



---

**Deliberazione del Direttore Generale N. 851 del 26/11/2021**

---

**Proponente: Il Direttore UOSD SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE**

**Oggetto: Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso di Feriti – P.E.I.M.A.F.**

**PUBBLICAZIONE**

In pubblicazione dal 26/11/2021 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

**ESECUTIVITA'**

Atto immediatamente esecutivo

**TRASMISSIONE**

La trasmissione di copia della presente Deliberazione è effettuata al Collegio Sindacale e ai destinatari indicati nell'atto nelle modalità previste dalla normativa vigente. L'inoltro alle UU. OO. aziendali avverrà in forma digitale ai sensi degli artt. 22 e 45 D.gs. n° 82/2005 e s.m.i. e secondo il regolamento aziendale in materia.

**UOC AFFARI GENERALI**

**Direttore Eduardo Chianese**

**ELENCO FIRMATARI**

*Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE*

*Margherita Agresti - UOSD SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE*

*Angela Anecchiarico - DIREZIONE SANITARIA*

*Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA*

*Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI*

**Oggetto:** Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso di Feriti – P.E.I.M.A.F.

### **Direttore UOSD SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE**

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n.241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l'insussistenza del conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6.bis della Legge 241 del 1990 e s.m.i.

### **Premesso che**

- L'organizzazione dei soccorsi sanitari, necessaria ad affrontare situazioni di maxiemergenza caratterizzate da un elevato numero di feriti, rappresenta un elemento strategico che mette a dura prova il sistema di emergenza territoriale e la rete dell'emergenza ospedaliera.
- Tenuto presente che un evento catastrofico richiede l'integrazione delle varie componenti dedicate all'assistenza in emergenza appare necessario seguire, nella gestione delle conseguenze di una maxiemergenza, criteri univoci ed universalmente condivisi in quanto efficaci.
- La redazione del piano, contempla l'insieme delle procedure operative d'intervento da attuarsi nel caso si verifichi una maxiemergenza, rappresenta lo strumento che consente di coordinare i soccorsi, a tutela sia delle persone presenti sia dei lavoratori, al fine di mantenere livelli di assistenza efficaci ed efficienti anche in occasione di situazioni di emergenza straordinarie interne od esterne alla struttura ospedaliera.
- Il piano è “flessibile” per essere utilizzato in tutte le emergenze, incluse quelle impreviste, e semplice in modo da divenire rapidamente operativo. La preparazione del personale, tramite l'attivazione di corsi di formazione specifici, la messa in atto di simulazioni ed esercitazioni pratiche presso i reparti, permetteranno di validare i contenuti del piano e di valutare le capacità gestionali ed operative del personale operante nella struttura ospedaliera.

### **Considerato che**

- L'Ospedale, in caso di disastro o di maxiemergenza di altra natura rappresenta l'ultimo anello della catena dei soccorsi e deve funzionare nonostante tutto, attraverso un'attenta gestione delle risorse disponibili.
- Il piano P.E.I.M.A.F. (Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso di Feriti) è il documento che:
  - asigna le responsabilità;
  - prevede come coordinare le azioni;

*Deliberazione del Direttore Generale*

descrive le relazioni fra strutture diverse;  
predispone l'organizzazione per la protezione delle persone presenti e dei lavoratori;  
identifica il personale, le competenze, le procedure e le risorse disponibili da mettere in atto durante le operazioni di risposta.

#### **Ritenuto che:**

- La Legge n. 225 del 24 febbraio 1992 concernente la istituzione del servizio nazionale di Protezione civile.
- Le linee guida sul sistema di emergenza sanitaria n. 1/96, in applicazione al DPR del 92.
- Le linee guida del Dipartimento Protezione Civile (DPC) n. 54 del 1998 dettano la pianificazione dell'emergenza intra- ospedaliera a fronte di una maxiemergenza.
- G.U. n. 116 del 2001 vengono pubblicati i “Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi” da parte del DPC.
- Ordinanza del presidente del Consiglio dei Ministri n. 3275 (2003) vengono emanate disposizioni urgenti di protezione civile per fronteggiare l'emergenza derivante dalla attuale situazione internazionale.
- D.L. 81/2008 Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro che rende obbligatorio il piano di emergenza negli ospedali (PEIVAC e PEIMAF).

#### **Attestata**

- la legittimità della presente proposta, che è conforme alla vigente normativa in materia

#### **PROPONE**

1. di approvare il documento “Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso di Feriti” allegato al presente atto e di cui è parte integrante.
2. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, nonché alle UU.OO.CC. Gestione Risorse Umane, Gestione Economico-Finanziaria e Servizi Informatici Aziendali.
3. di rendere lo stesso immediatamente eseguibile, per l'urgenza rappresentata in premessa.

**Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione**  
**Dott.ssa Margherita Agresti**

*Deliberazione del Direttore Generale*



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE  
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"  
CASERTA

---

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Gaetano Gubitosa**

nominato con D.G.R.C. n.76 del 10/06/2020  
insediatosi giusta deliberazione n. 1 del 11/06/2020

Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione;

Acquisiti i pareri favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo sotto riportati

Il Direttore Sanitario Dr.ssa Angela Anecchiarico

\_\_\_\_\_

Il Direttore Amministrativo Avv. Amalia Carrara

\_\_\_\_\_

**DELIBERA**

Per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

1. di approvare il documento "Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso di Feriti" allegato al presente atto e di cui è parte integrante.
2. trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, nonché alle UU.OO.CC. Gestione Risorse Umane, Gestione Economico-Finanziaria e Servizi Informatici Aziendali.
3. di rendere lo stesso immediatamente eseguibile, per l'urgenza rappresentata in premessa

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Gaetano Gubitosa**

*Deliberazione del Direttore Generale*

*Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.*

<b>SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE</b>	<b><i>Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso Feriti</i></b>	
--	---	---

## ***P.E.I.M.A.F.***

***Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso Feriti***

## INDICE

PREMESSA.....	3
PIANO DI MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI.....	4
FLOW CHART PEIMAF.....	5
SCORTE DI MATERIALE SPECIFICO E FARMACI.....	7
LUOGHI OPERATIVI.....	8
DOTAZIONI LOGISTICHE.....	10
LIVELLI DI ATTIVAZIONE.....	13
FASI DI ATTIVAZIONE.....	14
FIGURE DI RIFERIMENTO.....	17
FIGURE DI VERTICE.....	17
UNITA' DI CRISI.....	18
TRIAGE.....	20
IL PAZIENTE PEDIATRICO NELLE MAXIEMERGENZE.....	23
PIANO COMUNICAZIONI E RESPONSABILITA'.....	24
SCHEDE OPERATIVE.....	26
ACCETTAZIONE E PROCEDURA DI IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI MAF.....	32
SCHEDA RACCOLTA DATI ALLARME.....	33
CHECK LISTS.....	34
DISTRIBUZIONE STRAORDINARIA AREE E PERSONALE P.S. IN M.A.F.....	38
EVACUAZIONE AREE PRONTO SOCCORSO IN M.A.F.....	39
GESTIONE RISORSE INTERNE IN CASO DI M.A.F. – COMPITI E RESPONSABILITÀ.....	40
GESTIONE AREA ACCOGLIENZA PARENTI E VISITATORI IN MAF.....	41
PIANO AZIONE BLOCCHI OPERATORI.....	42
CHECK LIST BLOCCO OPERATORIO.....	44
U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - URGENZA-EMERGENZA.....	46
MODULO RICHIESTA ESAMI RADIOLOGICI.....	48
CHECK LISTS UNITA' DI CRISI.....	49
PIANO OPERATIVO: REDISTRIBUZIONE AREE P.S.....	51
CHECK LISTS UNITA' OPERATIVA / SERVIZI.....	54
PIANO OPERATIVO: EVACUAZIONE P.S.....	55
STRUMENTI OPERATIVI PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI.....	57
GESTIONE POSTI LETTO DELLE UU.OO.....	60
SERVIZIO LOGISTICO OPERATIVO TRASPORTI.....	62
ATTIVAZIONE DELLA CHIAMATA PER FRONT-OFFICE – ACCOGLIENZA.....	67
ATTIVAZIONE FRONT-OFFICE ACCOGLIENZA.....	68
ATTIVAZIONE SERVIZIO SICUREZZA.....	68

## **Premessa**

L'organizzazione dei soccorsi sanitari, necessaria ad affrontare situazioni di emergenza caratterizzate da un elevato numero di feriti, rappresenta un elemento strategico che mette alla prova il sistema di emergenza territoriale e la rete dell'emergenza ospedaliera.

Tenuto presente che un evento catastrofico richiede l'integrazione delle varie componenti dedicate all'assistenza in emergenza appare necessario seguire, nella gestione delle conseguenze di una maxiemergenza, criteri univoci ed universalmente condivisi in quanto efficaci.

La redazione di un piano d'emergenza che contempra l'insieme delle procedure operative d'intervento da attuarsi nel caso si verifichi un evento rappresenta lo strumento che consente di coordinare i soccorsi, a tutela sia dei ricoverati sia del personale, al fine di mantenere livelli di assistenza efficaci ed efficienti anche in occasione di situazioni di emergenza straordinarie interne od esterne alla struttura ospedaliera.

Il piano deve essere flessibile per essere utilizzato in tutte le emergenze, incluse quelle imprevedute, e semplice in modo da divenire rapidamente operativo.

Il piano di emergenza è il documento che:

- assegna le responsabilità;
- prevede come coordinare le azioni;
- descrive le relazioni fra strutture diverse;
- predispone l'organizzazione per la protezione dei ricoverati e del personale;
- identifica il personale, le competenze, le procedure e le risorse disponibili da mettere in atto durante le operazioni di risposta.

La preparazione del personale, tramite la formazione, la messa in atto di simulazioni permetteranno di validare i contenuti del piano e di valutare le capacità gestionali ed operative del personale.

Tre sono i piani di cui l' A.O. Sant'Anna e San Sebastiano è dotata:

- PEI : Piano di Emergenza Interno
- PEVAC : Piano di Evacuazione
- PEMAFF : Piano Massiccio Afflusso di Feriti.

I piani in oggetto, elaborati a cura del Servizio Prevenzione e Protezione, verranno diffusi alle singole U.O. cura della Dirigenza Aziendale.

Per ogni presidio sanitario è necessaria l'individuazione di un referente che sia, in caso di necessità, in costante collegamento con il referente aziendale al fine di comunicare e permettere la ostante conoscenza della situazione di disastro in atto al referente Regionale (Coordinatore Civile che potrà coordinare l'afferimento dei soccorsi da altre sedi modulando l'intervento sulla scorta dei rapporti ricevuti.

I referenti , allertati per l'evento, saranno tenuti a:

- attivare i Piani di emergenza già redatti,
- accertare ed approntare la massima possibile recettività identificando i pazienti dimissibili e rendendo disponibili i letti dedicati all'emergenza,
- predisporre elenchi di personale sanitario da inviare sul luogo dell'evento, se richiesto,
- predisporre i materiali, le attrezzature, i farmaci, i mezzi da inviare sul luogo dell'evento.

In allarme, provvederanno, tramite contatti costanti con la Centrale Operativa 118, ad informare sullo stato delle attività e sulle necessità relative sia alla gestione sia al trasferimento di pazienti a seconda della patologia evidenziata.

## PIANO DI MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (P.E.I.M.A.F.) PER 100 PAZIENTI

In caso di ALLERTA per una MAXI EMERGENZA con un presumibile massiccio afflusso di feriti, la **DIREZIONE SANITARIA**, ricevuta la notizia, **verificherà l'informazione ricevuta**, contattando telefonicamente il **CENTRALINO** della PREFETTURA (0823/429111) e/o le FORZE DELL'ORDINE.

Avuto conferma, la stessa **DIREZIONE SANITARIA**, (Avvio TEMPO 0);

- Blocca tutte le attività chirurgiche di Elezione, di Day Surgery e le attività dell'Ambulatorio Centrale, allerta **gli ADDETTI al Centralino**, i quali contatteranno tutto il **PERSONALE REPERIBILE**, così distinto:
- **Il Reperibile della Farmacia**, onde consentire l'apertura dei locali della Farmacia per poter permettere di prelevare i Kit predisposti per le Maxi Emergenze (KIT ATRIO; KIT PAZIENTI).
- **I Reperibili delle varie branche chirurgiche specialistiche** (Chirurgia, Ortopedia, Cardiologia, etc.) a seconda del tipo di evento
- **Il Responsabile della società di Guardiania**, i quali allertati i suoi dipendenti, potrà permettere di aprire le zone circoscritte da catene e definite come PUNTO DI RACCOLTA per l'Attivazione della AREA TRIAGE, ma anche poter indirizzare le varie ambulanze, che accederanno in Azienda, presso il luogo stabilito come Punto di Raccolta, per poter successivamente, iniziare il TRIAGE e proseguire nel percorso diagnostico-terapeutico (spazio antistante il padiglione F, nuova ala);
- **Il Responsabile della società di Trasporto**, onde poter allertare il proprio personale, affinché lo stesso venga impiegato per il TRASFERIMENTO dei pazienti identificati come codici BIANCHI e come codici VERDI, verso il PUNTO DI RACCOLTA, localizzato presso la palazzina B (scuola Infermieri), dove saranno accompagnati ed indirizzati anche i familiari;  
lo stesso personale, procederà alla identificazione e ricognizione dei pazienti dichiarati CODICI BIANCHI E VERDI, il cui successivo elenco, sarà fatto pervenire in DIREZIONE SANITARIA;
- Si allenteranno 1 (un) medico e 2 (due) infermieri dalla U.O.C. Accettazione Polispecialistica e P.S., che faranno partire le prime attività di **TRIAGE**, utilizzando il metodo **PHAST**;

Lo spazio individuato per il TRIAGE, sarà quello antistante il padiglione F, (in caso di condizioni meteorologiche favorevoli); qualora le condizioni meteorologiche non lo dovessero consentire, il TRIAGE verrà attivato all'interno della Hall del padiglione F. (Tempo 30')

Nello spazio prospiciente la CAPPELLA ed all'interno della stessa, una volta attrezzata per l'Emergenza con apparecchiature mobili, verranno trattati i pazienti identificati come codici GIALLI. (Tempo 60').

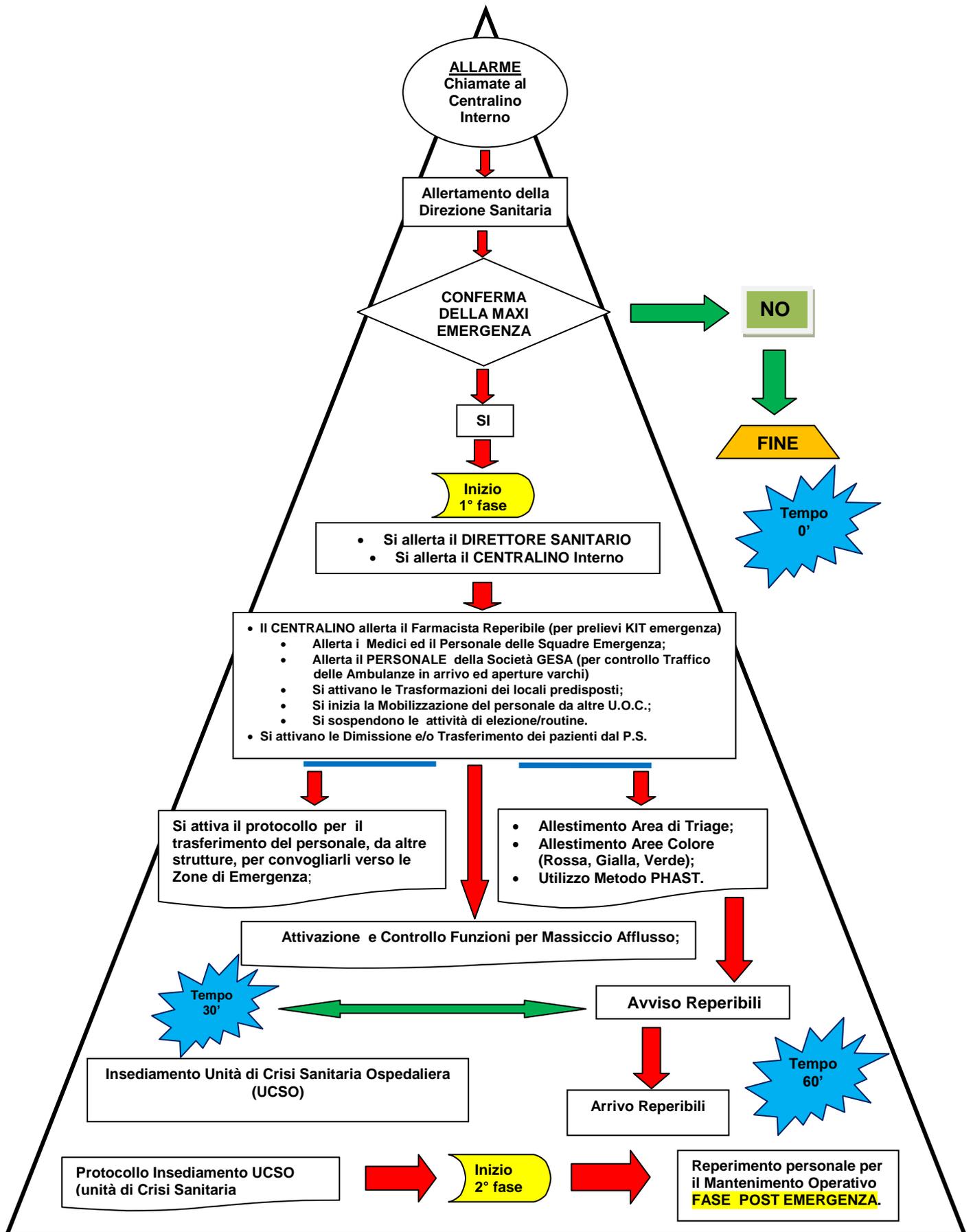
I Codici Rossi, saranno trasferiti presso le Sale Operatorie di P.S. (6 posti monitorizzabili) attrezzate e non utilizzate.

In occasione di una catastrofe, studi statistici (fonti EMS) fanno prevedere ogni 100 pazienti:

5-7 codici rossi; 12-15 codici gialli; 33-35 codici verdi; 50-57 codici bianchi.

# **FLOW CHART PEIMAF**

**(Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso Feriti)**



## TRIAGE PHAST

• Pervietà vie aeree		no	Si	
• Frequenza resp.	>25	<8	21	
• SpO2		90-94	97	
• Ventilazione		#	OK	
• Frequenza cardiaca	>130		70	
• Pressione sistolica		<100	105	
• Emorragie		si	No	
• Stato neurologico	V	P-U	V	

## SCORTE DI MATERIALE SPECIFICO E FARMACI

E' necessario predisporre le scorte di materiale specifico e farmaci, almeno nei seguenti reparti:

- **PS/DEA**

- **Rianimazione**

Le scorte devono essere controllate e riciclate almeno ogni 6 mesi, da parte di un incaricato designato dalle rispettive caposala.

## LUOGHI OPERATIVI

- a) **Camera Calda:** luogo antistante il P.S. per l'accesso dei pazienti barellati e dei pazienti che vengono trasportati mediante ambulanza o mediante altri mezzi di soccorso/locomozione .
- b) **Accesso pedonale:** accesso pazienti deambulanti
- c) **Area di Primo Impatto** la sala d'attesa del P.S. che, opportunamente presidiata, è dedicata ai pazienti in grado di mantenere la stazione eretta o la posizione seduta, che attendono di essere triagiati. La postazione Front-office garantisce l'accoglienza e collabora con il triage per la chiamata e per l'informativa al paziente in attesa. In questo spazio è attiva una postazione di triage avanzato per individuare i pazienti in codice rosso che devono accedere direttamente in area rossa, i pazienti da triagiare successivamente, i pazienti con codice verde che possono essere dimessi nell'immediato.
- d) **Area Rossa:** destinata alla stabilizzazione dei parametri vitali dei pazienti più gravi (codice rosso) con trattamento per il tempo necessario alla stabilizzazione. A questa area accedono direttamente i codici rossi provenienti con mezzo di soccorso oppure i codici rossi provenienti dal triage avanzato o dal triage.
- e) **Area gialla:** sala destinata ai codici gialli per la stabilizzazione dei parametri vitali con trattamento per il tempo necessario alla stabilizzazione. A questa sala accedono i codici gialli provenienti dal triage e triage avanzato.
- f) **Area verde** e locali sala attesa adiacenti: sala destinata ai codici verdi con trattenimento nei locali della sala verde per il tempo stretto e necessario e con indicazione a dimissione rapida. A questa sala accedono i codici verdi provenienti dal triage e triage avanzato.

- **Hall Palazzina F:** luogo centrale posto al piano terra corpo F per la comunicazione interna, (P.S./DEA Reparti e Servizi) ed esterna, informazione ed accoglienza. Tali locali sono opportunamente presidiati da personale: del front-office, degli addetti alla Vigilanza, Assistenti Sociali e Psicologi. Saranno attrezzati con telefoni e postazioni internet aggiuntive ed eventualmente ponti radio in caso di black-out dei sistemi di comunicazione.
- **Discharge-room:** il presente piano prevede la identificazione di un apposito e adeguato spazio con funzioni di *discharge-room* per l'attesa dei pazienti dimessi dai reparti. Detto spazio individuato in posizione centrale – piano terra corpo F all'ingresso dell'area ospedaliera ove è allocato il front-office
- **Sale Operatorie:** entro la 1° ora Alfa sono attivabili tre (3) sale operatorie; entro la 2° ora Bravo una (1); entro la 3 ora Charlie una (1); per un totale di cinque (5).
- **Reparti di degenza:** il presente piano prevede il reperimento in condizioni di emergenza di n°40 posti letto attraverso la dimissione anticipata di pazienti non gravi nella misura del 10% di ciascun reparto.
- **Morgue Temporanea di Pronto Soccorso:** è individuato un locale nella Cappella che può accogliere temporaneamente le salme provenienti dal Pronto Soccorso in attesa del trasferimento alla Morgue. I “giunti cadavere” eventualmente provenienti dal luogo del disastro, saranno indirizzati direttamente alla Morgue.

## DOTAZIONI LOGISTICO-OPERATIVE ATTIVABILI

### ORE DIURNE FERIALE

- **L'Unità di Crisi/Team Leader:** decide, nel caso di bisogno il blocco istantaneo delle attività ambulatoriali per convogliare il personale Medico ed Infermieristico nell'area ospedaliera di emergenza e il richiamo in servizio di tutto il personale Medico, Infermieristico e Tecnico affidando il compito ai Coordinatori di Reparti e Servizi.
- **Il Direttore di Struttura Complessa e Dipartimento:** dispone di trattenere i Sanitari smontanti dal turno di guardia o di servizio e attiva le chiamate dall'elenco del personale di reparto secondo il piano dei livelli di allerta precedentemente sviluppato. Dispone la dimissione anticipata dei pazienti non gravi, a cura dei dirigenti. Verifica e comunica all'Unità di Crisi, gli interventi attuati in base al livello di allerta.
- **Il Team Leader dei Gruppi Operatori:** individuato nella figura del Direttore di Anestesia o suo delegato coadiuvato da un infermiere in servizio per l'urgenza H24 dei Gruppi Operatori. Coordina e dispone l'attivazione delle sale operatorie secondo il piano interno dei livelli di allerta (1° ora Alfa, 2° ora Bravo, 3° ora Charlie), coadiuvati dal Team Leader del Pronto Soccorso.
- **I Coordinatori Infermieristici dei Gruppi Operatori:** attivano le sale operatorie con il relativo personale infermieristico e di supporto, sulla base delle indicazioni del Team Leader dei Gruppi Operatori.
- **I Coordinatori Infermieristici e Tecnici:** dispongono il trattenimento in servizio del personale smontante e attivano la chiamata dall'elenco del personale di reparto secondo il piano dei livelli di allerta precedentemente sviluppato. Verificano e comunicano all'Unità di Crisi, gli interventi attuati in base al livello di allerta.
- **Il Bed Manager:** Individuato nel Direttore U.O.C. O.P.S.O.S. e/o tutti i Dirigenti medici che afferiscono alla reperibilità della Direzione Sanitaria Gestisce i rapporti tra Area DEA, Gruppi Operatori, Servizi e Reparti di Degenza. Verifica che sia effettuata la chiamata a "cascata" per reperire le risorse umane necessarie per la gestione dell'evento. Verifica la disponibilità dei posti letto al momento dell'allarme e dispone, coadiuvato dal Dirigente Medico Internista di guardia della Holding Area e dal Chirurgo Generale della Chirurgia dei grossi traumi, la destinazione nei reparti di degenza dei pazienti non dimissibili presenti in Breve Osservazione, Osservazione Breve Intensiva (OBI) e in Holding Area al momento dell'allarme (fase 3 stato di allarme).
- **Il Team Leader Infermieristico Bed Manager:** è individuato nella figura del CSA e/o infermieri appartenenti alla reperibilità dell'ufficio infermieristico. Effettua la ricognizione puntuale dei posti letto al momento dell'allarme, coordina i trasferimenti dei pazienti dall'Area DEA (Chirurgia grossi traumi, OBI e Holding Area) nei reparti nei letti lasciati liberi dai pazienti dimessi. Verifica che nei reparti sia istituita un'area di sosta dei pazienti dimessi e dispone il loro trasferimento presso lo spazio di *discharge-room* individuato per l'attesa di tutti i pazienti dimessi dai reparti.

- **Il personale del front-office - accoglienza:** coordina e dispone il personale riallocandolo presso i punti di maggiore contatto con il pubblico, Area DEA - Hall , su disposizione dell'Unità di Crisi e secondo le procedure interne in base al livello di allarme. Raccoglie le richieste di notizie e gestisce le comunicazioni con i familiari e con gli organi di informazione.
- **Il Team Leader Ingegneria Ospedaliera:** individuato dal Direttore dell'Unità Operativa, ha il compito di sovrintendere, di concerto con la Vigilanza, ai percorsi interni – orizzontali/verticali e la viabilità esterna. Attiva il supporto logistico aziendale recuperando le risorse necessarie. Monitora ed interviene in caso di problematiche agli impianti e alle apparecchiature.
- **Il Team Leader Morgue:** individuato nella figura del Coordinatore Infermieristico PS e coadiuvato dall'infermiere di turno referente, gestisce il flusso delle salme, “codice nero” giunto cadavere dal luogo del disastro e le salme provenienti dal pronto soccorso con le modalità previste dal piano specifico.
- **Piano dei Trasporti:** comunicazione dell'allarme all'Autoparco al fine di rendere disponibili tutti i mezzi di trasporto dell'Azienda Ospedaliera.
- **Emergenze Gas Medicinali:** comunicazione del Responsabile della Farmacia alla Società fornitrice Gas Medicinali per reperire le scorte.
- **Farmacie (farmaci e presidi dispositivi):** sono predisposti presso il P.S., la Rianimazione , e la farmacia depositi per gli interventi di cui al presente piano.
- **Dialisi:** attivazione del personale Medico ed Infermieristico della Nefrologia e Dialisi per emergenze/urgenze.
- **Servizio Trasfusionale:** il medico di guardia garantisce il reperimento delle sacche di sangue e degli emocomponenti con le modalità previste dal piano specifico.
- **Servizio di Sterilizzazione:** comunicazione dell'allarme agli addetti al fine di reperire tutti i kit disponibili oltre quelli già presenti nei depositi dei Gruppi Operatori.
- **Servizio di Vigilanza:** attivazione dei percorsi specifici per gli utenti in entrata ed uscita e accompagnatori, nonché presidio dei percorsi anche tramite transennamenti della viabilità interna all'Azienda Ospedaliera, secondo le indicazioni fornite dall'Unità di Crisi.
- **Vitti Straordinari:** inserimento manuale del numero dei pazienti affluiti in emergenza al fine di ottenere i vitti necessari.
- **Lavanderia:** inserimento manuale del numero dei pazienti affluiti in emergenza al fine di ottenere la biancheria e gli effetti letterecchi necessari, nonché divise supplementari per il personale sanitario attivato in sovrannumero.

## ORE NOTTURNE E FESTIVE DIURNE

- **Il Team Leader Pronto Soccorso:** attiva la sua Check List e stabilito lo stato d'allarme effettua le operazioni previste. Allerta il centralino, attiva il Team operativo e predispone l'evacuazione e la redistribuzione dei locali di Pronto Soccorso. Da disposizioni per la riorganizzazione del triage.
- **L'Unita di Crisi:** si costituisce nel più breve tempo possibile e attiverà quanto elencato nella Check List di propria competenza.
- **Bed Manager:** attiva la Check List di sua competenza e disporrà quanto necessario per il trasferimento dei pazienti non dimissibili o di quelli dimissibili sia che siano allocati nella Breve Osservazione, Osservazione Breve, Holding Area o nei Reparti di degenza
- **DAI:** attiva la Check List di sua competenza e pone in essere tutte quelle azioni necessarie al corretto svolgimento delle procedure del Pronto Soccorso delle Unità Operative di degenza. Attiva le riserve del lavanolo, attiva le squadre OTA ed ausiliari e rileva e risolve eventuali criticità.
- **La guardia Medica interdivisionale, la guardia Cardiologica, la guardia Neurologica, la guardia Chirurgica, la guardia di Specialità (Ortopedica-Otorinolaringoiatrica-Neurochirurgica):** provvede a rendere disponibili letti di degenza, indicativamente nella percentuale del 10% e dimette i pazienti che hanno terminato il percorso di cura e che sono in condizioni di lasciare l'ospedale. Dimette altresì i pazienti entrati in elezione e per i quali la dimissione non pregiudica le condizioni di salute. Comunica la disponibilità dei posti letto al Team Leader Pronto Soccorso ed al Bed Manager.

## LIVELLI DI ATTIVAZIONE

L'Ospedale può operare:

### STATO BASE

E' il normale livello di funzionamento dell'Ospedale; sono attivate le risorse ordinarie e si utilizzano le normali procedure di gestione.

### STATO DI ATTENZIONE

Il livello viene attivato quando sono in corso situazioni di rischio prevedibili, manifestazioni connotate da affluenza di pubblico da parte degli Enti preposti.

E' attivato in seno all'ospedale un dispositivo di assistenza, dimensionato sulla base delle esigenze ed in aderenza a quanto previsto da specifici piani di intervento.

### STATO DI PRE ALLARME

Viene attivato dagli Enti preposti, quando vi è la possibilità che si verifichino eventi preceduti da fenomeni precursori, quali ad esempio allagamenti, frane, ecc.

Le risorse aggiuntive vengono messe in preallarme, in modo che possano essere pronte a essere attive entro 60 minuti dall'eventuale allarme.

### STATO DI ALLARME

Viene attivato quando è presente una situazione di maxiemergenza.

Il dispositivo di risposta ed attivazione dell'ospedale viene dimensionato sulla base del possibile numero di pazienti che potrebbe essere trasportato, in particolare entro le prime fasi.

Si precisa che, in caso di pericolo all'interno del Pronto Soccorso o dell'Ospedale, ove sia necessaria l'evacuazione dei pazienti e del personale, si fa riferimento alle misure per il controllo delle situazioni di rischio in caso di emergenza ed alle istruzioni per i lavoratori, in caso di pericolo grave, immediato ed inevitabile, contenute nel PIANO DI EVACUAZIONE in vigore presso Azienda Ospedaliera S. Anna e S. S. e bastiano

Il PEIMAF dell'Azienda Ospedaliera prevede 4 livelli di attivazione in base al numero dei feriti che si stima arrivino in Pronto Soccorso ed alla tipologia dell'eventuale incidente maggiore (non NBCR ed NBCR- di tipo Nucleare, Batteriologico, Chimico, Radiologico).

Il livello di attivazione del PEIMAF corrisponde allo stato di operatività di tutte le componenti ospedaliere e definisce le risorse aggiuntive da attivare rispetto a quelle ordinarie.

Livelli di attivazione dell'ospedale in caso di evento maggiore o maxiemergenza	
Livello 1 non NBCR	< 15 pazienti coinvolti previsti in PS
Livello 2 non NBCR	>15 pazienti coinvolti previsti in PS
Livello 3 non NBCR	> 30 pazienti coinvolti previsti in PS
Livello 4 NBCR	qualsiasi numero di coinvolti in evento NBCR

N.B.

In caso di dubbio se attivare o meno il piano: **ATTIVARE IL PIANO!**

**In caso di mancanza di informazioni/incertezze sul numero di pazienti attesi: ATTIVARE IL PIANO AL LIVELLO 3 !**

Il **LIVELLO 1** prevede il blocco dell'attività di routine (la Direzione Sanitaria informerà le UUOO ed i servizi interessati, ed, in particolare, il loro personale in pronta disponibilità).

Il **LIVELLO 2** prevede la costituzione della unità di crisi.

Il **LIVELLO 3** prevede l'attivazione del livello 2, l'allertamento degli altri ospedali e/o altre strutture di ricovero presenti sul territorio regionale e , se necessario, nazionale.

I protocolli per le emergenze di tipo **non convenzionale NBCR**, vista la specificità, prevedono l'individuazione dell'autorità competente a seconda della "matrice dell'evento" e pertanto non sono oggetto di trattazione di questo documento, che contiene esclusivamente indicazioni di carattere generale.

Il coordinamento e la gestione dell'evento maxiemergenza è in carico alla Centrale Operativa 118.

### FASI DI ATTIVAZIONE DEL PEIMAF

<b>LE FASI DEL PEIMAF</b>
<b>1 ) ALLARME E ALLERTAMENTO:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- attivazione Unità di Crisi</li><li>- sistema a cascata</li></ul>
<b>2) ATTIVAZIONE DEL PIANO:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sospensione attività ordinarie (blocco codici bianchi, ambulatori, attività chirurgica ordinaria in B.O. assistenza anestesiologicala extra B.O., ecc.)</li><li>- Preparazione di aree di triage, stabilizzazione, trattamento, aree accessorie ( morgue, ricezione parenti, stampa ecc.)</li></ul>
<b>3) GESTIONE DELL'EMERGENZA:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- accoglienza vittime ( feriti e deceduti) e triage</li><li>- stabilizzazione dei feriti</li><li>- accertamento diagnostico</li><li>- trasferimenti verso altri ospedali mediante ambulanze o elisoccorso</li><li>- ricovero in Unità Operative di competenza nosologica</li><li>- dimissione dei Pazienti</li></ul>
<b>4) FINE DELL'EMERGENZA</b>
<b>5) RIPRISTINO MATERIALE</b>
<b>6) FEEDBACK E REVISIONE CRITICA</b>

## PRE-ALLARME

In questa fase non ci sono ancora informazioni certe, ma è possibile che a breve verrà indicato di attivare il PEIMAF.

Chiunque, all'interno del Pronto Soccorso, riceva l'allarme, dovrà darne immediata notizia al Dirigente Medico presente in quel momento, registrando:

- 1) nome e qualifica dell'interlocutore;
- 2) luogo ed orario della chiamata;
- 3) breve sintesi del tipo e dimensioni della catastrofe:
  - se l'evento è all'aperto o al chiuso;
  - numero stimato di persone coinvolte;
  - sintomi presentati (ustioni, schiacciamento...)

Il Dirigente Medico di Pronto Soccorso che ha ricevuto l'allarme, il più anziano in servizio o se presente il Dirigente responsabile del PS, previa conferma dell'evento dalla C.O. 118, assume il ruolo di **Hospital Disaster Manager (HDM) provvisorio**.

In caso di conferma dell'evento, l' **Hospital Disaster Manager (HDM) provvisorio**, raccolti i dati per definire il livello di attivazione ( Livelli 1, 2, 3, ) del PEIMAF, allerta l'**Hospital Disaster Manager HDM definitivo**, l'**HDM infermieristico provvisorio** e questi l'**HDM infermieristico definitivo**.

Se viene dichiarata l'allerta PEIMAF al momento del cambio turno, il personale smontante dovrà rimanere in Ospedale fino a nuove comunicazioni.

## ATTIVAZIONE PEIMAF

Confermate dimensioni, tipologia della maxiemergenza e arrivo dei pazienti , stabilito il livello corrispondente di attivazione del PEIMAF (1-2-3) l'**Hospital Disaster Manager (HDM) provvisorio** dichiara attivo il PEIMAF.

Per la comunicazione si deve usare sempre il seguente **MESSAGGIO STANDARD**:

**''Questa non è una esercitazione.  
E' stato attivato il PEIMAF PIANO MAXIEMERGENZA.  
Procedere secondo il protocollo livello 1 o 2 o 3 .  
Non usare il telefono se non per assoluta urgenza.  
Confermare la corretta ricezione del messaggio.''**

## FASE OPERATIVA

E' la fase di Massiccio afflusso di feriti in Pronto Soccorso.

Il personale presente in Ospedale al momento dell'evento è comandato in servizio fino a nuova disposizione.

Il personale (ivi compresi direttori UUOO e dei Dipartimenti) richiamato in servizio ad attivazione PEIMAF, è tenuto a recarsi in ospedale nel più breve tempo possibile.

Il personale della struttura non in servizio nel momento della maxi-emergenza, che venisse a sapere dai mass media dell'emergenza in corso, qualora verificarsi la non funzionalità delle linee telefoniche e le condizioni della viabilità fossero sicure, è tenuto a recarsi in ospedale.

E' questo il momento di eseguire le indicazioni e le disposizioni secondo il livello di attivazione del PEIMAF, come riportato nelle ACTION CARDS in calce al presente documento.

In ogni reparto ed in centralino, è presente una busta, custodita in luogo dedicato e noto, conscritta "*PEIMAF Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta*".

Tale busta viene aperta dal personale una volta ricevuta la comunicazione "*allerta/attivazione PEIMAF*" da parte dell'HDM provvisorio o definitivo o del centralino.

La busta contiene:

- PEIMAF
- ACTION CARD
- Cartellonistica

Il centralino, le UUOO e le varie figure di riferimento, applicheranno il PEIMAF secondo le indicazioni delle ACTION CARD e seguendo le direttive fornite in base alle esigenze del momento e all' livello di attivazione, dall' HDM definitivo e dall' Unità di Crisi.

Gli autisti delle ambulanze sono chiamati alla presenza attiva in Pronto Soccorso ed hanno il compito di gestire la viabilità degli spazi esterni al Pronto Soccorso coadiuvando le operazioni di soccorso e garantendo eventuali trasferimenti interospedalieri.

Il personale addetto ai servizi non sanitari (pulizie, vitto...) presente in Ospedale, si recherà in Pronto Soccorso per dare supporto nel mantenere l'ordine, garantire la pulizia dei locali e collaborare alla gestione dell'emergenza secondo, le indicazioni dell'HDM infermieristico.

Nel caso di attivazione di maxi-emergenza in giorno festivo oppure in orario notturno (nei quali l'organizzazione prevede la presenza in servizio dei soli medici di guardia) verranno chiamate in servizio attivo dall'Unità di Crisi tutti gli operatori sanitari reperibili necessari previsti dalle varie organizzazioni di reparto.

Dalla fase 1 è attivato il centro Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta

## CONCLUSIONE PEIMAF

Il massiccio afflusso di feriti è terminato.

E' questo il momento di ripristinare l'attività ordinaria.

## FIGURE DI RIFERIMENTO NEL COMANDO E CONTROLLO INTRAOSPEDALIERO

La gestione di un massiccio afflusso di feriti in Pronto Soccorso richiede figure di riferimento che si assumano la responsabilità di prendere decisioni con precisione e rapidità.

Una gestione verticale delle azioni e delle comunicazioni consente di avere informazioni certe e chiaririferimenti sia per il personale interno all'Ospedale, che per gestire le comunicazioni esterne con enti o agenzie.

### FIGURE DI VERTICE

In caso di maxiemergenza, la responsabilità gestionale a tempo zero, cioè fino al formarsi dell'Unità di Crisi, è affidata *all'Hospital Disaster Manager (HDM) provvisorio*, medico di Pronto Soccorso che ha ricevuto l'allarme, il più anziano se presente il Dirigente Responsabile del PS.

L'azienda individua *l'Hospital Disaster Manager HDM definitivo* nella figura del Dirigente Medico di Direzione Sanitaria che, appena possibile, prenderà il posto del provvisorio.

Hospital Disaster Manager HDM definitivo ha la facoltà di nominare due sostituti da incaricare in caso di sua indisponibilità o irreperibilità.

Appena possibile la responsabilità gestionale dell'intero Ospedale sarà affidata all' *Unità di Crisi*, che ha come vertice il Direttore dell'U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari

A fianco delle figure di gestione verticale si individuano figure di controllo, che hanno la funzione di attuare e far attuare le indicazioni operative provenienti dall'Unità di Crisi e dall'HDM.

### FIGURE DI CONTROLLO

In caso di maxiemergenza, la responsabilità gestionale a tempo zero, cioè fino al formarsi dell'Unità di Crisi, è affidata *l'HDM infermieristico provvisorio*: infermiere reperibile dell'ufficio infermieristico

L'azienda individua *ill'HDM infermieristico definitivo* nella figura di un infermiere esperto di P.S.

L'HDM infermieristico definitivo ha la facoltà di nominare due sostituti da incaricare in caso di sua indisponibilità o irreperibilità.

Appena possibile HDM infermieristico provvisorio attiva *l'HDM infermieristico definitivo*, e qualora sia necessario, questi individuerà ulteriori figure di controllo, come per esempio un responsabile area triage, un responsabile area codici Rossi/Gialli/Verdi, un responsabile trasferimenti interospedalieri.

L'HDM e l'HDM-infermieristico utilizzeranno una stanza (in cui siano presenti linea telefonica fissa, TV con digitale terrestre, fotocopiatrici / fax, computer con connessione internet, apparatoradiocomunicazioni, materiale cancelleria) come ufficio di coordinamento per tutta la gestione operativa e delle comunicazioni esterne al Pronto Soccorso.

## UNITA' DI CRISI

L'Unità di Crisi è un organo collegiale nominato dal Direttore Generale, rappresenta il nucleo direzionale sanitario che ha il compito di pianificare e coordinare la fase operativa dell'emergenza all'interno dell'Azienda Ospedaliera fino al ripristino delle condizioni ordinarie.

L'UNITA' DI CRISI ha il compito di gestire il piano di emergenza, coordinare le attività sanitarie, occuparsi delle relazioni con altre strutture pubbliche, con i mass-media e con i familiari. Ha inoltre la responsabilità di decretare la cessazione dello stato di allarme ed il ritorno alle normali attività dell'Ospedale.

L'Unità di Crisi dell' A.O. è composta da:

1. Direttore D.S., o suo delegato.
2. Direttore del Dipartimento Urgenza/Emergenza, o un suo delegato.
3. Responsabile servizio infermieristico
4. Direttore Dipartimento dei Servizi

Può avvalersi del supporto delle seguenti figure:

1. Incaricato coordinamento dei trasferimenti dei pazienti ( BED Manager).
2. Addetto stampa.
3. Psicologo, assistente sociale.
4. Medico Legale.
5. Direttore U.O.C. Ingegneria Ospedaliera o suo delegato.
6. Ulteriori figure di supporto e qualunque altro profilo professionale, coerentemente con le caratteristiche specifiche della maxiemergenza.

Le competenze dell'Unità di Crisi sono:

- Identificazione della massima capacità recettiva dell' A.O. in base alla disponibilità di risorse umane (personale medico, infermieristico, tecnico e amministrativo), tecnologiche e logistiche (posti letto attivabili).
- Pianificazione dei trasferimenti su ruota.
- Identificazione di specifiche vie preferenziali di accesso e transito veicolare (ambulanze, macchine) presidiate a cura del Servizio Vigilanza.
- identificazione di un'area di triage i cui requisiti ottimali sono l'adeguata ampiezza, illuminazione e riscaldamento; la facile accessibilità ai mezzi di soccorso e la maggiore vicinanza possibile ai servizi d'urgenza (rianimazione, sala operatoria, radiologia).
- Controllo dell'avvenuto allestimento dell' area di ricezione. In caso di allarme chimico l'area di decontaminazione verrà allestita fuori il Pronto Soccorso con posizionamento della tenda per eseguire la decontaminazione e relativo smaltimento del materiale contaminato.
- Predisposizione di scorte adeguate di materiale (letti, barelle, materiale per sala operatorie e presidi medico-chirurgici, farmaci) da tenere stoccate nei settori coinvolti al piano di emergenza intraospedaliera.
- Predisposizione di un ufficio informazioni straordinario ("di crisi") rivolto ai familiari dei pazienti, agli organi istituzionali ed ai mezzi di informazione.
- Predisposizione comunicati per richiesta sangue a donatori o ad altri centri trasfusionali

L'Unità di Crisi si riunisce in una stanza idonea individuata all'interno dell'U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei servizi ospedalieri e sanitari

Nella stanza dell'Unità di Crisi devono essere presenti i seguenti dispositivi:

1. copia PEIMAF e modulo cartellonistica
2. linee telefoniche e telefoni
3. fax
4. apparato radiocomunicazioni
5. computer con connessione internet
6. stampante-fotocopiatrice
7. TV con digitale terrestre funzionante
8. materiale cancelleria

## **TRIAGE**

In riferimento a quanto previsto dalla normativa vigente (Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 Dicembre 2007 e sue modifiche e integrazioni) relativamente alle procedure ed alla modulistica di Triage sanitario nelle catastrofi , il triage dovrà essere effettuato :

- Sul **LUOGO DELL'EVENTO**
- In un **PRIMO PUNTO** di raccolta
- Nel **PMA (Posto Medico Avanzato)**
- **PRIMA** dell'evacuazione
- **All'INGRESSO IN OSPEDALE**
- Nei **PERCORSI** ospedalieri

Il punto della catena dei soccorsi in cui il TRIAGE è assolutamente irrinunciabile è all'ingresso in ospedale.

**In condizioni di ordinarietà il triage in Pronto Soccorso è una valutazione della GRAVITA' del paziente.**

**All'attivazione del PEIMAF per incidente maggiore, il triage diventa una valutazione della PRIORITA' di trattamento.**

In particolare nei primi momenti di attivazione del PEIMAF, quando ancora non è giunto in Pronto Soccorso personale di supporto, assegnare ai pazienti un codice di priorità permetterà di utilizzare al meglio le risorse sanitarie disponibili.

In alcune situazioni sarà necessario accettare che preziose risorse sanitarie non vengano impiegate nel trattamento di condizioni irreversibili.

Le condizioni cliniche del paziente evolvono durante il suo percorso di cura e il suo codice triage riflette lo stato del paziente al momento della valutazione.

E' necessaria quindi una rivalutazione continua del paziente che inizia dalla scena dell'incidente e termina alla dimissione.

Il CODICE DI PRIORITÀ è uno strumento che permette di scegliere non solo l'ordine in cui i pazienti verranno stabilizzati e trattati, ma anche chi trasferire per primo ed eventualmente, nel caso dell'apertura delle sale operatorie, chi operare per primo.

Dal momento dell'attivazione del PEIMAF non ci sarà distinzione tra pazienti coinvolti nell'evento maggiore, pazienti già presenti e pazienti che giungono in Pronto Soccorso per motivi non legati

all'evento maggiore e tutti saranno considerati allo stesso modo e rivalutati per l'assegnazione di un codice di PRIORITA'.

In base alla situazione del Pronto Soccorso al momento dell'attivazione del PEIMAF, in termini di personale disponibile e pazienti presenti, alla stima dei pazienti attesi ed alla tempistica d'arrivo dei pazienti, l'HDM indicherà se eseguire per tutti i pazienti un *triage primario* e successivamente il *secondario*, o direttamente il secondario.

I più diffusi metodi di TRIAGE sono:

**S.T.A.R.T.**

(Simple Triage and Rapid Treatment)

**C.E.S.I.R.A.**

(Coscienza, Emorragie, Shock, Insufficienza respiratoria, Rotture, Altro)

Il protocollo **S.T.A.R.T.** sta acquistando importanza e sta gradualmente uniformando tutto il panorama nazionale.

**S.T.A.R.T. acronimo di Simple Triage And Rapid Treatment.**



I codici colore e le priorità descrittive variano fra Nazioni. Il sistema 'T' è usato dalla NATO

"P"	"T"	Descrittivo	Colore	Codice
1	1	Immediata	 Rosso	3
2	2	Urgent	 Giallo	2
3	3	Delayed	 Verde	1
4	4	Expectant	 Blu ( non standard )	-
<b>Morto</b>	<b>Morto</b>	<b>Morto</b>	<b>Bianco o Nero</b>	<b>4</b>

E' un triage di "prima occhiata", permette di suddividere rapidamente i feriti per codice di priorità.  
E' un metodo rapido, di semplice esecuzione, non accurato.

Consiste in una quantificazione grossolana della gravità del danno subito.

Viene utilizzato, su indicazione dell'HDM, nel caso in cui i pazienti che arrivano dall'evento non abbiano ricevuto un codice di priorità o nel caso in cui fosse necessario valutare velocemente un gran numero di pazienti.

Considera come parametri di valutazione la possibilità che ha il paziente di camminare, la frequenza respiratoria e il tempo di riempimento capillare o la presenza di polso radiale.

Classifica i pazienti in 4 livelli di PRIORITA':

**T1/Rosso**=pazienti che hanno bisogno di trattamento immediato.  
**T2/Gialli**= pazienti che hanno bisogno di trattamento urgente.  
**T3/Verde**= pazienti stabili o stabilizzati.  
**NSV (Non Segni Vitali)**= pazienti che non presentano segni vitali

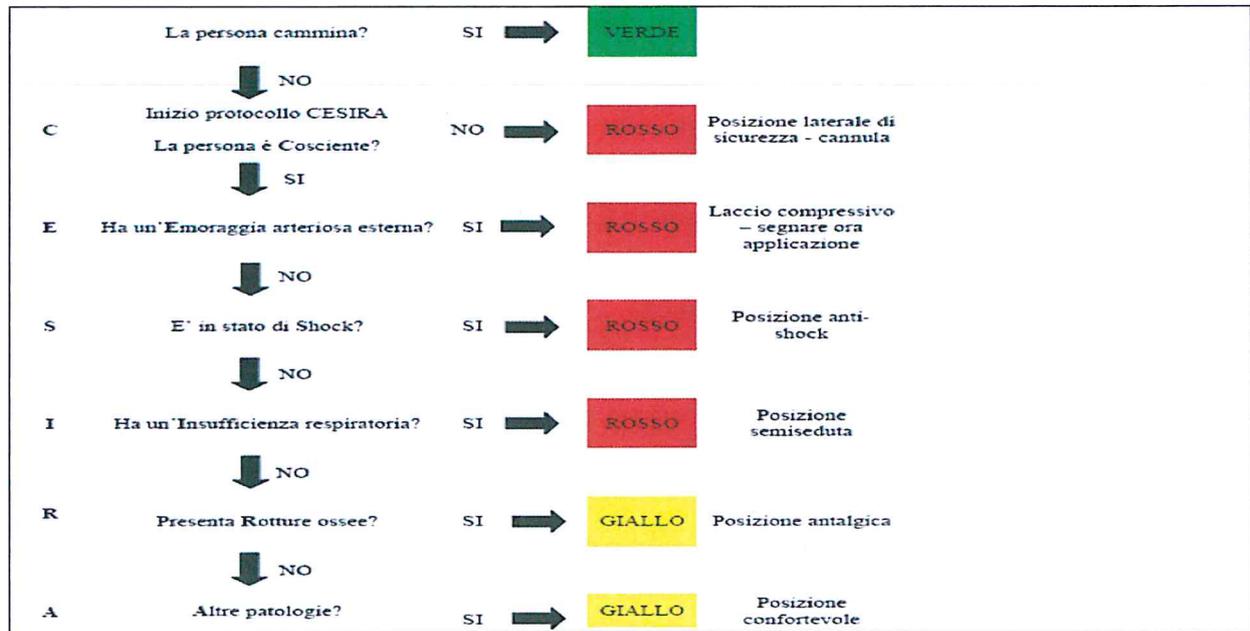
Appena un medico sarà disponibile, valuterà i codici NSV, dichiarando il decesso o predisponendo eventuali manovre rianimatorie.

Una volta stabilito il codice di proprietà il paziente riceverà un braccialetto del colore corrispondente.

Per il triage secondario il metodo più utilizzato è il CESIRA.

Consiste in una misura più accurata della gravità del danno subito e consente al sanitario di includere valutazioni cliniche che possono modificare l'assegnazione del codice di priorità.

Viene utilizzato, secondo le indicazioni dell’HDM, all’arrivo di un paziente in Pronto Soccorso come valutazione secondaria dei pazienti in Pronto Soccorso che abbiano già ricevuto un codice o direttamente come prima valutazione se la disponibilità di personale e tempo lo consente.



Tali valutazioni saranno annotate nello spazio note della *scheda triage*.

## IL PAZIENTE PEDIATRICO NELLE MAXIEMERGENZE

Il triage pediatrico in un incidente maggiore può essere influenzato dallo stato emotivo del soccorritore, che deve decidere in breve tempo sulla sorte di un bambino.

Può evidenziarsi una tendenza a “sovra-stimare” la gravità del soggetto pediatrico, per compassione verso lo stesso, o per poca confidenza o abitudine alla valutazione di pazienti pediatrici.

L’utilizzo dei protocolli di triage nel paziente pediatrico implicherà una sovrastima della gravità del danno. Se possibile il codice di priorità sarà adeguato seguendo le indicazioni del nastro di Broselow in dotazione al PS.

# PIANO DELLE COMUNICAZIONI E RESPONSABILITA'

Alla definizione dello stato di allarme (**Maxiemergenza in atto**), sono individuate per ogni posizione funzionale le rispettive posizioni operative, secondo il seguente schema:

## CRONOPROGRAMMA INTERVENTI

### FASE 0-30'

#### FORMAZIONE TEAM OPERATIVO PEIMAF

1) Team Leader medico P.S.* 2) Infermiere esperto di P.S. 3) Rianimatore 4) Medico di Direzione Sanitaria di turno 5) Coordinatore Dipartimento Professioni di turno o reperibile	<b>Medico Coord. PS</b> <b>Infermiere Triage</b> <b>Rianimatore</b> <b>Coordinatore Disaster Manager DIPRO</b>
---	---

*\*In caso di impossibilità nel contattare telefonicamente e in attesa del suo arrivo in Ospedale del medico di Direzione Sanitaria, **il Team Leader medico P.S. assume le decisioni.***

#### SUCCESSIVAMENTE, in supporto al Team operativo, INTERVIENE L'UNITA' DI CRISI

UNITA' DI CRISI
Direttore Generale
Direttore Sanitario Aziendale (che la coordina)
Direttore Amministrativo
Direttore Ingegneria Ospedaliera
Direttore Dipartimento Emergenza
Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione
Ufficio infermieristico

In caso di attivazione di una maxiemergenza che, preveda la gestione di un massiccio afflusso di feriti, a seconda delle necessità possono essere coinvolte, tramite Centralino Aziendale, nell'unità di crisi, le seguenti professionalità:

Direttore UOC Medicina e Chirurgia d'urgenza;	
Responsabile medico gestione sale Oper;	
Responsabile medico Pronto Soccorso;	
Psicologia;	
Responsabile Medico Chirurgia dei grossi traumi	
Direttore Anestesia e Rianimazione DEA	
Responsabile Centralino;	
Responsabile Vigilanza	
Responsabile medico trasfusione	
Referente Infermiere PEIMAF Pronto Soccorso;	
Responsabile medico Patologia Clinica;	
Responsabile med. radiol. diagn. di immagini	
Direttore UOC Sistemi Informatici;	
Direttore Risk Management	

**N.B. L'Unità di crisi, rappresenta il nucleo direzionale e decisionale durante le fasi operative.**

*I componenti dell'Unità di crisi (allertati tramite cellulari da parte del Centralino Aziendale) raggiungono l'Ospedale e si riuniscono presso i locali della Direzione Sanitaria Aziendale e/o altro luogo individuato dal Direttore Sanitario Aziendale, responsabile del PEIMAF.*

## Comunicazione Stato di ALLARME

Il centralino aziendale, ricevuta la conferma dal medico team leader medico di PS, attiva:

- L'Unità di Crisi Aziendale;
- Le chiamate a cascata e le modalità di mobilitazione del personale.
- Obiettivo della comunicazione di allarme è che tutte le UU.OO. ed articolazioni aziendali siano informate in 15-20 minuti rendendo possibile effettuare le procedure operative nei successivi 15-20 minuti (Chiamate a cascata e Piano di mobilità del personale);
- Contenuto della telefonata: *questa non è una esercitazione, è in atto una maxi emergenza di livello 1 (o 2, o 3), eseguire il protocollo corrispondente, non usare il telefono se non per assoluta urgenza.*
- E' necessario che i singoli coordinatori (preposti) abbiano a disposizione l'elenco del personale con i relativi recapiti telefonici, in base ad un criterio di vicinanza al Presidio Ospedaliero.

### Comunicazione in caso di Black Out

- Le comunicazioni saranno garantite con l'impiego del personale ausiliario, OSS., personale delle pulizie presente in servizio, Servizio di Vigilanza, squadra antincendio e tutto il personale non necessario all'evacuazione del P.S.
- In caso di Black Out delle linee telefoniche, **utilizzare i cellulari**, è possibile scaricare i numeri dei cellulari aziendali, dal sito web aziendale <http://www.ospedale.caserta.it>

## **IL PERSONALE TUTTO È COMANDATO IN SERVIZIO FINO A NUOVA DISPOSIZIONE**

## **DAL II E III LIVELLO È PREVISTA L'ANTICIPAZIONE DEI TURNI DI SERVIZIO SUCCESSIVI**

Sarà cura delle ditte affidatarie del servizio di pulizie e del servizio di ristorazione, garantire il normale svolgimento delle attività stante l'attivazione della maxiemergenza, anche attraverso modalità di mobilitazione del personale presente.

## SCHEDE OPERATIVE “COMPITI - STRUMENTI - RESPONSABILITA’ ”

1. Medico Disaster Manager Coordinatore  
(Team Leader MEDICO Medicina d’Urgenza in turno al P.S.)  
**ATTIVATORE PEIMAF**

TEMPI	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
T0	Riceve l’allarme	1. Valuta l’evento	Compila la scheda raccolta dati allarme, in collaborazione con il medico di direzione sanitaria di guardia. (pag. 6)	Attendibilità, località, - n° persone coinvolte, - n° pazienti accertati, - tempi di arrivo previsti
T1 ▶ 30m	Coordina rapporti Ente preposto – Ospedale	2. Aggiorna il quadro degli eventi sul luogo e nel DEA	Tiene contatti continui con Ente preposto 118 fino all’arrivo del Medico DS ( INFO)	N° pazienti inviati, condizioni, tempi di arrivo.
▶ 30m	Coordina rapporti DEA Ospedale	3. Sentito il Medico di turno della Direzione Sanitaria, <u>DECIDE</u> lo stato di <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATTENZIONE</li> <li>• PRE-ALLARME</li> <li>• ALLARME</li> </ul> ed il LIVELLO (1-2-3) di attivazione e risposta dell’Ospedale alla Maxiemergenza.	Attivazione Infermiere Disaster manager PS per <u>Chiamata a cascata DEU e redistribuzione aree PS.</u>  Telefona al <u>Centralino</u> e comunica il livello di allarme e l’attivazione delle chiamate a cascata, mobilità personale e allertamento unita’ di crisi aziendale.	ATTENZIONE: prevedibili rischi correlati  PRE-ALLARME: Fenomeni precursori  ALLARME: Evento in atto <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ LIVELLO 1</li> <li>➤ LIVELLO 2</li> <li>➤ LIVELLO 3</li> </ul>
▶ 30m	Gestisce ed evacua il P.S.	4. Forma il Team Operativo.  5. Organizza l’evacuazione del P.S. (codici verdi) e gestisce la re-distribuzione delle aree del Pronto Soccorso in collaborazione con il medico di PS. 6. Individua il medico di guardia in PS per eventuali dimissioni e/o trasferimento dei pazienti presenti in PS.	Riunione operativa: 1. Infermiere Disaster manager PS 2. Infermiere Disaster manager Triage 3. Rianimatore Disaster manager Rossi/Gialli 4. Medico INFO 5. Coordinatore UFF. INF.  Definisce le aree assistenziali per i pazienti presenti (V, G) come da procedura.	Identificazione e attivazione e consegna schede operative maxiemergenza.  Recettività Area non critica – Med. D’Urgenza e UU.OO. di degenza x gialli e rossi non MAF  Verifica l’avvenuta procedura di re-distribuzione aree Pronto Soccorso.  Partecipa in forma attiva al Fast Triage
T2 30m▶	Coordina le attività diagnostiche e terapeutiche	7. Valuta le condizioni cliniche dei pazienti e le condizioni operative delle varie Aree, ricercando le criticità.	Gestisce la scheda sinottica dei Pazienti nelle varie aree e la scheda clinica pazienti MAF .  Coordina la soluzione delle criticità.	Aggiornamento della scheda sinottica con valutazioni della gravità
	Partecipa all’Unità di Crisi aziendale	8. Espone lo stato delle attività operative e le eventuali criticità non risolte.	Definisce i problemi operativi e collabora alle soluzioni	Coordinamento con INFO
	Informazioni	9. Gestisce le informazioni cliniche, insieme all’ INFO e riferisce all’Unità di Crisi	Raccoglie informazioni nelle varie Aree e risponde con eventuale colloquio diretto	Controllo diretto dell’attendibilità in collaborazione con INFO
	Da’ il cessato allarme in collaborazione con l’HDM INFO	10. Attiva le chiamate a cascata per “Cessato Allarme”	Telefona al Centralino Aziendale per attivare le chiamate a cascata per “Cessato Allarme”	Verifica l’avvenute comunicazione da parte del Centralino Aziendale

## 2.Rianimatore Disaster Manager ROSSI - GIALLI

### (Rianimatore PS – Chirurgia Grossi Trauma)

TEMPI	HDM	COMPITI
T0	ROSSI	1. <b>Chiama il Centro Rianimazione</b> , invitando i rianimatori presenti a scendere immediatamente in PS
T1 ▶ 30m	ROSSI	2. <b>Evacuano per quanto possibile le Emergenze 1-2-3</b> , ricoverando presso le UU.OO. i pazienti presenti.
	GIALLI	3. <b>Ricordano le linee guida</b> ai Collaboratori Medici ed Infermieri che dirigeranno
T2 30m▶	ROSSI	4. <b>Coordina i Medici</b> presenti in Area codici ROSSI e assegna i singoli Pazienti 5. <b>Effettua il trattamento</b> diagnostico-terapeutico 6. <b>Definisce le priorità</b> interventistiche, previo parere del Chirurgo.
	GIALLI	7. <b>Gestisce l’Emergenza 2-3</b> (Area codici GIALLI) con la collaborazione di: <ul style="list-style-type: none"><li>• 2° Medico di PS</li><li>• Chirurgo di PS</li><li>• Ortopedico di PS</li><li>• Cardiologo di PS</li><li>• Medico della Medicina d’Urgenza sopraggiunto</li><li>• Medico individuato per l’Area Pediatrica</li></ul> 10. <b>Assegna i singoli Pazienti</b> e definisce le priorità interventistiche, previo parere del Chirurgo.

### 3. Medico Disaster Manager INFO/LOGISTICA ( Medico di Direzione Sanitaria in turno )

Tempi	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
<b>T0</b>	<b>Si attiva dopo chiamata del Team leader medico PS</b>	1. Valuta l'evento 2. Giunge in Ospedale nel più breve tempo possibile	<u>Riceve comunicazione dal Team leader del PS</u> ▼ Subentra al team leader medico PS nella tenuta dei contatti con ARES 118 e/o altro ente, non appena giunto in Ospedale	Viene sentito dal Team leader medico PS, prima che questi dichiari lo stato di allarme e decida il livello di attivazione e risposta dell'Ospedale alla <u>Maxiemergenza</u> (1-2-3).
<b>T1</b> ▶ 30m	<b>Gestisce i rapporti con Ente Preposto</b>	3. Aggiornare il quadro degli eventi	Collaborazione con il Team leader medico PS	Attendibilità, località, n° persone coinvolte, n° pazienti accertati, tempi di arrivo previsti
	<b>Tiene i rapporti con Prefettura, Protezione Civile ed altri Enti</b>			N° pazienti inviati, condizioni, tempi di arrivo
	<b>Responsabile del PIANO delle COMUNICAZIONI</b>	4. Valuta che i membri del Team Operativo PEIMAF siano stati tutti avvisati e presenti presso il Pronto Soccorso. 5. Tiene nota delle risorse umane attivate e disponibili	Spunta la check-list del Team:  <input type="checkbox"/> Infermiere Disaster manager PS <input type="checkbox"/> Infermiere Disaster manager Triage <input type="checkbox"/> Rianimatore Disaster manager Rossi/Gialli <input type="checkbox"/> Medico INFO <input type="checkbox"/> Coordinatore DIPRO	Controlla che il Centralino abbiano svolto il proprio compito: comunicazione del livello di allarme, attivazione delle chiamate a cascata, mobilità personale e allertamento Unità di Crisi.
<b>T2</b> 30m▶	<b>Partecipa al Team Operativo, dirigendolo.</b>	6. Verifica lo stato delle attività operative e le eventuali criticità non risolte	Definisce i problemi operativi e collabora alle soluzioni	Valutazione dell'efficacia. Controllo diretto dell'attendibilità in collaborazione con il Team leader medico PS.
	<b>Controlla le Aree assistenziali</b>	7. Vigila sulla congruità delle Aree in rapporto al numero di Pazienti da assistere	Verifica l'effettiva evacuazione dal P.S. dei Parenti e dei Pazienti non-MAF	
	<b>Informazioni</b>	8. Gestisce le informazioni cliniche, insieme al Team leader medico PS	Firma la scheda raccolta dati allarme 118	
<b>T2</b> 30m▶	<b>Identifica e monitorizza la capacità recettiva dell' Ospedale</b>	9. Verifica la dotazione delle apparecchiature per le necessità dei pazienti critici		Rileva e risolve le eventuali criticità
		10. Verifica la dotazione del personale presente e/o da attivare		Rileva e risolve le eventuali criticità
		11. Verifica la procedura "Gestione posti letto" e l'effettiva disponibilità di posti letto e delle risorse umane coordinando il Team Accoglienza		Rileva e risolve le eventuali criticità
		12. Attiva CAMERE OPERATORIE o Sezioni Diagnostiche		Rileva disponibilità per Posti letto in sovrannumero
<b>T2</b> 30m▶	<b>Da' il cessato allarme in collaborazione con il Team leader medico PS</b>	13. Telefona al Centralino Aziendale per attivare le chiamate a cascata per "Cessato Allarme"		Verifica l'avvenute comunicazione da parte del Centralino Aziendale

#### 4. Infermiere Disaster Manager PS (Infermiere esperto di P.S. in turno)

Tempi	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
T0	<b>Riceve notizia dell'allarme dal Team leader medico PS</b>	1. Ricevuta disposizione dal Team leader medico PS, trasmettere l'allarme a tutta l'area DEA	Chiamata a cascata DEU (vedi flow chart allegata)	Dà comunicazione all'HDM Coordinatore dell'avvenuta propagazione dell'allarme.
T1 ▶ 30m	<b>Attiva il Fast Triage</b>	2. Propone al Team leader medico PS quale tra gli Infermieri esperti presenti designare come Infermiere Disaster Manager TRIAGE. 3. Attiva la consegna al designato il KIT ATRIO ed il KIT PAZIENTI, perché li metta in uso.	Per designazione diretta davanti agli Infermieri riuniti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica periodicamente la postazione TRIAGE ed assegna eventualmente altro personale</li> <li>• Vigila sulla giusta allocazione dei Pazienti nelle aree</li> </ul>
	<b>Re-distribuisce le aree del PS</b>	4. Predisporre le aree del PS all'accoglienza del Massiccio Afflusso di Feriti, secondo procedura .	Dà disposizione al personale incaricato di variare con l'apposita cartellonistica l'utilizzo degli spazi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Triage</li> <li>• Emergenza 1,2,3</li> <li>• Area Verdi (open space- attesa ricovero)</li> <li>• Sala attesa parenti esterna (accoglienza)</li> </ul>	Verifica i percorsi.
	<b>Assicura efficienza comunicazioni</b>	5. Definisce il corretto utilizzo delle comunicazioni interne	Controllo diretto	Controllo efficienza comunicazioni
	<b>Controlla evacuazione Area attesa Parenti</b>	6. Evacua Area Attesa	Direttamente e a mezzo del personale incaricato (servizio di vigilanza)	Controllo Area Attesa
T2 30m▶	<b>Coordina il Personale Non Medico</b>	7. Definisce il carico di lavoro delle postazioni	Assegna il Personale	Sposta il Personale Non-Medico secondo le necessità
	<b>Vigila e controlla la sicurezza degli Operatori</b>	8. Vigila sulla sicurezza di TUTTI gli Operatori	Ispeziona le postazioni ed i singoli Operatori	Verifica l'uso dei dispositivi individuali di protezione e la messa in sicurezza dei taglienti. Supervisione del RSPP

## 5. Infermiere Disaster Manager Triage ( Infermiere esperto di P.S. in turno)

Tempi	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
T0	<b>Viene designato dal Team leader medico PS</b>	1. Individuare gli Operatori che con lui collaboreranno e ricorda ad essi le procedure da seguire	Procedura "Accettazione ed Identificazione e pazienti MAF"	Tutti gli operatori identificati conoscono la procedura
T1 ▶ 30m	<b>Attiva l'uso del KIT ATRIO e KIT PAZIENTE.</b>	2. Distribuire KIT ATRIO E KIT PAZIENTI.	Dispone il materiale pronto all'uso	Verifica l'integrità e la completezza dei KIT ATRIO e KIT PAZIENTI
	<b>Attiva la procedura di accettazione ed identificazione pazienti MAF</b>	3. Utilizza correttamente la numerazione di identificazione e il tablet per i pazienti MAF. 3.1. Custodisce e consegna, su richiesta, della Direzione Sanitaria e/o Organi di polizia, gli effetti personali e foto identificative dei pazienti MAF.	Curando la corretta associazione di immagine Paziente e numero	Tutti i pazienti MAF sono stati correttamente identificati
T2 30m ▶	<b>Provvede all'esecuzione del Fast Triage</b>	4. Eseguire il Fast Triage direttamente e/o con l'ausilio di Infermieri scelti o destinati all'Area	Eseguire schede FAST per tutti i pazienti e controllare il materiale	Tutti i Pazienti che accedono al PS, sia MAF che comuni sono stati sottoposti a triage.
	<b>Avvia i Pazienti che hanno eseguito Triage alle Aree assistenziali</b>	5. Cura il trasporto dei pazienti	Evidenziazione verbale e da scheda del codice colore assegnato	Vigila e controlla la giusta allocazione dei Pazienti nelle varie Aree di destinazione
	<b>Vigila e controlla la sicurezza degli Operatori</b>	6. Vigila la sicurezza dell'area assegnata e la protezione del personale di assistenza	Ispeziona la postazione ed i singoli Operatori	Verifica l'uso dei dispositivi individuali di protezione e la messa in sicurezza dei taglienti Supervisione del RSPP.

## 6.Coordinatore Disaster Manager

Tempi	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
<b>T0</b>	<b>Si attiva dopo chiamata</b>	1.Giunge in Ospedale nel più breve tempo possibile e partecipa al Team Operativo Pronto Soccorso	Collabora con L'HDM COORD. E HDM PRONTO SOCCORSO	Controlla che il personale DIPRO Pronto Soccorso ha assunto il ruolo e ha attivato procedure: <input type="checkbox"/> HDM P.S. = Team Leader Infer. <input type="checkbox"/> HDM Triage = Infirm.esperto
<b>T1</b> ▶ 30 m	<b>Gestisce tutto il Personale Infermieristico, DEA e non-DEA</b>	2.Verifica la completezza schede personale h 24 e definisce l'utilizzo del personale in base alle decisioni assunte	Basi presenza personale	Chiamata telefonica al Centralino per conferma attivazione Chiamate a cascata e Piano Mobilità del personale e si attiva per le UU.OO. particolarmente critiche  Controllo dell'avvenute Chiamata a cascata DEA
	<b>Apertura ed invio personale inf. presso DAY SURGERY</b>	3.Contatta il Servizio di Vigilanza al numero 0823232417 <b>banca chiavi</b> per apertura reparto DAY SURGERY	Comunica con il Servizio di Vigilanza informa HDM COORD. e INFO	Controlla che il personale inf. e il Servizio di Vigilanza è giunto presso il reparto DAY SARGERY piano di mobilità)
	<b>Coordina attività tra DEU ed il resto dell'Ospedale</b>	4.Rilevare le criticità organizzative	Comunica con HDM Pronto Soccorso e HDM INFO	Rileva e risolve le eventuali criticità
<b>T2</b> 30m ▶	<b>Gestisce i trasporti Pazienti MAF e non MAF</b>	5.Attiva SLOT	Procedura interna SLOT	Vigila sui tempi di trasporto e risolve le eventuali criticità
	<b>Gestisce trasporto cose e persone</b>	6.Attiva SLOT	Telefona all'Autoparco e ne dispone	Vigila sui tempi di trasporto e risolve le eventuali criticità

**ACCETTAZIONE E PROCEDURA DI IDENTIFICAZIONE  
DEI PAZIENTI MAF**

L'ACCETTAZIONE E LA PROCEDURA DI IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI MAF SI PUO' DIVIDERE IN TRE FASI:

**1. IDENTIFICAZIONE E PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE MAF**

All'arrivo dei pazienti Maf l'*INFERMIERE DISASTER MANAGER TRIAGE* designato deve:

- Assegnare la "busta kit paziente" all'arrivo del paziente Maf.
- Applicare al collo del paziente il laccetto di colore bianco con numero identificativo.
- Fotografare il volto del paziente insieme al numero identificativo assegnato.

Successivamente, il primo infermiere libero assegnato ad una delle postazioni di triage prende in carico il paziente e quindi:

- Compila la prima parte della "scheda di accettazione triage" con i dati anagrafici del paziente (se disponibili), numero identificativo, data e ora d'arrivo, provenienza (118, mezzi propri, altro), indicare inoltre presidi posizionati e manovre eseguite prima dell'arrivo in ospedale.
- Registra i dati del paziente e il numero identificativo sul "libro MAF" appena possibile.

**2. FAST TRIAGE (*First assessment and Sequential Triage*)**

Eseguire "prima valutazione" dei parametri vitali, identificare codice colore al fine di classificare i pazienti per categoria di priorità e stabilire i percorsi di diagnosi e trattamento.

**3. IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE MAF IN RELAZIONE AL CODICE COLORE DI PRIORITA' ASSEGNATO**

1. Applicare al polso del paziente il braccialetto colorato corrispondente al codice colore attribuito, con su scritto lo stesso numero identificativo precedentemente assegnato.
2. Applicare nastro adesivo colorato corrispondente al codice colore sulla barella o carrozzina con su scritto lo stesso numero identificativo precedentemente assegnato.
3. Posizionare con un cerotto la "scheda accettazione e triage" sulla barella o carrozzina.
4. Posizionare effetti personali, vestiario nel sacco con lo stesso numero identificativo precedentemente assegnato.
5. Assicurarsi che la documentazione segua il paziente.
6. Avviare il paziente che ha eseguito triage alle aree assistenziali.

## SCHEMA RACCOLTA DATI ALLARME

-compilazione a cura del TEAM LEADER del Pronto Soccorso Polifunzionale-

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Ora: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome dell'operatore che effettua la chiamata al P.S.

**Allarme Attivato da**  
(comunicazione da Ente):

(chiamare Ares nel caso in cui l'allarme sia stato comunicato da altro Ente)

- Ares
- Vigili del Fuoco
- Protezione Civile
- Forze dell'Ordine
- Altro:

Tipo di Evento		
Località Evento		
Stima dei feriti		
N. di feriti da inviare al P.S.		
Gravità dei feriti	<input type="checkbox"/> <b>Traumi</b>	<input type="checkbox"/> <b>No Traumi</b>
	Specifica:	
Stima dei tempi di arrivo in P.S.	Min.	

### SINTESI FINALE EVENTO

(da compilare al termine dell'evento)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Ora: \_\_\_\_\_

<u>Codice priorità Pronto Soccorso</u>	<input type="checkbox"/> Rossi:
	<input type="checkbox"/> Gialli:
	<input type="checkbox"/> Verdi:
	<input type="checkbox"/> Bianchi:
	<input type="checkbox"/> Decessi:

***Firme***

Team Leader (HDM Coord.) P.S.

Medico di Direzione Sanitaria reperibile

## CHECK LIST - Team Leader Pronto Soccorso

### I - FASE (operativa)

<input type="checkbox"/>	Compilazione scheda dati Allarme	
<input type="checkbox"/>	Definizione del Livello di Allarme	
<input type="checkbox"/>	Stato Base (normale operatività)	
<input type="checkbox"/>	Stato di Attenzione	
<input type="checkbox"/>	Stato di Pre-Allarme	
<input type="checkbox"/>	<b>Stato di ALLARME</b>	<input type="checkbox"/> <b>Livello 1:</b> 15 – 20 (di cui 4 Rossi)
		<input type="checkbox"/> <b>Livello 2:</b> 21 – 30 (di cui 5/10 Rossi)
		<input type="checkbox"/> <b>Livello 3:</b> >30 (di cui >10 Rossi)
<input type="checkbox"/>	Chiamata al reperibile di Direzione Sanitaria	
<input type="checkbox"/>	Chiamata al centralino per l'attivazione delle chiamate a cascata (n. 8080)	
<input type="checkbox"/>	Attivazione del Team Operativo	
<input type="checkbox"/>	Evacuazione locali P.S.	
<input type="checkbox"/>	Dispone che la OBI e l' Holding Area vengano sgombrate per accogliere i pazienti in arrivo	
<input type="checkbox"/>	Ridistribuzione dei locali P.S.	
<input type="checkbox"/>	Disposizioni all'HDM Triage	

### II - FASE (clinica)

<input type="checkbox"/>	Valutazione delle condizioni cliniche dei malati in tutte le aree adibite
--------------------------	---

### III - FASE (relazionale)

<input type="checkbox"/>	Partecipa al Comitato PEIMAF riferendo eventuali criticità non risolte
<input type="checkbox"/>	Gestisce le informazioni insieme all'HDM Info

### IV - FASE (conclusiva)

<input type="checkbox"/>	Avvisa il reperibile di Direzione Medica del cessato allarme
--------------------------	--

## ACCETTAZIONE E PROCEDURA DI IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI MAF

<i><b>Infermiere Disaster Manager TRIAGE (Inf. esperto designato dal Medico Disaster Manager in collaborazione con l'Inf. Disaster Manager PS)</b></i>	<i><b>Infermiere Disaster Manager Triage (Infermiere di supporto designato dall' Inf. Disaster Manager TRIAGE)</b></i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASSEGNARE BUSTA KIT PAZIENTE PRENUMERATE ALL'ARRIVO DEI PAZ. MAF</li> <li>• POSIZIONARE AL COLLO DEL PAZIENTE LACCETTO BIANCO CON NUMERO IDENTIFICATIVO, CONTENUTO NELLA BUSTA KIT PAZ. CORRISPONDENTE</li> <li>• FOTOGRAFARE IL VOLTO DEL PAZIENTE INSIEME AL NUMERO IDENTIFICATIVO PER IL RICONOSCIMENTO DEL PAZIENTE</li> <li>• CONSEGNARE SU DISPOSIZIONE I SACCHI DEGLI EFFETTI PERSONALI E FOTO DIGITALI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• REDIGERE LA SCHEDA ACCETTAZIONE E TRIAGE</li> <li>• REGISTRARE I PAZ. SUL LIBRO MAF</li> <li>• ESEGUIRE CORRETTAMENTE IL FAST TRIAGE</li> <li>• APPLICARE AL POLSO DEL PAZIENTE BRACCIALETTO COLORATO PRENUMERATO CORRISPONDENTE AL CODICE COLORE ATTRIBUITO E AL NUMERO IDENTIFICATIVO</li> <li>• APPLICARE NASTRO COLORATO ADESIVO CORRISPONDENTE AL CODICE COLORE SULLA BARELLA O SULLA CARROZZINA, CON SU SCRITTO LO STESSO NUMERO IDENTIFICATIVO</li> <li>• POSIZIONARE EFFETTI PERSONALI, VESTIARIO ED ALTRO NEL SACCO CON LO STESSO NUMERO IDENTIFICATIVO</li> <li>• AVVIARE IL PAZIENTE CHE HA ESEGUITO TRIAGE, CON LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE, ALLE AEREE ASSISTENZIALI</li> </ul>

### **INFERMIERI ASSEGNATI ALL' ASSISTENZA DEI PAZIENTI MAF**

**ATTENZIONE:**

Durante l'assistenza del paziente fare particolare attenzione a riporre tutti gli indumenti, anche quelli danneggiati, e gli effetti personali di altro genere nel sacco effetti personali con lo stesso numero identificativo, chiuderlo con una fascetta e riporlo nella stanza colloquio.

### CHECK LIST CARRELLO KIT ATRIO

VOCE	DOTAZIONE	INVENTARIO	LUOGO	OK
<b>DISPOSITIVI MEDICI E DPI:</b>			piano superiore carrello/magazzino	
Buste kit DPI (buste singole contenenti): camice monouso in tnt, copricapo con elastico, grembiule impermeabile monouso, copriscarpe antiscivolo, mascherina 3M/filtrante facciale FFP3	SI	SI		
mascherine 3M/filtrante facciale FFP3	SI	SI	piano superiore carrello/magazzino	
guanti monouso in NITRILE - colore blu	SI	SI	piano superiore carrello/magazzino	
mascherine chirurgiche	SI	SI	piano superiore carrello/magazzino	
occhiali di protezione per rischio biologico	SI	SI	cassetto	
<b>SMALTIMENTO RIFIUTI</b>			piano superiore carrello	
<b>OSPEDALIERI:</b> contenitore per taglienti	SI	SI		
<b>DOCUMENTI DIPRO</b> (in busta bianca)	SI	SI	cassetto	
<b>Copia Piano operativo PEIMAF</b>	SI	SI	cassetto	
<b>CARTELLI RIDISTRIBUZIONE AREE</b> VERDI MAF/ GIALLI-ROSSI MAF GIALLI NON MAF/ VERDI NON MAF	SI	SI	cassetto	
<b>CHECK LIST CARRELLO KIT ATRIO</b>	13	13	cassetto	
<b>MEGAFONO</b> con batterie di riserva	SI	SI	primo ripiano carrello/stanza C.I.	
<b>CLIP BOARD</b>	SI	SI	primo ripiano	

### CHECK LIST CARRELLO KIT ATRIO

VOCE	DOTAZIONE	INVENTARIO	LUOGO	OK
<b>MODULISTICA DI RISERVA</b>				
<b>FALDONE 1:</b>		nei faldoni:	primo ripiano	
scheda raccolta dati allarme (di cui 10 copie nel faldone Peimaf acquario emerg. 1)	50	50	n. 40 nel faldone di riserva e n.10 nel faldone Peimaf in emergenza 1	
scheda clinico assistenziale	100	50	( 50 distribuite nelle buste kit Paz.)	
scheda accettazione triage	100	50	( 50 distribuite nelle buste kit Paz.)	
scheda sinottica (di cui 10 copie nel libro Maf)	50	50	(delle quali n.10 nel libro Maf)	
<b>MODULISTICA DI RISERVA</b>			primo ripiano carrello	
<b>FALDONE 2:</b>				
modulo richiesta analisi per MAF	100	50	n. 50 distribuite nelle buste Kit Paz.	
modulo richiesta esami radiologici	100	50	n. 50 distribuite nelle buste Kit Paz.	
modulo richiesta trasfusionale	100	50	n. 50 distribuite nelle buste Kit Paz.	
<b>FRATINI:</b>			secondo ripiano carrello (fratini di riserva)	
DM Coordinatore - Team leader Medico PS	4	4		
DM INFO - Direzione Sanitaria	4	4		
DM P.S. – Infermiere PS	4	4		
DM Triage – Infermiere PS	4	4		
DM Rossi – Rianimatore	4	4		
DM Gialli - Rianimatore	4	4		
DM DIPRO	4	4		
DM Psicologo	1	1		
Personale di supporto/accoglienza	SI	SI		
<b>LIBRI MAF</b> (n.1 piano superiore carrello Kit Paz)	3	2	secondo ripiano (n. 2 di riserva)	

### CHECK LIST CARRELLO KIT PAZIENTE

VOCE	DOTAZIONE	INVENTARIO	LUOGO	OK
<b>LIBRO MAF</b>	3	1	ripiano superiore carrello	
<b>SCHEDA SINOTTICA</b> (ultima pagina libro Maf)	10	10	ripiano superiore carrello	
<b>CHECK LIST CARRELLO KIT PAZ.</b>	13	13	cassetto	
<b>PENNE E PENNARELLI NERI</b> di riserva	SI	SI	cassetto	
<b>PORTA BADGE</b> con NUMERI da 1 a 100 da applicare al collo del paz. con il laccetto cod. colore	160	100 di riserva da 1 a 10 buste eserc. da 1 a 50 b. kit paz.	cassetto (da 51 a 100)/(da 1 a 50) primo ripiano secondo ripiano	
<b>NASTRO ADESIVO COLORATO:</b> - verde n. 30 - rosso n. 10 - giallo n. 20	60	n. 1 di ogni colore  51	cassetto  riserva magazzino	
<b>CEROTTO</b> per posizionare scheda di triage sulla barella o altra sede	SI	SI	cassetto carrello/riserva in magazzino	
<b>FOGLI IDENTIFICATIVI BARELLA</b>	SI	50	cassetto	
<b>LACCETTI DI COLORE BIANCO</b>  - N. 110 laccetti bianchi + portabadge + num identificativo	110	50 10 50	di riserva primo ripiano n. 1 per ogni busta kit paz. per esercitazione n.1 per ogni nelle buste kit paz. prenumerata da 1 a 50	
<b>FORBICI TAGLIA ABITI</b>	SI	SI	primo ripiano	
<b>Dispositivo multi-touch (TABLET)</b>	SI	SI	primo ripiano/stanza C.I.	

### CHECK LIST CARRELLO KIT PAZIENTE

VOCE	DOTAZIONE	INVENTARIO	LUOGO	OK
<b>BUSTE KIT PAZ. PER ESER. numerate da 1 a 10</b> <b>contenuto busta kit paziente:</b> schede: clinico assistenziale, scheda acc. triage, rich. Analisi, es. radiologici, richiesta trasfusionale, laccetto bianco e braccialetti cod colore rosso/giallo/verde con num. Identificativo (lo stesso num. per ogni laccetto/braccialetto), sacchetto effetti personali con num. ident., busta per prelievo ematico con num. identificativo	SI	SI	primo ripiano nelle buste kit paz.	
<b>BUSTE KIT PAZ.</b> da 1 a 50 (già pronte per l'uso)	SI	SI	secondo ripiano	
<b>BUSTE KIT PAZ. VUOTE</b> da 51 a 100	SI	SI	secondo ripiano	
<b>SACCHETTI EFFET. PERS.</b> da 51 a 100	n. 110	n. 110	secondo ripiano/buste kit paz.	
<b>DISPOSITIVI MEDICI:</b>			lateralicarrello	
mascherine chirurgiche	SI	SI		
camici monouso in tnt	SI	SI		
copricapo con elastico	SI	SI		
grembiuli impermeabili monouso	SI	SI		
guanti monouso in NITRILE - colore blu	SI	SI		
<b>DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE:</b>			lateralicarrello	
mascherine 3M/ filtrante facciale FFP3	SI	SI		
copriscarpe antiscivolo	SI	SI		
occhiali di protezione per rischio biologico	SI	SI	cassetto	
<b>SMALTIMENTO RIFIUTI</b> <b>OSPEDALIERI:</b> contenitore per taglienti	SI	SI	piano superiore carrello	

**DISTRIBUZIONE STRAORDINARIA AREE E PERSONALE P.S. IN M.A.F.**

<b>AREE PS</b>	<b>PERS. SANIT. ORDINARIO</b>	<b>PERSONALE SANITARIO STRAORDINARIO PS (nei primi 20' dall'attivazione PEIMAF)</b>	<b>ASSEGNAZIONE PERSONALE SANITARIO PIANO DI MOBILITA' IN MAF (&gt; 20' dall'attivazione PEIMAF)</b>
SALA ATTESA ESTERNA (Accoglienza) ----- PZ VERDI MAF		1 Infermiere	1 Infermieri
STANZA COLLOQUIO (deposito sacchi effetti personali chiusi)	/	/	/
TRIAGE ----- TRIAGE MAF	2 Inf. + 2 Aus. (n. 2 post. Triage)	1 Inf. DM TRIAGE 1 Medico TRIAGE 3 Inf. Triage 2 Ausiliario (n. 3 post. Triage)	
EMERGENZA 1 ----- PZ GIALLI/ROSSI MAF	2 Inf. cod rosso 1 Rianimatore 2 Inf cod. giallo 2 Medici PS 1 Ausiliario	1 DM COORDINATORE MED 2 Rianimatori 1 Medico PS 3 Infermieri + 1 Infermiere Ortopedico 1 Ausiliario	1 Chirurgo PS 1 Ortopedico PS 1 Cardiologo PS 2 Infermieri 1 Ausiliario
EMERGENZA 2 – 3 ----- PZ GIALLI MAF	1 Infermiere	1 Infermiere	
AREA VERDE: • Sala Visita • Open space • Sala attesa ricovero • Box Ortopedico ----- GIALLI NON MAF	1 Medico 5 Infermieri 1 Ausiliario	1 Medico 3 Infermieri 1 Ausiliario	
Corridoio adiacente all'Open space e alla Sala attesa ricovero VERDI NON MAF		1 Infermiere	

**DOTAZIONE AREE DI TRATTAMENTO IN MAF**

- Utilizzare sedie, carrozzine, barelle e materassi
- Ogni sala deve essere dotata di almeno un carrello d'emergenza completo di un (1) defibrillatore, bombola di Ossigeno + presidi per flebo.
- La dotazione di una Postazione di rosso: - PRESA DI OSSIGENO + VENTILATORE + MONITOR/DEFIBRILLATORE POSSIBILITA' DI ESEGUIRE LA PRIMA VALUTAZIONE/TRATTAMENTO SECONDO I DETTAMI ATLS (Rx torace e bacino, E-FAST).
- Usare paraventi per sigillare zone

**IL PERSONALE TUTTO È**

**COMANDATO IN SERVIZIO FINO A NUOVA DISPOSIZIONE**

**DAL II E III LIVELLO È PREVISTA**

**L'ANTICIPAZIONE DEI TURNI DI SERVIZIO SUCCESSIVI**

**EVACUAZIONE AREE PRONTO SOCCORSO IN M.A.F.**

CHI	COSA FARE	CAPACITA'
<p align="center"> <b>1 Medico</b>  <b>4 Infermieri</b>  <b>1 Ausiliario</b> </p> <p align="center"> <b>Sala Visita</b>  <b>Open space</b>  <b>Sala attesa ricovero</b> </p>	<p align="center"> <b>Pazienti preesistenti (NON MAF) codici verdi</b> </p> <p align="center">  </p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dimissioni se possibile;</li> <li>2. Trasferimento pazienti presso corridoio esterno per ricovero in strutture aziendali e reparto MAF.</li> </ol> <p align="center"> <u><b>Vedi planimetria</b></u> </p>	<p align="center"> <b>Capacità corridoio 20 pazienti</b>  <b>SOLO SU UN LATO NON INVADERE PERCORSO</b>  <b>CAMERA OPERATORIA</b> </p> <p align="center"> <b>Usare paraventi per sigillare zone</b> </p>
<p align="center"> <b>4 Infermieri</b>  <b>2 Rianimatore</b>  <b>2 Medici PS</b>  <b>1 Ausiliario</b> </p> <p align="center"> <b>EMERGENZA 1-2</b> </p>	<p align="center"> <b>Pazienti preesistenti (NON MAF) codice giallo</b> </p> <p align="center">  </p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trasferimento dei pazienti da Emergenza 1 e 2 verso open space e attesa ricovero;</li> <li>2. Ricovero presso strutture aziendali anche in soprannumero.</li> </ol> <p align="center"> <u><b>Vedi Procedura "Gestione Posti letto evento MAF"</b></u> </p>	<p align="center"> <u>Capacità open space e sala attesa ricoveri</u>  <u><b>30/35 pazienti</b></u> </p>
<p align="center"> <b>4 Infermieri</b>  <b>2 Rianimatore</b>  <b>2 Medici PS</b>  <b>1 Ausiliario</b> </p> <p align="center"> <b>EMERGENZA 1</b> </p>	<p align="center"> <b>Pazienti preesistenti (NON MAF) gravi</b> </p> <p align="center">  </p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trasferimento presso reparti intensivi aziendali anche in soprannumero;</li> <li>2. Se possibile, trasferire pazienti dei Centri di Rianimazione presso strutture aziendali e prepararsi ad attivare posti MAF.</li> </ol> <p align="center"> <u><b>Vedi Procedura "Gestione Posti letto evento MAF"</b></u> </p>	

## GESTIONE RISORSE INTERNE IN CASO DI M.A.F. – COMPITI E RESPONSABILITÀ

CHI	COSA FARE	COME
<b>AUSILIARI</b> in servizio presso il Pronto Soccorso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SPOSTARE AL MURO</b> sedie/panchine centrali (6x3) della sala attesa</li> <li>• Predisposizione Sala Accoglienza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisione e collaborazione da parte di 1 infermiere individuato dal Infermiere Disaster Manager PS .</li> </ul>
<b>AUSILIARI</b> in servizio presso altre UU.OO.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborare con il personale sanitario del Pronto Soccorso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su indicazione DM DIPRO</li> </ul>
<b>INFERMIERI TRIAGE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ATTIVARE 3 POSTAZIONI TRIAGE FAST</b> presso area triage attuale e controllare materiale Kit Atrio e Kit Paziente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizzare immediatamente Kit Atrio e Kit Paziente</li> <li>• Esecuzione procedura accettazione paziente MAF e triage</li> </ul>
<b>INFERMIERI</b> in servizio presso altre UU.OO.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Collaborare con il personale sanitario del Pronto Soccorso.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piano di mobilità e/o su indicazione DM DIPRO</li> </ul>
<b>SERVIZIO DI VIGILANZA</b> in servizio presso il P.S. e Piastra	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Apertura di tutte le porte automatiche</b> di accesso al Pronto Soccorso</li> <li>• <b>Accompagnare le persone presenti</b> nelle sala attesa presso Area accoglienza parenti e visitatori (Atrio Centrale Piastra )</li> <li>• <b>Vigilare le persone presenti presso Atrio Centrale Piastra</b> in collaborazione con URP</li> <li>• <b>Garantire la viabilità interna dei mezzi di soccorso</b> in arrivo al P.S. In collaborazione con la Squadra Antincendio</li> <li>• <b>Grantire la sicurezza</b> presso area Pronto Soccorso</li> <li>• <b>Apertura reparto MAF</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilare che tutti gli accessi all'area Pronto Soccorso siano liberi per i pazienti MAF in arrivo</li> <li>• Verificare che tutte le aree di attesa siano libere.</li> <li>• Fornire tutte le informazioni del caso ai visitatori presenti nella sala di attesa</li> <li>• Divieto di parcheggio area antistante accesso P.S.</li> <li>• Potenziamento unità di vigilanza presso area PS.</li> <li>• Invio immediato di unità di vigilanza per apertura reparti MAF</li> </ul>
Front-office - Accoglienza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestisce tutte le informazioni</b>, insieme al DM INFO</li> <li>• <b>Vigilare le persone presenti</b> presso Atrio Centrale Piastra</li> <li>• <b>Gestione Area accoglienza pazienti e visitatori</b> (Atrio Centrale Piastra/Ufficio Informazioni)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornire tutte le informazioni del caso alle persone presenti presso atrio piastra, garantendo il comfort delle stesse.</li> </ul>
<b>SERVIZIO DI VIGILANZA</b> in servizio presso entrata principale <b>SQUADRA ANTINCENDIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Garantire la viabilità dei mezzi di soccorso in entrata ed uscita</b> per il P.S.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posizionarsi presso punti di percorrenza mezzi di soccorso:</li> <li>• Area accesso AORN</li> <li>• Rampa di accesso al P.S.</li> </ul>
<b>SLOT AUTOPARCO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Garantire, attraverso i mezzi in dotazione, la completa evacuazione del pronto Soccorso.</b></li> <li>• <b>Garantire trasporto di cose e persone</b> da e per il Pronto Soccorso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivare la Procedura interna e collaborare con DM DIPRO</li> </ul>
<b>PSICOLOGO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Stabilire priorità di intervento</b> (Vittime o Familiari)</li> <li>• <b>Gestione Area accoglienza pazienti e visitatori</b> (Atrio Centrale Piastra/Ufficio Informazioni)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedura di origine interna interna</li> </ul>
<b>RSPP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verificare la salute e sicurezza</b> dei lavoratori</li> <li>• <b>Verificare presenza e corretto utilizzo dei dispositivi</b> individuali di protezione e la messa in sicurezza dei taglienti</li> <li>• <b>Verificare presenza istruzione operativa DPI</b> in caso di MAF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivare sorveglianza attiva in collaborazione con DM TRIAGE e DM P.S.</li> </ul>
<b>Ditta affidataria del SERVIZIO DI PULIZIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Garantire servizio di pulizia</b> presso Aree dedicate alla gestione della Maxiemergenza</li> <li>• <b>Garantire, in caso di black out telefonico</b>, le comunicazioni da e per il Pronto Soccorso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenziamento unità presso aree dedicate alla maxiemergenza</li> <li>• Collaborare alle comunicazioni interne ed esterne</li> </ul>
<b>Ditta affidataria del SERVIZIO DI RISTORAZIONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Garantire il normale svolgimento delle attività di ristorazione</b>, stante l'attivazione della maxiemergenza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenziamento unità e mezzi.</li> </ul>

## Gestione Area accoglienza parenti e visitatori in MAF

L'area, di cui deve essere salvaguardata la privacy anche utilizzando il Servizio di Vigilanza Interno, deve essere lontana dall'area dei soccorsi, munita di sedie, poltrone e quant'altro per consentire il confort.

Sarà gestita da Psicologi, Assistenti Sociali e personale del Front-Office; è opportuna la presenza di un rappresentante dell'Ospedale addetto alle Pubbliche Relazioni e di un rappresentante delle Forze di Polizia per un eventuale riconoscimento successivo di feriti sconosciuti.

Qui verranno accolti i parenti e quanti siano alla ricerca di persone di cui hanno perso le tracce, attraverso la redazione dell'allegato 1.

Sarà utile vicino a questa sala avere una stanza per colloqui singoli e personali.

La sala dovrà essere attrezzata con telefoni di pubblico utilizzo, con dispenser di bevande e alimenti.

La rete per telefonia mobile deve essere efficace.

### Specifiche:

- Area accoglienza Parenti e Visitatori presenti in PS in MAF = atrio centrale piastra
- Area per identificazione parenti e visitatori di eventuali vittime del disastro (allegato 1): bancone ufficio informazioni piastra
- Consegna, presso area accoglienza di foto e/o effetti personali delle persone conosciute e/o sconosciute accolte al PS adulti, durante la maxi emergenza = a cura del personale del PS (Team triage)
- Stanza per colloqui singoli e personali = area SIO, PT piastra.

### Allegato 1

	Nome e Cognome presunta vittima	Anni/ Data di nascita	Segni particolari	Luogo evento disastroso	Nome e Cognome del Familiare e/o Altro	Numero Cellulare	Rapporto di parentela con la presunta vittima
1							
2							
3							
4							
5							
6							

## PIANO AZIONE BLOCCHI OPERATORI

### Piano di allertamento ed attivazione dei Blocchi Operatori



#### Indirizzi generali

La presente istruzione operativa, definisce:

- le azioni da mettere in campo per garantire la disponibilità, entro trenta minuti dalla comunicazione dell'allarme PEIMAF, di tre Sale Operatorie dedicate;
- la sequenza delle azioni che dovrà eseguire il personale:

#### **FASI**

1. ricezione e diffusione dell'allarme a tutto il Blocco Operatorio;
2. trasmissione della comunicazione allarme PEIMAF (chiamate a cascata);
3. compilazione check list Blocco operatorio;
4. attivazione sale operatorie;
5. allestimento sale operatorie ed attivazione equipe sanitarie;
6. documentazione PEIMAF Blocco Operatorio.

**N.B.:** in caso di PEIMAF, eventuale problematiche inerenti sia la gestione dei blocchi operatori che la gestione del personale, saranno oggetto di valutazione da parte dell'Unità di Crisi Aziendale.

## **LIVELLO:SCENARIO MATTINA, POMERIGGIO, NOTTE**

### **RICEZIONE ALLARME PEIMAF E ATTIVAZIONE TRE SALE OPERATORIE**

#### **BLOCCO OPERATORIO**

TEMPI	FASI	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
T0	1/2	<b>RICEZIONE E DIFFUSIONE ALLARME PEIMAF</b> Chiunque risponde al telefono e riceve l'allarme PEIMAF dal personale del Pronto Soccorso. Chiamate a cascata	Diffonde l'allarme all'interno del Blocco Operatorio e trasmette la comunicazione secondo il piano della chiamata a cascata	Gridare per dare l'allarme e telefonare alla Medicina d'urgenza, CC.OO. Cardiochirurgica e Neurochirurgica. Chiamata a cascata	Tutto il personale del Blocco Operatorio Sale di day surgery e CardioChirurgia ha ricevuto la trasmissione dell'allarme PEIMAF.
T1 ▶ 15m	3	<b>COMPILAZIONE CHECK LIST B.O.</b> L'infermiere più esperto, compila la check list del blocco operatorio e ne recapita copia al Pronto Soccorso.	Verifica per ciascuna sala del blocco operatorio (in attività diurna) l'attività in corso.	Consulta per ciascuna sala il chirurgo operatore e l'anestesista sui tempi di fine intervento.	La check list B.O. risulta compilata in tutti i suoi campi ed è stata consegnata al personale del Pronto Soccorso.
T2 ▶ 30m	4	<b>ATTIVAZIONE SALE OPERATORIE</b> Il medico di Direzione Sanitaria di guardia, in collaborazione con il Responsabile della Gestione del Blocco Operatorio, day surgery e cch con il Team leader chirurgo di guardia (se non impegnato in attività chirurgiche) rende disponibili le sale operatorie.	Valuta la check list compilata e si relaziona con l'anestesta di guardia e Team leader medico P.S. per la disponibilità delle sale operatorie.  Contatta e si accerta della presenza numerica dei chirurghi per sala operatoria.	Telefonicamente o recandosi nel Blocco Operatorio.	Le sale operatorie sono disponibili.
T3 30m▶	5	<b>ALLESTIMENTO SALE OPERATORIE ED ATTIVAZIONE EQUIPE DEDICATE</b> L'equipe si attiva per la preparazione delle tre sale operatorie	Allestimento delle CC.OO. A e B e sala BOE	Presenza numerica adeguata del personale sanitario per le sale	Le sale operatorie e l'equipe sanitarie sono pronte dopo i 30 minuti dalla comunicazione dell'allarme.
T4 30m▶	6	<b>DOCUMENTAZIONE CARTACEA PEIMAF BLOCCO OPERATORIO</b> L'equipe operatoria compila in tutti i suoi campi la documentazione PEIMAF	Presenza in carico e descrizione intervento operatorio	Raccolta e trascrizione dati sulla documentazione PEIMAF Blocco Operatorio.	La documentazione PEIMAF risulta correttamente compilata in tutti i suoi campi.

# CHECK LIST BLOCCO OPERATORIO

Da compilare in caso di maxiemergenza PEIMAF a carico del personale del Blocco Operatorio

BLOCCO OPERATORIO					
				LIBERA (SI – NO)	DISPONIBILE ENTRO (MINUTI/ORE)
H 24	DEA	A	URGENZA		
H 24	DEA	B	URGENZA		
H12	BOE	1			
H12	BOE	2			
H12	BOE	3			
H12	BOE	4			
H12	BOE	5			
H12	CARDIO VASC	6			
H12	CARDIO VASC	7			
H24	CARDIO VASC	8			

DATA \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

IL COMPILATORE \_\_\_\_\_

INFERMIERE ESPERTO BLOCCO OPERATORIO

TEAM LEADER CHIRURGO BLOCCO OPERATORIO

**N.B. : RECAPITARE IN PRONTO SOCCORSO al Team Leader P.S. Medico - Coordinatore e/o all' Infermiere Disaster Manager Pronto Soccorso**

**Equipe operatorie nei primi 30 minuti dall'allarme**

<b>Fasi</b>	<b>Sale operatorie</b>	<b>Anestesisti</b>	<b>Chirurghi</b>	<b>Infermieri</b>
<b>1</b>	Sala A	DEU	1 Chirurgo Chir. Urgenza 1 Chirurgo specialistico	1 del DEU 1 della C.O CCH
<b>2</b>	Sala B	C.O Cardiovascolare	1 Chirurgo chir. Urgenza 1 Chirurgo specialistico	1 del DEU 1 del DEU
<b>3</b>	Sala del BOE	CR 1	1 Chirurgo Chir. Urgenza 1 Chirurgo specialistico	1 del DEU 1 della C.O. Neurochir.

**DOCUMENTAZIONE PEIMAF  
BLOCCO OPERATORIO CHIRURGIA D'URGENZA PIASTRA**

COGNOME:

NOME:

SESSO: M F

ORA ARRIVO BLOCCO OPERATORIO:

ORA ENTRATA IN CO:

ORA FINE INTERVENTO:

ORA USCITA DALLA C.O.:

ORA USCITA DAL BLOCCO OPERATORIO:

DIAGNOSI OPERATORIA:

---

---

DESCRIZIONE INTERVENTO OPERATORE:

---

---

Firma Chirurgo operatore e matricola: \_\_\_\_\_

## U.O.C. Diagnostica per immagini - urgenza-emergenza

<b>Fasi dell'attivazione della Radiologia nelle maxiemergenze (1) LIVELLO 1-2-3 LUN-SAB. MATTINA</b>				
<b>Tempo</b>	<b>Evento</b>	<b>Chi fa</b>	<b>Che cosa fa</b>	<b>Dove lo fa</b>
T0	Allarme	Centralino Aziendale	Comunica l'evento ed il livello di allarme (1-2-3)	Medico di guardia
T1 = 3'	Allertamento Radiologia DEA interno	Chi riceve la chiamata dal Centralino	Comunica l'evento e la sua entità	Al Medico di guardia TC DEA
T2 = 5'	Allertamento interno Radiologia DEA	Medico di guardia TC DEA (assume il ruolo di Team Leader)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- allerta gli operatori presenti in servizio</li> <li>- chiama 1 tsrm piastra</li> <li>- decide se e quanto potenziare il turno con chiamate all'esterno</li> <li>- avvisa il Responsabile Radiologia DEA</li> <li>- avvisa il Neuroradiologo di guardia</li> </ul>	All'interno della Radiologia DEA
T3 = 10'	<b>A) Livello 2</b> (arrivo previsto di feriti 21-30)	Medico di guardia TC DEA (con la collaborazione del TSRM e Inf. di guardia in TAC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ 1 Medico Radiologo</li> <li>▲ 1 TSRM PIASTRA</li> <li>▲ 1 Inf. PIASTRA</li> </ul>	Presso la Stanza Medici sono conservati in busta chiusa i recapiti di medici, tecnici e infermieri da aprire solo in caso di MAF.
	<b>B) Livello 3</b> (arrivo previsto di feriti >30)	Medico di guardia TAC DEA (con la collaborazione del TSRM e IP di guardia in TAC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ 2 Medico Radiologo</li> <li>▲ 2 TSRM PIASTRA</li> <li>▲ 2 IP PIASTRA</li> </ul>	Presso la stanza medici sono conservati in busta chiusa i recapiti di medici, tecnici e infermieri da aprire solo in caso di MAF.
	Allestimento postazioni di lavoro per diagnostica salvavita	Tecnici DR1 e DR2	Recuperano 2 apparecchi RX portatili e li posizionano nella sala di emergenza	Sala codici rossi
		Tecnico RX a letto	Verifica funzionamento CR e e attivazione seconda CR	Sezione RX
		Tecnico TC	Calibrazione e preparazione apparecchi TC	Sala TC
Infermiere Eco		Sistema l'ecografo portatile in sala di emergenza	Sala emergenza	
T4 = 60'	Diagnostica primaria "salvavita"	Medico radiologo RX	Esami RX torace	Sala emergenza
		Medico radiologo eco-TC	Ecografie "FAST"	Sala emergenza
		Neuroradiologo	Esami TC cranio	Sezione TC
		Tecnici DR1 e DR2 (+2 TSRM PIASTRA)	RX torace	Sala emergenza
		Tecnici esami a letto	Sviluppo cassette CR	Ambiente CR
		Tecnico TC	Esami TC cranio	Sezione TC
		Infermieri	Supporto	Dove necessario
T5: fino al termine della M-E	Diagnostica secondaria, completamento diagnostica per immagini, diagnosi più specifiche	Team leader	In base al numero e tipologia di richieste decide eventuale apertura altre sezioni TC piastra	TAC DEA
		Altri medici radiologi	Esami RX, Eco, TC a seconda delle richieste	RX DEA, Eco DEA, eventuale TC Body e TC NP
		Tecnici	Esami RX, RX a letto, TC	Sale DR1, DR2, Sezione RX piastra, eventuale TC Body e TC NP, Esami RX a letto ove necessario
		Infermieri	Supporto	Dove necessario

**□ Fasi dell'attivazione della Radiologia del nelle maxiemergenze**  
**□ (2) LIVELLO 1-2-3 SABATO POMERIGGIO FESTIVI E NOTTURNI**

Tempo	Evento	Chi fa	Che cosa fa	Dove lo fa
T0	Allarme	Centralino Aziendale	Comunica l'evento ed il livello di allarme (1-2-3)	Medico di guardia
T1 = 3'	Allertamento Radiologia DEA interno	Chi riceve la chiamata dal Centralino	Comunica l'evento e la sua entità	Al Medico di guardia TC DEA
T2 = 5'	Allertamento interno Radiologia DEA	Medico di guardia TC DEA (assume il ruolo di Team Leader)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- allerta gli operatori presenti in servizio</li> <li>- chiama 1 tsrm dea</li> <li>- decide se e quanto potenziare il turno con chiamate all'esterno</li> <li>- avvisa il Responsabile Radiologia DEA</li> <li>- avvisa il Neuroradiologo di guardia</li> </ul>	All'interno della Radiologia DEA
T3 = 10'	Richiamo personale fuori servizio <b>A) Livello 2</b> (arrivo previsto di feriti 21-30)	Medico di guardia TC DEA (con la collaborazione del TSRM e Inf. di guardia in TAC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ 1 Medico Radiologo</li> <li>▲ 1 TSRM DEA</li> <li>▲ 1 Inf. DEA</li> </ul>	Presso la stanza Medici sono conservati in busta chiusa i recapiti di medici, tecnici e infermieri da aprire solo in caso di MAF.
	Richiamo personale fuori servizio <b>B) Livello 3</b> (arrivo previsto di feriti >30)	Medico di guardia TAC DEA (con la collaborazione del TSRM e IP di guardia in TAC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ 2 Medico Radiologo</li> <li>▲ 2 TSRM DEA</li> <li>▲ 2 IP DEA</li> </ul>	Presso la stanza medici sono conservati in busta chiusa i recapiti di medici, tecnici e infermieri da aprire solo in caso di MAF.
	Allestimento postazioni di lavoro per diagnostica salvavita	Tecnici DR1 e DR2	Recuperano 2 apparecchi RX portatili e li posizionano nella sala di emergenza	Sala codici rossi
		Tecnico RX a letto	Verifica funzionamento CR e e attivazione seconda CR	Sezione RX
Tecnico TC		Calibrazione e preparazione apparecchi TC	Sala TC	
Infermiere Eco		Sistema l'ecografo portatile in sala di emergenza	Sala emergenza	
T4 = 60'	Diagnostica primaria "salvavita"	Medico radiologo RX	Esami RX torace	Sala emergenza
		Medico radiologo eco-TC	Ecografie "FAST"	Sala emergenza
		Neuroradiologo	Esami TC cranio	Sezione TC
		Tecnici DR1 e DR2 (+2 TSRM DEA)	RX torace	Sala emergenza
		Tecnici esami a letto	Sviluppo cassette CR	Ambiente CR
		Tecnico TC	Esami TC cranio	Sezione TC
		Infermieri	Supporto	Dove necessario
T5: fino al termine della M-E	Diagnostica secondaria, completamento diagnostica per immagini, diagnosi più specifiche	Team leader	In base al numero e tipologia di richieste decide eventuale apertura altre sezioni TC piastra	TAC DEA
		Altri medici radiologi	Esami RX, Eco, TC a seconda delle richieste	RX DEA, Eco DEA, eventuale TC Body e TC NP
		Tecnici	Esami RX, RX a letto, TC	Sale DR1, DR2, Sezione RX piastra, eventuale TC Body e TC NP, Esami RX a letto ove necessario
		Infermieri	Supporto	Dove necessario

## MODULO RICHIESTA ESAMI RADIOLOGICI

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

ora: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAZIONE PAZIENTE:

NOME			
COGNOME			
DATA DI NASCITA			
N° identificativo MAF		M	F

### QUESITO CLINICO:

--

### RICHIESTA ESAME:

TAC	
RX	
ECO	

IL MEDICO DI PRONTO SOCCORSO

-----

### REFERTO ESSENZIALE:

--

### REFERTO SINTETICO:

.....  
.....  
.....  
.....

IL MEDICO RADIOLOGO

## CHECK LIST RESPONSABILE UNITA' DI CRISI

<b>DEFINIZIONE E MODALITA' DI ALLERTAMENTO ED ATTIVAZIONE DELLA DIREZIONE SANITARIA</b>	
<b>1</b>	Attivata dalla chiamata del Team Leader del PS, dalla Protezione Civile, dalla Prefettura, dai Vigili del Fuoco o altri organismi istituzionali preposti, o per l'arrivo diretto di feriti.
<b>2</b>	Valuta l'evento e decide il livello di attivazione del PEIMAF
<b>3</b>	Si reca nel più breve tempo possibile in ospedale
<b>4</b>	Blocca tutta l'attività di elezione (ricoveri, interventi, attività ambulatoriale)
<b>5</b>	Presiede l'Unità di Crisi
<b>6</b>	Controlla che il centralino abbia svolto il proprio compito (comunicazione del livello di allarme, attivazione chiamate a cascata e convocazione dell'Unità di Crisi)
<b>7</b>	Gestisce i rapporti Ospedale ARES fino ad allora gestiti dal Team Leader PS, gestisce i rapporti con Prefettura protezione civile, ed altri enti
<b>8</b>	Dà il cessato allarme contattando il centralino per attivare le chiamate a cascata di "cessato allarme"
<b>9</b>	Rileva e risolve le eventuali criticità

## CHECK LIST DELL'UNITA' DI CRISI

<b>DEFINIZIONE MODALITA' DI ALLERTAMENTO ED ATTIVAZIONE DELL'UNITA' DI CRISI</b>	
<b>1</b>	Attivata dalla chiamata del centralino su disposizione del Responsabile Unità di Crisi
<b>2</b>	Si costituisce nel più breve tempo possibile, entro 30 minuti nei locali del Centro Gestione Emergenze
<b>3</b>	In diretto contatto con il Team Leader del PS verifica l'effettiva evacuazione del pronto soccorso e la congruità delle aree assistenziali
<b>4</b>	Dispone l'attivazione delle procedure per incrementare la ricettività ospedaliera attraverso la dimissione anticipata dei pazienti non gravi dai reparti
<b>5</b>	Verifica la dotazione di apparecchiature per l'assistenza ai pazienti critici (ventilatori, monitor, strumentari chirurgici, apparecchiature RX portatili e non) in collaborazione con i responsabili infermieristici delle varie U.O.
<b>6</b>	Decide e verifica il prospetto del personale medico e non medico presente e/o da attivare per ogni U.O.
<b>7</b>	Attiva ulteriori camere operatorie
<b>8</b>	Attiva i servizi di supporto in particolare Dirigente Farmacia - Presidi Medico - Chirurgici - Direttore ufficio Tecnico - ICT - Vigilanza
<b>9</b>	Gestisce i rapporti con i mass media
<b>10</b>	Rileva e risolve eventuali criticità

## CHECK LIST BED MANAGER

<b>DEFINIZIONE MODALITA' DI ALLERTAMENTO ED ATTIVAZIONE DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO BED MANAGER</b>	
<b>1</b>	Attivato dalla chiamata del centralino
<b>2</b>	Verifica la disponibilità di posti letto ordinari in tutte le U.O.
<b>3</b>	Verifica e dispone su indicazione dell'Unità di Crisi la dimissione anticipata dei pazienti non gravi
<b>4</b>	Attiva il trasferimento dei pazienti non dimissibili da Breve Osservazione, Osservazione Breve Intensiva, Holding Area nei posti letto lasciati liberi nei reparti al momento dell'allarme
<b>5</b>	Monitora costantemente la situazione dei posti letto nei reparti e gestisce i rapporti tra Area DEA, Gruppo Operatori, Servizi e Reparti di degenza

## CHECK LIST UFF. INF.

<b>DEFINIZIONE MODALITA' DI ALLERTAMENTO ED ATTIVAZIONE DEL COORDINATORE UFF.INF.</b>	
<b>1</b>	Attivato dalla chiamata del centralino
<b>3</b>	In diretto contatto con il coordinatore infermieristico del PS verifica il corretto svolgimento delle procedure
<b>4</b>	Gestisce tutto il personale infermieristico e di supporto PS e non PS in base ai protocolli specifici attivati
<b>5</b>	Valuta in collaborazione con i coordinatori infermieristici se presenti, o con il Team Leader identificato, la necessità di personale aggiuntivo nelle varie Unità Operative.
<b>6</b>	Attiva le riserve della Lavanderia (scorta)
<b>7</b>	Attiva squadra OTA PEIMAF/Ausiliari PEIMAF (personale in outsourcing)
<b>8</b>	Rileva e risolve eventuali criticità

<b>PIANO OPERATIVO: REDISTRIBUZIONE AREE P.S.</b>
---

**Il criterio di redistribuzione dell'attività corrisponde alla separazione dei flussi tra pazienti comuni e pazienti del MAF.**

**Pazienti MAF**

<i><b>Comitato P.E.I.M.A.F.</b></i>	- Stanza Coordinatore P.S. (centro comunicazioni) - Stanza Direttore di P.S. (Sala Riunioni)	<b>T</b>
<i><b>FAST</b></i> Triage	Atrio accoglienza	
<b>Cod.</b> <b>Bianchi / Verdi</b>	Sala Attesa Parenti	
<b>Cod.</b> <b>Rossi e Gialli</b>	Nell'area emergenza 1 – 2 - 3	

**Pazienti comuni**

**Pazienti in trasferimento ai reparti: corridoio del P.S. alle Camere Operatorie**

**Pazienti preesistenti ed in arrivo: Medicherei: codici bianche e verdi**

**Liberare tempestivamente, ove possibile, posti letto nell'area intensiva, Medicina d'Urgenza e Chirurgia d'Urgenza, attraverso la dimissione dei pazienti non più acuti o che non necessitano cure intensive presso altre UU.OO..**

**Attesa Parenti: presso HALL principale Ospedale Sant'Anna e San Sebastiano**

**PIANO OPERATIVO: DISTRIBUZIONE PERSONALE P.S.**

	MEDICI	INFERMIERI	AUSILIARI
TRIAGE identificazione	-----	1 Inf. + 1 Coord.	1 Ausiliario
Sala attesa B.V.	-----	1 Inf.	1 Ausiliario
Area Rossa	2 Anestesisti	4 Inf. + 1 Coord.	1 Ausiliario
Area gialla	1 Anestesista 1 Medico d'Urgenza 1 Cardiologo 1 Chir. P.S.	2 Inf.	1 Ausiliario
Area B.V. (p. comuni)	1 Med. Interna (2° settore)	2 Inf.	
Area B.V. ortopedico	1 Ortopedico	2 Inf.	
HDM P.S.		1 Inf. (+ 1 Coord. )	
		<b>15</b>	<b>4</b>

## CHECK LIST UNITA' OPERATIVA / SERVIZI

<b>ACTION CARD</b> <b>MEDICO DI GUARDIA</b> <b>COORDINATORE</b> <b>PERSONALE</b> <b>IN SERVIZIO</b>	UNITA' OPERATIVA _____ DIRETTORE/RESPONSABILE _____ COORDINATORE _____
	Riceve la chiamata dal centralino
	Informa Direttore /Responsabile UO e Coordinatore infermieristico
	Informa il personale del comparto e medico presente e lo comanda in turno fino a nuova disposizione
	Individua nei turni mensili di reparto, per ogni turno, l'operatore che assume il ruolo di team leader
	Effettua il censimento delle risorse disponibili (posti letto liberi e liberabili) dimettendo e trasferendo i pazienti non gravi indicativamente nella percentuale del 10%. Sono considerati dimissibili sia i pazienti che abbiano terminato il percorso di cura e siano in condizioni di lasciare l'ospedale, sia i pazienti entrati in elezione e per i quali il rinvio del trattamento previsto non pregiudica le condizioni di salute. Tale ricognizione deve essere comunicata al Coordinatore Bed Manager
	Blocca l'attività elettiva
	Su disposizione dell'Unità di Crisi attiva il sistema di chiamata a cascata del <b>personale</b> non inserito nel turno di guardia preventivamente predisposto con il criterio di vicinanza al presidio ospedaliero (come da allegato 3 che dovrà essere recapitato alla Direzione di rispettiva afferenza secondo le procedure già in uso) e separatamente per scenario diurno/feriale/notturno/festivo
	Effettua la ricognizione di presidi e farmaci
	Effettua la ricognizione delle apparecchiature elettromedicali (radiologia, anestesia, cardiologia etc.) disponibili e/o liberabili con relative tempistiche.

## CHECK LIST Team Leader MORGUE temporanea di PS

DEFINIZIONE MODALITA' DI ALLERTAMENTO ED ATTIVAZIONE DEL TEAM LEADER MORGUE	
<b>1</b>	Attivato dalla chiamata del centralino
<b>2</b>	Verifica l'area destinata a morgue temporanea
<b>3</b>	Colloca le salme in attesa di trasporto alla morgue centrale
<b>4</b>	Verifica che ogni salma sia dotata di un numero identificativo e la corrispondente documentazione scheda di triage/foglio diario clinico
<b>5</b>	Dispone che le salme siano collocate in sacche ermetiche per cadaveri in modo da rendere disponibili le barelle
<b>6</b>	Dispone che gli effetti personali ed i vestiti di ciascuna salma siano disposti in sacchetti contrassegnati con medesimo numero identificativo che saranno a disposizione dell'Autorità Giudiziaria fino a nuovo ordine
<b>7</b>	Le salme (codice nero) che giungono dal luogo dell'evento vanno indirizzate direttamente alla morgue centrale e saranno identificate tramite la scheda/cartellino 118 e lasciate a disposizione dell'Autorità Giudiziaria fino a nuovo ordine
<b>8</b>	Comunica all'Unità di Crisi separatamente i dati relativi ai giunti cadaveri e i cadaveri provenienti da Pronto Soccorso

## CHECK LIST SERVIZIO DI VIGILANZA

SERVIZIO DI VIGILANZA TEL 2417	
<b>1</b>	Attivata dalla chiamata del centralino
<b>2</b>	Informa il responsabile
<b>3</b>	Supporta il responsabile team leader infermieristico nella riorganizzazione della sala d'attesa del Pronto Soccorso
<b>4</b>	Regola l'accesso di mezzi di soccorso e dei privati all'ingresso dell'Ospedale
<b>5</b>	Gestisce la viabilità nell'area calda: <ul style="list-style-type: none"> <li>• i mezzi di soccorso possono sostare solo per il tempo di scarico/carico del paziente</li> <li>• i mezzi privati, lasciato il paziente, devono uscire dall'AORN</li> </ul> Il parcheggio davanti alla camera calda è dedicato ai soli mezzi di emergenza e deve essere mantenuto libero da ogni altro mezzo.
<b>6</b>	Intensifica il servizio di vigilanza presso il dipartimento di emergenza
<b>7</b>	Chiude e presidia le vie d'accesso alle palazzine dell'Azienda Ospedaliera
<b>8</b>	Vigila sulla viabilità interna dell'A.O.
<b>9</b>	Libera le rampe e gli scivoli di accesso e P.S.

## PIANO OPERATIVO: EVACUZIONE P.S.

Mediamente, in orario notturno giungono in P.S. 63 pazienti classificati per codice e con rispettive probabilità di ricovero o dimissione secondo la seguente casistica:

- 1 paziente cod. **Rosso** ;
- 14 pazienti cod. **Giallo** di cui 7 con probabilità di ricovero presso il reparto di medicina  
7 in probabile dimissione
- 39 pazienti cod. **Verde** in probabile dimissione
- 9 pazienti cod. **Bianco** in probabile dimissione

- a. **Pazienti con cod. Verde – Bianco (medicherie B.V.)**
- b. **Pazienti con cod. Rosso, trasferimento presso area cure intensive (C.Rianimaz. anche in soprannumero) e/o reparto operatorio**
- c. **Pazienti con cod. Giallo, trasferimento presso U.O. di Medicina e Pneumologia in soprannumero**
- d. **Pazienti in condizioni cliniche instabili (codice giallo instabile) è trasferito in medicina di urgenza.**

**PROGRAMMA EVACUAZIONE PAZIENTI ESISTENTI AL P.S.**

<b>Tipo di Paz.</b>	<b>Chi fa</b>	<b>Che cosa fare</b>	<b>Tempo</b>	<b>Dove (Trasferim. Dimiss.)</b>	<b>Problema Organizzativo (fattibilità ?)</b>
1 Cod. Rosso	Med. 1(Rian.) Inf. 1 Aus. 1	-Trasferimento - Chisura C.C.	20 ‘	Rianimazione	- 2° Barella disponibile - Letti aggiunti disponibili
Cod. Giallo Non Stabilizz.	Med. 1 (Med.Urg.) Inf. 2 Aus. 1	Trasferimento	20 ‘	Med. Urgenza	- Necessità R.A.D. -Potenziamento dei reparti dove afferiscono i paz. - Ambulanza (SLOT) impegnata per 1 ora c.a. - Medici e Infermieri di Urg. impegnati per 40 ‘ c.a.
7 Cod. Giallo	“	Trasferimento	(idem)	Stazionamento uscita post. Ambulanze -Rep.Medicina	
7 Cod. Giallo	“	Dimissione	20 ‘		
Cod. Verde 10 Ortop.	Ortopedico 1 Inf. 1				
Cod. Verde 15 Chirurgici	Chirurgo 1 Inf. 1				
Cod. Verde 14 Medicina	Medico 1 (Rep. Med.Urg.) Inf. 1				

# STRUMENTI OPERATIVI PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI

**AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO**

**SCHEDA DI TRIAGE PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI**

EVENTO DEL

Cognome  Nome

NUMERO	SESSO	ETA'	CODICE	ALS	BLS	N° 118
	M      F					

IOT                      INT                      VENA PER                      VENA CENT                      FOLEY                      SNG

STEP	PARAMETRO	LIMITI	VALORE	VERDE	GIALLO	ROSSO
1	PERVIETA' VIE AEREE	<b>ASSENTE</b>				
2	FREQUENZA RESPIRATORIA	>25      < 9				
3	VENT.RIDOTTA MONOLAT.	<b>PRESENTE</b>				
4	SATURIMETRIA PERIFERICA	90-94      <90				
5	FREQUENZA CARDIACA	>130				
6	PRESSIONE ARTERIOSA SIS.	<100				
7	IMPORTANTE EMORRAGIA	<b>PRESENTE</b>				
8	STATO NEUROLOGICO	PoU,V+Lato				
		V no Lato				

A : attento  
V : vocale

P : dolore  
U : nessuna risposta

**NOTE**

MAF

AZIENDA OSPEDALIERA Sant'Anna eSan Sebastiano

DEA SCHEDA CLINICO-ASSISTENZIALE

COGNOME

NOME

N° ID

Età

M

F

DATA

ORA

ESAME OBIETTIVO:

ATTIVITA'

Intubazione Tracheale

Drenaggio Toracico Sin.  Dx

Richiesta Sangue Universale  N° U.

Richiesta Sangue Iso Gruppo  N° U.

TERAPIA

Cefazolina 2 G

Tobramicina 300 mg

Augmentin 2,2 G

Ig Tetano

Vaccino Tet.

S. Fis. 1000

Voluen 500

Sangue

Plasma

Piastrine

DIAGNOSTICA

RX Torace

TAC Cranio

ECO Fast

TAC Total Body

Risposta sintetica:

Routine Ematica

CONSULENZE

NCH  \_\_\_\_\_

CHIR  \_\_\_\_\_

ORT  \_\_\_\_\_

DIAGNOSI / ESITO

REPARTO DI DESTINAZIONE



## **Gestione Posti Letto delle UU.OO.**

### **Livello 1**

Ai fini di accogliere i pazienti in P.S. e quelli del MAF, le UU.OO. di Medicina, Medicina e Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Generale, Ortopedia, Maxillofacciale e Chirurgia Plastica dimettono tutti i pazienti dimissibili e contattano il COPS (Centro Operativo di Pronto Soccorso) per la precisa comunicazione di disponibilità di p.l. sia a seguito trasferimento che dimissione.

### **Livello 2 e 3**

Idem Liv.1

Tutte le UU.OO. si rendano disponibili ad accogliere paz. MAF o paz. trasferiti.

### **COPS (Centro Operativo di Pronto Soccorso)**

Ordinariamente è disponibile presso il COPS in h 24 il prospetto aggiornato dei p.l. assegnabili in soprannumero alle UU.OO..

E' altresì disponibile in tempo reale l'elenco delle UU.OO. non attive agibili utilizzabili per il livello 2 e 3.

In caso di trasferimento di pazienti ad altre UU.OO. le seguenti UU.OO. sono in grado di accogliere:

- **Chirurgia dei Grossi Traumi: fino a 9 pazienti da rianimazione**
- **Medicina e Chirurgia d'urgenza: 15 posti letto**

LIVELLO	U.O. SERVIZIO	CHI FA	CHE COSA
<b>1</b>	<b>UU.OO. di Medicina</b>	Personale Infermieristico  Medico Internista	1) Il personale è comandato in servizio per il periodo dell'emergenza 2) predispone almeno 2 p.l. in soprannumero per ogni sezione; 3) verificare i dimissibili 4) il medico internista del gruppo piastra 2° settore si reca in P.S. presso la medicherai cod. Verdi-Bianchi e Gialli preesistenti per la dimissione e/o ricovero e nuovi paz. Comuni
<b>2</b>		Personale Inf.co	Idem 1. 3. 2) predispone 2 p.l. in soprannumero per ogni sezione
<b>3</b>			Idem 1. 2. 3. 4.

LIVELLO	U.O. SERVIZIO	CHI FA	CHE COSA
<b>1</b>	<b>UU.OO. di Ortopedia Max-facciale</b>	Personale Infermieristico  Medico	1) Il personale è comandato in servizio per il periodo dell'emergenza 2) predispone letti e/o barelle 3) Dimissione dei pazienti dimissibili
<b>2</b>	<b>Chirurgia</b>		4) viene attivata la chiamata a domicilio incominciando dal turno successivo sia per il personale medici ed infermieristico
<b>3</b>	<b>Otorino</b>		Idem 1. 2. 3. 4.

LIVELLO	U.O. SERVIZIO	CHI FA	CHE COSA
<b>1</b>	<b>CC.OO.</b>	Personale Infermieristico  Chirurgo Specialista	1) Il personale è comandato in servizio per il periodo dell'emergenza 2) un infermiere per ogni C.O. attiva (CCH, NCH, ) si reca al Blocco Operatorio e si mette a disposizione per l'apertura delle C.O.; 3)viene chiamato l'infermiere reperibile per eventuali urgenze specialistiche; 4) il chir. Specialista si reca al B.O. e si mette a disposizione
<b>2</b>			Idem 1.2.3. 4. 5) viene attivata la chiamata a cascata a domicilio iniziando dal turno successivo sia per il personale infermieristico che medico.
<b>3</b>			Idem 1.2.3. 4.5

LIVELLO	U.O. SERVIZIO	CHI FA	CHE COSA
<b>1</b>	<b>Centro Rianimazione</b>	Personale Infermieristico	1) Il personale è comandato in servizio per il periodo dell'emergenza 2) predispone 5 p.l. attrezzati con monitor e ventilatore automatico; verifica la dotazione di farmaci e presidi; predispone i compiti del personale inf.co proveniente dalle altre TT.II. in supporto al personale presente
<b>2</b>		Personale Infermieristico	Idem 1. 2. 3) attiva la chiamata a cascata del personale a domicilio fino a raggiungere un numero adeguato di infermieri /p.l., iniziando dal personale del turno successivo
<b>3</b>			Idem 1.2.3. 4) viene attivata la mobilità da altri ospedali

LIVELLO	U.O. SERVIZIO	CHI FA	CHE COSA
<b>1</b>	<b>Terapie Intensive</b>		1) Il personale è comandato in servizio per il periodo dell'emergenza 2) un infermiere viene distaccato presso il Rian. ; 3) prima di lasciare il proprio posto, l'inf.re verifica l'eventuale necessità di portare del materiale presso la Rian. 1 (barelle, presidi ecc.)
<b>2</b>			Idem 1. 2. 3. 4) attiva la chiamata a cascata a domicilio iniziando dal turno successivo fino a raggiungere 2 infermieri ogni T.I. da impiegare presso il C.Rian.
<b>3</b>			Idem 1. 2. 3. 4.

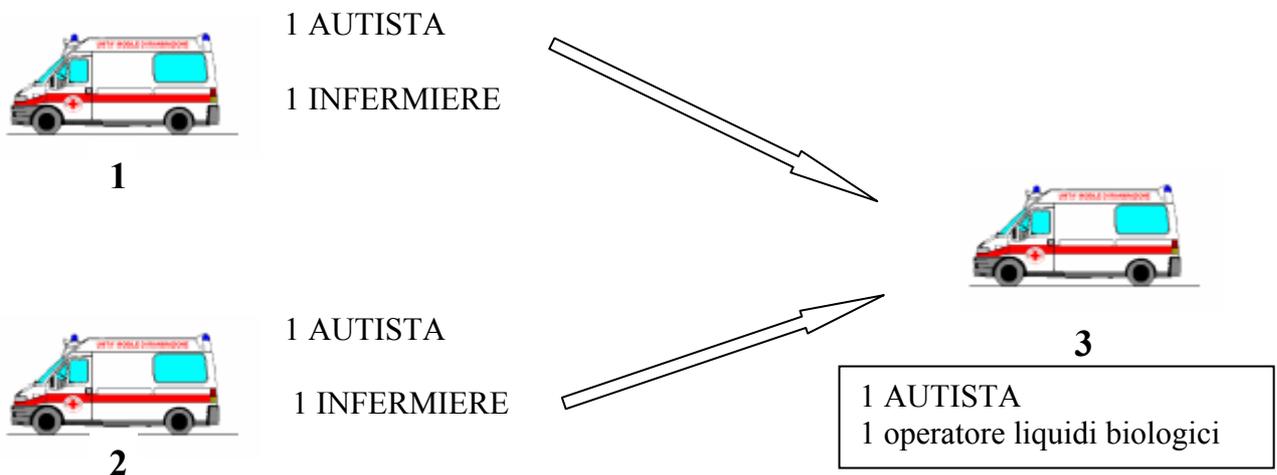


**I° Operatore telefonico SLOT:** Chiama il Responsabile reperibile SLOT;  
Allerta l'Autoparco (2315);

**II° Operatore telefonico SLOT:** Inizia redistribuzione equipaggi e predispone le macchine per il passaggio da 2 a 3 Ambulanze (vedi schema) e redistribuzione equipaggi macchine trasporto liquidi biologici;  
Inizia il Coordinamento delle Macchine per l'evacuazione immediata del P.S. dei pazienti già presenti.

**Ridistribuzione degli equipaggi:** Ogni Autista esce dalla Ambulanza e con un inf. ricompongono ulteriori 2 equipaggi come da schema:

**Postazione SLOT Sant'Anna e San Sebastiano :**



Attraverso il presente schema si passa da n° 2 a n° 3 ambulanze con equipaggi composti da 2 unità.

Anche le macchine per il trasporto liquidi biologici subiranno una redistribuzione degli equipaggi:

**Macchine trasporto liquidi biologici SIT**



**FASE 1: Ambulanze 1, 2, 3** : evacuazione del P.S. dei pazienti già presenti, su indicazione dell'HDM – P.S.; **Percorso:** entrata via degli Agrumi (P.S.), Pz. presenti sul corridoio all'ingresso, uscita Via Amalfi

**Macchina 4:** trasporto liquidi biologici a disposizione delle emergenze del P.S. e delle UU.OO.

**FASE 2:**

**Ambulanze 1, 2, 3** : rimangono a disposizione dell'HDM – P.S. ; **Percorso: entrata via degli Agrumi (P.S.),** Pz. presenti sul corridoio all'ingresso, uscita Via Amalfi

**Macchina 4:** trasporto liquidi biologici a disposizione delle emergenze del P.S. e trasporto liquidi biologici a disposizione delle UU.OO. N° 2 Aus. o OTA andranno a predisporre gli eventuali posti letto aggiunti e garantiranno il trasporto di :

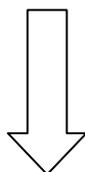
- effetti lettereci,
- biancheria,
- biancheria monouso,
- divise monouso
- farmaci,
- presidi medico-chirurgici,
- apparecchiature
- e quanto altro.

**Reperibile SLOT (Presso Centralino A.O.: 0823 231111  
Coadiuvata UFF. INF. per quanto attiene:**

<b>Funzioni Obiettivo Gen. (chi)</b>	<b>Compiti (cosa)</b>	<b>(come)</b>
Gestisce comunicazioni interne SLOTT	Coordina comunicazioni interne con Centralino SLOT ed Equipaggi	<u>Linee telefoniche:</u> 4214 resto delle attività; <u>Radiotrasmittenti:</u> comunicazioni con equipaggi;
Gestisce trasporti Pz.	Coordina equipaggi ambulanze e personale a piedi	Attiva ambulanze. Attiva personale a piedi. Vigila sui tempi di trasporto.
Gestisce trasporti cose	Coordina macchine trasporto liquidi biologici .	Attiva macchine e Pulmino. Vigila sui tempi.

Un piano deve essere sufficientemente flessibile per essere utilizzato in ogni tipo di emergenza e semplice in modo da divenire rapidamente operativo.

Il modello operativo così come presentato è flessibile ed adattabile a qualsiasi tipo di evento e l'implementazione o meno delle macchine sarà in funzione del livello di Maxiemergenza verificatosi.



Alla dichiarazione di cessato allarme da parte degli organi competenti il Servizio rientrerà nell'assetto standard.

## **ATTIVAZIONE DELLA CHIAMATA PER FRONT-OFFICE - ACCOGLIENZA**

L'URP ha funzioni di gestione delle informazioni al pubblico, di coordinamento e di facilitazione nelle relazioni tra i medici ed i parenti.

In caso di maxiemergenza l' HDM Info, 1° medico di Direzione Sanitaria di turno allerta il personale del Front Office

All'ingresso in ospedale è indispensabile separare il flusso del pubblico da quello delle vittime.

il servizio di vigilanza ha un ruolo centrale nella funzione di direzionamento dei parenti verso la piastra.

In caso di non funzionamento delle comunicazioni on line o in presenza di grave catastrofe, il flusso delle informazioni dal pronto soccorso all'ufficio informazioni è assicurato con la seguente procedura: l'accettazione amministrativa compila la lista dei feriti, il medico di turno h.d.m. info della Direzione sanitaria completa l'elenco con l'indicazione dell'Unità Operativa di destinazione e lo consegna al Front Office.

Lo stesso medico predispone bollettini informativi step by step con il numero dei feriti, il loro stato di gravità, aggiorna l'elenco ufficiale delle persone identificate e delle vittime e lo trasmette puntualmente al Front Office.

l'urp comunica ai parenti solo ed esclusivamente l'eventuale presenza di vittime, segnalate dall'h.d.m. info della Direzione sanitaria. Per non violare il diritto alla privacy dei pazienti, che in caso di maxiemergenza non possono assicurare il loro assenso, l'informazione va rilasciata di persona ad un parente in linea diretta ascendente e/o discendente di 1° grado: coniuge, figlio, genitore. Non si ritiene pertanto indicato rilasciare informazioni telefoniche.

L'HDM Coordinatore cura la comunicazione con i parenti ad intervalli regolari (ogni ora) o su chiamata del Front Office nel locale sulla sinistra dell'atrio di fronte all'ufficio informazioni per comunicazioni di tipo non critico.

L'HDM Coordinatore parla con i parenti su chiamata dell'URP nella stessa sede Front Office per comunicazioni gravi che richiedano maggiore privacy ed un'azione di contenimento emotivo del parente della vittima affiancati da uno psicologo.

In caso di grave impedimento, da parte del medico, a lasciare l'area critica, Il Front Office mette a disposizione il proprio ufficio per consentire la comunicazione in via telefonica tra il medico ed il parente.

## ATTIVAZIONE FRONT-OFFICE ACCOGLIENZA

### Fase 1 Ricezione allarme

FUNZIONI OBIETTIVO GEN. ( chi )	COMPITI (cosa)	(come)	(tempi)	VERIFICA	NOTE
Medico di Direzione Sanitaria	Allerta personale Front Office	Tramite Centralino	5'		Se i telefoni non funzionano uso ei cellulari
Direttore O.P.S.O.S.	Attiva un turno straordinario con 2 operatori del Front Office	Tramite telefono	30'		

### Fase 2 Cessato allarme

FUNZIONI OBIETTIVO GEN. ( chi )	COMPITI (cosa)	(come)	(tempi)	VERIFICA	NOTE
Medico di Direzione Sanitaria	Comunica il cessato allarme	Tramite Centralino			
Direttore O.P.S.O.S.	Comunica il cessato allarme al suo staff	Verbalmente			

## ATTIVAZIONE SERVIZIO SICUREZZA

LIVELLO	U.O. SERVIZIO	CHE COSA	NOTE
<b>1</b>	SERVIZIO SICUREZZA  con il TEAM LEADER responsabile del P.S.	1)Raddoppia il turno 2)Collabora all'evacuazione del P.S. dei parenti, e se necessario dei pazienti preesistenti. 3)Presidia gli accessi al P.S.: -corridoio alle C.O. -vano ascensori per Med. Urgenza -corridoio Cod. Bianchi-Verdi -corridoio radiologia -porta laterale radiologia 4)Presidia il percorso di ingresso al pronto soccorso	Escludere dall'accesso al P.S. anche il personale dipendente non coinvolto operativamente.
<b>2</b>		Idem 1. 2. 3. 4.	
<b>3</b>		Presidia tutti gli accessi al presidio ospedaliero	