

S.S.DIP. HOSPICE T1C T1C	OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO		PEIT1C_0003		
	PIANO EMERGENZA EVACUAZIONE INTERNO		Rev. 0	Data 03/07/2024	Pag 1 di 6

Padiglione MARAGLIANO		Piano QUARTO
Dipartimento DIPMIT	U.O./SERVIZIO - CdC HOSPICE – T1CD	
Personale	Cognome/Nome	Telefono
Direttore/Responsabile	MICHELA MATTIOLI	0105554939
Preposto Sicurezza	FEDERICA DELLA ROVERE	0105554938
Coordinatore	FACENTE FUNZIONI TAMARA TRANCHIDA	0105554923
Addetti Antincendio (di compartimento)	ALESSANDRA BEVEGNI TAMARA TRANCHIDA ALESSANDRO BORRAZZO SALVATORINA BISSIRI MICHELA RAFFO FEDERICA DELLA ROVERE FEDERICA RUGGIANO STEFANO VIGNALI PATRIZIA FEA MARCO GUILLEN MARIA ANNA CASAGRANDE CLAUDIA CAMPOMENOSI MONICA GOZZI	0105554923

1. INDICAZIONI GENERALI

Locali U.O.	N°	Locali U.O.	N°
Camere degenza totali	12	Locale degenza open space/Poltrone day hospital	/
Camere con bagno	12	Servizi igienici (esterni alle camere)	5
Ambulatorio	/	Sala d'attesa	/
Sala operatoria	/	Studio/Ufficio	4
Spogliatoio/Spazio filtro	/	Magazzino/deposito	3
Laboratorio	/	Tisaneria/Zona ristoro	1
Locale deposito materiale sporco	1	Locale lavaggio/decontaminazione	1
Ascensori Antincendio	/	Locale per terapie radiologiche	/
Locale tecnico (chiuso a chiave SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>)	/	Altro Stanza del Silenzio	1

Reparti contigui	Piano	Attività		Tipologia di U.O. ¹	Telefono
		H 24	H12		
NEURORIABILITAZIONE	5	X	<input type="checkbox"/>	DEGENZA	4472
AMB. RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	3	<input type="checkbox"/>	X	ambulatori	3285

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

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

Affluenza massima	Matt	Ferial	Festiv	Pom	Ferial	Festiv	Nott	Ferial	Festiv
Pazienti	N°	12	12	N°	12	12	N°	12	12
Personale	N°	5	3	N°	3	2	N°	2	2
Personale volontario	N°	2	1	N°	2	1	N°	/	/
Parenti e visitatori	N°	12	12	N°	12	12	N°	6	6

Massimo affollamento: 31

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"/>	Armadietto per infiammabili situato in stanza infermieri
Sostanze comburenti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bombola O2 carrello emergenza

PRESENZA DI BOMBOLE E GAS COMPRESI

Tipo di gas	Tipo di distribuzione	N° bombole	Ubicazione bombole	Ubicazione valvole di intercettazione gas
Ossigeno	Bombole x	1	Carrello emergenza/Deposito n.1	
Ossigeno	A parete x	13		
Aria	A parete x	13		
N ₂ – CO ₂	Bombole <input type="checkbox"/> A parete <input type="checkbox"/>			

CRITICITA'

Criticità U.O.	Descrizione della criticità
Criticità n. 1	L'intero edificio è sprovvisto di scala di emergenza esterna
Criticità n. 2	Non completa compartimentazione orizzontale
Criticità n. 3	Pazienti non autosufficienti da movimentare
Criticità n. 4	
Criticità n. 5	

DOTAZIONI PER L'EMERGENZA

Dotazioni antincendio		Dotazioni antincendio	
Idranti	N°4	Pulsante per allarme antincendio	N°2
Estintori (polvere)	N°2	Estintori Carrellati	N°/
Estintori (CO ₂)	N°5		
Armadio per liquidi infiammabili	Si x No <input type="checkbox"/>	Ubicazione Stanza infermieri	
Armadio Dispositivi di Sicurezza	Si x No <input type="checkbox"/>	Ubicazione Salone / Matr.90 inv. N.20/35148	

LOCALIZZAZIONE CHIAVI - ELENCO PAZIENTI – PUNTI DI RACCOLTA

	Localizzazione
Chiavi accesso reparto	<input type="checkbox"/> Ispettorato aziendale <input type="checkbox"/> Reparto adiacente <input checked="" type="checkbox"/> Altro Aperto 24 ore
Elenco pazienti	Lista degenti stanza coordinatore
Chiavi ascensore	Stanza coordinatore-armadietto chiavi
Punto di raccolta evacuazione orizzontale (persone con difficoltà motorie)	Diversa compartimentazione
Punto di raccolta esterno edificio	 Piazzale esterno piano 1 Dialisi Pad. Maragliano

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. ▪ 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. SU INDICAZIONE 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

4. CONTROLLO, APPROVAZIONE E REVISIONE

PIANO EMERGENZA EVACUAZIONE INTERNO

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	