

MODELLO OPERATIVO IN CASO DI MAXIEMERGENZA

Il presente protocollo racchiude tutte le fasi in cui si articola la complessa macchina dei soccorsi sanitari in caso di catastrofe e consente di seguire in uno schema logico temporale l'iter procedurale dell'intero processo di intervento.

La gestione degli aspetti sanitari di un evento complesso, come può esserlo una catastrofe, è decisamente difficile anche per i sistemi di emergenza sanitaria più collaudata.

DEFINIZIONE DI CATASTROFE

La catastrofe è un evento dannoso per la collettività che lo subisce con sconvolgimento dell'ordine delle cose, verificandosi un'inadeguatezza tra i bisogni delle persone coinvolte e i mezzi di soccorso immediatamente disponibili.

La catastrofe può essere ad effetto limitato o catastrofe vera e propria.

E' quindi importante essere pronti ad affrontare una situazione di catastrofe, disponendo di soluzioni organizzative efficaci e di operatori preparati, da qui anche la necessità di organizzare dei corsi di formazione a tutti i livelli.

Classificazione delle Catastrofi:

a) CATASTROFI NATURALI

- **Fenomeni geologici** (terremoti, eruzioni vulcaniche, etc.)
- **Eventi meteorologici** (piogge estese, trombe d'aria, neve, etc.)
- **Fenomeni idrogeologici** (alluvioni, esondazioni, frane, valanghe, etc.)
- **Varie** (es. epidemie animali)

b) CATASTROFI TECNOLOGICHE o ANTROPICHE

- **Incidenti rilevanti in attività industriali** (incendio, esplosione, radioattività, rilascio di sostanze inquinanti o tossiche, etc.)
- **Incidenti nei trasporti** (aerei, ferroviari, stradali, di navigazione, etc.)
- **Collasso dei sistemi tecnologici** (black-out elettrico, black-out informatico, interruzione del rifornimento idrico, etc.)
- **Incendi** (boschivi e urbani)
- **Varie** (es. crollo di immobili)

c) CATASTROFI CONFLITTUALI E SOCIOLOGICHE

- **Atti terroristici**
- **Sommosse**
- **Conflitti armati internazionali**
- **Uso di armi chimiche, biologiche e naturali**

- **Epidemie**
- **Carestie**
- **Migrazioni forzate di popolazioni** (campi profughi)
- **Incidenti durante spettacoli, feste e manifestazioni sportive.**

Le scelte operative adottate nel corso dei primi 20-30 minuti immediatamente successivi ad un M.C.I. (mass casualty incident, incidente che coinvolge un numero elevato di persone con effetti non prevedibili) determinano l'efficacia dell'intervento complessivo.

L'addestramento degli operatori che intervengono nel caso di un M.C.I. deve avvenire ad ogni livello, da coloro che intercettano le richieste di soccorso, al personale sul luogo, fino agli operatori di altri enti che non sono direttamente coinvolti, almeno inizialmente, nelle operazioni.

Tale addestramento dovrebbe informare gli operatori sulla organizzazione complessiva dei soccorsi in caso di M.C.I., sui piani territoriali di intervento e sul trattamento e la cura dei pazienti coinvolti.

Obiettivo indispensabile è che le organizzazioni di soccorso sanitario siano in grado di operare in modo coordinato con Forze dell'Ordine e Vigili del fuoco.

L'obiettivo primario in una situazione di maxi-emergenza è quello di favorire la sopravvivenza immediata del maggior numero di vittime con le risorse disponibili:

ad esempio, di fronte ad una vittima le cui probabilità di sopravvivenza sono minime e che richiede l'utilizzo del 20% delle risorse disponibili, si privilegia il trattamento di altri 10 feriti in condizioni meno compromesse e che potrebbero peggiorare se non subito assistiti.

E' un discorso eticamente difficile ma suffragato da una logica aritmetica: dieci vite contro una.

Strumenti della Medicina delle Catastrofi:

Sono essenzialmente tre:

- la **strategia**, definibile come l'elaborazione dei piani di soccorso

- la **logistica**, con cui s'intende l'insieme di personale, mezzi e materiali che sostengono i piani
- la **tattica**, in altre parole l'applicazione dei piani con lo svolgimento della catena dei soccorsi.

Occorre poi considerare che nella **dinamica della risposta** ad un evento catastrofico esistono, da parte dei servizi di soccorso, una **fase di risposta rapida** ed una **fase di risposta differita**.

La **fase di risposta rapida** consiste in:

- chiamata d'allarme
- individuazione e verifica dell'emergenza
- attivazione degli equipaggi di prima partenza con il compito di effettuare la ricognizione del sito
- dimensionamento dell'evento
- individuazione della tipologia prevalente dell'evento e delle conseguenze sulle persone
- individuazione e segnalazione delle possibilità d'accesso
- individuazione dei luoghi più adatti all'allestimento della catena dei soccorsi (P.M.A., etc.)
- salvataggio dei feriti
- primo triage sul luogo e soccorso ai feriti (triage SIEVE)

La **fase di risposta differita** consiste in:

- mobilitazione delle risorse locali previste per le maxi-emergenze (D.I.M.: vedi più avanti)
- allestimento dei vari elementi della catena dei soccorsi
- secondo triage e stabilizzazione primaria (triage SORT)
- evacuazione organizzata dei feriti.

Una maxi-emergenza è definita INCIDENTE MAGGIORE:

- quando il numero iniziale di feriti certi sia tra 11 e 100
- quando si verificano eventi in cui non sia possibile disporre di informazioni complete sul numero dei coinvolti, ma in cui la natura dell'evento si presti all'applicazione del

fattore moltiplicativo (FM) e, solo in caso di maxitamponamento, il tempo di arrivo della prima M.S.A. sia \geq a 30 minuti

- natura possibile dell'evento: maxitamponamento FM2, incendio FM3, crollo edifici FM3, calamità naturali FM3-FM4, deragliamento ferroviario FM4, esplosione FM4; ad esempio: deragliamento ferroviario (FM4), 5 vittime viste da un testimone, si devono presumere 5×4 feriti: 20 feriti
- quando le strutture di soccorso esistenti sul territorio siano integre
- quando l'evento abbia una limitata estensione nel tempo (in genere < 12 ore).

Il protocollo MIMMS definisce incidente maggiore un incidente in cui la collocazione o il numero, la gravità o il tipo dei feriti vivi richieda risorse straordinarie.

Definisce inoltre l'incidente maggiore semplice quell'incidente in cui le infrastrutture, cioè strade, ospedali e vie di comunicazione restano intatte. Quando le infrastrutture sono danneggiate l'incidente maggiore viene definito composito; si ha un incidente compensato quando è possibile gestire i feriti mobilizzando risorse aggiuntive (il carico è inferiore alla capacità).

Nel caso in cui il carico supera le capacità si è in presenza di un incidente scompensato.

Una maxi-emergenza è definita CATASTROFE VERA E PROPRIA:

- quando ci sia il coinvolgimento e/o la possibile distruzione delle strutture di comando e controllo esistenti sul territorio
- quando l'evento abbia un'elevata estensione nel territorio coinvolto
- quando la quantità di popolazione coinvolta nell'evento sia significativamente elevata (> 100)
- quando ci sia un prolungamento delle operazioni di soccorso per l'elevata estensione nel tempo (> 12 ore).

FASI DELLA CATENA DEI SOCCORSI

FASE DI ALLARME: la buona riuscita dei soccorsi deve essere garantita dall'esistenza di una struttura che svolga le funzioni di ricezione e verifica dell'allarme, ossia un punto di riferimento per testimoni diretti o organismi pubblici, venuti a conoscenza dell'evento. Ruolo degli operatori di centrale in questa fase è pertanto quello di ricevere, verificare e gestire l'allarme. Utile può essere la verifica incrociata con altri enti istituzionali collegati con la centrale operativa.

L'impiego immediato delle risorse disponibili dovrà essere razionale: nel caso di viabilità compromessa o in presenza di rischio evolutivo maggiore sarà indispensabile l'invio preliminare o contemporaneo di supporti tecnici.

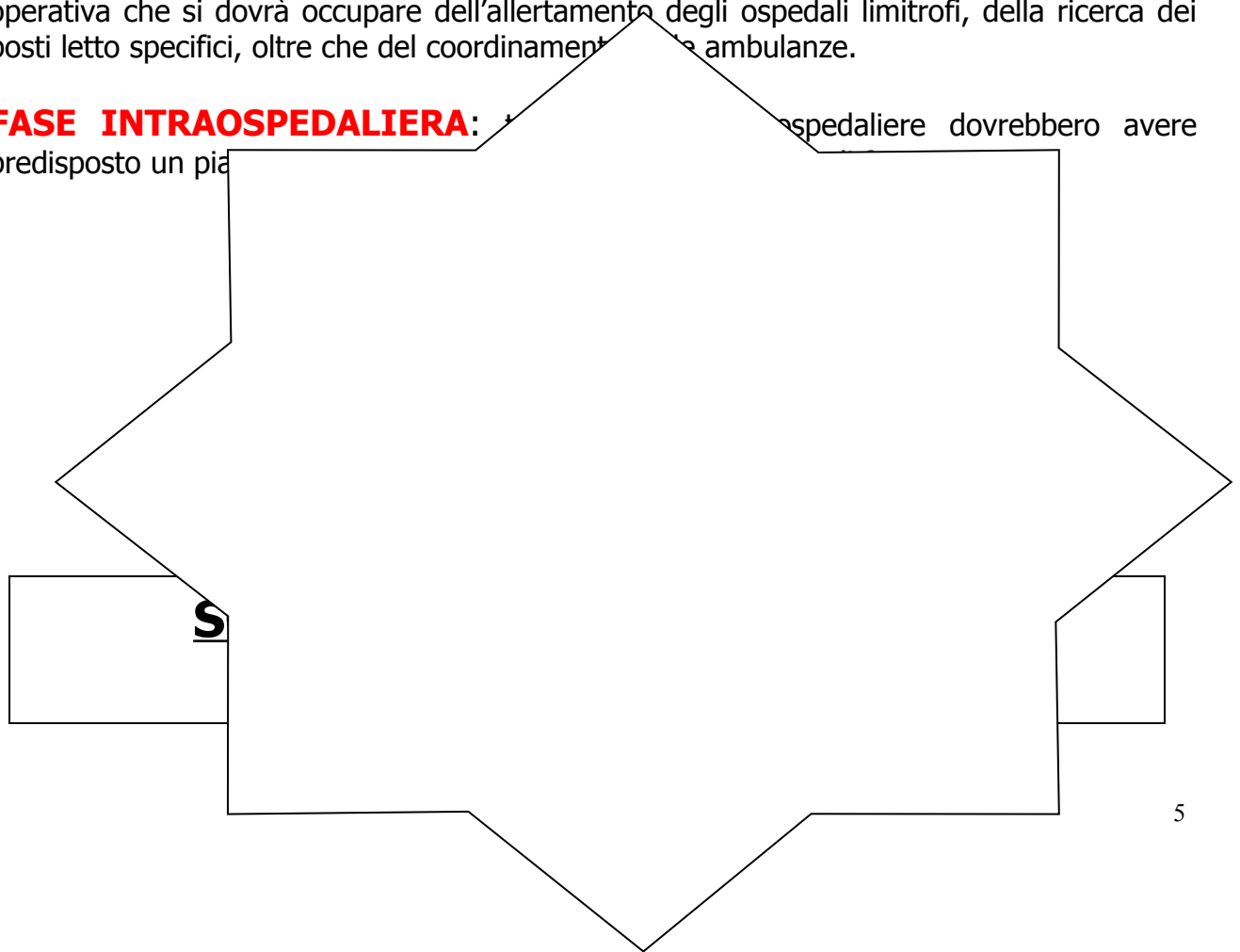
FASE DI INTERVENTO: in cui è riconoscibile un inevitabile periodo di improvvisazione, con scarse possibilità di coordinamento, che inizia subito dopo l'evento e crea reazioni inadeguate, e una fase successiva di ricognizione a carico dei primi mezzi che arrivano sul posto, con compiti specifici che verranno successivamente trattati. Compito degli operatori di C.O. è raccogliere le informazioni pervenute ed elaborarle per la gestione del soccorso.

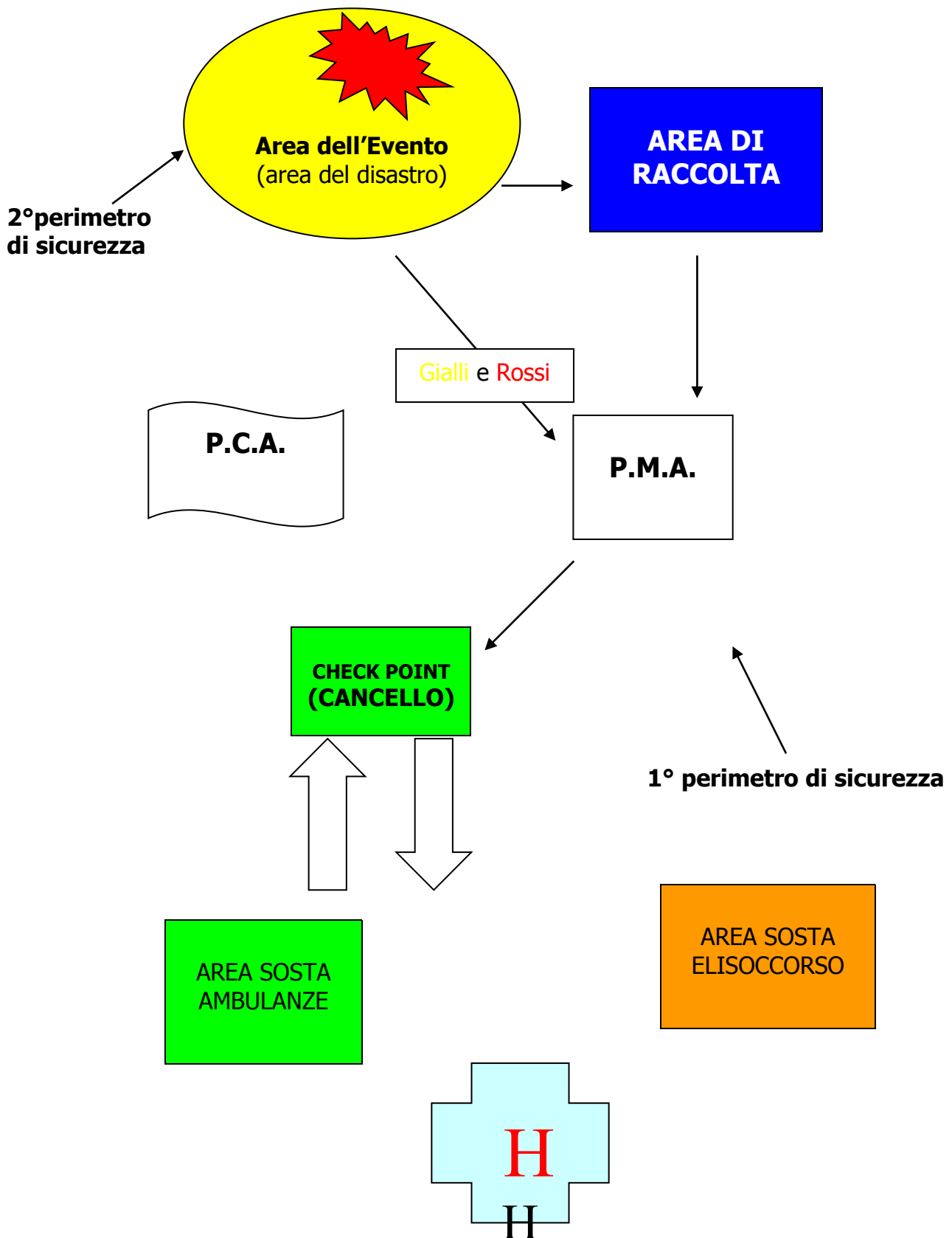
FASE DI MEDICALIZZAZIONE: inizia con la valutazione delle vittime, a cominciare dal **triage primario** (SIEVE) effettuato sul posto dagli equipaggi, l'istituzione dell'**Area di Raccolta** destinata al concentramento delle vittime e l'allestimento del **P.M.A.** (posto medico avanzato) dove verranno trasferiti i feriti dall'area di raccolta (piccola noria) per la selezione ed il trattamento (triage SORT).

FASE DI COORDINAMENTO: inizia con l'arrivo del medico che assumerà la funzione di Direttore dei Soccorsi Sanitari (**D.S.S.**) e la successiva costituzione del posto di comando avanzato (**P.C.A.**).

FASE DI RICOVERO DELLE VITTIME: trasporto delle vittime con evacuazione controllata dal P.M.A. all'ospedale più idoneo. Fondamentale il ruolo della centrale operativa che si dovrà occupare dell'allertamento degli ospedali limitrofi, della ricerca dei posti letto specifici, oltre che del coordinamento delle ambulanze.

FASE INTRAOSPEDALIERA: gli ospedali dovrebbero avere predisposto un piano





IL PERIMETRO DI SICUREZZA

In qualunque tipo di intervento, e soprattutto in caso di attentato o in caso di esplosione di altro genere, il responsabile dei VV.FF., in accordo con il responsabile delle FF.OO. definirà un perimetro o due perimetri di sicurezza segnalati da bande colorate.

Solo gli operatori indispensabili e riconoscibili possono penetrare all'interno del perimetro.

L'AREA DI RACCOLTA

Area localizzata vicino all'evento, in zona sicura, destinata al concentramento delle vittime la cui dimensione viene comunicata al responsabile delle FF.OO., che provvederà alla sua delimitazione.

L'area di raccolta potrebbe essere successivamente suddivisa in quattro sottoaree contrassegnate dallo stesso codice colore del triage. Scopo dell'area di raccolta è quello di garantire il trattamento delle vittime in base alle priorità, in attesa del P.M.A., favorendo la loro evacuazione verso il P.M.A.

Responsabile dell'Area di Raccolta è il Barelliere della 1° MSA.

LA PICCOLA NORIA

(noria di salvataggio)

Movimento delle squadre di soccorso dal fronte dell'evento o dall'area di raccolta verso il P.M.A. e viceversa, al fine del recupero e trasporto delle vittime.

LA GRANDE NORIA

(noria di evacuazione)

Movimento delle ambulanze e degli altri mezzi di trasporto sanitario dal P.M.A. agli ospedali e viceversa, al fine dell'ospedalizzazione delle vittime.

IL P.M.A.

(Posto Medico Avanzato)

Il P.M.A. è il luogo deputato al supporto sanitario vero e proprio. Qui il paziente, prelevato dalla scena del disastro, riceve il primo trattamento avanzato con l'obiettivo di ottenere la stabilizzazione delle funzioni vitali e permetterne il trasporto verso i nosocomi delle retrovie nelle migliori condizioni possibili. Il P.M.A. può essere installato in strutture esistenti nei pressi della scena del disastro.

Il problema sorge quando l'evento è così devastante da impedire l'utilizzo di edifici in muratura, oppure avviene in luoghi impervi fuori dal contesto urbano, dove non siano presenti edifici utilizzabili.

Le strutture che possono essere impiegate allo scopo sono:

- strutture edili preesistenti (es. palestre, supermercati, scuole, etc.)
- aree scoperte funzionali
- tende di vario genere: in questo caso può essere necessario disporre di materiale campale come il Dispositivo di Incidente Maggiore (D.I.M.); in altre parole una struttura sanitaria mobile in grado di essere montata in tempi brevi, composta da tende pneumatiche gonfiabili che possono corrispondere ognuna ad un modulo

funzionale (modulo di triage, modulo di stabilizzazione, modulo di evacuazione). Ogni tenda è dotata di impianto di illuminazione (gruppo elettrogeno) e di barelle impilabili.

Il P.M.A. è deputato al compito di radunare le vittime, concentrare le risorse di primo trattamento e organizzare l'evacuazione sanitaria dei feriti.

La struttura dovrebbe essere idealmente suddivisa in 5 zone:

- area triage: possono afferire direttamente codici rossi e gialli (o pazienti non deambulabili) dall'area del disastro (by-passando l'Area di raccolta)
- area urgenze assolute (codici **rossi** e **gialli**)
- area urgenze relative (codici **verdi** e **bianchi**)
- area evacuazione
- area deceduti.

Responsabile del P.M.A. è il Medico della 2° MSA.

IL CHECK POINT O CANCELLO

Punto obbligato di passaggio per ogni mezzo di soccorso in ingresso ed uscita dal 1° perimetro di sicurezza; è situato esternamente al P.M.A. Il responsabile di questa zona svolge le seguenti funzioni:

- assegnazione dell'area di intervento sulla scorta delle indicazioni fornite dal D.S.S.
- distribuzione delle casacche identificative agli equipaggi che già stazionano o stazioneranno nel perimetro di sicurezza
- verifica delle destinazioni ospedaliere degli equipaggi in uscita
- obbliga lo stazionamento degli autisti sui mezzi e il contatto radio per evitare perdite di tempo in caso di chiamata.

Un autista (in genere l'Autista della 1°MSA) diverrà il responsabile del check point prendendo direttive dall'Infermiere della 2° M.S.A. (responsabile dell'evacuazione).

Il D.S.S.

(Direttore dei Soccorsi Sanitari)

Tutte le operazioni di soccorso, anche le più sperimentate, necessitano di una funzione di comando e controllo. Sul luogo dell'evento, si rende pertanto necessaria l'individuazione di una figura di riferimento che si assuma la responsabilità del dispositivo di intervento sanitario nella zona delle operazioni, mantenendo un collegamento costante con la C.O.

Questa figura viene identificata con il termine **D.S.S. (Direttore dei Soccorsi Sanitari)**, medico in grado di svolgere un coordinamento sul campo delle risorse impegnate per la realizzazione della "catena dei soccorsi".

Il **D.S.S.** sarà il **primo Medico** che giunge sul posto anche se è possibile una delega successiva con un medico più esperto che giunga solo in un secondo tempo e che ovviamente acquisirà i dati relativi alla situazione ed **è l'unica figura autorizzata a tenere i contatti con la C.O. o a delegarli ad un altro operatore.** Assegnerà i ruoli chiave di responsabilità secondo protocollo MIMMS (responsabile della sicurezza, delle comunicazioni, del PMA ecc.).

IL P.C.A. (Posto di Comando Avanzato)

Struttura mobile composta dal **D.S.S.**, dal Comandante o suo referente dei **VV.FF.**, dal Comandante o suo referente delle **FF.OO.**, che consente di coordinare l'attività del dispositivo d'intervento.

Le varie componenti si ritroveranno a scadenze orarie, di volta in volta stabilite, per sottoporre le problematiche del relativo settore e per l'aggiornamento globale della situazione.

IL D.I.M. (Dispositivo d'Incidente Maggiore)

In supporto alle già esistenti strutture sanitarie è stata predisposta un'unità supplementare denominata **D.I.M. (Dispositivo di Incidente Maggiore)**, da utilizzarsi per la medicalizzazione in loco, mediante allestimento di un P.M.A., di tutte le vittime presenti nell'area dell'evento secondo priorità.

Per il trasporto del materiale del **D.I.M.** si usufruirà delle ambulanze utilizzate nelle attività quotidiane, integrate, dove possibile e dove richiesto dall'evento, da altri mezzi (veicoli 4x4, carrelli trainabili, autocarri, autobus, eventualmente elicotteri).

Il **D.I.M.** deve essere una struttura con caratteristiche di mobilitazione immediata, attrezzata per l'installazione del P.M.A., e con dotazione sanitaria autonoma per la gestione di moduli a favore di 15 feriti (fino a complessivi 45 feriti).

Il materiale è suddiviso in casse o zaini di colore corrispondenti alla destinazione d'uso: rosso = materiale di supporto cardiocircolatorio, blu = materiale di supporto ventilatorio, verde = materiale vario.

L'impiego del **D.I.M.** durante una maxi-emergenza è strettamente correlato all'evento e ad alcuni parametri quali il numero di feriti e la loro accessibilità.

La decisione di procedere alla medicalizzazione avanzata in loco (PMA) è di competenza del DSS in coordinamento con la centrale operativa in base alla dislocazione dell'evento, alla disponibilità e tipologia dei mezzi da poter impiegare e in base alla disponibilità degli ospedali di interesse in termini di accettazione temporale delle vittime.

Indicazioni preliminari per l'equipe di centrale operativa

1. Le istruzioni che forniamo sono pensate in funzione di una equipe di C.O. di minima, composta da un Medico e da due Infermieri Professionali.
2. Il medico di C.O. all'attivazione del piano maxiemergenza assume il coordinamento delle operazioni e lo mantiene sino a che il Responsabile Sanitario, o suo delegato, non è divenuto operativo. Il richiamo in servizio di medici e di infermieri per le M.S.A. supplementari ha valore di precettazione.
3. Le comunicazioni dalla C.O. saranno per tutti estremamente laconiche ed essenziali.
4. **Per gli interventi all'interno di una maxiemergenza non verranno compilate le ordinarie schede, ma dovrà essere utilizzata l'apposita modulistica, conservata in C.O. in un contenitore adatto allo scopo, con i protocolli operativi divisi per le figure professionali presenti in C.O.**
5. I compiti delineati nel piano verranno assolutamente attuati con la progressione indicata.

L'UNITA' DI CRISI

1. Responsabile Sanitario (o suo delegato): si dirige in Centrale Operativa per chiamare uno dei membri della Commissione maxiemergenza
2. A.F.D.: si dirige in Centrale Operativa
3. Medico di Centrale Operativa
4. Infermiere Professionale di Centrale Operativa
5. L'Unità di Crisi disporrà, a seconda delle necessità del caso, il Medico e l'Infermiere Professionale reperibili 118 da impiegare sul luogo del disastro o per la gestione territoriale ordinaria o per ulteriori operazioni.

Compiti dell'equipe ordinaria di C.O. al riconoscimento di una maxiemergenza nel nostro territorio provinciale

1° Infermiere (dopo presa visione del protocollo operativo):

1. Invia l'M.S.B. più vicino al target
2. Invia l'M.S.A. competente per area e comunica all'associazione lo stato di preallarme del piano maxiemergenza
3. Invia l'Elisoccorso
4. Allerta 115 (specificando il tipo di incidente per eventuale invio nucleo NBCR), 112, 113, 117, V.UU, Soccorso Alpino (C.N.S.A.S.).
5. Resta in gestione mezzi occupandosi delle comunicazioni radio e gestisce le successive telefonate riguardanti la maxiemergenza.

2° Infermiere (dopo presa visione del protocollo operativo):

1. Si colloca in posizione "filtro", risponde a tutte le telefonate in arrivo e trasmette ai colleghi solo le informazioni utili al loro compito immediato
2. Gestisce le emergenze ordinarie e i mezzi disponendo per queste ultime comunicazioni esclusivamente via cavo (quando possibile) fino al termine della maxiemergenza
3. I codici bianchi e verdi (non traumatici e traumatici di lieve entità) vengono inoltre differiti al termine dell'intervento di maxiemergenza.

Medico di Centrale (dopo presa visione del protocollo operativo):

1. Invia l'M.S.A. di area limitrofa, comunicando all'Associazione l'attivazione del piano maxiemergenza
2. Disloca in posizione baricentrica rispetto al territorio provinciale l'M.S.A. restante comunicando all'Associazione l'attivazione del piano maxi-emergenza
3. Allerta l'Unità di Crisi di Centrale Operativa (vedi lista), convocando i reperibili
4. Comunica ai **Medici dei DEA e PS e Direzione Sanitaria** la possibilità di massiccio afflusso di feriti (*eventualmente via FAX*)
5. Comunica alla Prefettura l'attivazione del piano maxiemergenza
6. Comunica alla C. O. di Torino l'attivazione del piano maxiemergenza provinciale (specificando il tipo di incidente per eventuale invio nucleo NBCR)
7. Comunica alla C. O. di Novara l'attivazione del piano maxiemergenza provinciale
8. Comunica alla C. O. di Varese l'attivazione del piano maxiemergenza provinciale
9. Comunica al Servizio di Protezione Civile della Provincia del V.C.O. l'attivazione piano maxiemergenza provinciale
10. Allerta (*contemporaneamente ai punti 1,2*) le tre sedi delle M.S.A. per l'attivazione del piano di allertamento interno per le associazioni di M.S.B. in estemporanea per la messa a disposizione dei mezzi supplementari
11. Dispone la costituzione della M.S.A. estemporanea di zona e la invia (*vedi lista del personale sanitario*)
12. Dispone la costituzione della M.S.A. estemporanea di area limitrofa e la invia (*vedi lista del personale sanitario*)
13. Valuta la necessità di attivazione di Unità Mobili di Rianimazione M.S.A. da inviare sul luogo dell'evento per eventuali trasferimenti in ospedali competenti
14. Valuta la possibilità dell'utilizzo delle H 24

15. Al termine dei precedenti punti affianca l'Infermiere Professionale in gestione mezzi e resta in comunicazione continua con il D.S.S. presente sul luogo dell'evento.

NB: il Medico di Centrale e il 1° Infermiere vengono immediatamente affiancati nei loro compiti dal Responsabile Sanitario e dall'A.F.D. dell'unità di crisi non appena questi raggiungono la C.O.

Compiti dell'equipaggio dell'M.S.B. nell'eventualità in cui l'M.S.B. sia il 1° mezzo di soccorso che arrivi sul luogo dell'evento

Tutti i mezzi operanti sul territorio hanno a bordo una busta che contiene l'elenco delle operazioni necessarie per la gestione dell'evento in qualità di primi mezzi giunti sul posto. Il mezzo arrivando nell'area dell'evento **deve assumere il controllo della situazione impedendo le evacuazioni incontrollate, spontanee e limitando il panico;** contestualmente l'Autista, previa garanzia di tele-radio collegamento con la C.O., provvederà alla fase di ricognizione comunicando prioritariamente le informazioni di seguito riportate:

- conferma dell'evento
- accessibilità all'evento e viabilità
- presenza di rischio evolutivo (necessità di invio di supporti tecnici?)
- seguire la procedura del primo messaggio critico METHANE.

L'equipaggio che avrà posizionato il mezzo in sicurezza, in base alla presenza o meno di rischio evolutivo, attenderà in loco i VV.FF, o procederà con la ricognizione.

IL PERSONALE SANITARIO DI NORMA ENTRA NELL'AREA SOLO ED ESCLUSIVAMENTE SU AUTORIZZAZIONE DEL RESPONSABILE DEI VV.FF. SUL POSTO.

Autista:

Esegue una prima ricognizione e in particolare rileva i punti di accesso e di evacuazione che comunica immediatamente alla C.O. insieme a:

- numero presunto dei feriti coinvolti
- accessibilità dei feriti
- patologia prevalente

1° Soccorritore:

Individua una zona sicura per la raccolta dei sopravvissuti e/o feriti che possono camminare, iniziando a raggrupparli con l'ausilio di un megafono portatile.

2° Soccorritore:

In attesa della 1° M.S.A. presta assistenza ai sopravvissuti nell'area di raccolta. Il mezzo non medicalizzato (M.S.B.) provvederà al mantenimento delle comunicazioni con la C.O. fino all'arrivo della M.S.A.

Una volta arrivata sul posto la 1° M.S.A. l'equipaggio dell'M.S.B. si metterà a disposizione del Medico e dell'Infermiere Professionale del Mezzo di Soccorso Avanzato facendo un rapporto sintetico, ma esauriente, sulla situazione trovata e sulle misure già intraprese.

Compiti dell'equipaggio della 1° M.S.A. sul luogo dell'evento

1° fase: RICOGNIZIONE

Equipaggio:

- Ispeziona lo scenario determinando il punto esatto dell'evento e la sua estensione
- Determina i limiti topografici approssimativi dell'evento
- Valuta il rischio evolutivo dell'evento.

Medico (D.S.S.):

- Valuta la presenza di eventuali zone di rischio facendo un primo bilancio dei danni materiali (parti pericolanti di edifici, linee elettriche scoperte, potenziali fughe di gas, etc.) raccogliendo informazioni dall'M.S.B. arrivato per primo sul posto
- Valuta il numero approssimativo di feriti
- Verifica il tipo di lesioni prevalenti
- Verifica l'accessibilità dei feriti da parte del personale di soccorso (es. pazienti incastrati)
- Valuta con il collega di C.O., dopo avergli trasmesso il primo bilancio parziale della situazione, l'opportunità di insediamento di un **P.M.A.** (si ricorda che il P.M.A. è uno degli strumenti indispensabili nella gestione di una maxiemergenza e deve essere considerato una priorità assoluta)
- Contatta il Capo pattuglia FF.OO. e il Capo squadra VV.FF. per istituire il **P.C.A.** (posto di comando avanzato)
- **E' l'unica figura autorizzata a tenere o delegare i contatti con la C.O.**

Infermiere:

- Raccoglie le informazioni dall'M.S.B. arrivato per primo sul posto
- Valuta e definisce la situazione della viabilità in arrivo e in evacuazione dei mezzi di soccorso
- Individua l'eventuale zona di atterraggio Elisoccorso, in base alla conformazione territoriale (previa conferma idoneità da parte VV.FF.)
- Individua la zona di collocazione del **P.M.A.** previa conferma idoneità da parte VV.FF.
- Individua e allestisce l'**Area di Raccolta**, qualora non individuata dal 1° soccorritore, eventualmente suddividendola in sottogruppi per codice - colore (codice bianco, verde, giallo, rosso); i sopravvissuti che giungeranno nell'area di raccolta dopo essere stati sottoposti a triage verranno considerati "non feriti"
- Terminata la ricognizione comunica tutte le informazioni al D.S.S.
- Si tiene in contatto radio continuo con il D.S.S. sulla frequenza alternativa del 118.

La ricognizione prevede un interscambio di informazioni continuo e dinamico tra i membri dell'equipaggio sul posto pur nel rispetto della precisa identità del proprio ruolo.

Poiché le frequenze-radio del ponte 118, comunemente utilizzate, potrebbero non essere in grado di rispondere all'incremento delle comunicazioni durante una maxiemergenza, con il rischio di perdere il controllo delle unità sul teatro dell'intervento, il D.S.S. sceglierà un canale di frequenza alternativa dedicato alle maxiemergenze (118, a seconda degli apparecchi portatili presenti sul posto) che sarà utilizzato in diretta esclusivamente nell'area dell'evento.

2° fase: INTERVENTO SANITARIO

Medico della 1° M.S.A. (D.S.S.):

- Resta in collegamento con il Comandante della Polizia e dei VV.FF. (comando/controllo)
- Delega compiti chiave ad altri operatori del Servizio Sanitario
- Si assicura che le comunicazioni siano adeguate
- Effettua una valutazione della scena ma non deve essere coinvolto nell'assistenza diretta ai pazienti
- Stabilisce il collegamento con la C.O. ecc.
- Si assicura che venga messo in atto il triage primario efficace e che i ruoli chiave assegnati vengano puntualmente eseguiti
- **Nel caso l'H.E.M.S. arrivi successivamente alla 1° M.S.A. di terra, l'equipaggio dell'H.E.M.S. farà riferimento al 1° Medico arrivato sul posto, che resta comunque il D.S.S.**

Infermiere della 1° M.S.A. (Responsabile dell'Area di raccolta):

- Individua il posto di attesa delle ambulanze
- Allestisce ed organizza l'Area di raccolta (materiale sanitario e farmaci)
- Inizia il trattamento sanitario (medicazioni, accessi venosi, etc.)
- Affianca, una volta terminato il lavoro nell'Area di raccolta, il Medico e l'Infermiere Professionale del P.M.A. nel trattamento e nella stabilizzazione dei feriti
- Resta in comunicazione radio continua con il D.S.S.

Medico della 2° M.S.A. (Responsabile del P.M.A.):

- Assume la responsabilità della costituzione e gestione del P.M.A. secondo direttive del D.S.S.
- Prende le consegne, anche via radio, sulla situazione dei feriti dall'Infermiere Professionale della 1° M.S.A.
- Esegue il triage secondario utilizzando le apposite schede di triage e trattamento
- Esegue il trattamento e la stabilizzazione dei pazienti (sempre utilizzando le apposite schede), coadiuvato dagli Infermieri Professionali della 2° e 1° M.S.A.
- Definisce le priorità di trasporto, il mezzo più idoneo e la categoria dell'Ospedale di destinazione dei feriti e riferisce al D.S.S. con il quale rimane in contatto radio continuo per le conseguenti disposizioni
- E' d'obbligo l'utilizzo da parte del Medico del Posto Medico Avanzato delle schede che sono le medesime di tipo cruciforme del triage primario; seguiranno il paziente nell'Ospedale di destinazione: la scheda ha valore legale di cartella clinica.

Infermiere della 2° M.S.A. (Responsabile dell'evacuazione):

- Affianca il Medico responsabile del P.M.A. nel trattamento e nella stabilizzazione dei feriti
- Mantiene aggiornata la situazione delle ambulanze (comunicazione radio con il D.S.S.)
- Conosce la situazione aggiornata di capacità di ricezione dei singoli Ospedali (comunicazione radio con il D.S.S.)
- Dirige le singole ambulanze verso gli Ospedali di destinazione (dopo comunicazione radio con il D.S.S. e il responsabile check point)
- Su delega del D.S.S. comunica alla C.O.: nome/cognome del paziente inviato (se disponibile), codice di invio, mezzo che trasporta, destinazione ospedaliera.

Compiti degli equipaggi delle M.S.A. estemporanee che arrivano successivamente sul luogo dell'evento

- Sintonizzano le loro radio portatili sul canale preferenziale utilizzato nell'Area di intervento (chiedono informazioni sulla frequenza radio da utilizzare al responsabile del check point)
- Il Medico della prima M.S.A. estemporanea arriva sul posto e si mette a disposizione del D.S.S.
- I Medici delle successive M.S.A. estemporanee si mettono in contatto con il D.S.S. che li indirizzerà secondo le necessità del momento (affiancamento dell'equipe in prima linea, affiancamento dell'equipe in P.M.A., etc)
- Gli Autisti delle ambulanze restano accanto ai loro mezzi, in ascolto radio sulla frequenza ponte della C.O. 118, prendendo disposizioni dal responsabile del check point, a sua volta in comunicazione radio con il D.S.S.

Compiti degli equipaggi dei M.S.B. che arrivano successivamente sul luogo dell'evento

- Gli Autisti restano sui mezzi nel posto di attesa designato per le ambulanze e si mettono a disposizione del responsabile del check point, restando in ascolto radio sulla frequenza ponte della C.O.
- I soccorritori si mettono a disposizione del D.S.S. per le operazioni che si renderanno opportune

Compiti degli equipaggi degli H.E.M.S. che arrivano successivamente sul luogo dell'evento

- Sintonizzano le loro radio portatili sul canale preferenziale utilizzato nell'Area di intervento (chiedono informazioni sulla frequenza radio da utilizzare al responsabile del check point)
- I Medici e gli Infermieri degli H.E.M.S. si mettono in contatto con il D.S.S. che li indirizzerà secondo le necessità del momento (verosimilmente affiancamento dell'equipe in P.M.A.)

- I Piloti degli elicotteri restano accanto ai loro mezzi, in ascolto radio sulla frequenza ponte della C.O. 118, prendendo disposizioni dal responsabile del check point.

Il Primo Messaggio Critico - METHANE

M	Mio nominativo radio / nome / ruolo Major Incident	"Attendere" o "Dichiarato" STANDBY - DECLARED)
E	Esatta locazione	Riferimento di griglia
T	Tipo d'incidente	Stradale, conflitto a fuoco, bomba, etc.
H	Hazards (Pericoli)	Effettivi e potenziali
A	Accesso	Da che direzione arrivare
N	Numero di feriti	E la loro gravità/tipo
E	Servizi d'Emergenza	Presenti in loco e necessari

Triage primario e secondario

- Primario - "Triage **Sieve**"
 - Prima decisione sul luogo di ritrovamento
 - Paramedici / *Personale medico*
- Secondario - "Triage **Sort**"
 - Decisioni successive alla CCS
 - *Personale Medico / Paramedici qualificati*

9

Triage Priorità

"P"	"T"	Descrittivo	Colore
1	1	Immediate	Rosso
2	2	Urgent	Giallo
3	3	Delayed	Verde
1 Hold	4	Expectant	Blu (non standard)
Morto	Morto	Morto	Bianco o Nero

11

TRIAGE PRIMARIO: commenti e considerazioni

1. Va considerato il tempo a disposizione per l'esame di ogni singolo paziente: 1 minuto.
2. L'obiettivo è quello di valutare tutti i feriti nel minor tempo possibile.
3. Diventa quindi fondamentale una rigorosa valutazione secondo lo schema ABC.

Se il paziente **cammina** significa:

- che il paziente è cosciente (A)
- che il paziente respira (B)
- che il paziente ha un polso valido (C).

Siamo di fronte ad un codice verde (T3), verrà rivalutato con il triage secondario al P.M.A.

Se il paziente **non respira** significa:

- che lo stato neurologico è probabilmente deteriorato
- che il paziente ha scarse o nulle possibilità di sopravvivenza
- che le manovre rianimatorie tentabili in pazienti di questo tipo **bloccherebbero in maniera catastrofica** (per i pazienti che potrebbero essere realmente salvati e che attendono il nostro intervento) **il triage primario** e, in definitiva, l'intero intervento sanitario.

Siamo di fronte ad un paziente che deve essere considerato un codice nero.

Se il paziente **respira, ma non cammina**, andiamo a valutare la frequenza respiratoria:

- se la frequenza respiratoria è <10 o è > 29 atti/min: vi è un problema respiratorio che deve essere immediatamente trattato per garantire la sopravvivenza del paziente (es. pneumotorace iperteso).

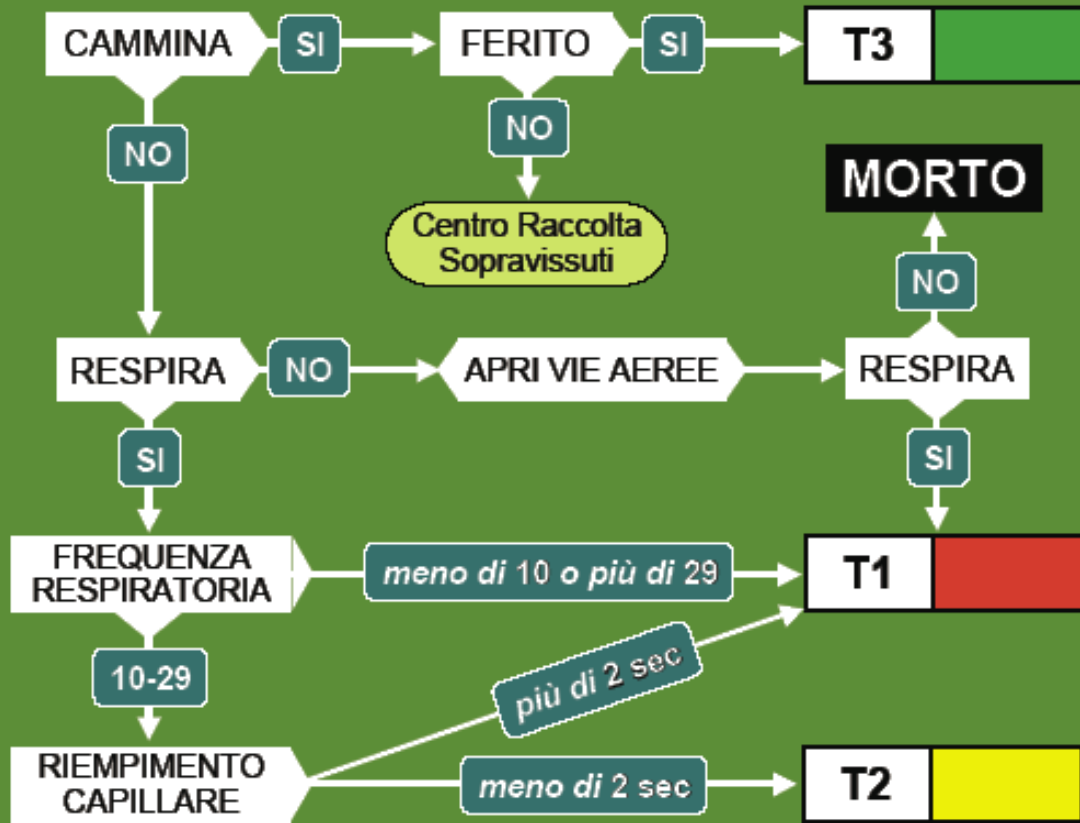
Siamo di fronte ad un paziente che deve essere considerato un codice rosso (T1).

- se la frequenza respiratoria è >10 o è <29 atti/min è una frequenza respiratoria normale, perciò va valutata immediatamente anche la frequenza cardiaca.

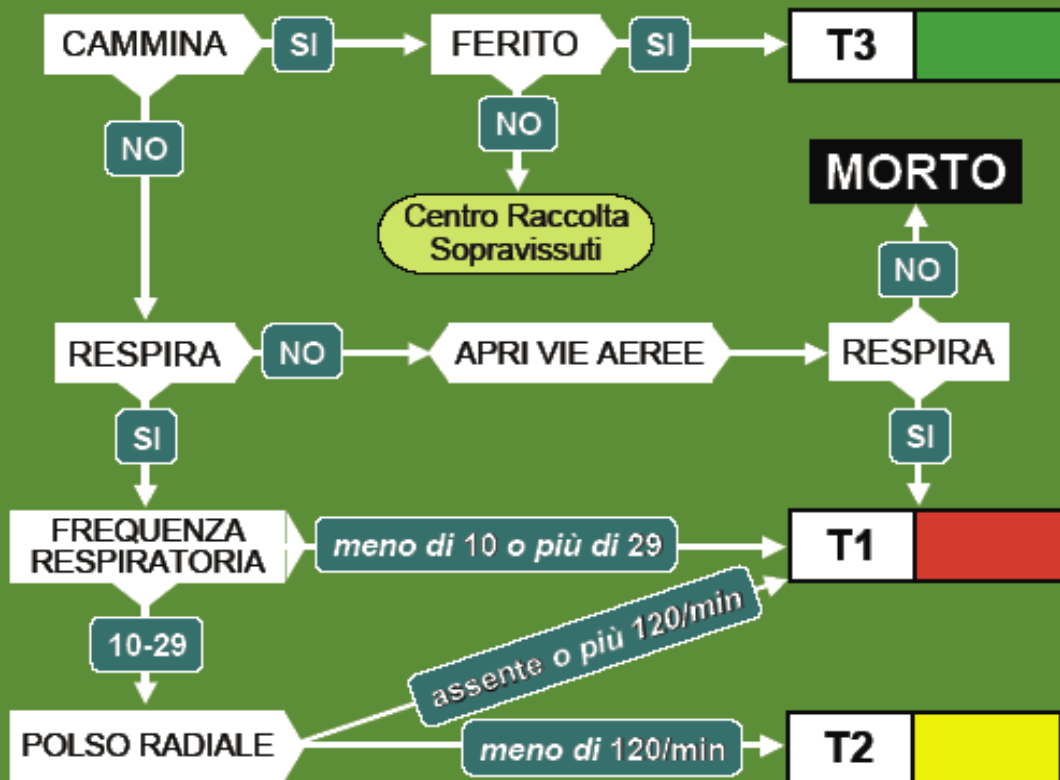
Se il paziente **non cammina, ma respira normalmente** andiamo a valutare la frequenza cardiaca:

- se la frequenza cardiaca è >120 battiti/min: è un paziente con instabilità emodinamica (es. shock ipovolemico) potenzialmente letale; **siamo di fronte ad un paziente che deve essere considerato un codice rosso (T1)**
- se la frequenza cardiaca è <120 battiti/min è un paziente probabilmente stabile da un punto di vista emodinamico e respiratorio: **siamo di fronte ad un codice giallo (T2).**

Triage SIEVE (triage primario)



Triage SIEVE (triage primario)



Triage SIEVE - note

- Feriti deambulanti ricevono subito la categoria **T3**
- Feriti che non respirano nonostante semplici manovre sulle vie aeree, sono **morti**
- Feriti con FR ≥ 30 oppure ≤ 10 , sono **T1**
- Feriti con tempo di riempimento capillare superiore a 2 secondi, sono **T1**
- In condizioni di freddo, la valutazione del circolo va aggiustata; in condizioni estreme può essere utilizzata la FC ($> 120/\text{min}$ = tempo riempimento > 2 sec)

31

TRIAGE SECONDARIO: commenti e considerazioni

1. Il triage secondario SORT si esegue al PMA da personale medico e paramedico qualificato.
2. E' basato sulla valutazione di tre soli parametri: **frequenza respiratoria, pressione arteriosa sistolica, Scala Glasgow per il coma** a cui vengono assegnati dei valori.

LISTA MATERIALE D.I.M. **(DISPOSITIVO DI INCIDENTE MAGGIORE)**

Materiale per immobilizzazione e trasporto (colore verde):

- 10 tavole spinali
- 10 set di contenimento per spinale (base per ancoraggio fermacapo / fermacapo / ragno)
- 10 barella cucchiaio
- 10 set contenimento per cucchiaio (3 cinghie per ognuna)
- 4 materassini a depressione
- 30 collari cervicali regolabili
- 20 teli isotermici
- 10 lettini in alluminio per P.M.A.

Materiale per supporto cardiocircolatorio (colore rosso):

- 10 lacci emostatici
- 10 lacci emostatici arteriosi per braccio e per gamba
- 1 confezione disinfettante in salviette monouso
- 30 doppie vie di infusione (rubinetti)
- 20 flaconi di Emagel da 500 cc
- 100 sacche di soluzione di Ringer Lattato da 500 cc
- 50 sacche di soluzione fisiologica da 500 cc
- 50 sacche di soluzione glucosata al 5% da 250 cc
- 250 aghi cannula di varie misure (G14 50 / G16 50 / G18 50 / G20 50 / G22 50)
- 100 deflussori per infusioni
- 50 telini sterili da 45 x 75 cm
- 20 fili da sutura 3/0 montati – 10 set sutura (pinza chirurgica / forbici / portaghi)
- 20 nastri adesivi in tela da 2,5 cm
- 50 confezioni di garze sterili (10 x 10)
- 10 confezioni di garze non sterili (20 x 20 cm)
- 10 rotoli di Peha-haft da 8 x 20 cm e 10 rotoli di Peha-haft da 15 x 20 cm
- 300 siringhe di varie misure (5 cc 100 / 10 cc 100 / 20 cc 100)
- 25 siringhe da insulina
- 5 spremisacche per infusione rapida
- 15 cateteri vescicali (14 G 5 / 16 G 5 / 18 G 5)
- 30 lubrificanti monodose
- 40 paia di guanti chirurgici sterili di varie misure (mis 7 20 / mis 8 20)
- 5 set per la puntura sovrapubica.

Materiale per supporto respiratorio (colore blu):

- 40 tubi endotracheali adulti e pediatrici (n° 7,5 10 / n° 7 10 / n° 6,5 10 / n° 5 5 / n° 4 5)
- 10 nastri adesivi in tela da 2,5 cm
- 40 cateteri mount (tubi corrugati)
- 60 sondini di aspirazione di varie misure (20 verdi, 20 rossi, 20 blu)
- 20 siringhe da aspirazione 60 cc. a cono grande
- 6 Trocar (n° 12 3 / n° 16 3)
- 10 mandrini per intubazione (adulto – mis. M 5 / pediatrico 5)
- 60 cannule di Guedel di varie misure (n° 2 20 / n° 3 20 / n° 4 10 / pediatrica 10)
- 40 filtri antibatterici per circuito respiratorio
- 40 tubi di raccordo per ossigeno
- 10 tubi gastroduodenali a doppio lume
- 30 sacchetti raccolta secreti.

Materiale per il management chirurgico e per medicazione:

- 15 set per emostasi profonda, monconi amputati
- 20 bisturi di varia misura
- 10 flaconi di disinfettante non alcolico
- 10 contenitori per lo smaltimento di taglienti / pungenti (aghibox)
- 100 aghi monouso 19 G e 21 G
- 10 contenitori per arti amputati
- 5 flaconi di H₂O₂ da 500 cc a 12 volumi
- 10 flaconi Xylocaina 2%
- 50 confezioni ghiaccio istantaneo monouso
- 10 contenitori per lo smaltimento dei rifiuti ospedalieri + sacchetti.

Materiale vario

- dispositivi di protezione individuale: occhiali (10), mascherine (2 confezioni), camici monouso (15)
- 1 scatola di guanti in nitrile monouso per misura: S - M - L - XL
- 36 bottiglie d'acqua naturale
- 10 batterie torcia 1,5 V, 30 batterie mezza torcia 1,5 V e 10 batterie stilo
- 10 elmetti di protezione
- 10 teli polietilene 6 x 4 m
- 10 torce frontali a luce fredda (4 led)
- 10 piantane portaflebo.

Carrello di trasporto D.I.M.

Farmaci

ADRENALINA	fl 1 mg/ml	n° 100
ATROPINA	fl 1 mg/ml	n° 70
AMINOFILLINA	fl 240 mg/10ml	n° 30
BETAMETASONE	fl 4 mg/2ml	n° 30
SODIO BICARBONATO	fl 10 mEq/10ml	n° 30
DIAZEPAM	fl 10 mg/2ml	n° 50
CALCIO CLORURO	fl 20%/5ml	n° 30
FLUMAZENIL	fl 1 mg/10ml	n° 25
MIDAZOLAM	fl 15 mg/15ml	n° 25
PROMETAZINA	fl 50 mg/2ml	n° 25
CLORPROMAZINA	fl 50 mg/2ml	n° 25
GLUCOSIO 33%	fl 10 ml	n° 50
FUROSEMIDE	fl 20 mg/2ml	n° 25
NALOXONE	fl 0,4 mg/1ml	n° 25
DOPAMINA	fl 200 mg/5ml	n° 50
METILPREDNISOLONE	fl 1 gr/16ml	n° 50
KETOROLAC-TROMETAMINA	fl 30 mg/1ml	n° 100
MORFINA	fl 10 mg/1ml	n° 25
KETAMINA	fl 500 mg/10ml	n° 20
SUCCINILCOLINA	fl 500 mg/10ml	n° 50
PROPOFOL	fl 10 mg/ml	n° 25
VECURONIO	fl 4 mg/ml	n° 25
FENTANYL	fl 0,05 mg/ml	n° 25
ALOPERIDOLO	2mg/2ml	n° 25

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>QUANTITA'</i>
ADALAT	50 cpr
ADRENALINA	20 fl
AMINOMAL	9 fl
ANEXATE	4 fl
ASCRIPTIN	1 confez.
ATROPINA SOLFATO	20 fl
BENTELAN 4 mg	12 fl
BUSCOPAN	10 fl
CALCIO CLORURO	10 fl
CARBOCAINA 2%	10 fl

CATAPRESAN fl	1 confezione.
COMPENDIUM gtt	2 confezioni.
CORDARONE	15 fl
DIAZEPAM	20 fl
DIPRIVAN	2 confezioni.
FARGANESSE	10 fl
FLECTADOL 500 mg	1 confezione.
FUROSEMIDE	20 fl
GLUCOSIO 33%	10 fl
IPNOVEL 15 mg	10 fl
ISOPTIN	5 fl
LANOXIN	1 confezione.
LIDOCAINA CLORIDRATO	1 confezione.
MIDARINE	2 confezioni.
NALOXONE CLORIDRATO	2 confezioni.
NATISPRAY	2 confezioni.
NORCURON	2 confezioni.
PLASIL	20 fl
REVIVAN	10 fl
SOFARGEN pom	3 confezioni.
SOLU-MEDROL 1 gr	10 fl
TORADOL	5 confezioni.
VENITRIN	20 fl
VENTOLIN	5 fl
VENTOLIN SPRAY	2 confezioni.
EMAGEL 500 cc	10
GLUCOSATA 5% 500 cc	5
RINGER LATTATO 500 cc	20
SODIO CLORURO 10 cc	20
SODIO CLORURO 250 cc	20
SODIO CLORURO 500 cc	20

**COMPITI DEL 1° INFERMIERE DI CENTRALE OPERATIVA IN
OCCASIONE DI UNA MAXIEMERGENZA SUL TERRITORIO
PROVINCIALE:**

1. Invia l'M.S.B. più vicino al target Quale? _____
2. Invia l'M.S.A. competente per area e comunica all'associazione lo stato di pre-allarme del piano maxiemergenza Quale? _____
3. Invia l'Elisoccorso (011/4018143) Quale? _____
4. Allerta: 115 Quale? _____
- Specificando il tipo di incidente per eventuale invio nucleo NBCR**
- 115 Quale? _____
- Specificando il tipo di incidente per eventuale invio nucleo NBCR**
- 112 Quale? _____
- 113 Quale? _____
- VV.UU. Quale? _____
- 117 Quale? _____
- Soccorso Alpino (C.N.S.A.S.) (011/4018143 - 011/4018149) Quale? _____
- NBCR (115) Quale? _____

**COMPITI DEL 2° INFERMIERE DI CENTRALE OPERATIVA IN
OCCASIONE DI UNA MAXIEMERGENZA SUL TERRITORIO
PROVINCIALE:**

1	Si colloca in posizione “filtro”, risponde a <u>tutte</u> le telefonate in arrivo e trasmette ai colleghi solo le informazioni utili al loro compito immediato.
2	Gestisce le emergenze ordinarie e i mezzi disponendo per queste ultime comunicazioni esclusivamente via cavo (quando possibile) fino al termine della maxiemergenza.
3	I codici bianchi e verdi (non traumatici e traumatici di lieve entità) vengono inoltre differiti al termine dell'intervento di maxiemergenza.

COMPITI DEL MEDICO DI CENTRALE OPERATIVA IN OCCASIONE DI UNA MAXIEMERGENZA SUL TERRITORIO PROVINCIALE:

1. Invia l'M.S.A. di area limitrofa e comunica all'associazione l'attivazione del piano maxiemergenza Quale? _____
2. Disloca in posizione baricentrica l'M.S.A. restante e comunica all'associazione l'attivazione del piano maxiemergenza Quale? _____
3. Allerta l'Unità di Crisi:
 - Responsabile Sanitario
 - A.F.D.
 - Medico Reperibile 118 Quale? _____
 - Infermiere Professionale Reperibile 118 Quale? _____
4. Comunica la possibilità di massiccio afflusso di feriti a: (*spedire eventuale fax*)
 - DEA Verbania (0323/541219 fax 0323/541396)
 - DEA Domodossola (0324/491233 fax 0324/491321)
 - PS Omegna (0323/868210 fax 0323/868250)
 - Direzione Sanitaria Verbania (0323/541243 fax 0323/541399)
 - Direzione Sanitaria Domodossola (0324/491443 fax 0324/491365)
5. Comunica alla Prefettura l'attivazione del piano maxiemergenza (0323/511515 fax 0323/502461)
6. Comunica alla C.O. di Torino l'attivazione del piano maxiemergenza provinciale (011/4018111)
Specificando il tipo di incidente per eventuale invio nucleo NBCR
7. Comunica alla C.O. di Novara l'attivazione del piano maxiemergenza provinciale (0321/462130)
8. Comunica alla C.O. di Varese l'attivazione del piano maxiemergenza provinciale (0332/813152)
9. Comunica al Servizio di Protezione Civile della Provincia del V.C.O. l'attivazione del piano maxiemergenza provinciale (0323/4950300)

- 10.** Attiva il piano di allertamento interno alle associazioni sede delle M.S.A. ed eventualmente richiede M.S.B. estemporanee:
- Domodossola (0324/249779) Quale? _____
- Omegna (0323/883076) Quale? _____
- Verbania (0323/556161 CRI – 0323/556000 CV) Quale? _____
- 11.** Costituisce l'M.S.A. estemporanea di zona:
- Medico Quale? _____
- Infermiere Professionale Quale? _____
- Mezzo + Equipaggio Quale? _____
- 12.** Costituisce l'M.S.A. estemporanea di zona limitrofa:
- Medico Quale? _____
- Infermiere Professionale Quale? _____
- Mezzo + Equipaggio Quale? _____
- 13.** Attiva eventualmente il Centro Mobile di Rianimazione per trasferimenti in Ospedali Competenti:
- Medico Quale? _____
- Infermiere Professionale Quale? _____
- Mezzo + Equipaggio Quale? _____
- 14.** Valuta la necessità di utilizzo delle H 24:
- S11 (Squadra Nautica Verbania 0323/519100)
- S12 (Verbania: CRI 0323/556161 / CV 0323/556000)
- S13 (ANPAS Villadossola 0324/575113)
- S14 (CRI Cannobio 0323/70708)
- S15 (ANPAS Gravellona Toce 0323/865524)
- S16 (ANPAS S.Maurizio d'Op. 0322/950044)
- 15.** Al termine dei precedenti punti affianca l'infermiere professionale in gestione mezzi e resta in comunicazione continua con il D.S.S. presente sul luogo dell'evento.

NB: il Medico di Centrale e il 1° Infermiere vengono immediatamente affiancati nei loro compiti dal Responsabile Sanitario e dall'A.F.D. dell'unità di crisi non appena questi raggiungono la C.O.

MODULO DA TRASMETTERE VIA FAX AGLI OSPEDALI
(DEA E PS) E DIREZIONI SANITARIE
IN CASO DI MAXIEMERGENZA

Dalla Centrale Operativa 118 V.C.O.
Al Medico di Guardia DEA / PS
Al Direttore Sanitario

Si comunica attivazione del piano maxiemergenza.

Attivare le seguenti procedure:

- Preparazione per possibile massiccio afflusso di feriti
- Attivazione di personale (Medici, Infermieri Professionali, Tecnici) ed attrezzature per eventuali interventi ospedalieri.

Seguiranno ulteriori informazioni organizzative ed operative.

Data ____/____/____ ore ____:____

Trasmesso da _____

Ricevuto da _____

MODULO DA TRASMETTERE VIA FAX
ALLA PREFETTURA
IN CASO DI MAXIEMERGENZA

Dalla Centrale Operativa 118 V.C.O.
Alla Prefettura del V.C.O.

Si comunica attivazione del piano maxiemergenza.

Seguiranno ulteriori informazioni organizzative ed operative.

Data ____/____/____ ore ____:____

Trasmesso da _____

Ricevuto da _____

LISTA MATERIALE PER LE M.S.A. DA UTILIZZARE IN CASO DI MAXIEMERGENZA

Ogni M.S.A. sarà provvista di materiale suddiviso in moduli da distribuire in Zaini e Casse e da utilizzare in caso di Maxiemergenza.

Di seguito si presenta il Materiale necessario per ogni M.S.A.

MODULO DI RIANIMAZIONE:

<i>DESCRIZIONE</i>		<i>QUANTITA'</i>
AGHI CANULA	G 14	15
	G 16	10
	G 18	10
	G 20	5
	G 22	5
AMBU	ADULTI	5
	PEDIATRICI	2
BATTERIE	MEZZA TORCIA 1,5 V	10
	STILO 1,5 V	10
CANNULA DI GUEDEL	n° 2	4
	n° 3	8
	n° 4	4
	PEDIATRICA	4
CATETERE DI MOUNT		7
FILTRO (NASO ARTIFICIALE)		7
FONENDOSCOPIO		2
LACCIO DI ESMARCH		2
LACCIO EMOSTATICO JETPULL		10
LARINGOSCOPIO SET	ADULTO	2
	PEDIATRICO	1
LUBRIFICANTE MONODOSE		10
MANDRINO	ADULTO (mis. M)	3
	PEDIATRICO	2
MASCHERA FACCIALE	n° 2	2
	n° 3	5
	n° 4	2
	PEDIATRICA	3
MASCHERE O ₂ CON RESERVOIR		15
NASTRO ADESIVO IN TELA 2,5 cm		5
PEHA-HAFT 5 cm		3
PINZA DI MAGIL	ADULTO	2
	PEDIATRICO	1
SACCHETTI RACCOLTA LIQUIDI K9		7
SIGMOMANOMETRO		2
SIRINGHE DA 10 cc		10
SONDINO D'ASPIRAZIONE VERDE		7
SUCCLAVIE		3

TELO ISOTERMICO		15
TROCAR	n° 12	1
	n° 16	1
TUBI ENDOTRACHEALI	n° 7,5	4
	n° 7	4
	n° 6,5	4
	n° 5	2
	n° 4	2
TUBI DI RACCORDO PER OSSIGENO		7
TUBI GASTRODUODENALI DOPPIO LUME		7

MODULO DI MEDICAZIONE:

<i>DESCRIZIONE</i>		<i>QUANTITA'</i>
BISTURI MONOUSO		10
FILO DA SUTURA IN SETA	2/0	5
	3/0	10
	4/0	5
GARZE	20 x 20 cm	5 confez.
	10 x 10 cm	5 confez.
GUANTI CHIRURGICI STERILI	mis. 7	5
	mis. 7,5	10
	mis. 8	5
GUANTI IN NITRILE	mis. S	200
	mis. M	200
	mis. L	200
	mis. XL	100
KOKER		3
MEFIX MEDIO		1
NASTRO ADESIVO IN TELA	2,5 cm	10
	5 cm	10
PEHA-HAFT	8 x 20 cm	10
	15 x 20 cm	10
RASOIO		10
SET SUTURA	PINZA CHIRURGICA	3
	FORBICE	3
	PORTAGHI	3
TELINI STERILI MONOUSO		5

MODULO MATERIALE DI CONSUMO:

<i>DESCRIZIONE</i>		<i>QUANTITA'</i>
AGHI 18 G		1 confez.
AGHIBOX		4
BOMBOLE O ₂ DA LITRI 5		2
COLLARI REGOLABILI		10
DEFLUSSORI		25
DEFLUSSORI / GOCCIOLATORI		10
ELMETTI		2

IMMOBILIZZATORI MODELLABILI PER ARTI	3 set
RUBINETTI A 3 VIE	10
SACCHI SALMA	5
SIRINGHE DA:	5 cc
	10 cc
	20 cc
SONDINI D'ASPIRAZIONE (VARIE MISURE)	15
TORCE FRONTALI A LUCE FREDDA (4 LED)	4

MODULO FARMACI:

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>QUANTITA'</i>
ADALAT	50 cpr
ADRENALINA	20 fl
AMINOMAL	9 fl
ANEXATE	4 fl
ASCRIPTIN	1 confez.
ATROPINA SOLFATO	20 fl
BENTELAN 4 mg	12 fl
BUSCOPAN	10 fl
CALCIO CLORURO	10 fl
CARBOCAINA 2%	10 fl
CATAPRESAN fl	1 confez.
COMPENDIUM gtt	2 confez.
CORDARONE	15 fl
DIAZEPAM	20 fl
DIPRIVAN	2 confez.
FARGANESSE	10 fl
FLECTADOL 500 mg	1 confez.
FUROSEMIDE	20 fl
GLUCOSIO 33%	10 fl
IPNOVEL 15 mg	10 fl
ISOPTIN	5 fl
LANOXIN	1 confez.
LIDOCAINA CLORIDRATO	1 confez.
MIDARINE	2 confez.
NALOXONE CLORIDRATO	2 confez.
NATISPRAY	2 confez.
NORCURON	2 confez.
PLASIL	20 fl
REVIVAN	10 fl
SOFARGEN pom	3 confez.
SOLU-MEDROL 1 gr	10 fl
TORADOL	5 confez.
VENITRIN	20 fl
VENTOLIN	5 fl
VENTOLIN SPRAY	2 confez.
EMAGEL 500 cc	10

GLUCOSATA 5% 500 cc	5
RINGER LATTATO 500 cc	20
SODIO CLORURO 10 cc	20
SODIO CLORURO 250 cc	20
SODIO CLORURO 500 cc	20

PETTORINE:

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>COLORE</i>	<i>CHI LA INDOSSA?</i>	<i>QUANTITA'</i>
DIRETTORE SOCCORSI SANITARI	ROSSA	MEDICO 1° M.S.A.	1
DIRETTORE TRIAGE	GIALLA	MEDICO	1
DIRETTORE P.M.A.	BIANCA	MEDICO 2° M.S.A.	1
INFERMIERE AREA DI RACCOLTA	BLU	INFERMIERE 1° M.S.A.	1
INFERMIERE P.M.A.	BIANCA	INFERMIERE 2° M.S.A.	1
DIRETTORE TRASPORTI	VERDE	AUTISTA 1° M.S.A.	1
RESPONSABILE MEZZI	VERDE	AUTISTA 2° M.S.A.	1
COORDINATORE AREA DI RACCOLTA SANITARI	BLU ARANCIONE	BARELLIERE 2° M.S.A. SANITARI	1 10

APPARECCHI RADIO:

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>QUANTITA'</i>
RADIO PORTATILI CON MICROFONO ESTERNO	10
CARICA-BATTERIA RADIO PORTATILI	10
BATTERIE DI SCORTA PER RADIO PORTATILI	10
CUSTODIE DI PROTEZIONE	10

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE:

<i>DESCRIZIONE</i>
MASCHERINE
OCCHIALI
CAMICI MONOUSO

VARIE:

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>QUANTITA'</i>
PENNARELLI INDELEBILI	10
LAVAGNA	
ZAINI TRIAGE	2
CASSE	

SCHEDE TRIAGE (tipo cruciforme).