ore notturne.

Nei piccoli ospedali, e (in un grande ospedale) durante le prime fasi della risposta, poche persone devono assumere il controllo di un gran numero di compiti fino all'arrivo di altro per-

sonale. Risulta chiaro che queste persone devono avere gli strumenti necessari per poter assegnare delle priorità ai compiti loro assegnati. Queste priorità devono essere descritte con chiarezza sulle loro schede-azione per incidente maggiore. Con l'arrivo di altro personale, compiti e ruoli possono essere delegati in base alla priorità data a ciascun compito e ruolo.

Chiamiamo **gerarchia modulare (a cascata)** il sistema impiegato per delegare ruoli e compiti al personale, in ospedali di diversa grandezza, durante la risposta a una Emergenza Sanitaria Complessa.

I ruoli previsti possono essere raggruppati in tre categorie:

1. **Ruoli medici:** comprendono le figure mediche appropriate e necessarie alla risposta clinica durante l'incidente e per la gestione medica nel suo complesso.
2. **Ruoli infermieristici:** comprendono il personale per l'attività infermieristica, incluso quello necessario per le diverse aree dell'ospedale e per la predisposizione delle aree chiave e dell'equipaggiamento.
3. **Ruoli amministrativo/gestionali:** comprendono il personale per i servizi ospedalieri di supporto, tra i quali si includono la gestione dei mass-media, il trasporto dei pazienti (cosiddetto "portantinaggio"), la distribuzione di cibo e bevande (*catering*), il controllo del traffico nell'ambito dell'area ospedaliera, la sicurezza (salvaguardia) interna.

Questi tre gruppi sono basati sulle strutture funzionali utilizzate nella pratica ospedaliera di ogni giorno. Ciascuna area di competenza ha le sue peculiari responsabilità ma, chiaramente, nessuna di esse può agire isolata: sono tutte essenziali, anche per un'adeguata risposta a un evento fuori dal comune.

Il coordinamento fra ciascuna delle tre aeree avviene in molti occasioni durante un incidente maggiore. Tuttavia, ognuna di esse ha una singola persona con responsabilità complessiva su tutti i ruoli e individui del proprio gruppo. Questi individui, assieme al Responsabile Medico dell'Emergenza-Urgenza, formano la **squadra di coordinamento ospedaliero**, normalmente chiamata in Italia **Unità di Crisi Ospedaliera**.

7.2 L'Unità di Crisi Ospedaliera

La risposta ospedaliera nel suo insieme è controllata dall'Unità di Crisi Ospedaliera (UCO).

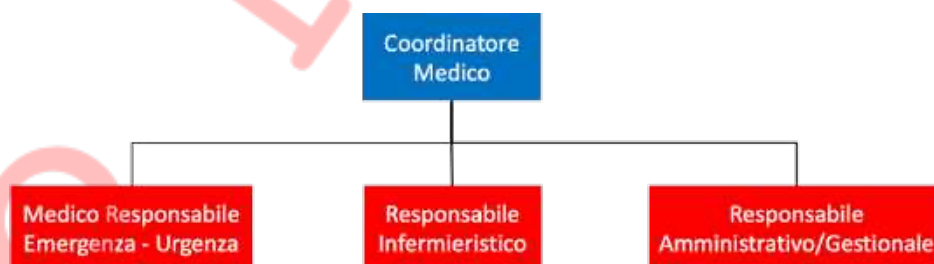


FIGURA 7.1 - UNITÀ DI CRISI OSPEDALIERA

Il responsabile in capo è il **Coordinatore Medico**, posizione di solito ricoperta dal Direttore Sanitario o dal suo vice (ma il ruolo potrebbe anche essere affidato ad altra figura, soprattutto nei primi momenti). Il Coordinatore Medico è anche a capo della *gerarchia medica* (ruoli medici).

Il compito primario del **Medico Responsabile dell'Emergenza-Urgenza** è quello di organizzare la fase di ricezione durante l'emergenza ospedaliera. All'inizio, questi compiti potrebbero dover essere svolti dal medico più anziano/esperto presente nel Pronto Soccorso.

Il compito del **Responsabile Amministrativo/Gestionale** è principalmente quello di coordinare i servizi ospedalieri di supporto. Questo ruolo dovrebbe essere ricoperto da un responsabile esperto del settore amministrativo-gestionale. All'inizio, sarà a carico di chi è in reperibilità per questa funzione.

Il **Responsabile Infermieristico** coordina la risposta infermieristica nell'ospedale. Questo ruolo dovrebbe essere ricoperto da un membro esperto della gerarchia infermieristica ospedaliera. Idealmente, andrebbe scelto qualcuno esterno al Pronto Soccorso per evitare di togliere personale operativo al DEA/PS.

Le azioni della UCO sono vitali per una buona gestione dell'emergenza ospedaliera. Chi pianifica deve assicurarsi che le persone che potrebbero dover ricoprire questi ruoli chiave conoscano in anticipo le proprie responsabilità e siano adeguatamente addestrate.

7.3 Gerarchie modulari

I capitoli che seguono (Capitoli 8-10) trattano in maggior dettaglio le tre gerarchie coinvolte nella risposta a un'emergenza ospedaliera. Ciascuna gerarchia ha a capo un membro della UCO. Ogni ruolo è codificato con un colore.

I ruoli in **ROSSO** sono ruoli essenziali che devono essere **previsti in qualsiasi piano ospedaliero**. Questi sono i ruoli che gestiscono un'area o una fase della risposta. Ogni piano d'emergenza deve garantire che questi ruoli siano ricoperti. I piani devono anche sottolineare la necessità che questi ruoli siano **garantiti fin dall'inizio** della risposta: subito, magari anche da personale con poca esperienza ma unico presente e disponibile in quel momento in ospedale. Chi ricopre il ruolo all'inizio potrà essere poi sostituito da persone con maggiore esperienza, man mano che passa il tempo e arriva altro personale.

I ruoli in **GIALLO** sono ruoli aggiuntivi che possono essere di beneficio durante un'emergenza ospedaliera. Alcuni ospedali potrebbero non avere mai personale sufficiente per ricoprirli e non sono essenziali per la risposta. Per questo stesso motivo, durante le prime fasi della risposta non c'è bisogno di ricoprirli.

I ruoli contrassegnati in **BIANCO** sono parte integrante della risposta a qualsiasi emergenza ospedaliera ma riguardano principalmente la somministrazione di cure o servizi, piuttosto che la loro gestione. **Ogni piano deve assicurarsi che questi ruoli vengano ricoperti.**

COME FUNZIONA UNA GERARCHIA MODULARE (SCALABILE)

Il concetto di gerarchia modulare indica la necessità di ricoprire con priorità alcuni ruoli

nelle prime fasi di un'emergenza ospedaliera. In queste prime fasi, semplicemente non ci saranno abbastanza persone per ricoprire ogni posizione prevista nella gerarchia e quindi, un piccolo numero di individui dovrà necessariamente ricoprire e assegnare priorità a più di un ruolo. I ruoli **rossi** saranno ricoperti per primi. Successivamente, una volta soddisfatti i ruoli prioritari, altro personale può essere allocato alle appropriate posizioni **gialle** e **bianche** nella gerarchia.

Il Responsabile Amministrativo/Gestionale è responsabile per molti altri ruoli (funzioni) all'interno di un ospedale. Se in un grande ospedale può essere possibile disporre di persone diverse per ciascuno di questi ruoli, in un ospedale più piccolo o nelle prime fasi della risposta a un'emergenza ospedaliera, il Responsabile Amministrativo/Gestionale – o il suo delegato di turno – dovrà assicurare che tutte le responsabilità in carico ai subordinati siano affrontate e in qualche modo soddisfatte. Ciò richiederà di assegnare una priorità ai ruoli /funzioni essenziali durante le prime fasi di un incidente (per es., garantire la disponibilità di un servizio di portantinaggio).

Alcuni ruoli e responsabilità possono essere accorpati: per esempio, i ruoli di Responsabile Amministrativo/Gestionale, Addetto Stampa, Responsabile per il portantinaggio, Responsabile per i Trasporti Esterni e Responsabile per la Sicurezza Interna inizialmente possono - ma piuttosto *devono* - essere gestiti dallo stesso individuo in cima alla gerarchia (in questo caso, colui che in queste prime fasi ha assunto, di necessità, il ruolo di il Responsabile Amministrativo/Gestionale).

La *modularità* delle gerarchie significa che un ruolo ROSSO assume su sé, a cascata, i ruoli (funzioni) GIALLI sottostanti nella gerarchia, finché non è possibile assegnarli ad altri grazie all'arrivo di personale qualificato non presente in ospedale all'inizio dell'incidente.

Per esempio, in un piccolo ospedale che non ha risorse sufficienti per formare *Squadre di Trattamento* per i pazienti di categoria T3-VERDE, la responsabilità per la loro assistenza sarà assunta dal Medico Responsabile dell'Emergenza-Urgenza - il che probabilmente lo porterà alla decisione di differire la loro assistenza e cure.

Allo stesso modo, personale con minore esperienza si troverà a dover ricoprire ruoli di comando che sono di competenza di figure "più anziane". Per esempio, il giovane medico di guardia in UTI può trovarsi a dover ricoprire il ruolo di *Responsabile UTI* fino all'arrivo dello specialista reperibile.

Questo "accorpamento" di responsabilità e competenze significa che sarà possibile attivare velocemente una struttura di comando e controllo con il personale presente in ospedale **durante l'arco di tutte le 24 ore**.

Man mano che si concretizza la risposta ad un'emergenza ospedaliera, l'impiego di gerarchie modulabili a cascata consente di attuare il piano di risposta in modo più efficace. Va da sé che, secondo il concetto di gerarchia a cascata, qualora non siano disponibili le persone per ricoprire tutti i ruoli previsti nel piano, le responsabilità dei vari subordinati verranno assunte dal personale presente. Per esempio, il ruolo di *Medico Responsabile Cure Chirurgiche* sovrintende l'assistenza ai pazienti chirurgici in ospedale. Ciò comprende il triage e il trattamento chirurgici di tali pazienti, compiti in genere delegati ad altro personale. All'inizio dell'incidente può non esserci altro personale disponibile e una singola persona dovrà occuparsi di gestire l'intero arco della risposta chirurgica. Finché non arrivi altro aiuto,

i singoli individui devono sforzarsi di dare una priorità ai propri compiti in modo appropriato e sostenibile.

Ciascuna posizione nell'ambito della risposta ad un'emergenza ospedaliera, è descritta su una **scheda-azione**: esempi di scheda-azione sono riportati in Appendice A. Una scheda-azione descrive le azioni immediate e le responsabilità di ciascun ruolo previsto nell'attuazione della risposta all'incidente. Nel sistema di gerarchia modulare scalabile, le schede-azione contengono anche informazioni relative ai ruoli aggiuntivi che quella persona potrebbe dover ricoprire.

Con il progredire dell'emergenza complessa da *fase di ricezione* a *fase di cure definitive*, alcuni ruoli diventeranno meno importanti, per esempio quello di Medico Responsabile dell'Emergenza-Urgenza che invece nelle prime fasi è componente essenziale della UCO. Le gerarchie sono illustrate nel modo scelto per cercare di rendere evidente come sia possibile istituirle rapidamente e consentire un'iniziale risposta coerente da parte dell'ospedale.



Sommario (Il concetto di gerarchia modulare)

- ➔ Qualsiasi incidente maggiore, ovunque accada e ovunque siano accolti i pazienti, richiederà che siano soddisfatti ruoli/funzioni molto simili.
- ➔ L'utilizzo di una gerarchia modulare assicura uno schema logico per l'assegnazione di questi ruoli e responsabilità.
- ➔ La "scalabilità" permette di adattare la risposta a ospedali con caratteristiche diverse, a incidenti diversi e a differenti momenti della giornata lavorativa.
- ➔ La "modularità scalabile" permette anche una risposta dinamica, iniziando con un limitato numero di personale e crescendo man mano che arriva personale più esperto
- ➔ L'uso di gerarchie modulari è un modo semplice e logico per ottenere un approccio multi-rischio durante la fase di pianificazione.

