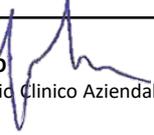




DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

# PIANO DI EMERGENZA IN CASO DI MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI IN OSPEDALE

## linee di indirizzo aziendali

DATA DI EMISSIONE	REVISIONE	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
20.04.2022	0	<p>Dr. Alfonso Cavaleri Dirigente medico Direzione Sanitaria Aziendale</p> 	<p>Dr. Maurizio GALLETTO Responsabile UO Rischio Clinico Aziendale</p>  <p>Dr. Carmelo ALAIMO Responsabile Sanitario Prevenzione e Protezione</p>	<p>Dott. Gaetano MANCUSO Direttore Sanitario Aziendale</p>

# INDICE

INDICE	1	ALTRE INDICAZIONI AD USO DEL PERSONALE DI PORTINERIA E DI SORVEGLIANZA	50
DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO	2	INDICAZIONI OPERATIVE PER IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	51
PREMESSA	3	TRIAGE DEI FERITI	52
INQUADRAMENTO DEI DISASTRI	7	INDICAZIONI OPERATIVE PER L'ATTUAZIONE DEL TRIAGE NELLE MAXIEMERGENZE	53
QUADRI PATOLOGICI DI FREQUENTE RISCONTRO NEI DISASTRI	10	DOCIDI DI TRIAGE NELLE MAXIEMERGENZE	54
OBBIETTIVI	15	MATERIALI D'USO	55
CAPACITA' DI RICEZIONE DELL'OSPEDALE	16	INDIVIDUAZIONE DEL MATERIALE LOGISTICO	56
IDENTIFICAZIONE DELLE AREE OPERATIVE OSPEDALIERE	17	PERCORSI DI EMERGENZA	64
AREA OPERATIVA TRIAGE	18	PERCORSI INTRAOSPEDALIERI D'EMERGENZA	65
AREA OPERATIVA BLU	19	TRACCIABILITA' DEI PERCORSI ASSISTENZIALI D'EMERGENZA	67
AREA OPERATIVA GIALLA	21	INDICAZIONI IN CASO DI EMERGENZE CBNR	68
AREA OPERATIVA COMPLESSO OPERATORIO	22	ALLERTAMENTO DELLA SCORTA NAZIONALE ANTIDOTI	71
AREA OPERATIVA ROSSA	23	TRASPORTO IN ALTO BIOCONTENIMENTO	72
AREA OPERATIVA VERDE	24	FORMAZIONE DEL PERSONALE	75
MORGUE	25	SUPPORTO PSICOLOGICO NELLE MAXIEMERGENZE	77
INDICAZIONI LOGISTICHE ED OPERATIVE	26	ALLEGATO 1	79
PROCEDURE DI ALLERTAMENTO	27	ALLEGATO 2	80
STADIAZIONE DEL PIANO DI EMERGENZA	28		
ATTIVAZIONE DELLO STATO DI ALLARME	29		
ATTIVAZIONE DELL'UNITA' DI CRISI	30		
ATTIVAZIONE DELLE SUB-UNITA' DI CRISI	33		
RICOMPOSIZIONE DELL'UNITA' DI CRISI	39		
SCHEMA DI ALLERTAMENTO	40		
NORME GENERALI PER L'ALLERTAMENTO	41		
INDICAZIONI PER LE UNITA' OPERATIVE	45		
INDICAZIONI GENERALI PER IL PRONTO SOCCORSO	46		
INDICAZIONI GENERALI PER IL COMPLESSO OPERATORIO	47		
INDICAZIONI GENERALI PER TUTTE LE UNITA' OPERATIVE	47		
INDICAZIONI GENERALI AGGIUNTIVE	49		

## **CONFERIMENTO DI FUNZIONI E COMPITI AMMINISTRATIVI DELLO STATO ALLE REGIONI ED AGLI ENTI LOCALI**

Indirizzi operativi per la gestione delle emergenze, D. Lgs. 31 marzo 1998, n. 112

## **PIANIFICAZIONE DELL'EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA A FRONTE DI UNA MAXIEMERGENZA**

Presidenza Consiglio dei Ministri, DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE, Servizio Emergenza Sanitaria, settembre 1998

## **CRITERI DI MASSIMA PER L'ORGANIZZAZIONE DEI SOCCORSI SANITARI NELLE CATASTROFI**

D.P.C.M. 13 febbraio 2001

## **CRITERI DI MASSIMA PER L'ORGANIZZAZIONE COMUNALE DI EMERGENZA –RISCHIO SISMICO**

Presidenza del Consiglio dei Ministri, DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE, Piani di Emergenza Servizio Sismico Nazionale, gennaio 2002

## **L'INTERVENTO SANITARIO NELLE GRANDI EMERGENZE**

Pianificazione dei soccorsi sanitari in caso di raduni di masse (E. Zamponi) Corso di alta formazione permanente e ricorrente. Bari, 2003-2004

## **EPIDEMIOLOGIA DEI DISASTRI ED ORGANIZZAZIONE DEI SOCCORSI SANITARI**

Relazione presentata al VI Congresso Nazionale SIMEU 2008. (M. Caroli, M. Esposito, T. Ordonselli, et al.)

## **ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DI SISTEMA PRESSO LA SALA SITUAZIONI ITALIA DEL DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE**

D.P.C.M. 3 dicembre 2008

## **INDIVIDUAZIONE DELLA CENTRALE REMOTA OPERAZIONI SOCCORSO SANITARIO PER IL COORDINAMENTO DEI SOCCORSI SANITARI URGENTI NONCHÉ DEI REFERENTI SANITARI REGIONALI IN CASO DI EMERGENZA NAZIONALE**

D.P.C.M. 24 giugno 2016

## **CODICE DELLA PROTEZIONE CIVILE**

D. Lgs. 2 gennaio 2018, n. 1

## **NORME FONDAMENTALI DI SICUREZZA RELATIVE ALLA PROTEZIONE CONTRO I PERICOLI DERIVANTI DALL'ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI IONIZZANTI**

D. Lgs. 31 luglio 2020, n. 101, Attuazione della direttiva 2013/59/EURATOM

## **INDIRIZZI PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI PROTEZIONE CIVILE AI DIVERSI LIVELLI TERRITORIALI**

D.P.C.M. 30 aprile 2021

## **PIANO NAZIONALE PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE RADIOLOGICHE E NUCLEARI**

previsto dall'art. 182 c. 2 del D.Lgs.182/2020. 9 marzo 2022

Nella stesura di queste linee di indirizzo aziendali in caso di maxiemergenze, si è voluto sottolineare l'importanza dell'ospedale come ultimo anello della catena dei soccorsi non solo in caso di disastri causati da eventi naturali o prodotti dalla attività umana, ma anche – e soprattutto – in caso di “catastrofi sociali”, intendendo con questo termine quelle intimamente connesse alla vita sociale dell'uomo nelle sue esigenze di svago, cultura o lavoro.

Non è purtroppo un'evenienza rara che un ospedale si trovi, a seguito di una maxi-emergenza, a dover improvvisamente soccorrere un gran numero di feriti, con conseguente inadeguatezza di servizi calibrati per lo svolgimento del normale carico di lavoro delle urgenze.

E' quindi opportuno individuare e codificare per quanto possibile, sulla base dei Piani di Emergenza localmente prodotti, le procedure di organizzazione dei soccorsi e di gestione delle risorse, che dovranno essere predisposti dopo un'attenta valutazione del setting operativo e logistico della struttura ospedaliera interessata, in rapporto ai seguenti parametri:

- tipologia dell'evento atteso;
- presumibile numero degli infortunati e delle patologie prevalenti in ciascun evento;
- localizzazione ed estensione del territorio interessato;

La stesura di un Piano di Emergenza in caso di massiccio afflusso di feriti (PEIMAF o PEMAFA) deve prevedere:

- l'accettazione contemporanea di un elevato numero di pazienti;
- l'erogazione di cure quanto più possibile qualificate e comunque adeguate alla gravità delle lesioni dei soggetti ricoverati.

La capacità di un ospedale di rispondere a un evento eccezionale si esprime attraverso il numero dei pazienti gravi e dei pazienti con codici rosso e giallo che è in grado di trattare nella prima ora di emergenza. Nella quantificazione di tale capacità con un indice numerico, si possono configurare diverse ipotesi:

— **Indice del numero di pazienti trattabili per 100 posti letto**

Mettere in rapporto il numero dei pazienti gestibili soltanto con i posti letto rappresenta una valutazione grossolana, molto limitante, con possibilità di errore sia in difetto sia in eccesso. Basti considerare la situazione di un ospedale periferico che conserva molti posti letto, ma con scarsa organizzazione per l'emergenza, sia per quanto riguarda il personale che per ciò che concerne le attrezzature. Oppure, al contrario, si pensi a una struttura specialistica dedicata al trauma, con una grande capacità operativa, ma penalizzata da un numero limitato di posti letto.

— **Indice HTC (Hospital Treatment Capacity)**

Questo indice contempla come parametri limitanti il numero di respiratori disponibili, di sale operatorie ordinarie e d'emergenza, attraverso la formula:  $(N \text{ respiratori disponibili}/3 + N \text{ sale operatorie ordinarie}/2 + N \text{ sale operatorie d'emergenza}) \times 2.5$ .

Questo strumento tende a fornire valori in eccesso, soprattutto per quegli ospedali a vocazione chirurgica con numerosi respiratori e sale disponibili.

---

— **Indice SSS (spazi, strumenti, specialisti)**

L'ipotesi di tale indice trae origine dall'esame concreto delle condizioni operative negli ospedali e considera come indici determinanti per l'individuazione delle capacità dell'ospedale i seguenti fattori:

- spazi nell'area dei codici rossi e gialli (quanti letti potranno essere utilizzati contemporaneamente per i codici più gravi?);
- strumenti diagnostici utilizzabili nell'area emergenza, vale a dire ecografia, radiologia convenzionale e TAC (quanti apparecchi diagnostici possono essere impiegati e dove sono normalmente collocati?);
- specialisti disponibili nella prima ora (quanto personale sarà disponibile per i trattamenti e la diagnostica?).

Le aree dell'intero ospedale, e soprattutto quelle che compongono il Pronto Soccorso devono essere riorganizzate e delimitate in brevissimo tempo.

Nei nostri ospedali tali spazi sono decisamente scarsi e, quindi, occorre pensare di ricorrere ad aree accessorie degli Stabilimenti ospedalieri come aree in cui ricoverare i pazienti da stabilizzare; con il ricorso – se necessario – all'impiego di corridoi, sale d'aspetto, aule normalmente adibite alla formazione, cappelle e quant'altro.

In definitiva, tutti quegli spazi destinati a una routinaria attività clinica, diagnostica, terapeutica o sociale, in caso di emergenza, possono diventare spazi per il trattamento di pazienti che affluiscono al Pronto Soccorso.

Da quanto premesso emerge che il PEIMAF, pur riconoscendo una impostazione generale dettata in questo documento, dovrà essere diversificato in base alle caratteristiche strutturali di ogni ospedale, ma dovrà comunque rispondere ad alcuni requisiti di base:

- per la prima fase di attuazione, dovrà essere formulato sulle strutture e sugli organici esistenti per essere operativo senza ritardi di attuazione e senza aggravio di costi. Solo nel caso in cui l'attività di emergenza dovesse protrarsi per più giorni, potrà essere concordata, con la Direzione Strategica Aziendale, l'integrazione o sostituzione del personale con altro proveniente da altri ospedali;
- dovrà garantire lo stesso standard di assistenza anche nei periodi in cui possono verificarsi flessioni nel numero del personale a causa di ferie, di festività o di fascia oraria notturna;
- dovrà essere adattabile a qualunque tipo di emergenza e concepito per garantire l'assistenza al più elevato numero di pazienti.

E' indispensabile che tutto il personale che opera nello Stabilimento Ospedaliero sia a conoscenza delle procedure contenute nel PEIMAF e dei compiti assegnati alle singole figure dell'Unità di Crisi, in modo da essere preparato sulle modalità operative da attivare in fase di allarme.

La ricerca nel campo dei disastri, rivela che un problema spesso ricorrente è relativo non tanto alla inadeguatezza delle risorse quanto ad una loro errata distribuzione.

Per questo si ritiene di importanza fondamentale che oltre alla acquisizione dei concetti, sia garantita la piena operatività del personale per ciò che concerne strumenti, materiali e soprattutto dimestichezza con le procedure; il tutto da attuarsi con periodiche esercitazioni simulanti una maxiemergenza, per poter verificare l'attendibilità dei vari aspetti contenuti nel piano ed i tempi di attivazione.

---

E' opportuno che le esercitazioni siano effettuate in modo da non interferire con l'operatività ordinaria per non arrecare eccessivo disagio ai pazienti.

Per evitare che il personale ospedaliero coinvolto nell'emergenza possa risentire in modo grave degli psicotraumatismi da stress, con inevitabili conseguenze negative anche sull'efficienza del sistema, è necessario che nell'assegnazione degli incarichi si suddividano i compiti in modo equilibrato, si effettui il monitoraggio del livello di stress dei singoli membri dello staff dell'ospedale ed al termine dell'emergenza si programmi il debriefing per alleggerire la tensione accumulata e per discutere sui problemi emersi nell'emergenza.

Resta comunque accertato che – soprattutto in occasione di emergenze che si protraggono nel tempo - il massimo risultato della efficacia ed efficienza di un Piano di Emergenza, seppur ospedaliero, si ottiene con il coinvolgimento condiviso e partecipato degli Enti o Strutture che esulano dalle dirette competenze del singolo ospedale, ma che in qualche modo sono coinvolte nell'evento emergenziale, quali l'Assessorato Regionale della Salute, il Dipartimento di Prevenzione, i Presidi ospedalieri vicini, il Sistema Urgenza/Emergenza 118, le Agenzie Regionali per l'Ambiente, gli Istituti Zooprofilattici, la Sanità militare, le Forze dell'Ordine, la Croce Rossa Italiana, le Associazioni di Volontariato con componente sanitaria e non, le Facoltà Universitarie in ambito sanitario, i Servizi Sociali dei Comuni.

E' inconcepibile pensare che esistano ospedali che non saranno mai interessati da una situazione di massiccio afflusso di feriti: come insegnano le esperienze internazionali, in circostanze di maxiemergenza, il flusso di feriti può assumere percorsi spontanei, che possono coinvolgere qualsiasi tipo di ospedale, indipendentemente dall'organizzazione più o meno valida, in relazione alla vicinanza o alla particolarità dell'evento responsabile di questo stesso flusso.

In siffatte situazioni, il tempo e l'organizzazione rappresentano le risorse più scarse.

Le indicazioni riportate in questo documento sono state desunte dalla letteratura scientifica recente e contengono indicazioni che si ritengono appropriate in situazioni di emergenza comprovata, sulla base delle conoscenze e della documentazione disponibili alla data di stesura del documento.

Resta fondamentale il ruolo del singolo professionista (con la sua esperienza e competenza) nel decidere se le indicazioni raccomandate possano essere applicate alla specifica situazione. Esse non hanno pertanto la finalità di sostituirsi al giudizio del professionista e l'adesione alle stesse non costituisce parimenti garanzia di un buon esito in ogni caso. Metodi alternativi ai processi qui descritti, volti agli stessi fini, ma che si discostino da quelli proposti in questo documento sono accettabili, se documentati.

L'adesione a queste indicazioni non costituisce in sé una garanzia dal punto di vista medico-legale

CATEGORIA	FATTORE CARATTERIZZANTE
CATASTROFI DI GUERRA	Attività belliche generalizzate, comprese le guerre civili
CATASTROFI NATURALI	Fenomeni connessi ad alterazioni ambientali, spontanee o provocate dall'uomo
CATASTROFI TECNOLOGICHE E ACCIDENTALI	Attività legate all'evoluzione del livello tecnologico di vita dell'uomo
CATASTROFI SOCIALI	Situazioni legate alla vita sociale dell'uomo, intesa come esigenze ed occasioni di svago, cultura o di lavoro

---

Per potere effettuare un piano efficace di prevenzione e di soccorso in caso di maxiemergenze, è necessario fare riferimento ad un altro tipo di inquadramento che tenga conto soprattutto della magnitudo dell'avvenimento e delle sue conseguenze materiali ed umane. Secondo questo principio è possibile distinguere:

- **DISASTRI MAGGIORI**, che provocano distruzioni importanti, molto estese nello spazio, in grado di determinare numerose vittime, provocando una distruzione parziale o totale della rete sociale: alloggi, sussistenza, comunicazione, trasporto, energia, centro amministrativo, centro di cure..... Questi disastri sono soprattutto causati da avvenimenti naturali (terremoti, uragani, inondazioni...) e sono in grado di abbattere letteralmente la regione colpita per cui gran parte dei mezzi di difesa e di soccorso sono inoperanti o distrutti. In queste condizioni i soccorsi dovranno venire da zone esterne più o meno lontane ed allo stesso tempo tutto ciò che rimane sul posto dovrà essere ristrutturato rapidamente per fronteggiare gli avvenimenti il più presto possibile.

- **DISASTRI MINORI**, sia che siano di origine naturale o tecnologica, sono meno devastanti; sebbene i danni materiali ed umani siano talvolta importanti, la superficie della zona colpita è sempre più ridotta e la maggior parte dei mezzi di soccorso e di cure e le infrastrutture sono funzionanti.

- **INCIDENTI CATASTROFICI**, incidenti tecnici (incidenti aerei, marittimi, ferroviari) o incidenti sociali (attentati, raduni, manifestazioni di folla) che, qualunque sia il numero delle vittime, sensibilizzano e colpiscono molto la popolazione perché sono legati ad attività quotidiane e molto ripetitive o intervengono nel corso di esse.

---

Qualunque sia il luogo dove si verificano, ambito rurale o urbano, necessitano di una reazione molto rapida e performante delle strutture istituzionali di soccorso, richiedendo l'applicazione delle regole della medicina dei disastri anche se l'ambiente nelle immediate vicinanze rimane normale dopo l'incidente. In effetti, la repentinità dell'incidente determina, ad un livello meno evidente, uno squilibrio parziale e temporaneo tra i mezzi disponibili e il numero e la gravità dei feriti. In altri termini, applicate in queste circostanze, le regole della medicina della medicina d'emergenza quotidiana porterebbero ad una rapida saturazione delle strutture ospedaliere e ad un aggravamento di alcuni feriti.

## LESIONI TRAUMATICHE DI ORIGINE MECCANICA

Sono costituite da contusioni, fratture, distorsioni, lussazioni, altre lesioni osteoarticolari, strappamenti muscolari e ferite di vario genere. La loro topografia varia in base a numerosi fattori: violenza dello shock, posizione della vittima, natura dell'agente causale...

Queste lesioni traumatiche sono presenti praticamente in tutte le catastrofi legate alla messa in atto di forze meccaniche: terremoti e distruzione di costruzioni, accidenti del traffico (aereo o stradale...). Talvolta la diagnosi delle lesioni traumatiche è evidente (ferite delle parti molli, fratture scomposte, stritolamento, amputazione degli arti, slabbramento delle parti molli); è più difficile nei traumi chiusi del cranio, del torace e dell'addome.

Fra queste lesioni meccaniche bisogna distinguere le lesioni da compressione toracica nei fenomeni di moto di folla nel corso delle quali le alterazioni sono essenzialmente di ordine respiratorio.

10

## LESIONI TERMICHE

Sono la risultante degli incendi, sia incendi di locali, sia di mezzi di trasporto; le ustioni sono per lo più cutanee, più di rado respiratorie (inalazione di gas surriscaldati); la loro diagnosi è evidente come la gravità che, in prima analisi, è legata all'estensione e alla profondità della superficie corporea danneggiata.

Tuttavia, altri fattori debbono essere presi in considerazione quali la localizzazione anatomica, l'età..... Lo shock ipovolemico, il dolore, il rischio settico sono i soli elementi da prendere in considerazione in urgenza.

---

## **LESIONI DA ESPLOSIONE**

### **(LESIONI PER EFFETTO DI UN'ONDA D'URTO: BLASTS)**

Sono danni molto specifici, che derivano dall'esposizione all'onda d'urto di una esplosione in aria (blast aereo) o più raramente in un vettore liquido (blast liquido) o solido (blast solido). Si tratta di lesioni pluriviscerali, ma tra queste le meno frequenti sono le lesioni craniche (blast cranico), oculari (blast oculare), e addominali (blast addominale).

La gravità del blast è legata essenzialmente alle forme polmonari: effettivamente, se alcuni blast si evidenziano precocemente per la comparsa di una insufficienza respiratoria, in altri casi più insidiosi, si traducono in una insufficienza respiratoria dopo una fase di latenza più o meno lunga.

Le lesioni da blast possono associarsi a lesioni più convenzionali che derivano dagli effetti meccanici dell'esplosione: crivellamento, ferite delle parti molli, ferite penetranti toraco-addominali, strappamento di arti.

## **LESIONI DA SCHIACCIAMENTO**

### **(CRUSH O SINDROME DA SEPPELLIMENTO)**

Sono lesioni provocate dalla compressione lunga ed intensa delle masse muscolari (soprattutto degli arti); sono molto specifiche di un seppellimento parziale o completo sotto le macerie di costruzioni (sisma, crollo di palazzi dopo esplosione, bombardamento). Si osservano anche in alcuni incidenti del traffico stradale o ferroviario nei quali le vittime restano imprigionate nei veicoli deformati. La gravità è legata alla durata e all'intensità della compressione muscolare che determina in un primo tempo una condizione di shock seguita da un'insufficienza renale acuta.

---

## INTOSSICAZIONI

Sono nella maggior parte dei casi intossicazioni da inalazione di gas tossici, da gas caustici che hanno anche effetti loco-regionali (danni cutanei, oculari e soprattutto tracheobronchiali) o da gas a tossicità generale di cui la maggior parte ad effetto ipossico cellulare, per danno di uno dei vari meccanismi respiratori (monossido di carbonio, acido cianidrico, idrogeno solforato) o più semplicemente per depressione centrale (gas ad effetti narcotici centrali).

Altri gas (vicini ad alcuni gas da guerra) possono agire sulla attività muscolare e provocare paralisi respiratoria (organofosforici).

La gravità del danno dipende da numerosi fattori: natura del gas e concentrazione nell'atmosfera, durata dell'esposizione.

Le intossicazioni massive si evidenziano negli incidenti industriali al momento della fuoriuscita di gas o di miscele di gas tossici: i fumi di incendi di diversi materiali possono ugualmente portare alla formazione di cosiddette “nubi tossiche”.

12

## ANNEGAMENTI

Le lesioni da annegamento sono appannaggio dei naufraghi e delle altre catastrofi marittime e fluviali.

Spesso si associano ad ipotermia, a lesioni meccaniche legate alle circostanze dell'incidente (esplosione, collisione...) o lesioni termiche (incendi).

Negli annegamenti da inondazione possono associarsi lesioni meccaniche provocate dal trascinamento in acqua e dall'urto con oggetti contundenti o taglienti.

---

## **LESIONI DA RAGGI E CONTAMINAZIONI RADIOATTIVE**

Si osservano in incidenti che mettono in campo prodotti radioattivi liquidi, solidi e soprattutto gassosi. Contrariamente alle altre forme di aggressione spesso evidenti nelle loro manifestazioni somatiche, le contaminazioni radioattive accidentali e soprattutto le contaminazioni interne ed esterne necessitano di tecniche elaborate e di materiali speciali per potere essere evidenziate.

Ciò è tanto più importante poiché la contaminazione colpisce l'uomo e l'ambiente che lo circonda. Questo fatto giustifica l'attuazione di misure estremamente rigorose che vengono prese per evitare la dispersione geografica di queste contaminazioni; peraltro la latenza tra la contaminazione e la comparsa delle prime manifestazioni patologiche, la paura spesso irragionevole di tutto ciò che riguarda il nucleare, rischia di determinare comportamenti collettivi indesiderati (panico).

## **LESIONI MULTIORGANO**

Derivano dall'associazione di più aggressioni che possono determinare danni multipli. Si osservano caratteristicamente:

- ferite, ustioni e blast (blessures, brulures e blast, le tre B degli autori francesi) nelle esplosioni con grande liberazione termica;
- blast ed ustioni nelle esplosioni senza liberazione termica; ustioni ed intossicazioni sono frequenti negli incendi con liberazione di nubi tossiche;
- annegamento ed ipotermia sono sempre associati nei disastri causati dall'acqua.

---

## LESIONI PSICHICHE

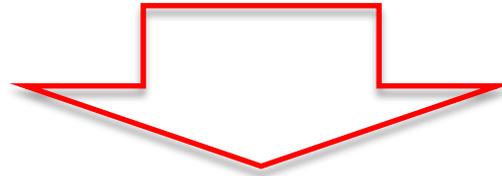
Le conseguenze sanitarie di una catastrofe non devono essere viste solamente da un punto di vista somatico. I danni psichici sono frequenti e sono determinati dallo shock emozionale che risulta dagli effetti immediati del disastro.

Sono stati descritti tre tipologie di danni psichici:

- Reazioni emotive esagerate che possono manifestarsi immediatamente o dopo una certa latenza; sono quasi normali, più spesso effimere e non lasciano sequele.
- Reazioni nevrotiche durature.
- Reazioni psicotiche gravi, del tipo confusionale o stato delirante con assenza di coscienza dello stato morboso.

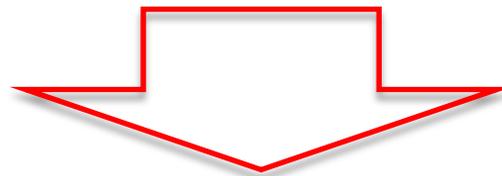
Peraltro, la situazione eccezionale rappresentata dal disastro è suscettibile di scatenare comportamenti d'urgenza che non sono sempre razionali o idonei e che possono essere pericolosi per le stesse vittime come per i soccorritori.

FORNIRE INDICAZIONI E SUGGERIMENTI PER PREDISPORRE  
UNA ADEGUATA ACCOGLIENZA, TRATTAMENTO  
ED EVENTUALE OSPEDALIZZAZIONE DI UN GRAN NUMERO DI FERITI  
AFFERENTI IN OSPEDALE IN CASO DI MAXIEMERGENZA



DEVE INTENDERSI “**MAXIEMERGENZA**”  
QUALSIASI EVENTO IMPROVVISO ED INATTESO  
(INCIDENTE, CALAMITA' NATURALE, EVENTO BELLICO, FATTO TERRORISTICO)  
CHE GENERI UN NUMERO DI PAZIENTI CHE OLTREPASSA  
LE CAPACITÀ DI RISPOSTA DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA

15



IN QUESTO DOCUMENTO VENGONO TRACCIALE DELLE LINEE DI INDIRIZZO  
AFFINCHÉ OGNI SINGOLO STABILIMENTO OSPEDALIERO  
ADOTTI UN PIANO DI EMERGENZA  
IN CASO DI MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)  
APPROPRIATO ALL'ASSETTO LOGISTICO ED OPERATIVO DELLA STRUTTURA

OGNI STABILIMENTO OSPEDALIERO DEVE PREVEDERE NEL PROPRIO PEIMAF  
IL NUMERO FORFETTARIO DI FERITI  
CUI POTERE GARANTIRE L'ASSISTENZA IN CONDIZIONI DI EMERGENZA  
PER EVENTUALE TRATTAMENTO ED OSPEDALIZZAZIONE DEGLI STESSI

***the RIGHT patient, to the RIGHT hospital, at the RIGHT time***  
**GARANTIRE L'ASSISTENZA**

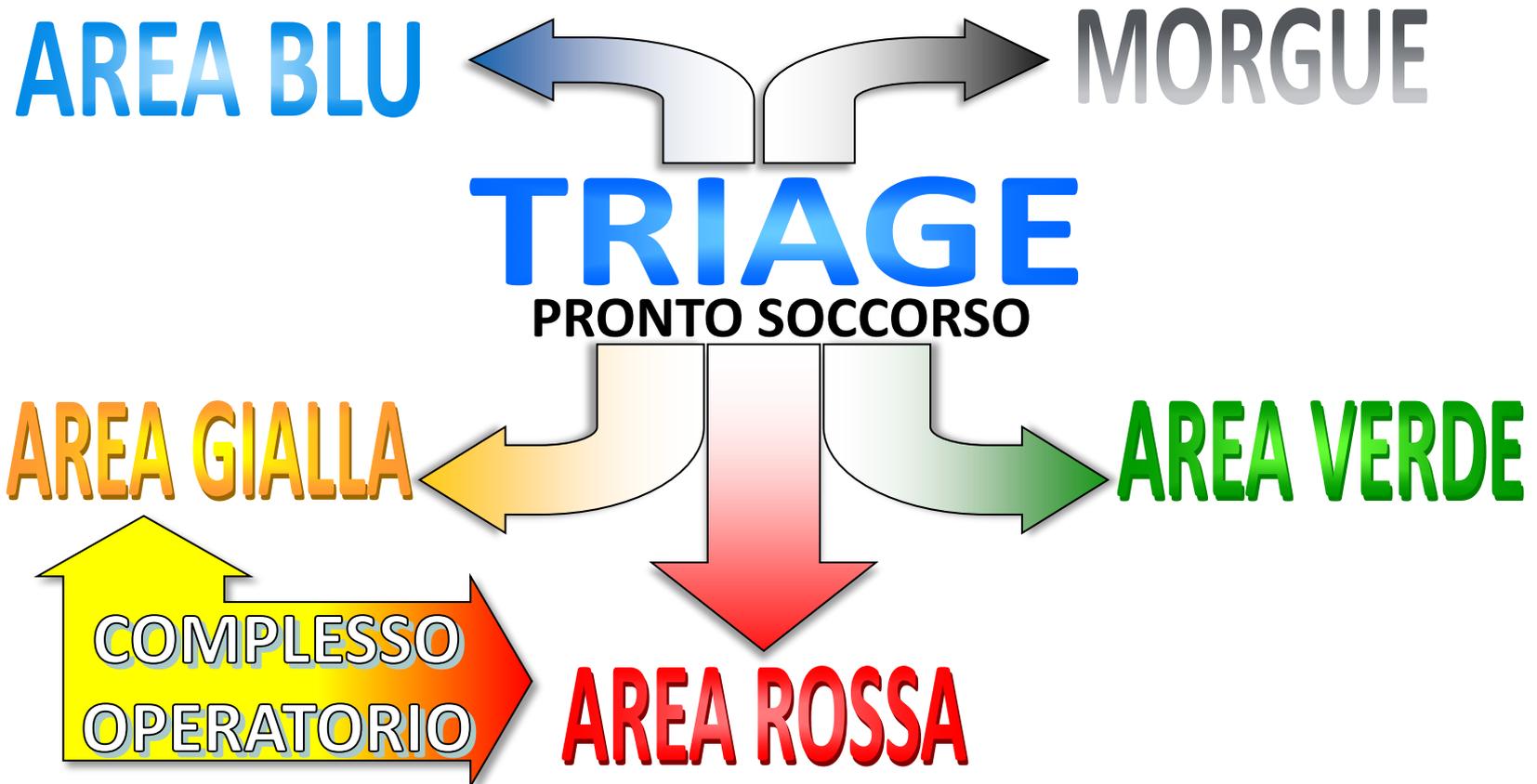


# IDENTIFICAZIONE DELLE AREE OPERATIVE OSPEDALIERE

IN OGNI STABILIMENTO OSPEDALIERO DEVONO ESSERE PREVISTE LE SEGUENTI AREE:

- IL TRIAGE
- 4 AREE OPERATIVE (ROSSA, GIALLA E VERDE) NELLE QUALI DISTRIBUIRE I FERITI SECONDO IL CODICE DI PRIORITA' PER L'ACCESSO ALLE CURE
- L'AREA DEL COMPLESSO OPERATORIO
- UNA AREA BLU DESTINATA AI PREMORIENTI
- LA MORGUE

PER OGNI AREA DEVE ESSERE PREVISTO UN DIRETTORE O DIRIGENTE RESPONSABILE



17

# TRIAGE

**DIRETTORE RESPONSABILE (DAT):** Direttore UO MCAU (medico senior UO MCAU)

Tra parentesi il sostituto previsto dalla procedura. La dizione senior indica un dirigente medico con una esperienza specialistica ospedaliera non inferiore a 10 anni

## POTENZIALE ALLOCAZIONE DELL'AREA PRONTO SOCCORSO

### TARGET OPERATIVO

accettazione e smistamento delle vittime

nessuna manovra assistenziale, solo presa in carico e smistamento  
nelle diverse aree operative blu, rossa, gialla e verde

18

### SETTING OPERATIVO

- Dirigenti medici pronto soccorso con oltre 5 anni di servizio
- Infermieri secondo indicazioni della unità di crisi (subunità risorse umane)
- Ausiliari secondo indicazioni della unità di crisi (subunità risorse umane) per il trasporto delle vittime alle aree di competenza
  
- n.1 kit ingresso
- n.1 kit accettazione

# AREA BLU

**DIRETTORE RESPONSABILE (DAN):** Responsabile Hospice o da individuare (da individuare)

Tra parentesi il sostituto previsto dalla procedura. La dizione senior indica un dirigente medico con una esperienza specialistica ospedaliera non inferiore a 10 anni

**POTENZIALE ALLOCAZIONE DELL'AREA**  
**hospice, UU.OO. a basso impatto assistenziale**

### TARGET OPERATIVO

**pazienti premorienti o con lesioni gravissime per i quali la possibilità di sopravvivenza è molto bassa o l'impegno di risorse non è sostenibile dal set operativo.**

**Solo assistenza con cure compassionevoli**

19

In corso di maxiemergenza, al triage, occorre valutare, oltre alle condizioni cliniche, anche le possibilità prognostiche. La situazione straordinaria impone un comportamento d'intervento diverso dall'usuale, che talvolta può apparire quasi disumano imponendo scelte dolorose, ma necessarie: il caso dell'abbandono di pazienti gravissimi (codici blu), sicuramente destinati a morire in brevissimo tempo, impiegando risorse a favore di coloro che, soccorsi prontamente, hanno maggiore probabilità di sopravvivenza (codici rossi e gialli).

Vengono pertanto considerati alla stregua di pazienti deceduti i feriti:

- con ustioni di II-III grado all'80% del corpo;
- che non respirano dopo la disostruzione delle vie aeree;
- con sfondamenti toraco-addominali e cranici, insufficienza cardiocircolatoria.

# AREA BLU

## SETTING OPERATIVO

- **Dirigenti medici hospice, oncologia, lungodegenza**
- **Infermieri e ausiliari secondo indicazioni della unità di crisi (subunità risorse umane)**
- **Operatori della morgue**
  
- **n.1 borsa di emergenza (oppioidi forniti dalla UO hospice)**

## CONSIDERAZIONI ETICHE E MEDICO-LEGALI CIRCA LA SCELTA DELL'ABBANDONO

Il criterio generale è che la vita, di per se, non è un valore assoluto. Nè secondo una prospettiva di etica «laica», nè in una prospettiva religiosa, e cristiana in particolare. Secondo tale concezione, la vita è un valore fondamentale non assoluto, cioè un valore che sta a fondamento di tutti gli altri valori, ma che, proprio per questa, in situazioni conflittuali, entra in un bilancio di proporzionalità.

In virtù di tale criterio, per esempio, si ritiene lecita la «legittima difesa», non perchè il valore della vita dell'aggressore sia inferiore rispetto a quello dell'agredito, ma perchè in un bilancio di valori e di doveri, quello di difendere la propria vita ingiustamente aggredita appare prioritario. Analoghe considerazioni possono farsi per interventi medici non direttamente lesivi della vita umana, ma che possano comportare inevitabilmente e come conseguenza non voluta la sua fine (per esempio, un intervento sull'utero gravido per asportare una neoplasia che comporti la morte del feto).

Nelle maxiemergenze la salvaguardia della vita, di fronte a un paziente in condizioni critiche non altrimenti risolvibili, certamente destinato a morire in un breve lasso di tempo, impone come dovere etico di intensificare le cure negli altri pazienti che avranno una ragionevole prospettiva di guarigione o di miglioramento. Agire diversamente non significherebbe avere rispetto della loro vita come valore intangibile e incondizionato, ma non avere rispetto di quella di altri che ne avrebbero un danno evidente.

Lo stesso criterio, oggi, comincia a imporsi anche in altre situazioni di criticità assistenziale nella microallocazione di scarse risorse sanitarie. Tali condizioni si possono verificare, per esempio, nell'assegnazione dei posti letto di rianimazione, a volte minori rispetto al numero di richieste, e nella distribuzione delle unità di sangue.

In presenza di carenza di mezzi immediatamente disponibili e in condizioni gravi, dinanzi alle quali il medico si trova impotente, la decisione di «abbandonare» pazienti per i quali non vi è alcuna possibilità d'intervento non può essere considerata come omissione di soccorso, essendo evidente l'obbligo primario di salvaguardare la vita e l'incolumità del maggior numero di persone.

Durante i disastri pertanto può essere tollerato, in determinate condizioni, un rifiuto alle cure. E' tuttavia indispensabile che le scelte vengano operate in modo spontaneo, senza discriminazioni, e che siano basate esclusivamente su criteri scientifici.

Bisogna in ogni caso garantire i necessari supporti sedativi e analgesici

# AREA GIALLA

**DIRETTORE RESPONSABILE (DAG):** Direttore UOC chirurgia (medico senior chirurgia)

Tra parentesi il sostituto previsto dalla procedura. La dizione senior indica un dirigente medico con una esperienza specialistica ospedaliera non inferiore a 10 anni

## POTENZIALE ALLOCAZIONE DELL'AREA

**in prossimità di UTI o complesso operatorio o diagnostica radiologia**

## TARGET OPERATIVO

**pazienti traumatizzati potenzialmente chirurgici/ortopedici, in attesa di eventuale  
trattamento in sala operatoria o ricovero**

**stabilizzazione delle funzioni vitali, radiologia, complesso operatorio, ricovero in degenza**

21

## SETTING OPERATIVO

- **dirigenti medici branche mediche e chirurgiche (escluse le terapie intensive)**
- **Infermieri e ausiliari secondo indicazioni della unità di crisi (subunità risorse umane)**
- **n. 4 borse di emergenza**

# COMPLESSO OPERATORIO

**DIRETTORE RESPONSABILE (DACO):** Direttore UOC chirurgia/ortopedia (medico senior chirurgia/ortopedia)

Tra parentesi il sostituto previsto dalla procedura. La dizione senior indica un dirigente medico con una esperienza specialistica ospedaliera non inferiore a 10 anni

## **POTENZIALE ALLOCAZIONE DELL'AREA** **complesso operatorio**

### **TARGET OPERATIVO**

**feriti che necessitano di trattamento in sala operatoria  
intervento chirurgico**

22

### **SETTING OPERATIVO**

- **Dirigenti medici specialisti in anestesia / rianimazione**
- **Dirigenti medici specialisti in branche chirurgiche con esperienza di sala operatoria organizzati in équipe operatorie**
- **Infermieri e ausiliari secondo indicazioni della unità di crisi (subunità risorse umane)**

# AREA ROSSA

**DIRETTORE RESPONSABILE (DAR):** Direttore UOC rianimazione (medico senior rianimazione)

Tra parentesi il sostituto previsto dalla procedura. La dizione senior indica un dirigente medico con una esperienza specialistica ospedaliera non inferiore a 10 anni

## POTENZIALE ALLOCAZIONE DELL'AREA

**terapie intensive (rianimazione, UTIC, UTIN, SALA ROSSA PS...)**

N.B. laddove possibile è preferibile accentrare la allocazione dell'area

## TARGET OPERATIVO

**pazienti critici da assistere con cure intensive**

N.B. il numero di questi feriti è per ovvii motivi molto limitato e deve essere predeterminato nel PEIMAF;  
gli altri possono essere temporaneamente assistiti subintensivamente in area gialla o avviati in area blu

**stabilizzazione delle funzioni vitali, radiologia, complesso operatorio, ricovero in T.I.**

## SETTING OPERATIVO

- Dirigenti medici specialisti in anestesia / rianimazione, UTIC, TIN
- Dirigenti medici con esperienza di area di emergenza > 10 anni organizzati in équipe operative
- Infermieri e ausiliari secondo indicazioni della unità di crisi (subunità risorse umane)
- n. 2 borse di emergenza

# AREA VERDE

**DIRETTORE RESPONSABILE (DAV):** Direttore UOC branca chirurgica (medico senior branca chirurgica)

Tra parentesi il sostituto previsto dalla procedura. La dizione senior indica un dirigente medico con una esperienza specialistica ospedaliera non inferiore a 10 anni

## POTENZIALE ALLOCAZIONE DELL'AREA

### UU.OO. mediche

N.B. laddove possibile è preferibile accentrare la allocazione dell'area

## TARGET OPERATIVO

**pazienti traumatizzati in condizioni di stabilità clinica,  
con lesioni anche gravi in attesa di trattamento definitivo in sala operatoria  
monitoraggio delle funzioni vitali, radiologia, complesso operatorio, ricovero**

24

## SETTING OPERATIVO

- dirigenti medici branche mediche e chirurgiche
- Infermieri e ausiliari secondo indicazioni della unità di crisi (subunità risorse umane)
- n. 3 borse di emergenza

# MORGUE

**RESPONSABILE: operatore necroforo**

## **POTENZIALE ALLOCAZIONE DELL'AREA**

**Ogni ospedale è munito di morgue.**

**Laddove necessario possono essere individuate ulteriori aree viciniori**

## **TARGET OPERATIVO**

25

**organizzazione di altro personale da reclutare presso la sub-unità per le risorse umane**

**organizzazione della logistica per il trattamento delle salme**

**(barelle, teli, body bags, sacchetti di plastica per effetti personali, bracciali e targhette di identificazione)**

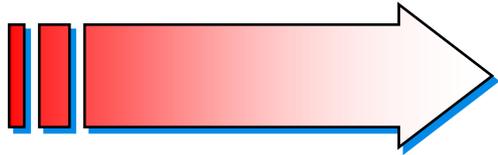
**servizio di spola in area triage e nelle aree operative per il recupero dei deceduti**

**trattamento delle salme secondo le usuali procedure**

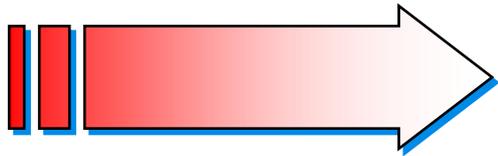
## **SETTING OPERATIVO**

- **personale ausiliario secondo le necessità (reclutamento a cura della sub-unità per le risorse umane)**
- **n. 20\* sacche portacadaveri (body-bags)**

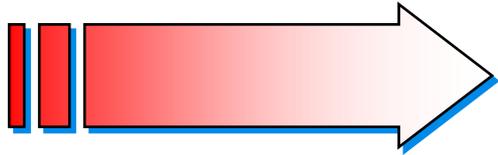
\* il numero di questi presidi è in funzione del numero di feriti assistibili dichiarato nel PEIMAF, aumentato di 5.



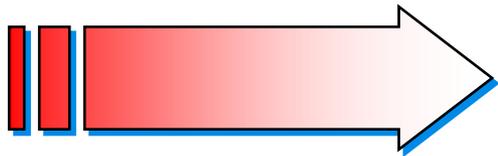
**PROCEDURE DI ALLERTAMENTO**



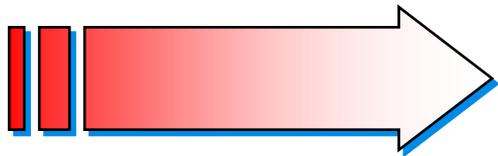
**INDICAZIONI PER LE UNITA' OPERATIVE**



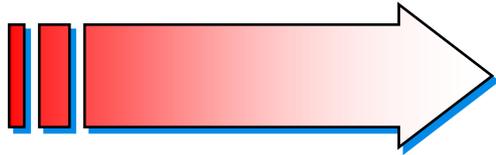
**TRIAGE DEI FERITI**



**MATERIALI D'USO**



**PERCORSI D'EMERGENZA**



## **PROCEDURE DI ALLERTAMENTO**

INDICAZIONI PER LE UNITA' OPERATIVE

TRIAGE DEI FERITI

MATERIALI D'USO

PERCORSI D'EMERGENZA

**27**

# STADIAZIONE DEL PIANO DI EMERGENZA



28

## ATTIVAZIONE DELLO STATO DI ALLARME

Lo stato di allarme scatta qualora giungano in ospedale almeno 10 feriti in condizioni gravi o considerate tali; ma l'attivazione di esso può già essere determinata da informazioni ricevute dalla centrale operativa 118 o da incaricati di pubblici servizi.

Il medico in servizio al pronto soccorso dopo la valutazione sommaria dello stato dei pazienti o delle informazioni ricevute dalla centrale operativa 118, determina l'opportunità di lanciare lo stato di allarme, innescando le operazioni di allertamento.

Stante il peso della decisione è opportuno che il medico, ove possibile, consulti il direttore responsabile della U.O. e il direttore sanitario di presidio. Qualora le informazioni inerenti il presunto disastro provengano da fonti esterne, è opportuno che il medico, prima di passare allo stato di allerta, verifichi la correttezza e la affidabilità di quanto riportato secondo la seguente flow-chart.



I RECAPITI TELEFONICI DI QUESTE FIGURE PROFESSIONALI O DI EVENTUALI SOSTITUTI DEVONO ESSERE SEMPRE RESI NOTI, IN FORMA RISERVATA, AL CENTRALINO DELL'OSPEDALE

# UNITA' DI CRISI

## COMPOSIZIONE (fase preparatoria)

DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO

(VICEDIRETTORE SANITARIO 1, VICEDIRETTORE SANITARIO 2)

DIRETTORE DI MEDICINA E CHIRURGIA ACCETTAZIONE / URGENZA

(VICEDIRETTORE U.O. M.C.A.U., DIRIGENTE ANZIANO U.O. M.C.A.U.)

DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

(DIRIGENTE U.O. RIANIMAZIONE SENIOR 1, DIRIGENTE U.O. RIANIMAZIONE SENIOR 2)

DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

(DIRIGENTE U.O. CHIRURGIA SENIOR 1, DIRIGENTE U.O. CHIRURGIA SENIOR 2)

DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA

(DIRIGENTE U.O. MEDICINA INTERNA SENIOR 1, DIRIGENTE U.O. MEDICINA INTERNA SENIOR 2)

RESPONSABILE DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO

(CAPOSALA U.O. RIANIMAZIONE, CAPOSALA U.O. MEDICINA INTERNA)

RESPONSABILE DELLA SICUREZZA

(VICEDIRETTORE SANITARIO 2, DIRIGENTE FISICO-NUCLEARE)

RESPONSABILE DEI SERVIZI TECNICI

(VICERESPONSABILE DEI SERVIZI TECNICI, VICEDIRETTORE SANITARIO 1)

DIPENDENTE AMMINISTRATIVO DELLA DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO

TRA PARENTESI I DUE SOSTITUTI PREVISTI DALLE DIRETTIVE DELLA PROTEZIONE CIVILE

LA DIZIONE SENIOR INDICA UN DIRIGENTE MEDICO CON UNA ESPERIENZA SPECIALISTICA OSPEDALIERA NON INFERIORE A 10 ANNI

# UNITA' DI CRISI

## SEDE LOGISTICA

DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO DELL'OSPEDALE

SONO DA SPECIFICARE NEL PEIMAF I RECAPITI TELEFONICI  
PER LE CHIAMATE INTERNE ED ESTERNE

31

**IL DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO  
IN QUANTO HOSPITAL DISASTER MANAGER (HMD)  
E' DI FATTO IL RESPONSABILE  
IN CAPO DI TUTTE LE PROCEDURE  
ASSISTENZIALI E LOGISTICHE CHE SI ATTIVANO  
IN AMBITO OSPEDALIERO DURANTE UNA MAXIEMERGENZA**

# UNITA' DI CRISI

## FUNZIONI E RESPONSABILITA'

ATTIVAZIONE DELLE SUB-UNITA' DI CRISI

COORDINAMENTO DEL PIANO DI EMERGENZA OSPEDALIERO

GESTIONE DEI CONTATTI CON LA PREFETTURA, CON LA PROTEZIONE CIVILE  
E CON LA CENTRALE OPERATIVA 118

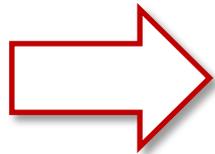
GESTIONE DEI COLLEGAMENTI CON ALTRI OSPEDALI  
PER CIO' CHE CONCERNE AMBULANZE, ELICOTTERI, FARMACI,  
PRESIDI, MATERIALI D'USO, POSTI LETTO, PERSONALE

GESTIONE DELLA RICERCA DI EVENTUALI POSTI LETTO  
NECESSARI AL PROSIEGUO DELLE CURE DEGLI INFORTUNATI

GESTIONE DEI CONTATTI CON I MEDIA DI INFORMAZIONE  
E CON LE AUTORITA' GIUDIZIARIE

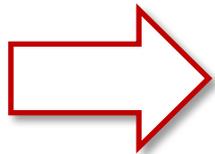
32

# SUB-UNITA' DI CRISI



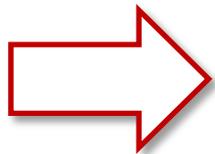
## **SUB-UNITA' OPERATIVA**

coordinamento e supervisione delle operazioni di soccorso



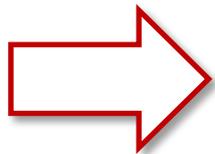
## **SUB-UNITA' PER LE RISORSE UMANE**

individuazione, distribuzione e smistamento del personale



## **SUB-UNITA' PER LA LOGISTICA**

approvvigionamento e distribuzione di materiali, presidi e farmaci



## **SUB-UNITA' PER LE COMUNICAZIONI**

informazioni ai familiari e ai media

# SUB-UNITA' DI CRISI

## SUB-UNITA' OPERATIVA

coordinamento e supervisione delle operazioni di soccorso

### COMPOSIZIONE

VICEDIRETTORE SANITARIO P.O.

DIRETTORE DELLA U.O. DI MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE/URGENZA

RESPONSABILE DEL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

UN OPERATORE PROFESSIONALE DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO

### SEDE LOGISTICA POTENZIALE

UFFICI DELLA DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO

### COMPITI E RESPONSABILITA'

GESTIONE DELL'ACCETTAZIONE DEI FERITI IN PRONTO SOCCORSO

GESTIONE DEI RICOVERI CON VERIFICA DELLA DISPONIBILITA' DEI POSTI LETTO

GESTIONE DELLE SALE OPERATORIE CON VERIFICA DELLE NECESSITA'

RAPPORTI CON LA CENTRALE OPERATIVA 118 E ALTRE STRUTTURE SANITARIE

INTERAZIONE E SCAMBIO DI INFORMAZIONI CON L'UNITA' DI CRISI

INTERAZIONE E SCAMBIO CON I DIRETTORI DELLE AREE OPERATIVE

# **SUB-UNITA' DI CRISI**

## **SUB-UNITA' PER LE RISORSE UMANE**

individuazione, distribuzione e smistamento del personale

### **COMPOSIZIONE**

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA  
RESPONSABILE DEI SERVIZI INFERMIERISTICI  
RESPONSABILE AG.RU.  
OPERATORE PROFESSIONALE DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO

### **SEDE LOGISTICA POTENZIALE**

UFFICI DELLA DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO

### **COMPITI E RESPONSABILITA'**

INDIVIDUAZIONE E MONITORAGGIO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE  
SMISTAMENTO E DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE IN ARRIVO

35

# SUB-UNITA' DI CRISI

## SUB-UNITA' PER LA LOGISTICA

approvvigionamento e distribuzione di materiali, presidi e farmaci

### COMPOSIZIONE

DIRETTORE RESPONSABILE DELLA FARMACIA  
COORDINATORE AMMINISTRATIVO DELL'OSPEDALE  
RESPONSABILE DEI SERVIZI TECNICI  
DIPENDENTE AMMINISTRATIVO DELLA FARMACIA  
OPERATORE PROFESSIONALE DELLA FARMACIA

36

### SEDE LOGISTICA POTENZIALE

UFFICIO DEL COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO

### COMPITI E RESPONSABILITA'

INDIVIDUAZIONE E MONITORAGGIO DEL FABBISOGNO DI PRESIDI, FARMACI E QUANT'ALTRO  
REPERIMENTO E MESSA A DISPOSIZIONE DI ESSI  
INTERAZIONE E SCAMBIO CON L'UNITA' DI CRISI

# SUB-UNITA' DI CRISI

## SUB-UNITA' PER LE COMUNICAZIONI

informazioni ai familiari e ai media

### COMPOSIZIONE

RESPONSABILE EQUIPE PSICO-SOCIALE PER LE EMERGENZE (EPE)  
RESPONSABILE DELL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO  
RESPONSABILE DEL SERVIZIO SOCIALE  
RESPONSABILE UO EDUCAZIONE ALLA SALUTE

### SEDE LOGISTICA

UFFICI DEL SERVIZIO SOCIALE

### COMPITI E RESPONSABILITA'

INFORMAZIONI TELEFONICHE AI FAMILIARI  
INFORMAZIONI GENERICHE AI FAMILIARI SULLE CONDIZIONI DEI PAZIENTI  
INFORMAZIONI ED ASSISTENZA SULLE PROCEDURE DELLA STRUTTURA  
SUPPORTO PSICOLOGICO AI FAMILIARI

37

# SUB-UNITA' DI CRISI

## SUB-UNITA' PER LE COMUNICAZIONI

informazioni ai familiari e ai media

### LA GESTIONE DELLE INFORMAZIONI

#### L'INFORMAZIONE RAPPRESENTA IL SISTEMA NERVOSO DELLE MAXIEMERGENZE

Nella gestione di esse vanno valutate attentamente: l'attendibilità, la sintesi, la documentazione di supporto, la modalità di diffusione

#### GRANDE ATTENZIONE DEVE ESSERE POSTA:

- Alla comunicazione con gli altri enti ed istituzioni, per il tramite dell'unità di crisi
- Alla comunicazione con i familiari delle vittime, per il tramite di una équipe di medici e psicologi
- Alle relazioni con i media, per il tramite di un ufficio stampa

38

#### SI RACCOMANDA L'UTILIZZO DI UN UNICO PORTAVOCE

GLI ALTRI SOCCORRITORI DEVONO ASTENERSI DAL FORNIRE INFORMAZIONI AI MEDIA PER EVITARE LA DIFFUSIONE PARZIALE O DISTORTA DI NOTIZIE, CON ERRONEA COMPrensIONE DELLA SITUAZIONE E AUMENTO DELLE POSSIBILITA' DI CREARE FALSI ALLARMI E INCREMENTARE IL PANICO

**Il management delle informazioni, richiede persone adeguatamente preparate a fornire le notizie necessarie e veritiere senza creare allarmismi.**

**I rapporti con i media sono uno strumento importante che evidenziano l'efficacia del sistema di soccorso e forniscono quelle informazioni che mirano a ridurre la pressione della richiesta legittima di notizie che - se non attuata correttamente - aumenta il caos ed intralcia le attività assistenziali**

# **UNITA' DI CRISI**

SUBITO DOPO IL PRIMO IMPATTO ORGANIZZATIVO NELLA PIENA OPERATIVITA' DELLA MAXIEMERGENZA  
LA UNITA' DI CRISI VIENE RICOMPOSTA COME DI SEGUITO RIPORTATO

## **RICOMPOSIZIONE DEFINITIVA**

DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO

DIRETTORE DI MEDICINA E CHIRURGIA ACCETTAZIONE / URGENZA

DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA

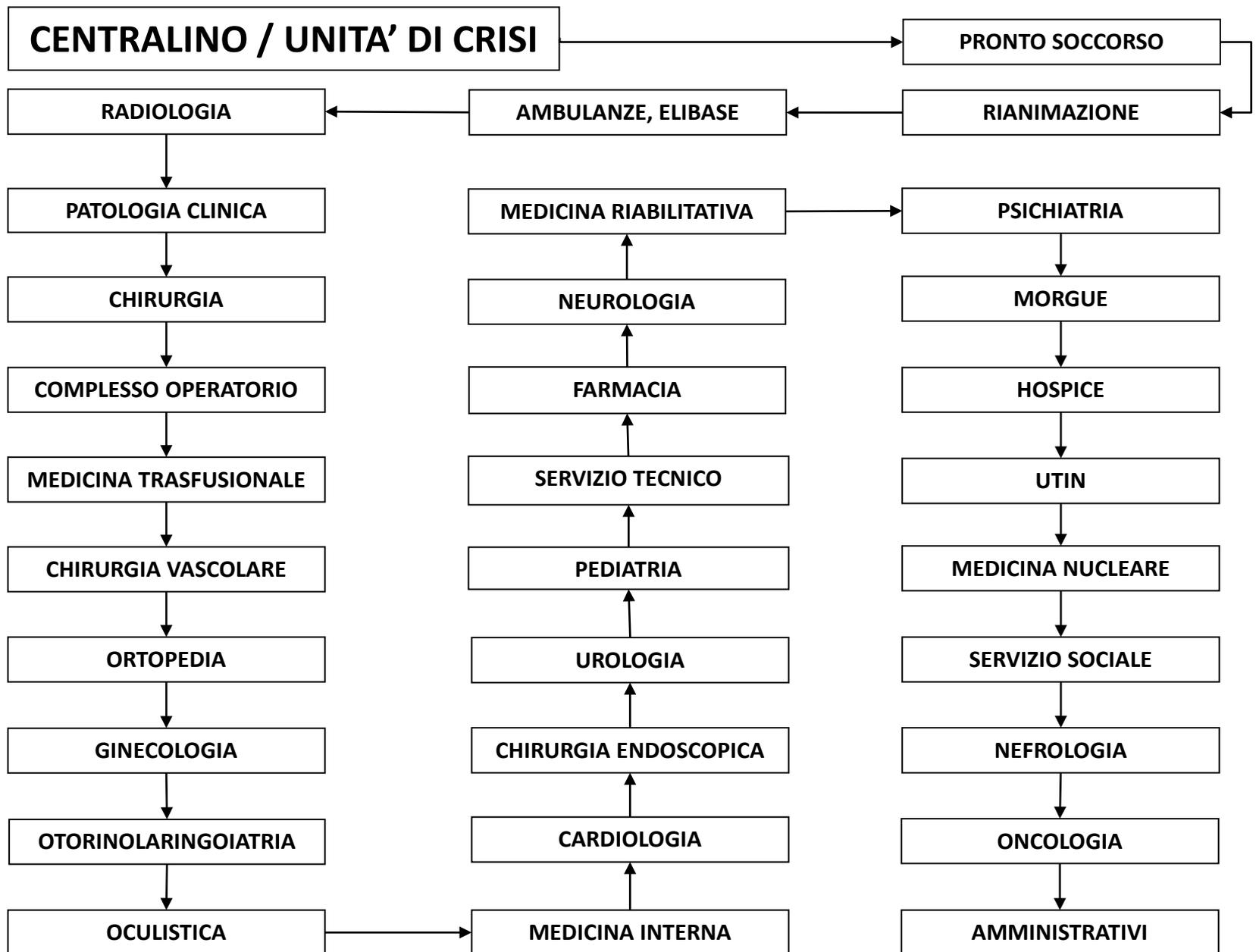
RESPONSABILE DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO

RESPONSABILE DELLA SICUREZZA

RESPONSABILE DEI SERVIZI TECNICI

LA SEDE LOGISTICA E' DA INDIVIDUARE NELLA DIREZIONE SANITARIA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO  
PIU' VICINO AL LUOGO DEL DISASTRO

# SCHEMA DI ALLERTAMENTO \*



\* LE UU.OO. NON PRESENTI NELLA STRUTTURA OSPEDALIERA NON VANNO CONSIDERATE

IL BUON ESITO DELLO SCHEMA DI ALLERTAMENTO E' SECONDARIO ALL'ATTENTO RISPETTO DELLE INDICAZIONI RIPORTATE.

QUALSIASI INIZIATIVA PERSONALE PUO' COMPORTARE DISGUIDI, RITARDI ED OMISSIONI.

### **IL CENTRALINISTA \***

\* NELLE ORE DI INATTIVITA' DEL CENTRALINO TALI COMPITI SONO DELEGATI AL PRONTO SOCCORSO.

IN CONSIDERAZIONE DELLE DIFFICOLTA' LOGISTICHE RELATIVE AL PRIMO IMPATTO DI FERITI, IL CENTRALINISTA **DEVE ALLERTARE IN PRIMA ISTANZA:**

### **IL PERSONALE DEL PRONTO SOCCORSO I COMPONENTI DELLA UNITA' DI CRISI**

IL CENTRALINO DEVE PERTANTO ESSERE MUNITO DI UNA RUBRICA TELEFONICA AD USO INTERNO, RIPORTANTE I RECAPITI TELEFONICI DI TUTTI GLI OPERATORI DEL PRONTO SOCCORSO E DEI COMPONENTI L'UNITA' DI CRISI

TALE RUBRICA DEVE ESSERE VERIFICATA ED EVENTUALMENTE AGGIORNATA TRIMESTRALMENTE DALLA DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO

FINO A QUANDO LA UNITA' DI CRISI NON SARA' OPERATIVA, IL CENTRALINISTA CONTINUERA' AD ALLERTARE LE UU.OO. SECONDO LO SCHEMA DI ALLERTAMENTO RIPORTATO PRECEDENTEMENTE.

IL MEDICO O INFERMIERE DI OGNI SINGOLA U.O. ALLERTATA, PROVVEDERA' AD ALLERTARE IL PROPRIO PERSONALE TRAMITE APPOSITI ELENCHI INTERNI

NON APPENA OPERATIVA, LA SUBUNITA' DI CRISI PER IL PERSONALE ORIENTERA' GLI SCHEMI DI ALLERTAMENTO SECONDO LE NECESSITA'

---

IL BUON ESITO DELLO SCHEMA DI ALLERTAMENTO E' SECONDARIO ALL'ATTENTO RISPETTO DELLE INDICAZIONI RIPORTATE.  
QUALSIASI INIZIATIVA PERSONALE PUO' COMPORTARE DISGUIDI, RITARDI ED OMISSIONI.

## **IL CENTRALINISTA**

IN CONSIDERAZIONE DELLE DIFFICOLTA' LOGISTICHE RELATIVE AL PRIMO IMPATTO DI FERITI, IL CENTRALINISTA **DEVE ALLERTARE IN PRIMA ISTANZA:**

**IL MEDICO DI GUARDIA DEL PRONTO SOCCORSO  
I COMPONENTI DELLA UNITA' DI CRISI  
ALTRI COLLEGHI CENTRALINISTI**

42

IL CENTRALINO DEVE ESSERE MUNITO DI UNA RUBRICA TELEFONICA AD USO INTERNO, RIPORTANTE I RECAPITI TELEFONICI DI TUTTI I COMPONENTI L'UNITA' DI CRISI

TALE RUBRICA DEVE ESSERE VERIFICATA  
ED EVENTUALMENTE AGGIORNATA TRIMESTRALMENTE DALLA DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO

FINO A QUANDO LA UNITA' DI CRISI NON SARA' INSEDIATA  
IL CENTRALINISTA CONTINUERA' AD ALLERTARE LE UU.OO. CON IL  
BLOCCO DELLE CHIAMATE ESTERNE FINO A QUANDO NON SI E' COMPLETATO  
L'ALLERTAMENTO SECONDO LO SCHEMA RIPORTATO PRECEDENTEMENTE.

**IL CENTRALINISTA NON E' AUTORIZZATO A DARE SPIEGAZIONI O INFORMAZIONI  
SULL'EVENTO IN CORSO**

IL BUON ESITO DELLO SCHEMA DI ALLERTAMENTO E' SECONDARIO ALL'ATTENTO RISPETTO DELLE INDICAZIONI RIPORTATE.

QUALSIASI INIZIATIVA PERSONALE PUO' COMPORTARE DISGUIDI, RITARDI ED OMISSIONI.

## IL CENTRALINISTA

LA FRASE CONVENUTA PER L'ALLERTAMENTO DEVE ESSERE STANDARDIZZATA

**OSPEDALE DI ..... : C'E' UNO STATO DI EMERGENZA,  
DEVE VENIRE SUBITO IN OSPEDALE: CODICE \_\_\_\_\_**

43

**OMICRON 1    evento bellico / terroristico**

**OMICRON 2    disastro naturale**

**OMICRON 3    incidente di massa**

**OMICRON 4    evento non codificato**

IL PERSONALE ALLERTATO SECONDO QUESTA PROCEDURA DEVE RECARSÌ  
IN OSPEDALE NEL PIU' BREVE TEMPO POSSIBILE SENZA PIU' RICHIAMARE  
PER ULTERIORI CONFERME O PRECISAZIONI;

SE IN SERVIZIO NON PUO' ALLONTANARSI FINO A CESSATO STATO DI EMERGENZA

IL BUON ESITO DELLO SCHEMA DI ALLERTAMENTO E' SECONDARIO ALL'ATTENTO RISPETTO DELLE INDICAZIONI RIPORTATE.  
QUALSIASI INIZIATIVA PERSONALE PUO' COMPORTARE DISGUIDI, RITARDI ED OMISSIONI.

## **IL PERSONALE DELLE UU.OO. ALLERTATE**

IL PERSONALE MEDICO O INFERMIERISTICO DI OGNI SINGOLA U.O. ALLERTATA, PROVVEDERA' AD ALLERTARE IL PROPRIO PERSONALE TRAMITE APPOSITI ELENCHI INTERNI.

IN QUESTA FASE DELL'EMERGENZA, PER L'ALLERTAMENTO DEGLI ALTRI OPERATORI SI RACCOMANDA DI UTILIZZARE TELEFONI CELLULARI E DI NON SERVIRSI DEL CENTRALINO

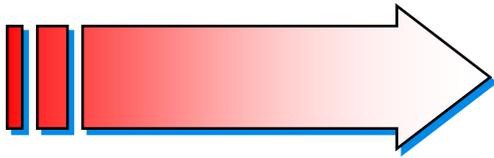
### **SCHEMA DI ALLERTAMENTO INTERNO (UNICO PER TUTTE LE UU.OO.)**

PERSONALE MEDICO  
CAPOSALA  
PERSONALE INFERMIERISTICO  
PERSONALE AUSILIARIO  
PERSONALE TECNICO

**N.B. prendere nota del numero e dei nominativi del personale allertato**

LA DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE, PER IL TRAMITE DELLA UO PREVENZIONE E PROTEZIONE DEVE PROVVEDERE ALLA STESURA DI PROCEDURE PER IL RICHIAMO AUTOMATICO DEL PERSONALE MEDICO/INFERMIERISTICO IN RIPOSO O IN FERIE

PROCEDURE DI ALLERTAMENTO



**INDICAZIONI PER LE UNITA' OPERATIVE**

TRIAGE DEI FERITI

45

MATERIALI D'USO

PERCORSI D'EMERGENZA

- ➔ L'ALLERTAMENTO DEL PERSONALE INTERNO DEVE ESSERE EFFETTUATO DA PERSONALE AUSILIARIO, SOPRATTUTTO SE LE OPERAZIONI DI SOCCORSO SONO GIÀ COMINCIATE
- ➔ RAPIDA EVACUAZIONE DELL'AREA DI TRIAGE
- ➔ RINVIO A DOMICILIO DEI CODICI BIANCHI
- ➔ INVIO DEI CODICI VERDI E DEI CODICI GIALLI IN UN REPARTO A BASSO PROFILO ASSISTENZIALE (LUNGODEGENZE, RIABILITAZIONI, ...), AVVERTENDO I PAZIENTI DEL POSSIBILE CONSISTENTE PROLUNGARSI DEI TEMPI DI ATTESA
- ➔ CONTROLLO E PREDISPOSIZIONE DELLA SCORTA INTANGIBILE
  - KIT INGRESSO E SET PAZIENTE IN AREA TRIAGE
  - KIT IMMOBILIZZAZIONE IN AREE ROSSE E GIALLE
  - 1 BORSA DI EMERGENZA PER L'AREA BLU
  - 2 BORSE DI EMERGENZA PER L'AREA ROSSA
  - 4 BORSE DI EMERGENZA PER L'AREA GIALLA
  - 3 BORSE DI EMERGENZA PER L'AREA VERDE
  - 15 BARELLE DI EMERGENZA CON CAVALLETTO PER L'AREA VERDE
  - 15 BARELLE DI EMERGENZA CON CAVALLETTO PER L'AREA GIALLA
- ➔ PREDISPOSIZIONE DI BARELLE E SEDIE PORTANTINE DAVANTI L'INGRESSO DEL PRONTO SOCCORSO

## INDICAZIONI GENERALI PER IL COMPLESSO OPERATORIO

---

- ➔ L'ALLERTAMENTO DEL PERSONALE INTERNO DEVE ESSERE EFFETTUATO DA PERSONALE AUSILIARIO, SOPRATTUTTO SE LE OPERAZIONI DI SOCCORSO SONO GIÀ COMINCIATE
- ➔ RAPIDO CONTROLLO DI PRESIDI, FARMACI, SUPPORTI, BARELLE, BIANCHERIA, STRUMENTISTICA
- ➔ INTERRUZIONE DI TUTTI GLI INTERVENTI E DELLE PROCEDURE NON URGENTI
- ➔ RAPIDO APPRONTAMENTO DI TUTTE LE SALE OPERATORIE
- ➔ CONTROLLO DELLE SCORTE DEL MATERIALE STERILE
- ➔ STERILIZZAZIONE IN ESUBERO DI ALTRO MATERIALE
- ➔ ORGANIZZAZIONE DEL TRIAGE OPERATORIO PER LE PRIORITA' E PER LA DESTINAZIONE DELL'ACCESSO ALLA SALA OPERATORIA
- ➔ INVIO DEL PERSONALE IN ESUBERO ALLA SUB-UNITA' PER LE RISORSE UMANE

## INDICAZIONI GENERALI PER TUTTE LE UU.OO.

---

- ➔ L'ALLERTAMENTO DEL PERSONALE INTERNO DEVE ESSERE EFFETTUATO DA PERSONALE AUSILIARIO, SOPRATTUTTO SE LE OPERAZIONI DI SOCCORSO SONO GIÀ COMINCIATE
- ➔ RAPIDO CONTROLLO DI PRESIDIO, FARMACI, SUPPORTI, BARELLE, BIANCHERIA, STRUMENTISTICA
- ➔ SGOMBERO DELLE STANZE DI DEGENZA SPOSTANDO I PAZIENTI IN GRADO DI DEAMBULARE IN SALONI O STANZE COMUNI
- ➔ INVIO DI ALMENO DUE MONITOR ECG CON DEFIBRILLATORE IN AREA GIALLA
- ➔ INVIO DI BARELLE E CARROZZINI DISPONIBILI AL PRONTO SOCCORSO
- ➔ GARANTITA LA GUARDIA ATTIVA DEL REPARTO, INVIO DI TUTTO IL PERSONALE ECCEDENTE ALLA SUB-UNITA' PER LE RISORSE UMANE

**48**

- ➡ **PER LE TERAPIE INTENSIVE**  
COMUNICAZIONE ALL'UNITA' DI CRISI DEI VENTILATORI E DEI POSTI DI SEMIINTENSIVA DISPONIBILI
  
- ➡ **PER LE UU.OO. TRASFUSIONALI**  
RAPIDO CONTROLLO DELLA DOTAZIONE DI SANGUE ED EMODERIVATI  
COMUNICAZIONE ALL'UNITA' DI CRISI DI EVENTUALI CARENZE NELLA DISPONIBILITA' DI SANGUE E/O EMODERIVATI
  
- ➡ **PER LE UU.OO. FARMACIA**  
RAPIDO CONTROLLO DI PRESIDII E FARMACI  
COMUNICAZIONE TEMPESTIVA ALLA UNITA' DI CRISI DI EVENTUALI CARENZE NELLE SCORTE DI FARMACI E MATERIALI D'USO PIU' RICHIESTI
  
- ➡ **PER LE UU.OO. PATOLOGIA CLINICA, RADIODIAGNOSTICA E AMBULATORI**  
BLOCCO DELLE ATTIVITA' DI ROUTINE
  
- ➡ **PERSONALE ADDETTO AGLI AUTOMEZZI**  
CONTROLLO DEI MEZZI E SEGNALAZIONE ALLA UNITA' DI CRISI DI EVENTUALI CARENZE DI BENZINA, IN ATTESA DI DISPOSIZIONI PER IL RIFORNIMENTO
  
- ➡ **PERSONALE DEL SERVIZIO SOCIALE E TECNICO**  
TUTTO IL PERSONALE RESTA A DISPOSIZIONE DELLA SUB-UNITA' PER LE RISORSE UMANE

- ➔ ALLERTAMENTO DEL PERSONALE INTERNO
- ➔ SORVEGLIANZA DEGLI ACCESSI DELL'OSPEDALE
- ➔ BLOCCO DEI CORRIDOI DEL PIANOTERRA. PARENTI E/O VISITATORI DEVONO SOSTARE NELLE HALL E NON ACCEDERE AI REPARTI
- ➔ ALLERTAMENTO DELLA POLIZIA URBANA PER IL CONTROLLO DEL TRAFFICO SULLE RAMPE DEL PRONTO SOCCORSO
- ➔ SORVEGLIANZA COSTANTE DELL'USO DEGLI ASCENSORI
- ➔ USO ESCLUSIVO DEGLI ASCENSORI PER L'EMERGENZA
- ➔ **TUTTO IL PERSONALE IN ENTRATA UTILIZZA LE SCALE**
- ➔ UN ASCENSORE INTERNO DOVREBBE ESSERE PRESIDATO PER ESCLUSIVO USO IN EMERGENZA

Pur rimanendo il soccorso immediato dei feriti un punto determinante nella articolazione degli interventi in caso di maxiemergenze, va sottolineato che una buona organizzazione dei soccorsi non può prescindere dalla pianificazione di queste ulteriori attività:

### ➡ **INTERVENTI DI SANITÀ PUBBLICA**

- Controlli sulle acque potabili fino al ripristino della rete degli acquedotti;
- Disinfezione e disinfestazione;
- Controllo degli alimenti e distruzione e smaltimento degli alimenti avariati;
- Sorveglianza epidemiologica e profilassi delle malattie trasmissibili;
- Problematiche di natura igienico-sanitaria derivanti da attività produttive e da discariche abusive;
- Aspetti di sanità animale, smaltimento delle carogne animali
- Smaltimento dei rifiuti speciali
- Aspetti medico-legali connessi al recupero e alla gestione delle salme

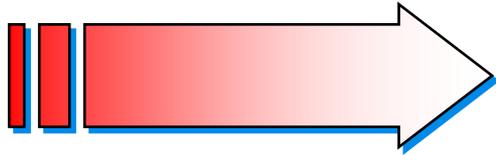
### ➡ **INTERVENTI DI ASSISTENZA PSICOLOGICA E SOCIALE**

- Assistenza psicologica (vedi paragrafo «supporto psicologico nelle maxiemergenze»)
- Igiene mentale
- Assistenza sociale, domiciliare e geriatrica

Tali attività, di peculiare interesse del Dipartimento di Prevenzione, vanno pianificate e coordinate con le Agenzie Regionali per l'Ambiente, gli Istituti Zooprofilattici, la Sanità militare, le Forze dell'Ordine, la Croce Rossa Italiana, le Amministrazioni Comunali, le Associazioni di Volontariato con componente sanitaria e non, al fine di ottenere il massimo risultato di efficacia ed efficienza operativa, come peraltro sottolineato in premessa.

PROCEDURE DI ALLERTAMENTO

INDICAZIONI PER LE UNITA' OPERATIVE



**TRIAGE DEI FERITI**

52

MATERIALI D'USO

PERCORSI D'EMERGENZA

# INDICAZIONI OPERATIVE PER L'ATTUAZIONE DEL TRIAGE NELLE MAXIEMERGENZE

Nelle maxiemergenze, l'ospedale dovrebbe rappresentare l'ultimo anello della catena dei soccorsi che vengono attivati dalla C.O. 118 e passano attraverso una serie di step preliminari che dovrebbero fungere da filtro nella selezione dei feriti.

Il Posto Medico Avanzato (PMA) avrebbe pertanto un ruolo principale nel triage dei feriti, secondo precisi protocolli dedicati per le grandi emergenze (S.T.A.R.T., F.A.S.T, ...)

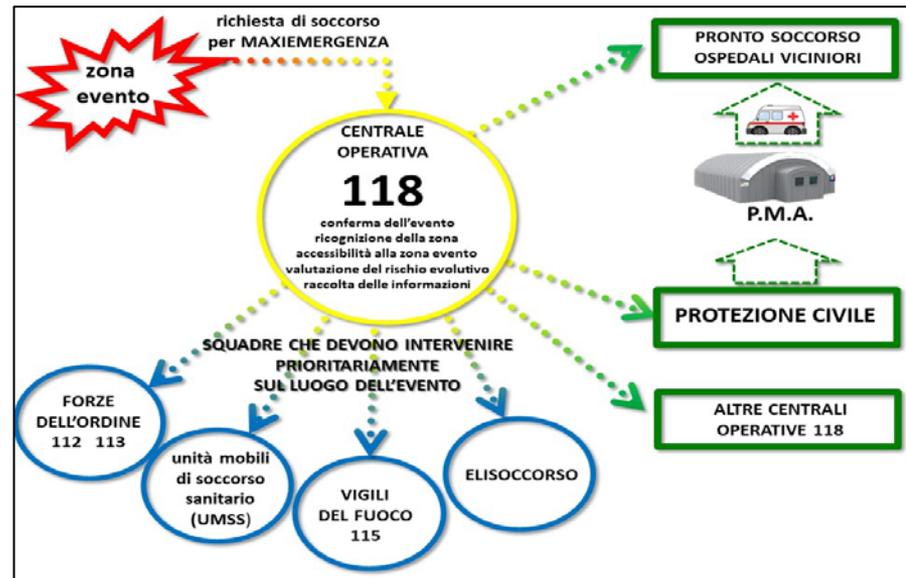
Il condizionale purtroppo in questi casi appare d'obbligo, atteso che le esperienze dei disastri, dimostrano che in realtà un gran numero di vittime raggiungono gli ospedali con i propri mezzi, senza alcun controllo preventivo; e ciò comporta, un afflusso incontrollato di feriti direttamente in ospedale, determinando un enorme carico di lavoro sul personale medico e infermieristico.

E' pertanto importante prevedere delle precise procedure di triage per le maxiemergenze, che siano orientate alle indicazioni di seguito riportate:

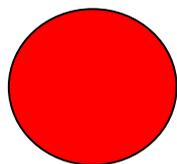
—Potenziamento del triage, che deve prevedere la presenza di personale medico, infermieristico ed ausiliario in funzione del numero previsto di feriti. In particolare, deve essere garantita la presenza di personale medico esperto, attese le gravi responsabilità etiche correlate alla assegnazione del codice blu.

—Assegnazione del codice di priorità in funzione delle aree operative, secondo quanto riportato nella pagina seguente;

—Compiti operativi limitati alla valutazione del ferito, alla assegnazione del codice e all'avvio del ferito nella rispettiva area operativa, tenendo presente che ogni ulteriore ritardo di tale procedura comporta un ulteriore concentrazione di feriti in una area operativa impropria;



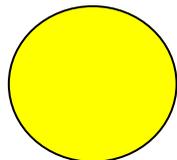
# CODICI DI TRIAGE NELLE MAXIEMERGENZE



**ROSSO**  
FERITO CRITICO

**PRIORITA' ASSOLUTA**  
DEVE ESSERE TRATTATO IL PIU'  
PRESTO POSSIBILE

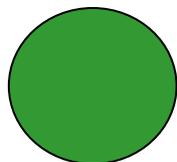
INSUFF. CARDIORESPIRATORIA  
ASFISSIA TORACICA  
ASFISSIA MAXILLO-FACCIALE  
SHOCK EMORRAGICO  
PERDITA DI COSCIENZA  
AMPUTAZIONE ARTO



**GIALLO**  
FERITO GRAVE

**URGENTE**  
PUO' ASPETTARE ALCUNE ORE PER  
UN TRATTAMENTO DEFINITIVO

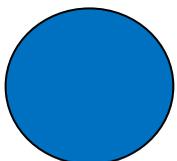
USTIONE 15-70% DEL CORPO  
FRATTURA ESPOSTA  
FRATTURE CHIUSE MULTIPLE  
TRAUMA CHIUSO SENZA SHOCK



**VERDE**  
FERITO MINORE

**NON URGENTE**  
PUO' ASPETTARE MOLTE ORE PER  
UN TRATTAMENTO DEFINITIVO

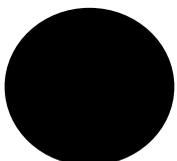
USTIONE < 15% DEL CORPO  
FERITE DEI TESSUTI MOLLI  
FRATTURA CHIUSA OSSA CORTE  
INALAZIONE MINIMA DI FUMI  
CONTUSIONE CRANICA MINORE



**BLU**  
PREMORIENTE

SI PERMETTE DI MORIRE  
SOLO MISURE DI CONFORTO

ARRESTO CARDIORESPIRATORIO  
(in presenza di molti codici rossi)  
USTIONE > 70% DEL CORPO  
ANZIANI CON LESIONI MASSIVE



**NERO**  
DECEDUTO

NESSUNA PRIORITA'  
AVVIO ALLA MORGUE

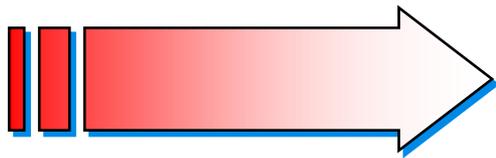
54

PROCEDURE DI ALLERTAMENTO

INDICAZIONI PER LE UNITA' OPERATIVE

TRIAGE DEI FERITI

55



**MATERIALI D'USO**

PERCORSI D'EMERGENZA

**SCORTA INTANGIBILE**

**n. 50\* SET PAZIENTI**

**n. 1 KIT INGRESSO**

**n. 35\* BARELLE DI EMERGENZA**

**QUESTO MATERIALE VA SISTEMATO  
IN UN APPOSITO “MAGAZZINO MAXIEMERGENZE”  
CHIUSO SITUATO NEL PRONTO SOCCORSO**

56

\* IL NUMERO DI QUESTI PRESIDI E' IN FUNZIONE DEL NUMERO DI FERITI ASSISTIBILI DICHIARATO NEL PEIMAF, AUMENTATO DI 10.

**LE CHIAVI DEL «MAGAZZINO MAXIEMERGENZE» SONO CUSTODITE:**

- **ARMADIO BLINDATO DEL PRONTO SOCCORSO**
- **ARMADIO BLINDATO DELLA RIANIMAZIONE**
- **DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO**

# KIT INGRESSO

## COMPOSIZIONE

- n. 4 CESCOIE TAGLIA ABITI
- n. 5 FORBICI NORMALI
- n. 1 MEGAFONO
- n. 10 CASACCHE DI IDENTIFICAZIONE

57

# SET PAZIENTE

## COMPOSIZIONE

- n. 1 CORREDO LENZUOLO + COPERTA
- n. 1 SACCO NERO PER EFFETTI PERSONALI
- n. 1 BRACCIALE IN PLASTICA AUTOBLOCCANTE PRENUMERATO
- n. 1 SCHEDA CLINICA PER MAXIEMERGENZA E MODULO DI RICHIESTA

---

# SET IMMOBILIZZAZIONE

## COMPOSIZIONE

- n. 35 BARELLE PIEGHEVOLI
- n. 70 CAVALLETTI PER BARELLE D'EMERGENZA
- n. 5 BARELLE A CUCCHIAIO
- n. 5 SPIN BOARD CON FERMATESTA
- n. 10 SET DI STECCOBENDE
- n. 20 COLLARI CERVICALI RIGIDI MULTISIZE

58

---

# 10

## BORSE RIGIDE D'EMERGENZA

**SET FARMACI**

**SET INCANNULAZIONE**

**SET DRENAGGI**

**SET INTUBAZIONE**

**SET MEDICAZIONE**

59

LA DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO INDIVIDUA CON ATTO FORMALE  
IL PERSONALE ADDETTO ALLA VERIFICA TRIMESTRALE  
DEL MATERIALE CONTENUTO NELLE BORSE DI EMERGENZA

# SET FARMACI

## COMPOSIZIONE

- ATROPINA fiale 1 mg.	10
- ADRENALINA fiale 1 mg.	10
- ORCIPRENALINA fiale 1 mg.	10
- PROMETAZINA fiale	10
- KETOROLAC fiale 30 mg.	20
- PROPOFOL flacone 10 mg./50 ml.	3
- METILPREDNISOLONE flacone 2 gr.	5
- DIAZEPAM fiale 10 mg.	10
- LIDOCAINA 2% flacone 50 ml.	1
- SOLUZIONE FISIOLÓGICA flacone 500 ml.	5
- SOLUZIONE GLUCOSATA 5% flacone 500 ml.	5
- POLIGELINA 3.5% flacone 500 ml.	5
- SODIO BICARBONATO fialoidi 10 mEq	10

60

# SET INCANNULAZIONE

## COMPOSIZIONE

- AGOCANNULE G 14 – 18 – 22 - 24	10
- SET STERILE PER SUCCLAVIA	2
- DEFLUSSORE PER FLEBO	10
- LACCIO EMOSTATICO	2
- GUANTI STERILI misura 7-8	2
- GUANTI AMBIDESTRI MONOUSO misura media	20
- SIRINGHE MONOUSO 5 – 10 – 20 – 50 ml.	20

61

# SET DRENAGGI

## COMPOSIZIONE

- CATETERI VESCICALI DI CALIBRO DIVERSO	5
- SONDINI NASOGASTRICI DI CALIBRO DIVERSO	5
- SONDINI DI NELATON PER ASPIRAZIONE DI CALIBRO DIVERSO	5
- BORSE URINA	5

# SET INTUBAZIONE

## COMPOSIZIONE

- LARINGOSCOPIO DI MAGILL CON TRE LAME	1
- TUBI ENDOTRACHEALI misure 2-4-7-8	8
- PINZA DI MAGILL	11
- PALLONE DI VENTILAZIONE	1
- MASCHERE DI VENTILAZIONE misure 2-4-7-8	1
- CANNULE OROTRACHEALI DI GUEDEL misure 2-4-7	1
- MASCHERE PER OSSIGENOTERAPIA ADULTI	5
- MASCHERE PER OSSIGENOTERAPIA BAMBINI	5
- RACCORDERIA DI CONNESSIONE	
- MANDRINI	

62

# SET MEDICAZIONE

## COMPOSIZIONE

- TELINI STERILI MONOUSO	10
- BENDE DI CAMBRIC 5x5, 10x5, 20x5	10
- GARZA STERILE 10x10 IN CONFEZIONE SINGOLA	10
- LEUCOPLASTO AERATO 10x5	1
- KIT MONOUSO PER SUTURA CUTANEA	10
- BISTURI MONOUSO	5

63

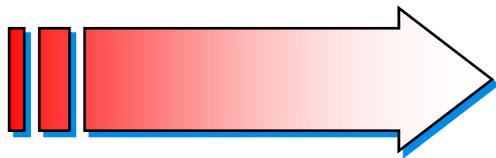
PROCEDURE DI ALLERTAMENTO

INDICAZIONI PER LE UNITA' OPERATIVE

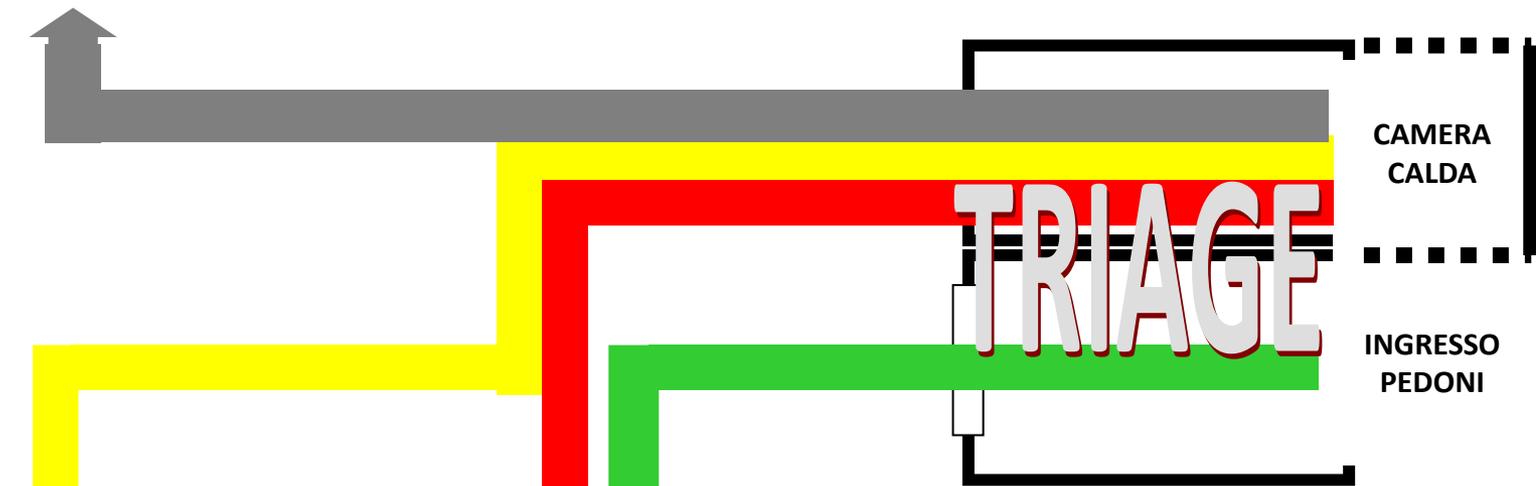
TRIAGE DEI FERITI

MATERIALI D'USO

64



**PERCORSI D'EMERGENZA**



IN OGNI PEIMAF DOVRANNO ESSERE INDIVIDUATI I PERCORSI INTRASPOEDALIERI DI EMERGENZA E L'ALLOCAZIONE DELLE AREE OPERATIVE.

AMBULANZE ED AUTO PRIVATE CON PAZIENTI HANNO ACCESSO TUTTE DAL PRONTO SOCCORSO: DALLA CAMERA CALDA I CODICI ROSSI E GIALLI, DALL'INGRESSO PEDONALE I CODICI VERDI.

LE AMBULANZE E LE AUTO DI SOCCORSO VANNO IMMEDIATAMENTE RIMOSSE DALLA CAMERA CALDA E PARCHEGGIATE PIU' AVANTI, AVENDO CURA A NON INTRALCIARE IL TRAFFICO.

---

L'INGRESSO DEL PRONTO SOCCORSO E' RISERVATO ALLE OPERAZIONI DI SOCCORSO

AL FINE DI NON INTRALCIARE LE OPERAZIONI DI SOCCORSO  
E' FATTO DIVIETO ASSOLUTO DI UTILIZZO DI ESSO PER SCOPI DIVERSI  
IL SERVIZIO DI VIGILANZA AVRA' CURA DI GARANTIRE TALE DIVIETO

IN OGNI PEIMAF PERTANTO DEVE ESSERE INDIVIDUATO  
L'INGRESSO PER IL PERSONALE ALLERTATO

I VISITATORI E I FAMILIARI DEI PAZIENTI POTRANNO ACCEDERE IN OSPEDALE  
ESCLUSIVAMENTE DALL'INGRESSO PRINCIPALE PER RAGGIUNGERE LA HALL,  
LORO PUNTO DI RITROVO.

PER NESSUN MOTIVO E' CONSENTITO LORO L'ACCESSO  
AD ALTRE SEZIONI DELL'OSPEDALE.  
GLI ADDETTI ALLA SORVEGLIANZA  
IMPEDIRANNO IN MANIERA TASSATIVA L'ACCESSO ALLE SCALE PRINCIPALI

LA SUB-UNITA' PER LE COMUNICAZIONI  
DOVRA' ATTIVARE UN APPOSITO DESK-POINT PER IL SUPPORTO AI FAMILIARI  
CON IL CONIVOLGIMENTO DI PSICHIATRI, ASSISTENTI SOCIALI, PSICOLOGI E VOLONTARI

QUALSIASI PAZIENTE ACCETTATO AL TRIAGE  
DEVE ESSERE REGISTRATO AL PROGRAMMA DI ACCETTAZIONE INFORMATIZZATO  
CON IDENTIFICATIVO DI RIFERIMENTO RIPORTATO NEL BRACCIALETTA PRENUMERATO  
INDOSSATO DALLO STESSO

LA INOSSERVANZA DI TALE STEP  
COMPROMETTE QUALSIASI INTERVENTO ASSISTENZIALE SUCCESSIVO

QUALORA LA SITUAZIONE EMERGENZIALE DOVESSE COMPORTARE  
LA IMPOSSIBILITA' DI UTILIZZO DEL SISTEMA INFORMATIZZATO DI ACCETTAZIONE  
PUO' ESSERE PREVISTO UN SISTEMA DI GESTIONE CARTACEO CON L'USO DI UNA  
DOCUMENTAZIONE SU MODULISTICA UNICA, PREDETERMINATA, SINTETICA, SECONDO I  
MODELLI RIPORTATI NEGLI ALLEGATI 1 E 2  
TALE DOCUMENTAZIONE CARTACEA ACCOMPAGNERA' IL PAZIENTE  
PER TUTTO L'ITER ASSISTENZIALE OSPEDALIERO

67

LA IDENTIFICAZIONE CON DATI ANAGRAFICI O IL RIPRISTINO DELLA MODALITA' INFORMATIZZATA  
PUO' ESSERE RIMANDATA A TEMPI SUCCESSIVI,  
FINITA LA PRIMA FASE DI IMPATTO DELL'ARRIVO DELLE VITTIME,  
A CURA DI UNA EQUIPE DI OPERATORI  
(UN MEDICO ESPERTO DI PRONTO SOCCORSO E DUE INFERMIERI CON ABILITAZIONE ALLA PROCEDURA  
APPOSITAMENTE INDIVIDUATI DAL DIRETTORE DELLA UOC)

In occasione di maxiemergenze derivanti dall'uso deliberato, accertato o supposto di sostanze tossiche e nocive (chimiche, batteriologiche, radiologiche o nucleari) è necessaria la attivazione nel Punto Medico Avanzato (PMA) di un punto di decontaminazione dei feriti.

Particolarmente in questi casi, l'ospedale dovrebbe rappresentare l'ultimo anello della catena del soccorso, la sede di trasformazione della Medicina di massa in Medicina individuale.

Purtroppo, dall'esperienza dell'attacco terroristico alla metro di Tokyo, è emerso che la maggior parte dei colpiti (70% in quel caso) hanno raggiunto gli ospedali con i propri mezzi, senza alcun controllo preventivo. Ciò ha comportato, oltre che la contaminazione degli ambienti, anche gravi effetti su parte del personale medico e infermieristico.

Sempre per lo stesso caso di Tokyo, il ritardo nel riconoscimento della sostanza coinvolta e della specificità stessa di un evento chimico provocato, ha permesso alla contaminazione di essere trasportata anche a notevole distanza, colpendo non solo i citati ospedali ma anche le ambulanze e mezzi di trasporto, macchine private e abitazioni.

68

I Pronto Soccorso pertanto costituiscono uno dei punti più delicati della gestione territoriale in caso di eventi CBRN, atteso che essi rappresentano il punto di ingresso dell'intera struttura ospedaliera. Persone o beni contaminati, che abbiano accesso senza alcun controllo già solo alle sale di aspetto, per non parlare delle sale mediche, potrebbero produrre la chiusura dell'intera struttura o di parti rilevanti di essa.

La decontaminazione quindi deve essere effettuata prima dell'ingresso in PS per tutte le persone che sono sfuggite al trattamento e che si presentano autonomamente all'ospedale, in una sede che deve rispondere alle seguenti caratteristiche:

- presenza di locali appositamente adibiti, mai negli stessi locali in cui si presta assistenza, ma in prossimità degli stessi;
- presenza di un sistema di erogazione di acqua e di scarico delle acque reflue potenzialmente contaminanti;
- disponibilità di barelle senza materasso, indumenti puliti, coperte, disinfettanti, sacchetti, ...;
- garanzia di una struttura separata per la decontaminazione degli operatori nelle vicinanze.

---

Secondo le indicazioni del Piano Nazionale per eventi con armi o agenti di tipo chimico, biologico, radiologico e nucleare, i PEIMAF dovrebbero contenere la predisposizione di assetti e procedure atte a proteggere gli ospedali e i pronto soccorso, che nel caso della ASP di Agrigento, vanno distinti secondo 2 ordini di strutturazione:

1. PRESIDIO OSPEDALIERI MUNITI DI MEDICINA NUCLEARE (ospedale di Agrigento)
2. PRESIDIO OSPEDALIERI SPROVVISTI DI MEDICINA NUCLEARE (gli altri ospedali aziendali)

### **1. PRESIDIO OSPEDALIERI MUNITI DI MEDICINA NUCLEARE (ospedale di Agrigento)**

La presenza nello stabilimento ospedaliero di Agrigento di una UO di Medicina Nucleare garantisce la presenza di quegli standard strutturali ed organizzativi per l'accoglienza e il trattamento di decontaminazione preventiva delle vittime.

69

Resta pertanto in capo alla Direzione Sanitaria di Presidio la armonizzazione delle procedure già esistenti nel contesto del PEIMAF, prevedendo percorsi separati di ingresso, accettazione, presa in carico, trattamento e riallocazione dei feriti contaminati.

La stessa Direzione Sanitaria di Presidio, con il concorso del personale della UO Fisica Sanitaria e della UO Medicina Nucleare, dovrà curare la individuazione, l'addestramento e mantenimento nel tempo di un piccolo nucleo di personale (medico, infermieristico e di supporto) in grado di effettuare una decontaminazione efficace e/o di operare in un sistema di decontaminazione di massa.

## **2. PRESIDI OSPEDALIERI SPROVVISTI DI MEDICINA NUCLEARE (gli altri ospedali aziendali)**

La pressochè completa assenza negli stabilimenti ospedalieri di Canicattì, Licata, Ribera e Sciacca degli standard strutturali ed organizzativi per l'accoglienza e il trattamento di feriti contaminati, rende impossibile una pianificazione credibile e fattibile per il trattamento di tali feriti, atteso che la realizzazione di tali standard comporterebbe delle importanti modifiche strutturali degli edifici per le quali è da valutare – soprattutto in sede di programmazione regionale – il rapporto costo/beneficio.

Per questi stabilimenti ospedalieri sono in ogni caso raccomandabili misure rivolte:

- alla individuazione di spazi esterni ove eventualmente allocare sistemi di decontaminazione di massa e/o di tende ospedale per sopperire all'assenza di utili spazi interni;
- alla individuazione, addestramento e mantenimento nel tempo di un piccolo nucleo di personale (medico, infermieristico e di supporto) in grado di effettuare una decontaminazione efficace e/o di operare in un sistema di decontaminazione di massa
- alla eventuale predisposizione di dosimetri e di procedure veloci per la loro distribuzione al personale medico e infermieristico dei Pronto soccorso;
- all'approntamento di procedure e di strumenti per il rafforzamento della protezione fisica della struttura e del personale e di strumenti (controlli di polizia, guardie giurate, ...);
- alla predisposizione di collegamenti telefonici fissi e mobili certi e sicuri.

Resta in capo alle Direzioni Sanitarie di Presidio, per quanto nelle loro possibilità, la realizzazione di tali misure, dandone evidenza in successive revisioni dei PEIMAF.

Nella attuazione di tali raccomandazioni, sarà fondamentale il supporto tecnico ed operativo del personale della UO Fisica Sanitaria, e del Servizio di Prevenzione e Protezione e della UO Medicina Nucleare.

## **ALLERTAMENTO DELLA SCORTA NAZIONALE ANTIDOTI (S.N.A.)**

IN OCCASIONE DI MAXIEMERGENZE DERIVANTI DALL'USO  
DELIBERATO, ACCERTATO O SUPPOSTO DI SOSTANZE TOSSICHE E NOCIVE  
PUO' RENDERSI NECESSARIA LA ATTIVAZIONE DELLA SCORTA NAZIONALE ANTIDOTI (S.N.A.)

La Protezione Civile, in caso di evento o di contaminazione del territorio, allertato dalla componente sanitaria o da ulteriori fonti informative, secondo la procedura riportata nell'allegato 1 del documento "SCORTA NAZIONALE ANTIDOTI - procedure di attivazione" del Ministero della Salute, di concerto con lo stesso, attiva i Depositi della Scorta Nazionale Antidoti, e stabilisce le modalità del trasporto e il luogo di destinazione.

Pertanto la Protezione Civile, d'intesa con la locale Questura, organizza il trasporto dei medicinali della Scorta Nazionale sulla base delle decisioni assunte dal Ministero della Salute, utilizzando i mezzi disponibili.

**71**

**In ogni caso, in occasione di maxiemergenze, l'Ospedale può contattare direttamente il Centro Antiveneni della Fondazione "S. Maugeri" IRCCS di Pavia ai numeri sottoindicati, per la richiesta di consulenza o per la richiesta di Antidoti**

**CENTRO ANTIVELENI FONDAZIONE "S. MAUGERI" IRCCS PAVIA  
(SNA S 21)**

**tel. 0382.26261 – 0382.24777 fax 0382.24605 radiomobile: 333.2585466**

Il trasporto in alto-biocontenimento, necessario in caso di emergenze CBNR, si realizza tramite l'utilizzo di ambulanze a pressione negativa (ambulanza biocontenimento livello 4 o bioambulanze), veicoli di trasporto sanitario molto particolari, dotate di un sistema digitalizzato che permette di creare una pressione negativa all'interno delle stesse, come avviene nelle sale operatorie.

In esse, quindi, è garantito un ricambio dell'aria ogni minuto e mezzo, e pertanto l'aria è sempre presa dall'esterno e filtrata con il risultato di essere il 90% più pulita dell'aria ambiente esterno.

Questo sistema con camera di biocontenimento, non avendo ristagno o stratificazione d'aria all'interno del mezzo a garanzia anche della cabina guida, permette al personale medico e infermieristico di lavorare in maggior sicurezza durante il trasporto di pazienti potenzialmente contaminati con alto rischio di contagio.

Tali ambulanze sono in dotazione al 118 e alla Protezione Civile, che rappresentano di fatto il tramite per cui effettuare tali trasporti.

L'Aeronautica Militare è altresì in possesso velivoli appositamente predisposti per trasferire in totale sicurezza pazienti contaminati in caso di emergenze CBNR. Anche in questo caso si tratta di aeromobili di ultima generazione, impiegati per molte tipologie di missioni operative, configurati come vere e proprie ambulanze volanti in grado durante il volo di assistere i pazienti con apparati di respirazione. Sono dotati di speciali barelle isolate A.T.I. (Aircraft Transit Isolator) che consentono di salvaguardare gli equipaggi di volo e il personale sanitario dal pericolo di contagio garantendo durante il volo, l'assistenza medica necessaria alle vittime.

---

La Croce Rossa Italiana ha in dotazione un nuovo veicolo speciale di trasporto in alto biocontenimento: un pullman di 12 metri di lunghezza, configurato in modo tale da trasformarlo da mezzo commerciale a veicolo fondamentale per fronteggiare le emergenze sanitarie. Già utilizzato per alcuni trasporti urgenti in Calabria, è provvisto di una camera a pressione negativa, cioè un particolare involucro trasparente che avvolge il vano passeggeri, in cui viene generata una differenza di pressione rispetto all'esterno che non consente all'aria stessa di fuoriuscire senza prima attraversare i filtri. E' capace di trasportare fino a 41 persone potenzialmente contagiose e 6 membri dell'equipaggio in totale sicurezza.

Si tiene a sottolineare la distinzione tra ambulanza a pressione negativa e barelle di biocontenimento mobili: due strumenti diversi, anche se compatibili tra loro. Di fatto, mentre la barella di biocontenimento può essere usata in un'ambulanza normale, purtroppo sono ancora poche le ambulanze totalmente a biocontenimento che possono essere usate con barelle standard.

73

La barella per alto biocontenimento è caratterizzata da 4 elementi fondamentali:

- il telaio metallico di sostegno alla struttura;
- l'involucro trasparente in PVC, dotato di tutti gli ausili tecnici per gli interventi sanitari quali sacche per soluzioni fisiologiche, spazi per elettro medicali con percorsi protetti per i cavi di alimentazione, luce di assistenza e un contenitore interno per raccolta liquidi biologici. Esso è inoltre dotato di maniche laterali che permettono loro qualsiasi manovra terapeutica, per assistere il paziente dall'esterno dell'involucro;
- la barella di trasporto in alluminio;
- il sistema di ventilazione e di filtrazione HEPA alimentato da quattro batterie.

---

Inoltre, la barella ad alto biocontenimento livello 4 deve possedere determinate caratteristiche standard che possano permettere di utilizzarla in modo facile e sicuro:

- Non deve permettere alcuna contaminazione dei mezzi di trasporto;
- Deve essere operativa in pochi minuti;
- Deve essere collegabile ad ogni tipologia di barella;
- Deve essere facile da decontaminare;
- Deve possedere un imballaggio compatto;
- Deve creare un microclima ottimale per il paziente;
- Non deve permettere accumulo di umidità.

E' fondamentale che il personale medico, infermieristico ed amministrativo (in particolare il personale con funzioni di responsabilità) sia a conoscenza delle procedure da seguire in caso di emergenza e sia sufficientemente preparato per i compiti che dovrà svolgere al momento dell'attivazione dell'allarme. E' infatti ben conosciuto il rischio di della cosiddetta «Paper Plan Syndrome», l'illusione, cioè, di sentirsi sicuri e preparati per il solo fatto di essere dotati di un documento scritto.

E' risaputo che il buon successo della gestione ospedaliera per un massiccio afflusso di persone vittime di un evento calamitoso, è il risultato della piena consapevolezza di prevederne il rischio e di saperlo affrontare non solo con una adeguata predisposizione di piani operativi di contrasto, ma anche con una idonea formazione degli operatori sanitari.

Le Direzioni Sanitarie di Presidio hanno l'onere di programmare, a scadenze almeno annuali, esercitazioni simulanti uno stato di maxi-emergenza.

In queste attività addestrative dovrà essere verificata l'efficacia delle procedure ed evidenziate eventuali carenze, evitando di interferire con l'operatività ordinaria per non arrecare disagi ai degenti.

Particolare attenzione dovrà essere rivolta alle procedure di attivazione e diramazione dell'allarme. I soggetti allertati, sia sanitari che amministrativi e tecnici, dovranno infatti essere preparati ai compiti di adeguare le potenzialità delle proprie Unità Operative alle condizioni che verranno a determinarsi.

---

La capacità di accogliere feriti in corso di maxi-emergenza è stimata in base alla disponibilità ordinaria di posti letto ed alla stima di possibili posti letto in sovrannumero, attivabili in caso di emergenze maggiori.

Nel corso delle simulazioni, pertanto, deve anche essere oggetto di interesse e di riflessione la «bed source capacity», la stima del numero reale di posti letto che lo Stabilimento Ospedaliero sarà in grado di liberare prontamente, per far fronte all'aumento repentino del numero di feriti che in corso di una maxi-emergenza affluiscono alla struttura stessa.

Il personale con responsabilità di coordinamento dovrà pertanto essere dotato di apposite schede operative contenenti l'elenco delle funzioni attribuite al personale coinvolto nella simulazione. Queste schede dovranno essere redatte, con la collaborazione dei diretti interessati, rispettando al massimo la logica delle sequenze abitualmente adottate in condizioni ordinarie, in modo da favorire l'automaticità dei comportamenti nelle inevitabili situazioni di stress psicofisico determinate dallo stato di emergenza.

Gli esiti della simulazione dovranno essere oggetto di esame critico da parte dell'Unità di crisi, per le opportune valutazioni circa il riscontro di criticità e la necessità di prevedere ulteriori modifiche al PEIMAF.

IN CONSEGUENZA DI EVENTI CATASTROFICI, POSSONO DETERMINARSI NELLE VITTIME DANNI PSICHICI SECONDARI A:

- perdite di parenti o cambiamenti repentini delle abitudini quotidiane;
- lacerazione del tessuto sociale e grave destabilizzazione affettiva in seguito a danno economico, esodo di massa, perdita del lavoro, stress collettivo continuato, reazioni iperemotive brevi, disturbi nevrotici, disturbi psicotici (fobici, ossessivi, depressivi, isterici, dissociativi ....)

## TRATTAMENTO PSICOLOGICO PER RIDURRE LE SOFFERENZE PSICHICHE DA STRESS

### PRE-EVENTO: CORSO DI FORMAZIONE (da somministrare ai soccorritori)

Corso di apprendimento dei meccanismi psichici che regolano le reazioni emotive che si verificano durante le maxiemergenze, in modo tale si possono ridurre o controllare le sensazioni di: ansia e disgusto, rabbia ed impotenza, frustrazione e paura, angoscia e dolore che spesso provocano stress nei soccorritori

### STRESS INOCULATION TRAINING

procedimento che serve per ridurre l'impatto emotivo legato all'intervento di soccorso, da attuare prima dell'evento catastrofico. Prepara il soccorritore alle immagini e alle sensazioni che potrebbe provare nel vedere o assistere a scene strazianti durante gli interventi nelle maxiemergenze.

Si utilizzano descrizioni di scene coinvolgenti, si proiettano immagini di foto di vittime di altre catastrofi o si organizzano esercitazioni sul campo, con comparse che, esperti truccatori, hanno trasformato in feriti gravi, creando lesioni, fratture, o sanguinamenti molto vicine alla realtà.

Tali scene determinano nella psiche un meccanismo analogo a quello che nelle vaccinazioni il virus o germe attenuato determina nel sistema immunitario dell'organismo – anticorpi.

---

## TRATTAMENTO PSICOLOGICO PER RIDURRE LE SOFFERENZE PSICHICHE DA STRESS

### **DURANTE O POST-EVENTO**

**(da somministrare ai soccorritori e alle vittime)**

### **NEI SOCCORRITORI**

Elaborazione del vissuto subito dopo interventi difficili e/o prolungati nel tempo, particolarmente traumatizzanti e psicologicamente gravanti.

### **DEFUSING**

processo di scambio di impressioni ed emozioni provate durante il soccorso che si verifica spontaneamente tra gli operatori coinvolti.

### **DEBREEFING**

processo organizzato e diretto da uno psicologo esperto che coinvolge un gruppo di soccorritori che vengono facilitati ad esternare le proprie emozioni ed impressioni riportate durante le fasi del soccorso (multiple stressors model della CRI). Tali sedute devono interessare non più di 15 persone alla volta ed essere effettuate entro le 24 ore dall'evento stressante.

### **NELLE VITTIME**

Assistenza psicologica continua e prolungata nel tempo, con coinvolgimento di psicologi formati a tali interventi.

# ALLEGATO 1: scheda clinica per maxiemergenza

## SCHEDA CLINICA PER MAXIEMERGENZA

data \_\_\_\_\_

ora \_\_\_\_\_

NUM. IDENTIFICATIVO PAZIENTE 

cognome e nome \_\_\_\_\_

data nascita \_\_\_\_\_

rilievi clinici

PAO

FC

FR

gruppo sanguigno

vigile

obnubilato

incosciente

CODICE



eupnoico

dispnoico

gasping

diario clinico e terapia praticata

accertamenti richiesti

dimesso

deceduto

ospedalizzato/trasferito: \_\_\_\_\_

firma del medico



**PRESIDIO OSPEDALIERO** \_\_\_\_\_

## richiesta effettuata da:

**PROCEDURA DI MAXIEMERGENZA**

## richiesta inviata alla U.O.:

PATOLOGIA CLINICA    RADIOLOGIA    NEUROLOGIA    CARDIOLOGIA    PEDIATRIA    ORL  
 GINECOLOGIA    OCULISTICA    CHIRURGIA    UROLOGIA    \_\_\_\_\_

## dati del paziente:

IDENTIFICATIVO PAZIENTE \_\_\_\_\_  
sintetiche informazioni cliniche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## prestazioni richieste:

CONSULTO SPECIALISTICO    REFERTAZIONE ECG  
 ESAMI EMATOCHIMICI (ROUTINE D'EMERGENZA)  
 RX TORACE    ECOADDOME    TC CEREBRALE SMDC    \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

da eseguirsi in urgenza

data \_\_\_\_\_ firma del medico \_\_\_\_\_

*Tempori serviendum est*

*Marco Tullio Cicerone*

PIANO DI EMERGENZA IN CASO DI MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI IN OSPEDALE  
LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI