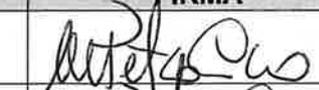
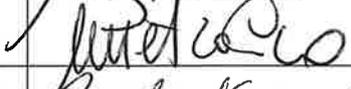
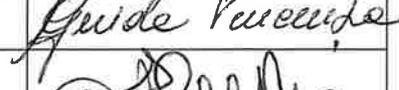
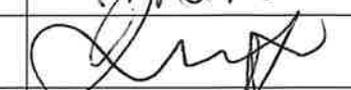


P.E.I.M.A.F.

PIANO EMERGENZE INTERNO PER MASSICCIO AFFLUSSO FERITI

VERSIONE	DATA	MOTIVO DELLA REVISIONE
01.00	Giugno 2012	Prima edizione del documento
01.01	Aprile 2015	Revisione per modifica delle figure responsabili di funzione
01.02	Novembre 2016	Revisione per adeguamento direttiva SSR
01.03	Dicembre 2012	Revisione per modifica delle figure responsabili
01.04	Novembre 2018	Revisione per modifica delle figure responsabili
01.05	Maggio 2020	Revisione per modifica delle figure responsabili
01.06	Giugno 2022	Revisione per modifica delle figure responsabili e dei moduli allegati
01.07	Giugno 2022	Revisione procedura e modulo EMER PS 23 SCHEDA TRAUMA.docx
01.08	Maggio 2024	Revisione per modifica delle figure responsabili e cambio della Società

GRUPPO DI LAVORO		
RUOLO	RESPONSABILI	FIRMA
Responsabile gruppo di lavoro	Dr.ssa M. Petrolino	
Medico Responsabile Pronto Soccorso DEA I livello	Dr.ssa M. Petrolino	
Infermiere Responsabile Pronto Soccorso DEA I livello	V. Guida	
Risk Manager	Dr.ssa E. Papi	
Direzione Sanitaria	Dr.ssa P. Rossi	
Bed Manager	Dr. P. Innocenti	
Responsabile Chirurgia Generale	Dott. Francesco Sammartino	
Responsabile Medicina Generale	Dott. Amerigo Testa	
Responsabile Qualità	A. Zaza	



Sommarario

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
2. RIFERIMENTI	3
3. TERMINI E DEFINIZIONI	4
4. IDENTIFICAZIONE UNITA' DI CRISI	7
5. COMITATO MAXI – EMERGENZE	7
6. FIGURE COINVOLTE E RIFERIMENTI	8
7. RESPONSABILITÀ	9
8. MODALITA' OPERATIVE	9
8.1 TRIAGE FAST	9
8.2 PRESIDI E MATERIALI PER LA GESTIONE DELLE MAXI - EMERGENZE	11
8.2.1 MATERIALE EMERGENZA BLOCCO OPERATORIO	12
8.3. FASI DEL PEIMAF	13
8.3.1 FASE DI ATTIVAZIONE	13
8.3.2. FASE ESECUTIVA	14
8.3.3. CAPACITA' RICETTIVA DEL PRONTO SOCCORSO E DELLA SALE OPERATORIE NELLE PRIME TRE ORE	16
8.3.4. GESTIONE DEI POSTI LETTO	16
8.3.5. ALLERTA - ATTIVAZIONE BLOCCHI OPERATORI	16
8.3.6. FASE DI TERMINE EMERGENZA E DI NORMALIZZAZIONE	16
9. FASI DI ATTIVAZIONE INTERVENTO PSICOLOGICO	16
9.1 FASE DI ATTIVAZIONE	16
9.2 DEFINIZIONE DELLE PRIORITÀ DI INTERVENTO	17
9.3 SCHEDA ASSISTENZA VITTIME	17
9.4 SCHEDA ASSISTENZA FAMILIARI	18
10. RECAPITI TELEFONICI SERVIZI ESTERNI DI EMERGENZA	19
11. ALLEGATI	19



1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La necessità di una pianificazione dell'Emergenza Interna scaturisce dall'esigenza di dover soccorrere un gran numero di feriti a seguito di un evento classificabile come incidente maggiore ovvero catastrofe naturale, tecnologica-antropica o conflittuale-sociologica.

Pertanto Aurelia Hospital S.r.l., in ottemperanza alle raccomandazioni in merito espresse dal Ministero della Salute e dalle Autorità Regionali ed in considerazione delle peculiarità strutturali e di organizzazione del lavoro aziendali, ha elaborato il Piano di Emergenza Interno per il Massiccio Afflusso di Feriti (di seguito PEIMAF).

Tramite il PEIMAF viene predisposta ed ordinata la catena di interventi da attuare all'interno della Casa di Cura Aurelia Hospital per accogliere un massiccio afflusso di feriti.

In esso vi sono descritte le modalità operative tramite le quali la Casa di Cura Aurelia Hospital provvede:

- all'accettazione contemporanea di un elevato numero di vittime (intendendo con tale termine feriti, illesi e deceduti);
- all'erogazione di cure corrette, qualificate e adeguate al tipo di lesione che presentano i feriti ovvero di assistenza appropriata ed opportuna agli illesi.

L'obiettivo principale è quello di offrire il trattamento più appropriato al maggior numero di pazienti. Questo obiettivo prevede la riorganizzazione temporanea e immediata della struttura che accoglie i feriti, così da ottimizzare le risorse disponibili.

Il PEIMAF risponde ai seguenti requisiti di base:

- è stato progettato - per quanto riguarda la prima fase di attuazione - sulle strutture ed organici esistenti, per consentire alla Casa di Cura Aurelia Hospital di essere operativa senza ritardi di attuazione e senza aggravio di costi. Nel caso in cui l'attività d'emergenza dovesse protrarsi per diversi giorni, dovrà essere concordata con le autorità sanitarie regionali l'integrazione o sostituzione del personale con altro proveniente da altre Aziende Sanitarie.
- è stato progettato per garantire lo stesso standard di assistenza anche nei periodi in cui possono verificarsi variazioni del numero del personale per ferie, festività o turni serali e notturni.
- è stato progettato per essere adattabile a qualunque tipo di emergenza e per garantire l'assistenza al più elevato numero di pazienti.

Tramite il presente documento la Casa di Cura Aurelia Hospital:

- identifica il personale, le competenze, le mansioni, le procedure e le risorse disponibili da mettere in atto durante le diverse fasi della risposta;
- attribuisce compiti e funzioni precise al personale sanitario e non sanitario, assegnando le responsabilità in rapporto a mansioni, competenze e funzioni;
- identifica le strutture ed aree idonee ed interessate, definendone le relazioni e le modalità di allestimento per l'accoglienza delle vittime;
- prevede come coordinare le azioni per mezzo di procedure ed istruzioni operative semplici e facilmente applicabili affinché venga eseguito un adeguato triage delle vittime, sia garantita l'attività di diagnosi, terapia ed eventuale ricovero;
- predispone l'organizzazione affinché durante le fasi di emergenza sia garantita la protezione degli operatori/lavoratori, delle persone presenti nella struttura e la continuità delle cure e dell'assistenza ai pazienti già ricoverati.

2. RIFERIMENTI

- Atto di intesa Stato-Regioni di approvazione delle Linee Guida sul Sistema di Emergenza Sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992;
- DM 15 Maggio 1992 n. 121 " Criterio e requisiti della classificazione degli interventi in emergenza";



- Dipartimento Della Protezione Civile: "Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi-emergenza - 1998;
- Dipartimento Protezione Civile: "Criteri di massima organizzazione dei soccorsi sanitari in caso di catastrofi" - 2001;
- Recepimento dell'Intesa della Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131, sul "Piano strategico nazionale per il supporto trasfusionale nelle maxiemergenze"
- Atto di Intesa Stato Regioni 01/08/2019 " Linee di indirizzo Nazionale sul nuovo Triage Intraospedaliero"; Presidenza del Consiglio dei Ministri - direttive del 28 giugno 2011: indirizzi operativi per l'attivazione e la gestione dei moduli sanitari in caso di catastrofi - sentenze ufficiali n. 250 del 26 Ottobre 2011.
- Dlgs 23 Febbraio 2020, n. 6 "Misure urgenti in materia di contenimento e gestioni delle emergenze epidemiologiche da Covid-19";
- DPCM 8 Marzo 2020 "Ulteriori misure straordinarie ed urgenti per contrastare l'emergenza epidemiologica da Covid-19 applicabile sull'interno territorio nazionale";
- DPCM 26 Aprile 2020 "Ulteriori disposizioni attuative del Dlgs 23 Febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid- 19, applicabili su tutto il territorio nazionale;
- DPCM 11 Giugno 2020 "Ulteriori disposizioni attuative Dlgs 25 Marzo 2020 n.19 recanti misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19 e del Dlgs del 16 Maggio 2020 n.33 recanti ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19;
- Ordinanza della Regione Lazio n. 9 del 17/03/2020 linee di indirizzo regionali - azione di fase IV- per la predisposizione dei piani di gestione territoriale da Covid-19;
- Delibera del Consiglio dei Ministri del 31/01/2020;
- Ordinanza Regione Lazio n. Z00034 del 18 Aprile 2020;
- Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 630 del 03/02/2020;
- Ministero dell'Interno " Misure operative per le componenti in strutture del servizio nazionale della Protezione Civile ai fini della gestione di altre emergenze concomitanti all'emergenza epidemiologica Covid-19;
- Documento Direzione Salute Regione Lazio del 22/06/2020 "Emergenza Covid-19 - identificazione precoce attiva delle infezioni da SARS- Cov 2 in specifici contesti assistenziali";
- Salute Lazio - Piano di emergenza interno per massiccio afflusso di feriti – Regione Lazio 2024

3. TERMINI E DEFINIZIONI

Ai fini del presente documento si utilizzano le seguenti definizioni ed acronimi:

- **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.

È 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:

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).

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).

Catastrofi Conflittuali e Sociologiche

- Atti terroristici;
- Sommosse;
- Conflitti armati internazionali;
- Uso di armi chimiche, biologiche e nucleari;
- Epidemie;
- Carestie;
- Migrazioni forzate di popolazioni (campi profughi);
- Incidenti durante spettacoli, feste e manifestazioni sportive.

- *Incidente Maggiore*: incidente che coinvolge un numero elevato di vittime in uno spazio confinato con territorio circostante conservato;
- *Calamità*: incidente che coinvolge un numero elevato di vittime in uno spazio esteso con interessamento del territorio circostante;
- *Dispositivo di intervento*: complesso di risorse umane e materiali utilizzate globalmente per la risposta all'evento;
- *Modulo di intervento*: aggregazione strutturale o funzionale di dotazioni e/o mezzi e/o personale con una specifica funzione, che costituisce un elemento attivabile per la formazione del Dispositivo di Intervento;
- *Area dell'evento*: area direttamente interessata dall'evento, comprende esclusivamente la parte di territorio colpita dall'evento o in cui si trovano i mezzi e/o le strutture coinvolti nell'evento;
- *Fronte dell'evento*: zona estesa, comprendente più aree di evento anche non contigue, su cui si è manifestata la calamità;
- *Area di sicurezza*: zona immediatamente circostante l'area dell'evento, di dimensioni commisurate all'entità del pericolo residua, da mantenersi sgombra.
- *Posto Medico Avanzato (PMA)*: dispositivo di selezione e trattamento sanitario delle vittime, localizzato ai margini esterni dell'area di sicurezza o in una zona centrale rispetto al fronte dell'evento;
- *Area di Raccolta*: area, localizzata nell'area di sicurezza, destinata al concentramento delle vittime nei casi in cui non viene attivato un PMA;
- *Area Mezzi di Soccorso*: area adiacente al PMA o all'area di raccolta riservata all'afflusso, alla sosta ed al deflusso delle ambulanze;



- *Squadre di Soccorso*: unità comprendenti personale sanitario e utilizzate per il recupero degli infortunati e il trasporto al posto medico avanzato;
- *Posto Comando Soccorso Sanitario (PCSS)*: struttura di coordinamento del soccorso sanitario che coordina l'attività del dispositivo di intervento e che mantiene i contatti con la Centrale Operativa;
- *Vittima*: persona coinvolta nell'evento comprende feriti, illesi e deceduti;
- *Triage*: processo di suddivisione dei pazienti in classi in base alla gravità delle lesioni ed alle priorità di trattamento e/o evacuazione;
- *Direttore dei Soccorsi Sanitari (DSS)*: medico presente sul posto responsabile di tutto il dispositivo di intervento sanitario;
- *Direttore del Triage*: Medico o Infermiere incaricato di effettuare il triage sulle vittime;
- *Direttore al Trasporto*: Infermiere o Operatore Tecnico incaricato di affidare i pazienti a ciascuna ambulanza in base alle priorità del triage;
- *Centrale Operativa (CO)*: Ove non diversamente specificato, è la Centrale Operativa del Servizio Urgenza ed Emergenza Medica - 118;
- *Livello di Allarme*: è lo stato di allertamento della Centrale Operativa. Il livello di allarme è lo stato di attivazione delle risorse aggiuntive rispetto a quelle ordinarie;
- *Ambulanza*: mezzo attrezzato per il trasporto terrestre, aereo o acqueo di feriti. Comprende autoambulanze, eliambulanze ed idro ambulanze;
- *Piano di Emergenza per il Massiccio Afflusso dei Feriti (PEIMAF)*: è il piano che deve essere adottato da ciascun ospedale nella previsione che a seguito di una grande emergenza vi sia un afflusso di feriti superiore a quello per cui è normalmente predisposto l'ospedale;
- *Piano di Emergenza ed Evacuazione (PEI-PEVAC)*: è il piano che deve essere adottato da ciascun ospedale nella previsione di un evento calamitoso che riguardi o coinvolga le strutture ospedaliere;
- *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 (i feriti dall'area di raccolta (piccola noria) per la selezione ed il trattamento (trriage 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:* tutte le strutture ospedaliere dovrebbero avere predisposto un piano intraospedaliero per il massiccio afflusso di feriti.

4. IDENTIFICAZIONE UNITA' DI CRISI

RUOLO	IDENTIFICATO	SOSTITUTO
Responsabile Chirurgia Generale	Dott. F. Sammartino	Dott. D. Krizzuk
Responsabile Ortopedia	Dott. M. Nannerini	Dott. E. Libutti
Responsabile Cardiologia	Dott. F. Tomai	Dott. M. Michisanti
Responsabile Urologia	Dott. A. Zuccalà	Dott. S. Di Nicola
Responsabile Chirurgia Vascolare	Dott. R. Borioni	Dott.ssa M.C. Tesori
Bed Manager	P. Innocenti	-
Diagnostica per Immagini	Dott.ssa V. Giuricin	M.Battisti
Responsabile Medicina Generale	Dott. A. Testa	Dott.ssa I.Versace
Risk Manager	Dott.ssa E. Papi	Dott. E. Arrabito, Dott.ssa A.Tedesco
Responsabile Sistemi Informatici	M. De Serio	A. Verna
Psicologa	Dott.ssa R. Pascucci	Dott.ssa B. Gruttadauria
Infermiere	I.P. C. Sernicola	I.P. M. Marrale
Coordinatore infermieristico	I.P. V. Guida	I.P. T. Pala, I.P. M. Terzic
Caposala 2° Blocco operatorio	I.P. V. Bini	I.P. K. Sczureck
Caposala 1° Blocco operatorio	I.P. A. Marcangeli	I.P. K. Liviero
Segreteria Direzione Sanitaria	Sig.ra L. Giordano	Sig. A. Vianello
Responsabile Manutenzione	Sig. I. D'annunzio	Sig. R. De Santis, Sig. P. Dodea
Assistente Sociale	Dott.ssa V.Carnicella	-

5. COMITATO MAXI – EMERGENZE

E' stato istituito un Comitato Maxi-Emergenze di cui fanno parte:

NOME E COGNOME	RUOLO
M. Petrolino	Responsabile Pronto Soccorso
P. Rossi	Direzione Sanitaria
P. Innocenti	Bed Manager
V. Guida	Coordinatore Infermieristico
C. Sernicola	Infermiere

**6. FIGURE COINVOLTE E RIFERIMENTI**

Tutte le figure operative responsabili hanno il dovere di lasciare i propri recapiti telefonici e di nominare dei sostituti in caso di loro indisponibilità. Una volta raggiunti dalla comunicazione della Maxi- Emergenza devono raggiungere quanto prima la Casa di Cura Aurelia Hospital e coordinarsi con i responsabili medico ed infermieristico.

SETTORE	RESPONSABILE	SOSTITUTO
AMMINISTRAZIONE (COLLEGAMENTO CON LE AUTORITA' CIVILI E MILITARI DEL TERRITORIO)	Dott.ssa M. Petrolino	Dott. R. Ciani
PERSONALE INFERMIERISTICO DEA	V. Guida	T. Pala M. Terzic
PERSONALE INFERMIERISTICO SALE OPERATORIE	V. Bini A. Marcangeli	K. Sczureck V. Palazzi R. Catena V. Pichichero
PERSONALE INFERMIERISTICO REPARTI DI DEGENZA	F. Lombardo	S. Arena
PERSONALE TECNICO DI RADIOLOGIA	M. Battisti	M. Biasone
PERSONALE ADDETTO ALLA MANUTENZIONE	I.D'Annunzio	R. De Santis
LABORATORIO	Dott.ssa E. Papi	Dott.ssa A. Tedesco
PERSONALE TECNICO DI LABORATORIO	Dott. E. Arrabito	Dott.ssa B. Ricci
SUSSISTENZA ALIMENTARE, AGENZIA DI PULIZIA, MAGAZZINAGGIO E DISTRIBUZIONE DI RIFORNIMENTI DALL'ESTERNO	Dott.ssa P. Rossi	Dott. P. Innocenti
MONITORAGGIO DELLE DISPONIBILITA' FUNZIONALI E STRUTTURALI (potenzialità assistenziale del personale medico ed infermieristico, numero dei letti, eventualmente espansibile, occupazione delle strumentazioni diagnostiche)	Dott. P. Innocenti V. Guida T. Pala	M. Terzic
UNITA' OPERATIVE OSPEDALIERE		
DIREZIONE SANITARIA	Dott. P. Rossi	Dott. P. Innocenti
RIANIMAZIONE	Dott. P. Dionisi	Dott. S. Busatti
UTIC	Dott. F. Tomai	Dott. M. Michisanti
PRONTO SOCCORSO 06. 66492306 06.66492296 06.66492564	Dott.ssa M. Petrolino	Dott. R. Ciani Dott.ssa M. Pascucci



CHIRURGIA GENERALE	Dott. F. Sammartino	Dott. D. Krizzuk
BLOCCHI OPERATORI	Dott. P. Dionisi	Dott. V. Cotticelli
ORTOPEDIA	Dott. M. Nannerini	Dott. E. Libutti
MEDICINA	Dott. A. Testa	Dott. D. Condrò
RADIOLOGIA	Dott.ssa V. Giuricin	M. Battisti
NEFROLOGIA	Dott. P.E. Soggia	Dott. P. Di Pietrantonio
RIABILITAZIONE	Dott. V. Gerace	Dott. S. Neri
UROLOGIA	Dott. A. Zuccalà	Dott. S. Di Nicola
CHIRURGIA VASCOLARE	Prof. R. Borioni	Dott.ssa M.C. Tesori
FARMACIA	Dott.ssa F. Profumo Dott.ssa P. Rossi	-
ASSISTENZA PSICOLOGICA	Dott.ssa R. Pascucci Dott.ssa B. Gruttadauria	-
SERVIZI SOCIALI	Dott.ssa V. Carnicella	-
SISTEMI INFORMATIVI	M. De Serio	A. Verna

7. RESPONSABILITÀ

RESPONSABILITA'	RESPONSABILI					
	CENTRALINO PS	DIREZIONE SANITARIA	RESPONSABILE PRONTO SOCCORSO	BED MANAGER	COORDINATORE INFERMIERISTICO	OBITORIO
ATTIVAZIONE PEIMAF	C	I	R			
ATTIVAZIONE COMUNICAZIONE BLOCCHI OPERATORI -REPARTI		I	R		C	
GESTIONE TRIAGE FAST			S		R	
GESTIONE DELLE DISPONIBILITA'FUNZIONALI - STRUTTURALI		I	I	R	I	
GESTIONE UNITA' INFERMIERISTICHE		S	I		R	
RESPONSABILE MEDICO COMITATO PEIMAF			R			
CORRETTA OSSERVAZIONE PEIMAF			R			
GESTIONE DELLE COMUNICAZIONI INTERNE - ESTERNE	R		I			
GESTIONE DEI MEZZI DI SUSSISTENZA, INCLUSO IL VESTIARIO DISPOSABILE		S	I		R	
COMUNICAZIONE CON I MASS MEDIA		R	R			
PIANIFICAZIONE DELLA RISPOSTA "MORTUARIA"		I	I			R
COMUNICAZIONE CON I PARENTI DELLE VITTIME		R	R	R		

LEGENDA: R= Responsabile; I= Informato; C= Collabora; S= Supervisione

8. MODALITA' OPERATIVE

Si identifica nello spazio antistante l'ingresso del Pronto Soccorso il luogo ove possa essere svolto il triage esterno.

Il triage durante un disastro, a differenza di quello effettuato in normali circostanze, si deve conformare al principio del "bene maggiore per il maggiore numero".

8.1 TRIAGE FAST

Il metodo di triage intraospedaliero utilizzato in caso di attivazione del Piano PEIMAF è il FAST triage.

FAST è l'acronimo di First Assessment and Sequential Triage (prima valutazione e categorizzazione sequenziale). In questo protocollo operativo si esegue una reale "prima



valutazione” dei parametri vitali del paziente, che vengono rilevati in una precisa successione temporale.

Il protocollo utilizza la valutazione sequenziale delle funzioni vitali della vittima, sulla base dell'acronimo “ABCDE” (metodo ATLS-Advanced Trauma Life Support).

La sequenza, ampiamente utilizzata per la valutazione ed il trattamento dei pazienti politraumatizzati, permette di classificare i pazienti per categorie di priorità di trattamento (codificate da colori), al fine di diversificare i percorsi di diagnosi e trattamento, in base alle lesioni potenzialmente più pericolose con rischio evolutivo.

VALUTAZIONE SEQUENZIALE ABCDE:

- A: indica Airways, e si realizza constatando la pervietà delle vie aeree, cercando di ripristinarla se assente, rispettando sempre l'allineamento del rachide cervicale;
- B: significa Breathing e si valuta controllando l'attività respiratoria;
- C: indica Circulation, fase in cui si ricerca l'attività circolatoria e l'eventuale presenza di emorragie esterne incontrollabili;
- D: indica Disability, e si espleta esaminando lo stato neurologico del paziente.
- E: significa Exposure, cioè la valutazione del paziente dalla testa ai piedi per controllare fratture, emorragie minori o nascoste, provvedendo inoltre in tempi rapidi alla protezione termica per evitare

L'iter di valutazione dell'esame obiettivo e delle funzioni vitali analizzate prevede il seguente iter:

- pervietà delle vie aeree
- frequenza respiratoria
- ossimetria periferica
- frequenza cardiaca
- pressione arteriosa sistolica
- emorragia incontrollata
- stato neurologico AVPU

TABELLA 3 - PARAMETRI VITALI PER ATTRIBUZIONE CODICE DI PRIORITA'						
VALUTAZIONE		1	2	3	4	5
A	vie aeree	ostruite	pervie	Pervie	pervie	Pervie
B	SpO2	≤ 86%	86-90%	>90-95%	>95%	>95%
	FR atti/min	< 10	> 30	22-30	17-21	12-16
C	FC b/m	≤ 40 ≥ 160	> 40 - ≤ 50, ≥110 - < 160, ≥ 90 < 110 + aritmia*	> 50 - <60 ≥ 90 < 110 60-90+aritmia*	≥60-<90 non aritmia	≥60-<90 non aritmia
	PAS mmHg	≤ 75 o polsi periferici assenti ≥ 250	≤90 Indice di shock ≥1 > 200 - <250	>90 ≤ 105 Indice di shock <1 > 170	≤ 170	< 140
	PAD mmHg	≥ 130	≥ 120 - < 130	≥ 100 - < 120	< 100	< 90
D	GCS	≤11	12-13	14	15	15
E	TC °C	<35°	35°-35,5° >39,5°	38,0° - 39,5° C	<38,0° C	Febbre riferita
Dolore	Scala NRS		8-10	4-7	1-3	dolore non in atto
Glicemia	HGT mg/dl	< 40	40-60	60-80	>80	>80
			High o >300+sintomi ^o	>300 no sintomi ^o	<300	
Età	anni			>75 ^A		

L'equipe medico-infermieristica individuata è composta da 1 chirurgo e 1 o 2 infermieri professionali.

Il personale medico, infermieristico, tecnico ed ausiliario che giunge nei locali di Pronto Soccorso



Caposala del P.S. ha il compito di controllare la scadenza dei farmaci e la presenza di tutto quanto custodito.

Nella sala di aspetto del Pronto Soccorso e nello spazio antistante adibito a zona per il triage esterno saranno posti a disposizione (preso dall'armadio di stoccaggio del materiale) un "Kit Maxi-Emergenza" composto da:

KIT MAXI EMERGENZA	
MATERIALE	GIACENZA MINIMA
FORBICI TAGLIA ABITI	10
FORBICI NORMALI	30
MEGAFONO	1
CASACCHE DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE	20 PER RUOLO
TORCE ELETTRICHE	5
REGISTRO DI ACCETTAZIONE	1
SET PAZIENTE CONTENENTE: <ul style="list-style-type: none"> • BADGE DI PLASTICA • ADESIVO CON NUMERO PROGRESSIVO • ADESIVO COLORATO (ROSSO GIALLO VERDE) CON MEDESIMO NUMERO • SACCHETTO PLASTICA NERA CON IL MEDESIMO NUMERO • SERIE PROVETTE PER SCREENING DI BASE (EMOCROMO, SIERO, COAGULAZIONE, GRUPPO) ETICHETTATO CON LO STESSO NUMERO • COPERTA TERMICA • SCHEDA INFERMIERISTICA 	40

8.2.1 MATERIALE EMERGENZA BLOCCO OPERATORIO

KIT EMERGENZE		
CATETERE FOLEY VARIE MISURE	MASCHERE PER OSSIGENO VARIE MISURE	TUBI ENDOTRACHEALI DAL 6 AL 9
AGO CANNULA VARIE MISURE	FASCIA ISCHEMICA	CANNULE DI GUEDEL 3.4.5
AGHI PER PUNTURA ARTERIOSA	TENSOPLAST	CEROTTO
KIT PER MISURAZIONE PRESSIONE CRUENTA	BENDE ELASTICHE	MEDICAZIONI
LIQUIDI VARI	GARZINE 10 PER 10	ELETTRODI
DEFLUSSORI FLEBO	DISINFETTANTE (BETADINE E/O CLOREXIDINA)	PIASTRE ELETTROBISTURI
DEFLUSSORI SANGUE	GUANTI STERILI VARIE MISURE	SONDINI NASOGASTRICI VARIE MISURE
SONDINI PER ASPIRAZIONE VARIE MISURE	VA E VIENI PER OSSIGENO	TUBI ASPIRAZIONE
NORADRENALINA	ATROPINA	ADRENALINA



STECCHES DI ZIMMER VARIE MISURE	ANTISTAMINICI	BRIDION
BENDE GESSATE	PIASTRE E CAVO DEFIBRILLATORE	CURARI VARI TIPI
PREMISACCA DA 1000	STUPEFACENTI VARI PER ANESTESIA	MIDAZOLAM
KIT PER VENA CENTRALE	DANTRIUM	PROPOFOL
LACCI EMOSTATICI	CORTISONICI	ANTIBIOTICI VARI TIPI
AGHI DA SPINALE VARIE MISURE	ANTIDOLORIFICI	SIRINGHE VARIE MISURE
COLLOIDI	DRENAGGI A CADUTA ED IN ASPIRAZIONE VARIE MISURE	PROSTIGMINA
ADDENSANTE PER SANGUE	AUTORECUPERO E CIRCUITI PER AUTORECUPERO	SUTURATRICI METALLICHE
LAME DA BISTURI VARIE MISURE	TELO DA INCISIONE STERILEVARIE MISURE	EPARINA
ALBUMINA	EMOSTATICI VARI TIPI	TROCAR VARIE MISURE
FORMALINA TAMPONATA	CAMICI, CUFFIE, CAPPELLINI, MASCHERINE MONOUSO	PROLUNGHE CON RUBINETTO PER FLEBO
PALLONI PER RESPIRATORE VARIE MISURE	CATETER MOUNT	GLISSEN GEL STERILE
TUBI ENDOTRACHEALI ARMATI VARIE MISURE	CONTENITORE PER RIFIUTI TAGLIENTI	ROT NORMALI E RIGIDI
PEZZE LAPAROTOMICHE VARIE MISURE	COTONE DI GERMANIA FILTRO PER CIRCUITO ANESTESIA	PROVETTE PER RICHIESTA URGENTE DI SANGUE ED ALTRE
SPAZZOLINI MONOUSO CON IODOPOVIDONE O CLOREXIDINA PER LAVAGGIO	FILTRO PER CIRCUITO ANESTESIA	SEKUSEPT
CIRCUITO ANESTESIA	CHIRURGICO MANI	SIRINGHE PER EMOGASANALISI
UNITÀ DI RESPIRAZIONE MANUALE	SACCHE URINA STERILI	PROLUNGHE BRAWN
CONTENITORI PER ISTOLOGICI VARIE MISURE		

8.3. FASI DEL PEIMAF

8.3.1 FASE DI ATTIVAZIONE

Il Medico di Guardia (MdG) del P.S. (recapito telefonico 296) appena informato della notizia di un "evento catastrofico esterno" chiederà informazioni circa:

- natura ed entità dell'evento;
- numero presunto delle vittime;
- tipologia presunta delle lesioni;
- pericoli di contagio per i soccorritori.

Ricevute le informazioni tenendo conto dei parametri identificati dalla metodologia MIST, il



Medico di Guardia si attiverà per chiedere conferma (ritelefonata) al 118. Il MdG contatterà immediatamente il Responsabile del PS che valuterà se attivare il presente PEIMAF.

Il responsabile del PS nel confermare l'indicazione al MdG avvertirà il Direttore sanitario e si recherà prontamente in Pronto Soccorso.

8.3.2. FASE ESECUTIVA

Appurata una situazione di Maxi-Emergenza, il MdG del Pronto Soccorso e l'infermiere capoturno in servizio assumono il ruolo, rispettivamente, di Team Leader medico ed infermieristico e lo manterranno sino all'arrivo alla Casa di Cura Aurelia Hospital dei Responsabili medico ed infermieristico delle Maxi-Emergenze o loro sostituti.

Il MdG contatta telefonicamente il Reparto Breve Osservazione ed il Blocco Operatorio e dispone che gli infermieri in turno (uno per reparto) chiamino- in questo ordine indicativo -le seguenti figure professionali:

1. Responsabili Aree Chirurgiche, Mediche e Area Critica;
2. Responsabile servizi di diagnostica per immagini;
3. Responsabile servizio di laboratorio;
4. Responsabile delle Comunicazioni;
5. Infermieri Professionali Caposala P.S., UTIC, Rianimazione, Sale Operatorie;
6. Servizio di Ambulanze (Hearth Life);
7. Addetto alla Farmacia;
8. Responsabile Servizi Amministrativi;
9. Responsabile Ufficio Tecnico;
10. Psicologo;
11. Eventualmente Responsabili di altre Unità Operative.

Un elenco con tutti i numeri telefonici (di apparecchi fissi e mobili) delle figure da contattare è redatto in tre copie conservate

- al centralino
- in Direzione Sanitaria
- Responsabile del PEIMAF

Il MdG chiama tutti i medici presenti in Ospedale, la Guardia Chirurgica, l'Ortopedico, l'Anestesista (DEA) e il Cardiologo (DEA).

I medici Anestesista DEA e Cardiologo DEA avvertono i colleghi del Reparto Terapia Intensiva (che rimangono nel loro reparto) della nuova situazione.

I medici convocati si riuniscono nei locali del Pronto Soccorso per coordinarsi nei rispettivi ruoli. Un altro infermiere del P.S. dà notizia dell'emergenza ai reparti di degenza e coopta altri infermieri di sostegno per formare le *equipe* di lavoro; in particolare viene chiamato un infermiere nei reparti I-B, III-B, II- A, UTIC, Rianimazione.

La notte è necessario contattare l'infermiere del turno precedente.

Insieme agli infermieri in turno in P.S. si possono formare 6 *equipes* composte da 1 medico e 2 infermieri.

Gli infermieri di P.S. (non più di uno per squadra) con il MdG, il chirurgo e l'anestesista di guardia e con il supporto di un altro infermiere dei reparti prenderanno in consegna, in virtù di una maggiore consuetudine all'emergenza e della conoscenza della disposizione dei materiali



d'uso, i malati critici.

La gestione clinica dei pazienti traumatizzati sarà verificata utilizzando l'apposita Trauma Check- List.

Nelle Sale Operatorie, se l'evento accade nelle ore diurne, le sedute vengono interrotte ultimando gli interventi in corso e ripristinando nel più breve tempo possibile tutti i ferri chirurgici disponibili.

Oltre alla preparazione dei pacchi sterili per intervento devono essere approntati rapidamente campetti composti da 1 porta-ago, 1 pinza, 1 forbice, garze e teli sterili da inviare in P.S.

Nell'armadio di stoccaggio in P.S. saranno disponibili una serie di campetti chirurgici monouso appositamente ordinati.

Nelle ore notturne le infermiere della Sala Operatoria, oltre ad iniziare le operazioni suddette, devono contattare telefonicamente la Caposala ed il personale reperibile.

Gli infermieri dei reparti, scendendo in P.S. devono portare le barelle e le carrozzine che sono in grado di spostare per consentire l'accoglienza dei feriti.

Il Responsabile delle Maxi-Emergenze al suo arrivo in Struttura prende il coordinamento delle operazioni:

1. Contatta telefonicamente il 112 informandosi nuovamente sull'entità del *disastro* e sulla stima presunta di ulteriori arrivi di feriti. Fornisce la disponibilità all'atterraggio degli elicotteri (ove non sia stata già richiesta)
2. Esegue una ricognizione nei reparti per valutare:
 - a. la disponibilità dei posti letto liberi
 - b. la possibilità di eseguire eventuali dimissioni, la cui decisione in merito spetta ai Responsabili delle diverse Unità Operative o loro sostituiti o referente PEIMAF
3. Prende contatto con Ospedali vicini per eventuali trasferimenti di pazienti che non potrebbero trovare accoglienza nelle UU.OO.
4. Decide se utilizzare dei posti letto non attivati
5. Dispone insieme ai responsabili delle Unità Operative chirurgiche l'invio dei pazienti da operare in Sala Operatoria
6. In caso di assenza del Direttore Sanitario o del suo sostituto, tiene i rapporti con i mezzi di informazione o, eventualmente, delega un altro medico a farlo. Nessun altro operatore è autorizzato a fornire informazioni sui pazienti.
7. Fornisce le informazioni ai parenti delle vittime. Il luogo deputato a questi colloqui è stato individuato nel Teatro.

In caso di Maxi-Emergenza in cui si ha un massiccio afflusso di pazienti, da trattare in P.S. prima e da ricoverare poi nei reparti di degenza, è prevedibile una saturazione dei posti letto disponibili.

Allo scopo di fornire una adeguata accoglienza a tutti gli infortunati è stata prevista l'utilizzazione del Reparto II-A nelle stanze adibite quotidianamente al Day Surgery (2 stanze di degenza con 3 + 3 letti, una stanza con 5 poltrone, una medicheria).

Nell'intento di formare una nuova *equipe* infermieristica di reparto, è presente una lista di personale infermieristico, con i relativi recapiti telefonici, disponibile in caso di Maxi-Emergenza.

La gestione dell'*equipe* infermieristica è in capo al coordinatore infermieristico, che, valutando le esigenze può prevedere di:

- trattenere il personale al cambio turno
- destinare il personale infermieristico proveniente da altri reparti



- richiamare il personale non in turno.

8.3.3. CAPACITA' RICETTIVA DEL PRONTO SOCCORSO E DELLA SALE OPERATORIE NELLE PRIME TRE ORE

PRESIDIO OSPEDALIERO	VITTIME IN ARRIVO														
	PRIMA ORA					SECONDA ORA					TERZA ORA				
	R	G	V	SO	TOT	R	G	V	SO	TOT	R	G	V	SO	TOT
CASA DI CURA AURELIA HOSPITAL	2	4	10	1		3	6	15	2		4	8	21	3	

Legenda: R= Rosso; G=Giallo; V= Verde; SO Sala operatoria

8.3.4. GESTIONE DEI POSTI LETTO

Attivato il PEIMAF il Responsabile del Pronto Soccorso deve contattare il Bed Manager (Vedi capitolo "6" sezione MONITORAGGIO DELLE DISPONIBILITA' FUNZIONALI E STRUTTURALI) per la valutazione nella gestione dei pazienti tenendo conto dei posti letto disponibili in struttura.

8.3.5. ALLERTA - ATTIVAZIONE BLOCCHI OPERATORI

Il Responsabile del PEIMAF, accertata l'emergenza deve comunicare immediatamente ai responsabili dei blocchi operatori (Capitolo 6) la situazione di emergenza che comporterà:

- Il blocco delle attività elettive
- Il trattenimento del personale al cambio turno
- Allestimento blocco operatorio con materiali stoccati nei locali farmacia.

8.3.6. FASE DI TERMINE EMERGENZA E DI NORMALIZZAZIONE

Dichiarato da parte del Responsabile delle Maxi-Emergenze il cessato allarme, si procede al controllo sistematico delle vittime, alla correzione ed aggiornamento di identificazione delle stesse, all'approvvigionamento dei materiali consumati durante l'emergenza.

Si programma quindi il "debriefing", analizzando come la catastrofe è stata affrontata da parte di tutti i componenti interessati (forze dell'ordine, vigili del fuoco, componenti sanitarie ecc.) allo scopo di migliorare la risposta in caso di future emergenze.

9. FASI DI ATTIVAZIONE INTERVENTO PSICOLOGICO

9.1 FASE DI ATTIVAZIONE

Lo Psicologo viene allertato dal Referente del Centro di Coordinamento e Assistenza per le Emergenze Psicotraumatiche (Referente esterno) e dal Centralino dell'Ospedale (Referente interno).

Lo Psicologo giunge al Pronto Soccorso nel più breve tempo possibile.

Valuta la situazione e se è diversa da quanto comunicato, ad esempio se il numero dei feriti è maggiore di quello che era stato indicato, ricontatta il Centro di Coordinamento e Assistenza per le Emergenze Psicotraumatiche per avere un eventuale supporto di personale, avvalendosi della collaborazione con le Associazioni di Psicologi dell'emergenza, accreditati presso la regione Lazio (Psicologi dell'emergenza Alfredo Rampi-PSIC-AR, Associazione Psicologi per i Popoli-Regione Lazio), come da Protocollo di Intesa con ARES-118 (delibera ARES-118 n. 339 del 7/8/2015).

Nel caso lo Psicologo non fosse disponibile, l'Ospedale avrà il supporto delle Associazioni di Psicologi dell'emergenza, sempre secondo il Protocollo di Intesa che verrà attivato dal Centro di Coordinamento in collaborazione con la Direzione Sanitaria e, quando possibile, con il Primario del PS.

**9.2 DEFINIZIONE DELLE PRIORITÀ DI INTERVENTO**

Lo Psicologo si coordina con il Primario del PS, Coordinatore dell'intervento in maxi-emergenza, per sapere in quale area collocarsi (Codici verdi o area parenti), coordina eventuali psicologi di supporto e collabora con le Assistenti Sociali ed i Ministri di Culto presenti.

Le attività svolte sono descritte nelle schede successive e sono condivise e utilizzate dalla Rete di Psicologi Ospedalieri per l'Emergenza della Regione Lazio, componenti del Centro di Coordinamento e Assistenza per le Emergenze Psicotraumatiche.

9.3 SCHEDA ASSISTENZA VITTIME

La redazione è a cura del medico e dell'infermiere

DOVE	OBIETTIVI	COMPITI	ATTI
NEL TEATRO	- Ridurre il pericolo di successiva insorgenza di disturbi da stress	<ul style="list-style-type: none"> - Valuta la situazione delle vittime per stabilire priorità di Intervento - Favorisce il canale comunicativo tra URP, vittime e familiari - Facilita l'espressione delle emozioni e la condivisione dell'esperienza, riconducendo alla "normalità" le risposte emotive allo stress - individua le persone per le quali è indispensabile un approccio psicologico - Sostiene emotivamente 	<ul style="list-style-type: none"> - Compila le schede di Triage psicologico - Raccoglie, verifica e diffonde notizie, nel rispetto delle persone coinvolte, valuta le esigenze informative di specifici gruppi - Utilizza: <ul style="list-style-type: none"> - ascolto attivo - colloqui individuali e di gruppo - defusing
	- Prevenire le reazioni emotive da "contagio collettivo"	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizza e stabilizza - reazioni emotive adeguate - reazioni inadeguate transitory - reazioni inadeguate stabili 	<ul style="list-style-type: none"> - Incoraggia comportamenti che facilitano senso di sicurezza - Utilizza una comunicazione efficace - Interviene su persone ad alta emotività espressa ed eventualmente le "isola"

**9.4 SCHEDA ASSISTENZA FAMILIARI**

La redazione è a cura del medico e dell'infermiere

OBIETTIVI	COMPITI	ATTI
Ridurre il pericolo di successiva insorgenza di disturbi da stress	<ul style="list-style-type: none"> - Favorisce il canale comunicativo tra URP, vittime e familiari - Facilita l'espressione delle emozioni e la condivisione dell'esperienza, riconducendo alla "normalità" le risposte emotive allo stress - Monitorizza le condizioni di disagio emotive e sostiene emotivamente - Contiene e gestisce l'ansia 	<ul style="list-style-type: none"> - Compila le schede di Triage psicologico - Raccoglie, verifica e diffonde notizie, nel rispetto delle persone coinvolte, valuta le esigenze informative di specifici gruppi - Utilizza: <ul style="list-style-type: none"> - ascolto attivo - colloqui individuali e di gruppo - defusing
Prevenire le reazioni emotive da "contagio collettivo"	<p>Monitorizza e stabilizza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reazioni emotive adeguate - reazioni inadeguate transitorie - reazioni inadeguate stabili <p>Pone attenzione alla distribuzione delle informazioni utili ad attivare comportamenti auto protettivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incoraggia comportamenti che facilitano senso di sicurezza - Identifica figure di riferimento, emotivamente "adeguate" e affida loro un ruolo attivo - Utilizza una comunicazione efficace - Interviene su persone ad alta emotività espressa ed eventualmente le "isola" - Collabora con l'URP fornisce strumenti per facilitare la comunicazione, la comprensione e l'utilizzo delle informazioni
Sostenere psicologicamente in caso di decessi	<ul style="list-style-type: none"> - Comunica, insieme al medico, eventuali notizie luttuose 	<ul style="list-style-type: none"> - Si relaziona con il medico e il parente del deceduto - Accoglie e contiene la sofferenza emotiva dei parenti



10. RECAPITI TELEFONICI SERVIZI ESTERNI DI EMERGENZA



11. ALLEGATI

- PEIMAF_MOD_00 RECAPITI TELEFONICI RESPONSABILI
- PEIMAF_MOD_01 DEBRIEFING
- PEIMAF_MOD_02 INFORMAZIONE RICHIESTE DAL PS SU CHIAMATA 118 / 112 / VIGILI DEL FUOCO

ORIGINAL ARTICLES

1



DEPARTMENTS

Correspondence, Questions and Answers, Book Reviews, etc.



DATA E ORA	
NUMERO TOTALE VITTIME ARRIVATE	
NUMERO TOTALE DECEDUTI	
NO. CODICE 1 ROSSO EMERGENZA	
NO. CODICE 2 ARANCIONE URGENZA	
NO. CODICE 3 AZZURRO URGENZA DIFFERIBILE	
NO. CODICE 4 VERDE URGENZA MINORE	
NO. CODICE 5 BIANCO NON URGENZA	

MEDICO RESPONSABILE PS (TIMBRO E FIRMA)	MEDICO DIREZIONE SANITARIA REPERIBILE (TIMBRO E FIRMA)

**INFORMAZIONI RICHIESTE DAL PS SU CHIAMATA 118 / 112 / VIGILI DEL FUOCO**

DATA E ORA	
COGNOME E NOME OPERATORE CHE HA EFFETTUATO LA CHIAMATA AL PS	
INVIATO DA	
COMUNICAZIONE PROVENIENTE DA	
TIPOLOGIA EVENTO	
LOCALITA' DELL'EVENTO	
VITTIME COINVOLTE (STIMA)	
NUMERO PAZIENTI INVIATI PRESSO PS AURELIA	
PRINCIPALI PATOLOGIE E GRAVITA'	Sono presenti patologie traumatiche <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO
STIMA TEMPI DI ARRIVO PRESSO PS AURELIA	

