

**GRUPPO CHIRURGIA D'URGENZA PISA-EMTII**

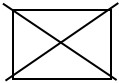
**MANUALE DELLE PROCEDURE GCU EMTII**

**Sezione N° 4**

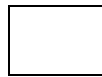
*Sigla identificativa del documento:* **MDP/N° 4**

**Le fasi operative del GCUPISA EMTII**

**Copia:**



**Controllata**



**Non controllata**

**Destinatario**

---

Numero totale di pagine, esclusa la presente: 30

2		Versione Finale	Team GCU Project Technical Assistant	Presidente GCU	Project Leader
Rev.	Data	Descrizione	Redatto	Verificato	Approvato

## **Indice della sezione**

- 4.1 Scopo
- 4.2 Attesa e preparazione
  - 4.2.1 Gestione del materiale logistico sanitario
  - 4.2.2 Arruolamento e Formazione
- 4.3 Attivazione del GCUPIISAEMTII
  - 4.3.1 Richiesta di attivazione
  - 4.3.2 Definizione e convocazione del Team, Attivazione del Team di supporto
  - 4.3.3 Attivazione del Team di Partenza
  - 4.3.4 Attivazione della polizza assicurativa
  - 4.3.5 Mandato di apertura della sede e verifica materiale
  - 4.3.6 Approvvigionamento materiale deperibile
  - 4.3.7 Approvvigionamento Farmaci Stupefacenti e Materiale di Laboratorio
  - 4.3.8 Verifica mezzi di comunicazione e computer
  - 4.3.9 Analisi informazioni e Controllo Documenti
  - 4.3.10 Gestione dei fondi
  - 4.3.11 Nomina del Direttore Sanitario, Coordinatore infermieristico e del Logista Capo
  - 4.3.12 Nomina Direttori di Area Sanitaria, Squadre Sanitarie e responsabili di squadra sanitaria

4.3.13 Verifica pre partenza

4.3.14 Coordinamento Generale

4.4 Trasporto

4.4.1. Caricamento del materiale

4.4.2 Trasporto materiale e personale al luogo di partenza

4.5 Operazioni fase I: dall'arrivo all'allestimento del Modulo

4.5.1 Arrivo nel paese ospite

4.5.2 Scelta del sito di allestimento campo

4.5.3 Allestimento campo

4.5.4 Verifica Pre-Apertura del Modulo

4.6 Operazioni fase II: Attività sanitaria del Modulo

4.6.1 Generalità

4.6.2 Triage

4.6.3 Area ad Alta Priorità

4.6.4 Area Materno Infantile

4.6.5 Astanteria

4.6.6 Area Chirurgica

4.6.7 Area Diagnostica/Ortopedia

4.6.8 Area Degenza

4.6.9 Area Ambulatoriale a bassa priorità

4.6.10 Riabilitazione

4.6.11 Laboratorio

4.6.12 Isolamento

4.6.13 Obitorio

4.6.14 Farmacia

4.7 Operazioni fase II: Attività Logistica del Modulo

4.7.1 Gestione delle Tende

4.7.2 Gestione impianto elettrico

4.7.3 Gestione impianto idraulico

4.7.3 Gestione cucina e mensa

4.7.4 Gestione igiene e rifiuti

4.7.5 Gestione sistema informatico e telecomunicazioni

4.7.6 Sicurezza

5.0 Post missione

## **4.1 Scopo**

Lo scopo di questa Sezione è di identificare le fasi operative del GCUPIISA EMTII individuandone per ogni fase le attività previste, le responsabilità e l'eventuale supporto documentale.

## **4.2 Attesa e preparazione**

Le fasi di attesa e preparazione sono quelle che precedono il preallarme da parte delle autorità competenti e che è caratterizzato dalla gestione del materiale logistico sanitario, dal reclutamento del personale e dalla sua formazione.

### **4.2.1 Gestione del Materiale logistico sanitario**

Il materiale logistico sanitario è conservato presso due distinti magazzini.

Un magazzino ( magazzino 1) è situato all'interno dell'ospedale Nuovo Santa Chiara, secondo gli accordi previsti dalla convenzione in atto con l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana. In questo magazzino sono presenti tende, attrezzature logistico sanitarie e farmaci sufficienti per dispiegare un'unità compatibile con il modello di Posto Medico Avanzato con Chirurgia previsto dalla normativa europea (2014/762/EU), qualora fosse necessario un dispiegamento su area nazionale in base alle necessità.

Un altro magazzino (magazzino 2) attualmente presso la sede della Croce Rossa Italiana Sezione di Pisa ma in attesa di trasferimento presso un locale messo a disposizione dalla Regione Toscana in base alla convenzione in atto e localizzato sempre nella città di Pisa, contiene il materiale per l'implementazione a EMTII a partire dalla struttura presente nel magazzino 1.

Il materiale è sotto la responsabilità del Logista Capo che è coadiuvato nella gestione dai responsabili dei diversi settori ( elettrico, idraulico, cucina etc etc) e dai logisti della CRI secondo gli accordi previsti dalla convenzione in essere.

Il materiale viene posizionato all'interno di idonee casse e cargopallet per permettere un rapido caricamento e registrato all'interno dell'applicazione gcu.web (<https://gestionale.gcupisa.it>) per facilitarne la gestione e la documentazione. Infatti il software permette di segnalare automaticamente al personale addetto i materiali di prossima scadenza in modo da permettere ai referenti una pronta sostituzione. Per quanto riguarda inoltre la manutenzione degli elettromedicali questa viene svolta in collaborazione con il personale dell'AOUP in quanto per convenzione l'azienda stessa si fa carico del controllo di idoneità delle apparecchiature.

Per quanto riguarda la gestione dei farmaci questi vengono acquisiti direttamente da un centro di costo dedicato dalla farmacia dell'ESTAR che per accordi fornisce lotti di farmaci con la scadenza più lontana possibile. La legislazione attuale non consente di poter far riassorbire i farmaci di prossima scadenza dalle strutture del SSN né di poterli donare ad altri enti pertanto i farmaci in scadenza verranno sostituiti e smaltiti secondo le vigenti norme.

Per gli esami di laboratorio il GCU si avvale di strumentazioni e reagenti presenti anche a livello aziendale con cui vigono accordi scritti per l'acquisizione diretta dei reagenti al momento del preallarme.

#### **4.2.2 Arruolamento e formazione**

Il GCU gestisce le risorse umane attraverso un software dedicato (<https://gestionale.gcupisa.it>) che permette di verificare le caratteristiche del personale, con le loro differenti specificità e idoneità, e la disponibilità dello stesso. In base all'analisi delle risorse umane il GCU modula il piano di reclutamento che si articola sulla proposta diretta di adesione a professionisti del settore, riconosciuti validi dai membri del direttivo, e su eventi di comunicazione all'interno delle aziende sanitarie e manifestazioni del settore che possano richiamare le professionalità necessarie oltre che sensibilizzare la popolazione sulla realtà del gruppo.

Il candidato compila quindi una proposta di adesione e una scheda di dati funzionali all'iscrizione. La proposta viene quindi vagliata dal Direttivo che decide di procedere o meno all'iscrizione nel registro dei soci, solitamente previo colloquio con il candidato in particolare per valutarne l'aspetto psicologico e motivazionale. Il nuovo socio ha

diritto di partecipare agli eventi formativi del GCU ma non a partecipare a missioni fintanto che gli specifici requisiti non vengano rispettati.

La regolamentazione dei soci e della loro iscrizione viene normata direttamente dallo statuto dell'associazione.

### **4.3 L'attivazione del EMT II Gruppo Chirurgia D'Urgenza**

#### **4.3.1 Richiesta di attivazione**

La prima fase di attivazione del GCU ha come **responsabile** il Presidente del GCU o un suo rappresentante. Tale fase consiste nella richiesta telefonica d'intervento da parte del DPC ricevuta dal Presidente o, in sua assenza, dalla figura successiva disponibile della lista depositata presso il D.P.C., redatta dal consiglio direttivo.

La seconda fase di attivazione consiste nella Convocazione del consiglio direttivo del GCU ed è sotto la responsabilità del Segretario del GCU.

Il Presidente o il suo rappresentante dopo aver preso atto della richiesta d'intervento e rinvenuti gli estremi per una possibile partecipazione, informa il presidente della Croce Rossa Italiana- Sezione di Pisa perché verifichi i presupposti per la possibile partecipazione alla missione.

Il presidente contatta inoltre il segretario e dà incarico di convocare urgentemente un consiglio direttivo. A tal fine il Segretario, invia un SMS a tutti i membri del direttivo, indicante il motivo della convocazione, la sede e l'ora della riunione.

La fase successiva prevede che il consiglio direttivo, responsabile della Decisione relativa alla partenza, messo al corrente dal Presidente o dal suo Rappresentante della richiesta d'intervento, valuti la coerenza con le regole statutarie.

In entrambi i casi viene redatto un verbale con le relative motivazioni, dandone comunicazione al D.P.C. al massimo entro 5 ore dalla richiesta di assistenza.

In caso di votazione favorevole, una volta acquisita la conferma di partecipazione della CRI-Pisa, il segretario dirama l'allerta a tutti i soci mediante SMS, indicante: la

stato di attivazione del gruppo, i numeri telefonici da contattare per esprimere la propria disponibilità ed invitando tutti i soci a presentarsi in sede il prima possibile.

Tutte le attività effettuate dal Consiglio Direttivo in merito a queste fasi vengono registrate nei Verbali del Consiglio Direttivo e lo stato di attivazione aggiornato sulla pagina web del GCU

Per quanto riguarda il tempo intercorrente tra l'accettazione dell'incarico e la partenza, il GCUPisa EMTII è pronto a partire dopo 12 ore dall'accettazione dell'incarico se l'emergenza è in Italia e dopo 18 ore dall'accettazione dell'incarico se l'emergenza è all'estero.

E' importante sottolineare che le principali decisioni e comunicazioni con le strutture governative nazionali e internazionali per la presa in carico della richiesta di assistenza sono gestite dal Dipartimento di Protezione Civile e che le procedure qui riportate sono quelle di competenza del Gruppo Chirurgia d'Urgenza salvo diversa indicazione nel testo.

#### **4.3.2 Definizione e convocazione del Team, Attivazione del Team di supporto**

La fase successiva di definizione del team è sotto la responsabilità del Direttivo. Il direttivo si riunisce presso la sede del GCU e presa visione del registro informatizzato dei soci, che permette di individuare le figure disponibili e idonee alla missione nonché la validità dei documenti necessari, stila l'elenco dei componenti del team di partenza e di un team per l'eventuale secondo turno di missione. Inoltre, sulla base delle abilitazioni ottenute dal singolo socio, individua le figure apicali (team leader, vice team leader)

Unitamente alla definizione e attivazione del team di partenza, viene allertato il team di supporto logistico della CRI e vengono allertate le figure che compongono il team di supporto in sede, costituito principalmente dai membri del Direttivo che non siano arruolati per la partenza in missione e di altri soci, sempre non arruolati per la partenza, che abbiano le specifiche competenze per espletare i compiti ai punti da 4.3.4 a 4.3.19.



Tali figure sono: addetto assicurativo, addetto finanziario, responsabile per le risorse umane, addetto alla logistica, addetto ai farmaci, addetto agli alimenti, addetto ITC (informatica e telecomunicazioni), addetto alle comunicazioni.

Tale team provvederà inoltre ad acquisire le richieste del team operativo e a fornire l'apporto logistico ed informatico richiesto durante tutta la missione

Le attività effettuate dal Direttivo in merito a questa fase vengono registrate nei Verbali dell'organismo stesso.

Il Presidente o un suo delegato, comunica ai soci i nominativi dei componenti del team di partenza tramite sms e successivamente tramite pubblicazione sul sito web.

Le attività effettuate in merito a questa fase vengono registrate nei Verbali del GCU e il loro resoconto pubblicato sulla pagine web del gruppo

#### **4.3.3 Attivazione del Team di Partenza**

L'informativa relativa all'inclusione del team di partenza viene comunicata tramite sms, contenente anche altre informazioni relative alla partenza, e confermata via chiamata telefonica da parte del responsabile delle risorse umane che si occupa di fornire al Direttivo copia della documentazione personale dei membri del team, dopo aver eseguito un ulteriore controllo delle schede vaccinazioni dei soci in missione per eventuali vaccini richiesti per il paese di destinazione da fare subito prima di partire. La documentazione relativa al personale verrà quindi consegnata al direttivo in duplice copia.

#### **4.3.4 Attivazione della polizza assicurativa**

La fase di attivazione dell'assicurazione è di responsabilità di un Membro del Consiglio Direttivo designato preventivamente ad hoc, l'addetto assicurativo. L'addetto incaricato attiva l'assicurazione personale e verso terzi, nei modi e nei tempi previsti dalla vigente polizza e comunica alla stessa i nominativi dei componenti il team.

L'attivazione dell'assicurazione viene verbalizzata nel Registro dei verbali allegandovi il documento di conferma dell'assicurazione che viene allegato anche in duplice copia ai documenti consegnati al TL.

Le attività effettuate dal responsabile designato in merito a questa fase vengono registrate nei Verbali del GCU.

#### **4.3.5 Mandato apertura della sede e verifica materiale**

La fase di apertura della sede è di responsabilità dell'addetto alla logistica. L'incaricato riceve dal Presidente il mandato di aprire la sede presso cui è allocato il materiale, di verificare il corretto posizionamento e di dirigere le manovre di carico del materiale, supportato dal team logistico della CRI.

Le attività effettuate dall'addetto alla logistica designato in merito a questa fase vengono registrate nella apposita Check List che viene consegnata in copia al TL.

#### **4.3.6 Approvvigionamento materiale deperibile**

L'addetto al vettovagliamento, presa visione secondo check list del materiale alimentare mancante, perché facilmente deperibile, provvede ad acquistarlo utilizzando la carta di credito/bancomat del gruppo consegnatagli dal presidente o suo delegato e consegna la ricevuta (fattura) al tesoriere o a un consigliere. L'addetto al vettovagliamento provvede anche alla rapida preparazione delle casse contenenti il materiale acquistato.

Le attività effettuate dall'addetto al vettovagliamento in merito a questa fase vengono registrate nella apposita Check List materiale alimentare deperibili che viene consegnata in copia al TL.

#### **4.3.7 Approvvigionamento Farmaci Stupefacenti e Materiale di laboratorio**

L'addetto ai farmaci, dopo aver prelevato il registro degli stupefacenti in sede, compilato per tipologia e quantità di farmaci dal Presidente e firmato in triplice copia, prende contatto con la direzione medica di presidio per la firma di convalida. Successivamente contatta l'U.O. di Farmacia e si reca presso la stessa per acquisire i farmaci stupefacenti e i relativi documenti necessari per la missione. L'addetto ai farmaci si occupa anche di reperire i reagenti e gli strumenti (qualora non presenti in sede) per gli esami di laboratorio e inoltre provvede alla rapida preparazione delle casse con il materiale e di una cassa di sicurezza da inviare con i farmaci stupefacenti. La chiave di sicurezza e il registro degli stupefacenti viene quindi consegnata al Presidente che la affida al direttore sanitario.

Le attività effettuate dall'addetto ai farmaci designato in merito a questa fase vengono registrate nella Check List apposita che viene consegnata in copia al TL. Ai fini di valutare correttamente quanto previsto il l'addetto ai farmaci ha a supporto il Registro Stupefacenti che viene consegnato al Coordinatore Sanitario.

#### **4.3.8 Verifica mezzi di telecomunicazione e computer**

L'addetto all'informatica e telecomunicazioni (ITC) verifica il corretto funzionamento delle radio, del satellitare qualora in uso e dei dispositivi cellulari di servizio e provvede altresì alla verifica del corretto funzionamento dei computer e alla sincronizzazione del database gestionale online per l'eventuale uso off line durante la missione. A verifiche ultimate dà il benestare all'utilizzo dei mezzi di comunicazione e consegna al Presidente o a un suo delegato i telefoni cellulari perché vengano affidati al TL, DTL e Logista Capo

Le attività effettuate dall'addetto alle comunicazioni in merito a questa fase vengono registrate nella Check List apposita che viene consegnata dal Presidente o un suo delegato in copia al TL.

#### **4.3.9 Analisi informazioni e Controllo documenti**

L'addetto ai Documenti si occupa di controllare i siti di riferimento (GDACS, VOSOCC etc...) per acquisire le informazioni base sul paese colpito dal disastro e sulle particolari condizioni ed esigenze che possano avere importanza per la missione.

Raccoglie il materiale trovato per consegnarlo al presidente o un suo delegato che lo inoltri al TL unitamente ai documenti relativi alla struttura in duplice copia. In particolare, coordinandosi con il Direttore della Logistica e con le figure competenti del Dipartimento di Protezione Civile, si occupa di ritirare presso la segreteria i documenti relativi al materiale comprese le certificazioni doganali e selezionare le schede del personale in partenza.

L'addetto ai Documenti si preoccupa inoltre di aggiornare l'account vosocc e il sito del GCU alla partenza con dati rilevanti e stato di attivazione.

Le operazioni dell'addetto ai Documenti sono registrate su apposita check list che viene consegnata in copia al TL.

#### **4.3.10 Gestione dei fondi**

La copertura finanziaria in missione è assicurata dai fondi propri del GCU ricevuti da donazioni e tasse, e soprattutto da un fondo ad hoc stanziato dal DPC e rinnovabile durante la missione per comprovate esigenze.

L'uso di tali fondi si realizza attraverso l'impiego di tre carte di credito prepagate, su cui sono accreditate 10.000 euro ciascuna, e che sono in possesso del Gabinetto di Presidenza (Presidente, Vice Presidente e Segretario). L'addetto finanziario riceve le carte dal Gabinetto di Presidenza e si reca a ritirare del denaro contante (4500 euro) consegnandolo assieme alle carte di credito al Gabinetto stesso. Il responsabile finanziario procede quindi a effettuare le operazioni di home banking per ripristinare il credito di partenza per ciascuna carta. Il Gabinetto di Presidenza si occuperà quindi di consegnare il contante e le carte al Team Leader, al Vice team Leader e al Capo Logista , assieme a un dispositivo per effettuare le operazioni di Home Banking

durante la missione mentre un altro dispositivo resterà nella sede del GCU in caso di necessità di operazioni dall'Italia.

#### **4.3.11 Nomina del Direttore Sanitario, Del Coordinatore Infermieristico e del Logista Capo**

Il Direttivo ha la responsabilità di nominare, tra i componenti il gruppo di partenza che abbiano acquisito le specifiche competenze e titoli, il Direttore Sanitario, il Coordinatore Infermieristico e il Logista Capo.

#### **4.3.12 Nomina Direttori di Area Sanitaria, Squadre Sanitarie e responsabili di squadra sanitaria**

Il Team Leader, unitamente al Vice Team Leader/Direttore Sanitario, ha la responsabilità di nominare i seguenti soggetti tra i soci in missioni che abbiano acquisito l'idoneità:

- i direttori di area Sanitaria;
- le squadre sanitarie con i loro responsabili

#### **4.3.13 Verifica pre partenza**

Il Direttivo convoca il Team Leader, il Vice Team Leader e il Capo Logista per la verifica delle check list, per la consegna in duplice copia dei documenti, una da conservare e una da consegnare al RDC, per la consegna della chiave della cassa narcotici al VTL e per eventuali disposizioni finali

#### **4.3.14 Coordinamento Generale**

Il Presidente, o un suo delegato, con il gabinetto di presidenza, si configura come il responsabile del coordinamento delle operazioni di attivazione e come il punto di

riferimento per il coordinamento con la Croce Rossa Italiana e il Dipartimento di Protezione Civile

## **4.4 Trasporto**

### **4.4.1 Caricamento del materiale**

Il Responsabile Logista individua l'addetto al caricamento unitamente al personale addetto al caricamento stesso. Questi soggetti avranno il compito di stivare il materiale sul mezzo di trasporto secondo l'ordine stabilito dal Responsabile Logista e seguendo le indicazioni del Responsabile del caricamento.

### **4.4.2 Trasporto personale e materiale al luogo di partenza**

L'identificazione della modalità e della tempistica di trasporto del GCUPisa EMTII al paese richiedente aiuto avviene su scelta ed indicazione del Dipartimento stesso.

Il mezzo di trasporto viene identificato dal D.P.C. in base alle caratteristiche del modulo da trasportare, ed alla conoscenza preventiva dei pesi, dei volumi e dei soggetti da trasportare. A tal fine il D.P.C. deve ricevere comunicazione, e periodico aggiornamento, delle informazioni relative ai pesi ed ai volumi del modulo da trasportare.

Per tale motivo, una volta comunicato dal DPC il punto di partenza del materiale e del personale, i mezzi messi a disposizione dalla CRI- Pisa si occuperanno del trasporto. In caso di invio del materiale con tempistica e/o mezzo differente da quello del personale, verranno individuati dal Logista Capo due/tre logisti per seguire il materiale con copia dei documenti relativi.

## **4.5 Operazioni fase I: dall'arrivo nel paese ospite all'allestimento del Modulo**

#### **4.5.1 Arrivo nel Paese Ospite**

All'arrivo nel paese di destinazione, espletate le operazioni di ingresso del personale, il Team Leader GCU assieme ai Funzionari del DPC prenderanno contatto con RDC per la registrazione dell'arrivo dell'EMTII. In caso di presenza di una Team di Valutazione del DPC già in loco, il funzionario DPC, il TL e il Logista Capo, prenderanno contatto con questo per acquisire informazioni rispetto all'eventuale assegnazione del luogo, mezzi di trasporto per la movimentazione di personale e materiale, situazione generale.

Il Team Leader GCU e un Funzionario del DPC si recheranno quindi nel EMTCC per consegnare la documentazione del Modulo e, in caso non sia stato fatto precedentemente, conoscere le possibili zone di dispiegamento. La presenza nel EMTCC permetterà di espletare le formalità per ottenere i permessi per il dispiegamento del Modulo e le attività sanitarie, e ottenere i documenti per l'ingresso del materiale, qualora non siano già stati ottenuti.

Durante il primo incontro sarà cura del Team Leader GCU ottenere delle informazioni recenti riguardo a elementi essenziali per lo svolgimento dell'attività:

- Contesto e attuali necessità della popolazione
- Presenza di altri EMT, caratteristiche, localizzazione e contatti
- Eventuali procedure condivise di trasferimento dei pazienti
- Presenza di attori di rilievo, dove e quale contatto
- Moduli di reporting, frequenza con cui inviarli, destinatario, eventuali richieste dal MOH su consenso, trasfusione, trattamenti, gestione delle salme etc.
- Sicurezza
- Codici di comunicazione e frequenze radio disponibili
- Possibilità di accesso al sangue
- Possibilità di accesso a comunicazione, cibo, combustibile, acqua
- Possibilità di accesso a forme di trasporto ( auto, ambulanze etc)
- Possibilità di accesso a collaboratori locali ( interpreti, trasportatori, pulizie)
- Possibilità di smaltimento dei rifiuti generali e non e/o politica per l'autogestione ( inceneritore, seppellimento)

#### **4.5.2 Scelta del sito di allestimento campo**

Il Team Leader GCU è responsabile, insieme al Logista Capo ed al personale del D.P.C., di valutare il sito dove deve essere montato il Modulo. Nella scelta del sito dovranno essere prese in considerazione: la sicurezza del luogo, l'accessibilità dello stesso ai mezzi per il trasporto del materiale e dei pazienti, la vicinanza a popolazione bisognosa, la vicinanza a un corso d'acqua.

#### **4.5.3 Allestimento campo**

Il Team Leader GCU insieme al Logista Capo è responsabile dell'allestimento campo che può essere realizzato in due modalità a seconda se ci siano e meno feriti da trattare immediatamente all'arrivo sul luogo dell'emergenza.

##### **Caso 1 " arrivo con feriti da trattare"**

Nel caso in cui siano presenti nel sito feriti da trattare, le squadre sanitarie ( 2 medici e 4 infermieri) inizieranno a lavorare nei pressi del EMTII utilizzando gli zaini sanitari, mentre le squadre di montaggio procedono all'allestimento del campo secondo le procedure previste

Appena allestita e arredata la tenda Stabilizzazione le squadre sanitarie si sposteranno a lavorare al suo interno mentre gli altri gruppi completeranno l'allestimento del campo. I feriti trattati verranno spostati nell'astanteria dove saranno posizionate le barelle e, non appena possibile, nelle aree di degenza.

##### **Caso 2 "arrivo senza feriti da trattare nell'immediato"**

Nel caso in cui il trattamento dei feriti possa essere differito, si procede al montaggio del campo come descritto nella procedura relativa

#### **4.5.4 Verifica pre apertura del Modulo**

Prima dell'apertura delle attività sanitarie è prevista una riunione del personale per la verifica del corretto funzionamento dell'equipaggiamento e dei servizi in generale.



Durante la riunione verranno comunicati i turni di servizio e verrà effettuato un briefing sulla situazione, sugli obiettivi della missione, sul piano di sicurezza con le eventuali modifiche legate al luogo, sugli standard comportamentali da adottare durante l'attività lavorativa e nei momenti di riposo.

L'apertura del Modulo sarà comunicata all'ERCC all' EMTCC e alle autorità competenti

## **4.6 Operazioni fase II: L'attività del Modulo**

### **4.6.1 Generalità**

L'attività del modulo si basa sul rispetto degli standard individuati da WHO in riferimento agli EMT II, assieme a standard e linee guida internazionali ( Sphere, WHO guidelines, MSF Handbook, Best Practices etc etc) rilevanti per il settore. L'attività è comunque espletata nel rispetto delle normative vigenti nello stato ospite, acquisite al momento dell'arrivo.

Di seguito verranno descritte sommariamente le differenti aree con le attività preposte. Per una più accurata descrizione della struttura delle aree si rimanda al capitolo 2 Mezzi Materiali e Strumenti, ricordando qui che in ogni struttura e a ogni consulente è fornita una radio per le comunicazioni, mentre per le specifiche procedurali si rimanda agli allegati.

### **4.6.2 Triage/Registrazione**

L'area triage è organizzata in una struttura posta al davanti delle tende pneumatiche e attrezzata nella parte più vicina alle tende con una postazione computer, stampante A4, stampante per braccialetti, lettore di barcode, schede di triage/trattamento ( con carta copiativa) organizzatori per fogli, radio trasmittente, cancelleria varia, tesserine numerate. Nella restante parte è organizzata una sala di attesa divisa in un settore per il materno infantile e uno per gli adulti.

I pazienti, accedono ordinatamente alla postazione seguendo un percorso tracciato. In caso di necessità è possibile organizzare altre aree di attesa aggiungendo strutture mobili ( gazebo) e sedute.

Le postazioni di triage sono due, una principalmente dedicata al materno infantile con la possibilità all'occorrenza di fare triage dell'adulto.

È possibile che in base alle necessità di disposizione del campo si allestiscano due punti di triage. Uno per gli adulti davanti alla tenda A di Alta priorità e uno ostetrico/pediatrico davanti alla tenda E Materno Infantile.

L'infermiere inserisce nel registro informatizzato e nel cartaceo i dati anagrafici e una diagnosi di massima, stampa un braccialetto identificativo e la scheda MDS ( Minimum Data Set) e consegna una targhetta numerata al paziente riportando sul cartaceo lo stesso numero e una sigla identificativa per area di accettazione (area alta priorità, ambulatorio bassa priorità, materno infantile) e riponendo il cartaceo in un cassetto dedicato (diviso per area e per codice). Nel caso di Materno infantile madre e figlio avranno lo stesso codice e sulla scheda del bambino verrà riportato il nome del genitore. I codici rossi accedono direttamente all'area critica.

In caso di paziente con immediata evidenza di potenziale malattia infettiva, l'infermiere di triage procede alla registrazione e a inviare il paziente presso l'area di isolamento. Viene quindi chiamato il medico dell'ambulatorio per la valutazione del paziente.

Il paziente triagiato torna quindi nell'area di attesa con il tesserino e l'istruzione di prestare attenzione alle chiamate e di presentarsi una volta chiamato.

L'infermiere della rispettiva area ( materno infantile, ambulatorio o area critica) una volta nelle condizioni di poter accettare il paziente, si reca a prendere la scheda e il paziente oppure via radio chiede al triage di inviare il paziente con la scheda.

Il paziente viene quindi chiamato al triage direttamente. Arrivato al triage il paziente riconsegna la tessera e viene indirizzato verso l'area competente.

In caso di difficoltà linguistiche l'addetto al triage sarà affiancato da un interprete

#### **4.6.3 Area Medica ad Alta Priorità**

L'area è adibita principalmente al trattamento dei codici rossi e dei codici gialli, con possibilità di trattare i codici verdi a seconda delle necessità.

Nel modulo vi sono due letti ambulatoriali per visita e cure. Sul primo, quello posto a sinistra, si prestano le cure ai codici più gravi in quanto la postazione è provvista di

monitor, defibrillatore, respiratore portatile. Sull'altro lettino si prestano le cure agli altri codici colore dopo che sono stati soccorsi i primi.

All'entrata del modulo è posto al lato sinistro dell'entrata un tavolo con sedie, radio, computer e stampante per la parte amministrativa (es. registrazione del paziente qualora non sia avvenuta al triage per motivi di gravità). Qualora ve ne sia il tempo il medico di riferimento riporterà direttamente i dati dal registro cartaceo a quello informatizzato.

Nell'area critica vengono trattate le ferite che non necessitano di sala operatoria e tutte quelle patologie, croniche e acute, che possano presentare una significativa gravità. Ogni trattamento invasivo è effettuato previa firma di un consenso informato redatto, qualora possibile, nella lingua compresa ovvero tradotto e controfirmato dall'interprete.

Il paziente viene valutato e il suo percorso articolato secondo tre possibili scenari:

- 1) **valutazione e trattamento somministrato in un tempo:** Viene contestualmente fatta diagnosi, terapia e prognosi. Viene compilata la scheda sanitaria con la lettera di dimissione e le eventuali indicazioni. Contestualmente si compilerà anche la scheda MDS. Se necessaria viene fornita la prescrizione per il ritiro dei farmaci presso la farmacia.
- 2) **Valutazione e richiesta di approfondimento diagnostico:** A giudizio del medico il paziente deve essere sottoposto ad approfondimento diagnostico per cui vengono riportati sulla scheda del paziente gli approfondimenti necessari ( per es. rx torace o visita chirurgica o ortopedica). Viene contattato via radio il consulente di riferimento. Qualora sia possibile effettuare la consulenza immediatamente il consulente si sposta nell'area critica e fa la sua valutazione scrivendola nella scheda. In caso non sia possibile effettuare la consulenza immediatamente, la scheda e il paziente vengono portati dall'infermiere di area critica e dall'infermiere di astanteria in astanteria dove attendono i pazienti per esami o valutazione. L'infermiere di area critica consegna all'infermiere di astanteria la scheda del paziente che viene posta in una cartella in prossimità del paziente, e comunica l'esame necessario. L'infermiere di astanteria avverte

il consulente di riferimento ( p.e. il tecnico di radiologia) e insieme al collega dell'area designata spostano il paziente, qualora ce ne fosse bisogno( p.e. presso la diagnostica per effettuare la radiografia). Terminato l'esame il paziente viene riportato in astanteria e il medico di area critica che lo aveva in cura ( identificabile dalla scheda), avvertito che il paziente è disponibile, effettua la rivalutazione decidendo se ci sia necessità di trattenere il paziente per intervento o ricovero oppure se sia possibile dimmetterlo. Se è possibile dimmetterlo viene compilata la scheda con le indicazioni e una copia consegnata al paziente. Viene contestualmente completata anche la scheda MDS. La scheda viene posta in un raccoglitore per poi essere processata dall'addetto ai dati. Se invece il paziente deve essere ricoverato viene inviato presso la degenza e viene compilata la scheda MDS e la scheda di ricovero da parte del responsabile della degenza che prenderà le consegne dal medico di area critica. Qualora dovesse essere identificata una patologia a rischio infettivo il paziente verrà inviato presso la tenda di isolamento in attesa di trasferimento in un'unità dedicata.

- 3) **Immediato invio presso la sala operatoria:** qualora il paziente abbia palesemente necessità di un intervento chirurgico viene avvertito il collega chirurgo via radio e il paziente inviato in sala operatoria oppure, se questa non è disponibile, spostato nella recovery room dall'infermiere di area critica e da quello di astanteria sempre che il paziente non abbia bisogno di stabilizzazione nel qual caso resta in area critica fino a che la sala non è disponibile. Appena i tempi lo permettono il paziente viene registrato sul cartaceo e sul database informatizzato.

Condizioni cliniche o situazioni patologiche che non possano essere trattate dal GCU EMTII sono tempestivamente comunicate al direttore sanitario che si occupa di attivare la procedura per il trasferimento.

L'area medica ha come referente il responsabile di area che coordina l'attività e stabilisce eventuali priorità. In sua assenza i compiti di coordinamento sono svolti dal vice responsabile

#### **4.6.4 Area Materno Infantile**

L'area materno infantile è adibita alla visita e trattamento delle pazienti ostetriche e ginecologiche e dei pazienti in età pediatrica ( sotto i 17 anni di età).

La tenda è suddivisa in due parti separate da un divisorio. Una sezione è dedicata per visita e trattamento dei bambini e una sezione è provvista di letto ginecologico per le visite e all'occorrenza per l'assistenza al parto. È presente un computer per la consultazione e l'eventuale compilazione del database informatizzato.

Il percorso del paziente è analogo a quello di area critica ad eccezione del fatto che, nel percorso pediatrico, l'eventuale attesa del bambino per la valutazione o l'esame radiologico viene effettuata all'interno dell'area materno infantile stessa. Inoltre il genitore non si separa mai dal bambino a meno di esame radiografico o di intervento chirurgico. In caso di ospedalizzazione il bambino viene inviato presso dei letti di degenza dedicati.

L'infermiere di turno dell'area materno infantile è inoltre la figura che viene contattata dal triagista qualora si dovesse incontrare un bambino/a senza genitore e che non abbia bisogno di intraprendere un percorso sanitario. L'infermiere fa accomodare nell'area materno infantile il bambino e chiama il direttore sanitario che lo prende in carico contattando le autorità competenti e portando il minore presso un'area dedicata della sezione comune. Nell'attesa delle autorità competenti il minore verrà affidato dal direttore sanitario a un infermiere del team non in servizio. Su permesso delle autorità competenti verrà inoltre stampato un volantino con la foto del minore e le informazioni per il ricongiungimento. Il volantino verrà esposto al triage.

Condizioni cliniche o situazioni patologiche che non possano essere trattate dal GCU EMTII sono tempestivamente comunicate al direttore sanitario che si occupa di attivare la procedura per il trasferimento.

L'area Materno Infantile ha come referente il responsabile di area che coordina l'attività e che stabilisce le priorità. In sua assenza i compiti di coordinamento dell'attività sono svolti dal vice responsabile

#### **4.6.5 Astanteria**

L'astanteria è la parte centrale della struttura ospedaliera a cui si affacciano le principali aree sanitarie. La tenda è attrezzata con 4 postazioni con barella, raddoppiabili in caso di necessità, per la gestione dei pazienti in transito o in attesa di trasferimento.

La sua funzione è quella di coordinare e facilitare il percorso assistenziale del paziente costituendo un punto in cui questo possa essere (ri)visitato e in cui possa attendere ulteriori accertamenti in condizioni di sicurezza.

L'infermiere dell'astanteria coadiuva l'infermiere delle differenti aree sanitarie nel trasporto del paziente verso e dall'astanteria e si preoccupa di coordinare le consulenze e la diagnostica per immagini avvertendo al momento opportuno le figure competenti e inserendo i pazienti in delle liste di consulenza presenti per area sanitaria.

Nello specifico l'infermiere, una volta posizionato il paziente nel letto o a sedere pone la scheda del paziente in un contenitore apposito in prossimità del paziente e avverte il consulente della presenza del paziente in astanteria, inserendo il nome in una lista che lo specialista potrà consultare per ricordarsi quali consulenze siano state richieste. Una volta effettuata la consulenza, qualora il medico non debba/possa contattare il collega direttamente, l'infermiere avverte il medico di riferimento dell'avvenuta consulenza ed eventualmente aiuta lo spostamento nell'area appropriata.

L'infermiere di astanteria compila e aggiorna la lavagna presente nella tenda con il resoconto dei pazienti in transito/attesa di visita completo di priorità per esami o intervento chirurgico

Nell'astanteria possono anche essere somministrate le terapie di supporto ( liquidi, antidolorifici etc) in attesa di destino.

L'astanteria ha come referente il responsabile di area medica. In sua assenza i compiti di coordinamento dell'attività sono svolti dal vice responsabile

#### **4.6.6 Area Chirurgica**

L'area chirurgica è suddivisa in due zone: una presala e una sala operatoria.

La presala è costituita a destra da una zona di cambio e lavaggio del personale mentre a sinistra la zona di lavaggio e sterilizzazione dei ferri chirurgici che verranno poi conservati in sala operatoria. I ferri usati verranno fatti uscire posteriormente per essere reintrodotti dall'esterno nella zona lavaggio/sterilizzazione.

La zona di recovery room dove ricoverare i pazienti nell'immediato post operatorio o prima dell'intervento è individuata nella prima tenda di degenza.

L'area chirurgica ha come referente il responsabile di area che coordina l'attività e che stabilisce la lista operatoria sulla base delle esigenze chirurgiche, ortopediche e ginecologiche. In sua assenza i compiti di coordinamento dell'attività sono svolti dal vice responsabile

#### **4.6.7 Area Diagnostica/Ortopedia**

L'area diagnostica/ortopedica è adibita ad ambulatorio ortopedico per la valutazione ortopedica e l'eventuale confezionamento di immobilizzazioni, e ad area diagnostica per effettuare ecografie e radiografie. Oltre al tecnico di radiologia nell'area opera anche l'infermiere di ortopedia/fisioterapista chiamato dall'area degenza nella necessità di confezionare un apparecchio per immobilizzazione.

L'apparecchio radiologico è digitale, permette di fare controlli rx con un'area di sicurezza di 2 metri. A tale scopo si provvede a isolare e segnalare con apposita segnaletica l'apparecchio rx e si vieta la circolazione di gente estranea nei paraggi

Anche in questa area l'attività è coordinata dall'infermiere dell'astanteria che avverte il sanitario della necessità di consulenza o radiografia e inserisce i dati del paziente nella lista di consulenze per la pronta consultazione.

L'area diagnostica e ortopedia ha come referente il responsabile di area che coordina l'attività e che stabilisce eventuali priorità. In sua assenza i compiti di coordinamento dell'attività sono svolti dal vice responsabile

#### **4.6.8 Area Degenza**

L'area degenza si articola su tre bracci con al centro un modulo di controllo dove è posizionata la postazione dell'infermiere con stampante e computer. La degenza è

preferenzialmente separata tra uomini e donne e 4 posti sono preferenziali per i bambini. All'interno della tenda collegata all'astanteria sono organizzati due posti aggiuntivi di recovery room a gestione condivisa tra l'infermiere della degenza e l'infermiere di sala operatoria.

Per l'area degenza sono previsti 3 infermieri e un responsabile medico nella figura del Direttore Sanitario. Nella degenza opera anche il Riabilitatore per i pazienti che ne abbiano necessità. Il responsabile medico ha in cura i pazienti internistici mentre i pazienti chirurgici, ortopedici e pediatrici e ginecologici sono valutati dalle rispettive specialistiche. Le eventuali dimissioni o trasferimenti del paziente vengono decise dal medico di riferimento e comunicate al direttore sanitario che provvede all'eventuale attivazione di ambulanze o procedura di trasferimento. Alla dimissione la cartella clinica viene chiusa e una copia consegnata al paziente insieme alla lettera di dimissione. Il modulo mds viene contestualmente terminato di compilare e tutto il materiale viene depositato in un apposito raccoglitore.

Qualora ve ne sia il tempo il medico di riferimento riporterà direttamente i dati dal registro cartaceo a quello informatizzato.

L'area degenza ha come referente il direttore sanitario che coordina l'attività e che stabilisce eventuali priorità. In sua assenza i compiti di coordinamento dell'attività sono svolti dal responsabile di area medica.

#### **4.6.9 Area Ambulatoriale a bassa priorità**

L'area ambulatoriale è individuata in una tenda al di fuori del corpo principale dell'ospedale ed è adibita alla valutazione e al trattamento di quelle patologie che siano di lieve entità e per cui non sia inizialmente previsto un ricovero.

La modalità assistenziale nell'area ambulatoriale è principalmente quella della diagnosi e terapia in un tempo. Nel caso il medico dovesse avere bisogno di un approfondimento diagnostico invia il paziente con la scheda nell'astanteria, avvertendo via radio l'infermiere di astanteria o facendolo accompagnare se possibile dall'infermiere d'ambulatorio. Una volta effettuato l'esame/consulenza l'infermiere di



astanteria chiama l'ambulatorio e se necessario l'infermiere ambulatoriale si preoccupa di riaccompagnare il paziente in ambulatorio.

Qualora il paziente presenti problematiche gravi viene effettuato un nuovo triage e inviato nell'area critica per seguire il percorso già illustrato.

L'area ambulatoriale ha come referente il responsabile di area medica che coordina l'attività. In sua assenza i compiti di coordinamento dell'attività sono svolti dal vice responsabile

#### **4.6.10 Riabilitazione**

L'area riabilitazione è individuata in una struttura al di fuori del corpo ospedaliero, nel rispetto delle dimensioni e dell'allestimento previsti dal "Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation" indicato da WHO.

Il riabilitatore svolge la sua attività anche all'interno della degenza a favore dei ricoverati che ne abbiano necessità, previa consulenza ortopedica.

Sulla base delle richieste da parte della degenza il riabilitatore stila quindi una lista per organizzare il piano terapeutico

L'attività effettuata in regime ambulatoriale, non di ricovero, è rivolta a quei pazienti che abbiano avuto una precedente valutazione ortopedica che abbia evidenziato la necessità di un percorso riabilitativo. Al momento della dimissione, o durante l'orario di apertura al pubblico se il paziente viene in regime ambulatoriale, il Riabilitatore valuta il paziente e individua i tempi e gli orari del percorso riportandoli in una scheda dedicata.

Nell'eventualità che un paziente con una pregressa problematica ortopedica che necessiti riabilitazione si presenti al Triage, il percorso prevede che venga indirizzato all'ambulatorio di bassa priorità dove verrà richiesta una consulenza ortopedica per inserire il paziente nel percorso riabilitativo.

L'attività si svolge in regime giornaliero con orari di servizio concordati con il Direttore Sanitario in base alle esigenze assistenziali.

#### **4.6.11 Laboratorio**

Il laboratorio è individuato in una tenda pneumatica al di fuori del corpo ospedaliero ma in prossimità dello stesso e con una rapida via di comunicazione. Il laboratorista riceve il campione da analizzare con la scheda di richiesta allegata e procede all'analisi avvertendo l'infermiere di riferimento via radio una volta in possesso del risultato. Per una completa descrizione delle procedure si rimanda agli allegati.

#### **4.6.12 Isolamento**

La zona di isolamento è individuata in una tenda gazebo pavimentata e climatizzata in cui sono presenti due posti letto separati da un divisorio. La tenda è adibita al ricovero di quei pazienti che possano essere potenzialmente infettivi e che siano stati individuati o a livello del triage o durante il percorso assistenziale secondo le procedure previste. La gestione dei pazienti in isolamento è assegnata al Direttore Sanitario e in sua assenza al Responsabile di area medica, mentre gli infermieri di riferimento sono quelli della degenza. È cura del Direttore Sanitario notificare la presenza di pazienti potenzialmente infettivi alle autorità competenti, secondo le procedure eventualmente fornite dal paese ospite o in assenza di queste secondo la modulistica WHO, e organizzare un pronto trasferimento.

#### **4.6.13 Obitorio**

L'obitorio è individuato in una struttura esterna al corpo ospedaliero in una zona scelta per riservatezza e nel rispetto della cultura locale. L'ambiente, climatizzato, è allestito per accogliere la salma e i familiari nell'attesa del trasferimento.

Al verificarsi di un decesso il medico di riferimento compila il registro dedicato, sviluppato secondo le indicazioni contenute nel "management of dead body after disaster: a field manual for first responders" indicato dal WHO, e l'eventuale modulistica specifica fornita dalle autorità competenti

Il Direttore Sanitario è avvertito perché notifichi il decesso e attivi le procedure di consegna della salma previste dalle autorità competenti. La gestione della salma viene effettuata da parte dei logisti di Igiene e Pulizia nel rispetto delle indicazioni riportate dal "management of dead body after disaster: a field manual for first responders"

#### **4.6.14 Farmacia**

La farmacia è individuata nella tenda G e separata dall'area BP da un telo divisorio.

La farmacia costituisce il punto di distribuzione dei farmaci ai pazienti previa presentazione della prescrizione medica e della copia della dimissione. Alla presentazione dei documenti il farmacista ritira la prescrizione, che conserva in apposito contenitore e consegna una busta contenente il numero preciso di compresse o buste o altro indicato nella prescrizione.

L'attività è aperta dalle 8 alle 18.00 mentre dalle 18.00 alle 20.00 viene fatto l'inventario. L'addetto alla farmacia si reca infatti presso le diverse aree per ritirare il resoconto giornaliero dei consumi di farmaci e, per quanto riguarda l'area medica e materno infantile, di presidi sanitari. E' compito dell'addetto alla farmacia lo scaricare il materiale dal software gestionale e stampare il resoconto delle giacenze.

Dopo le 18 i farmaci prescritti verranno consegnati direttamente dalle aree di competenza e le prescrizioni consegnate al farmacista per effettuare lo scarico.

Sulla base dei consumi il farmacista predispone i rifornimenti di farmaci alle diverse aree. Ogni area provvederà al rifornimento dei presidi sanitari per conto proprio.

### **4.7 Operazioni fase II: Attività Logistica del Modulo**

#### **4.7.1 Gestione delle Tende**

#### **4.7.2 Gestione impianto elettrico**

#### **4.7.3 Gestione impianto idraulico**

#### **4.7.3 Gestione cucina e mensa**

#### **4.7.4 Gestione igiene e rifiuti**

#### **4.7.5 Gestione sistema informatico e telecomunicazioni**

#### **4.7.6 Sicurezza**

#### **4.8 Fine missione e smobilitazione**

La decisione di porre fine ad una missione verrà presa in considerazione sulla base della durata del dispiegamento, dell'evoluzione dell'emergenza, dell'impatto dell'attività dell'EMTII sulla popolazione e delle richieste del paese ospite.

In ogni caso la decisione dovrà essere concertata con le autorità italiane, nazionali e internazionali per valutare il migliore percorso che può prevedere:

- il passaggio di consegne a staff locale compreso di una cogestione temporanea della struttura prima della donazione
- la donazione diretta dell'equipaggiamento o di parte di esso
- la smobilitazione completa senza donazione.

Il processo di donazione è gestito dal personale del Dipartimento di Protezione Civile e dal Team Leader coadiuvato dal Vice Team Leader e dal Logista Capo. Per le procedure di donazione si seguiranno le linee guida indicate dall'organizzazione mondiale della sanità riguardanti l'equipaggiamento e i medicinali.

La decisione di terminare la missione sarà seguita dai seguenti provvedimenti:

- Comunicazione formale alle autorità competenti locali ( Nazionali, regionali etc etc)
- Comunicazione alle autorità competenti in ambito internazionale anche con la compilazione degli exit form indicati.
- Preparazione degli eventuali documenti richiesti dalle autorità come copia delle cartelle cliniche etc etc.
- Preparazione dell'inventario del materiale residuo con distinta riguardante il materiale pericoloso e sensibile ( oppioidi, anestetici etc etc)
- Gestione dell'acqua residua e dei rifiuti.

- Comunicazione al team e ai collaboratori con concordata cessazione del rapporto contrattuale.
- Valutazione dei pazienti presenti nella struttura con identificazione dei dimissibili e dei trasferibili. Messa in atto delle procedure di dimissione e trasferimento.
- Comunicazione della cessazione delle attività alla popolazione, data con il massimo preavviso possibile.
- Organizzazione del trasporto del materiale fino al paese d'origine.

Lo smontaggio del campo avverrà sotto la guida del Logista Capo seguendo il protocollo di smontaggio modulato in base alle scelte di fine missione

## **5.0 Post Missione**

Una volta tornati dalla missione il materiale recuperato viene scaricato nelle sedi di corrispondenza di ogni modulo e sotto la responsabilità del Team Leader e/o del Logista capo viene controllato e reintegrato il materiale mancante.

Al termine della missione inoltre vengono svolte, sotto la responsabilità del Team Leader, a tutto il personale del team, le seguenti attività:

- un debriefing sull'andamento generale della missione identificando in particolare tutti gli aspetti sanitari e tecnici di rilievo quali i pazienti curati, le tipologie di cure prestate, le vittime sul campo, gli edifici messi in sicurezza;
- un defusing di tutto il personale che ha partecipato alla missione attraverso un colloquio con lo psicologo;
- visite di controllo sanitario per il personale che ha partecipato alla missione;
- redazione di un report al D.P.C. e agli altri organi competenti attraverso il D.P.C. stesso, comprensivo di una raccolta fotografica e di una revisione della casistica sanitaria;
- redazione di una relazione interna per gli organi di competenza comprendente gli aspetti di rilievo della missione stessa.

- redazione di un documento di spesa ai fini della rendicontazione e del reintegro del materiale nel rispetto degli accordi con il DPC, la Regione Toscana e il Servizio Sanitario Nazionale.

Verrà inoltre effettuato un debriefing e un defusing più specifico per area sanitaria e logistica, sotto la responsabilità del Direttore sanitario e del Logista Capo, per l'ulteriore analisi dei punti critici della missione e l'eventuale stesura di un documento per la risoluzione degli stessi.