

OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

dl U.O. AFFARI GENERALI E LEGALI
DR/CB

DELIBERAZIONE N. 1595 DEL 19 OTT. 2023

OGGETTO: Approvazione del Piano di Emergenza Intraospedaliera Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)

L'anno duemilaventitre addì **19** del mese di **OTT.**, presso la sede Amministrativa dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, sito in Genova, Largo Rosanna Benzi, 10 presenti il Direttore Scientifico, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario,

IL DIRETTORE GENERALE

richiamati:

- l'intesa Stato-Regioni relativa all'approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992;
- il DM 15 maggio 1992, n.121 "Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza;
- la pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi emergenza elaborata dal Dipartimento della Protezione Civile (1998);
- i criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari in caso di catastrofi fissati dal Dipartimento della Protezione Civile nel 2001;
- l'accordo Stato-Regioni del 01.08.2019 (rep. Atti n.143/CRS) sulle linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso;
- la D.G.R. della Regione Liguria n.941/19 con la quale è stato recepito l'Accordo Stato/Regioni del 01.08.2019;
- la deliberazione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria -A.Li.Sa. n.11 del 13.01.2022 ad oggetto "Approvazione del documento "linee di indirizzo regionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso";

atteso che con deliberazione n.1226 del 12.10.2016 il Policlinico aveva approvato il Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF);

considerato che, alla luce della normativa vigente e della mutata strutturazione e riorganizzazione del Policlinico, occorre procedere alla stesura di un nuovo "Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)";

vista l'email del 18.10.2023 con la quale il Direttore del U.O. Governo clinico ed organizzazione ospedaliera Dott.ssa Morando, in accordo con il Direttore Sanitario, chiede di voler procedere all'approvazione del nuovo Peimaf predisposto dal Gruppo di Lavoro dalla stessa coordinato ed allegato al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;

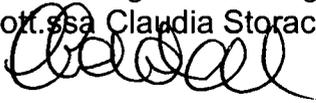
dato atto che la presente proposta è predisposta nell'ambito della sfera di competenza della Struttura proponente, che il Direttore della stessa attesta l'avvenuta regolare istruttoria della pratica e la conformità del procedimento alla vigente normativa e attesta altresì l'assenza di situazioni di conflitto di interessi rispetto a quanto previsto dagli articoli 6, comma 2, e 13, comma 3, del D.P.R. 16 aprile 2013, n.62 ("Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165");

preso atto del parere favorevole espresso, per quanto di competenza, dal Direttore Scientifico, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario

DELIBERA

- di approvare il Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale che sostituisce il precedente di cui alla deliberazione n.1226 del 12.10.2016;
- di dare la massima diffusione al PEIMAF mediante inserimento sul sito internet e sulla rete intranet aziendale.

Il Direttore Proponente f.f.
U.O. Affari generali e legali
(Dott.ssa Claudia Storace)



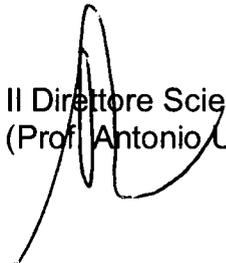
Il Direttore Amministrativo
(Dott. Fabrizio Figallo)



Il Direttore Sanitario
(Dr. Giovanni Orenco)



Il Direttore Scientifico
(Prof. Antonio Uccelli)



Il Direttore Generale
(Dott. Marco Damonte Prioli)





OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO
Sistema Sanitario Regione Liguria
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO DI EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)

INDICE

- 1. OGGETTO E SCOPO**
- 2. CAMPO DI APPLICAZIONE**
- 3. DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI**
- 4. PIANO DI EMERGENZA PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (P.E.I.M.A.F.)
RESPONSABILITÀ E COORDINAMENTO**
 - 4.1 Direzione Sanitaria**
 - 4.2 Unità di Crisi**
- 5. FUNZIONI DELL'UNITÀ DI CRISI NELLA FASE PREPARATORIA DEL PIANO**
 - 5.1 Identificazione delle capacità di ricezione dell'ospedale**
 - 5.2 Individuazione di un'area di atterraggio per i mezzi aerei (elicotteri) e vie di accesso preferenziali per quelli terrestri**
 - 5.3 Identificazione di un'area di accettazione**
 - 5.3 Individuazione del personale medico preposto al "triage" d'accettazione intra-ospedaliero**
 - 5.4 Definizione di procedure di mobilitazione del personale**
 - 5.5 Predisposizione di scorte riciclabili di materiale**
 - 5.6 Preparazione di una modulistica semplificata**
 - 5.7 Formazione ed addestramento del personale**
 - 5.8 Predisposizione**
- 6. FUNZIONI DELL'UNITÀ DI CRISI NELLA FASE OPERATIVA**
- 7. ATTIVAZIONE PEIMAF**
 - 7.1 Ricezione dell'allarme**
 - 7.2 Allestimento area di accettazione/ricezione dei pazienti**
 - 7.3 Mobilitazione dei reparti e del personale**
 - 7.4 Allestimento delle vie di accesso**
 - 7.5 Rapporti con l'esterno**
 - 7.6 Comunicazioni**

Largo Rosanna Benzi, 10 - 16132 Genova

protocollo@pec.hsanmartino.it

IRCCS Certificato secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015 Certificato n. 41781/21/S - RINA

Certificato secondo la norma UNI EN ISO 45001:2018 Certificato n. OHS-4459 - RINA

Certificate of Accreditation and Designation as Comprehensive Cancer Centre OECl Registered Number RPM N. 0473647634

1. OGGETTO E SCOPO

L'organizzazione ospedaliera dei soccorsi nel caso di una maxiemergenza è demandata al Piano di emergenza per massiccio afflusso di feriti (PEIMAF).

Esso delinea preventivamente le soluzioni organizzative e logistiche più idonee a fronteggiare un eventuale massiccio ed imprevisto afflusso di feriti, identificando la tipologia delle misure da adottare, le modalità e, per quanto possibile, i tempi di esecuzione, nonché i responsabili e gli esecutori materiali dei diversi interventi. Per essere efficace il piano deve soddisfare alcuni requisiti di massima:

- Compatibilità con l'attività ordinaria dell'ospedale;
- Integrazione con la rete dei soccorsi sul territorio;
- Adattabilità alla molteplicità delle tipologie di emergenza o di evento maggiore;
- Flessibilità per meglio rispondere ad un'eventuale rapida evoluzione della situazione in atto;
- Affidabilità, testata mediante esercitazioni periodiche.

L'articolazione del piano deve, inoltre, definire:

- le esigenze di particolari settori della popolazione (bambini, disabili, stranieri);
- le soluzioni volte a garantire un'immediata accettazione delle vittime ed una rapida reintegrazione dei materiali;
- la capacità di ricezione della struttura sia in relazione alle risorse ordinariamente disponibili, sia in rapporto a quelle supplementari mobilitate in seguito all'emergenza.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presupposto per una corretta attività di pianificazione è definire preliminarmente le condizioni all'origine di un eventuale stato di emergenza per meglio prevederne gli effetti. Alcuni sono eventi, in qualche misura, attesi in quanto si verificano in periodi particolari dell'anno (condizioni climatiche estreme). In questo caso l'afflusso dei malati in ospedale è distribuito nel tempo e gli interventi possono essere pianificati con largo anticipo.

Altri non sono preceduti da alcun fenomeno che ne consenta la previsione e richiedono un'organizzazione dei soccorsi immediata. Tipico è il caso di un afflusso massiccio e disordinato di un numero imprecisato di feriti traumatizzati od ustionati in un arco temporale ristretto. Nell'ipotesi drammatica di un evento catastrofico di tale portata l'elemento distintivo è appunto il suo manifestarsi in modo improvviso e dirompente con gravissime e diffuse ripercussioni sulla popolazione; la conseguenza più diretta, anche se in genere temporanea, è un'evidente sproporzione fra i bisogni immediati della popolazione coinvolta ed il meccanismo di reazione della cosiddetta "macchina dei soccorsi".

Ai fini della corretta quantificazione e qualificazione delle risorse da porre in campo, si riporta una breve esemplificazione degli eventi di maggiore impatto sulla popolazione, catastrofi od incidenti maggiori, facendo riferimento principalmente a criteri di letteratura causale, numerico e geografico.

2.1 Criterio causale

Eventi naturali	Si sviluppano in un contesto naturale e derivano da fenomeni spontanei	Terremoti Maremoti Eventi legati a condizioni climatiche estreme (es. alluvioni)
Eventi naturali indotti dall'uomo	Si sviluppano in un contesto naturale, ma alla loro origine vi sono interventi dell'uomo	Frane Inondazioni Incendi di foreste
Eventi sviluppatisi in un contesto antropico	Azioni non deliberate che possono derivare da errori in fase di progettazione, realizzazione o gestione degli impianti e dei manufatti Azioni deliberate che possono essere messe in atto in caso di conflitti internazionali, interni (guerre civili), tensioni sociali, politiche, religiose, economiche	Collassi strutturali di edifici, sbarramenti, dighe, ponti Incidenti nei trasporti di massa Incidenti ad impianti di produzione di composti chimici o contaminazione da sostanze chimiche in area portuale o durante le fasi di trasporto Incidenti ad impianti di produzione di energia Black-out energetici Incidenti alle infrastrutture deputate alla distribuzione di gas, acqua potabile e calore Armi di tipo convenzionale Armi di distruzione di massa: <ul style="list-style-type: none"> - radiologiche/nucleari - biologiche - chimiche

2.2 Criterio numerico

Incidente individuale		Meno di 10 soggetti coinvolti
Incidente maggiore		Tra 10 e 50 soggetti coinvolti
Catastrofe	Limitata	Tra 50 e 100 soggetti coinvolti
	Media	Tra 100 e 1000 soggetti coinvolti
	Maggiore	Più di 1000 soggetti coinvolti

Di regola, l'incidente individuale non impatta sull'organizzazione del Policlinico.

2.3 Criterio geografico: distanza dell'Istituto dall'epicentro

Area Rossa: inferiore ad 1 km (dentro all'evento)
Distanza dall'epicentro: tra 1 e 30 km (evento nell'area metropolitana)
Distanza dall'epicentro: tra 30 e 160 km (evento nell'area della regione)

Come intuibile, gli effetti patologici o lesivi conseguenti ad eventi di così rilevante portata possono essere molteplici, ma in larga parte sono riconducibili alle seguenti quattro macrocategorie:

- a) effetti lesivi di natura traumatica/ustioni;
- b) effetti lesivi di natura tossica/da radiazioni;
- c) biologico;
- d) patologie dell'apparato cardiovascolare, respiratorio, neurologico e a carattere sistemico.

La corretta distribuzione dei casi all'interno dell'ospedale, l'entità e la natura delle risorse mobilitate, dipenderanno ovviamente, dalla tipologia prevalente delle manifestazioni lesive o patologiche.

3. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

DEA Dipartimento Emergenza e Accettazione
PS Pronto Soccorso
CO Centrale Operativa
PEIMAF Piano Emergenza Massiccio Afflusso Feriti
DS Direzione Sanitaria
GCOO U.O. Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
ICT U.O. Information & Communication Technology
DPS Direzione Professioni Sanitarie
SPP Servizio Prevenzione e Protezione
SO Sala Operatoria
SSOO Sale Operatorie
OBI Osservazione Breve Intensiva
MECAU U.O. Medicina Emergenza ed Accettazione di Urgenza
PD Pronta Disponibilità
UO Unità Operativa
UOS Unità Operativa Semplice
M1, M2, M3 ecc. Piani Padiglione Monoblocco
URP Ufficio Relazioni con il Pubblico
CTS Coordinatore Team Sanità
HDM Hospital Disaster Manager
RAG Responsabile Infermieristico/Tecnico Area Gestionale
ROSO Responsabile Operativo sale operatorie (per il settore infermieristico)
UDC: Unità di Crisi
HAN: U.O. Anestesia e Rianimazione
H1W: S.S.D. Trauma center ed Emergenza Chirurgica

4. RESPONSABILITÀ E COORDINAMENTO DEL PEIMAF

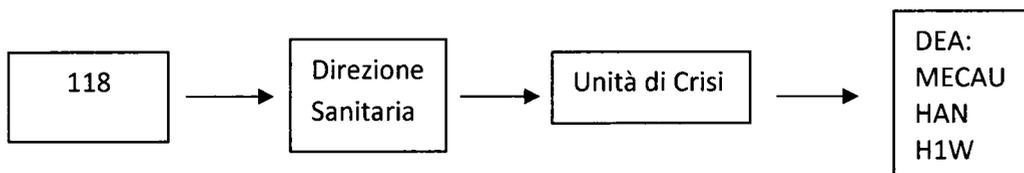
4.1 Direzione Sanitaria

Per Direzione Sanitaria si intende il Direttore Sanitario in collaborazione con i dirigenti medici della GCOO presenti in servizio/in pronta disponibilità nel momento dell'evento.

La Direzione Sanitaria ha il compito di coordinare il PEIMAF attraverso uno specifico organo denominato "Unità di crisi" (UDC).

Nella fase iniziale di allerta, le strutture immediatamente coinvolte sono la U.O. Emergenza territoriale (112&118), l'UO MECAU e l'UO Anestesia e Rianimazione, secondo il percorso di seguito illustrato:

- la centrale operativa 112&118 riceve in prima istanza le segnalazioni e le informazioni riguardanti il maxi afflusso di pazienti
- il Medico d'Urgenza in servizio nelle sale visita PS e l'Anestesista Rianimatore delle sale Codici Rossi, previamente indicati nei turni di servizio, costituiscono il riferimento organizzativo nella palazzina DEA sia nella fase preliminare che durante tutta la gestione del PEIMAF.



4.2 Unità di Crisi

L'Unità di Crisi rappresenta il nucleo direzionale sanitario, sia nella fase di predisposizione del PEIMAF, che nella fase operativa dell'emergenza. Le responsabilità relative alle attività per la gestione della emergenza sono così suddivise.

Direzione Sanitaria	<ul style="list-style-type: none">- Attivazione dell'Unità di Crisi e suo coordinamento- Rapporti con le istituzioni e gli organi centrali- Rapporti con gli organi di stampa attraverso l'addetto stampa
Unità di Crisi	<ul style="list-style-type: none">- Coordinamento logistico interno ed esterno- Rilevazione delle dotazioni: posti letto, sale operatorie, diagnostica convenzionale, sangue ed emoderivati, ventilatori automatici, presidi di autoprotezione, apparecchi di dialisi, etc.- Monitoraggio del numero dei pazienti pervenuti o attesi (per tipologia e codici colore) e dell'entità del flusso complessivo

5. FUNZIONE DELL'UNITÀ DI CRISI NELLA FASE PREPARATORIA DEL PIANO

Rappresenta il nucleo direzionale sanitario, sia nella fase di predisposizione del piano, che nella fase operativa dell'emergenza.

L'Unità di Crisi ha una composizione collegiale nella fase di preparazione del piano (vengono coinvolti i rappresentanti di tutte le unità operative interessate), mentre nella fase di attivazione in seguito all'emergenza, la composizione dell'Unità di Crisi viene rimodulata, così come indicato nel capitolo 6.

Composizione dell'Unità di Crisi in fase preparatoria:

- Direttore Sanitario con le UU.OO. in line:
Direttore UO Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera
Direttore DPS
Direttore UO Farmacia
Direttore UO Psicologia Clinica e Psicoterapia

- Direttore Amministrativo con le UU.OO. in line:
Direttore UO Attività Tecniche
Direttore UO ICT
Direttore UO Attività Economale e di Approvvigionamento
Responsabile SSD Formazione e Comunicazione

- Direttore del Dipartimento di Staff con le UU.OO.:
Direttore UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP
Direttore del Servizio Prevenzione e Protezione
Direttore UO Igiene

- Direttore del Dipartimento di Emergenza e Accettazione con le UU.OO.:
Direttore UO MECAU
Direttore UO Anestesia e Rianimazione
Direttore UO Emergenza territoriale (112&118)
Responsabile SSD Trauma center ed Emergenza chirurgica

- Direttore del Dipartimento di Neuroscienze con le UU.OO.:
Direttore UO Clinica Psichiatrica
Direttore UO Neurochirurgia

- Direttore del Dipartimento della Diagnostica per Immagini con le UU.OO.:
Direttore UO Fisica Sanitaria
Direttore UO Radiologia
Direttore UO Neuroradiologia

- Direttore del Dipartimento della Diagnostica di Laboratorio con le UU.OO.:
Direttore UO Medicina Trasfusionale

Direttore UO Medicina di Laboratorio

- Direttore del Dipartimento di Chirurgia
- Direttore del Dipartimento di Medicina Interna
- Direttore del Dipartimento di Medicina Specialistica e di Medicina Integrata con il Territorio
- Direttore del Dipartimento di Oncologia ed Ematologia
- Direttore del Dipartimento Ginecologico e Percorso nascita
- Direttore del Dipartimento Cardio Toraco Vascolare

Funzioni dell'Unità di Crisi nella fase preparatoria del piano:

5.1 Identificazione della capacità di ricezione dell'ospedale secondo la disponibilità numerica di personale (medico, infermieristico, tecnico e amministrativo), la disponibilità di tecnologie per l'assistenza e la disponibilità di posti letto (preferibilmente accorpate nella stessa area per facilitare un'assistenza omogenea) (allegati 1 e 2).

5.2 Individuazione di vie di accesso preferenziali per mezzi terrestri (ambulanze, automobili) e di un'area di atterraggio per gli elicotteri. All'interno del recinto ospedaliero deve essere previsto un percorso unidirezionale per i mezzi (il percorso dovrà essere convenientemente segnalato e visibile anche nelle ore notturne) (allegato 3).

5.3 Identificazione di un'area di accettazione (allegato 4).

5.4 Identificazione del personale medico preposto al triage d'accettazione intraospedaliero: medico esperto di medicina d'urgenza e anestesista-rianimatore. (Medico indicato come referente PEIMAF).

5.5 Definizione di procedure di mobilitazione del personale, attraverso l'Istituzione di liste di personale (medici, infermieri, personale amministrativo e tecnico) da contattare con il sistema a "cascata" **e di procedure di allerta delle UU.OO.** (allegato 5 e allegato 6).

5.6 Definizione di scorte riciclabili di materiale: le scorte di materiale come farmaci, dispositivi medici e soluzioni infusionali giacenti a magazzino, coprono un periodo di 15 giorni di attività del Policlinico in condizioni routinarie. Relativamente alle scorte di antidoti, farmaci, dispositivi medici, materiale perfusionale si rinvia agli allegati 7A, 7B, 7C e 7D.

5.7 Preparazione di una modulistica semplificata: in caso di esigenze che rendano difficoltosa la registrazione informatica dei pazienti, si prevede l'utilizzo della modulistica abitualmente utilizzata in caso di crash informatico e disponibile presso il triage.

5.8 Formazione ed addestramento del personale attraverso la programmazione e il coordinamento di attività di addestramento ed esercitazioni periodiche del personale

per illustrare la procedura da seguire e il ruolo che ognuno deve svolgere in caso di emergenza.

5.9 Predisposizione delle attività di informazione e comunicazione

- ✓ Allestimento di punto di raccolta per parenti/visitatori presso l'atrio del Padiglione Specialità per fornire informazioni sugli eventi.
- ✓ Coordinamento da parte della Direzione Sanitaria delle attività di informazione e comunicazione per i parenti e per i mass media.

6. FUNZIONI DELL'UNITÀ DI CRISI IN FASE OPERATIVA

Ricevuto l'allarme, il Direttore Sanitario o suo sostituto informa la Direzione Aziendale e convoca i componenti effettivi dell'Unità di Crisi o i loro sostituti, che si insediano nella **Sala Riunioni Multimediale, Palazzo Amministrazione primo piano.**

La composizione dell'Unità di Crisi è di norma la seguente:

- ✓ Direttore Sanitario o suo sostituto
- ✓ Direttore UO GCOO o sostituto/reperibile
- ✓ Direttore DEA o suo sostituto/reperibile
- ✓ Direttore UO DPS o suo sostituto/reperibile
- ✓ Direttore UO SPP o suo sostituto/reperibile
- ✓ Direttore UO ICT o suo sostituto/reperibile
- ✓ Direttore UO Attività Tecniche o suo sostituto/reperibile

L'Unità di Crisi, dal momento dell'attivazione, agisce coordinando i Teams e mantenendo i rapporti con l'esterno (Prefettura, Autorità di Protezione Civile, Mass Media); inoltre, attraverso i Teams per le informazioni, gestisce in un apposito ufficio i rapporti con i parenti delle vittime e con i mezzi di informazione. Per teams si intendono le strutture organizzative preposte alla gestione degli aspetti clinico-sanitari, degli aspetti di supporto logistico e strutturale e di quelli relativi alla comunicazione.

L'Unità di Crisi stabilirà le modalità di sostituzione del personale in modo da garantire il riposo; stabilirà inoltre il momento di cessato allarme e la cessazione del PEIMAF.

6.1 Composizione e funzioni dei Teams

Il **Team Sanità** è costituito da:

- ✓ HDM Medico d'Urgenza indicato nei turni, se presente Direttore U.O. MECAU o suo delegato con funzioni di **coordinamento del team**
- ✓ HDM Medico Reperibile della U.O. GCOO con funzioni di raccordo con l'Unità di Crisi
- ✓ HDM Anestesista Rianimatore indicato nei turni, se presente Direttore UO Anestesia e Rianimazione o suo delegato
- ✓ HDM Responsabile SS Emergenza Intraospedaliera
- ✓ HDM Reperibile DPS
- ✓ HDM Coordinatore Infermieristico P.S. o infermiere evidenziato nei turni di servizio

- ✓ HDM Coordinatore Infermieristico Rianimazione PS e Shock Room
- ✓ HDM Coordinatore Infermieristico Sale Operatorie in turno di PD

Il **Team Sanità** si localizza quanto prima, a seguito di allerta per probabile PEIMAF, nell'area di accettazione del Pronto Soccorso con le seguenti funzioni operative ed è il primo in genere ad intervenire sulla scena:

- ✓ Controlla l'allestimento dell'area di accettazione/ricezione dei pazienti
- ✓ Provvede alla mobilitazione delle U.O. per assicurare disponibilità di posti letto e coordina i ricoveri ospedalieri
- ✓ Assicura la mobilitazione-presenza del personale convocato con il sistema di chiamata "a cascata"
- ✓ Verifica, tramite l'Ispettorato Aziendale, che le vie di accesso preferenziali vengano mantenute agibili per i mezzi di soccorso e che sia libera l'area di atterraggio per gli elicotteri
- ✓ Verifica la disponibilità delle sale operatorie in rapporto alle esigenze dei feriti
- ✓ Si coordina con gli operatori presenti in Pronto Soccorso
- ✓ Si coordina con la centrale operativa 118 e con altre strutture sanitarie, ove necessario
- ✓ Interagisce e scambia informazioni con l'unità di crisi (è prevista una linea telefonica interna riservata all'emergenza)

Il **Team Logistica** (per materiali, presidi e farmaci, strutture, tecnologie) è costituito da:

- ✓ Direttore dell'UO Attività Economale e di Approvvigionamento o suo delegato
- ✓ Direttore della UO Attività Tecniche o suo delegato/reperibile
- ✓ Direttore della UO Farmacia o suo delegato/reperibile con funzioni di coordinamento del team
- ✓ Responsabile Servizio Trasporti Sanitari e Trasporto Malati o suo delegato/reperibile
- ✓ Responsabile Ispettorato Aziendale o suo delegato
- ✓ Reperibile UO ICT o suo delegato/reperibile

Funzioni:

- ✓ Reperimento e messa a disposizione di presidi, tecnologie, farmaci o quant'altro occorrente
- ✓ Aspetti viabilità e utilizzo strutture
- ✓ Interazione e scambio di informazioni con l'unità di crisi
- ✓ Organizzazione delle squadre per il trasporto dei pazienti e degli strumenti di primo soccorso all'ingresso del PS

Il **Team Informazioni, supporto e sostegno** è costituito da:

- ✓ UO Governo Clinico: Assistenti Sanitarie/Sociali
- ✓ UO Psicologia Clinica e Psicoterapia
- ✓ UO Clinica Psichiatrica
- ✓ UO Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP con funzioni di coordinamento del team

Funzioni:

- ✓ informazioni ed assistenza
- ✓ informazioni telefoniche ai familiari sulla effettiva presenza dei pazienti
- ✓ informazioni generiche ai familiari giunti in ospedale sulle condizioni dei pazienti
- ✓ supporto psicologico ai familiari.

7. ATTIVAZIONE A CASCATA DEL PIANO DI EMERGENZA

7.1.1 Ricezione dell'allerta

Questa struttura sanitaria può essere allertata dalle Forze dell'Ordine (Polizia e Carabinieri), da Organizzazioni Civili (Prefettura, Vigili del Fuoco, Protezione Civile, Vigili Urbani), da istituzioni sanitarie (Centrale Operativa 118, altri Ospedali), ma anche da privati cittadini. Il punto di arrivo della prima chiamata potrà quindi essere: il 118, il Centralino dell'Ospedale, il Pronto Soccorso, la Direzione Sanitaria. La verifica della veridicità dell'allerta verrà comunque convogliata sulla centrale operativa 118, che, in caso affermativo, ne darà comunicazione alla Direzione Sanitaria.

La fase di ricezione dell'allarme costituisce un momento estremamente delicato poiché da essa dipende l'attivazione del PEIMAF; infatti in tale momento si decide lo stato di pre-allarme o di allarme e il livello di attivazione e risposta dell'Istituto alla maxi-emergenza. L'emergenza scatta quando l'afflusso (verificato in loco o previsto) di feriti che giunge al Pronto Soccorso eccede significativamente la normale routine. Non possono essere espressi criteri assoluti anche per la molteplicità delle possibili condizioni e considerando l'attivazione del PEIMAF all'interno del contesto metropolitano.

Sulla base della descrizione dello scenario dell'evento, della quantificazione dei danni e della previsione di evoluzione fornite dal 118, vengono infatti innescati i livelli di allarme e la mobilitazione ospedaliera, sentita la Direzione Sanitaria, secondo il seguente schema che comunque ha valore indicativo tenuto conto della tipologia, durata, ed entità dell'evento.

LIVELLO DI ALLARME	Numero pazienti totali	Attivazione personale	PERCORSI
1 (prima ora)	16 (di cui 4 codici rossi)	<p>Step A - B</p> <p>Step A MANTENIMENTO IN SERVIZIO DEL PERSONALE MEDICO, INFERMIERISTICO E DI SUPPORTO PRESENTE</p> <p>Step B AVVISO AL PERSONALE MONTANTE PER ARRIVO ANTICIPATO IN SERVIZIO ATTRAVERSO IL PERSONALE GIÀ IN SERVIZIO. -SOSPENSIONE ATTIVITA' AMBULATORIALE ED ELETTIVA IN ATTO, INVIO PERSONALE NELLE AREE ASSISTENZIALI IDENTIFICATE</p>	<p>Percorso I- TRIAGE UNICO FAST TRIAGE→ ATRIO ACCOGLIENZA ROSSI: shock room e sale da 1 a 3 GIALLI: percorso respiratorio (sala 7) VERDI: deambulanti verso stanza 18 Sale 4-5 dedicate a pazienti di interesse prevalentemente ortopedico Sala 6 dedicata a pazienti di interesse prevalentemente psichiatrico (vedi figura percorso 1)</p>
2 (seconda ora)	20 (di cui 3 codici rossi)	<p>Step A e B (vedi prec)</p> <p>Step C ATTIVAZIONE DEL PERSONALE REPERIBILE TRAMITE CENTRALINO ISTITUTO</p>	<p>Percorso II- Attivazione TRIAGE 2 presso stanza 18 (codici VERDI) ROSSI: shock room e sale da 1 a 3 GIALLI: percorso respiratorio (sala 7) VERDI: deambulanti verso stanza 18 Sale 4-5 dedicate a pazienti di interesse prevalentemente ortopedico Sala 6 dedicata a pazienti di interesse prevalentemente psichiatrico (vedi figura percorso 2)</p>
3 (terza ora)	25 (di cui 3 codici rossi)	<p>Step A, B e C (vedi prec)</p> <p>Step D ATTIVAZIONE A CHIAMATA DEL PERSONALE RAGGIUNGIBILE UTILIZZANDO ELENCHI DI UO -SOSPENSIONE ATTIVITA' AMBULATORIALE ED ELETTIVA PROGRAMMATA</p>	<p>Percorso III- Attivazione TRIAGE 3 presso piano terra specialità, ambulatori traumatologia per codici VERDI (vedi figura percorso 3)</p>
4 (quarta ora)	>30 pazienti	Coinvolgimento dell'unità di crisi per i rapporti con le strutture sovraordinate.	

Il Servizio 118 in caso di numerose vittime a seguito di evento maggiore osserva il criterio di inviare la maggior percentuale di pazienti gravi (codici Rossi/gialli) al DEA di II livello e i pazienti, più numerosi ma di minor impegno, agli altri ospedali.

7.1.2 Attribuzione della responsabilità di attivare o disattivare il Piano di Emergenza
L'Autorità di attivare e disattivare il piano compete alla Direzione Sanitaria come definito nel capitolo 4.

7.2 Allestimento area di accettazione/ricozione pazienti (allegato 4)

7.3.1 Mobilitazione dei reparti e del personale

Vengono attivate Strutture e Personale Ospedaliero per fronteggiare la situazione di emergenza, secondo la tipologia di evento e secondo gli elenchi di cui agli allegati 2, 5, 6 dal centralino, su mandato dell'Unità di crisi.

L'attivazione prevede che le figure preposte siano avvisate in modo pronto e coordinato, che siano fermati sul posto di lavoro gli operatori già in servizio presso la Palazzina PS e il personale di Guardia attiva e che siano resi disponibili altri operatori in servizio all'interno dell'ospedale.

Dal momento di conferma dell'allerta devono essere disponibili e presenti in Pronto Soccorso le Unità di Personale Sanitario che svolgeranno funzioni specifiche, elencate nei punti **a, b, c, d** e coordinate dal HDM Coordinatore Team Sanità (CTS).

a) Il Coordinatore del Team Sanità sovrintenderà agli aspetti organizzativo gestionali e logistici relativi alla corretta presa in carico dei malati in Pronto Soccorso

Il Personale deputato per ambiti di competenza al trattamento dei pazienti in condizioni gravi (Codici Rossi o Gialli) è formato da:

- Anestesista;
- Medico d'Urgenza;
- Ortopedico Traumatologo;
- Chirurgo;
- Personale Infermieristico e di supporto;
- Gli altri specialisti di guardia presenti in PS o in Ospedale intervengono su chiamata del Team Sanità a seconda delle necessità e della tipologia dell'evento o per decisione dell'HDM CTS.

b) HDM Triage, indicato nei turni di servizio, sarà responsabile delle procedure di triage.

c) Il coordinatore del Team Sanità indirizza il personale distaccato a supporto da altre strutture del Policlinico al trattamento dei pazienti in condizioni meno gravi e dei malati ancora presenti in Pronto Soccorso al momento dell'allerta e non rapidamente dimissibili con l'eventuale supporto di altri Specialisti necessari.

d) Personale dei Servizi Diagnostici, Personale Tecnico, Infermieristico e di Supporto saranno responsabili delle rispettive linee di attività.

e) Il Responsabile dei trasporti sanitari e trasporto malati organizzerà le squadre per il trasporto dei pazienti e degli strumenti di primo soccorso all'ingresso del Pronto Soccorso.

f) L'ispettorato aziendale si occuperà di garantire la fruibilità della viabilità delle aree circostanti il PS.

7.3.2 Riorganizzazione delle degenze del Pronto Soccorso

Il Responsabile Medico della Degenza della SSD Area Medica Critica (medico sottolineato nei turni) e se presente il Medico in servizio presso l'OBI o, in sua assenza, un medico dell'UO MECAU indicherà agli Infermieri e al Personale di Supporto quali

malati potranno essere dimessi o trasferiti verso altri reparti, per consentire il ricovero dei feriti/traumatizzati. Per quanto possibile analoga procedura dovrà essere applicata all'U.O. Ortopedia e Traumatologia d'Urgenza e all'SSD Trauma Center ed Emergenza Chirurgica.

Tutte le altre persone presenti in Pronto Soccorso dovranno essere allontanate, a cura del personale dell'Ispettorato Aziendale. Il responsabile dell'Ispettorato Aziendale avrà il compito di predisporre le segnalazioni per l'accoglienza dei feriti e ne coordinerà il percorso (con il supporto di un sanitario, ove previsto), secondo le indicazioni operative del PEIMAF previste in Allegato 3 e Allegato 4.

L'Ispettorato Aziendale indirizzerà le ambulanze e le macchine che portano i feriti. Le auto e le ambulanze, dopo aver portato i feriti, si dovranno allontanare al più presto, in modo da lasciare libero l'ingresso per l'arrivo di nuovi feriti.

7.4 Allestimento delle vie d'accesso (allegati 3 e 4)

7.5 Rapporti con l'esterno: sarà compito dell'Unità di Crisi curare i rapporti con le Istituzioni, gli organi centrali e gli organi di stampa.

7.6 Comunicazioni: saranno gestite dall'Unità di Crisi con il Team Informazioni.

Allegato 1 CAPACITA' DI RICEZIONE DELL'ISTITUTO (rif. Piano Sanitario per la Gestione Maxi-Emergenza Regione Liguria, 31 marzo 2016)

1 - Tipologia di struttura: **DEA 2° livello**

1a - N. posti letto ordinari: **1210**

1b - N. codici rossi* che possono essere accolti per struttura: surge capacity **4/ora nella prima ora, 3/ora nelle 2 ore successive**

1c – N° pazienti totali* (compresi codici gialli e verdi) che possono essere accolti per struttura: surge capacity **16/ora nella prima ora, 20/ora nella seconda ora, 25/ora nella terza ora.**

1d. A partire dalla quarta ora, numero superiore a 30 di pazienti coinvolti, previo coinvolgimento dell'Unità di Crisi per i rapporti con le strutture sovraordinate.

2 - Tipologia di Specialità Chirurgiche presenti/PD: **Chirurgia Generale e Trauma Center, Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Neurochirurgia, Chirurgia Plastica, Ostetricia e Ginecologia, Urologia, Chirurgia ORL/Maxillo Facciale, Oculistica, Radiologia e Neuroradiologia Interventistica, Cardiochirurgia.**

3 - N. di letti di Medicina d'Urgenza: **n.56 di cui n.10 monitorizzati /n. 17 OBI**

4 - N. di letti di Medicina d'Urgenza / OBI e quanti sono espandibili: **n.4 letti tecnici di medicina d'urgenza**

5 - N. di posti letto di Rianimazione ordinari: **n.50**

6 - N. di posti letto di Rianimazione espandibili: **n.10**

7 - N. di Sale Operatorie attive e attivabili in urgenza H24: **da n.3 attivabili immediatamente (di cui 1 per centro nascite) ad un totale di n. 7 (attivando il personale in pronta disponibilità), fino ad un massimo di 16 nelle fasce orarie mattutine feriali, attraverso la sospensione dell'attività chirurgica elettiva e il richiamo in servizio di tutto il personale disponibile.**

8 - N. di posti Dialisi CRRT in urgenza H24: **n.9 all'interno dei n.50/60 letti di terapia intensiva.**

9 - N. Anestesisti (escluso Rianimazione) presenti per turno diurno/notturno e festivo: **nelle fasce orarie mattutine dal lunedì al venerdì 34 anestesisti, nelle fasce orarie pomeridiane dal lunedì al venerdì 15 anestesisti, nelle giornate di sabato, festivi e nelle fasce orarie notturne 4 anestesisti presenti (di cui 1 per il centro nascite) e 5 in PD.**

10 - N. Medici d'Urgenza (PS terra) presenti per turno diurno /notturno e festivo: **7 medici presenti nelle fasce orarie diurne mattutine, 6 nelle fasce orarie diurne pomeridiane e 3 in quelle notturne con 1 in PD. Nelle giornate di sabato e festive 6 medici al mattino, 5 al pomeriggio, 3 la notte con 1 in PD.**

11 - Presenza Centro Trasfusionale: **SI con 1 guardia attiva integrata da n.1 PD**

12 - Presenza di emazie concentrate nella emoteca della maxi-emergenza nel numero di 100 unità di gruppo 0 positivo.

Altre unità potranno essere rese disponibili dopo la sospensione di tutte le attività chirurgiche elettive ed il rinvio di terapie trasfusionali in ambito medico che non hanno caratteristiche di emergenza/urgenza.

Al momento dell'arrivo dell'allarme il responsabile per l'emergenza o il team leader contatta la U.O. medicina Trasfusionale per la verifica delle scorte presenti nelle frigoemoteche.

Al responsabile della Struttura regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali compete l'attivazione della compensazione intra-regionale in caso di livello 2 emergenza/urgenza.

In caso di livello 3 maxi-emergenza il responsabile della Struttura regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali attiva la compensazione intra-regionale e richiede il supporto del Centro Nazionale Sangue per il reperimento di unità extraregione.

Per i livelli 2 e 3 il personale necessario per garantire le attività della U.O. Medicina trasfusionale è:

- **Team Peimaf 2 medici+2 TSLB**
- **Team routine/urgenze: 2 medici+2TSLB**

Il personale in turno è trattenuto in servizio fino a quando l'emergenza persiste.

SCELTA DELLE MODALITÀ DI ASSEGNAZIONE E DELLA TIPOLOGIA EMAZIE

Il medico della MT sceglie la tipologia di emazie da assegnare in relazione alla:

- gravità della situazione clinica rappresentata dal medico UO e tempestività necessaria alla trasfusione;
- disponibilità dei campioni ematici inviati dal reparto;
- presenza/assenza di una precedente determinazione di gruppo sul sistema gestionale della MT;
- caratteristiche del paziente.

TRASFUSIONE DI EMAZIE 0 POSITIVO A PAZIENTI 0 NEGATIVO

In caso di pazienti gruppo 0 **NEGATIVO** politraumatizzati o con emorragia critica e necessità di trasfusione massiva, il medico della MT può decidere di consegnare unità di gruppo 0 **POSITIVO** nei seguenti casi:

- paziente di sesso maschile di qualsiasi età;
- paziente di sesso femminile non più in età fertile e, se le condizioni lo consentono, dopo verifica della negatività del TCI;
- trasfusione massiva in paziente di gruppo 0 negativo di sesso maschile di qualsiasi età o femminile non più in età fertile, dopo verifica della negatività del TCI, dopo la trasfusione di 4 unità di 0 negativo e sanguinamento non controllabile in attesa dell'emostasi chirurgica/radiologia interventistica

13 - Presenza reperibile Farmacista **SI in PD**

***Triage effettuato da 118 secondo metodologia START**

Allegato 2 LETTI TERAPIA INTENSIVA E SALE OPERATORIE

In caso di maxi afflusso di pazienti in condizioni critiche che necessitino di ricovero in terapia intensiva verranno utilizzati i posti disponibili come di consueto.

Ulteriori necessità potranno essere evase nel modo seguente:

- Utilizzo dei **3** posti accessori M4 sub-intensiva attualmente non attivi.
- Utilizzo dei **2** posti accessori M3 intensiva attualmente non attivi
- In caso di maxi afflusso progressiva trasformazione in postazioni intensive delle sale risveglio del Pad. 65 p.1 con n.**8** posti letto. In caso di ulteriore necessità, lo stesso schema può essere adottato nel Monoblocco 2° piano levante, con disponibilità di n° **4** posti letto in area risveglio.
- Il personale medico ed infermieristico in servizio in tale blocco non lascerà il servizio fino a riduzione della criticità e si attiverà se necessario in anticipo quello in servizio nei turni successivi.
- In caso di maxi afflusso nei festivi e nelle ore notturne, la disponibilità delle postazioni è immediata con necessità di convogliare ad opera del responsabile infermieristico dei blocchi operatori il personale in servizio attivo per le SS.OO e non operativo. A seconda del grado di criticità sarà necessaria la chiamata del personale in pronta disponibilità, secondo lo schema in allegato 2A.
- Una unità anestesiologicala tra quelle in servizio al punto di rianimazione (qualora non operativa) dovrà per prima farsi carico dei pazienti intensivi nelle nuove zone riconvertite e dovrà essere al contempo chiamato il personale medico anestesista in pronta disponibilità.
- L'attivazione del personale verrà effettuata attraverso il continuo contatto tra gli operatori sul campo e l'unità di crisi al fine di rendere puntuale e proporzionata la risposta.
- Il punto di rianimazione del PS non dovrà essere utilizzato come luogo di ricovero ma solo come stazione di stabilizzazione e trasferimento ai luoghi intensivi avanzati.

Allegato 2A ATTIVAZIONE A CASCATA DEL PERSONALE INFERMIERISTICO, OSS E TECNICO SANITARIO

A seguito di chiamata vengono attivati il RAG reperibile e il Coordinatore Infermieristico reperibile per le sale operatorie. Gli stessi oltre ad informare gli altri RAG del DPS e il responsabile del personale tecnico sanitario della Radiologia e dei Laboratori e i coordinatori infermieristici del Pronto Soccorso, provvederanno anche a coordinare le seguenti fasi operative:

STEP A viene mantenuto in servizio il personale infermieristico, di supporto e tecnico sanitario presente.

STEP B e C nelle fasce orarie diurne dei giorni feriali, a seguito della progressiva disattivazione dell'attività elettiva ambulatoriale e di sala operatoria si provvederà:

1) all'invio presso il DEA di personale infermieristico e di supporto dagli ambulatori e personale diurnista dalle UU.OO. degenziali, sulla base delle esigenze che verranno segnalate dall'Unità di Crisi.

2) attivazione delle sale operatorie sulla base di quanto già rappresentato nel PEIMAF, utilizzando le sale operatorie del Policlinico che si renderanno disponibili a seguito della sospensione dell'attività chirurgica di elezione, sulla base delle indicazioni del HDM Responsabile SS Emergenza Intraospedaliera (o suo delegato) e del HDM ROSO.

Nelle fasce orarie notturne e nelle giornate di sabato e festivi si procederà:

1) il coordinatore infermieristico delle sale operatorie provvederà ad attivare il personale in pronta disponibilità, al fine di rendere possibile l'attivazione contemporanea di n° 7 sale operatorie.

2) il RAG reperibile procederà all'immediato trasferimento di personale infermieristico e di supporto dalle UU.OO. degenziali, dove sono presenti in turno almeno tre operatori, con esclusione delle rianimazioni e delle aree di subintensiva (come da schema allegato).

L'invio di questo personale sarà modulato sulla base delle richieste pervenute dal Team Sanità.

3) il RAG reperibile successivamente provvederà all'attivazione di personale reperibile tecnico sanitario ed infermieristico sulla base del piano di emergenza aziendale, valutata l'evoluzione dell'emergenza.

STEP D attivazione del personale raggiungibile utilizzando elenchi interni ad ogni U.O.

Queste procedure organizzative, in caso di necessità, verranno anche attivate ai cambi di turno per garantire un'adeguata sostituzione del personale presente in servizio.

ELENCO UU.OO. DA CUI TRASFERIRE IL PERSONALE

- 1)** MONOBLOCCO IV CHIRURGIA GENERALE
- 2)** MONOBLOCCO VI CARDIOCHIRURGIA/CHIRURGIA TORACICA
- 3)** MONOBLOCCO VIII PONENTE UROLOGIA
- 4)** MONOBLOCCO X LEVANTE E PONENTE MEDICINA INTERNA
- 5)** MONOBLOCCO VII CARDIOLOGIA
- 6)** MONOBLOCCO XI PIANO LEVANTE E PONENTE ORL, CHIRURGIA GENERALE, GASTROENTEROLOGIA
- 7)** PATOLOGIE COMPLESSE PIANO 0 EMATOLOGIA
- 8)** PATOLOGIE COMPLESSE PIANO - I MALATTIE INFETTIVE
- 9)** PADIGLIONE 12 I E II PIANO MEDICINA INTERNA
- 10)** PADIGLIONE MARAGLIANO II E V PIANO RIABILITAZIONE
- 11)** PADIGLIONE A I E II PIANO PSICHIATRIA

- 12) PADIGLIONE 6 I PIANO EMATOLOGIA**
- 13) PADIGLIONE 10 II PIANO CURE INTERMEDIE**

Allegato 3 PERCORSI INTRAOSPEDALIERI

Al momento dell'attivazione del PEIMAF, vengono vigilate in ingresso le porte carraie, garantendo gli ingressi solo ai pazienti urgenti/trattamenti indifferibili.

L'area di atterraggio per elicotteri in ambiente ospedaliero è normata dalle disposizioni degli enti aeronautici e situata in vicinanza del Padiglione **IST NORD**. L'eventuale necessità di ulteriori aree di atterraggio dovrà essere stabilita dagli Enti preposti.

I mezzi provenienti dall'area di atterraggio transitano davanti al padiglione Monoblocco, fuoriescono dalla porta carraia per fare subito rientro nell'area Pronto Soccorso (Via Mosso) ed accedere alla camera calda (Figura 1).

In alternativa, in caso di sovraffollamento del piazzale del PS, si attiva il percorso alternativo CBA-Monoblocco-Rotonda-Pad. B-Pad. Specialità-Fondi PS.

I punti di criticità da presidiare sono oltre la strada interna fino alla porta carraia, la porta stessa ed il tratto di strada comunale che collega la porta con l'area di PS.

Per garantire il deflusso **degli automezzi di operatori e visitatori dall'interno dell'H** in caso di attivazione del PEIMAF dovrà essere utilizzato il varco di uscita contiguo al palazzo dell'amministrazione (tramite idonea segnalazione di orientamento della viabilità da parte dell'Ispettorato aziendale) o il varco di uscita contiguo al Monoblocco (Figura 1 bis).

Non verrà utilizzato il varco del corpo a ponte (DEA/Pad Specialità)

I mezzi di soccorso con malati in condizioni critiche identificati dal 118 con codice colore giallo-rosso o comunque non deambulanti afferiranno direttamente al PS tramite l'attuale accesso alla camera calda.

I pazienti in condizioni meno gravi, deambulanti che non abbiano condizioni trasmissibili (contaminati biologici o chimici) verranno indirizzati in caso di attivazione dello STEP II nell'ambulatorio Codici Bassa Priorità dove verrà collocata una postazione di triage. Verrà garantito a tal proposito anche l'accesso a tale area tramite l'attivazione in senso opposto del varco distale. Dovrà essere bloccato il transito in uscita dall'ospedale attraverso il corpo a ponte.

Per pazienti giudicati di bassa complessità e stabili potrà essere prevista la collocazione presso le stanze dei medici di guardia piano fondi palazzina DEA che verranno all'uopo rese immediatamente disponibili.

Sarà cura dell'Ispettorato Aziendale e del personale del servizio autisti su richiesta dell'Unità di Crisi garantire il transito rapido dei mezzi di soccorso dalla e per l'area di atterraggio, presidiare i nodi critici attraverso segnalazioni chiaramente visibili anche nelle ore notturne, posizionare blocchi al transito e favorire il rapido deflusso dei mezzi di soccorso e di quelli non coinvolti nell'emergenza (come da cartina).

FIGURA 1

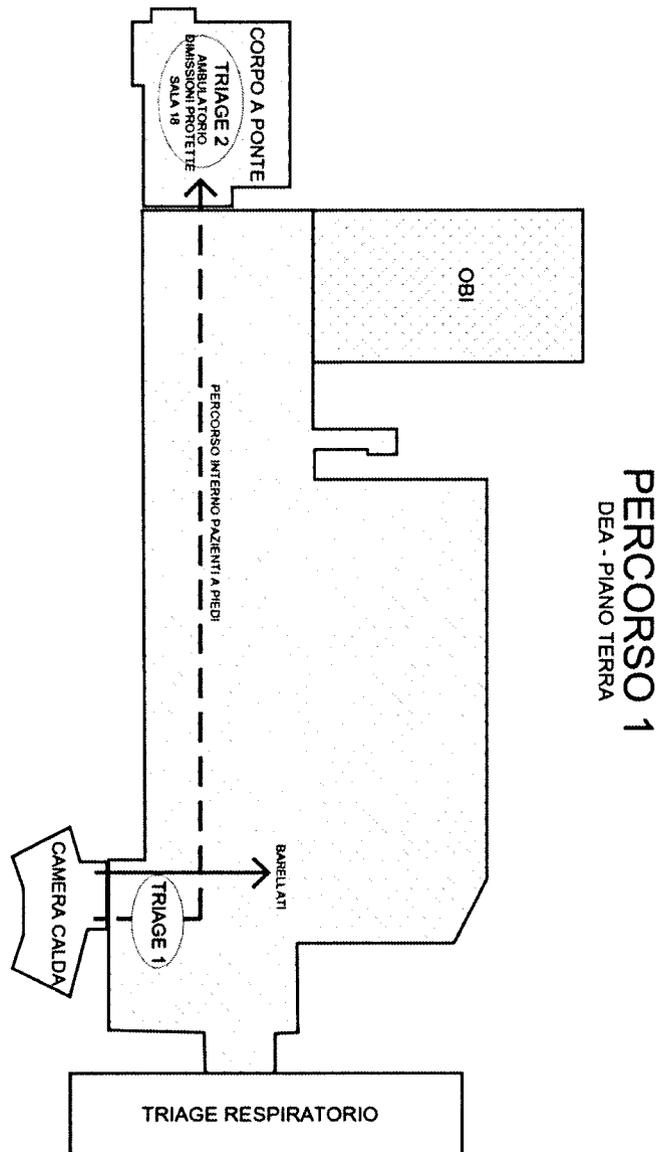


Allegato 4 AREA ACCETTAZIONE

A seconda dell'entità dell'evento e del numero e della tipologia dei malati centralizzati sono previsti quattro percorsi di attivazione dell'area di accettazione.

➤ PERCORSO 1

Mantenimento dell'attuale assetto di triage con due postazioni e due percorsi uno per deambulanti (ambulatorio DIMISSIONI PROTETTE - SALA 18), l'altro per barellati (così come da schema allegato). Attivazione codici bassa priorità nelle ore notturne e nei festivi, se necessario.



➤ PERCORSO 2

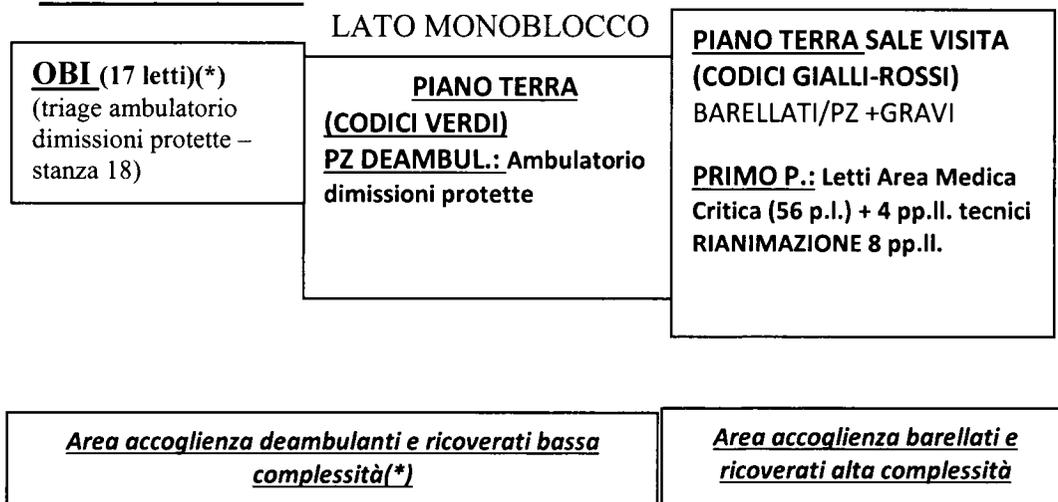
In caso di blocco o importante rallentamento del flusso di triage in accordo con l'Unità di Crisi viene decisa l'attivazione del secondo percorso sulla base delle valutazioni effettuate dal Team Sanità.

Accoglienza dei pazienti critici attraverso il precedente modello e orientamento dei pazienti con bassa criticità e deambulanti in un polo identificato nell'ambulatorio DIMISSIONI PROTETTE (SALA 18) dove verrà posizionata una postazione accessoria di triage (TRIAGE 2 – corpo a ponte).

Al Triage 2 i pazienti possono essere convogliati dal Triage 1, ovvero direttamente dall'esterno seguendo il percorso blu già tracciato (camera calda – piano fondi lato ponente), dopo essere stati intercettati dal personale preposto (un infermiere dell'UO MECAU coadiuvato da un operatore dell'Ispettorato Aziendale o della Portineria PS) nell'area esterna.

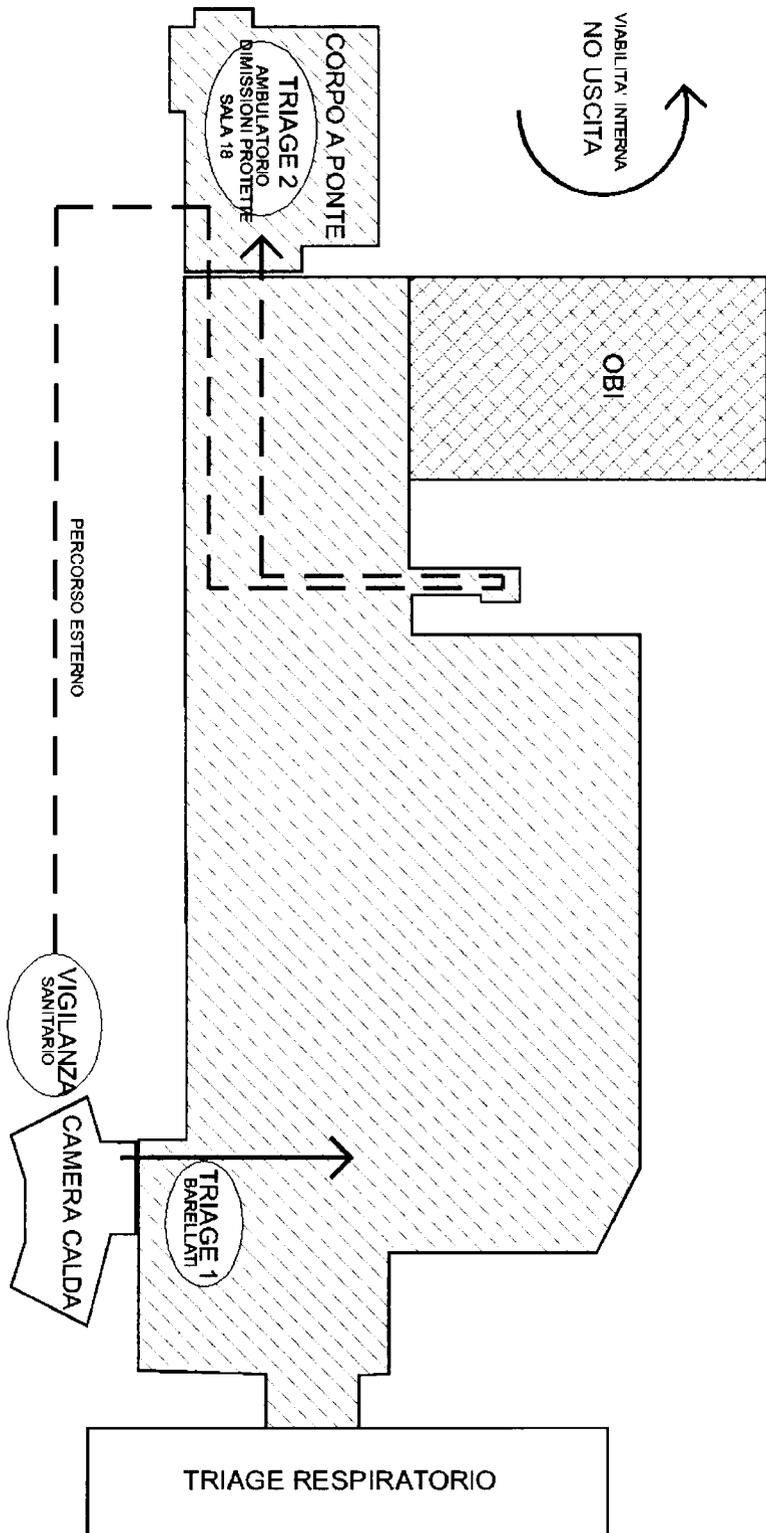
La successiva collocazione temporanea dei pazienti dovrà essere effettuata in un'area a bassa complessità assistenziale comprendente, l'OBI attuale con un pool complessivo di 17 letti.

CORPO A PONTE



PERCORSO 2

DEA - PIANO TERRA



➤ PERCORSO 3

A) Nel Caso di ulteriore incremento delle esigenze di risposta per la numerosità degli invii si prevede la RIMODULAZIONE DELLE AFFERENZE secondo lo schema presentato:

- Ambulanze con malati più critici (codici rossi e gialli): accesso attraverso camera calda presso palazzina DEA.
- Apertura portone Pad. Specialità lato corso Europa per accesso diretto pazienti deambulanti (codici verdi).
- Posizionamento nell'area antistante corpo a ponte di personale di vigilanza e di operatore sanitario per l'orientamento dei percorsi dei malati in codice verde.
- Apertura area di trattamento per cod. verdi presso ambulatori ortopedia piano terra pad Specialità con spostamento personale medico e infermieristico dai reparti individuati dall'Unità di Crisi.
- Apertura radiologia tradizionale al piano terra Pad. Specialità con personale individuato dall'Unità di Crisi.
- Trasferimento dei malati ricoverati in Area Medica Critica trasferibili presso altri Reparti.
- Trasferimento malati da OBI in altri Reparti.
- Trasferimento malati stabili Traumatologia e Chirurgia d'Urgenza presso altri reparti ospedalieri.
- Nel percorso 3 sono ridefinite le modalità di invio e accesso dei pazienti al piano terra pad specialità (**transito attraverso corridoio della neuroradiologia**).

B) RIDEFINIZIONE INTERNA PERCORSI PIANO TERRA PAL DEA E DELLE AREE DI VISITA DEI PAZIENTI PER AREE CODICE COLORE (**FIGURA 2**)

Verranno delimitate le aree di destinazione dei malati a seconda del codice colore assegnato.

C) COLLOCAZIONE PARENTI PRESSO AULA NEUROFISIOPATOLOGIA PADIGLIONE SPECIALITA' con personale del Team Informazioni, supporto e sostegno, che opera sulla base delle relative istruzioni operative che vengono allegate al PEIMAF.

PERCORSO 3

PIANO TERRA

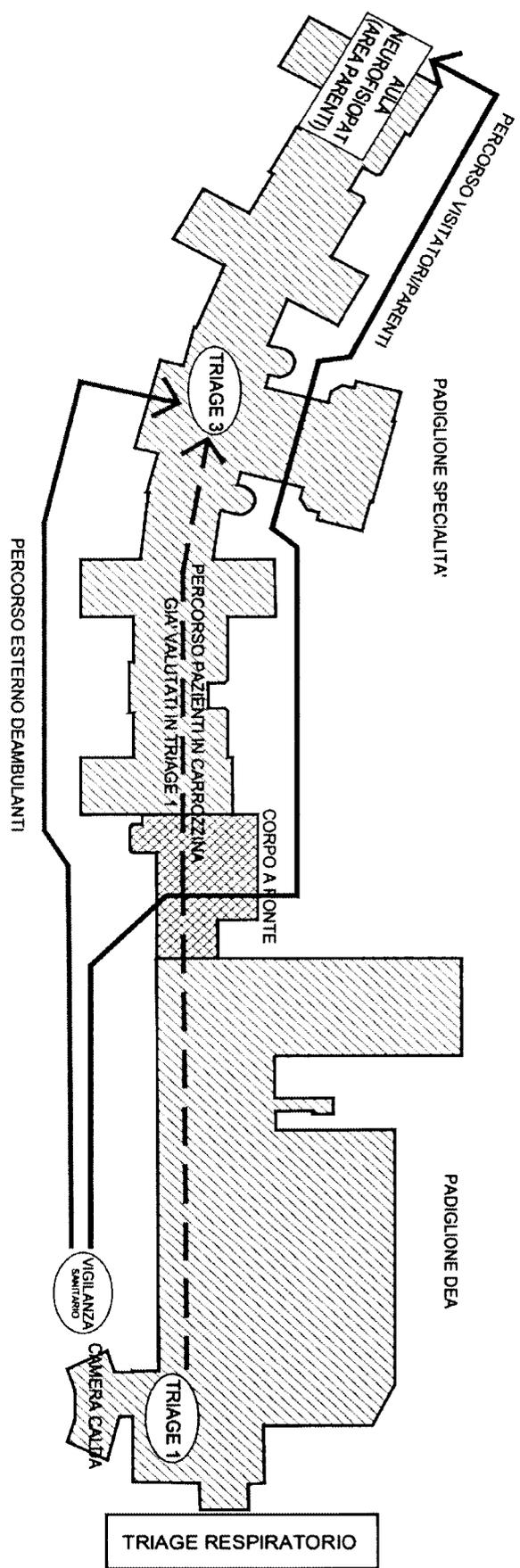
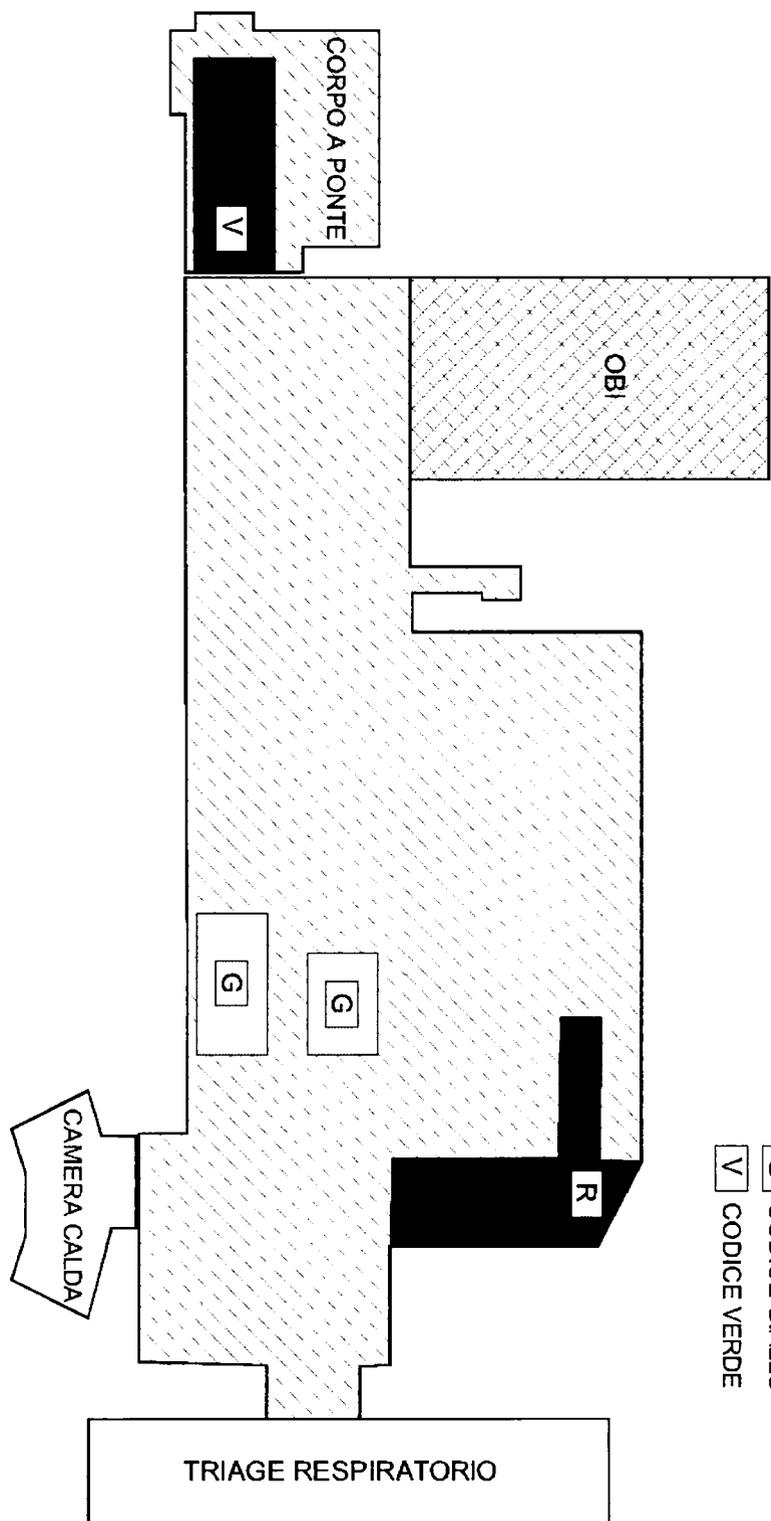


FIGURA 2
DEA - PIANO TERRA



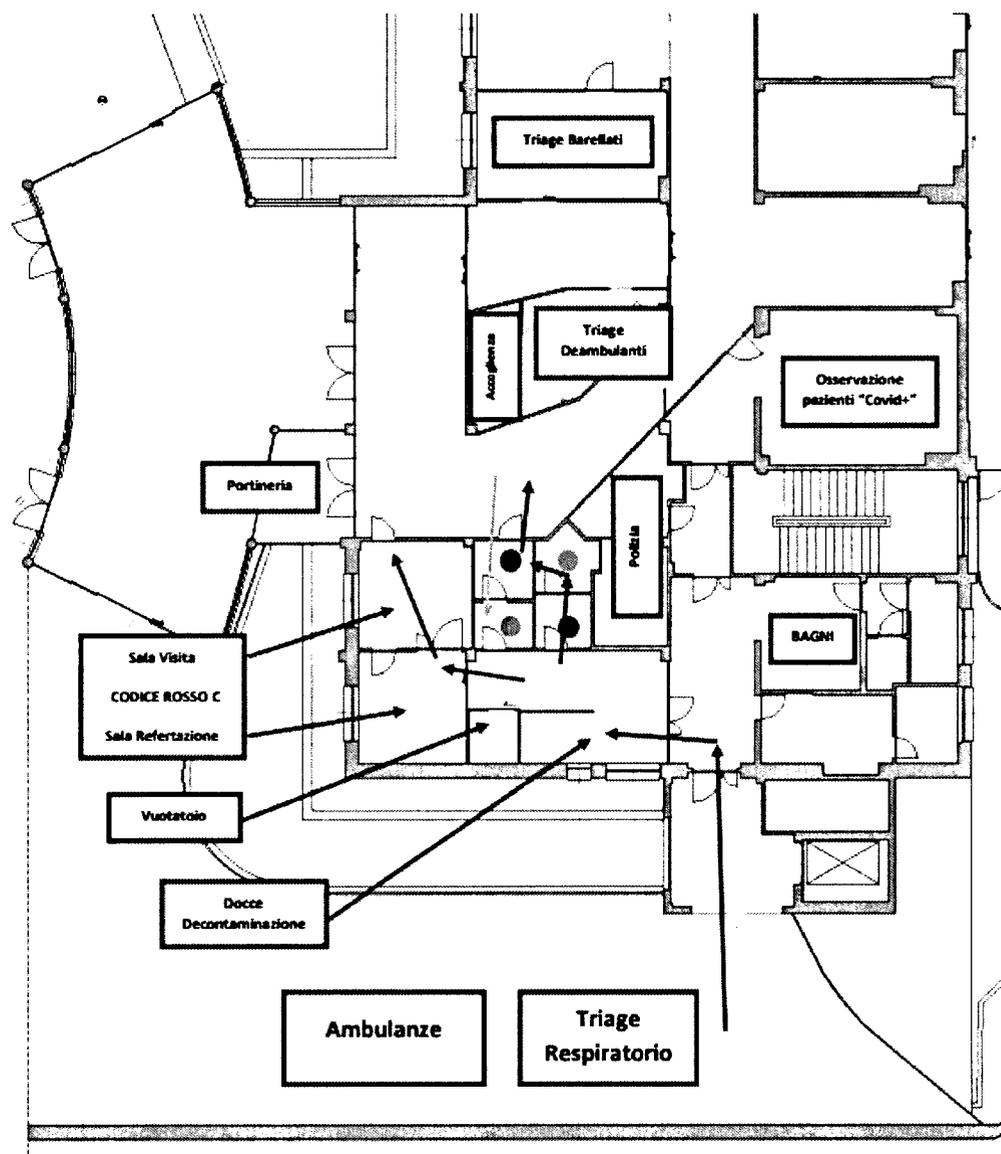
➤ **PERCORSO 4**

A) Nel caso l'allerta preveda potenziali pazienti contaminati con agenti chimici (classificazione NBCRe oltre a idrocarburi, ammine aromatiche, fibre di prodotti cancerogeni, ortofosforici ecc.), agenti Fisici e Biologici previsti dal piano NBCRe Policlinico attiva immediatamente i locali di decontaminazione e disponibili per prime cure e fase triage dotati di adeguati impianti e Dispositivi di Protezione Individuale per rischio Chimico e Biologico: "Area di decontaminazione".

- Nel piazzale del PS i pazienti vengono intercettati dal personale preposto (un infermiere dell'UO MECAU coadiuvato da un operatore dell'Ispettorato Aziendale o della Portineria PS) ed indirizzati al Triage Respiratorio
- Accesso al DEA attraverso il Triage Respiratorio percorso lato monte direttamente nell'area di decontaminazione, con relativo isolamento del resto del padiglione e immediata evacuazione dei locali antistanti;
- Attivazione Triage e operazioni di decontaminazione e primissime cure direttamente nell'area di decontaminazione, il personale sarà preparato a seconda della tipologia di rischio presunto con adeguati DPI già indossati al momento dell'allerta.

B) RIDEFINIZIONE INTERNA PERCORSI PIANO TERRA PALAZZO DEA E DELLE AREE DI VISITA DEI PAZIENTI PER AREE CODICE COLORE (FIGURA 2)

Verranno delimitate le aree di destinazione dei malati a seconda del codice colore assegnato.



Legenda percorso Operatori

- Vestizione
- Svestizione
- Zona Filtro
- Zona Filtro e Doccia Svestizione

Legenda percorso Paziente

- ➔ Paziente da Decontaminare
- ➔ Paziente Decontaminato
- ➔ Percorso Entrata Operatore
- ➔ Percorso Uscita Operatore

Allegato 5 ATTIVAZIONE A CASCATA DEL PERSONALE

Tale attivazione a cascata verrà garantita secondo quanto dettagliato nello schema della UUOO coinvolte in base alla tipologia di evento

L'attivazione a cascata sarà gestita, almeno in prima istanza, dalle seguenti figure:

- La Direzione Sanitaria provvederà ad allertare l'Unità di Crisi e i servizi non assistenziali (vedi allegato 4):
- Il Medico d'Urgenza e l'Anestesista identificati nei turni di servizio individueranno i servizi e gli specialisti ritenuti necessari sulla base degli accessi, delle informazioni ricevute dal 118 in accordo con la Direzione Sanitaria (allegato 4) attivandoli direttamente o attraverso l'Unità di Crisi. I medici reperibili delle varie UUOO sono convocati dai loro colleghi di guardia, secondo il reparto di appartenenza.
- Il DPS provvederà a coordinare l'attivazione del personale infermieristico tecnico-sanitario e di supporto (vedi allegato 2A)

Step A

- Mantenimento in servizio del personale medico, infermieristico e di supporto presente.

Step B

- Avviso al personale montante per arrivo anticipato in servizio attraverso il personale già in servizio
- Sospensione attività ambulatoriale ed elettiva in atto, invio personale nelle aree assistenziali identificate

Step C

Attivazione del personale reperibile, così come definito dal Team Sanità, tramite centralino aziendale.

Step D

- Attivazione a chiamata del personale raggiungibile utilizzando elenchi interni a ogni U.O., secondo la scheda comunicazione stato di Allarme
- Sospensione attività ambulatoriale ed elettiva programmata.

Allegato 6 Procedure di allerta UOOO

E' opportuno predisporre preventivamente una mappa dei settori da allertare e da mobilitare, identificandoli, ad esempio, in base alla tipologia di effetto lesivo o interessamento prevalente. Lo schema riportato è da considerarsi indicativo almeno nelle prime fasi di attivazione.

Vengono identificati numeri telefonici di riferimento per ogni servizio:

UNITA' OPERATIVE	Traumi e/o ustioni		Effetti tossici o da radiazioni		Pandemie		Effetti a carattere sistemico		Presenza personale dirigenza medica e sanitaria	
	allerta	attivazione	allerta	attivazione	allerta	attivazione	allerta	Attivazione	Guardia	Reperibilità
**U.O. Anestesia e Rianimazione (polo Pronto Soccorso)	x	x	x	x	x	x	x	x	xxxx	xxxx
*U.O. MECAU e SSD. Area Medica Critica	x	x	x	x	x	x	x	x	xxxx Nott. xxxxx Diurno	xx Nott./Fest.
* Centro Iperbarico	x	x	x	x	x		x			x
**SSD. Trauma Center ed Emergenza Chirurgica; Chirurgie Generali	x	x	x	x			x	x	xx	xx
**U.O. Cl. Anestesiologica	x	x	x	x	x	x	x	x	xxx	
**U.O. Neurochirurgia	x	x	x	x			x		x	x
**UU.OO. Ortopedia	x	x	x	x			x		x	x
*U.O. Radiologia D'Emergenza	X	x	x	x	x	x	x	x	xx	
*U.O. Medicina Trasfusionale	x	x	x	x	x		x	x	x	x
*U.O. Radiologia Oncologica e Interventistica	x		x				x			x
*U.O. Neuroradiologia	x	x	x	x			x		x	x
U.O. Farmacia	x	x	x	x	x	x	x	x		x
U.O. Fisica Sanitaria			x	x					Orario presenza	
**U.O. Cardiochirurgia	x		x				x		x	xx
**U.O. Chirurgia Toracica	x		x				x			xx

**U.O. Chirurgia Vascolare	x		x				x			xx
*U.O. Medicina di Laboratorio	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
*UU.OO. Cardiologie	x		x		x		x		xx.	
*U.O.S. Emodinamica	x		x		x		x			x
**U.O. Chirurgia Maxillo Facciale	x		x				x			x
**U.O. Otorinolaringoiatria	x		x				x		x	xx
**UU.OO. Ostetricia e Ginecologia	x		x				x		x	xx
*UO.OO. Pneumologia	x		x		x	x	x		Orario presenza	
***Servizio Psicologia	x		x		x		x		Orario presenza	
***U.O. Psichiatria	x		x		x		x		x	
*Assistenti Sanitarie/Sociali	x		x		x		x		Orario presenza	
*UU.OO. Neurologie	x		x		x		x		x	
*U.O Nefrologia	x		x		x		x		x	x
*UU.OO. Gastroenterologia	x		x		x		x			x End. Urg.
***U.O. Igiene	x	x	x	x	x	x	x	x		
*U.O. Medicine Interne	x		x		x		x	x	xx	x
*U.O. Malattie Infettive					x	x	x	x		x
*U.O. Microbiologia					x	x	x	x		x (diurno)
***U.O. Medicina Legale	x	x	x	x	x	x	x	x		x
***UU.OO. Anatomia Patologica	x	x	x	x	x	x	x	x		x
***U.O. Attività Economale	x		x		x		x		Orario presenza	
*/**Servizio Trasporti Sanitari e Trasporto Malati	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
***U.O. Attività Tecniche	x		x		x		x			xxx
U.O. ICT	x		x		x		x			xx
***Ispettorato aziendale	x	x	x	x	x	x	x	x	xx	x
*Ufficio Posti Letto	x	x	x	x	x	x	x	x	Orario presenza	

Allegati 7A, 7B, 7C, 7D: antidoti, dispositivi protezione individuale, elenco farmaci, materiale perfusionale

Allegato 8: Triage

Ogni persona che accede al P.S. viene registrata con un numero progressivo posizionando un braccialetto identificativo ed attivando una scheda di triage.

Nessuno può lasciare l'area del P.S. se non registrato e munito di un braccialetto identificativo (vedi scheda PEIMAFH00_0004).

Tutte le prestazioni effettuate nell'area triage vanno registrate.

La funzione di triage deve completarsi nell'arco di un minuto per i deambulanti e di tre minuti per i barellati con il protocollo FAST.

Il protocollo di triage FAST è un metodo utilizzato per classificare i pazienti in base a delle priorità indicate dai vari status di gravità riportati nell'evento:

- viene eseguito per fronteggiare maxi-emergenze con presenza di molti pazienti ovviamente con differenti condizioni di gravità è semplice
- è veloce (impiega circa 60 secondi per effettuare un triage sul ferito)

Si basa sulla valutazione primaria delle funzioni vitali:

A airways + collare cervicale

B breathing

C circulation + emorragie

D disability

L'esecuzione del protocollo FAST ha la finalità di attribuire un peso a ciascuno dei problemi evidenziati durante l'esecuzione del ciclo ABCD, permettendo di generare classi di priorità di evacuazione che indirizzano i feriti verso i percorsi intraospedalieri successivi.

Lo smistamento delle persone non deambulanti è fondamentale per l'efficienza del sistema triage inteso come processo dinamico.

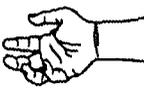
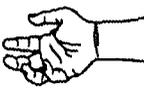
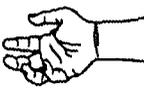
SCHEDA DI TRIAGE PER MASSICCIO AFFLUSSO FERITI	
EVENTO DEL _____ N° PROGRESSIVO _____	CODICE PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____

SESSO		DATA NASCITA	CODICE	N° 118	ALS	BLS	TELEFONO
M	F						

IOT	PSG	VENA CENTRALE	VENA PERIFERICA	FOLEY	SNG
-----	-----	---------------	-----------------	-------	-----

STEP	PARAMETRO	LIMITI	VALORE	VERDE	GIALLO	ROSSO
1	PERVIETA' VIE AEREE	ASSENTE				
2	FREQUENZA RESPIRATORIA	< 9 > 25				
3	VENTILAZ. RIDOTTA MONOL.	PRESENTE				
4	SpO2 PERIFERICA	90 - 94 > 90				
5	FREQUENZA CARDIACA	< 50 > 130				
6	PRESSIONE ARTER. SISTOLICA	< 100				
7	IMPORTANTE EMORRAGIA	PRESENTE				
8	GCS	3/15 15/15				

<p style="text-align: right; font-size: small;">MEDICINA ONLINE</p> <h2 style="text-align: center;">Glasgow Coma Scale</h2> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>EYE OPENING</th> <th>VERBAL RESPONSE</th> <th>MOTOR RESPONSE</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Spontaneous > 4</td> <td>Orientated > 5</td> <td>Obey commands > 6</td> </tr> <tr> <td>To sound > 3</td> <td>Confused > 4</td> <td>Localising > 5</td> </tr> <tr> <td>To pressure > 2</td> <td>Words > 3</td> <td>Normal flexion > 4</td> </tr> <tr> <td>None > 1</td> <td>Sounds > 2</td> <td>Abnormal flexion > 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>None > 1</td> <td>Extension > 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>None > 1</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-weight: bold; margin-top: 10px;">GLASGOW COMA SCALE SCORE</p> <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 33%;">Mild 13-15</td> <td style="width: 33%;">Moderate 9-12</td> <td style="width: 33%;">Severe 3-8</td> </tr> </table>	EYE OPENING	VERBAL RESPONSE	MOTOR RESPONSE				Spontaneous > 4	Orientated > 5	Obey commands > 6	To sound > 3	Confused > 4	Localising > 5	To pressure > 2	Words > 3	Normal flexion > 4	None > 1	Sounds > 2	Abnormal flexion > 3		None > 1	Extension > 2			None > 1	Mild 13-15	Moderate 9-12	Severe 3-8	<p style="text-align: center; font-weight: bold; margin-top: 0;">EVENTUALI NOTE:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 200px; margin-top: 5px;"></div>
EYE OPENING	VERBAL RESPONSE	MOTOR RESPONSE																										
																												
Spontaneous > 4	Orientated > 5	Obey commands > 6																										
To sound > 3	Confused > 4	Localising > 5																										
To pressure > 2	Words > 3	Normal flexion > 4																										
None > 1	Sounds > 2	Abnormal flexion > 3																										
	None > 1	Extension > 2																										
		None > 1																										
Mild 13-15	Moderate 9-12	Severe 3-8																										

Allegato 9: Attivazione area parenti COLLOCAZIONE PARENTI PRESSO AULA NEUROFISIOPATOLOGIA PADIGLIONE SPECIALITÀ con personale del Team informazioni, supporto e sostegno

Allegato 10: Attivazione area salme

Il Direttore dell'UO Medicina Legale (o il suo delegato), in caso massiccio afflusso salme, viene attivato dal Direttore Sanitario in veste di Coordinatore dell'Unità di Crisi. L'UO Medicina Legale, negli spazi dell'obitorio comunale, dispone di 39 cellette singole refrigerate ed una cella multiposto (10 salme) refrigerata.

Ulteriori spazi utili al bisogno sono la sala osservazione (6 salme), la sala settoria ed il corridoio (15 salme). In caso di necessità, ulteriori spazi potranno essere reperiti presso la Clinica Neurologica (area ambulatoriale del piano terra).

L'UO Medicina Legale dettaglia le proprie modalità di risposta tramite l'Istruzione Operativa di riferimento.

Si rende necessario individuare uno spazio adeguato alle quantità di parenti delle eventuali vittime che sia fruibile e confortevole in qualsiasi stagione dell'anno e in qualsiasi condizioni meteo. È indispensabile individuare un'area che garantisca confort e dignità ai familiari.

In caso di necessità, tale spazio potrà essere individuato ed allestito anche presso la Clinica Neurologica ed il DIMI.

I riconoscimenti saranno effettuati dalla U.O. Medicina Legale attraverso le procedure previste e che costituiscono parte integrante del PEIMAF.

I dati delle salme riconosciute saranno comunicati all'U.d.C. secondo uno schema che contiene un set minimo di dati di seguito riportati.

COGNOME _____ NOME _____
DATA NASCITA _____ SESSO _____ NAZIONALITÀ _____

Tutti gli aspetti di gestione dei codici neri sono inseriti nella relativa check list che costituisce parte integrante del PEIMAF.