REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

DISTRETTO OSPEDALIERO AG2

OSPEDALE "GIOVANNI PAOLO II°"

SCIACCA

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

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

Redatto da: Dr. Galizia Ignazio Direttore U.O. M.C.A.U.

Dr. Petrusa Francesco Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione

Dr. Venezia Antonino Resp.le Ufficio Infermieristico

Sig.ra Calogera Barbera Coord.ce Inf.stica Pronto Soccorso

Verificato da: Direttore Sanitario dell'Ospedale

Approvato da: Direttore Sanitario Aziendale

Adottato da: Direttore Generale

SOMMARIO

PREMESSA

1. SCOPO

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

3. GOVERNANCE DELLE MAXIEMERGENZE

3.1. Funzioni dell'Unità di Crisi nella fase preparatoria del piano
3.2 Compiti dell'Unità di Crisi nella fase operativa in caso di maxiafflusso di pazienti

4. MODALITA' OPERATIVE

4.1 Fase di allarme
4.2. Accettazione pazienti e distribuzione codici nelle sale
4.3. Stabilizzazione e trattamento
4.4. Fine dell'emergenza

5. MATERIALE DI SCORTA

6. RIFERIMENTI

7. GRIGLIA DELLE RESPONSABILITA'

8. ATTRIBUZIONE E DISTRIBUZIONE DEL DOCUMENTO

9. ALLEGATI

PREMESSA

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

1. SCOPO

Rispondere in modo soddisfacente ed efficiente ai bisogni sanitari degli utenti in caso di una maxiemergenza.
Le maxiemergenze sono eventi dannosi che colpiscono le comunità umane sovvertendo il normale ordine delle cose, causando:

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

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

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

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

3. GOVERNANCE DELLE MAXIEMERGENZE

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

Unità di Crisi

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

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

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

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

- Responsabile dei Settore Amministrativo;

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

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

L'Unità di Crisi deve:

1) Verificare le capacità di ricezione dell'ospedale:
   I criteri adottati per valutare la capacità ricettiva dell'ospedale sono:
   - disponibilità numerica di personale medico, infermieristico e tecnico;
   - disponibilità di tecnologie per l'assistenza;
   - disponibilità di posti letto, preferibilmente accorpati nella stessa area per facilitare un' assistenza omogenea.
2) Verificare la funzionalità dell'eliporto e le vie di accesso alla struttura ospedaliera.

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

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

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

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

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

6). Individuare le figure professionali "chiave" da allertare che verranno immediatamente contattate e, se necessario, richiamate in servizio. Le procedure di mobilitazione del personale prevede l'allertamento da parte dell'unità di crisi di tutte le figure professionali individuate.

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

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

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

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

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

1) Ricezione dell'allarme.

Alla ricezione dell'allarme, attraverso un telefono presidiato h.24 ubicato in area di emergenza il cui numero è 092962531 il personale sanitario in servizio allerta il Direttore dell'U.O. di Pronto Soccorso che provvede a convocare i componenti effettivi dell'Unità di crisi.

2) Mobilitazione dei reparti e del personale.

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

3) Rapporti con l'esterno.

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

4) Comunicazioni.

Sono previsti:

- un telefono o una linea telefonica interna riservata all'emergenza nell'area di accettazione il cui numero è 8533;
- una linea telefonica esterna per le comunicazioni con le Autorità di coordinamento, a disposizione dell'Unità di crisi il cui numero è 0925962531;

4. MODALITA' OPERATIVE

4.1 Fase di allarme

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

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

Il Medico del Pronto Soccorso dovrà provvedere a:

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

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

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

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

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

Va, comunque, puntualizzato che, nel caso in cui il personale fuori servizio viene a conoscenza anche in maniera occasionale di eventi disastrosi è tenuto a rientrare in servizio o contattare il Pronto Soccorso, così come previsto dai rispettivi codici deontologici.
Nel caso in cui si dovesse ritenere che le persone rintracciate dovessero essere insufficienti a far fronte all'emergenza, si chiamerà il personale Medico ed Infermieristico in reperibilità o disponibile nei vari reparti.
Il Medico di Guardia farà liberare le sale visita e ridistribuirà tutto il personale del Pronto Soccorso per far fronte alle necessità del caso.
Il medico di Guardia disporrà affinché la sala di attesa dei pazienti triagiati non rinviabili al proprio domicilio venga liberata dei pazienti in attesa i quali verranno immediatamente trasferiti nelle UU.OO. di riferimento anche in assenza di posti letto. nel corridoio del PS vengono sistemate barelle e sedie a rotelle per accogliere i pazienti.
Si elencano, a titolo esemplificativo, alcuni criteri di preclusione ad un'eventuale dimissione dei pazienti:
- Frequenza cardiaca <50 o > 140 mm Hg (a riposo);
- Pressione sistolica <90 o >200 mm Hg;
- Pressione diastolica <60 o >120 mm Hg;
- Temperatura ascellare >38° C;
- Emorragia in atto (o nelle ultime 48 ore);
- Squilibrio idroelettrolitico – acido base metabolico;
- Ischemia miocardica acuta;
- Problemi neurologici acuti;
- Turbe respiratorie o circolatorie acute invalidanti per il malato;
- Perdita o calo improvviso della vista o dell'udito;
- Perdita acuta della capacità di muovere una parte del corpo.

L'androne del PS e l'area antistante al P.S. vanno fatte sgomberare da tutti i veicoli ed eventuali ostacoli.
A tal fine, l'Infermiere di turno o il Caposala mobilita la Polizia Municipale per assicurare il completamento di tale sgombero e la sicurezza dell'ingresso del PS.
Viene reperito il maggior numero possibile di barelle, carrozzine, materassini, aste reggi flebo e bombole d'ossigeno.

Gli infermieri allestiscono una postazione di prima accoglienza all'ingresso delle ambulanze con cartellini di triage muniti di cordicella per fissarli al collo dei pazienti in arrivo.
Onde evitare eccessiva confusione nell'area di accettazione i parenti delle vittime verranno allontanati precludendo loro la possibilità di sostare all'interno dell'area di Emergenza.

4.2 Accettazione dei pazienti e distribuzione dei codici nelle sale.

In una situazione di evento maggiore, il triage è una procedura di tipo dinamico che consente di ottimizzare le risorse disponibili al fine di minimizzare il rischio di mortalità e di morbilità nella popolazione colpita.
Il metodo comunemente adottato in sede extraospedaliera è lo START triage (Simple triage and rapid treatment), che si fonda su uno schema logico molto semplice ed immediato che permette, mediante la formulazione di pochi ed essenziali quesiti concatenati, l'attribuzione a cascata del codice colore:
- Il paziente cammina?
- Il paziente respira?
- Il polso radiale è percepibile?
- Il paziente esegue ordini semplici?

E' da ricordare, altresì, che in occasione di eventi disastrosi non sempre i pazienti arrivano in Pronto Soccorso con i mezzi di soccorso.
In sede ospedaliera è raccomandato l'utilizzo di tecniche più sofisticate del tipo del **FAST (First assessment and sequential triage).**
Benché le vittime debbano essere correttamente classificate ancor prima di giungere alla loro sede di destinazione, tale processo, seppure con modalità differenti, dovrà essere necessariamente ripetuto in ospedale in relazione, evidentemente, alla possibilità di una repentina evoluzione delle condizioni cliniche in senso peggiorativo durante il trasporto od in fase di accettazione.

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

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

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

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

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

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

Il protocollo consente di attribuire "un peso" a ciascuno dei problemi rilevati durante l'esecuzione del ciclo A-B-C-D in modo da indirizzare la vittima verso i tre percorsi ospedalieri fondamentali.
All'ingresso in ospedale il codice assegnato sul campo viene azzerato e il paziente parte da una ipotetica condizione di codice verde; viene quindi sottoposto alla valutazione in sequenza di:

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

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

Sono considerati problemi sub-critici: la presenza di ipoventilazione monolaterale, il riscontro di saturimetria periferica 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 confermano il codice; alterazioni di tipo non critico non determinano mai il passaggio allo stato di codice rosso (da verde a giallo, da giallo a giallo); alterazioni di tipo sub-critico determinano sempre l'innalzamento di una classe di priorità (da verde a giallo, da giallo a rosso). Alterazioni di tipo critico determinano subito l'innalzamento alla classe di priorità più elevata (da verde a rosso, da giallo a rosso).

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

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

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

I pazienti ai quali verrà attribuito il codice rosso di gravità o che verranno accompagnati dal personale del 118 già intubati o con

parametri vitali compromessi, entreranno direttamente nella sala d'emergenza o nella prima sala libera **(percorso intensivo)**.
I pazienti ai quali verrà attribuito il codice giallo di priorità attenderanno la visita nella sala osservazione breve dove sono presenti monitor per il rilevamento dei parametri vitali e sistemi per l'erogazione dell'ossigeno a muro **(percorso di monitoraggio)**.
Ai pazienti ai quali verrà assegnato il codice verde di priorità attenderanno la visita nel corridoio o nella sala triage **(percorso base)**.
I pazienti deceduti verranno portati nella sala mortuaria.

4.3 Stabilizzazione e trattamento.

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

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

La scheda clinica, anche quando il paziente è destinato ad altra U.O dello stesso ospedale o ad altre strutture, deve restare in copia presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale.
Nelle aree di intervento i pazienti, previa stabilizzazione, proseguiranno l'iter diagnostico terapeutico con eventuale ricovero, trasferimento ad altra struttura ospedaliera, trasferimento in sala operatoria o dimissione.
I malati in attesa di eseguire esami radiologici, se stabilizzati, verranno fatti accomodare in corridoio.

4.4 Fine dell'emergenza.

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

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

5. MATERIALE DI SCORTA

I presidi farmaceutici e sanitari presenti in Pronto Soccorso devono essere sufficienti per poter garantire una maxi-emergenza con afflusso di un numero massimo di 30 feriti. Nell'eventualità che le scorte non dovessero essere sufficienti il Pronto Soccorso deve poter rimpinguare le scorte in tempo reale. A tal fine è prevista l'apertura continua per l'intera durata delle maxi-emergenza del servizio di farmacia con la presenza di un dirigente farmacista e di un magazziniere.
Per quanto riguarda il **KIT di ingresso** utilizzato dal Medico ed Infermiere deputati al Triage di ingresso, esso deve contenere il seguente materiale:

- N. 2 forbici taglia abiti;
- N. 20 cartellini triage rossi;
- N. 20 cartellini triage gialli;
- N. 20 cartellini triage verdi;
- N. 20 cartellini triage neri;
- N. 4 penne;
- N. 20 schede cliniche semplificate;
- N. 15 collari cervicali delle misure S-M-L;
- N 1 kg di garze non sterili;
- N. 100 buste di garze sterili 10x10;
- N. 100 guanti monouso;
- N. 5 mascherine con visiera; N. 5 mascherine senza visiera;
- N. 3 visiere con elastico;
- N. 2 sfigmomanometri;
- N. 2 fonendoscopi;
- N. 1 glucometer;
- N. 1 pallone di ambu adulti con maschera facciale;
- N. 1 pallone di ambu pediatrico con maschera facciale;
- N. 10 cannule di guedel di varie misure o colori;

- N. 5 cerotti di tela di 5 cm;
- N. 5 cerotti anallergici di 5 cm;
- N. 20 Kit pazienti.

Il **KIT paziente** deve contenere:

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

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Dipartimento Protezione Civile, Presidenza del Consiglio dei Ministri: "Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle Catastrofi." 2001;
- DM 15 maggio 1992 n. 121 "Serie Generale Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza"
- Ministero della Sanità. G.U. n. 114 serie generale del 17 maggio 1996 Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992.
- Piano di emergenza per massiccio afflusso di feriti (P.E.I.M.A.F.) A.O. Ospedale Niguarda CA' Grande.

7. GRIGLIA DELLE RESPONSABILITA'

RESPONSABILITA'	ATTIVITA?
Resp.le U.O. Pronto Soccorso Dott. Ignazio Galizia	Coordina il programma di revisione e valutazione dei protocolli, li approva e li emette
Resp.le Qualità Medico Dott. Umberto Marsala	Redige e verifica in collaborazione del RQI il programma di revisione e valutazione dei protocolli
Resp.le Qualità Inf.co I.P. Craparo Vincenzo	Redige e verifica in collaborazione del RQM il programma di revisione e valutazione dei protocolli
Coordinatore Infermieristico Sig.ra Calogera Barbera	Rende disponibile negli appositi raccoglitori presenti nei locali di P.S. i protocolli operativi Ne promuove la diffusione, e la conoscenza. Propone se necessario eventuali revisioni;
Medici	Applicano le indicazioni fornite dalla procedura; Segnalano eventuali non conformità;
Infermieri	Applicano le indicazioni fornite dalla procedura; Segnalano eventuali non conformità;
Ausiliari - O.S.S.	Applicano le indicazioni fornite dalla procedura; Segnalano eventuali non conformità;

Autisti	Applicano le indicazioni fornite dalla procedura; Segnalano eventuali non conformità;

8. ATTRIBUZIONE E DISTRIBUZIONE DOCUMENTO

Soggetti Numero	copia
Responsabile di Struttura (RSC del P.S.)	1
Referente Qualità Medico (RQM)	1
Referente Qualità Infermieristico (RQI)	1
Caposala	1
Tutto il personale del Pronto Soccorso	26
Direttore di Presidio	1
Dirigente Infermieristico	1

ALLEGATI

SCHEDA DI PRESA IN CARICO

n. di accettazione emerge |__|__|__|

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

nome _____

cognome _____

età presunta |__|__|__|

Contaminato ☐

Decontaminato ☐

VALUTAZIONE	|__|__|:|__|__|	|__|__|:|__|__|	|__|__|:|__|__|
Apertura occhi			
Risposta verbale			
Risposta motoria			
Totale GCS			
Cammina			
Pervietà vie aeree			
Espansione toracica			
FR			
Sp O_2			
FC			
PA			
RTS/TST			
ROSSO	☐	☐	☐
GIALLO	☐	☐	☐
VERDE	☐	☐	☐
BIANCO	☐	☐	☐
NERO	☐	☐	☐

LESIONE		Lato anteriore	Lato posteriore
1	Amputazione		
2	Deformità		
3	Dolore		
4	Emorragia		
5	Ferita profonda		
6	Ferita superficiale		
7	Trauma		
8	Frattura		
9	Frattura esposta		
A	Ustione (A1 A2 A3)		
B			
C			
D			
Mobilità assente	#		
Sensibilità assente			

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	=
Neurorianimazione	=
Medicina d'Urgenza	=
Chirurgia 1	=
Centro Ustioni	=
Neurochirurgia	=
Ortopedia	=

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

COGNOME E NOME	RECAPITO TELEFONICO
Dott. Galizia Ignazio	3337738798
Dott. Ciaccio Antonina	3388244840
Dott. Bonomo Vincenzo	3478621477
Dott. Montalbano Vincenza	3396514956
Dott. Ferraro Ignazio	3394400268
Dott. Impastato Rosalia	3347040964
Dott. Marsala Umberto	3381144031
Dott. Scogniamillo Salvatore	3934298307
Dott. Iacò Alessandra	3385711968
Dott. Di Ranno Antonino	3283483190

RECAPITI TELEFONICI DEL PERSONALE INF.CO

COGNOME E NOME	RECAPITO TELEFONICO
Barbera Calogera	3332344699
Craparo Vincenzo	3272030263
Mirabile Francesca	3398518726
Puccio Mario Antonio	3294943909
Truncali Giovanbattista	3204467050
Gugliotta Palmira	3383973174
Ferrante Leonardo	3202367819
Licari Natale	3483696140
Gioia Giuseppina	3205399128
Cicio Maria	3398190227
Miceli Calogero	3405737036
Pinelli Giuseppe	3293342209
Basto Andrea	3282419026
Tamburello Cinzia	3899889329
Pirosa Maria Laura	3287230169
Musacchia Graziella	3205712893
Cammarata Giovanna	3392793292

Lentini Pietro	3894243624
Perzia Elicia	3895891426
Vinci Vito	3400681380
Marchiano Giulia	3391898594
Lojacono Francesco	3278622215
Cicio Giuseppe	3735347621
Tulone Luca	3473286925
Landi Giovanni	3898757058
Cardella Romina	3298261149

RECAPITI TELEFONICI PERSONALE AUSILIARIO/O.S.S.

COGNOME E NOME	RECAPITO TELEFONICO
Vella Raffaella	3271904837
Attardi Antonina	3393334667
Castronovo Giuseppe	3931709002
Sciacca Veronica	3884514596
Vento Simone Francesco	3771323568
Terramagra Rosaria	3468133707
Crapanzano Domenico	3889297630
Maggio Marilena	3281784298
Sturmann Giuseppe	3339301380
Chiappara Giovanni	3277183289
Barbera Francesco	3939032376
Curreri Francesco	3406268541
Di Gaetano Antonella	3388814896
Cascio Giuseppina	3892348242

RECAPITI TELEFONICI DEL PERSONALE AUTOPARCO

COGNOME E NOME	RECAPITO TELEFONICO
Bono Francesco	3493609050
Marciante Calogero	3387912891
Favuzza Calogero	3381042311
Giancane Leonardo	3288469794

Fiorilli Calogero	3383338171
Sala Maurizio	3494031506
Monistero Calogero	3495208613
Gagliano Liborio	3282890529

PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI

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

PIANO OPERATIVO

STATO DI ALLARME

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

FUNZIONI DELL'UNITA DI CRISI NELLA FASE PREPARATORIA DEL PIANO

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

L'Unità di crisi appena allertata deve:

1) Verificare le capacità di ricezione dell'ospedale

Vengono adottati i seguenti criteri di valutazione:

- disponibilità numerica di personale medico, infermieristico, tecnico e amministrativo;

- disponibilità di tecnologie per l'assistenza;
- disponibilità di posti letto, preferibilmente accorpati nella stessa area per facilitare un' assistenza omogenea.

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

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

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

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

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

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

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

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

1. ampiezza, luminosità;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La gestione dei farmaci e dei materiali è affidata alla Farmacia ed all'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 minimo la redazione della documentazione sanitaria durante l'emergenza

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

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

8) Addestramento del personale

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

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

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

1) Ricezione dell'allarme.

Alla ricezione dell'allarme, attraverso un telefono presidiato h.24 ubicato in area di emergenza in cui numero è 0925962531 il Direttore Sanitario, primo allertato dal personale sanitario in servizio, convoca i componenti effettivi dell'Unità di crisi.

2) Allestimento area di accettazione/ricezione dei pazienti.

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

Nello specifico:

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

3) Mobilitazione dei reparti e del personale.

Il personale viene convocato , sulla base delle liste predisposte.

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

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

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

4) Allestimento delle vie di accesso.

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

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

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

5) Rapporti con l'esterno.

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

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

6) Comunicazioni.

Sono previsti:

- un telefono o una linea telefonica interna riservata all'emergenza nell'area di accettazione il cui numero è 8533;
- una linea telefonica esterna per le comunicazioni con le Autorità di coordinamento, a disposizione dell'Unità di crisi il cui numero è 0925962531;

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 maxiafflusso di pazienti.

Protocollo Operativo per la Gestione di Maxiafflusso di Pazienti

UNITA' DI CRISI
Presidente Direttore Sanitario di Presidio

Coordinatori dei gruppi operativi

Responsabile Pronto Soccorso: Coord. Area accettazione e primo intervento

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

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

PIANI DI EMERGENZA
Peimaf

LIVELLO DI ATTIVAZIONE:

NORMALE ROUTINE _____ LIVELLO 0

NUMERO pazienti GRAVI <10_____LIVELLO 1

" 10-20_____LIVELLO 2

" >20_____LIVELLO 3

TIPOLOGIA DI RISPOSTA:

PAZIENTI TRAUMATIZZATI: Codice T

PAZIENTI INTERNISTICI OD INTOSSICATI: Codice I

ALLERTAMENTO:

PREALLERTA conosciuta Codice α

EVENTO INATTESO e STATO D'EMERGENZA Codice ω

Unita' di crisi

PEIMAF

PEMAF 1			
Codice T	Codice I	Codice α	Codice ω

PEMAF 2			
Codice T	Codice I	Codice α	Codice ω

PEMAF 3			
Codice T	Codice I	Codice α	Codice ω

PEIMAF 1

Peimaf 1 T α

CONDIZIONI ALL'ATTIVAZIONE:

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

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

Peimaf 1 I α

CONDIZIONI ALL'ATTIVAZIONE:

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

FASI DEL PIANO

Preallertamento: T-1_____T0

30 minuti

Allertamento-attivazione piano: T0_____T1

30 minuti

Arrivo del primo ferito al P.S.
Operatività equipes chirurgiche: T1_____T2

6/12 ore

Stabilizzazione e trattamento
di tutti i pazienti affluiti: T2_____T3

12/24 ore

Revisione T3_____T4

24/30 ore

Normalizzazione: T4: 30/36 ore

T-1 Preallertamento

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

Il preallertamento, generalmente per eventi lontani dall' Ospedale, viene di norma disposto dalla Prefettura, dalla Protezione Civile o dal 118.
Consente un lasso di tempo più ampio per l'attivazione del piano d'emergenza.

Seguenza eventi:

- **Il Presidente dell'Unità di crisi, informato dell'evento, dichiara lo stato di emergenza;**
- **Si insediamento i Coordinatori dei gruppi operativi;**
- **Viene chiamato il reperibile della Direzione Medica di Presidio;**
- **Vengono convocati i Direttori UU.OO.**
- **Vengono attuate le disposizioni contenute negli allegati**
- **Vengono chiamati i reperibili UU.OO**

T0 allertamento-T1 attivazione

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

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

Seguenza eventi:

1.**Coordinatori Gruppi Operativi** raggiungono la centrale Operativa:

1. convocano il personale reperibile (equipe operatoria di chirurgia generale, toracica, ortopedica, anestesisti, Personale Complesso Operatorio),

2. allertano il Medico di Guardia del Dipartimento di Medicina, di cardiologia, di pediatria,

3. allertano il Centro Trasfusionale, i Servizi Diagnostici, i Direttori UU.OO.,

4. richiamano reperibili necessari attraverso il Centralino

5. richiedono elenco dei pazienti dimissibili ai Direttori UU.OO

6. aggiornano disponibilità dei posti letto

7. attivano sistemi di comunicazione

8. raccolgono informazioni dalle fonti istituzionali ed informano il DSS

9. predispone operatività sale operatorie;

10. dispone verifica disponibilità farmaci, presidi etc

11. insediano il Collegio dei Responsabili del Soccorso coordinato dal Direttore Dipartimento di Emergenza e composto dal DSS e dai Direttori UU.OO. Chirurgiche, Mediche e Specialistiche

2. Medico di Guardia Medicina d'Urgenza

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

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

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

Raggiunge il Pronto Soccorso:

1. predispone e rende operativi triage e aree di trattamento
2. predispone operatività Anestesisti e Sale Operatorie

3. conferma al Coordinamento l'operatività delle aree di trattamento e trasmette le richieste necessarie

4. Responsabile Complesso Operatorio e Direttore Dipartimento Chirurgico

1. stabilisce la composizione definitiva delle equipes chirurgiche

2. verifica l'esigenza di intervento di altri Specialisti e Personale,.

5. Personale infermieristico, tecnico ed ausiliare

1. raggiunge il DEU

2. raduna e predispone i materiali previsti

3. trasferisce i pazienti presenti nelle aree previste su indicazione dei Medici di Guardia del Pronto Soccorso.

T1 arrivo del primo ferito

DEU

1. Accoglienza al triage

2. Stabilizzazione dei feriti

3. le Equipes Chirurgiche intervengono sui feriti

DSS:

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

Coordinatori G.O.

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

T2 stabilizzazione e trattamento di tutti i feriti

DSS:

1. trasmette al Coordinamento la lista di tutti i pazienti trattati contenente:
2. trattamento effettuato
3. diagnosi
4. prognosi

Coordinatori HDM:

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

T3 Revisione

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

T4 ritorno alla normale attività.

Direttore Dipartimento Emergenza:

Relazione clinica dei pazienti coinvolti al coordinamento Unità di Crisi.

Coordinatore Gruppi Operativi:

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

Capi Dipartimenti (convocati dal Presdidente Unità di Crisi):

Redazione piano di normalizzazione dell'attività clinica

Direzione Medica Di Presidio:

Relazione Completa su gestione Maxi-emergenza

Presidente Unità di Crisi:

Dichiara chiusa l'emergenza.

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