

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

OSPEDALE "San Giacomo di Altopasso"
Licata



Copia n.		
Controllata	SI	NO
Revisione		
Data	05/04/2022	

P.E.I.M.A.F

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

A.S.P. AG - P.O. di LICATA

DIREZIONE SANITARIA
IL RESPONSABILE

Dott. Calogero Collura: Resp.le Direzione Medica P.O. Licata

Dott. CALOGERO COLLURA

Dott. Sigfrido La Greca Resp.le Anestesia e Rianimazione P.O. Licata

Dott. Salvatore Di Vita Res.le Pronto Soccorso P.O. Licata

SOMMARIO

1. PREMESSA pag. 3

2. SCOPO pag. 4

3. CAMPO DI APPLICAZIONE pag. 4

4. GOVERNANCE DELLE MAXIEMERGENZE pag. 5

4.1. Funzioni dell'Unità di Crisi nella fase preparatoria del piano pag. 5

3.2 Compiti dell'Unità di Crisi nella fase operativa in caso di maxiafflusso di pazienti pag. 7

5. MODALITA' OPERATIVE pag. 9

4.1 Fase di allarme pag. 9

4.2. Accettazione pazienti e distribuzione codici nelle sale pag. 11

4.3. Stabilizzazione e trattamento pag. 14

4.4. Fine dell'emergenza

6. MATERIALE DI SCORTA pag. 15

7. RIFERIMENTI pag. 16

8. ALLEGATI pag. 17

9. Recapiti telefonici pag. 20/21

10. Planimetri ospedale Licata pag. 23

11. ***Predisposizione e procedure in caso di eventi NBCR*** pag.26

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 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 Licata 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 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. Non si applica in caso di maxiemergenza 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 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;
- 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 (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) Individuare il personale sanitario (infermieristico e medico) preposto al "triage d'accettazione intraospedaliero".

3) 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 lettereschi, 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 scorta 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 0922869445/446; il personale in servizio allerta il Direttore/ Responsabile dell'U.O. di Pronto Soccorso che provvede a convocare i componenti effettivi dell'Unità di crisi.

- 2) Mobilitazione dei reparti e del personale. Chiamata a cascata.

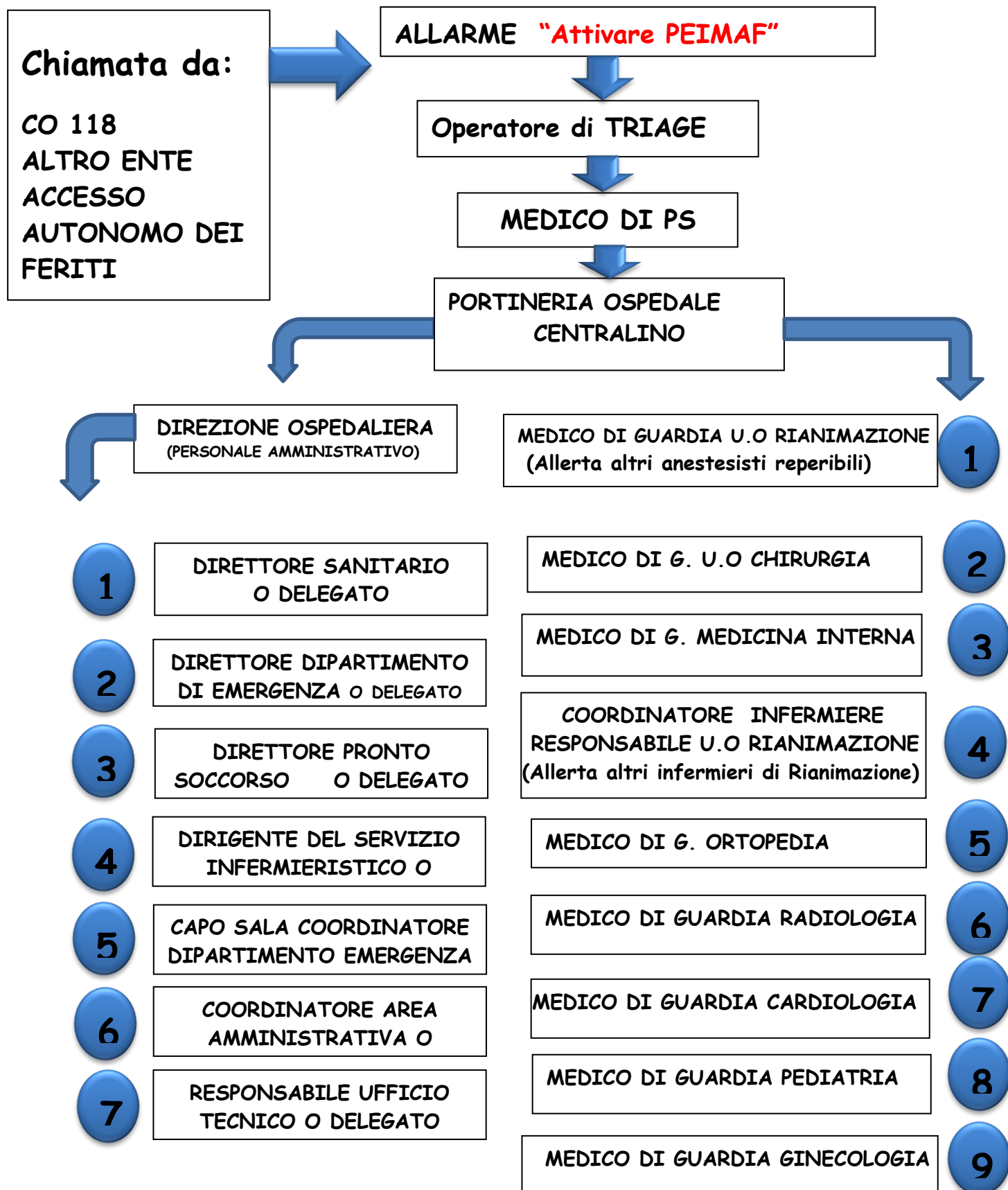
La procedura delle chiamate a cascata viene innescata dalla Direzione Ospedaliera secondo lo schema sequenziale sotto riportato. Viene predisposta una lista di reperibili da convocare in caso di emergenza che comprende tutte le fasce orarie (feriali, diurne, festive e notturne). Tutto il personale richiamato deve raggiungere l'Ospedale nel minor tempo possibile. Per la comunicazione si deve usare sempre il seguente messaggio standard:

"IL PIANO DELLA MAXI EMERGENZA E' STATO ATTIVATO. PROCEDA SECONDO IL PROTOCOLLO. CONFERMARE CORRETTA RICEZIONE DEL MESSAGGIO"

Ogni richiesta di ulteriori informazioni deve essere EVITATA od IGNORATA.

PIANO DELLE COMUNICAZIONI IN CASO DI MASSICCIO AFFLUSSO FERITI

PIANO DELLE COMUNICAZIONI IN CASO DI MASSICCIO AFFLUSSO FERITI



1) 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. 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 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 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/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 il corridoio di attesa dei codici colore venga liberato dei pazienti già in d'attesa i quali verranno fatti accomodare nel corridoio retrostante l'area di emergenza o trasferiti nei reparti ovvero, se possibile, inviati a domicilio; nel corridoio del PS 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° 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 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, 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 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 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 O₂ = 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 SatO₂ < 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 conferma 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 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.

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 sono sufficienti per poter garantire una maxiemergenza non superiore a 20 feriti. Nell'eventualità che le scorte non dovessero essere sufficienti il Pronto Soccorso ha in consegna la chiave del servizio di farmacia, e quindi facilmente accessibile in ogni momento per poter reperire ulteriori presidi farmaceutici e sanitari.

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:

Il KIT Ingresso: q.tà 1.

- N. 4 cesoie taglia abiti
- N. 5 forbici
- N. 1 megafono
- N.10 casacche identificatrici.

Il KIT Paziente q.tà 25 set. deve contenere:

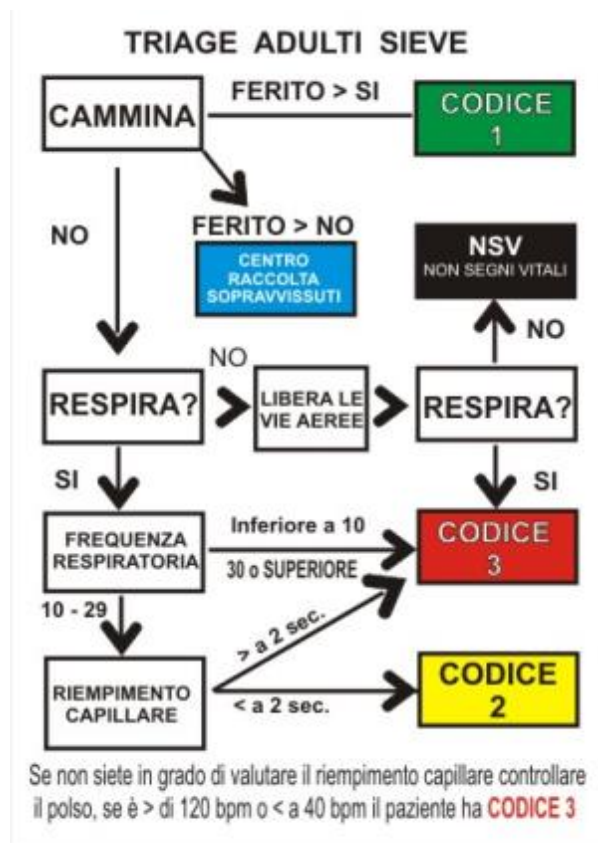
- N. 1 soluzione fisiologica da 500 cc;
- N. 1 ago cannula per ciascuna delle seguenti misure Ch 18, 20, 22;
- N. 1 deflussore;
- N. 2 provette da siero;
- N. 2 provette da plasma;
- N. 1 provetta da attività;
- N. 1 camicia per prelievo sottovuoto;
- N. 1 raccordo per vacutainer;
- N. 1 sacchetto di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

Salme.

- Barelle
- Body Bags (sacco recupero salme)
- Sacchetti di Plastica per effetti personali
- Bracciali e targhette di identificazione

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.



SETTORE/AREA _____
OPERATORE/RESCUER _____

CONTRASSEGNA CON UNA X IL NUMERO CORRISPONDENTE AL CODICE COLORE ASSEGNATO PROGRESSIVAMENTE AI FERITI
 CROSS THE NEXT NUMBER IN EACH ROW AS YOU FIND A NEW CASUALTY

0001 - 0010

CODICE 3 IMMEDIATO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
CODICE 2 URGENTE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
CODICE 1 NON URGENTE DELAYED	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
NON SEGNI VITALI EXPECTANT	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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							

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				☐
Rianimazione Generale				☐
Rianimazione subintensiva				☐
Neuroranimazione				☐
Medicina d'Urgenza				☐
Chirurgia 1				☐
Centro Ustioni				☐
Neurochirurgia				☐
Ortopedia				☐
DIAGNOSI ORIENTATIVA				

MATRICOLA E FIRMA

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RECAPITI TELEFONICI DEL PERSONALE MEDICO DI DIREZIONE SANITARIA**Responsabile di D.S. Dott. Calogero Collura****Sostituto Dir. Medico di D.S. Dott. Angelo Trigona**

TELEFONO	
Pronto Soccorso	0922869445/446
Dott. Di Vita Salvatore	3479747123
Dott. Pappalardo Giovanni	3391919929
Dott. Di Rosa Angelo	3472845149
Dott. Giuliana Barbara	3311464824
Dott. Vicari Salvatore	3926978739
Dott. Castiglione Angelo	3494746335
Dott. Spataro Catena	3312625352
CHIRURGIA	0922 869435
Dott. Scalia Agatino	3498078186
Dott. Caltabellotta Mario	360398694
Dott. Pennica Lillo	3299861394
Dott. Adelfio Giuseppe	3203494394
MEDICINA	0922 869440/441
Dott. Alaimo Giuseppe	3452362163
Dott. Di Rocco Calcedonio	3395652175
Dott. Zarbo Calogero	3289577004
Dott. Farruggia Mario	3924836163
Dott. Veneziano Rosalia	3287015153
OSTETRICIA	0922 8699325/9222
Dott. Li Calsi Luigi	3288240922
Dott. Greco Polito	
Giuseppe	3332976276
Dott. Amerigo Daniela	3395832815
PEDIATRIA	0922 869410
Dott. Sanfilippo Francesco	3772524993
Dott. Vella Chiara	3287637472
Dott. Ragusa Saveria	
Sabrina	3209778787
FARMACIA	0922869113
Dott. ssa Ferrera Emanuela	3389810462
Dott. ssa Impellizzeri Valentina	3293216632
Dott. ssa Vizzini Fabiola	3207020984
Dott. Intorre Cristian	3387883444

ORTOPEDIA	0922 869431
Dott. Rapisarda Santo	3482266991
Dott. Lauria Salvatore	3332517092
Dott. Naso Giuseppe	3454970032
CARDIOLOGIA	0922 869211
Dott. Trigona Donatella	3384577928
Dott. Montalto Salvatore	3208486929
ANESTESIA	922869339
Dott. La Greca Sigfrido	3319880290
Dott. Faraci Sabrina	338700800
FISIATRIA	0922 869253
Dott. Gambino Angelo	3336569353
Dott. Tabbi Gaetano	3687385200
Dott. Cellura Eleonora	3206012096
Dott. Giudice Loredana	330960090
Dott. Greco Laura Rita	3936708859
RADIOLOGIA	0922 869162
Dott. Trigona Angelo	3389298852
Dott. Attisano Giuseppe	3687895616
Dott. Rabbita Fabbrizio	3281755468
Dott. LaCognata Antonino	3476423612
Dott. Graci Francesca	3290805568
Dott. Avarello Antonino	3204735825
PATOLOGIA CLINICA	0922 869210
Dott. Plano M. Rosa Anna	3687813032
Dott. Messina Pier Franc.	3467032523
UFFICIO INFERMIERISTICO	0922869119/538
TPO Leto Pasquale	3280324881
UFFICIO TECNICO	0922 869182
Bonelli Vincenzo	3667548211
UFF. AMMINISTRATIVO	0922 869146
TPO + Dott. Grillo Elvira	3892898848

ALLEGATO 5

<http://maps.google.fr/?q=Licata@37.1023,13.9375>



Vista Satellitare Ospedale San Giacomo D'Altopasso Licata

[illegible]

Planimetria Piano Rialzato. Sede del Pronto Soccorso

Dotazioni tecnologiche di supporto P.O. Licata

N. 1 Scorta Idrica per circa tre giorni pari a 450.000 litri.

N. 2 gruppi elettrogeni per le esigenze di tutto il presidio.

N. 2 Gruppi di continuità per le aree di emergenza.

N. 1 Serbatoio di 5000 litri di carburante per alimentazione degli stessi gruppi.

Predisposizioni e procedure in caso di eventi NBCR

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. “*San Giacomo d’Altopasso*”, 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, all’interno di una struttura mobile esterna.

-area da adibire alle attività di **decontaminazione**: poiché il PO “San Giacomo D’Altopasso” non è dotato di spazi interni da adibire ad aree di decontaminazione 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, con ingresso differenziato dal Pronto Soccorso e con spazi sufficienti per poter allestire una sala di aspetto 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 ex-TAC, 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 neoprene 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.C.A.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 I piano dell'Ospedale.

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

ASP Agrigento-Servizio Sanitario Regionale
Ospedale "San Giacomo d'Altopasso" - Licata
Direzione Medica di Presidio

- 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 dove accogliere le persone che afferiscono dal 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.

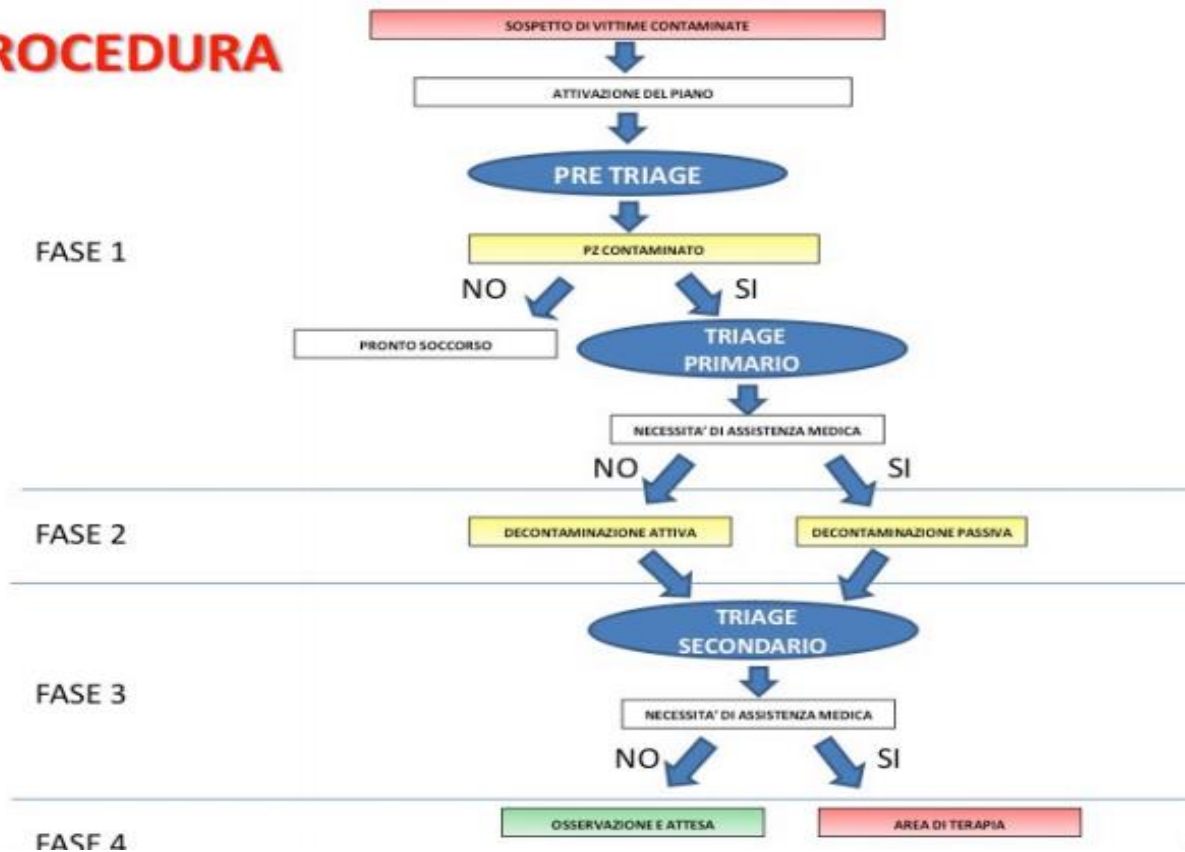
-I pazienti contaminati se deambulanti: invio immediato all'impianto mobile di decontaminazione per la decontaminazione

-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.

Triage Primario: all'ingresso dell'impianto mobile 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 diagnostiche 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, verrà contattata dal Direttore Sanitario/Reperibile Medico di Direzione Sanitaria la Stazione di Polizia di Licata affinché invii personale che assicuri la vigilanza dei cancelli di ingresso.

Predisposizione di collegamenti telefonici

Sono previsti:

- Una linea telefonica interna riservata all'emergenza il cui numero è 0922 869111 (Centralino)
- Una linea telefonica esterna riservata all'emergenza il cui numero è 0922 869111 per le comunicazioni con le autorità di coordinamento, a disposizione dell'Unità di Crisi il cui numero è 0922869539 (Dir. Sanitaria)
- Un telefono presidiato h 24 il cui numero è 0922869444 (triage)