

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO
DISTRETTO OSPEDALIERO AG2
OSPEDALE "SAN GIOVANNI DI DIO"
AGRIGENTO



Copia n.		
Controllata	SI	NO
Revisione	01	
Data	08/04/2022	

PIANO OPERATIVO PER L'EMERGENZA
FINALIZZATO ALLA
GESTIONE MAXIAFFLUSSO DI FERITI

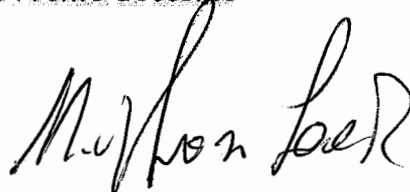
Redatto da: Dr. Sergio Vaccaro Direttore U.O. M.C.A.U.

Dr. Gerlando Fiorica Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione

Dr. _____ Resp.le Ufficio Infermieristico

Sig. Mario La Manna Coord. Inf.stico Pronto Soccorso

Verificato da: Direttore Sanitario dell'Ospedale



Approvato da: Direttore Sanitario Aziendale

Adottato da: Direttore Generale

3

SOMMARIO

PREMESSA

1. SCOPO

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

3. GOVERNANCE DELLE MAXIEMERGENZE

3.1. Funzioni dell'Unità di Crisi nella fase preparatoria del piano

3.2. Compiti dell'Unità di Crisi nella fase operativa in caso di maxiafflusso di pazienti

4. MODALITA' OPERATIVE

4.1 Fase di allarme

4.2. Accettazione pazienti e distribuzione codici nelle sale

4.3. Stabilizzazione e trattamento

4.4. Fine dell'emergenza

5. MATERIALE DI SCORTA

6. RIFERIMENTI

7. GRIGLIA DELLE RESPONSABILITA'

8. ATTRIBUZIONE E DISTRIBUZIONE DEL DOCUMENTO

9. ALLEGATI

PREMESSA

Il principio di tale documento è di offrire una risposta intra-ospedaliera (il soccorso extra-ospedaliero compete al SUES 118) efficiente ed efficace in caso dovessero affluire contemporaneamente all'Area di Emergenza Ospedaliera un numero significativo di paziente critici a causa di eventi straordinari di natura calamitosa ovvero a seguito di eventi bellici . L'afflusso dei feriti che arrivano in Ospedale a seguito di una maxiemergenza è imprevedibile, quindi è necessario valutare la possibilità di affrontare gli eventi ed allo stesso tempo minimizzare la possibilità di morti evitabili. Per questo è importante coordinare impegni, disponibilità di mezzi e di persone. Il documento è stato predisposto sulla base delle caratteristiche strutturali attuali del P.O. di Sciacca ed è formulato in relazione alle risorse umane presenti e dotazione tecnologica e strumentale disponibile.

1. SCOPO

Rispondere in modo soddisfacente ed efficiente ai bisogni sanitari degli utenti in caso di una maxiemergenza.

Le maxiemergenze sono eventi dannosi che colpiscono le comunità umane sovvertendo il normale ordine delle cose, causando:

- un elevato numero di vittime, considerando non solo i morti e i feriti, ma anche coloro che sono stati danneggiati negli affetti e nelle proprie risorse economiche;
- un improvviso, ma temporaneo, squilibrio tra le richieste delle popolazioni coinvolte e gli aiuti immediatamente disponibili.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Gestire all'interno del Pronto Soccorso eventuali emergenze caratterizzate da maxiafflusso di feriti. In caso di maxi-emergenza di tipo Nucleare, Biologico, Chimico e Radiologico (NBCR) il Piano Operativo per l'Emergenza finalizzato alla gestione di un Maxi-afflusso di Feriti va integrato con le indicazioni operative prodotte dalle

centrali del 118 locale o regionale e del Dipartimento della Protezione Civile.

3. GOVERNANCE DELLE MAXIEMERGENZE

La "Governance" per la gestione delle maxiemergenze è affidata ad un organo appositamente istituito denominato **UNITÀ DI CRISI**.

Unità di Crisi

Rappresenta il nucleo direzionale sanitario sia nella fase di predisposizione del piano che nella fase operativa dell'emergenza. L'Unità di Crisi, in fase di preparazione del piano, è composta dai rappresentanti delle varie unità operative interessate, e ciò, al fine di trovare un vasto consenso all'interno dell'ospedale. All'interno dell'Unità di Crisi viene individuato un nucleo operativo ristretto che, all'attivazione dell'allarme di emergenza, assuma le decisioni.

L'Unità di crisi, nella fase preparatoria, è composta da:

- Direttore sanitario dell'Ospedale che la presiede;
- Direttore del Dipartimento di Emergenza
- Direttore dell'U.O. di Medicina d'Urgenza e P.S.
- Responsabile designato dell'area di chirurgia;
- Responsabile designato dell'area di medicina;
- Responsabile designato dei Servizi di laboratorio, radiologia, servizio trasfusionale;
- Responsabile dei Servizi Infermieristici
- Responsabile dell'Ufficio Tecnico;
- Responsabile del Settore amministrativo.

Nella fase di emergenza l'unità di crisi si compone dei seguenti elementi che vengono individuati quali responsabili dell'attuazione:

- Direttore del Dipartimento di Emergenza che la presiede;
- Direttore dell'U.O. di Medicina d'Urgenza e P.S.
- Responsabile del Servizio Infermieristico;
- Responsabile dell'Ufficio Tecnico;

- Responsabile del Settore Amministrativo;

3.1 FUNZIONI DELL'UNITA' DI CRISI NELLA FASE PREPARATORIA DEL PIANO

L'Unità di Crisi deve essere in possesso di mappe aggiornate dell'impiantistica delle aree essenziali (Area di Emergenza (Pronto Soccorso) , Sale operatorie, Laboratorio Analisi, Farmacia, Radiodiagnostica, Centro Trasfusionale, Centrale Termica, ecc.) compreso le planimetrie indicanti le vie di fuga, percorsi, ascensori, zone sicure ecc).

L'Unità di Crisi deve:

- 1) Verificare le capacità di ricezione dell'ospedale:

I criteri adottati per valutare la capacità ricettiva dell'ospedale sono:

- disponibilità numerica di personale medico, infermieristico e tecnico;
- disponibilità di tecnologie per l'assistenza;
- disponibilità di posti letto, preferibilmente accorpati nella stessa area per facilitare un'assistenza omogenea.

- 2) Verificare la funzionalità dell'eliporto e le vie di accesso alla struttura ospedaliera.

E' necessario rendere immediatamente disponibile e funzionale l'elisuperficie per consentire sia l'eventuale arrivo di pazienti critici trasportati dall'elisoccorso, sia il trasferimento in altre strutture specialistiche di pazienti stabilizzati che non possono essere trattati nella nostra struttura. Viene identificato all'interno del recinto ospedaliero un percorso unidirezionale per i mezzi di soccorso.

- 3) Individuare il personale sanitario (infermieristico e medico) preposto al "triage d'accettazione intraospedaliero".

- 4) Attivare il triage coordinato da un medico del Pronto Soccorso individuato dal Direttore della U.O. di Medicina d'urgenza e P.S. con i seguenti compiti:

1. determinare le priorità per la presa in carico dei pazienti;
 2. valutare la necessità di eventuali trasferimenti;
 3. evitare ricoveri indiscriminati con rapida saturazione della capacità ricettiva.
- 5). Definire le procedure di mobilitazione del personale (medici, infermieri, personale tecnico)
- 6). Individuare le figure professionali "chiave" da allertare che verranno immediatamente contattate e, se necessario, richiamate in servizio. Le procedure di mobilitazione del personale prevede l'allertamento da parte dell'unità di crisi di tutte le figure professionali individuate.
- 7) Predisposizione di scorte riciclabili di materiale (barelle, letti, effetti lettereci, materiale per sala operatoria, dispositivi medico-chirurgici, farmaci).

La gestione dei farmaci e dei materiali è affidata alla Farmacia ed all'Economato dell'ospedale i quali dovranno immediatamente rendere disponibili le scorte immagazzinate. Il Pronto Soccorso è autorizzato ad avere una propria scorte di materiale accessibile in ogni momento, periodicamente controllato dal Coordinatore del personale infermieristico

- 8) Preparare una modulistica semplificata, finalizzata a ridurre al minimo la redazione della documentazione sanitaria durante l'emergenza

Al momento della presa in carico del paziente verrà compilata una cartella clinica semplificata nella quale vengono riportati i parametri clinici fondamentali indicati nella scheda di ingresso allegata.

3.2 COMPITI DELL'UNITA' DI CRISI NELLA FASE OPERATIVA IN CASO DI MAXIAFFUSSO DI PAZIENTI

- 1) Ricezione dell'allarme.

Alla ricezione dell'allarme, attraverso un telefono presidiato h.24 ubicato in area di emergenza il cui numero è 0922442123 il personale sanitario in servizio allerta il Direttore dell'U.O. di Pronto Soccorso che provvede a convocare i componenti effettivi dell'Unità di crisi.

2) Mobilitazione dei reparti e del personale.

Il personale viene convocato , sulla base delle liste predisposte. I medici vengono convocati secondo il reparto di appartenenza dai loro colleghi di guardia. Gli infermieri e i tecnici vengono convocati dal responsabile dell'ufficio infermieristico in base alla situazione organizzativa e all'urgenza della mobilitazione. Il personale dell'U.O. di anestesia e rianimazione, di pronto soccorso e del blocco operatorio, vengono immediatamente attivati direttamente dal Personale in servizio in pronto soccorso e dovranno celermente raggiungere il posto di lavoro.

3) Rapporti con l'esterno.

I rapporti con la Prefettura e le autorità di protezione civile vengono mantenuti dal Direttore Sanitario dell'ospedale o suo delegato. I rapporti con i parenti delle vittime ed i mezzi di informazione, vengono gestiti dal Direttore dell'U.O. di Pronto Soccorso.

4) Comunicazioni.

Sono previsti:

- un telefono o una linea telefonica interna riservata all'emergenza nell'area di accettazione il cui numero è 6125

- una linea telefonica esterna per le comunicazioni con le Autorità di coordinamento, a disposizione dell'Unità di crisi il cui numero è 0922442123

4. MODALITA' OPERATIVE

4.1 Fase di allarme

Chiunque, all'interno del Pronto Soccorso, riceva l'allarme di evento calamitoso con previsione di afflusso di oltre 10 vittime, dovrà darne immediata notifica a tutto il personale presente in quel momento, registrando:

- 1) nome e qualifica dell'interlocutore;
- 2) luogo ed orario della chiamata;
- 3) breve sintesi delle dimensioni dell'evento;
- 4) stabilire se l'evento è all'aperto o al chiuso;
- 5) numero di persone coinvolte;
- 6) sintomi presentati;

Il Medico del Pronto Soccorso dovrà provvedere a:

1. verificare la reale attendibilità dell'allarme mediante contatto telefonico con il 118 (e eventualmente il 112 o 113 o 115);
2. assumere da queste fonti indispensabili informazioni circa le caratteristiche dell'evento (causa e numero probabile di vittime);
3. informare il responsabile operativo dell'Unità di Crisi come riportato nel paragrafo precedente.

L'attività ordinaria del Pronto Soccorso viene ridotta prestando assistenza ai soli pazienti in condizioni critiche (codice rosso) e le prime cure indispensabili ai pazienti con codice giallo. Gli altri utenti vengono informati dell'imminente arrivo dei pazienti vittime di maxiemergenze e, quindi, rinviati al medico curante.

Il Medico di turno contatta telefonicamente il Direttore di PS o direttamente altri colleghi fuori turno per richiedere urgentemente aiuto straordinario in P.S.

L'Infermiere di turno contatta telefonicamente il Caposala o altri colleghi infermieri fuori turno per aiuto urgente in P.S.

Il Personale di Supporto di turno (Aus./O.S.S.), e il personale addetto alle ambulanze a loro volta, contattano telefonicamente gli altri colleghi fuori turno per richiedere aiuto urgente in P.S.

Va, comunque, puntualizzato che, nel caso in cui il personale fuori servizio viene a conoscenza anche in maniera occasionale di eventi disastrosi è tenuto a rientrare in servizio o contattare il Pronto Soccorso, così come previsto dai rispettivi codici deontologici.

Nel caso in cui si dovesse ritenere che le persone rintracciate dovessero essere insufficienti a far fronte all'emergenza, si chiamerà il personale Medico ed Infermieristico in reperibilità o disponibile nei vari reparti.

Il Medico di Guardia farà liberare le sale visita e ridistribuirà tutto il personale del Pronto Soccorso per far fronte alle necessità del caso.

Il medico di Guardia disporrà affinché la sala di attesa dei pazienti triagiati non rinviabili al proprio domicilio venga liberata dei pazienti in attesa i quali verranno immediatamente trasferiti nelle UU.OO. di riferimento anche in assenza di posti letto. nel corridoio del PS vengono sistemate barelle e sedie a rotelle per accogliere i pazienti.

Si elencano, a titolo esemplificativo, alcuni criteri di preclusione ad un'eventuale dimissione dei pazienti:

- Frequenza cardiaca <50 o > 140 mm Hg (a riposo);
- Pressione sistolica <90 o >200 mm Hg;
- Pressione diastolica <60 o >120 mm Hg;
- Temperatura ascellare >38° C;
- Emorragia in atto (o nelle ultime 48 ore);
- Squilibrio idroelettrolitico - acido base metabolico;
- Ischemia miocardica acuta;
- Problemi neurologici acuti;
- Turbe respiratorie o circolatorie acute invalidanti per il malato;
- Perdita o calo improvviso della vista o dell'udito;

- Perdita acuta della capacità di muovere una parte del corpo.
L'androne del PS e l'area antistante al P.S. vanno fatte sgomberare da tutti i veicoli ed eventuali ostacoli.
A tal fine, l'Infermiere di turno o il Caposala mobilita la Polizia Municipale per assicurare il completamento di tale sgombero e la sicurezza dell'ingresso del PS.
Viene reperito il maggior numero possibile di barelle, carrozzine, materassini, aste reggi flebo e bombole d'ossigeno.
Gli infermieri allestiscono una postazione di prima accoglienza all'ingresso delle ambulanze con cartellini di triage muniti di cordicella per fissarli al collo dei pazienti in arrivo.
Onde evitare eccessiva confusione nell'area di accettazione i parenti delle vittime verranno allontanati precludendo loro la possibilità di sostare all'interno dell'area di Emergenza.

4.2 Accettazione dei pazienti e distribuzione dei codici nelle sale.

In una situazione di evento maggiore, il triage è una procedura di tipo dinamico che consente di ottimizzare le risorse disponibili al fine di minimizzare il rischio di mortalità e di morbidità nella popolazione colpita.

Il metodo comunemente adottato in sede extraospedaliera è lo START triage (Simple triage and rapid treatment), che si fonda su uno schema logico molto semplice ed immediato che permette, mediante la formulazione di pochi ed essenziali quesiti concatenati, l'attribuzione a cascata del codice colore:

- Il paziente cammina?
- Il paziente respira?
- Il polso radiale è percepibile?
- Il paziente esegue ordini semplici?

E' da ricordare, altresì, che in occasione di eventi disastrosi non sempre i pazienti arrivano in Pronto Soccorso con i mezzi di soccorso.

In sede ospedaliera è raccomandato l'utilizzo di tecniche più sofisticate del tipo del **FAST (First assessment and sequential triage)**.

Benché le vittime debbano essere correttamente classificate ancor prima di giungere alla loro sede di destinazione, tale processo, seppure con modalità differenti, dovrà essere necessariamente ripetuto in ospedale in relazione, evidentemente, alla possibilità di una repentina evoluzione delle condizioni cliniche in senso peggiorativo durante il trasporto od in fase di accettazione.

Il **protocollo FAST**, proposto dall'Associazione Italiana di Medicina delle Catastrofi, prevede sia l'utilizzo dei codici colore in base alla priorità di trattamento sia l'esecuzione di diversi step di valutazione fondati sulla identificazione di tre categorie di problemi riscontrabili:

- 1) **problemi non critici** (non rappresentano una minaccia immediata di morte) a cui viene assegnato **codice verde**, e vengono considerati a **bassa priorità**;
- 2) **problemi sub-critici** (potenzialmente evolutivi in pericolo di morte), a cui viene assegnato **codice giallo**, considerati a **priorità intermedia**;
- 3) **problemi critici** (minaccia immediata di morte o lesioni irreversibili) a cui viene assegnato **codice rosso** e considerati ad **alta priorità**.

Problemi non critici	Codice VERDE	Bassa priorità
Problemi sub-critici	Codice GIALLO	Priorità intermedia
Problemi critici	Codice ROSSO	Alta priorità

La peculiarità del sistema FAST è che con questa classificazione è possibile assegnare dei percorsi diagnostico-terapeutici definiti per ciascun codice:

- il codice verde, a bassa priorità, verrà indirizzato verso il percorso base;
- il codice giallo, a priorità intermedia, verrà indirizzato verso un percorso cosiddetto di monitoraggio, costituito anche da frequenti rivalutazioni;
- il codice rosso ad alta priorità verrà indirizzato verso un percorso intensivo.

Codice VERDE	Bassa priorità	Percorso base
Codice GIALLO	Priorità intermedia	Percorso di monitoraggio
Codice ROSSO	Alta priorità	Percorso intensivo

Il protocollo consente di attribuire "un peso" a ciascuno dei problemi rilevati durante l'esecuzione del ciclo A-B-C-D in modo da indirizzare la vittima verso i tre percorsi ospedalieri fondamentali.

All'ingresso in ospedale il codice assegnato sul campo viene azzerato e il paziente parte da una ipotetica condizione di codice verde; viene quindi sottoposto alla valutazione in sequenza di:

- 1) **A** pervietà delle vie aeree e protezione della colonna cervicale (in caso di trauma);
- 2) **B** frequenza respiratoria;
- 3) **B** saturimetria periferica;
- 4) **B** ventilazione (intesa come presenza di ventilazione ridotta monolaterale);
- 5) **C** frequenza cardiaca;
- 6) **C** pressione arteriosa sistolica;
- 7) **C** presenza di emorragie non controllabili;
- 8) **D** esame neurologico secondo lo score **A.V.P.U.** (**A** significa che la vittima è **Alert**, cioè vigile e parla; **V- Vocal** - indica che il paziente sta ad occhi chiusi ma risponde e li apre se viene chiamato; **P - Pain** - denota che la vittima risponde al solo stimolo doloroso; **U** -

Unresponsive - suggerisce che il paziente è incosciente e non si muove neanche con lo stimolo doloroso.

Sono considerati problemi non critici: la tachipnea ($FR > 25$), la tachicardia ($FC > 130$), e la presenza di una risposta verbale.

Sono considerati problemi sub-critici: la presenza di ipoventilazione monolaterale, il riscontro di saturimetria periferica $O_2 = 94-90\%$, la presenza di ipotensione.

Sono considerati problemi critici: l'ostruzione delle vie aeree, l'arresto respiratorio, la bradipnea < 8 atti respiratori/minuto, la $SatO_2 < 90\%$, la presenza di emorragie inarrestabili, la risposta assente allo stimolo doloroso.

Problemi non critici	Tachipnea ($FR > 25$) Tachicardia ($FC > 130$) Risposta verbale
Problemi sub-critici	Ipoventilazione monolat. $SatO_2$ 90-94% PA sistolica < 100
Problemi critici	Ostruzione vie aeree Arresto respiratorio Bradipnea (< 8) $SatO_2 < 90\%$ Emorragie inarrestabili Risposta dolore assente

Le valutazioni vengono eseguite sequenzialmente, ogni anomalia riscontrata può provocare un innalzamento del codice di priorità fino al codice rosso. Il riscontro di valutazioni normali confermano il codice; alterazioni di tipo non critico non determinano mai il passaggio allo stato di codice rosso (da verde a giallo, da giallo a giallo); alterazioni di tipo sub-critico determinano sempre l'innalzamento di una classe di priorità (da verde a giallo, da giallo a rosso). Alterazioni di tipo critico determinano subito l'innalzamento alla classe di priorità più elevata (da verde a rosso, da giallo a rosso).

Nella zona Triage, situata all'ingresso dell'area suddetta, sono previsti un Medico ed un Infermiere (esperti di triage) che si occuperanno della selezione dei pazienti.

La Dislocazione degli Operatori Sanitari sarà gestita dal Direttore di PS o dal Medico in servizio.

All'arrivo in Pronto Soccorso, ai pazienti verrà consegnato o fissato un cartellino di triage sul quale verranno indicate le generalità, il codice colore e la firma del Medico o Infermiere.

I pazienti ai quali verrà attribuito il codice rosso di gravità o che verranno accompagnati dal personale del 118 già intubati o con parametri vitali compromessi, entreranno direttamente nella sala d'emergenza o nella prima sala libera (**percorso intensivo**).

I pazienti ai quali verrà attribuito il codice giallo di priorità attenderanno la visita nella sala osservazione breve dove sono presenti monitor per il rilevamento dei parametri vitali e sistemi per l'erogazione dell'ossigeno a muro (**percorso di monitoraggio**).

Ai pazienti ai quali verrà assegnato il codice verde di priorità attenderanno la visita nel corridoio o nella sala triage (**percorso base**).

I pazienti deceduti verranno portati nella sala mortuaria.

4.3 Stabilizzazione e trattamento.

Per ciascun paziente verrà redatta un'apposita scheda clinica semplificata contenente:

- generalità del paziente;
- triage effettuato in fase extra ospedaliera;
- triage verificato all'arrivo in ospedale;
- diagnosi orientativa;
- interventi terapeutici eseguiti;
- risultati degli accertamenti diagnostici;
- eventuale destinazione del paziente.

La scheda clinica, anche quando il paziente è destinato ad altra U.O dello stesso ospedale o ad altre strutture, deve restare in copia presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale.

Nelle aree di intervento i pazienti, previa stabilizzazione, proseguiranno l'iter diagnostico terapeutico con eventuale ricovero, trasferimento ad altra struttura ospedaliera, trasferimento in sala operatoria o dimissione.

I malati in attesa di eseguire esami radiologici, se stabilizzati, verranno fatti accomodare in corridoio.

4.4 Fine dell'emergenza.

Al termine della fase critica si ripristinerà e si riordinerà tutto il materiale utilizzato.

Sarà opportuno, altresì, segnalare ciò che non ha funzionato, onde apportare eventuali modifiche.

5. MATERIALE DI SCORTA

I presidi farmaceutici e sanitari presenti in Pronto Soccorso devono essere sufficienti per poter garantire una maxi-emergenza con afflusso di un numero massimo di 30 feriti. Nell'eventualità che le scorte non dovessero essere sufficienti il Pronto Soccorso deve poter rimpinguare le scorte in tempo reale. A tal fine è prevista l'apertura continua per l'intera durata delle maxi-emergenza del servizio di farmacia con la presenza di un dirigente farmacista e di un magazziniere.

Per quanto riguarda il **KIT di ingresso** utilizzato dal Medico ed Infermiere deputati al Triage di ingresso, esso deve contenere il seguente materiale:

- N. 2 forbici taglia abiti;
- N. 20 cartellini triage rossi;
- N. 20 cartellini triage gialli;
- N. 20 cartellini triage verdi;
- N. 20 cartellini triage neri;
- N. 4 penne;
- N. 20 schede cliniche semplificate;
- N. 15 collari cervicali delle misure S-M-L;
- N. 1 kg di garze non sterili;
- N. 100 buste di garze sterili 10x10;
- N. 100 guanti monouso;
- N. 5 mascherine con visiera; N. 5 mascherine senza visiera;

- N. 3 visiere con elastico;
- N. 2 sfigmomanometri;
- N. 2 fonendoscopi;
- N. 1 glucometer;
- N. 1 pallone di ambu adulti con maschera facciale;
- N. 1 pallone di ambu pediatrico con maschera facciale;
- N. 10 cannule di guedel di varie misure o colori;
- N. 5 cerotti di tela di 5 cm;
- N. 5 cerotti anallergici di 5 cm;
- N. 20 Kit pazienti.

Il KIT paziente deve contenere:

- N. 1 soluzione fisiologica da 500 cc;
- N. 1 ago cannula per ciascuna delle seguenti misure Ch 18, 20, 22;
- N. 1 deflussore;
- N. 2 provette da siero;
- N. 2 provette da plasma;
- N. 1 provetta da attività;
- N. 1 camicia per prelievo sottovuoto;
- N. 1 raccordo per vacutainer;
- N. 1 sacchetto di plastica per trasporto prelievi;
- N. 1 siringa da 20 cc;
- N. 1 sacchetto per effetti personali del paziente.

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Dipartimento Protezione Civile, Presidenza del Consiglio dei Ministri: "Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle Catastrofi." 2001;
- DM 15 maggio 1992 n. 121 "Serie Generale Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza"
- Ministero della Sanità. G.U. n. 114 serie generale del 17 maggio 1996 Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee

guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992.

- Piano di emergenza per massiccio afflusso di feriti (P.E.I.M.A.F.)
A.O. Ospedale Niguarda CA' Grande.

7. GRIGLIA DELLE RESPONSABILITA'

RESPONSABILITA'	ATTIVITA'
Resp.le U.O. Pronto Soccorso Dott. Sergio Vaccaro	Coordina il programma di revisione e valutazione dei protocolli, li approva e li emette
Resp.le Qualità Medico Dott. _____	Redige e verifica in collaborazione del RQI il programma di revisione e valutazione dei protocolli
Resp.le Qualità Inf.co I.P. _____	Redige e verifica in collaborazione del RQM il programma di revisione e valutazione dei protocolli
Coordinatore Infermieristico Sig. Mario La Manna	Rende disponibile negli appositi raccoglitori presenti nei locali di P.S. i protocolli operativi Ne promuove la diffusione, e la conoscenza. Propone se necessario eventuali revisioni;
Medici	Applicano le indicazioni fornite dalla procedura; Segnalano eventuali non conformità;

Infermieri	Applicano le indicazioni fornite dalla procedura; Segnalano eventuali non conformità;
Ausiliari - O.S.S.	Applicano le indicazioni fornite dalla procedura; Segnalano eventuali non conformità;
Autisti	Applicano le indicazioni fornite dalla procedura; Segnalano eventuali non conformità;

8. ATTRIBUZIONE E DISTRIBUZIONE DOCUMENTO

Soggetti	Numero	copia
Responsabile di Struttura (RSC del P.S.)		1
Referente Qualità Medico (RQM)		1
Referente Qualità Infermieristico (RQI)		1
Caposala		1
Tutto il personale del Pronto Soccorso		—
Direttore di Presidio		1
Dirigente Infermieristico		1

ALLEGATI

SCHEDA DI PRESA IN CARICO

n. di accettazione emerge |_|_|_|_|

data e ora di arrivo |_|_|_|/|_|_|_| |_|_|_|:|_|_|_|

nome _____

cognome _____

età presunta |_|_|_|_|

Contaminato =

Decontaminato =

VALUTAZIONE	_ _ _ : _ _ _	_ _ _ : _ _ _	_ _ _ : _ _ _
Apertura occhi			
Risposta verbale			
Risposta motoria			
Totale GCS			
Cammina			
Pervietà vie aeree			
Espansione toracica			
FR			
Sp O ₂			
FC			
PA			
RTS/TST			
ROSSO	☐	☐	☐
GIALLO	☐	☐	☐
VERDE	☐	☐	☐
BIANCO	☐	☐	☐
NERO	☐	☐	☐
LESIONE		Lato anteriore	Lato posteriore
1	Amputazione		
2	Deformità		
3	Dolore		
4	Emorragia		
5	Ferita profonda		
6	Ferita superficiale		
7	Trauma		
8	Frattura		
9	Frattura esposta		
A	Ustione (A1 A2 A3)		
B			
C			
D			
Mobilità assente	#		
Sensibilità assente			

22

RECAPITI TELEFONICI DEL PERSONALE MEDICO

COGNOME E NOME	RECAPITO TELEFONICO
Dott. Vaccaro Sergio	360646718
Dott. Cino Nicolina	3498474771
Dott. Corbo Giovanni	3277851069
Dott. Castellino Ferdinando	3897898076
Dott. Albanese Salvatore	3923213633
Dott. Alinovi Maria Rosaria	3383226915
Dott. Verruso Gerlando	3295461512
Dott. Indelicato Marcella	3490555438
Dott. Biondolillo Massimiliano	3384955866
Dott. Licata Jessica	3282563176
Dott. Lauria Alida	3384825670
Dott. Colli Francesco	3331052751

RECAPITI TELEFONICI DEL PERSONALE INF.CO

COGNOME E NOME	RECAPITO TELEFONICO
Coniglio Calogero	3208659130
Pillitteri Maria	3284203148
Bennici Domenico	3280652579
Russotto Giuseppe	3208281532
La Rocca Maria Carmela	3471790629
Alotto Calogero	3388655749
Consiglio Calogero	3484241033
Civiltà Giovanni	3332290237
Lo Bue Maria	3421219648
D'Urso Vincenzo	3333075434
La Porta leonardo	3315226786
Nobile Carmelo	3687232647
Cammalleri sergio	3295882725
Moscato Giovanni	3519123080
Bugiada Rossella	3881969598
Ginex Vincenzo	3389345745

Dilena Adriana	3382737893
Buscarino Angelo	3202341505
Glorioso Vincenzo	3208989925
Guarneri Sergio	3883630921
Licata Franca	3272848416
La Marca Gioacchino	3398472148
Manta Giuseppe	3383187677
Casà Giuseppa	3384962413
Cirincione Francesco	3803421217
Caci Daniela Letizia	3383325696
Morgana Franca Maria	3338740350
Terrana Rosario	3463656555
Montante Luigi	3208153048
Argento Salvatore	3284579474
Burrogato Maria Antonietta	3913735897
Ietro Grazia	3332563656

RECAPITI TELEFONICI PERSONALE AUSILIARIO/O.S.S.

COGNOME E NOME	RECAPITO TELEFONICO
Sig. Butticè Francesco	3313151370
Sig. Cucchiara Carmelo	3895128908
Sig. Cuffaro Giuseppe	3317131525
Sig. Cuffaro Maria Giovanna	3391061184
Sig. D'Anna Angelo	3664752026
Sig. Diliberto Antonio Andrea	3204772122
Sig. Gambino Rosalba	3347902824
Sig. Gazziano Carmela	3392107043
Sig. Genova Enzo	3391640677
Sig. La Manna Vincenzo	3479673984
Sig. Lo Monaco Carmelo	3271720832
Sig. Piazza Libertino	3891841798
Sig. Russo Fiorino Maria	3389249668

RECAPITI TELEFONICI DEL PERSONALE AUTOPARCO

COGNOME E NOME	RECAPITO TELEFONICO
Sig. Butticè Alfonso	3669052831
Sig. Crapanzano Faustino	3383517656
Sig. Cuntrera Calogero	3487582689
Sig. Musicò Salvatore	3311700161
Sig. Scibetta Pasquale	3665719965
Sig. Torrisi Sebastiano	3208688142

PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI

(P.E.M.A.F.)

PIANO OPERATIVO

STATO DI ALLARME

Lo stato di allarme viene comunicato dalla centrale operativa 118, dalla Prefettura, da pubblici ufficiali e confermato dalla Direzione Sanitaria.

FUNZIONI DELL'UNITA DI CRISI NELLA FASE

PREPARATORIA DEL PIANO

L'Unità di Crisi deve essere in possesso di mappe aggiornate dell'impiantistica delle aree essenziali (Pronto Soccorso, Sale operatorie, Laboratorio, Farmacia, Radiodiagnostica, Centro Trasfusionale, Cucine, Centrale Termica, ecc.) nonché delle mappe dell'ospedale indicanti i percorsi interni principali (vie di fuga, ascensori, zone sicure ecc).

L'Unità di crisi appena allertata deve:

1) Verificare le capacità di ricezione dell'ospedale

Vengono adottati i seguenti criteri di valutazione:

- disponibilità numerica di personale medico, infermieristico, tecnico e amministrativo;
- disponibilità di tecnologie per l'assistenza;
- disponibilità di posti letto, preferibilmente accorpati nella stessa area per facilitare un'assistenza omogenea.

2) Verificare la funzionalità dell'eliporto e le vie di accesso preferenziali per quelli terrestri.

Si rende immediatamente disponibile e funzionale l'elisuperficie per consentire sia l'eventuale arrivo di pazienti critici trasportati dall'elisoccorso, sia il trasferimento in altre strutture specialistiche di pazienti stabilizzati che non possono essere trattati nella nostra struttura.

Viene identificato all'interno del recinto ospedaliero un percorso unidirezionale per i mezzi di soccorso.

Detto percorso sarà segnalato da strisce adesive colorate posizionate sul fondo stradale e fosforescenti in modo da essere visibile anche nelle ore notturne.

Per l'accoglimento di pazienti con codice verde viene individuato un'area distante dal Pronto Soccorso identificata con l'attuale area ospitante la camera iperbarica e l'ambulatori della Terapia Intensiva.

3) Identificare un'area di accettazione per pazienti critici.

Si individua come area di accettazione per i pazienti critici la sala d'attesa del Pronto Soccorso.

La scelta di detto spazio è dovuto, oltre all'aspetto logistico anche al fatto che presenta alcuni requisiti fondamentali quali:

1. ampiezza, luminosità;
2. facile accessibilità;
3. diretto collegamento con le sale visite del Pronto Soccorso e facile collegamento con le UU.OO. e la Radiologia.

4)Individuare il personale sanitario (infermieristico e medico) preposto al "triage" d'accettazione intraospedaliero.

Viene attivato il triage coordinato da un medico del Pronto Soccorso individuato dal Direttore della U.O. di Medicina d'urgenza e P.S. con i seguenti compiti:

4. determinare le priorità per la presa in carico dei pazienti;
5. valutare la necessità di eventuali trasferimenti;
6. evitare ricoveri indiscriminati con rapida saturazione della capacità ricettiva.

In caso di maxiemergenze caratterizzate dalla contaminazione della popolazione con sostanze chimiche, sostanze radioattive e agenti biologici si attiva la camera di decontaminazione installata nello spazio antistante il Pronto Soccorso in cui dovranno transitare tutti i pazienti che afferiscono all'area di emergenza.

5) Definire le procedure di mobilitazione del personale (medici, infermieri, personale tecnico)

Vengono individuate le figure professionali "chiave" da allertare che verranno immediatamente contattate e, se necessario, richiamate in servizio.

Le procedure di mobilitazione del personale prevede l'allertamento da parte dell'unità di crisi di tutte le figure professionali individuate.

6) Predisposizione di scorte riciclabili di materiale (barelle, letti, effetti letterecci, materiale per sala operatoria, dispositivi medico-chirurgici, farmaci).

La gestione dei farmaci e dei materiali è affidata alla Farmacia ed all'Economo dell'ospedale i quali dovranno immediatamente rendere disponibili le scorte immagazzinate.

Il Pronto Soccorso ed il DEA è autorizzato ad avere una propria scorta di materiale accessibile in ogni momento, periodicamente controllato dal Coordinatore del personale infermieristico

7) Preparare una modulistica semplificata, finalizzata a ridurre al minimo la redazione della documentazione sanitaria durante l'emergenza

Al momento della presa in carico del paziente verrà compilata una cartella clinica semplificata predisposta dal Direttore del Dipartimento di Emergenza nella quale sono riportati i seguenti dati:

- generalità del paziente;
- categorizzazione (triage) effettuata in fase extra ospedaliera;
- categorizzazione (triage) verificata all'arrivo in ospedale;
- sospetto diagnostico;
- risultati degli accertamenti diagnostici;
- interventi terapeutici eseguiti;
- eventuale destinazione del paziente (unità operativa o ospedale di seconda destinazione).

8) Addestramento del personale

Vengono organizzati per il personale medico, infermieristico e tecnico momenti formativi (almeno uno all'anno) finalizzati ad illustrare la procedura da seguire in caso di emergenza ed il ruolo che ognuno deve svolgere in tale situazione.

Sono previste esercitazioni periodiche, almeno annuali, per verificare ed eventualmente correggere le procedure organizzative.

COMPITI DELL'UNITA' DI CRISI NELLA FASE OPERATIVA IN CASO DI MAXIAFFUSSO DI PAZIENTI

1) Ricezione dell'allarme.

Alla ricezione dell'allarme, attraverso un telefono presidiato h.24 ubicato in area di emergenza in cui numero è _____ il Direttore Sanitario, primo allertato dal personale sanitario in servizio, convoca i componenti effettivi dell'Unità di crisi.

2) Allestimento area di accettazione/ricezione dei pazienti.

Il personale in servizio in area di emergenza individua gli spazi identificati nel piano per accogliere i pazienti che vengono trasportati in ospedale.

Nello specifico:

- Il Triage;
- L'area per i pazienti che necessitano di osservazione;
- L'area per i pazienti gravi (area "rossa")
- L'area per i pazienti a trattamento differibile (area "gialla");
- L'area per i pazienti con lesioni trattabili ambulatoriamente (area "verde");

- Un locale per pazienti deceduti (area "nera").

3) Mobilitazione dei reparti e del personale.

Il personale viene convocato , sulla base delle liste predisposte.

I medici vengono convocati secondo il reparto di appartenenza dai loro colleghi di guardia.

Gli infermieri e i tecnici vengono convocati dal responsabile dell'ufficio infermieristico in base alla situazione organizzativa e all'urgenza della mobilitazione.

Il personale dell'U.O. di anestesia e rianimazione, di pronto soccorso e del blocco operatorio, vengono immediatamente attivati direttamente dall'unità di crisi e dovranno celermente raggiungere il posto di lavoro.

4) Allestimento delle vie di accesso.

Le vie di accesso preferenziali, stabilite in precedenza, dovranno essere mantenute agibili ai mezzi di soccorso dalle Forze dell'Ordine.

Il personale di portineria provvederà a chiudere immediatamente agli estranei compresi i parenti dei degenti già ricoverati ed i visitatori occasionali, le porte di accesso dell'ospedale

Il personale ed i rifornimenti ospedalieri accederanno alla struttura utilizzando l'accesso posteriore dell'Ospedale.

5) Rapporti con l'esterno.

I rapporti con la Prefettura e le autorità di **protezione civile** vengono mantenuti dal Direttore Sanitario Aziendale

I rapporti con i parenti delle vittime ed i mezzi di informazione, vengono gestiti dal Direttore Medico di Presidio.

6) Comunicazioni.

Sono previsti:

- un telefono o una linea telefonica interna riservata all'emergenza nell'area di accettazione il cui numero è _____;
- una linea telefonica esterna per le comunicazioni con le Autorità di coordinamento, a disposizione dell'Unità di crisi il cui numero è _____

7) Triage

I pazienti, appena arrivati in ospedale, vengono suddivisi in gruppi in base alla scheda triage predisposta sul luogo dell'evento

Il personale sanitario infermieristico e medico che riceve il paziente deve effettuare la suddivisione delle priorità di trattamento in base agli schematismi già accennati a proposito della logistica dell'area di accettazione.

La valutazione clinica del paziente deve essere ripetuta nelle aree di intervento e nei reparti di trattamento per eventuali aggiornamenti o modifiche.

Protocollo Operativo per la Gestione di Maxiafflusso di Pazienti

UNITA' DI CRISI

Presidente Direttore Sanitario di Presidio

Coordinatori dei gruppi operativi

**Responsabile Pronto Soccorso: Coord. Area accettazione e primo
intervento**

**Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione: Coord. Area critica ed
intensiva**

**Responsabile Servizio Infermieristico: Coord. Personale di
Assistenza e di supporto nella qualità**

PIANI DI EMERGENZA

Peimaf

LIVELLO DI ATTIVAZIONE:

NORMALE ROUTINE

LIVELLO 0

NUMERO pazienti GRAVI <10 _____ LIVELLO 1

" 10-20 _____ LIVELLO 2

" >20 _____ LIVELLO 3

TIPOLOGIA DI RISPOSTA:

PAZIENTI TRAUMATIZZATI: Codice T

PAZIENTI INTERNISTICI OD INTOSSICATI: Codice I

ALLERTAMENTO:

PREALLERTA conosciuta Codice α

EVENTO INATTESO e STATO D'EMERGENZA Codice ω

Unità' di crisi

PEIMAF

PEMAF 1			
Codice T	Codice I	Codice α	Codice ω

PEMAF 2

Codice T	Codice I	Codice α	Codice ω
----------	----------	-----------------	-----------------

PEMAF 3			
Codice T	Codice I	Codice α	Codice ω

PEIMAF 1

Peimaf 1 T α

CONDIZIONI ALL'ATTIVAZIONE:

- STATO DI PREALLERTA
- AFFLUSSO CONTEMPORANEO MAX DI 10 PAZIENTI TRAUMATIZZATI
CON CODICE ROSSO E/O GIALLO
- TRE EQUIPES CHIRURGICHE PLURISPECIALISTICHE OPERATIVE
ENTRO 30 MINUTI DALL' ALLERTAMENTO
- TEMPO DI ATTIVAZIONE 6/12 ORE

Questo piano è attivabile anche in caso di emergenza durante evento atteso

Peimaf 1 I α

CONDIZIONI ALL'ATTIVAZIONE:

- PREALLERTA

- AFFLUSSO CONTEMPORANEO MAX DI 10 PAZIENTI INTERNISTICI
O INTOSSICATI CON CODICE ROSSO E/O GIALLO

FASI DEL PIANO

Preallertamento: T-1 _____ T0
30 minuti

Allertamento-attivazione piano: T0 _____ T1
30 minuti

Arrivo del primo ferito al P.S.
Operatività équipes chirurgiche: T1 _____ T2
6/12 ore

Stabilizzazione e trattamento
di tutti i pazienti affluiti: T2 _____ T3
12/24 ore

Revisione T3 _____ T4
24/30 ore

Normalizzazione: T4: 30/36 ore

PEMAF 1 T α

T-1 Preallertamento

E' presumibile un tempo disponibile max di 30/60 minuti.

Il preallertamento, generalmente per eventi lontani dall' Ospedale, viene di norma disposto dalla Prefettura, dalla Protezione Civile o dal 118.

Consente un lasso di tempo più ampio per l'attivazione del piano d'emergenza.

Sequenza eventi:

- Il Presidente dell'Unità di crisi, informato dell'evento, dichiara lo stato di emergenza;
- Si insediammo i Coordinatori dei gruppi operativi;
- Viene chiamato il reperibile della Direzione Medica di Presidio;
- Vengono convocati i Direttori UU.OO.

- Vengono attuate le disposizioni contenute negli allegati
- Vengono chiamati i reperibili UU.OO

T0 allertamento-T1 attivazione

Le operazioni necessarie per l'attivazione del PEIMAF 1 T α devono essere completate entro 30 minuti dall' allertamento

L'attivazione del piano d'emergenza è disposto dal Presidente dell' Unità di Crisi o da un Coordinatore delegato

Sequenza eventi:

1.Coordinatori Gruppi Operativi raggiungono la centrale Operativa:

1. convocano il personale reperibile (equipe operatoria di chirurgia generale, toracica, ortopedica, anestesisti, Personale Complesso Operatorio),
2. allertano il Medico di Guardia del Dipartimento di Medicina, di cardiologia, di pediatria,
3. allertano il Centro Trasfusionale, i Servizi Diagnostici, i Direttori UU.OO.,
4. richiamano reperibili necessari attraverso il Centralino
5. richiedono elenco dei pazienti dimissibili ai Direttori UU.OO
6. aggiornano disponibilità dei posti letto

7. attivano sistemi di comunicazione
8. raccolgono informazioni dalle fonti istituzionali ed informano il DSS
9. predispone operatività sale operatorie;
10. dispone verifica disponibilità farmaci, presidi etc
11. insediano il Collegio dei Responsabili del Soccorso coordinato dal Direttore Dipartimento di Emergenza e composto dal DSS e dai Direttori UU.OO. Chirurgiche, Mediche e Specialistiche

2. Medico di Guardia Medicina d'Urgenza

Sino all'arrivo del Dirigente Servizi Infermieristici le funzioni relative vengono mantenute dal Medico di Guardia Di Medicina D'Urgenza che:

1. predispone l'allestimento TRIAGE per l'emergenza;
2. sospende le prestazioni per codice bianco;
3. predispone l'allestimento dell'area per codici verde in Medicina d'Urgenza;
4. trasferisce i pazienti in codice verde

3. Direttore del U.O. di Pronto Soccorso e Med. Urg.

Raggiunge il Pronto Soccorso:

1. predispone e rende operativi triage e aree di trattamento
2. predispone operatività Anestesisti e Sale Operatorie
3. conferma al Coordinamento l'operatività delle aree di trattamento e trasmette le richieste necessarie

4. Responsabile Complesso Operatorio e Direttore Dipartimento Chirurgico

1. stabilisce la composizione definitiva delle équipes chirurgiche
2. verifica l'esigenza di intervento di altri Specialisti e Personale, .

5. Personale infermieristico, tecnico ed ausiliare

1. raggiunge il DEU
2. raduna e predispone i materiali previsti
3. trasferisce i pazienti presenti nelle aree previste su indicazione dei Medici di Guardia del Pronto Soccorso.

T1 arrivo del primo ferito

DEU

1. Accoglienza al triage
2. Stabilizzazione dei feriti
3. le Equipes Chirurgiche intervengono sui feriti

DSS:

1. informa il Coordinamento sul numero, natura e gravità dei feriti;

Coordinatori G.O.

1. predispongono un primo comunicato sanitario e informa il Presidente UdC e gli Organi Istituzionali.

T2 stabilizzazione e trattamento di tutti i feriti

DSS:

1. trasmette al Coordinamento la lista di tutti i pazienti trattati contenente:

2. trattamento effettuato

3. diagnosi

4. prognosi

Coordinatori HDM:

- verificano la fine dell'emergenza in corso (Prefettura)
- predispongono un secondo comunicato sanitario

T3 Revisione

I Direttori delle UU.OO. verificano operatività, scorte e informano il Coordinamento dell' Unità di Crisi

T4 ritorno alla normale attività.

Direttore Dipartimento Emergenza:

Relazione clinica dei pazienti coinvolti al coordinamento Unità di Crisi.

Coordinatore Gruppi Operativi:

Relazione finale sull'emergenza al presidente dell'Unità di Crisi

Capi Dipartimenti (convocati dal Presdidente Unità di Crisi):

Redazione piano di normalizzazione dell'attività clinica

Direzione Medica Di Presidio:

Relazione Completa su gestione Maxi-emergenza

Presidente Unità di Crisi:

Dichiara chiusa l'emergenza.

(Il contenuto di questo piano potrà essere modificato, sostituito, annullato od integrato su disposizione del Presidente dell' Unità di Crisi o suo Delegato).