

Piano operativo intervento sanitario

Introduzione

Un incidente all'interno dell'area del Deposito GOLDENGAS di Jesi può determinare condizioni di allertamento/attivazione di diverse strutture del SSR a seconda degli scenari e della gravità degli stessi, come descritti nella parte generale di questo documento.

Per la prima gestione di un incidente che determini la attivazione del PEE risultano interessate le seguenti strutture organizzative della AV2 dell'ASUR:

- SET 118
- Dipartimento di Prevenzione
- Distretto di Ancona

Le funzioni generali delle strutture dell'AV2 interessate in situazioni di emergenza sono:

- Primo soccorso, gestione del raccordo con strutture ospedaliere di riferimento
- Interventi di sanità pubblica e sorveglianza della popolazione
- Assistenza territoriale ed eventuale assistenza psicologica alla popolazione

La funzione di primo soccorso e gestione del raccordo con strutture ospedaliere di riferimento, stante la possibile sproporzione tra risorse immediatamente disponibili ed esigenze assistenziali in un tale evento, può configurarsi come emergenza ordinaria in presenza di poche vittime coinvolte (intervento individuale o incidente maggiore) o come intervento straordinario in presenza di vittime numerose che travalica la capacità di risposta del SET 118 (Maxiemergenza sanitaria dove per dare la migliore risposta devono essere attuati i principi della medicina delle catastrofi).

Negli scenari di Maxiemergenza le strategie d'intervento da mettere in atto possono essere di due tipologie:

- nel caso in cui sia garantita la sicurezza d'intervento degli operatori si attua la catena del soccorso sanitario completa (Recupero, triage, stabilizzazione ed evacuazione mirata verso Ospedali di destinazione)
- qualora invece lo scenario non garantisca la sicurezza d'intervento dei soccorritori da un lato e i Presidi Ospedalieri di riferimento siano sufficientemente vicini e raggiungibili, dall'altro, si privilegia il recupero delle vittime, l'eventuale decontaminazione/lavaggio, se necessario, e l'evacuazione, con ospedalizzazione non mirata.

E' necessario disporre precocemente di informazioni adeguate per definire la scelta del modello d'intervento da attuare.

Gli scenari incidentali presi in considerazione dal Piano in oggetto, basati sull'analisi dei fattori di rischio contenuti nel PEE, evidenzia tre patologie acute prevalenti:

1. L'intossicazione da fumo e vapori caldi
2. Il politrauma
3. L'ustione

I parametri di base considerati, in accordo con le linee guida emanate dal Dipartimento della Protezione Civile in caso di catastrofi sociali, sono costituiti da:

1. Numero delle persone coinvolte. Il numero massimo di persone coinvolte è stimabile in 50 unità all'interno della zona di sicuro impatto, corrispondente al numero massimo di persone potenzialmente presenti all'interno dello stabilimento;
2. Gli spazi su cui si sviluppa l'impianto si estendono su di una superficie di circa 5,5 ha. Sono presenti vie di accesso e deflusso regolamentate;
3. L'attività nell'impianto è diurna e si svolge con orario 08-12 e 13-17.
4. Elementi di complessità sono costituiti dal sedime ferroviario contiguo all'impianto,

5. L'elenco delle sostanze pericolose al fine di predisporre le adeguate misure di tutela del personale sanitario e trattamento delle persone coinvolte

La letteratura e la normativa specifica, in caso di emergenza sanitaria, prevede:

1. Incidente singolo o multiplo sino a 4 vittime - si configura come intervento ordinario e prevede:

- il coinvolgimento di singoli individui
- SET 118 AV2 garantisce adeguata risposta

2. Incidente multiplo, mediamente tra 5 e 10 vittime -si configura un Incidente maggiore, ma non vera e propria Maxiemergenza, e prevede:

- il coinvolgimento di un numero variabile di vittime non superiori a 10
- SET 118 Regionale assicura una adeguata disponibilità di risorse

3. Evento incidentale di Maxiemergenza ad effetto limitato (DPCM 13 Febbraio 2001, Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi) e prevede:

- il coinvolgimento di un numero superiore a 10 vittime oppure il coinvolgimento di un numero di vittime diverso che determina comunque il superamento delle ordinarie capacità di risposta sanitaria emergenziale del SET 118 regionale
- uno stato di allarme prolungato nel tempo, anche in assenza di vittime, che determina però lo stato di attivazione continuativa del sistema SET 118 AV2

In queste situazioni la risposta del SET 118 si adegua ai principi dettati della medicina delle catastrofi (triage start, stabilizzazione se possibile, evacuazione) con attivazione delle risorse previste da piano interno della CO118 di maxiemergenza Pre-Ospedaliera e Sistema di PC secondo livello di attivazione allertato.

4. Evento catastrofico che travalica le potenzialità di risposta delle strutture locali e prevede:

- Incidente che oltre alle condizioni illustrate al punto 3 precedente, comporta il coinvolgimento delle strutture strategiche di comando e controllo compresi Presidi Ospedalieri di riferimento, con loro parziale o totale inutilizzabilità.

Rispetto a quanto sopra descritto in senso generale, gli scenari indicati dalla azienda configurano l'ipotesi di incidenti al deposito GOLDENGAS di Jesi, che prevedono i seguenti interventi sanitari:

- Incidente singolo o multiplo sino a 4 vittime
- Incidente multiplo che coinvolge tra 5 e 10 vittime
- Incidente definito come maxiemergenza ad effetto limitato

La risposta del SET 118 locale comunque attua i principi dettati della medicina delle catastrofi come risposta iniziale in attesa che l'organizzazione di livello superiore subentri nella gestione ed organizzazione dei soccorsi, attuando quanto di sua competenza con attivazione di tutte le risorse previste dal piano interno della CO118 di maxiemergenza Pre-Ospedaliera dal Sistema di PC nel rispetto del livello di attivazione allertato.

La catena del soccorso presuppone la attivazione di procedure specifiche proporzionate al tipo di evento:

1. Ricezione e verifica della chiamata di soccorso
2. Valutazione dell'Evento
3. Attivazione Squadre di Prima partenza per soccorsi sanitari
4. Diffusione dell'Allarme secondo livello di attivazione

5. Convocazione Unità di Crisi della CO 118
6. Attivazione risorse aggiuntive di seconda partenza
7. Allertamento Presidi Ospedalieri interessati da evento
8. Invio DDS e attivazione PMA di CO,
9. Nomina un referente di CO Funzione 2) per COC o **CCS** o SOUP

La funzione di sanità pubblica e sorveglianza della popolazione, si sviluppa in fase operativa attraverso:

- La collaborazione con gli altri soggetti istituzionali, ed in particolare con ARPAM, per la definizione degli eventuali rilevamenti di sostanze pericolose, la effettuazione di campionamenti su alimenti ed acque potabili, la valutazione della entità ed estensione del rischio e pericoli per la popolazione e le azioni di mitigazione da adottare;
- La collaborazione con SET 118 e le diverse strutture ospedaliere interessate per la sorveglianza degli eventuali effetti acuti sulla popolazione. A tal proposito, il SSR è strutturato per garantire la prima risposta sanitaria ai cittadini; tale sistema è di norma utilizzato anche per effettuare il monitoraggio di eventi sentinella correlabili a situazioni anomale che possono verificarsi nei territori ed è rappresentato, oltre che dai servizi di emergenza, dai professionisti dell'assistenza sanitaria di base (Medici di Medicina Generale - MMG, Pediatri di Libera Scelta – PLS e Medici di Continuità Assistenziale - CA)

Il SET 118 AV2 di Ancona si avvale della Centrale Operativa 118 (CO 118) e della Rete Territoriale del Soccorso (RTS); la CO 118 svolge ruolo di ricezione chiamata, Allarme ed attivazione dei mezzi di soccorso ed enti preposti al soccorso, coordinamento degli interventi dei mezzi sanitari, ospedalizzazione feriti; I mezzi di soccorso che costituiscono la RTS, sono distinti in MSA (Mezzi di soccorso medicalizzati), MSI (Mezzi di soccorso infermieristici) e MSB (Mezzi di soccorso base con volontari soccorritori formati).

Il SET 118 dell'AV2 distingue quattro diversi livelli di allertamento:

- **LIVELLO 0** (zero): presente in condizioni ordinarie, quando non si è a conoscenza di possibili situazioni di rischio.
- **LIVELLO 1** (uno): presente quando si è a conoscenza di possibili situazioni di rischio; si può prendere in considerazione di potenziare il normale dispositivo di soccorso ordinario. *Rispetto al Piano PEE si configura in fase di “Attenzione”*
- **LIVELLO 2** (due): presente ogni qual volta si siano verificate situazioni di rischio; si allertano e si lasciano in pre-allarme adeguate risorse aggiuntive pronte ad intervenire in breve tempo. *Rispetto al Piano PEE si attiva in fase di “Pre-Allarme”.*
- **LIVELLO 3** (tre): presente ogni qual volta si è verificata una situazione configurabile quale Maxi-Emergenza sanitaria; si allertano le strutture ospedaliere del territorio coinvolto dall'evento, si attivano procedure di richiamo, invio e gestione di risorse aggiuntive disponibili ad essere inviate nel luogo dell'evento. *Rispetto al Piano PEE si può decretare nella fase di “Allarme”, se il numero dei feriti lo giustifica.*

Sulla base di quanto sopra si propone il seguente piano specifico.

PIANO DI INTERVENTO SET 118

1. Ricezione e verifica della chiamata di soccorso

La ricezione e verifica della chiamata di attivazione PEE e soccorso per le strutture sanitarie avvienetramite la centrale 118 (Numero unico nazionale: 118).

Ricevuta la comunicazione dell'evento incidentale, con interfaccia con i VVF, viene definita l'entità dell'evento incidentale, la tipologia evento ed il numero ipotetico di feriti.

Il personale di CO 118 in servizio venuto a conoscenza del verificarsi di una situazione di incidente presso l'impianto GOLDENGAS di Jesi, effettuate congrue verifiche, avvisa il Medico di Centrale/Direttore SET 118 AV2 al fine di:

- Stabilire il "Livello di Allertamento del SET 118" da attivare;
- Informare:
 - ✓ Prefetto / Sindaco
 - ✓ Direzione sanitaria ASUR
 - ✓ SOUP Regione Marche

La centrale 118, oltre ad attivare gli eventuali percorsi di soccorso, attiverà gli operatori reperibili del Dipartimento di Prevenzione AV2 mediante il centralino della sede di Ancona ed attiverà la procedura di sorveglianza per il monitoraggio di eventi sanitari anche di minore entità correlabili all'incidente presso le seguenti strutture:

- Centrale Operativa 118 stessa
- PS Az. Ospedali riuniti - Presidio Ospedaliero Torrette di Ancona
- PS Az. Ospedali riuniti - Presidio Ospedaliero Salesi di Ancona
- PS ASUR DEA 1° livello dell'Ospedale di Jesi
- PAT ASUR AV 2 di Chiaravalle, limitatamente all'orario di apertura diurna
- Medici di Continuità Assistenziale/MMG

I dati raccolti saranno periodicamente forniti al punto di coordinamento dell'evento, COC o CCS, secondo quanto previsto dal presente PEE

2. Valutazione dell'Evento

E' fondamentale disporre del maggior numero di informazioni necessarie all'organizzazione dei soccorsi, i dati saranno aggiornati e sempre più definiti nel tempo; sappiamo comunque che il dimensionamento delle vittime cambia nel tempo ed è sempre sottostimato, quindi si stabilisce che i valori iniziali di soggetti coinvolti vanno moltiplicati per due in caso d'incendio e per tre/quattro in caso di esplosione; nel tempo il numero risulterà sempre più realistico.

Qualsiasi scenario sia ipotizzabile si consiglia di sovrastimare il numero dei feriti in fase iniziale al fine di reperire le risorse utili all'intervento.

Applicando la Regola di Rutherford si può anche azzardare una valutazione qualitativa dei feriti da soccorrere.

Tale formula stabilisce che per ogni tipologia di evento l'incidenza di pazienti gravi (Rossi + Gialli) rispetto ai Pz meno gravi (Verdi) è differente, secondo un fattore di conversione predefinito: Indice di severità = S, dove:

$$S = (R+G) / V$$

<i>Tipo evento:</i>	<i>Indice Severità minimo</i>	<i>Indice Severità massimo</i>
Incidentestrada	0.4	0.6
Incidenteferroviario	0.4	0.7

Incidente aereo	0.4	0.7
Incidente chimico	0.7	0.9
Panico	1	1.2
Esplosione	1.6	1.8
Incidente in Area Urbana	1.8	2

Seguendo tale formula **il numero totale di feriti / (S + 1) = Feriti lievi attesi**

I rimanenti sono gravi; con rapporto medio 1 Rosso e 3 Gialli.

Utile conoscere la capacità di trattamento (MRC) di un equipaggio MSA pari a circa 4 Pz /ora, serve a calcolare il numero teorico di Risorse necessarie al trattamento dei feriti gravi.

Diversa è la capacità di trasporto (MTC) in Ospedale, essa dipende dal numero dei mezzi disponibili e dalla distanza dei Ospedali di destinazione.

3. Attivazione Squadre di Prima partenza

L'intervento sanitario viene dimensionato sulla base dei dati così come forniti al punto precedente;

Con attivazione ed invio immediato dei Mezzi di Prima partenza, ovvero equipaggi in servizio competenti per territorio:

- MSA Jesi
- MSA Falconara/Chiaravalle;
- MSA Ancona 02;
- Elisoccorso Regionale in orario diurno;
- MSI e MSB subito disponibili.

L'obiettivo di tali mezzi sarà quello di effettuare la “**Ricognizione**”, ovvero verificare e raccogliere il maggior numero di informazioni da riferire alla CO 118 stessa in particolar modo:

1. Sicurezza e rischio evolutivo;
2. Tipologia evento e patologie prevalenti;
3. Numero delle persone coinvolte e dei feriti;
4. Vie di accesso e/o deflusso;
5. Necessità di PMA;
6. Definire area di raccolta dei feriti, dei mezzi di soccorso e l'area atterraggio elisoccorso.

L'elicottero 118 rappresenta il mezzo più idoneo alla ricognizione perché ha un'ampia visione dello scenario a terra, ma non sempre è possibile utilizzarlo per limiti di visibilità e sicurezza. La ricognizione con mezzi terrestri deve essere coordinata e garantita nella sicurezza dai Vigili del Fuoco. Per lo scenario a rischio evolutivo dichiarato ci si affida alle informazioni trasmesse dagli altri Enti intervenuti.

Altro obiettivo è quello di instaurare la **Catena di Comando** finalizzata a realizzare la catena dei soccorsi; in questo senso il Medico primo intervenuto giunto sul posto assume il ruolo di **Direttore dei Soccorsi Sanitari** (DSS), cui tutti gli altri equipaggi intervenuti o che interverranno faranno riferimento per le competenze di soccorso; Il DSS dovrà prendere contatto e coordinare gli interventi sotto la direzione del Direttore Tecnico dei Soccorsi, (DTS) ovvero il Responsabile dei Vigili del Fuoco che avrà il compito di garantire la sicurezza degli interventi quindi valuterà se le squadre dei soccorsi possono o meno intervenire.

Il DSS, in accordo con DTS, stabilirà l'**Area di Raccolta di feriti** e come raggiungerla.

Nell'Area di Raccolta Feriti devono essere raggruppate tutte le Vittime dell'evento; è un'area individuata in un sito facilmente raggiungibile, è un'area sicura fuori dal rischio evolutivo, quindi protetta e facilmente identificabile.

Sarebbe auspicabile definire aprioristicamente aree idonee allo scopo secondo scenari simulati, perché una volta identificate saranno le medesime aree dove si concentreranno i Mezzi di soccorso che intervengono e lo stesso PMA meglio ancora se già sono identificati locali idonei a svolgere la funzione di PMA.

Il DSS, il DTS, il Responsabile del PEE, ed il Responsabile delle Forze dell'Ordine costituiscono la funzione che prende il nome di **PCA (punto di coordinamento avanzato)**, ovvero il coordinamento locale per funzione presenti sul luogo dell'evento che decidono cosa attuare ai fini dei soccorsi ed eventuali necessità assistenziali da richiedere.

Il DSS tra il personale intervenuto nomina il **Direttore Squadre di Recupero e Triage**, pettorina Rossa (DSR) cui affidare il ruolo di coordinamento delle fasi di recupero e Triage delle vittime, ad esso assegnerà le risorse ritenute necessarie allo svolgimento del compito.

Se lo scenario giudicato sicuro da DTS: il Direttore Squadre Recupero e Triage (pettorina Rossa) Coordina risorse sanitarie dedicate al recupero e trasporto in Area di Raccolta dei Feriti. Utilizza Protocollo Start per valutare le vittime.

Se lo Scenario non è definito sicuro, si effettua solo "salvataggio" (allontanamento dall'agente lesivo) dei feriti da parte degli operatori autorizzati ad entrare nell'Area Rossa da parte DTS, verosimilmente VdF con autorespiratore, con indicazione a trasferire vittime non autosufficienti nell'Area di Raccolta individuata, solo qui avviene il primo contatto con i sanitari.

Inoltre il DSS nomina il **Direttore dei Trasporti**, pettorina Blu (DTR) a cui affida il ruolo di coordinamento dei mezzi intervenuti.

Le procedure di Evacuazione sono finalizzate al trasporto dei feriti direttamente nei Pronto Soccorso degli ospedali di riferimento prescelti dal DSS e dalla CO 118 nel rispetto dei Codici di gravità.

Il trasporto avviene secondo i criteri e le modalità di cui all'allegato B.

Al termine delle procedure di soccorso si procederà che alla revisione finale dei deceduti per gli adempimenti medico-legali.

IL DSS a fine emergenza decreterà la fine dell'emergenza sanitaria.

4. Diffusione dell'Allarme

A secondo del livello di attivazione decretato dal Piano PEE, dopo conferma del Medico della CO 118, gli Operatori di CO diffondono l'Allarme a:

- a) Unità di Crisi interna della Centrale Operativa 118 di Ancona;
- b) DSS di Centrale AV2;
- c) Altre Centrali Operative 118 limitrofe;
- d) Farmacia Ospedaliera per ritiro scorte
- e) Centrale Vigili del Fuoco;
- f) Carabinieri e POLIZIA LOCALE;
- g) Ospedali di competenza coinvolti, per PEIMAF;
- h) Pubbliche Assistenze per cerchi concentrici;
- i) CRI per cerchi concentrici;
- l) Dipartimento di Prevenzione AV2.

5. Convocazione Unità di Crisi della CO 118

L'Unità di Crisi Interna alla Centrale Operativa 118 di Ancona si compone di personale aggiuntivo richiamato a potenziare la centrale stessa:

- Medico di centrale, mantiene contatti con DSS e con Sale Operative/Unità di Crisi

attivate (COC, CCS, SOUP, Direzioni Mediche/DSS-H) ;

- Coordinatore della CO118, segue la logistica, rinnovo scorte e turni personale;
- Due Infermieri, uno segue la fase territoriale, l'altro l'ospedalizzazione dei Pazienti;
- Un Operatore tecnico, segue i mezzi da inviare e quelli in uscita da sito maxiemergenza.

Il personale convocato si insedia nella Sala della maxiemergenza e continua nel lavoro avviato dai colleghi già presenti in servizio; nulla osta che si possa scegliere di far proseguire nella gestione della maxiemergenza gli Operatori già presenti mentre i nuovi subentrano nella gestione delle attività ordinarie che non necessitano di passaggio di consegne.

I compiti da assolvere da parte Unità di crisi sono quelli elencati ai punti successivi (da 6 a 9).

6. Attivazione risorse aggiuntive di seconda partenza

Qualora le risorse disponibili non siano giudicate sufficienti, devono essere attivate risorse aggiuntive tra quelle che risultano disponibili dopo allarme:

- MSA/MSI/MSB di PoTES più distanti della stessa AV2;
- MSA/MSI costituite con personale sanitario in Pronta Disponibilità (PD) attivato;
- MSA concesse da Centrali limitrofi;
- MSB messe a disposizione come mezzi integrativi da parte di PPAA e/o CRI;
- Task Force specialistiche messe a disposizione da Ospedali (Chirurghi, Anestesisti, Psicologi).

7. Allertamento Presidi Ospedalieri

Sulla base del numero di feriti presunto o stimato vengono attivati gli Ospedali ritenuti utili ad accogliere le vittime. Ci si può basare in base al numero di feriti che ciascun presidio ha dichiarato di trattare in caso di attivazione del rispettivo PEIMAF. Si ricorda che la comunicazione dell'allarme non equivale all'attivazione del Peimaf che compete al DMO e/o all'Unità di Crisi del Presidio medesimo.

8. Invio DSS e attivazione PMA di CO 118

Può verificarsi che il medico intervenuto non sia formato, o abbia bisogno di cambio o non abbia sufficiente leadership per ricoprire il ruolo di DSS, in questo caso il Medico di Centrale può scegliere di inviare appena disponibile un medico in grado di svolgere il compito di coordinamento previsto. In questo caso è possibile prevedere la sostituzione del primo DSS intervenuto.

Tra i compiti del DSS si ricorda anche l'attivazione della “**Funzione PMA**”.

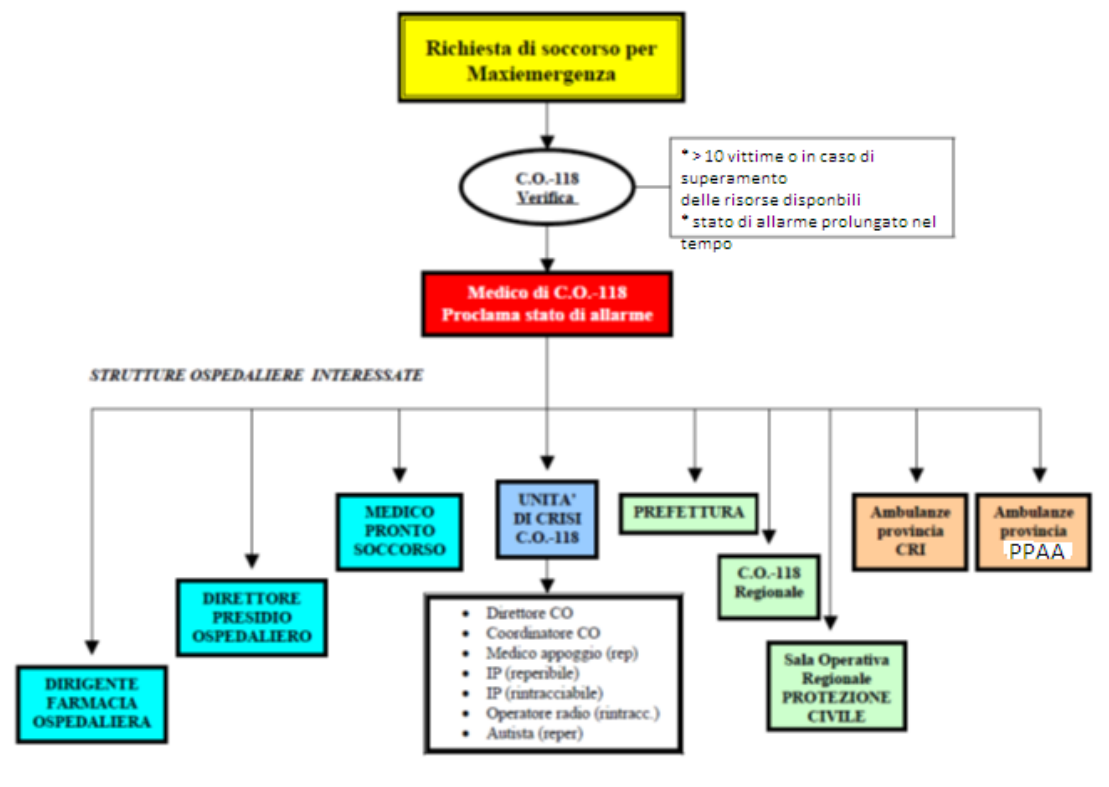
La Funzione PMA è l'organizzazione in loco di una struttura in grado di garantire: Triage, Stabilizzazione ed Evacuazione mirata dei pazienti. La scelta dipende da diversi fattori tra cui:

- Rischio evolutivo,
- Numero feriti,
- Accessibilità ai medesimi;
- Distanza ed accessibilità agli Ospedali,
- Durata dell'intervento,
- Disponibilità specialisti.

Si ricorda che i materiali da movimentare sono disponibili su carrello o furgone delle maxiemergenze che può essere trasportato da autisti in PD e che le scorte sono sufficienti a trattare n 10 pazienti gravi ed autonomo per un'attività < 12 ore.

Nelle Marche ogni Centrale Operativa è dotata di un modulo con pari caratteristiche e analoghi tempi organizzativi a cui aggiungere i tempi di percorrenza rispetto al sito da raggiungere. Quando viene attivata la funzione PMA alla Catena di Comando, già descritta si aggiunge il **Direttore del PMA**, pettorina Bianca (D.PMA). Normalmente il direttore del PMA si mobilita insieme al PMA medesimo, perché ne conosce le dotazioni, il montaggio e ha formazione specifica relativa utilizzo razionale.

Allegato 3.2_Piano operativo sanitario




PROTOCOLLO START (Allegato A)

	Valutazione	h.	h.	h.	Trattamento	h.
TRIAGE ENTRATA	A	<input type="checkbox"/> PERVIETA' VIE AEREE			<input type="checkbox"/> COLLARE CERVICALE <input type="checkbox"/> CANNULA ORO/NASO FARINGEA <input type="checkbox"/> INTUBAZIONE OT / NT <input type="checkbox"/> CRICOTIROIDOTOMIA AGO/CHIR <input type="checkbox"/> OSSIGENO	FARMACI
	B	<input type="checkbox"/> FREQ. RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> SO ₂ <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MONOLAT.			<input type="checkbox"/> DRENAGGIO TORAX AGO/TUBO <input type="checkbox"/> MEDIC. FERITA TORAX APERTA	GIUDIZIO CLINICO
	C	<input type="checkbox"/> EMORRAGIA IMPORTANTE <input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> PA			<input type="checkbox"/> ACCESSI VENOSI <input type="checkbox"/> TAMPONAMENTO EMORR <input type="checkbox"/> LACCIO EMOSTATICO → <input type="checkbox"/> LIQUIDI	
	D	<input type="checkbox"/> GCS <input type="checkbox"/> PUPILLE				DIAGNOSTICA <input type="checkbox"/> Rx
	E	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA <input type="checkbox"/> FRATTURE <input type="checkbox"/> AMPUTAZIONI <input type="checkbox"/> USTIONE % <input type="checkbox"/> LESIONI			<input type="checkbox"/> IMMOBILIZZAZIONE <input type="checkbox"/> MEDICAZ. FERITE / SUTURE <input type="checkbox"/> CATETERE VESICALE <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Eco <input type="checkbox"/> E_LAB:
USCITA						
PMA / Ospedale da Campo					Orientamento diagnostico: Priorità: <input type="checkbox"/> CHIR GEN <input type="checkbox"/> CHIR SPEC <input type="checkbox"/> RIANIMAZIONE <input type="checkbox"/> MEDICINA <input type="checkbox"/> OSSERVAZ <input type="checkbox"/> PEDIATRIA <input type="checkbox"/> GINECOLOGIA <input type="checkbox"/> ORTOPIEDIA <input type="checkbox"/> ALTRO _____	
	DESTINAZIONE <input type="checkbox"/> dimissione <input type="checkbox"/> ospedale _____ <input type="checkbox"/> rifiuta _____				Mezzo: ELIAMB AMB A AMB B ALTRO SIGLA RICHIESTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ UTILIZZATO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	
Data _____ h _____				Operatore: _____		
T1				T4		
 NBCR				 NBCR		

n.001

[illegible]

 NBCR	Contaminato	<input type="checkbox"/>	Decontaminato	<input type="checkbox"/>
	Sostanza _____			

```

graph TD
    Start([START]) --> Q1{VIE AEREE OSTRUITE  
RESPIRO ASSENTE  
EMORRAGIA IMPONENTE}
    Q1 -- SI --> Exit1([EXIT])
    Q1 -- NO --> Q2{DISPNEA  
(o FR <8 >30)}
    Q2 -- SI --> Q3{SO2 < 90%  
(aria amb.)}
    Q2 -- NO --> Q4{POLSO PERIFERICO  
(FC <40 >120)}
    Q3 -- SI --> Exit2([EXIT])
    Q3 -- NO --> Q4
    Q4 -- SI --> Exit3([EXIT])
    Q4 -- NO --> Q5{STATO NEUROLOGICO  
(GCS-M)}
    Q5 -- SI --> Exit4([EXIT])
    Q5 -- NO --> Q6{DOLORE TORACO  
ADDOMINALE  
IMPORTANTE  
LESIONI ANATOMICHE  
e/o FUNZIONALI GRAVI}
    Q6 -- SI --> Exit5([EXIT])
    Q6 -- NO --> Exit6([EXIT])
    
```

ኃ



12



***TRASPORTO PRESSO GLI OSPEDALI DIRIFERIMENTO NELLA
MAXIEMERGENZA (Allegato B)***

Nella maxiemergenza presso il deposito GOLDENGAS di Jesi tre sono i quadri clinici dominanti:

- L'intossicazione da fumo e vapori caldi
- Il politrauma
- L'ustione

Le sedi di riferimento sono costituite dagli ospedali con disponibilità di posti letto di Terapia Intensiva, nell'ordine, secondo la distanza:

- a. Ospedale Torrette (DEA di II livello)
- b. Ospedale di Jesi (DEA di I livello)
- c. Ospedale di Senigallia (DEA di I livello)
- d. Ospedali dotati di Centro Grandi Ustionati (CESENA), secondo disponibilità, anche con mezzi aerei

La CO 118 indirizza ed ospedalizza anche, se necessario, i pazienti nei centri ospedalieri per acuti della rete regionale

Glossario Piano operativo intervento sanitario:

ARPAM	Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale Marche
AV2	Area Vasta 2 (ASUR Marche)
CO	Centrale Operativa
CO 118	Centrale Operativa 118
COC	Centro Operativo Comunale
CCS	Centro Coordinamento dei Soccorsi (ruolo in emergenza)
CRI	Croce Rossa Italiana
D.PMA	Direttore Posto Medico Avanzato
DMO	Direzione Medica Ospedaliera
DSR	Direttore Squadre Recupero e Triage
DSS	Direttore Soccorsi Sanitari
DTR	Direttore Trasporti
DTS	Direttore Tecnico Soccorsi
MRC	Capacità Trattamento Medico territoriale
MSA	Mezzo Soccorso Avanzato (medicalizzato)
MSB	Mezzo Soccorso Base (con volontari soccorritori)
MSI	Mezzo Soccorso Intermedio (Infermieristici)
MTC	Capacità Trasporto Medico
NBCR	Nucleare Biologico Chimico Radiologico
PAT	Postazione di Assistenza Territoriale
PC	Protezione Civile
PCA	Posto Coordinamento Avanzato
PEIMAF	Piano di Emergenza Interna per Massiccio Afflusso di Feriti
PMA	Posto Medico Avanzato
PPAA	Pubbliche Assistenze
PS	Pronto Soccorso
RTS	Rete Territoriale del Soccorso sanitario
SET 118	Sistema Emergenza Territoriale 118
SOI	Sala Operativa Integrata
SOUP	Sala Operativa Unica di Protezione Civile (Regione Marche)
SSR	Servizio Sanitario Regionale
VDF	Vigili del Fuoco