

U.O. CLINICA NEFROLOGICA, DIALISI E TRAPIANTO U25 U25N3	OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO		PEIU25_0012		
	PIANI EMERGENZA EVACUAZIONE EMODIALISI PAD. MARAGLIANO 1 PIANO PONENTE		Rev. 2	Data 14/02/2024	Pag 1 di 7

Padiglione		Piano	
MARAGLIANO		I PONENTE	
Dipartimento	U.O./SERVIZIO - CdC		
Medicina Integrata con il Territorio	Clinica Nefrologica, Dialisi e Trapianto		
	Emodialisi Maragliano		
	U25N3		
Personale	Cognome/Nome	Telefono	
Direttore/Responsabile	Prof.ssa Francesca Chiara Viazzi	0105555362	
Preposto Sicurezza	Dott.ssa Francesca Cappadona	0105557862	
Coordinatore	CPSE Maria Cristina Vitali	0105557861	
Addetti Antincendio (di compartimento)	Viacopo Simona; Donatella Fontana; Savarino Nicoletta	0105557860	

1. INDICAZIONI GENERALI

Locali U.O.	N°	Locali U.O.	N°
Camere degenza totali	8	Locale degenza open space/Poltrone day hospital	0
Camere con bagno	0	Servizi igienici (esterni alle camere)	7
Ambulatorio	0	Sala d'attesa	1
Sala operatoria	0	Studio/Ufficio	3
Spogliatoi personale e pazienti	4	Magazzino/deposito	2
Laboratorio	0	Tisaneria/Zona ristoro	1
Locale deposito materiale sporco	1	Locale lavaggio/decontaminazione	0
Ascensori Antincendio	1	Locale per terapie radiologiche	0
Locale tecnico (chiuso a chiave SI <input type="checkbox"/> NO x)	1	Altro Locale Osmosi inversa	1

Reparti contigui	Piano	Attività		Tipologia di U.O. ¹	Telefono
		H 24	Altro		
Riabilitazione generale e oncologica	II	x	<input type="checkbox"/>	degenza	0105553294
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

¹ Degenza/Ambulatori/DH/Uffici/Laboratori, ecc.

Affluenza massima	Matt	Ferial	Festiv	Pom	Ferial	Festiv	Nott	Ferial	Festiv
Pazienti	N°	24	24	N°	24	24	N°	0	0
Personale	N°	14	12	N°	14	12	N°	0	0
Militi per trasporto pz	N°	18	18	N°	18	18	N°	0	0

Massimo affollamento: 56

Redatto U.O.	Controllato RAQ di U.O.	Approvato Direzione U.O.
-----------------	----------------------------	-----------------------------

PRESENZA SOSTANZE PERICOLOSE

Descrizione	Si	No	Ubicazione
Sostanze radiogene	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Liquidi infiammabili	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Armadio idoneo per infiammabili in stanza dedicata (deposito C di fronte sale infermieri)
Sostanze comburenti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Armadio idoneo in stanza dedicata (deposito C di fronte sale infermieri)

PRESENZA DI BOMBOLE E GAS COMPRESI

Tipo di gas	Tipo di distribuzione	N° bombole	Ubicazione bombole	Ubicazione valvole di intercettazione gas
Ossigeno	Bombole x A parete x	1	Carrello emergenze (sala infermieri)	Atrio ascensore ponente
Aria	Bombole <input type="checkbox"/> A parete x			
N ₂ - CO ₂	Bombole <input type="checkbox"/> A parete <input type="checkbox"/>			
Altri gas	Bombole <input type="checkbox"/> A parete <input type="checkbox"/>			


CRITICITA'

Criticità U.O.	Descrizione della criticità
Criticità n. 1	Pazienti collegati ad un circuito extracorporeo (rischio biologico di contaminazione)
Criticità n. 2	Pazienti non deambulanti e/o con deficit cognitivi
Criticità n. 3	
Criticità n. 4	
Criticità n. 5	

DOTAZIONI PER L'EMERGENZ

Dotazioni antincendio		Dotazioni antincendio	
Idranti/Naspi	N° 2	Pulsante per allarme antincendio	N° 9
Estintori (polvere)	N°10	Estintori Carrellati	N° 0
Estintori (CO ₂)	N° 3		
Armadio per liquidi infiammabili	Si x No <input type="checkbox"/>	Ubicazione: Deposito C (antistante sala infermieri)	
Armadio Dispositivi di Sicurezza	Si x No <input type="checkbox"/>	Ubicazione: momentaneamente di fronte spogliatoio pazienti	

PIANI EMERGENZA EVACUAZIONE EMODIALISI PAD. MARAGLIANO 1 PIANO PONENTE
LOCALIZZAZIONE CHIAVI - ELENCO PAZIENTI – PUNTO DI RACCOLTA

	Localizzazione	
Chiavi accesso reparto	<input checked="" type="checkbox"/>	Ispettorato aziendale
	<input type="checkbox"/>	Reparto adiacente
	<input type="checkbox"/>	Altro.....
Elenco pazienti	Stanza lavoro infermieri/caposala	
Chiavi ascensore		
Punto di raccolta evacuazione orizzontale (persone con difficoltà motorie)	Giardino antistante per le stanze di emodialisi 3-4-5-6-7-8 (dalla stanza 7, uscita attrezzata con rampa). Atrio principale per le stanze 1-2	
Punto di raccolta esterno edificio		Ubicato dai posteggi auto della Dialisi

2. INDICAZIONI SPECIFICHE

2.1 COORDINAMENTO INTERNO ALLA U.O. PER L'EMERGENZA (in ordine)

- Responsabile di U.O. o suo sostituto
- Coordinatore e/o preposto di U.O.
- Personale con maggior esperienza lavorativa nella U.O.

In caso di emergenza incendio: Addetto di Compartimento Antincendio di U.O.

2.2 ORGANIZZAZIONE INTERNA IN CASO DI EMERGENZA

(Inserire eventuali azioni aggiuntive specifiche per la UO)

CHI ALLERTA	AZIONI
L'operatore che viene a conoscenza dell'emergenza deve avvisare immediatamente il coordinatore interno o suo sostituto, in caso di loro assenza provvede a:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valutare il tipo di emergenza. ▪ Avvisare immediatamente il servizio di Ispettorato Aziendale al numero 7999 o 0105557999 indicando: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Nome e cognome;</i> - <i>Ubicazione dell'evento;</i> - <i>Tipo e dimensione dell'evento;</i> - <i>Il coinvolgimento di altre persone.</i> ▪ Intervenire solo se ritiene di essere in grado di poter eseguire azioni senza pericolo per sé o per gli altri. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informare il Direttore della U.O. o suo sostituto (se non sono presenti). ▪ Gestire le successive comunicazioni con il Coordinamento delle Emergenze (Ispettorato, Squadra Guardia fuochi, Direttore Sanitario o Sostituto...)
CHI INFORMA	AZIONI
Un operatore deve:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avvisare tutti i pazienti dell'emergenza ▪ Avvisare i reparti vicini. ▪ Reperire l'elenco dei pazienti ▪ Aspettare la squadra guardia fuochi e fornire tutte le informazioni richieste.
CHI OPERA	AZIONI
L'operatore/gli operatori deve/devono:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non perdere tempo a recuperare oggetti personali. ▪ Allontanare i degenti dalle aree più vicine all'evento. ▪ Prestare un veloce primo soccorso alle persone in difficoltà.

2.3 ORGANIZZAZIONE INTERNA IN CASO DI EVACUAZIONE (Compiti degli operatori presenti)

CHI OPERA	AZIONI
L'operatore/gli operatori deve/devono:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguire le direttive del "Coordinatore delle Emergenze" (Direttore Sanitario o suo Sostituto) e iniziare le procedure di evacuazione. ▪ Coordinare il trasferimento dei pazienti. ▪ Procedere all'evacuazione dei pazienti non deambulanti. ▪ Portare con sé l'elenco dei pazienti. ▪ Verificare la presenza di tutti i pazienti/operatori nel punto di raccolta. ▪ Registrare il luogo di trasferimento dei pazienti.

3. EMERGENZE DELLA U.O.

3.1 **EMERGENZA INCENDIO** (da integrare alle indicazioni N° 2.2 e se necessario N° 2.3)

AZIONI DA METTERE IN ATTO
▪ Azionare i pulsanti di allarme antincendio.
▪ Non utilizzare acqua su impianti elettrici o apparecchiature sotto tensione.
▪ Tentare di spegnere l'incendio di piccole dimensioni, ma solo se si è preparati a farlo.
▪ Se l'incendio non è affrontabile, evacuare immediatamente dal locale tutti i presenti (iniziare da quello più vicino alle fiamme).
▪ In attesa di soccorsi, se possibile, interrompere l'alimentazione elettrica, chiudere le valvole di intercettazione dei gas medicali se accessibili e solo se non indispensabili, allontanare eventuali bombole di O ₂ e mettere in sicurezza eventuali sorgenti di radiazioni ionizzanti.
▪ CHIUDERE LE PORTE TAGLIAFUOCO.
▪ Se i fumi hanno già riempito i locali, camminare accucciati con un fazzoletto inumidito davanti alla bocca.
▪ Verificare che tutti siano usciti dai locali facendo l'appello nel punto di raccolta.
▪ NON USARE GLI ASCENSORI. <u>SU INDICAZIONE</u> utilizzare solo gli ascensori ANTINCENDIO.

3.2 **EMERGENZA ALLAGAMENTO** (da integrare alle indicazioni N° 2.2)

AZIONI DA METTERE IN ATTO
▪ Se possibile Interrompere l'alimentazione elettrica o spegnere le apparecchiature elettriche in uso (le prolunghie e le prese multiple, collocate a pavimento, non devono bagnarsi se alimentate).
▪ NON toccare apparecchiature elettriche, anche apparentemente spente, prima di aver disinserito l'energia elettrica.
▪ NON toccare apparecchi alimentati da gruppi di continuità.
▪ NON avvicinarsi ad apparecchiature in tensione se già raggiunte dall'acqua.
▪ Se necessario coprire col telo in polietilene la strumentazione.

3.3 **EMERGENZA TERREMOTO/CEDIMENTI STRUTTURALI** (da integrare alle indicazioni N° 2.2)

AZIONI DA METTERE IN ATTO
▪ In caso di terremoto, cercare riparo all'interno di un vano porta o in adiacenza ad un muro portante o sotto una trave, altrimenti sotto tavoli, scrivanie ecc..
▪ Se l'edificio ha riportato danni o crolli, uscire solo alla fine delle scosse e con cautela, raggiungere lo spazio aperto e verificare che tutti siano usciti dai locali facendo l'appello nel punto di raccolta.
▪ In caso di cedimenti strutturali, disporre l'allontanamento degli utenti dai luoghi interessati e limitrofi.
▪ In caso di terremoto, le scale potrebbero NON essere sicure.
▪ NON ritornare nei luoghi interessati dall'evento.
▪ NON usare gli ascensori.

PER ALTRI TIPI DI EMERGENZA: vedi Piano di Emergenza Evacuazione generale

ALLEGATO EMODIALISI

Piano di emergenza

Mobilizzazione dei pazienti in area protetta
Parte medico-infermieristica

a) *Emergenza imminente possibile evento*

In merito alla restituzione del sangue per fine interruzione del trattamento emodialitico impostare la sequenza “**Rientro sangue 480 ml velocizzando la pompa a 200 ml/min**” di tutti gli apparecchi gestiti. Alla fine del rientro sangue, che dovrebbe avvenire in pochi minuti, clampare e fissare saldamente alla cute gli aghi. **GLI AGHI NON DEVONO ESSERE RIMOSSI PER NESSUN MOTIVO**. Se possibile chiudere aghi fistola e CVC con i tappini in dotazione. Far sedere sul letto i pazienti autosufficienti raccomandandosi di non alzarsi bruscamente. Prima dell’uscita dalla stanza prendere dei kit di attacco/stacco e una scatola di guanti.

b) *Emergenza MASSIMA evento in atto o a breve distanza*

Fermare i monitor della propria stanza e clampare i cateteri venosi e linee dialisi. **NON ESEGUIRE LA SEQUENZA RIENTRO RAPIDO**. Per l’uscita dalle stanze, il trasporto e altri provvedimenti vedi oltre

c) *Uscita dalle stanze*

Il personale fuori stanza prima di andare ad aiutare i colleghi dovrà VERIFICARE CHE LE VIA DI FUGA SIANO LIBERE.

Dopo aver verificato le vie di fuga avviare i pazienti, sicuramente autosufficienti, verso l’area protetta che per le stanze 3-4-5-6-7-8 sarà il giardino esterno raggiungibile attraverso la porta antipanico situata nella stanza 7 e per le stanze 1 e 2 sarà l’atrio del reparto.

Procedere quindi con l’uscita dei letti per i pazienti non autosufficienti. Giunti nell’area protetta tornare indietro solo se è presente almeno un medico o un infermiere che assista i pazienti. Se è stata utilizzata la procedura di massima emergenza ovvero non è stato restituito il sangue, sdraiare i pazienti appena possibile.

Procedere alla rimozione degli aghi nell’area protetta **solo dopo aver avuto l’ avviso di cessato allarme esclusivamente da personale addetto alla sicurezza.**

4. CONTROLLO, APPROVAZIONE E REVISIONE

Le modalità di gestione del documento “Piano di Emergenza/Evacuazione Interno della UO (PEI)” su ISOLABWEB segue i percorsi indicati:

- Nuovo documento

	Chi fa	Che cosa
1	UO che redige il PEI ³	La UO si collega ad ISOLABWEB ed esegue le istruzioni del <i>Manuale operativo (IOAZHQA_0001 Applicativo ISOLABWEB)</i> in merito alla modalità di inserimento di un nuovo documento
2	UO che redige il PEI	La UO apre “Gestione documenti/Nuovo”, e nomina il nuovo documento con il titolo “ Piano di Emergenza/Evacuazione della UO ”, indicando come Tipo “PEI” e come Cartella di Pubblicazione “Documenti di Sicurezza” .
3	UO che redige il PEI	Successivamente alla conferma, la UO scarica il documento e compila le parti pre-impostate, quindi salva il documento
4	UO che redige il PEI	La UO invia il documento salvato alla UO Servizio Prevenzione e Protezione (UOSPP) per la verifica del contenuto, all’indirizzo e-mail: <i>servizio.prevenzione@hsanmartino.it</i>
5	UO Servizio Prevenzione e Protezione (UOSPP)	Dopo la verifica, la UOSPP invia il documento alla Direzione Sanitaria per l’approvazione. e per conoscenza alla UO di provenienza. In assenza di riscontri ulteriori da parte della Direzione Sanitaria, entro 10 giorni consecutivi dall’invio, il Piano di Emergenza interno della U.O. è considerato “approvato” e pubblicabile.
6	Direzione Sanitaria	La Direzione Sanitaria entro 10 giorni approva il documento e lo invia alla UOSPP.
7	UO Servizio Prevenzione e Protezione (UOSPP)	La UOSPP invia il documento alla UO.
8	UO che redige il PEI	La UO carica il documento su ISOLABWEB seguendo le indicazioni del <i>Manuale operativo IOAZHQA_0001 Applicativo ISOLABWEB)</i> ed effettua tutti i passaggi autorizzativi sino ad approvato. La UO abroga il precedente documento pubblicato come istruzione operativa.
9	UO Gestione Rischio Clinici, Qualità, Accredito e URP (HQA)	La UO HQA pubblica il documento.

³Direttore/RAQ/Preposto/Coordinatore

- Revisione documento:

	Chi fa	Che cosa
1	UO che redige il PEI	Il PEI è già presente in ISOLABWEB. Per le revisioni successive su ISOLABWEB: la UO apre “Gestione documenti/Cerca”, individua il documento, apre il documento, clicca il pulsante “nuova rev”, fa “scarica doc”, salva il documento sul desktop, effettua la revisione, salva e invia a UOSPP via mail.
2	Segue dal punto 4 al 9 di Nuovo documento	