

## CAPITOLO 8

# La gerarchia clinica



### Argomenti trattati:

1. Introduzione
2. Ruoli clinici essenziali
3. Ruoli clinici aggiuntivi
4. Ruoli clinici non manageriali

## 8.1 Introduzione

La gerarchia clinica ha la responsabilità dell'assistenza clinica ai pazienti e comprende i medici direttamente coinvolti nella loro valutazione e trattamento. La gerarchia clinica ha a capo il **Coordinatore Medico**, uno dei quattro componenti dell'**Unità di Crisi Ospedaliera (UCO)**.

Questa gerarchia sovrintende due "macro-funzioni": i **Servizi Clinici** (Figura 8.1A) e i **Servizi di Supporto Clinico** (Figura 8.1B).

## 8.2 Ruoli clinici essenziali

Ci sono **sette ruoli** clinici essenziali che devono essere presenti in tutti i piani d'emergenza ospedalieri. Ogni piano deve prevedere un meccanismo che consenta la copertura di questi ruoli nelle prime fasi della risposta. Essi costituiscono la struttura portante della risposta clinica ospedaliera all'incidente. Quando altro personale diventa disponibile, questa struttura può espandersi e includere ruoli aggiuntivi.

1. Coordinatore Medico
2. Medico Responsabile Emergenza-Urgenza
3. Medico Responsabile Cure Intensive
4. Medico Responsabile Cure Chirurgiche
5. Medico Responsabile Cure Internistiche
6. Coordinatore Responsabile del Laboratorio
7. Coordinatore Responsabile della Radiologia

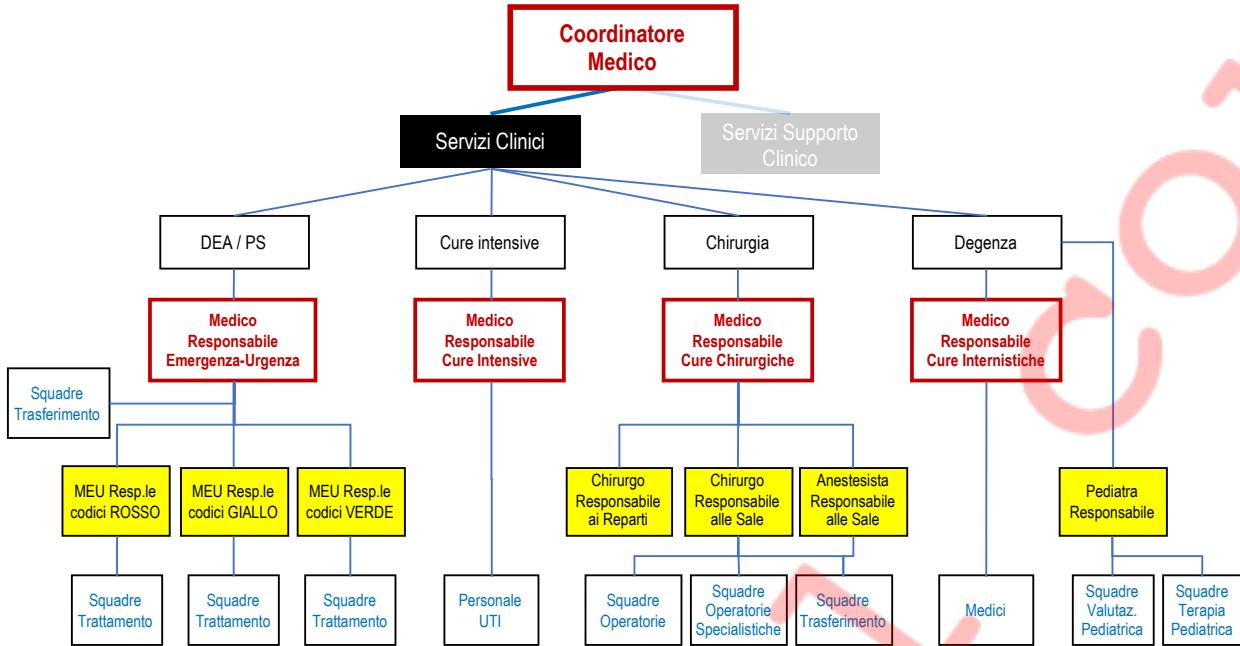


FIGURA 8.1A - GERARCHIA CLINICA: SERVIZI CLINICI

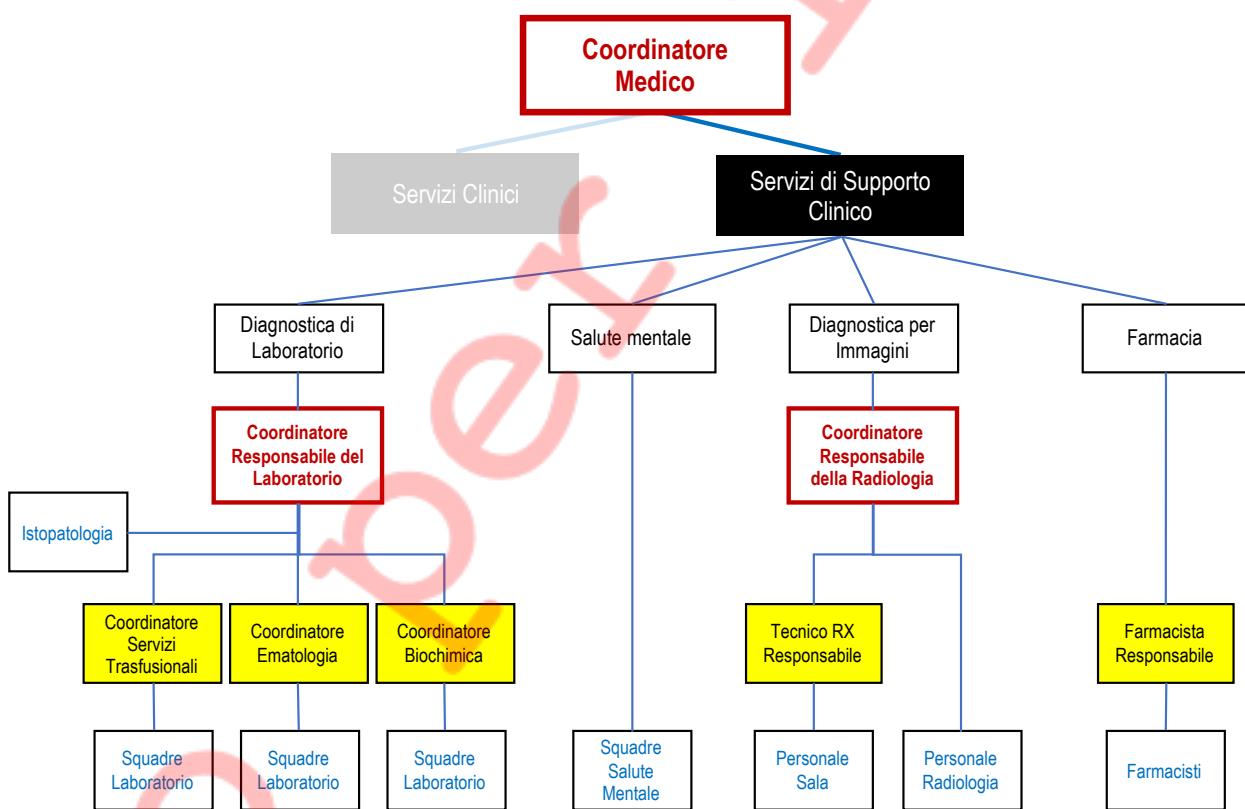


FIGURA 8.1B - GERARCHIA CLINICA: SERVIZI DI SUPPORTO CLINICO

## Coordinatore Medico

È un medico esperto che controlla la risposta ospedaliera nel suo insieme. Il *Coordinatore Medico* è a capo dell'*Unità di Crisi Ospedaliera* e non dovrebbe essere direttamente coinvolto nel trattamento dei pazienti. Questo è un ruolo chiave e va ricoperto da un medico esperto che conosca bene il piano ospedaliero d'emergenza.

## Medico Responsabile Emergenza-Urgenza

Idealmente, chi ricopre questo ruolo dovrebbe essere un medico con esperienza nella valutazione di una grande varietà di patologie mediche e chirurgiche. La *priorità iniziale* è il triage delle vittime d'incidente al loro arrivo in ospedale. Il triage può anche essere delegato ad altra persona esperta non appena disponibile, oppure essere affidato ad un infermiere esperto del DEA/PS. Gli infermieri esperti di un DEA/PS effettuano il triage ogni giorno e idealmente dovrebbero anche avere un addestramento specifico nel triage per emergenze complesse (Mackway-Jones et al., 2016).

Stabilito il triage, la priorità successiva è il trattamento delle vittime più gravi. Il *Medico Responsabile Emergenza-Urgenza*, assieme all'*Infermiere Responsabile dell'Emergenza-Urgenza* e al *Coordinatore delle Squadre* (due ruoli della Gerarchia Infermieristica - vedi Cap. 9), deve organizzare il personale in *Squadre di Trattamento* composte da un infermiere e un medico. All'inizio, queste squadre tratteranno i pazienti con codice 1-ROSSO e 2-GIALLO, rispettivamente supervisionate dal *MEU Responsabile per i codici ROSSO* e dal *MEU Responsabile per i codici GIALLO*.

## Medico Responsabile Cure Intensive

Il *Medico Responsabile Cure Intensive* è responsabile per la gestione, valutazione e dimissione dei pazienti in bisogno di cure intensive. Nelle fasi iniziali di un incidente è probabile che questo ruolo debba essere ricoperto da un medico meno anziano nello staff di cure intensive o comunque da chi è di guardia in quel momento. Il *Medico Responsabile Cure Intensive* stabilisce l'esigenza di questo tipo di cure per le vittime arrivate in ospedale, in coordinamento con il *Medico Responsabile Emergenza-Urgenza*, il *Medico Responsabile Cure Chirurgiche* e il *Medico Responsabile Cure Internistiche*. Egli ha anche la responsabilità di decidere il miglior modo per fornire le cure intensive, la cui disponibilità sarà probabilmente limitata. Sarà necessaria un rapida valutazione delle disponibilità interne all'ospedale e il collegamento con ospedali vicini. Inoltre, la sua consulenza può rendersi necessaria al DEA/PS, al blocco operatorio o in Unità di Terapia Intensiva (UTI). È essenziale uno stretto collegamento con tutte queste aree.

## Medico Responsabile Cure Chirurgiche

Questa figura di comando gestisce la risposta chirurgica all'incidente. È comprensibile come questa posizione, appena possibile, vada ricoperta da un chirurgo esperto. Inizialmente, la sua responsabilità è supervisionare il trattamento dei pazienti nel DEA/PS. Peraltrò, il suo ruolo più importante consiste nell'assicurare che il paziente giusto raggiunga la sala operatoria giusta, al momento giusto, con il chirurgo giusto e dopo la miglior rianimazione possibile. Il *Medico Responsabile Cure Chirurgiche* ha la responsabilità di formare le varie *Squadre Chirurgiche (operatorie)* assegnando loro chirurghi, anestesisti e personale di sala. Questo verrà fatto insieme all'*Infermiere Responsabile Sale Chirurgiche* e all'*Anestesista Responsabile alle Sale*.

### Medico Responsabile Cure Internistiche

Questo ruolo supervisiona il trattamento delle vittime non di interesse chirurgico. È ormai ben noto che un numero significativo di incidenti maggiori non causa eventi traumatici, ma problemi medici (per esempio, intossicazione o insufficienza renale acuta da schiacciamento). Il ruolo del *Medico Responsabile Cure Internistiche* andrebbe assegnato al più esperto degli internisti disponibili. La sua responsabilità è assicurare assistenza medica pronta e appropriata da parte delle *Squadre di Trattamento* formate con personale non del DEA.

### Coordinatore Responsabile del Laboratorio

Ha la responsabilità di preparare e far funzionare i servizi di laboratorio. La priorità iniziale è assicurare i servizi ematologici e trasfusionali. Se l'incidente avviene al di fuori del normale orario di servizio, sarà quasi certamente necessario mobilitare personale aggiuntivo. Il *Coordinatore Responsabile del Laboratorio* deve tenersi in contatto con il *Coordinatore Medico* e con il personale clinico per valutare il tipo di supporto diagnostico di laboratorio necessario.

### Coordinatore Responsabile della Radiologia

Il *Coordinatore Responsabile della Radiologia* è responsabile della preparazione e disponibilità dei servizi di diagnostica per immagini. Gli incidenti maggiori con grande afflusso di vittime frequentemente richiedono un uso pesante di questi servizi: tomografia computerizzata (TC), interventistica percutanea, risonanza magnetica (RM). Chi riveste questo ruolo deve assicurare la disponibilità di un adeguato numero di operatori per eseguire e interpretare gli esami. Non va sottostimato il tempo necessario per refertare una TC "whole-body" di una vittima di trauma. Il *Coordinatore Responsabile della Radiologia* dovrà tenersi in continuo contatto con il *Medico Responsabile Emergenza-Urgenza* e con il *Coordinatore Medico* per valutare le esigenze di supporto radiologico sia iniziali che perduranti.

## 8.3 Ruoli clinici aggiuntivi

Negli ospedali più piccoli e nelle prime fasi della risposta all'incidente è vitale che i ruoli chiave ROSSI siano i primi a essere ricoperti.

Con il progredire dell'incidente possono diventare necessari ulteriori ruoli.

In alcuni ospedali potrà non essere mai possibile ricoprire tutti i ruoli con il personale a disposizione. In questi casi, i compiti dei **ruoli GIALLI** (di seguito elencati) che non siano assegnabili ad alcuno, vengono presi in carico dalla posizione superiore da cui dipendono gerarchicamente (ruolo Rosso), come illustrato nella gerarchia clinica modulare a cascata in Figura 8.1A e 8.1B.

Per i **Servizi Clinici**, i ruoli aggiuntivi (Gialli) sono:

- ★ MEU (Medico Emergenza-Urgenza) Responsabile per i codici ROSSO
- ★ MEU Responsabile per i codici GIALLO

- ★ MEU Responsabile per i codici VERDE
- ★ Chirurgo Responsabile ai Reparti
- ★ Chirurgo Responsabile alle Sale
- ★ Anestesista Responsabile alle Sale
- ★ Pediatra Responsabile

Per i **Servizi di Supporto Clinico**, i ruoli aggiuntivi (Gialli) sono:

- ★ Coordinatore Servizi Trasfusionali
- ★ Coordinatore Ematologia
- ★ Coordinatore Biochimica
- ★ Tecnico Rx Responsabile
- ★ Farmacista Responsabile

La denominazione di ciascun ruolo lascia facilmente intendere quale funzione (o funzioni) gli sia affidata. Il nome potrebbe senz'altro variare da realtà a realtà, ma ciò che conta è la funzione che verrà soddisfatta da quel particolare operatore. Fondamentale in ogni caso, il costante confronto e scambio di informazioni fra i vari ruoli collegati funzionalmente nella gerarchia e fra le gerarchie.

Per esempio, il *MEU responsabile per i codici ROSSO*, che è responsabile per il coordinamento dell'assistenza e cure alle vittime in condizioni più gravi, lavorerà in stretto contatto con l'*Infermiere Responsabile Emergenza-Urgenza* (un ruolo Rosso nella gerarchia infermieristica: vedi prossimo capitolo) per assicurare la migliore qualità di assistenza ai pazienti critici. Entrambi, si confronteranno su base regolare con il *Medico Responsabile Cure Intensive*, con il *Medico Responsabile Cure Internistiche* e con il *Medico Responsabile Cure Chirurgiche*. Tutti assieme saranno responsabili della supervisione e del supporto da dare alle *Squadre di Trattamento* nella area "rossa". Il ruolo di *MEU responsabile per i codici ROSSO* sarà tipicamente assegnato al medico di emergenza-urgenza più esperto fra quelli disponibili.

## 8.4 Ruoli clinici non manageriali

Vari ruoli clinici sono essenziali per la risposta a un'emergenza complessa e chi li ricopre dovrebbe avere una ~~scheda~~-azione individuale. Questi ruoli non si occupano dalla "gestione" dell'evento, essendo piuttosto rivolti principalmente all'assistenza dei pazienti e a facilitare le cure necessarie.

### Altri specialisti/specializzandi

La varietà di lesioni e malattie che un incidente maggiore può causare è enorme. Così come nella pratica quotidiana, queste possono richiedere la consulenza o l'intervento di uno specialista. Gli ospedali differiscono nel tipo e nella disponibilità di servizi specialistici e ciò andrebbe tenuto a mente da chi redige un piano d'emergenza ospedaliero.

Il personale medico dei servizi specialistici può avere un ruolo importante nella risposta a un incidente mettendo in atto le proprie competenze specialistiche, ma anche come medici assegnati ad altri compiti (ad es., come membri di una Squadra di Trattamento nel DEA/PS).

### Squadre chirurgiche (operatorie)

Il poter rendere disponibili squadre operatorie e personale di sala ha un'alta priorità per il *Medico Responsabile Cure Chirurgiche* e per l'*Infermiere Responsabile Sale Chirurgiche*. Questi due ruoli possono essere aiutati in questo compito da altri membri della gerarchia chirurgica, per esempio dal *Chirurgo Responsabile alle Sale* (se disponibile: è un ruolo GIALLO).

Chirurgi, anestesisti e altro personale di sala vanno organizzati in squadre sulla base di competenze complementari, come indicato dal chirurgo e dall'infermiere più esperti, da cui dipendono nella gerarchia. Questi team lavorano sotto la direzione del *Medico Responsabile Cure Chirurgiche* o del *Chirurgo Responsabile alle Sale* per assicurare il miglior trattamento possibile ai pazienti da operare.

### Squadre chirurgiche specialistiche

Alcuni tipi di incidente possono richiedere l'intervento di chirurghi specialistici. Per esempio, un ospedale può richiedere supporto per la neurochirurgia, l'oftalmologia, la chirurgia pediatrica o la chirurgia plastica. Anche questi team specialistici lavorano sotto la direzione del *Medico Responsabile Cure Chirurgiche* o del *Chirurgo Responsabile alle Sale*.

### Squadre per il trasferimento

È probabile che pazienti con lesioni critiche debbano essere trasferiti. I trasferimenti avverranno tra ospedali diversi e tra le diverse aree cliniche all'interno dell'ospedale. Tutti i trasferimenti, sia inter- sia intra-ospedalieri, vanno condotti con la medesima diligenza. Il trasferimento di pazienti critici andrebbe compiuto da personale appositamente addestrato, di solito un anestesista con infermiere competente e un portantino.

### Squadre di trattamento

I pazienti con la più alta priorità di trattamento sono quelli con le lesioni o le malattie più gravi. Questi pazienti vengono inviati dal triage alle aree di trattamento ROSSO e GIALLO dove le cure saranno fornite da *Squadre di Trattamento*. Ciascuna squadra consiste di almeno un medico e un infermiere come indicato dal *Coordinatore delle Squadre*.

Medici e infermieri assegnati alle *Squadre di Trattamento* per le aree rosso e giallo devono avere esperienza nel trattamento di pazienti traumatizzati e critici. Medici e infermieri con esperienza nel trattamento di lesioni e malattie più lievi, se non necessari nelle aree ROSSO e/o GIALLO, vanno assegnati alle Squadre di Trattamento dell'area VERDE, sotto supervisione del *MEU Responsabile codici VERDE*.



## Sommario (La gerarchia clinica)

- Una gerarchia clinica ben organizzata è essenziale per la risposta a un'emergenza complessa che colpisca l'ospedale.
- La gerarchia è basata sul principio di "mettere la persona giusta al posto giusto, nel momento giusto, per svolgere il giusto compito".
- Come in tutti gli altri aspetti della pianificazione per incidente maggiore, il triage ha la precedenza sul trattamento.
- Per raggiungere l'obiettivo di una risposta ottimale, la gerarchia clinica è strutturata in modo che i ruoli chiave siano i primi a essere ricoperti.

