

**REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI
AGRIGENTO**

**OSPEDALE "BARONE LOMBARDO"
DI CANICATTI**



**P.E.I.M.A.F.
PIANO OPERATIVO PER
L'EMERGENZA FINALIZZATO ALLA
GESTIONE MAXIAFFLUSSO DI FERITI**

Responsabile UOSD Direzione Medica	Dott.ssa Maria Rosa Marano	
Dir. Medico di D.S.	Dott.ssa Carmela Salvatrice Lo Curto	
Direttore U.O.C. di MCAU	Dott. Salvatore Gallo	

SOMMARIO

PREMESSA

1. SCOPO

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

3. GOVERNANCE DELLE MAXI-EMERGENZE

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 maxi-afflusso 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. GRIGLIA DELLE RESPONSABILITA'

7. ALLEGATI

- MODELLO STRATEGICO E OPERATIVO NELLE MAXI-EMERGENZE
- PIANO DI EMERGENZA PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (P.E.I.M.A.F.)
- COMPITI DELL'UNITA' DI CRISI NELLA FASE OPERATIVA IN CASO DI MAXI-AFFLUSSO DI PAZIENTI
- PIANO OPERATIVO IN CASO DI EMERGENZA INTERNA E DI EVAQUAZIONE (P.E.I.-P.EVAC.)
- COMPITI DELL'UNITA' DI CRISI IN CASO DI EMERGENZA INTERNA E DI EVAQUAZIONE (P.E.I.-P.EVAC.)
- INTEGRAZIONE P.E.I.M.A.F.: PREDISPOSIZIONI E PROCEDURE IN CASO DI EVENTI NBCR

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 a codesto servizio di Pronto Soccorso un numero massimo di 20 feriti. L'afflusso dei feriti che arrivano in Ospedale a seguito di una maxi-emergenza 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 Canicattì ed è formulato in relazione alle risorse umane presenti ed alla dotazione tecnologica e strumentale disponibile.

1. SCOPO

Rispondere in modo soddisfacente ed efficiente ai bisogni sanitari degli utenti in caso di una maxi-emergenza.

Le maxi-emergenze 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 maxi-afflusso di feriti. Non si applica in caso di maxi-emergenza di tipo Nucleare, Biologico, Chimico e Radiologico (NBCR) per i quali ci si rifà alle indicazioni operative delle centrali del 118 locale o regionale e del Dipartimento della Protezione Civile.

3. GOVERNANCE DELLE MAXI-EMERGENZE

La "Governance" per la gestione delle maxi-emergenze è affidata ad un organo appositamente istituito denominato UNITA' 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, assume 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;
- 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 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 dell'impiantistica delle aree essenziali (Dipartimento d'Emergenza, Sale operatorie, Laboratorio, Farmacia, Radiodiagnostica, Cucine, 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 preferenziali per quelli terrestri. È necessario rendere immediatamente disponibile e funzionale l'eliperficie 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).
- 8) 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 scorta di materiale accessibile in ogni momento, periodicamente controllato dal Coordinatore del personale infermieristico
- 9) 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 MAXIAFFLUSSO DI PAZIENTI

1) Ricezione dell'allarme.

Alla ricezione dell'allarme, attraverso un telefono presidiato h.24 ubicato in portineria il cui numero è 0922733350, il personale in servizio allerta il Direttore/Responsabile dell'U.O. di Pronto Soccorso e il Direttore Sanitario che provvede a convocare i componenti effettivi dell'Unità di crisi.

2) Mobilitazione dei reparti e del personale.

I medici vengono convocati secondo il reparto di appartenenza dai loro colleghi di guardia. Gli infermieri e i tecnici vengono convocati dal Caposala e dal personale in servizio 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 di crisi 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 il cui numero è 0922733111 (centralino);
- una linea telefonica esterna per le comunicazioni con le Autorità di coordinamento, a disposizione dell'Unità di crisi il cui numero è 0922733222 sito nella Direzione Sanitaria.

4. MODALITA' OPERATIVE

4.1 Fase di allarme

Chiunque, all'interno del Pronto Soccorso, riceva l'allarme di evento incidentale extra o intraospedaliero 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 maxi-emergenze 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 PS.

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

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

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 codici colore venga liberata dei pazienti già in attesa i quali verranno fatti accomodare in base al colore di priorità nella sala di attesa o trasferiti nei reparti ovvero, se possibile, inviati a domicilio; nell'androne -1 vi vengono sistemate le barelle e le 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 $>38^{\circ}$ 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.

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 extra-ospedaliera 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, 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-BC-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 ditrauma);
- 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 AVPU. (**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; la **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. SatO2 90-94% PA sistolica < 100
Problemi critici	Ostruzione vie aeree Arresto respiratorio Bradipnea (< 8) SatO2 < 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 rossa o nella prima sala libera (**percorso intensivo**).

I pazienti ai quali verrà attribuito il codice giallo di priorità attenderanno la visita nell'OBI 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 nelle sale del Corpo I (**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 codesto servizio di PS.

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.

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 sono sufficienti per poter garantire una maxi-emergenza non superiore a 20 feriti.

Per quanto riguarda il **KIT di ingresso** delle ambulanze, che verrà 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. GRIGLIA DELLE RESPONSABILITÀ

RESPONSABILITÀ	ATTIVITÀ
Resp.le U.O. Pronto Soccorso di Dott. Salvatore Gallo	Coordina il programma revisione e valutazione dei protocolli, li approva e li emette.
Capo Sala	Rende disponibile negli Appositi raccoglitori presenti nei locali di P.S. Promuove la diffu- sione della conoscenza del protocollo; Propone le revisioni; Effettua attività di controllo sul personale in merito alla corretta applicazione del protocollo.
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;

TRATTAMENTO				
Vie aeree	MAYO	IOT	INT	TRACH
Torace	Decompressione	Drenaggio	DX	SX
Accesso venoso	Perif. G	Perif. G	Perif. G	CVC
Cristalloide	500	500	500	500
Colloide	500	500	500	500
FARMACO		DOSAGGIO		
RCP	ROSC	ORA		
Defibrillazione	Shock n.		:	

DESTINAZIONE	
Area di PS:	
Blocco operatorio DEA	<input type="checkbox"/>
Rianimazione Generale	<input type="checkbox"/>
Rianimazione subintensiva	<input type="checkbox"/>
Neurorianimazione	<input type="checkbox"/>
Medicina d'Urgenza	<input type="checkbox"/>
Chirurgia 1	<input type="checkbox"/>
Centro Ustioni	<input type="checkbox"/>
Neurochirurgia	<input type="checkbox"/>
Ortopedia	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSI ORIENTATIVA

MATRICOLA E FIRMA

| | | | | | | |

TRIAGE FAST

STEP	PARAMETRO	LIMITI		VALORE	VERDE	GIALLO	ROSSO
1	pervietà vie aeree			NO			
2	frequenza respiratoria	>25		<8			
3	saturimetria periferica		90-94	< 90			
4	ventilazione ridotta monolaterale		SI				
5	frequenza cardiaca	>130					
6	pressione arteriosa sistolica		< 100				
7	emorragia importante			SI			
8	AVPU	V		P-U			

non critici

subcritici

critici

RECAPITI TELEFONICI DEL PERSONALE MEDICO DI DIREZIONE
SANITARIA

Responsabile di D.S. Dott.ssa Marano Maria Rosa 3332176790
Sostituto Dir. Medico di D.S. Dott.ssa Carmela Salvatrice Lo Curto 3396243129

RECAPITI TELEFONICI DEL PERSONALE MEDICO P.S

Cognome	Nome	Numero
Gallo	Salvatore	3381139123
Giannini	Antonio	3452206135
Limblaci	Antonio	3204646613
Manna	Loredana	3209335874
Scisca	Alessandro	3486376869

RECAPITI TELEFONICI DEL PERSONALE MEDICO OSTETRICIA

Cognome	Nome	Numero
Brancato	Giuseppina	3312887033
Chinnici	Graziella	330676714
Lupo	Giovanni	3803165750
Messina	Rosetta	3396288189
Pasqualino	Dina	3383203855
Russo	Silvia	3475422424
Scattareggia	Vincenzo	366894703

RECAPITI TELEFONICI DEL PERSONALE MEDICO MEDICINA

Cognome	Nome	Numero
Arces	Maria Antonia	3687718764
Augello	Giuseppe	330590476
Cantarella	Santi Antonio	3287389091
Cavaleri	Antonina Pina	3495959462
Failla	Monica Maria	3664537594
Taverna	Giuseppe Davide	3332981418
Trento	Antonella	3335057753
Vassallo	Gabriele Angelo	3203140443
Vassallo	Valerio Angelo	3883644028

RECAPITI TELEFONICI DEL PERSONALE MEDICO CHIRURGIA

Cognome	Nome	Numero
Bonomo	Andrea	3331177787
Cremona	Fabrizio	3277784913
Crisafulli	Antonino	3277637592
Tinaglia	Diletta	3791612299
Zanchi	Mauro Ettore	3884059894

RECAPITI TELEFONICI DEL PERSONALE INF.CO

Cognome	Nome	Numero
Accascio	Salvatore	3392482599
Almani	Ignazio	3290169568
Arnone	Angelo	3389013645
Bennici	Gigliola Irene Mariangela	3392927924
Bongiorno	Giorgia	3474993662
Cutaia	Martina	3297843148
Di Giorgi	Alessia	3297633775
Di Pisa	Maria Chiara	3288388162
Ferraro	Antonio	3494619970
Giuliana	Giuseppe	3339638330
Graci	Salvatore	3471884206
La Cognata	Sabrina	3284532904
Messina	Pasquale Giuseppe	3791482752
Monaco	Domenica	3355399094
Natalello	Valeria	3890317818
Pitruzzella	Calogero	3334426315
Pullara	Ilenia	3207170164
Randisi	Alberto	3287384815
Scarito	Miriana	3899838791
Seminatore	Marcello	3489265661
Zambito Marsala	Rosa	3332444451
Cacciato	Alessandra	3887530086
Savarino	Angelo	3285749348

RECAPITI TELEFONICI DEL PERSONALE AUSILIARIO/O.S.S.

Cognome	Nome	Numero
Auria	Rosanna	3332329520
Barba	Federica	3276261086
Cimino	Angelo Saverio	3807100838
Di Franco	Calogero	3397459183
Gattuso	Gabriele Antonino	3287674467
Iacona	Patrizia Giuseppina	3270917328
Lentini	Francesca	3293492458
Scrimali	Miriam Chiara	3896880618
Barberi	Calogero	3337087335

MODELLO STRATEGICO E OPERATIVO NELLE MAXI-EMERGENZE

Non è purtroppo un'evenienza rara che un ospedale si trovi, a seguito di una maxi-emergenza, a dover improvvisamente soccorrere un grannumero di feriti, con conseguente inadeguatezza di servizi calibrati per lo svolgimento del normale carico di lavoro delle urgenze.

Altrettanto frequente è la possibilità che la struttura ospedaliera subisca dei danneggiamenti a causa di eventi naturali e non (terremoti, incendi, ecc.) e che questo comporti ancora una volta la diminuzione della sua operatività, fino ad arrivare a casi estremi di evacuazione parziale o totale dei degenti

Essendo l'ospedale l'ultimo anello della catena dei soccorsi sanitari, è necessario che la pianificazione ospedaliera dell'emergenza sia inserita nella cornice più ampia dei piani comunali e provinciali, al fine di consentire alla Centrale 118 di attivare in tempi rapidi i presidi ospedalieri idonei, evitando così gravi perdite di tempo e riducendo notevolmente il numero dei trasferimenti secondari dei pazienti.

E' quindi opportuno che ogni Presidio ospedaliero predisponga un piano operativo per la gestione delle Maxi-emergenze tenendo conto dei livelli organizzativi raggiunti dai Dipartimento d'Emergenza e dal Pronto Soccorso ed in base alle particolari qualificazioni e specialità presenti all'interno della struttura.

Le procedure gestionali delle risorse e dei trattamenti diagnostico-terapeutici dovranno essere predisposte dopo un'attenta valutazione dei seguenti parametri:

- Tipologia dell'evento atteso; (rischio tecnologico, sismico, idrogeologico, vulcanico);

- presumibile numero degli infortunati e delle patologie prevalenti in ciascun evento;
- localizzazione ed estensione del territorio interessato, dell'efficienza di infrastrutture quali strade, ponti, telecomunicazioni, ecc..

La catena di interventi da attuare all'interno dell'ospedale (di esclusiva pertinenza del personale sanitario) consiste in:

- accettazione contemporanea di un elevato numero di pazienti;
- erogazione di cure quanto più possibile qualificate e comunque adeguate alla gravità delle lesioni dei soggetti ricoverati.

Il piano di emergenza dovrà comunque rispondere ad alcuni requisiti di base:

1. dovrà essere formulato sulla struttura e sull'organico esistente per essere operativo senza ritardi di attuazione e senza aggravio di costi. Solo nel caso in cui l'attività di emergenza dovesse protrarsi per più giorni, potrà essere concordata, con le autorità sanitarie, l'integrazione o sostituzione del personale con altro proveniente da altri ospedali;
2. dovrà garantire lo stesso standard di assistenza anche nei periodi in cui possono verificarsi flessioni nel numero del personale;
3. dovrà essere adattabile a qualunque tipo di emergenza e adatto a garantire l'assistenza al più elevato numero di pazienti.

E' indispensabile che tutto il personale che lavora nella struttura nosocomiale sia a conoscenza delle procedure contenute nel piano e dei compiti assegnati alle singole figure dell'Unità di Crisi in modo da essere preparato sulle modalità operative da attivare in fase di allarme.

E' inoltre indispensabile procedere anche all'attuazione di periodiche esercitazioni simulanti una maxi-emergenza per poter verificare l'attendibilità dei vari aspetti contenuti nel piano ed i tempi di attivazione.

Le esercitazioni dovranno evitare di interferire con l'operatività ordinaria per non arrecare eccessivo disagio ai pazienti.

Per evitare che il personale ospedaliero coinvolto nell'emergenza possa risentire in modo grave degli psicotraumatismi da stress, con inevitabili conseguenze negative anche sull'efficienza del sistema, è necessario che nell'assegnazione degli incarichi si suddividano i compiti in modo equilibrato, si effettui il monitoraggio del livello di stress dei singoli membri dello staff dell'ospedale ed al termine dell'emergenza si programmi il debriefing per alleggerire la tensione accumulata e per discutere sui problemi emersi nell'emergenza.

PIANO DI EMERGENZA PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (P.E.I.M.A.F.)

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 dell'impiantistica delle aree essenziali (Pronto Soccorso, Sale operatorie, Laboratorio, Farmacia, Radiodiagnostica, Centro Trasfusionale, Cucine, Centrale Termica, ecc.) nonché le tipologie strutturali principali, in cui opera (vie di fuga, percorsi, ascensori, zone sicure ecc).

Per consentire l'esecuzione del piano, prioritariamente vanno distinti due tipologie di maxi-emergenze:

- a) **Maxi-emergenza dovuta ad un maxi-afflusso di pazienti;**
- b) **Maxi-emergenza interna con attivazione del piano di evacuazione dell'ospedale.**

Nel primo caso l'Unità di crisi 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 ubicata nei locali del Corpo I.

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

Si individua come area di accettazione per i pazienti critici l'attuale sala d'attesa.

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 ai mezzi di soccorso;

3. vicinanza all'area di emergenza–urgenza, e alle unità operative ad essa collegate, e all'area di diagnostica (Pronto soccorso, accettazione rianimazione, cardiologia, radiologia, sale operatorie).

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 maxi-emergenze caratterizzate dalla contaminazione della popolazione con sostanze chimiche tossiche si attiva la camera di decontaminazione 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 letterecchi, 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 ed il DEA è autorizzato ad avere una propria scorte di materiale accessibile in ogni momento, periodicamente controllato dal Coordinatore del personale infermieristico

7) Preparare una modulistica semplificata, finalizzata a ridurre al minimola 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 disecconda 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.

Nel secondo caso l'unità di crisi deve:

1. Individuare un'Area protetta di attesa (A.P.A.) esterna all'ospedale

Si individua quale area protetta di attesa il parcheggio adiacente l'ingresso principale dell'ospedale.

2. Predisporre la segnaletica idonea a facilitare il raggiungimento dello spazio sopradetto;

Con apposita cartellonistica si deve:

- Indicare agli utenti non allettati e ai visitatori i percorsi da seguire, i punti di ritrovo, i numeri telefonici interni da comporre per diramare un allarme;
- Rendere disponibili gli strumenti tecnici (estintori, coperte protettive, autorespiratori, ecc.) e informare il personale sulla loro dislocazione.
- Predisporre i presidi utili al trasferimento o all'evacuazione;
- Predisporre, in coordinamento con la Centrale del 118, un circuito esterno di evacuazione per ambulanze, elicotteri, mezzi pubblici
- Predisporre un Centro di coordinamento ed un Centro informazioni esterno all'ospedale

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 portineria il cui numero è 0922733350, 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 personale in servizio 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 il cui numero è 0922733111 (centralino);
- una linea telefonica esterna per le comunicazioni con le Autorità di coordinamento, a disposizione dell'Unità di crisi il cui numero è 0922733222 sito nei locali della Direzione Sanitaria.

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.

A semplificazione si allega il protocollo operativo per la gestione di un maxi-afflusso di pazienti.

PIANO OPERATIVO IN CASO DI EMERGENZA INTERNA E DI EVACUAZIONE (P.E.I. - P.EVAC.)

E' di estrema importanza la stesura del piano di evacuazione che ogni ospedale deve predisporre per poter far fronte a quelle emergenze complesse nelle quali la struttura può essere direttamente coinvolta, quali terremoti, incendi, attentato terroristico, cedimenti strutturali, alluvioni e ogni qualvolta la situazione di emergenza ha origine all'interno del presidio ospedaliero condizionandone in tutto o in parte la funzionalità.

L'evacuazione di un ospedale, per la particolare tipologia di persone presenti (pazienti, personale e visitatori) richiede un notevole impegno organizzativo da parte dei responsabili. Inoltre, in una struttura in cui è presente un'alta densità di persone, molte delle quali non autosufficienti e non deambulanti, è abbastanza frequente che si verifichino condizioni che potrebbero facilmente sfociare in situazioni di panico e di pericolo se non si è predisposto un Piano di emergenza che preventivamente e dettagliatamente indichi le azioni da compiere.

Perché il Piano di emergenza sia efficiente occorre che:

- sia attuabile per ogni tipo di evento che metta in pericolo l'ospedale;
- abbia sempre la stessa logica di funzionamento e sfrutti il più possibile le procedure del Piano per massiccio afflusso di feriti;
- allerti e faccia intervenire solo ed esclusivamente gli addetti necessari in funzione del livello dell'emergenza,
- individui chiaramente i compiti ed i livelli di responsabilità di ognisingolo operatore;

- sia efficace sia in caso di evacuazione di un solo reparto che dell'intera struttura.

Nell'evacuazione dell'ospedale occorre considerare un doppio scenario:

- **EVACUAZIONE PARZIALE** ovvero il trasferimento dei degenti di uno o più reparti in una zona considerata sicura rispetto all'evento in atto;
- **EVACUAZIONE TOTALE** cioè trasferimento di tutti i degenti e personale ospedaliero all'esterno della struttura (AREA RACCOLTA PAZIENTI individuata nel Parcheggio all'ingresso dell'Ospedale)

La modalità di evacuazione può essere duplice:

- **EVACUAZIONE RAPIDA** cioè si allontanano i pazienti dagli ambienti ritenuti non agibili; in questo caso non si procede alla identificazione del livello di gravità del soggetto;
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA** si procede al triage dei pazienti da evacuare trasferendole nelle aree identificate in ragione del codice di appartenenza (Rosso, Giallo, Verde).

I pazienti deambulanti a gruppi di 4/5 verranno accompagnati da un componente della squadra di evacuazione o dal personale del reparto nell'area individuata quale area di raccolta pazienti.

I degenti non deambulanti verranno trasportati dalle squadre di evacuazione nell'area di raccolta pazienti utilizzando le barelle in dotazione ovvero in assenza delle barelle, le coperte.

I degenti feriti vengono trasportati nell'area di raccolta pazienti e valutati dal TRIAGE allestito nella stessa area.

Il personale dell'Unità Operativa Interessata provvederà a recuperare le cartelle cliniche dei pazienti, consegnandole al personale del triage.

COMPITI DELL'UNITA' DI CRISI IN CASO DI EMERGENZA INTERNA E DI EVACUAZIONE (P.E.I. - P.EVAC.)

ALLARME

L'allarme viene dato da una sola persona qualificata che fornisce coordinate precise, direttamente al Centralino.

L'operatore al Centralino diffonderà l'allarme attivando l'unità di crisi composta nella fase di emergenza da:

- Direttore sanitario o Direttore di presidio che la presiede;
- Direttore del Pronto Soccorso;
- Responsabile dell'Ufficio Tecnico o del servizio di prevenzione e protezione.

L'unità di crisi, una volta attivata, deve:

- **SOSPENDERE O LIMITARE LE ATTIVITÀ DEL PRESIDIO OSPEDALIERO;**
- **ORDINARE L'EVACUAZIONE E LA RIAMMISSIONE DEI PAZIENTI;**
- **COORDINARE I RESPONSABILI SANITARI, TECNICI ED AMMINISTRATIVI;**
- **RICHIEDERE EVENTUALI AIUTI DALL'ESTERNO;**
- **COORDINARE LE COMUNICAZIONI INTERNE ED ESTERNE;**
- **BLOCCARE L'ACCETTAZIONE E DIROTTARE LE URGENZE, IN COLLABORAZIONE CON IL 118;**
- **PREPARARE L'EVACUAZIONE DEI RICOVERATI PROVVEDENDO AL RECUPERO DELLE CARTELLE CLINICHE, ALLE INDICAZIONI SULLE TERAPIE IN CORSO**

- E ALL'UTILIZZO DI UN CODICE DI GRAVITÀ (QUELLO DEI COLORI: ROSSO, GIALLO, VERDE);
- PREDISPORRE UN CIRCUITO DI EVACUAZIONE INTERNA SOTTO IL COMANDO DI UN RESPONSABILE MENTRE GLI AUSILIARI RECUPERANO LE CARTELLE E GLI INFERMIERI SOMMINISTRANO LE TERAPIE D'URGENZA E CONTROLLANO LE FUNZIONI VITALI;Ù
 - ALLESTIRE L'AREA PROTETTA DI ATTESA (A.P.A.),
 - PREDISPORRE, IN COORDINAMENTO CON LA CENTRALE DEL 118, UN CIRCUITO ESTERNO DI EVACUAZIONE PER AMBULANZE, ELICOTTERI, MEZZI PUBBLICI;
 - ISTITUIRE, IN CONCORSO E CON I MEZZI DI COMUNICAZIONE DELLA CENTRALE 118 UN CENTRO DI COORDINAMENTO ESTERNO ALL'OSPEDALE;
 - ISTITUIRE UN CENTRO INFORMAZIONI;
 - PROMUOVERE LA RIPRESA DELLE ATTIVITÀ, CESSATE LE CONDIZIONI CHE AVEVANO RICHIESTO L'ATTIVAZIONE DEL PIANO.

RUOLO DELLE SINGOLE FIGURE PROFESSIONALI ATTIVATE

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO:

- Attiva l'autoparco allertando l'ambulanza rianimatoria e tutte le ambulanze disponibili;
- Dispone la chiusura al traffico degli accessi al presidio;
- Coordina le operazioni di trasferimento e di dimissione protetta;
- Dispone la dimissione dei pazienti dimissibili;
- Acquisisce l'elenco dei pazienti coinvolti nell'evento;
- Attiva il Centro informazione ed intrattiene rapporti con gli organi di

informazione e le Autorità;

DIRETTORE DEL PRONTO SOCCORSO

- Coordina le operazioni di accettazione, assistenza e dimissione dei pazienti coinvolti trasferiti presso l'area di raccolta pazienti.
- Allerta i direttori delle Unità Operative specialistiche la cui branca è coinvolta nell'emergenza.
- Organizza l'attività assistenziale del centro di raccolta contribuendo nell'assegnazione dei codici ai pazienti che arrivano all'area.
- Verifica la disponibilità delle scorte di farmaci, presidi e quant'altro necessario per garantire scorte necessarie al personale impegnato nell'assistenza dei pazienti coinvolti nell'evento avverso.

RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

- Verifica l'entità e l'estensione del danno causato dall'evento avverso.
- Consegna le attrezzature e i dispositivi di protezione previste al personale impegnato nell'emergenza.
- Individua il percorso di evacuazione più sicuro ed il percorso di accesso all'area interessata.
- Allerta il responsabile della ditta esterna che gestisce l'impiantistica affinché attivi il proprio personale per realizzare una squadra di emergenza in grado di intervenire subito per eventuali problematiche di natura impiantistica.

PORTINERIA CENTRALE

- Blocca l'afflusso di cittadini dall'esterno assicurando l'accesso e l'uscita esclusivamente delle ambulanze

L'ordine di evacuazione viene dato dall'ufficiale dei Vigili del Fuoco,

tuttavia se l'evento è tale da mettere in pericolo i degenti ed il personale, tale ordine sarà diramato dal Medico della Direzione Sanitaria o in sua assenza da altro responsabile qualificato, supportato da un responsabile dell'Ufficio Tecnico, se presente.

Nell'attesa che tutte le figure coinvolte ed attivate arrivano nell'ospedale, il Medico in servizio al Pronto Soccorso attiva il Triage per fronteggiare l'emergenza,

Nel caso in cui venga diramato l'ordine di evacuazione, vengono costituite delle Squadre di addetti per trasportare i degenti non deambulanti ed accompagnare gli altri.

Le squadre sono composte da infermieri e coordinate dai medici dei reparti o dall'infermiere più esperto.

Gli operatori che compongono la Squadra recuperano il materiale immagazzinato per l'evacuazione (teli portaferiti e barelle campali) e lo trasportano nel reparto in cui si è verificato l'evento.

In caso di evento gravemente evolutivo, in cui non è possibile recuperare il materiale anzidetto, occorrerà utilizzare materiale di fortuna per trasportare i pazienti allettati e cioè lenzuola, coperte, sedie o quanto altro si renda utile per spostare i degenti in un'area sicura.

Se l'evacuazione deve avvenire rapidamente si procederà utilizzando le uscite più vicine (senza usare gli ascensori), portando in salvo prima i degenti più vicini all'evento e poi gli altri, senza distinzione di gravità.

Nel caso il tempo a disposizione sia sufficiente occorrerà valutare la gravità dei singoli pazienti, contrassegnarli con un colore (rosso, giallo, verde) e trasportare prima i pazienti più gravi e poi gli altri

nell'Area Protetta di Attesa (A.P.A.),situata all'esterno dell'ospedale.

La categorizzazione dei degenti è un compito del medico del reparto.I pazienti vengono gestiti in funzione del codice assegnato:

- **CODICE ROSSO**: Vengono stabilizzati ed inviati con le ambulanze presso le aree dell'ospedale ritenute sicure o presso altre strutture ospedaliere limitrofe;
- **CODICE GIALLO**: Vengono stabilizzati ed inviati nella zona appositamente individuata all'interno dell'area raccolta pazienti;
- **CODICE VERDE**: Vengono nella zona appositamente individuata all'interno dell'area raccolta pazienti;
- **CODICE BIANCO**: Vengono visitati e quindi inviati al proprio domicili

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

Predisposizioni e procedure in caso di eventi NBCR

Si parla di eventi NBCR quando si configura un incidente:

- Nucleare, conseguente ad un'esplosione nucleare;
- Biologico, conseguente alla dispersione nell'ambiente di virus, batteri o tossine;
- Chimico, conseguente alla dispersione di sostanze chimiche pericolose;
- Radiologico, conseguente alla dispersione nell'ambiente di radioisotopi.

-Una maxiemergenza dovuta a eventi NBCR comporta un rischio di contaminazione elevato dell'ambiente ospedaliero poiché tramite il Pronto Soccorso possono accedere in ospedale persone contaminate, causando così la chiusura della struttura. Per tale motivo si rende necessario predisporre un piano per la gestione delle Maxiemergenze NBCR che preveda procedure specifiche atte a proteggere l'Ospedale e il Pronto Soccorso in particolare.

-La decontaminazione dovrebbe avvenire vicino al luogo dell'evento da parte di organi preposti (Es.: Nuclei regionali NBCR della CRI, VVF, ecc), ma si deve comunque prevedere anche la possibilità di afflusso al Pronto Soccorso di potenziali vittime che si presentino di propria iniziativa, con i propri mezzi, senza alcun controllo preventivo.

-A tal fine, il piano da attuare deve prevedere che le vittime, prima di entrare in Ospedale, debbano prima transitare in un'area predisposta per la decontaminazione dove opera personale sanitario selezionato, formato e adeguatamente protetto con idonei DPI.

-Pertanto, la gestione ospedaliera dell'evento NBCR deve prevedere la presenza di strutture idonee, di risorse umane e di adeguate procedure operative:

1. Aspetti strutturali:

- spazi interni per la predisposizione di percorsi di decontaminazione

- individuazione di spazi interni per l'impianto di un pronto soccorso estemporaneo con sale d'aspetto controllate
- individuazione di spazi esterni per l'installazione di sistemi di decontaminazione di massa e/o tende ospedale per sopperire all'assenza di spazi interni dedicati

2. Risorse umane:

- individuazione e addestramento di un nucleo di personale sanitario in grado di effettuare una decontaminazione

3. Procedure:

- procedure per il richiamo del personale sanitario in riposo
- per il solo radiologico gamma predisposizione di dosimetri e di procedure veloci per la loro distribuzione al personale sanitario del pronto soccorso
- procedura per la protezione fisica rinforzata della struttura
- predisposizione di collegamenti telefonici fissi e mobili.

Aspetti strutturali

Per quanto attiene gli aspetti strutturali, valutata la probabilità di accadimento degli scenari NBCR, presso il P.O. "*Barone Lombardo*", sono state individuate le seguenti aree:

- area dedicata alle attività di **pre-triage** dove verrà effettuata da parte di operatori sanitari forniti di adeguati DPI una prima valutazione del rischio da contaminazione: tale area è stata identificata all'ingresso dell'ospedale, subito dopo la sbarra, nei locali dell'attuale pre-triage.

-area da adibire alle attività di **decontaminazione**: poichè il PO "*Barone Lombardo*" non è dotato di spazi interni da adibire ad aree di contaminazione è stata identificata dall'Ufficio Tecnico un'area esterna, l'attuale parcheggio, dove potranno essere allocate strutture mobili da allestire al momento (impianti mobili di decontaminazione) utilizzate in caso di pazienti da sottoporre a decontaminazione esterna prima della valutazione Sanitaria.

-area da adibire all'impianto di un **pronto soccorso estemporaneo**: a tal scopo sono stati identificati i locali dell'ex reparto di degenza Covid, con ingresso differenziato dal Pronto Soccorso e con spazi sufficienti per poter allestire una sala di attesa controllata;

- area di **deposito** in cui rendere disponibili gli strumenti necessari per misurare campi di radiazione e contaminazione radioattiva, il materiale per la decontaminazione, i dispositivi di protezione individuale (D.P.I.) per gli operatori coinvolti nell'emergenza. I locali adibiti a tal scopo si trovano in una stanza accanto Pronto Soccorso, facilmente utilizzabile al bisogno.

Minima dotazione di materiale, strumentazione e D.P.I. che dovrà essere resa sempre disponibile:

Dispositivi di Protezione Individuale categoria III

- Maschera con filtri specifici a seconda del tipo di evento (biologico, chimico o radiologico)
- tute protettive categoria III tipo 3 e 4
- Guanti in napolene o butile
- Stivali in gomma pesante
- Nastro adesivo idoneo per la protezione da agenti chimici

Risorse umane:

E' stato identificato da parte del Direttore UOC di M.A.C.U. un nucleo operativo (composto da 6 persone minimo in relazione alla durata e al tipo di evento individuando la possibilità di rotazione del personale interessato in funzione dei livelli dosimetrici attesi/verificati) formato da due dirigenti medici, due infermieri e due OSS che dovrà essere formato ed addestrato ad effettuare una decontaminazione efficace.

Procedure operative

Per quanto attiene gli aspetti procedurali in caso di evento NBCR, il Presidio Ospedaliero ha integrato le procedure previste all'interno del proprio "Piano di Emergenza per massiccio afflusso di feriti" (P.E.M.A.F.).

Procedura per la convocazione dell'Unità di crisi e per il richiamo del personale sanitario in riposo

-Il Direttore della Centrale Operativa SUES 118 o suo delegato, in qualità di Direttore dei soccorsi sanitari comunica al Direttore sanitario/Medico reperibile della Direzione medica ospedaliera

l'avvenuto incidente fornendo anche tutte le indicazioni utili del caso. Nel caso in cui sia il medico di turno del Pronto Soccorso a ricevere la comunicazione questi dovrà comunicarlo al Direttore sanitario/Medico reperibile della Direzione medica ospedaliera.

-Il Direttore Sanitario/Medico reperibile di Direzione tramite il Centralino convoca l'UNITA' DI CRISI AZIENDALE che si riunirà al più presto presso la Direzione Medica sita al IV piano dell'Ospedale.

Il Piano prevede il richiamo, nell'ordine, in ospedale del Personale che compone l'Unità di Crisi qui di seguito descritto:

- Direttore Pronto Soccorso
- Direttore della Radiologia
- Direttore Farmacia Ospedaliera
- Direttore di Medicina
- Direttore di Chirurgia
- Direttore di Ginecologia e Ostetricia
- Direttore di Pediatria
- Direttore Laboratorio

i quali a loro volta reperiranno il personale sanitario medico e infermieristico non in turno che dovrà al più presto raggiungere l'Ospedale (ciascuno per competenza le proprie sedi) per far fronte allo stato di emergenza.

Compiti specifici:

- Il **Direttore Pronto Soccorso**, responsabile del PEIMAF in caso di eventi NBCR all'interno del Pronto Soccorso:
 - invia un infermiere del Pronto Soccorso ed un OSS, opportunamente formati, all'ingresso dell'Ospedale, presso i locali adibiti a pre-triage. Essi dovranno, prima di operare indossare adeguati DPI (dispositivi di protezione personale).
 - Invia il nucleo di decontaminazione formato da un medico un infermiere e un OSS, con indosso adeguati DPI, all'impianto mobile di decontaminazione per la decontaminazione dove accogliere le persone che afferiscono da pre-triage secondo un percorso dedicato.

- Nomina un infermiere Referente in turno che predispone e distribuisce i Dispositivi di Sicurezza Individuale per la vestizione del personale addetto alla decontaminazione.
 - Rende rapidamente disponibili: gli specifici preparati farmaceutici, i presidi medico chirurgici e radioprotezionistici per fare fronte alle necessità, gli strumenti necessari per la rilevazione della radioattività, il materiale per la eventuale decontaminazione ed il trattamento di soggetti coinvolti, i mezzi per garantire la sorveglianza fisica dei soccorritori e la decontaminazione dei soccorritori.
- **Il Direttore della Radiologia**, in caso di evento nucleare/radiologico prende contatti telefonici con il Direttore Medicina nucleare e il di Direttore Fisica sanitaria affinché uno specialista in radioterapia o in medicina nucleare, possibilmente con qualifica di medico autorizzato, ed uno specialista in Fisica sanitaria si rendano disponibili al più presto presso l'area di decontaminazione in caso di contaminazioni radiologiche per fornire il supporto specialistico.
 - **Il Direttore della farmacia ospedaliera**, verifica la necessità di farmaci o presidi aggiuntivi e assicura l'arrivo degli antidoti.

Il Sistema di Triage per eventi NBCR

Pre-triage: Rapida identificazione e registrazione delle vittime (nome, cognome, data di nascita), informazioni sulla provenienza, sull'accaduto, sulla distanza dall'evento e tempo di esposizione.

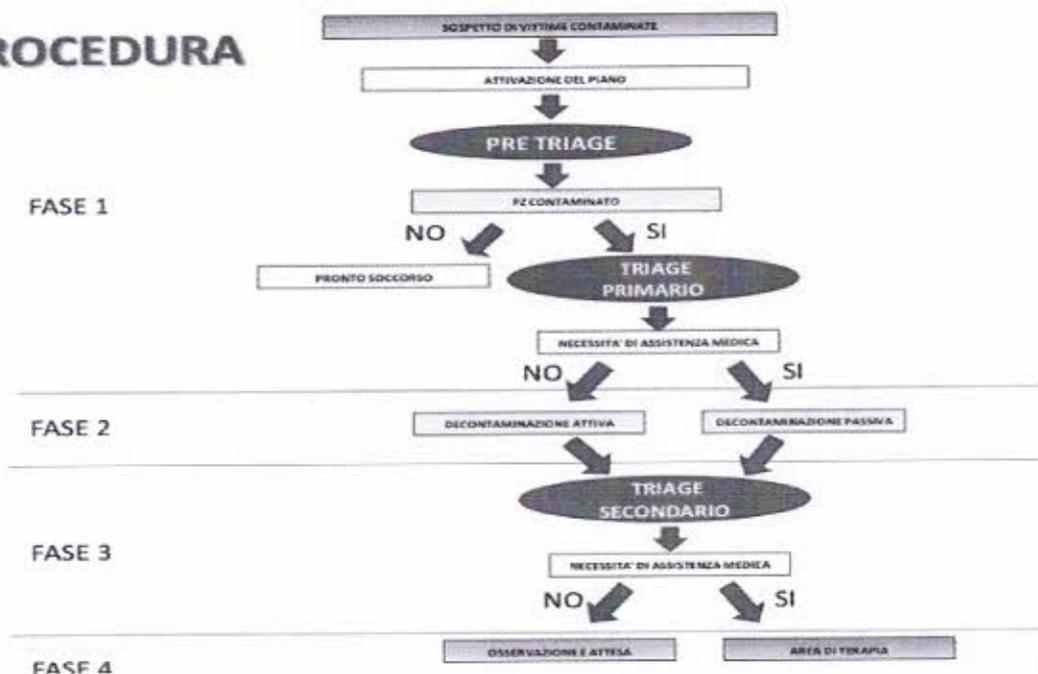
-I pazienti contaminati se deambulanti: invio immediato all'impianto mobile di decontaminazione per la decontaminazione

-Se non deambulanti (trasportati con mezzi privati): dopo il pre triage verranno invitati a recarsi con il proprio mezzo presso l'impianto mobile di decontaminazione di decontaminazione.

Triage Primario: all'ingresso dell'impianto mobile di decontaminazione di decontaminazione: verifica la necessità di assistenza medica o meno, compilazione della Scheda personale di Decontaminazione della vittima.

Triage secondario al Pronto Soccorso: i pazienti decontaminati afferiscono alle strutture diagnostico terapeutiche attraverso il Pronto Soccorso per gli accertamenti e le cure del caso.

PROCEDURA



Procedura per la predisposizione di dosimetri e distribuzione al personale di Pronto Soccorso

In caso di contaminazione da radiologico gamma, il Primario del Pronto Soccorso rende rapidamente disponibili i dosimetri che saranno custoditi presso una stanza di deposito accanto al Pronto Soccorso ed incarica l'infermiere referente di turno di distribuirli rapidamente al nucleo di decontaminazione da lui precedentemente identificato, al fine di garantire la sorveglianza fisica dei soccorritori.

Procedura per la protezione fisica rinforzata della struttura

Al fine di evitare l'ingresso in Pronto Soccorso di vittime contaminate,