

P.E.I.M.A.F.

**Piano Emergenza Interno Massiccio
Afflusso Feriti**

Roma, 11/2010
Rev.03/trimestrale
Pagina 0 di 1
A.Orelli. Tel. 3387



P.E.I.M.A.F.

Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso Feriti

INDICE:

- Premessa	pag. 2
- Rapporti con il ARES 118	pag. 4
- Livelli di allarme	pag. 5
- Scheda raccolta dati allarme da ARES 118	pag. 6
- Piano delle comunicazioni	pag. 7
- Piano di chiamata a cascata e piano di mobilità personale	pag. 9
- Piano delle responsabilità	pag. 10
- Piano operativo:	pag. 11
1) Ridistribuzione aree P.S.	pag. 21
2) Ridistribuzione personale P.S.	pag. 22
3) Evacuazione P.S.	pag. 24
4) Strumenti operativi per la gestione dei pazienti	pag. 25
5) Gestione posti letto UU.OO.	pag. 29
6) La Diagnostica per Immagini	pag. 30
7) Laboratorio per le emergenze	pag. 32
8) Simt	pag. 34
9) Attivazione UU.OO. dell'Ospedale	pag. 38
10) Attivazione S.L.O.T.	pag. 41
11) Attivazione URP	pag. 45
12) Attivazione Servizio di sicurezza	pag. 46
- Piano formativo ed informativo	pag. 50
- Esercitazioni	pag. 55
- Istruttori HDM presenti in Azienda	pag. 57
Glossario	pag. 58

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 contempli 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.

I presidi sanitari, sedi dei DEA di I e di II livello, in collegamento con il SES 118, rappresentano la rete portante dell'emergenza in caso di disastro. Tre sono i piani di cui ogni ospedale deve essere dotato:

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

I piani in oggetto, elaborati a cura delle Direzioni Sanitarie, verranno diffusi a cura della Dirigenza Aziendale:

- a livello Regionale per essere inseriti nel Piano Regionale dell'emergenza,
- a livello Provinciale per essere inseriti nei Piani Provinciali di Protezione Civile,
- al personale sanitario operante e non che in caso di disastro possano partecipare alle attività di soccorso,
- ai Sindaci ed alla popolazione.

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 costante 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 dei DEA, 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.

P.E.I.M.A.F.

Premessa

L'area di emergenza afferente al Pronto Soccorso San Camillo copre il territorio Lazio-Ovest (Rete emergenza 3 del piano regionale DR 420 e successive modifiche).

Gli ospedali sede di D.E.A. di 1° livello di riferimento sono:

- G.B. Grassi di Ostia
- Aurelia Hospital
- Ospedale di Viterbo
- S.Eugenio C.T.O.

MAXIEMERGENZE S Camillo**Protocollo A****Rapporti con il ARES 118****Livelli di Attivazione e Allertamento**

PROTOCOLLO A		
RICEZIONE ALLARME		
Compiti		Unità addetta
0.	RICEZIONE ALLARME da 118 o altro Ente <ul style="list-style-type: none">• Si avverte immediatamente il Team Leader PS (HDM Coord.)	Operatore Centralino O altro operatore
1.	Valutazione Evento <ol style="list-style-type: none">1. Si attiva il TEAM MANAGER P.S. che effettua <u>valutazione della situazione</u> e raccoglie i dati necessari per la attivazione dello stato di allarme (Scheda Raccolta dati Allarme da 118, pag. 6)2. Si avvisa il 118 qualora l'allarme provenga da altro Ente e si concorda su presenza di stato di allarme.	TEAM MANAGER P.S.
2.	Livello di Allarme Ospedale <p>Il Team Leader sulla base delle notizie pervenute dal ARES 118, sentito il medico di turno della D.S., attiva il livello di Attenzione – Pre Allarme o Allarme dell'Ospedale e le conseguenti misure straordinarie tramite i <i>Livelli di Allarme individuati</i>.</p>	HDM Coord. HDM INFO*
3	CONTATTO con 118 o altri ENTI <p>In particolare, il mantenimento dei rapporti con il Box Maxi Emergenze 118 nonché con eventuali Enti Istituzionali deputati alla gestione della Emergenza (Prefettura Protezione Civile ecc).</p>	HDM INFO
4.	CESSATO ALLARME <p>Lo stato di cessato Allarme viene determinato dall'HDM INFO/HDM Coord. sulla base delle valutazioni e comunicazioni ricevute dal</p> <ul style="list-style-type: none">• ARES 118 circa lo svolgimento delle operazioni di soccorso extra ospedaliere• I Responsabili d'area dell'ospedale circa lo stato di trattamento dei pazienti pervenuti	HDM INFO

* Medico di Direzione Sanitaria di turno.

LIVELLI DI ALLARME - OSPEDALE

- ❑ Corrisponde allo stato di operatività di tutte le componenti ospedaliere
- ❑ Determina lo stato di attivazione delle risorse aggiuntive rispetto a quelle ordinarie.

STATO BASE:

è 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 con notevole affluenza di pubblico .

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

La Centrale Operativa 118 dispone di tutte le informazioni relative al dispositivo, monitorizza l'evento ed fornisce i necessari aggiornamenti .

STATO DI **Pre Allarme**

Viene attivato 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 15/20 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 inviato dal ARES 118 in particolare entro **la prima ora.**

Il San Camillo quale DEA di 2 livello viene interessato prioritariamente per pz Critici

LIVELLI DI ATTIVAZIONE DELL'OSPEDALE IN CASO DI ALLARME

Livello	Pazienti Totali (Compresi i pazienti presenti non evacuabili)	Codice Rossi
1	20	4
2	30	10
3	> 30	> 10

SCHEDA RACCOLTA DATI ALLARME DA 118

- L'ARES 118 – Box Emergenze in caso di situazione di Allarme comunica al TEAM LEADER (HDM Coord.)

Comunicazione:

- Tipologia Incidente
- Località incidente
- N° possibili persone coinvolte
- N° pz accertati e possibile patologia (Traumatica o non)
- Tempi di arrivo pz (via terra o Elisoccorso)

Comunicazioni successive

L'ARES 118 aggiorna l'Ospedale su

- N° Pz Inviati
- Tempi di Arrivo
- Condizioni cliniche dei pz

Scheda Raccolta dati Allarme - Comunicazioni

Tipologia Incidente	
Località incidente	
N° possibili persone coinvolte	
N° pz accertati e possibile patologia (Traumatica o non)	
Tempi di arrivo pz (via terra o Elisoccorso)	

N° Pz Inviati	
Tempi di Arrivo	
Condizioni cliniche dei pz	

PIANO DELLE COMUNICAZIONI

A) Comunicazione per via telefonica:

1) Individuazione numeri telefonici dedicati esclusivamente per la ricezione in fase di urgenza:

06/55554000-4003 Centralino Aziendale

- ⊕ 3114 - Codice Rosso (Team Manager P.S.)
- ⊕ 3033 - Codice Rosso
- ⊕ 3113 – Codice Rosso-Giallo
- ⊕ 3107-3108-3109 Codici Bianchi/Verdi
- ⊕ 3265 – Codice Verde-Chirurgico
- ⊕ 3009-3221 - Radiologia
- ⊕ 3022-4853 - TAC
- ⊕ 3146- 3147 – Shock e Trauma (CR1)
- ⊕ 3070-3080 - Shock e Trauma **solo per emergenze**
- ⊕ Servizio Trasporti 4214-4306-4312-4229

Comitato P.E.I.M.A.F. :

SEDE:

- Stanza Coordinatore P.S. 3112 – 4682(fax)
- Stanza cardiologo P.S. per riunione 3031

2) **Obiettivo della comunicazione di allarme è che tutte le UU.OO. siano informate in 15 minuti rendendo possibile effettuare le procedure operative nei successivi 15 minuti**

3) **Contenuto della telefonata: è in atto una maxi emergenza di livello 1 (o2, o3), eseguire il protocollo corrispondente, non usare il telefono se non per assoluta urgenza.**

4) **Il centralino opera le opportune verifiche**

B) Comunicazione in caso di Black Out

Le comunicazioni saranno garantite con l'impiego del personale ausiliario, O.T.A., personale delle pulizie presente in servizio, itapol e tutto il personale non necessario all'evacuazione del P.S..

PRINCIPI GENERALI APPLICAZIONE PEIMAF

- a) Il personale tutto è **comandato in servizio fino a nuova disposizione, dal III° livello è prevista l'anticipazione dei turni di servizio successivi.**
- b) La **chiamata a cascata a domicilio** viene effettuata autonomamente, dopo la comunicazione del livello di allarme, dai reparti direttamente interessati nella prima fase:
- Pronto Soccorso
 - C.O. D.E.A. / B.O.E.
 - Ch. Urgenza
 - Shock e Trauma
 - Medicina d'Urgenza
 - C. Rianimaz. 2
 - Ortopedia 1 e 2
 - Ch. Maxillo.facc. e Ch. Plastica
- c) E' necessario che l'HDM DITRO e i singoli coordinatori abbiano a disposizione **l'elenco del personale con i relativi recapiti telefonici.**

Inoltre sarà necessario avere a disposizione anche **l'indirizzo del domicilio** del suddetto personale al fine di contattare gli operatori che **più velocemente possono raggiungere l'ospedale.**

Piano di chiamata in caso di M.A.F e piano di mobilità personale

I documenti **Piano chiamata a cascata UU.OO** (c.d. Flow-chart) e **Piano di mobilità interna per il personale**, aggiornati trimestralmente sono presenti (Fig.1) nel sito web aziendale alla voce **IN AZIENDA - Gestione delle Maxiemergenze**.

Figura 1

The image shows a screenshot of the Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini website. The browser is Microsoft Internet Explorer. The website header includes the title "Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini" and navigation tabs: "DIPARTIMENTI", "DIREZIONE AZIENDA", "INFORMAZIONI UTILI", and "CONTATTI".

The main content area is divided into several sections:

- IN AZIENDA**: A vertical menu on the left with an arrow pointing to "Gestione maxiemergenze". Other items include: Controllo di gestione, Coordinamento donazione organi, Fisica sanitaria, Comitato etico, Ospedale senza dolore, Sanità internazionale e cooperazione, Gestione maxiemergenze, Governo clinico e formazione, La stampa e noi, Rassegna stampa regionale, Comunicati stampa, Ospedale San Camillo, Ospedale Carlo Forlanini, Bandi di gara, and Concorsi.
- SITO WEB DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI DI ROMA**: A central grid of services including:
 - Bilancio Sociale**: Una lettura della nostra attività.
 - Città Etica**: Iniziative di comunicazione.
 - Fondazione**: Studio e ricerca nel settore della salute.
 - U. R. P.**: Informazione, accoglienza e tutela del cittadino.
 - RecUP** (Numero Verde 80 33 33): Prenotazioni di prestazioni sanitarie sul territorio della Regione Lazio.
 - D.I.T.R.O.**: Infermieri-Tecnici Riabilitatori-Ostetriche.
 - Rete trapiantologica aziendale**.
 - Organismo Progetti Europei e Nazionali O.P.E.N.**
 - Doniamo il sangue!**
 - Prevenzione tabagismo**.
 - Teleconsulto referti**.
- News ed eventi**: A sidebar on the right listing events:
 - FORUM NAZIONALE di GASTROENTEROLOGIA "AIGO 2010"**: Roma, 14-15 Maggio 2010, Palazzo della Cancelleria.
 - "Run for organ donation"**: 25 aprile 2010, ore 10:00, presso il Parco Pallotta di Ostia ponente.
 - Evento di sensibilizzazione sull'osteosarcoma**: 10 aprile 2010, ore 20:30 presso la Chiesa Valdese di Roma in Piazza Cavour 32.

At the bottom, there are logos for "SIA Sistema Informativo Aziendale" and "atio aziendale", and a footer with "Intranet locale" and the time "12.53".

PIANO DELLE RESPONSABILITA'

Alla definizione dello stato di allarme sono individuate per ogni posizione funzionale le rispettive posizioni operative, secondo il seguente schema:

TEAM OPERATIVO

- 1) Team Manager - HDM Coordinatore
- 2) Team Leader Infermieristico - HDM P.S.
- 3) Infermiere di P.S. esperto - HDM Triage
- 4) Rianimatore P.S. - HDM Rossi
- 5) Rianimatore Shock e Trauma di guardia - HDM Gialli
- 6) Medico di Direzione Sanitaria di turno - HDM INFO/HDM Logistica

Entro i successivi 30' si forma l'Unità di crisi composta da:

1. Medico di Direzione Sanitaria di turno - HDM INFO/HDM Logistica
2. Team Manager - HDM Coordinatore
3. Coordinatore DITRO di turno - HDM DITRO
4. Ufficio Tecnico
5. Dirigente Salute e Sicurezza

I restanti componenti del Comitato P.E.I.M.A.F. (allertati tramite cellulari aziendali da parte del Centralino Aziendale) raggiungono l'Ospedale e si riuniscono presso la sede del Comitato P.E.I.M.A.F. (Stanza Coordinatore P.S.).

N.B.

- I nominativi del Comitato P.E.I.M.A.F. (attivato per livelli di allarme 2-3) sono presenti nel sito web aziendale alla voce **IN AZIENDA** - Gestione delle Maxiemergenze - PIANO DI CHIAMATA IN CASO DI M.A.F.

Il Comitato P.E.I.M.A.F. assume collegialmente le responsabilità delle decisioni. In caso di impossibilità di contattare il medico di Direzione Sanitaria, il Team Manager assume le decisioni.

Piano operativo

1) HDM Coordinatore = Team Manager

TEMPI	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
T0	Riceve l'allarme	Valuta l'evento	Compila la scheda raccolta dati allarme 118	Attendibilità, località, n° persone coinvolte, n° pazienti accertati, tempi di arrivo previsti
T1 ▶ 30m	Coordina rapporti ARES 118 – Ospedale	Aggiorna il quadro degli eventi sul luogo e nel DEA	Tiene contatti continui con ARES 118 (06.....) fino all'arrivo del Medico DS 1° Reperibile (HDM INFO)	N° pazienti inviati, condizioni, tempi di arrivo
	Coordina rapporti DEA – Ospedale	Sentito il Medico di turno della Direzione Sanitaria, <u>DECIDE</u> lo stato di <ul style="list-style-type: none"> • ATTENZIONE • PRE-ALLARME • ALLARME ed il LIVELLO (1-2-3) di attivazione e risposta dell'Ospedale alla Maxiemergenza	Attivazione <u>Chiamata vocale</u> TL inferm. 2° Medico p.s. Cardiologo, Ortopedico, Radiologo, C.O. Urg., Rianimatore <u>Telefonica</u> : Centralino per attivazione chiamata a cascata	<ul style="list-style-type: none"> • ATTENZIONE: prevedibili rischi correlati • PRE-ALLARME: Fenomeni precursori • ALLARME: Evento in atto, con LIVELLO 1 20 pazienti - 4 ROSSI LIVELLO 2 30 pazienti - 10 ROSSI LIVELLO 3 > 30 pazienti
	Coordina il P.S.	1. Forma il Team Operativo. 2. Organizza l'Evacuazione dell'Area Critica. Modifica la destinazione delle Aree Operative	<ul style="list-style-type: none"> • HDM P.S. = T.L. Infermieri • HDM Triqge = Inferm. esperto • HDM ROSSI = 1° Rianimatore • HDM GIALLI = 2° Rianimatore • HDM INFO = D.S. Reperibile Definisce le aree assistenziali per i pazienti presenti (B, V, G). Disposizioni all'HDM P.S., HDM Triage e all'ITALPOL, attivando percorsi e cartellonistica	Identificazione e attivazione di figure e funzioni Recettività Area non critica – Med. D'Urgenza e U.O. di Degenza x gialli e rossi non MAF FAST TRIAGE -> ATRIO-ACCOGLIENZA ROSSI E GIALLI -> AREA CRITICA 1-2-3 BIANCHI E VERDI -> SALA ATTESA PARENTI
T2 30m▶	Coordina le attività diagnostiche e terapeutiche	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. Coordina la soluzione delle criticità	Aggiornamento della scheda sinottica con valutazioni della gravità
	Partecipa al Comitato PEIMAF	Espone al Comitato PEIMAF lo stato delle attività operative e le eventuali criticità non risolte	Definisce i problemi operativi e collabora alle soluzioni	Coordinamento con HDM INFO
	Informazioni all'URP	Gestisce le informazioni cliniche, insieme all'HDM INFO	Raccoglie informazioni nelle varie Aree e risponde con eventuale colloquio diretto	Valutazione dell'efficacia e Controllo diretto dell'attendibilità in collaborazione con HDM INFO

2) HDM P.S.

Tempi	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
T0	Riceve notizia dell'allarme dal Team Leader	Ricevuta disposizione dall'HDM Coordinatore, trasmettere l'allarme a tutta l'area DEA	via interfono nell'Area Critica e via Telefono a: Med. Urgenza, Chir. Urgenza, Chir. Elettiva	Dà comunicazione all'HDM Coordinatore dell'avvenuta propagazione dell'allarme.
T1 ▶ 30m	Attiva il Fast Triage	Propone all'HDM COORDINATORE quale tra gli Infermieri esperti presenti designare HDM TRIAGE . 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"> • Verifica periodicamente la postazione TRIAGE ed assegna eventualmente altro personale • Vigila sulla giusta allocazione dei Pazienti nelle aree
	Redistribuisce le aree del PS	Predisporre le aree del PS all'accoglienza del Massiccio Afflusso di Feriti, secondo il Piano e le disposizioni dell'HDM Coordinatore	Dà disposizione a 5 Infermieri di variare con l'apposita cartellonistica l'utilizzo degli spazi: <ul style="list-style-type: none"> • Triage • Emergenza 1,2,3 • Bianchi /Verdi • Attesa Parenti 	Verifica i percorsi.
	Assicura efficienza comunicazioni	Definire il corretto utilizzo delle linee telefoniche ed eventuali ricetrasmittenti	Controllo diretto	Controllo efficienza comunicazioni
	Controlla evacuazione Area attesa Parenti		Direttamente e a mezzo degli Agenti ItalPol	
T2 30m▶	Coordina il Personale Non Medico	Definire il carico di lavoro delle postazioni	Assegna il Personale (scheda)	Sposta il Personale Non-Medico secondo le necessità
	Vigila e controlla la sicurezza degli Operatori	Vigilare 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

3) HDM Triage

Tempi	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
T0	Attivazione Fast Triage	Individuare gli Operatori che con lui collaboreranno e ricordare ad essi le procedure da seguire	Riesame scheda fast triage	Verifica risorse umane e materiale disponibile
T1 ▶ 30m	Attiva l'uso del KIT ATRIO e KIT PAZIENTE.	Distribuire KIT ATRIO E KIT PAZIENTI.	Dispone il materiale pronto all'uso	Verifica l'integrità e la completezza dei KIT ATRIO e KIT PAZIENTI
	Attiva la procedura di identificazione dei Pazienti	Utilizzare correttamente la numerazione di identificazione e i supporti fotografici	Cura la corretta associazione di immagine Paziente e numero	Raccolta ed invio all'URP del materiale identificativo
	Raccolta effetti personali	Esposizione del paziente	Inserire gli effetti nei sacchi con il corrispondente N° identificativo e consegna all'ITALPOL	Corrispondenza del N° pz con il N° sacco
T2 30m▶	Provvede all'esecuzione del Fast Triage	Eeguire il Fast Triage direttamente e/o con l'ausilio di Infermieri scelti o destinati all'Area	per tutti i Pazienti che accedono al PS, sia PEIMAF che comuni	Corretta applicazione da parte di ogni operatore assegnato
	Avvia i Pazienti triagiati alle Aree assistenziali	Cura il trasporto del paziente da parte degli OTA, con il KIT Paziente al seguito	Evidenziazione verbale e materiale scheda del codice colore assegnato	Vigila sulla giusta allocazione dei Pazienti nelle varie Aree
	Vigila e controlla la sicurezza degli Operatori	Vigilare 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 taglianti

HDM Triage Infermiere di P.S.	<ul style="list-style-type: none"> - Dirige gli Operatori che collaboreranno con lui - Controlla materiale e luoghi - Verifica la sicurezza degli ambienti e la protezione del personale di assistenza <p><u>Funzione:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Attiva l'esecuzione del FAST Triage per tutti i pazienti che accedono al PS, sia del PEMAF che comuni.
--	---

4-5) HDM Rossi/HDM Gialli

	HDM	COMPITI
T0	ROSSI	Chiama il CR1, invitando gli anestesisti presenti a scendere immediatamente in PS
T1 ▶ 30m	ROSSI	<ul style="list-style-type: none"> • Individuano i Collaboratori Infermieri ed assegnano loro le rispettive postazioni • Evacuano per quanto possibile le Emergenze 1-2-3, ricoverando presso le U.O. i Pazienti presenti • Ricordano le linee guida ai Collaboratori Medici ed Infermieri che dirigeranno
	GIALLI	
T2 30m▶	ROSSI	<ul style="list-style-type: none"> • Coordina i Medici presenti in Area codici ROSSI e assegna i singoli Pazienti • Effettua il trattamento diagnostico-terapeutico • Definisce le priorità interventistiche, previo parere del Chirurgo.
	GIALLI	<ul style="list-style-type: none"> • Gestisce l’Emergenza 2-3 (Area codici GIALLI) con la collaborazione di: <ol style="list-style-type: none"> 1. 2° Medico di PS 2. Chirurgo di PS 3. Cardiologo di PS 4. Medico della Medicina d’Urgenza sopraggiunto 5. Medico sopraggiunto dal Cesalpino (settore 2), per l’Area Pediatrica • Assegna i singoli Pazienti e definisce le priorità interventistiche, previo parere del Chirurgo.

6)HDM INFO – DS Medico di Direzione Sanitaria di turno

Tempi	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
T0	Si attiva dopo chiamata	<ul style="list-style-type: none"> Valutare l'evento Giungere in Ospedale nel più breve tempo possibile 	<u>Riceve comunicazione dal Team Leader del PS</u> ▼	Sentito l'HDM Coordinatore concorda il livello di attivazione e risposta dell'Ospedale alla Maxiemergenza (1-2-3).
	Gestisce i rapporti Ospedale - ARES 118 Tiene i rapporti con Prefettura, Protezione Civile ed altri Enti	Aggiornare il quadro degli eventi sul luogo del disastro e nel DEA	Subentra all'HDM Coordinatore nella tenuta dei contatti con ARES 118, non appena giunto in Ospedale	Box Maxiemergenza ARES 118 (06.....): N° pazienti inviati, condizioni, tempi di arrivo
T1 ▶ 30m	Attivazione Comitato PEIMAF	Valutare che tutti i membri del Comitato siano stati attivati	Spunta check list destinatari e Accerta le assenze	Tramite Centralino aziendale
	Collabora con HDM Coordinatore in area operativa	Tenere nota delle risorse umane attivate e disponibili e delle necessità	Definizione e soluzione con HDM Coordinatore delle necessità	
T2 30m▶	Partecipa al Comitato PEIMAF dirigendolo.	Esporre al Comitato PEIMAF 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 HDM COORDINATORE
	Informazioni all'URP	Gestire le informazioni cliniche, insieme all'HDM COORDINATORE	Compila l'elenco delle vittime del disastro pervenute, suddividendole sulla base del Triage ricevuto.	

7)HDM Logistica – Medico di Direzione Sanitaria

Tempi	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
T0	Si attiva dopo chiamata	Giungere in Ospedale nel più breve tempo possibile		
T1 ▶30m	Controlla il PIANO delle COMUNICAZIONI	Attiva il Team accoglienza	Tramite centralino	Controlla che il 1° ed il 2° Telefonista del Centralino abbiano ricevuto tutte le code delle chiamate a cascata. Funzionamento Telefoni e Radio R-T
T2 30m▶	Identifica e monitorizza la capacità recettiva dell' Ospedale	Verificare la dotazione di apparecchiature per l'assistenza al PAZIENTE CRITICO nel PS, CO-DEA, CR1,CR2 con i relativi Responsabili Infermieristici		Rileva criticità
		Verificare con l'HDM DITRO il prospetto h24 dei Dirigenti Medici ed Infermieristici presenti		Rileva criticità
		Verificare con il COPS la effettiva disponibilità di posti letto e le risorse umane delle UU.OO. coordinando il Team Accoglienza		Rileva disponibilità per Posti letto in sovrannumero
		Attivare ulteriori CAMERE OPERATORIE o Sezioni Diagnostiche		Verifica la necessità con l'HDM COORDINATORE

8)HDM DITRO di turno

Tempi	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
T0	Si attiva dopo chiamata	Giungere in Ospedale nel più breve tempo possibile		
T1 ▶ 30m	Gestisce tutto il Personale Infermieristico, DEA e non-DEA	Verificare la completezza schede personale h 24 (<i>basi</i>)	Chiamata telefonica in U.O. particolarmente critiche	
		Definire l'utilizzo in base al livello d'allarme	Dispone le linee di flusso (da CO a COUrgenza e COElezione / da TI. a CR1 / da ChirUrgenza a PS) telefonando alle UU.OO. capofila (COUrgenza – CR1 – PS)	
	Coordina attività tra DEA ed il resto dell'Ospedale	Rilevare le criticità organizzative	Comunica con HDM Pronto Soccorso	
T2 30m▶	Gestisce i trasporti Pazienti	Attivare SLOT.	Comunicazioni telefoniche con SLOT	Vigila sui tempi di trasporto
	Gestisce trasporto materiali	Attiva l'autoparco	Telefona all'Autoparco	Vigila sui tempi di trasporto

9) 2° Medico di Pronto Soccorso

Tempi	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
T0		Individuare gli Operatori che con lui collaboreranno e ricordare ad essi le procedure da seguire	Viene designato dall' HDM COORDINATORE	
T ▶ 30m	EVACUAZIONE P.S.- AREA CRITICA	<ul style="list-style-type: none"> • DIMETTERE • TRASFERIRE • AVVIARE ALL'AREA NON CRITICA 	<ul style="list-style-type: none"> • CHIUSURA CARTELLE • INVIO IN MEDICINA DI URGENZA O GENERALE 	EFFETTIVO ALLONTANAMENTO DEI PAZIENTI non-MAF
T 30m▶	ASSISTENZA AREA CRITICA	COLLABORAZIONE CON <ul style="list-style-type: none"> • RIANIMATORE • CARDIOLOGO • CHIRURGO 	ATTIVITA' ASSISTENZIALE IN EMERGENZA 2-3	STABILIZZAZIONE PROBLEMI INTERNISTICI
	CONTROLLO Codici V-MAF	CONTROLLO DELLA STABILITA' Codici V-MAF IN SALA D'ATTESA	COLLABORAZIONE CON INFERMIERI	STABILITA' PARAMETRI FAST-TRIAGE

PIANO OPERATIVO:

- *REDISTRIBUZIONE AREE P.S.*
- *DISTRIBUZIONE PERSONALE P.S.*
- *EVACUAZIONE P.S.*
- *ATTIVAZIONE DELLE UU.OO.*

PIANO OPERATIVO: REDISTRIBUZIONE AREE P.S.

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

Pazienti MAF

<i>Comitato P.E.I.M.A.F.</i>	- Stanza Coordinatore P.S. (centro comunicazioni) - Stanza Cardiologo di P.S. (Sala Riunioni)	T
<i>FAST</i> Triage	Atrio accoglienza	
Cod. Bianchi / Verdi	Sala Attesa Parenti	
Cod. Rossi e Gialli	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 palazzina ex-Direzione Sanitaria atrio principale Ospedale S.Camillo

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.)	
		15	4

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.

Tipo di Paz.	Chi fa	Che cosa fare	Tempo	Dove (Trasferim. Dimiss.)	Problema Organizzativo (fattibilità ?)
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 S.CAMILLO-FORLANINI

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	ASSENTE				
2	FREQUENZA RESPIRATORIA	>25 < 9				
3	VENT.RIDOTTA MONOLAT.	PRESENTE				
4	SATURIMETRIA PERIFERICA	90-94 <90				
5	FREQUENZA CARDIACA	>130				
6	PRESSIONE ARTERIOSA SIS.	<100				
7	IMPORTANTE EMORRAGIA	PRESENTE				
8	STATO NEUROLOGICO	PoU,V+Lato				
		V no Lato				

A : attento
V : vocale

P : dolore
U : nessuna risposta

NOTE

MAF

AZIENDA OSPEDALIERA S. CAMILLO-FORLANINI 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



**AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE**

Oggetto: Maxi-Emergenze: predisposizione **“Kit atrio e Kit Pazienti”**.

1. **Kit atrio** che contiene il necessario per ricevere e registrare le vittime:

- 1 registro accettazione
- 1 macchina fotografica digitale (vedi allegato n° 1)
- 1 megafono con batterie di riserva.
- 8 gilet o “fratini”:
 - 1 blu con scritta “Coordinatore”
 - 1 arancio con scritta “info”
 - 1 verde con scritta “triage”
 - 1 bianco con scritta “log”
 - 1 rosso con scritta “rossi”
 - 1 giallo con scritta “gialli”
 - 1 viola con scritta “P S”
 - 1 marrone con scritta “DITRO”
- 6 forbici normali
- 6 forbici taglia abiti
- 9 torce elettriche con batterie di riserva.
- 18 evidenziatori (6 rossi, 6 gialli, 6 verdi)
- 30 penne a sfera
- 240 fascette colorate adesive(60 rosse, 60 gialle, 60 verdi, 60 bianche)
- 100 coperte isothermiche.

2. **Kit pazienti**, composto da 270 unità, ciascuno contenente il seguente materiale;

- Scheda sanitaria di triage (stampare almeno 200 unità)
- Scheda richiesta esami ematochimici e diagnostici
- Sacchetto effetti personali numerato, dal n°1 al n°120.
- Laccetto colorato per identificazione codice gravità (60 rossi, 90 gialli, 120 verdi).
- Provette numerate per esami ematici, n°3 ed ematogruppo, n°2. per 30 unità + riserva magazzino
- Numero progressivo adesivo, n° 1...n°270, (dieci serie).

3. 60 cartoncini (cm 20 x 10) con elastico a cappio di colore rosso.
120 cartoncini (cm 20 x 10) con elastico a cappio di colore giallo.
120 cartoncini (cm 20 x 10) con elastico a cappio di colore verde
120 cartoncini (cm 20 x 10) con elastico a cappio di colore bianco.

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 d'Urgenza, Medicina, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Elettiva, Ortopedia, Maxillofacciale e Chirurgia Plastica dimettono tutti i pazienti dimissibili e contattano il COPS 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

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:

- Shock e Trauma: fino a 9 pazienti da rianimazione
- CR2: da 2 a 4 pazienti
- Medicina D'urgenza: 15 posti letto

Scenario notturno

Organico presente presso la Radiologia DEA:

- **2 Medici Radiologici**
- **4 TSRM Radiologi (di cui 1 per radiografie a letto e C.O.)**
- **3 IP**

Nell'eventualità di un massiccio afflusso di feriti, c'è unanime consenso di limitare la diagnostica per immagini alle metodiche salvavita, RX Torace a letto ed Ecografia Addominale con tecnica FAST; queste prestazioni andrebbero effettuate in sala di emergenza, senza spostare il malato.

RX Torace

- La radiologia del DEA ha in dotazione 2 apparecchi radiologici portatili, più un terzo situato in corsia presso la Divisione di Ortopedia;
- Tutti i Tecnici presenti sono in grado di eseguire l'esame RX del torace a letto;
- Tutti i Radiologi in turno in turno sono in grado di reperirli adeguatamente;
- Ogni esame RX del Torace a letto in sala emergenza richiede circa 10 minuti per il posizionamento della cassetta, l'esecuzione e lo sviluppo;
- In caso di MAF, il piano operativo (allegato) prevede di spostare almeno 2, fino a 3 portatili, nelle sale di emergenza. Pertanto nella prima ora la potenzialità operativa è di eseguire l'indagine RX salvavita (RX torace) a 12 – 18 pazienti.

Ecografia FAST

- la dotazione della radiologia del DEA è di un ecografo portatile;
- in ogni turno è presente almeno un medico con addestramento adeguato;
- l'esame richiede circa 3-5 minuti;
- In caso di MAF, il piano operativo (allegato) prevede che il Radiologo di guardia si sposti Presso le sale di emergenza con il portatile. Pertanto nella prima ora la potenzialità operativa è di eseguire l'indagine Ecografia addominale con tecnica FAST a 12-18 pazienti.

In ragione delle considerazioni esposte, nelle ore di minor presenza (scenario notturno) la Radiologia del DEA ha la potenzialità di assistere adeguatamente nella prima ora 12 – 18 pazienti che necessitano di uno studio di diagnostica per immagini salvavita.

Fasi dell'attivazione della Radiologia del DEA nelle maxiemergenze

Tempo	Evento	Chi fa	Che cosa fa	Dove lo fa
T0	Allarme	118	Comunica l'evento	Medico di guardia
T1 = 3'	Allertamento Radiologia DEA dall'esterno	HDM Coord o HDM Info	Comunica l'evento e la sua entità	Medico di guardia TC DEA (3099-4853)
T2 = 2'	Allertamento interno Radiologia DEA	Medico di guardia TC DEA (assume il ruolo di Team Leader)	- allerta gli operatori presenti in servizio - decide se e quanto potenziare il turno con chiamate all'esterno - avvisa il Responsabile Radiologia DEA - avvisa il Neuroradiologo di guardia	Radiologia DEA
T3 = 10'	Richiamo personale fuori servizio A) Arrivo previsto di feriti tra 20 e 30	Medico di guardia TC DEA (con la collaborazione del TSRM e IP di guardia in TAC)	Chiama: - 1 Medico Radiologo - 1 TSRM - 1 IP	Presso l'armadietto in cui è tenuto l'ecografo portatile sono conservati in busta chiusa i recapiti di medici, tecnici e infermieri da aprire solo in caso di M-E.
	Richiamo personale fuori servizio B) Arrivo previsto di feriti >30	Medico di guardia TAC DEA (con la collaborazione del TSRM e IP di guardia in TAC)	Chiama: - 2 Medici Radiologi - 2 TSRM - 2 IP	Presso l'armadietto in cui è tenuto l'ecografo portatile sono conservati in busta chiusa i recapiti di medici, tecnici e infermieri da aprire solo in caso di M-E.
	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 sviluppatrici	Ambiente sviluppatrici
Tecnico TC		Calibrazione e preparazione apparecchio TC	Sala TC	
	Infermiere Eco	Verifica carica e funzionamento ecografo portatile e lo sistema 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	RX torace	Sala emergenza
		Tecnico esami a letto	Sviluppo cassette CR	Ambiente sviluppatrici
		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	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

DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA' IN CASO DI MAXIEMERGENZA

LABORATORIO PER LE EMERGENZE

T	EVENTI	CHI	ATTIVITA'	DOVE	NOTE
T1	ALLARME ALLERTAMENTO DALL'ESTERNO	Centralino	Comunica l'arrivo e l'entità dell'EVENTO	LAB. EM. Al medico di guardia	Definizione del livello dell'evento
T2	ALLERTAMENTO INTERNO	Il medico di guardia assume il ruolo di <u>team leader</u>	Decide in base alle notizie ricevute se potenziare il turno I tecnici di guardia verificano l'efficienza delle apparecchiature	<i>Verifica la capacità di intervento della/nella struttura</i>	
T3	ALLARME di Livello 1/2/3 REALIZZAZIONE PROCEDURE x FRONTEGGIARE L'EVENTO	Il team leader + 2 tecnici di turno	Se necessario, attiva le telefonate: al team di Emergenza (1 Dirig+2 tecn.+1 ausiliario) al Dirett. Dip. al Respons. Lab. al Capotecnico Dà disposizioni operative ai tecnici presenti di verificare l'efficienza delle apparecchiature e avviare l'attività della maxiemergenza	Loro sedi conosciute (In busta chiusa sono conservati presso il Laboratorio i recapiti telefonici di queste figure) stabilisce la strumentazione da dedicare alla maxiemergenza, possibilmente in area dedicata	Il team leader effettua la chiamata a cascata di personale tecnico aggiuntivo, (eventualmente anche di altri lab. di Biochimica, solo per livelli 2/3). Inizialmente il 1° tecnico di guardia si dedica all'emergenza ordinaria il 2° tecnico di guardia si dedica alla maxiemergenza.
T4	SEPARAZIONE DEL LAVORO TRA ORDINARIO E MAXIEMERG.	Il team leader	Dà disposizioni operative al Team di Emergenza, divide il personale, sulla base dell'ipotetico numero di campioni in arrivo, stabilisce il numero dei tecnici da dedicare alla accettazione		Riserva una linea telefonica (4228) alle comunicaz. x la maxiemerg., quindi con P.S. Mantiene i contatti diretti e/o telefonici con medici del P.S. <u>E' ipotizzabile</u> il supporto di un 5° tecnico dedicato solo alla accettazione di richieste/campioni e alla loro suddivisione

T4	SEPARAZIONE DEL LAVORO TRA ORDINARIO E MAXIEMERG. LAB. per le EMERGENZE	<u>Personale tecnico:</u> tecnici di guardia tecnici del team di Emerg. (tot 4 tecnici)	2 tecnici del team di emergenza: 1 tecnico supporta il collega che provvede all'emergenza ordinaria; 1 tecnico supporta quello dedicato alla maxiemergenza	I tecnici lavorano in aree di lavoro separate: accettazione campioni e registrazione pazienti. Si prevede una codifica, stabilita da P.S , per pazienti privi di identificazione	Accettazione informatica avviene in area informatica separata rispetto all'attività di emergenza ordinaria Divisione rapida delle richieste poiché la maxiemergenza utilizza moduli dedicati (Il P.S. dispone di kit paziente, dedicati alla maxiemergenza)
T	EVENTI	CHI	ATTIVITA'	DOVE	NOTE
T4	LAVORAZIONE RICHIESTE PROVENIENTI DA P.S.	<u>Personale tecnico:</u> tecnici di guardia tecnici del team di Emerg.	Lavorazione campioni: emerg. ordinaria maxiemergenza	Area strumenti separate	In caso di non funzionamento di entrambe le macchine di una linea, viene attivata la procedura, definita a tale scopo, da adottare nei giorni festivi e in orario notturno
T4	VALIDAZIONE E REFERTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Team leader ▪ Dirigente del team emergenza 	Validano i referti , ciascuno secondo la competenza stabilita: <u>referti</u> di emerg.ord <u>referti</u> di maxemerg	Area dedicata di competenza	
T5	INVIO REFERTI MAXIEMERGENZA	Il team leader		Area dedicata	Con fax , su numero dedicato, al P.S. / o invio refertazione tramite rete

MAXIEMERGENZA: SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE

S. CAMILLO

EVENTI	CHI	ATTIVITA'	DOVE	NOTE
ALLARME ALLERTAMENTO DALL'ESTERNO	Centralino	Comunica l'arrivo e l'entità dell'evento al team leader rappresentato dal medico di guardia	Centro Trasfusionale S. Camillo	Definizione del livello di allarme
ALLERTAMENTO INTERNO Allarme di Livello 3	Team leader ovvero medico di guardia	Attiva le telefonate: chiama il medico reperibile e il tecnico reperibile + il 3° medico e il 3° tecnico con chiamata <u>a cascata a seconda del grado del livello 3</u>	Presso i rispettivi domicili/cellulari (Si utilizzano i recapiti telefonici conservati all'uopo in busta chiusa).	<u>La chiamata a cascata</u> Viene effettuata dal team leader
SITUAZIONE INTERNA DOPO L'AVVISO DEL LIVELLO DI MAXIEMERGENZA	Team leader Fase 1	Riceve le richieste di terapia trasfus. Valuta la loro priorità - Smista le richieste a seconda del grado di urgenza/maxiemerg.		Divisione rapida delle richieste, poiché la maxiemergenza utilizza moduli dedicati , più semplici rispetto all'ordinario con codifica stabilita per persone prive di riconoscimento
SITUAZIONE INTERNA DOPO L'AVVISO DEL LIVELLO DI MAXIEMERGENZA	Team leader Tecnico di guardia Medico reperibile Tecnico reperibile Fase 2	Si applicano le procedure previste a seconda dell'urgenza rappresentata (con/senza prove crociate)	Accettazione e registrazione delle richieste e dei campioni Lavorazione campioni	I 2 medici fanno lo stesso tipo di lavoro I 2 tecnici fanno lo stesso tipo di lavoro
SITUAZIONE INTERNA DOPO L'AVVISO DEL LIVELLO DI MAXIEMERGENZA	Team leader	Impartisce istruzioni al 3° medico e al 3° tecnico sopraggiunti	Il 3° medico dispone la verifica e prende atto delle scorte degli emocomponenti; se necessario, attiva	Il tecnico verifica la giacenza di emocomponenti nelle frigoemoteche, congelatori e agitatori piastrinici

	Fase 3		<p>l'approvvigionamento degli emocomponenti carenti.</p> <p>Il 3° tecnico collabora operativamente con il 3° medico</p>	<p>Il medico, dopo tale verifica, si collega, se necessario, con SIMT regionali ed extra –regionali/ex CNTS per i rifornimenti. Invia macchina per ritiro. Necessità di linea esterna dedicata per chiamate tra SIMT aziendale/SIMT regionali e/o extraregionali/ex CNTS</p>
--	--------	--	--	---

SIMT S. CAMILLO

EVENTI	CHI	ATTIVITA'	DOVE	NOTE
VALIDAZIONE E REFERTAZIONE	Team leader Medico reperibile	Effettuano la validazione prove crociate /sblocco delle unità. Dispongono la loro assegnazione	Nei locali appositamente adibiti	I 2 medici fanno lo stesso tipo di lavoro
CONSEGNA EMOCOMPONENTI	Trasportatori	Macchina e/o a piedi	Lasciati in attesa di ritiro in area dedicata	Linea telef. riservata tra SIMT e P.S.

MAXIEMERGENZA: SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE

EVENTI	CHI	ATTIVITA'	DOVE	NOTE
<p>ALLARME</p> <p>ALLERTAMENTO DALL'ESTERNO</p>	<p>Team leader del SIMT S. Camillo</p>	<p><u>Se ritenuto necessario</u> comunica l'evento e la sua entità</p> <p>ad un referente dell' area CTO dell'ex CNTS, il quale a sua volta, arrivato in sede, si attiva effettuando una chiamata a cascata di un tecnico.</p>	<p>Presso il domicilio/cellulare</p> <p>(Si utilizzano i recapiti telefonici degli operatori CTO conservati all'uopo in busta chiusa presso il SIMT e presso il CTO stesso) .</p>	<p>A fine giornata, al momento della comunicazione della <u>giacenza effettiva</u> e <u>della giacenza "potenziale"</u>, vengono comunicati anche i nomi di 2/3 possibili referenti dell'ex CNTS potenzialmente raggiungibili.</p>
<p>SITUAZIONE INTERNA DOPO L'AVVISO DEL LIVELLO DI MAXIEMERGENZA</p>	<p>Team leader interno all'ex CNTS (identificato nella prima persona che ha raggiunto il presidio)</p> <p>Fase 1(fornitura di emocomponenti)</p>	<p>Per un immediato supporto con la fornitura di unità in giacenza, riceve le richieste dal SIMT, smista le richieste, mobilizza le unità di cui dispone, (eventualmente con l'aiuto di altro personale)</p>	<p>AREA CTO</p>	<p>Le richieste dal SIMT S. Camillo arrivano via fax</p>
<p>SITUAZIONE INTERNA DOPO L'AVVISO DEL LIVELLO DI MAXIEMERGENZA</p> <p>La raccolta del sangue si effettua quotidianamente, domeniche incluse.</p>	<p>Team leader interno all'ex CNTS</p> <p>Fase 2 (Donazioni in Emergenza)</p>	<p><u>Apertura ai Donatori:</u></p> <p>Si attiva per dar modo di aprire la Sala Prelievi e le 2 AUTOEMOTECHE se non sono già impegnate. Il Personale di Sala Prelievi è quello che dovrebbe entrare regolarmente nel primo turno successivo all'allarme</p>	<p>Il Personale dell'Area raccolta sangue per le Autoemoteche viene mobilitato con chiamata a cascata , organizzando 1 team di Emergenza raccolta</p> <p>Le donazioni in Emergenza si effettuano dalle ore 7.00 del mattino fino alle ore 14.00</p>	

<p>Nel caso che l'allarme si verificasse la notte antecedente NATALE e PASQUA</p>	<p>Team leader interno all'ex CNTS</p> <p>Fase 2 bis (Donazioni in Emergenza straordinaria)</p>	<p>Si attiva per dar modo di aprire la Sala Prelievi e le 2 AUTOEMOTECHE se non sono già impegnate, effettuando la chiamata a cascata per organizzare 2 team di Emergenza raccolta</p>	<p>Presso il domicilio/cellulare (Si utilizzano i recapiti telefonici degli operatori della Sala Prelievi, conservati all'uopo in busta chiusa presso il CTO, per le situazioni di maxiemergenza) .</p>	<p>Le donazioni in Emergenza straordinaria si effettuano dalle ore 7.00 del mattino fino alle ore 14.00</p>
--	---	--	---	---

ATTIVAZIONE
UNITA' OPERATIVE

LIVELLO	U.O. SERVIZIO	CHI FA	CHE COSA
1	UU.OO. di Medicina	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
2		Personale Inf.co	Idem 1. 3. 2) predispone 2 p.l. in soprannumero per ogni sezione
3			Idem 1. 2. 3. 4.

LIVELLO	U.O. SERVIZIO	CHI FA	CHE COSA
1	UU.OO. di Ortopedia 1-2 Max-facciale Ch. Plastica	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
2			4) viene attivata la chiamata a domicilio incominciando dal turno successivo sia per il personale medici ed infermieristico
3			Idem 1. 2. 3. 4.

LIVELLO	U.O. SERVIZIO	CHI FA	CHE COSA
1	CC.OO.	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, CH.TOR) si reca al Blocco Operatorio Elettivo e si mette a disposizione per l'apertura della 3° C.O.; 3) viene chiamato l'infermiere reperibile per eventuali urgenze specialistiche; 4) il chir. Specialista si reca al BOE e si mette a disposizione
2			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.
3			Idem 1.2.3. 4.5

LIVELLO	U.O. SERVIZIO	CHI FA	CHE COSA
1	Centro Rianimazione (U.O. Shock Trauma)	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
2		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
3			Idem 1.2.3. 4) viene attivata la mobilità da altri ospedali

LIVELLO	U.O. SERVIZIO	CHI FA	CHE COSA
1	Terapie Intensive		1) Il personale è comandato in servizio per il periodo dell'emergenza 2) un infermiere viene distaccato presso il C.Rian. 1; 3) prima di lasciare il proprio posto, l'inf.re verifica l'eventuale necessità di portare del materiale presso il C. Rian. 1 (barelle, presidi ecc.)
2			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. e/o T.I.P.C.
3			Idem 1. 2. 3. 4.

S.L.O.T.

Servizio Logistico Operativo Trasporti

MODELLO OPERATIVO PER LE FUNZIONI DI SUPPORTO IN CASO DI MAF.

Nella descrizione di un modello di piano operativo si è scelta un MAF in uno scenario notturno che da una parte vede la diminuzione di numerose attività, ma che dall'altra presenta un numero di risorse disponibili minore rispetto ad un turno diurno.

Prendendo in considerazione gli obiettivi, così come sono stati formulati, si può notare che la maggior parte di essi risultano dipendenti in modo determinante dallo S.L.O.T.

Attivazione Servizio Trasporti Interni Pazienti e Liquidi Biologici.

Secondo quelle che sono le indicazioni della Medicina delle Catastrofi, in caso di maxiemergenze non si devono modificare le procedure già in uso.

Per tale motivo il Servizio trasporti verrà attivato secondo le consuete modalità di chiamata attraverso la linea che rimarrà dedicata Tel. 4214-4312-Fax 4469.

Risorse disponibili:

Postazione SLOT S.Camillo: 3 Ambulanze

2 Macchine liquidi biologici

Autoparco:

3 Macchina Sangue

4 Autisti

3 Infermieri

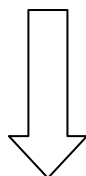
3 Operatori (OTA, Aus.)

3 Autisti

È inoltre possibile disporre di un furgone e ulteriori ambulanze.

Presso la postazione SLOT S.Camillo è presente un **Centralino di coordinamento** delle macchine attivo 24 ore su 24 con 2 linee telefoniche + 1 abilitata FAX e la presenza di 2 Operatori telefonici (Infermieri).

FASE 0 In caso di maxiemergenza con Massiccio Afflusso di Feriti il Centralino SLOT viene allertato immediatamente dal 3° operatore del Centralino dell'Azienda (4214, 4312).

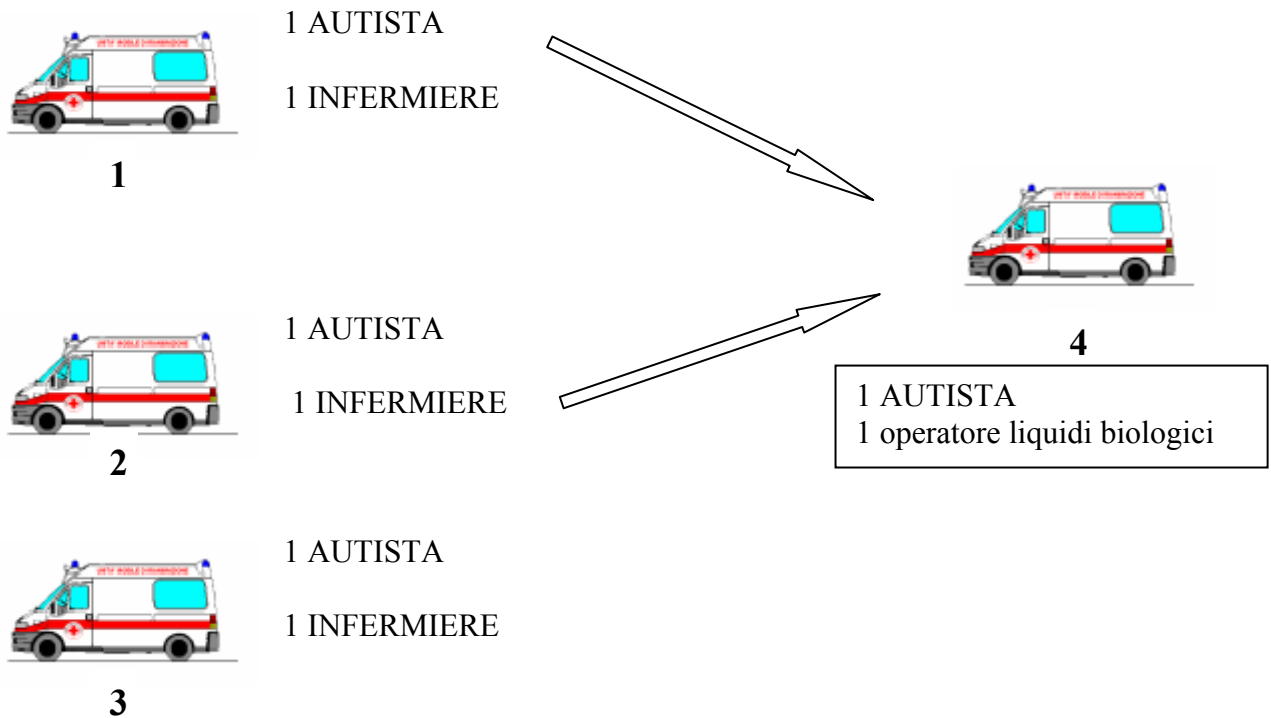


I° Operatore telefonico SLOT: Chiama il Responsabile reperibile SLOT;
Allerta l'Autoparco Forlanini (2336);

II° Operatore telefonico SLOT: Inizia redistribuzione equipaggi e predispone le macchine per il passaggio da 3 a 4 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:

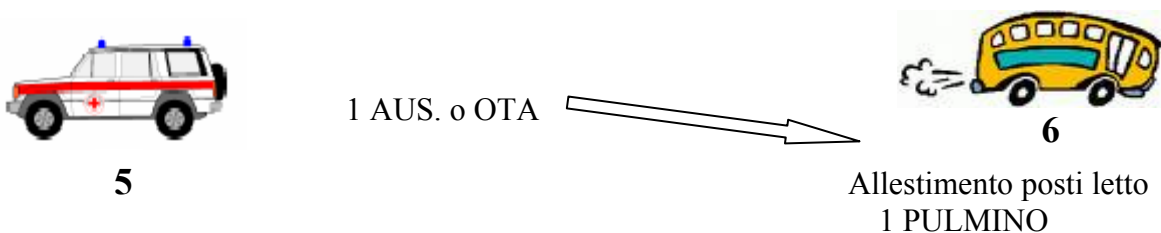
Postazione SLOT S.Camillo:



Attraverso il presente schema si passa da n° 3 a n° 4 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 discesa Baccelli (lato BOE), Pz. presenti sul corridoio all'ingresso, uscita salita Flajani.

Ambulanza 4: rimane dedicata alle restanti attività dei Presidi Ospedalieri (4214);

Macchina 5: trasporto liquidi biologici a disposizione delle emergenze del P.S. (4469) (anche a piedi) e delle UU.OO. di 3 Presidi Ospedalieri (4214);

Pulmino 6: N° 2 Aus. o OTA, usciti dalle macchine andranno a predisporre gli eventuali posti letto aggiunti e garantiranno, con l'ausilio di un pulmino, il trasporto di (4214):

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

FASE 2: Ambulanza 3: dedicata all'U.O. Medicina d'Urgenza per il trasferimento dei pz. Presso altre UU.OO. (4469), stazionamento uscita posteriore Rep. Medicina d'Urg. "Camera Calda";

Ambulanza 4: rimane dedicata alle restanti attività dei tre Presidi Ospedalieri (4214);

Ambulanze 1, 2, : rimangono a disposizione dell'HDM – P.S. (4469); **Percorso:** entrata discesa Baccelli (lato BOE), Pz. presenti sul corridoio all'ingresso, uscita salita Flajani.

Macchina 5: trasporto liquidi biologici a disposizione delle emergenze del P.S. (anche a piedi) e trasporto liquidi biologici a disposizione delle UU.OO. di 3 Presidi Ospedalieri (4214);

Pulmino I: N° 2 Aus. o OTA andranno a predisporre gli eventuali posti letto aggiunti e garantiranno, con l'ausilio di un pulmino, il trasporto di (4214):

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

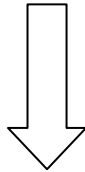
Per quanto concerne l'"Emergenza Sangue" vi sono 2 macchine dell'Autoparco a disposizione del Centro Trasfusionale.

**Reperibile SLOT (Presso Centralino S.Camillo: 4214-4312)
Coadiuvata H.D.M. DITRO per quanto attiene:**

Funzioni Obiettivo Gen. (chi)	Compiti (cosa)	(come)
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 e Pulmino	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 L'URP E PER GLI UFFICI INFORMAZIONI

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 Dirigente Responsabile dell'URP, Dott.sa Giovanna Natalucci. In caso di non reperibilità del Dirigente, la persona designata è la Sig.ra Eleonora Santopaolo. L'URP attiva gli operatori dell'Ufficio Informazioni, attraverso la caposala Sig.ra Saias.

Se l'emergenza si verifica di notte o in orario di chiusura dell'URP, il Dirigente Responsabile dell'URP, o un suo delegato, attiva un turno straordinario notturno con 2 operatori dell'Ufficio Informazioni ed 1 operatore URP.

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

L'ITALPOL ha un ruolo centrale nella funzione di direzionamento dei parenti verso la piastra.

(atrio ex Direzione Sanitaria)

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 all'URP.

Lo stesso medico predispose 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 all'urp per l'ufficio informazioni.

L'ufficio informazioni 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 dell'URP 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 URP 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, l'URP mette a disposizione il proprio ufficio per consentire la comunicazione in via telefonica tra il medico ed il parente.

ATTIVAZIONE URP

Fase 1 Ricezione allarme

FUNZIONI OBIETTIVO GEN. (chi)	COMPITI (cosa)	(come)	(tempi)	VERIFICA	NOTE
HDM INFO-Medico di Direzione Sanitaria	Allerta la Direttrice URP o suo delegato	Tramite Centralino	5'		Se i telefoni non funzionano uso ei cellulari
Direttrice URP o suo delegato	Attiva un turno straordinario con 2 operatori dell'Ufficio Informazioni e 2 operatori URP	Tramite telefono	30'		

Fase 2 Cessato allarme

FUNZIONI OBIETTIVO GEN. (chi)	COMPITI (cosa)	(come)	(tempi)	VERIFICA	NOTE
HDM INFO-Medico di Direzione Sanitaria	Comunica il cessato allarme	Tramite Centralino			
Direttrice URP o suo delegato	Comunica il cessato allarme al suo staff	Verbalmente			

ATTIVAZIONE SERVIZIO SICUREZZA

LIVELLO	U.O. SERVIZIO	CHE COSA	NOTE
1	SERVIZIO SICUREZZA (ITALPOL) 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 tra ingresso Via Gianicolense ed il P.S. 5) Presidia il percorso tra Eliporto e P.S.	Escludere dall'accesso al P.S. anche il personale dipendente non coinvolto operativamente.
2		Idem 1. 2. 3. 4.	
3		Presidia tutti gli accessi al presidio ospedaliero S.Camillo (escluso personale in arrivo)	

Piano formativo ed informativo



AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI
AZIENDA CON OSPEDALI DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
Piazza C. Forlanini, 1 - 00151 Cod Fisc. 04733051009



Progetto Formativo Aziendale

“La pianificazione dell’emergenza intraospedaliera: i piani di emergenza P.E.I.M.A.F e P.Evac.”

Premessa

L’eventualità di dover assistere un numeroso afflusso di feriti eccedente la possibilità assistenziale del DEA, mantenendo un livello accettabile della qualità delle prestazioni assistenziali e tendenzialmente inalterata la normale routine ospedaliera, pone l’Azienda di fronte alla necessità di intervenire con metodi, strumenti, conoscenze che non possono essere improvvisati ma frutto di linee guida e criteri organizzativi univoci ed universalmente condivisi in quanto efficaci.

La qualità della risposta ospedaliera dipende dalla capacità di approntare immediatamente, mediante una re-distribuzione delle aree, del personale, della tecnologia, quanto necessario all’assistenza dei feriti. Le condizioni reali in cui si renderà necessario attuare il piano, potranno essere tali da modificarlo in parte, pertanto è necessario che tutto il personale apprenda i principi del piano, ma contemporaneamente sviluppi la capacità di attuarlo in modo flessibile.

Rispetto a quanto premesso, l’Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini oltre ad essere dotata di un Piano di Emergenza Interna per Massiccio Afflusso di Feriti (**PEIMAF**) e di un Piano di Evacuazione (**P.Evac.**); ha intrapreso dal Maggio 2003 un percorso di formazione per formatori con personale sanitario proveniente dal D.E.A. , ed ha successivamente attivato, con tali risorse, dei corsi sulla pianificazione dell’emergenza intraospedaliera in caso di Maxiemergenza, durante tutto l’anno 2005 e 2006, affinché il personale sanitario potesse acquisire/schematizzare e conoscere il PEIMAF Aziendale e garantirne l’applicazione in situazioni di emergenza complessa.

Nell’ambito della prosecuzione di tale Progetto Formativo Aziendale ,viene programmato il presente corso.

PROBLEMA

Non completa conoscenza e condivisione del “PEIMAF” e del “P.Evac”. Aziendale all’interno delle UU.OO. eventualmente coinvolte in caso di Massiccio Afflusso di Feriti, ciò comporta l’impossibilità di garantire un’adeguata assistenza ai feriti che affluiscono al DEA e ai degenti già ricoverati.

OBIETTIVO GENERALE.

Favorire l’acquisizione delle conoscenze relative ai principi della pianificazione dell’emergenza intraospedaliera, al fine di garantire l’applicazione dei Piani di Emergenza Aziendali in tutte le UU.OO. direttamente coinvolte dall’evento, mantenendo standard assistenziali di sicurezza.

OBIETTIVI SPECIFICI:

Tutti gli operatori coinvolti dovranno:

- conoscere il “ PEIMAF ed il P.Evac.” aziendale, i protocolli e le procedure operative;
- conoscere sinteticamente i quadri clinici secondari ad eventi traumatici;
- analizzare il ruolo della propria U.O. in caso di emergenza e maxiemergenza;

- prefigurare le azioni, le procedure e le linee di responsabilità;
- Migliorare le capacità comunicative- relazionali ed operative di gruppo in situazioni di emergenza complessa.

DESTINATARI

Il Corso, in particolare, è rivolto al personale che opera nell'area dell'Emergenza Aziendale.

Gli Operatori previsti sono in totale 78.

Il numero massimo di Operatori per ogni edizione è di 26.

La consegna dell'attestato è subordinata alla frequenza del 90 % delle ore del programma formativo.

ARTICOLAZIONE

Il Progetto formativo aziendale si svolge in **3 giornate formative** con contenuti teorico-pratici, Sono previste **n. 3 Edizioni**, ciascuna edizione ha la **durata di 21,00** ore formative.

Tale corso si svolge in regime di comando per aggiornamento obbligatorio.

Calendario delle edizioni:

1^ Ed. 22-23-24 Aprile 2009; aula "A" edificio Piastra tecnologica Ospedale S.Camillo;

2^ Ed. 19-20-21 Maggio 2009; aula "A" edificio Piastra tecnologica Ospedale S.Camillo;

3^ Ed. 3-4-5 Giugno 2009; aula "A" edificio Piastra tecnologica Ospedale S.Camillo;

METODOLOGIA

Lezione magistrale (A)

Relazione su tema preordinato (B)

Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti (E)

Lavori in piccoli gruppi su problemi specifici inerenti i Piani di emergenza (G)

Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche (H)

Role playing e discussione di quanto simulato (I).

MATERIALE DIDATTICO

Il materiale didattico elaborato appositamente per i partecipanti (cd-room, dispense degli argomenti trattati ed ultima versione del PEIMAF aziendale), verrà distribuito nella prima giornata del corso.

SUSSIDI

P.C. portatile e videoproiettore;

lavagna luminosa;

lavagna magnetica ;

Materiale per simulazioni con E. T .S. (Sistema Emergo Train)

Lavagna a fogli mobili

Valutazione

L'apprendimento verrà valutato attraverso la somministrazione di:

Questionario a risposte chiuse di cui una sola esatta;

supereranno il test coloro che risponderanno in maniera esatta a 10 domande su 13 (10/13) .

Gradimento corso: somministrazione del questionario E.C.M.

Valutazione di Ricaduta

Al termine del corso tutti i partecipanti, oltre a conoscere i contenuti del “ PEIMAF e del P.Evac.” Aziendale, con le procedure operative ad esso correlate e validate, saranno in grado di contestualizzare ed eventualmente implementare le varie procedure all'interno di ciascuna U.O. , verificandone l'applicabilità attraverso simulazioni guidate, che si svolgeranno entro l'anno 2009, aumentando così le capacità di coordinamento e gestione di eventuali situazioni complesse in emergenza.

La ricaduta organizzativo -gestionale più ampia, si avrà a medio- lungo termine, dopo il processo di verifica e le dovute revisioni periodiche dei Piani di Emergenza.

Responsabile Scientifico del Corso: D.ssa Anna Viola;

Responsabili Scientifici: Dr. Diamante Pacchiarini; Coord. re Inf. re Ferri Dalia;

Dott. ssa Viola Anna.

Segreteria Organizzativa

Elia Casciato: Tel:06/5555-3393 Fax: 0655552644;

ecasciato@scamilloforlanini.rm.it;

Consulenza progettazione, procedure e.c.m , monitoraggio e verifica di processo

Dott. ssa M. Assunta Bricca Resp. le Area Didattica Personale D.I.T.R.O.

Dott. ssa Anna Luciana Di Marsico Area Didattica Personale Medico

PROGRAMMA CORSO

**“La pianificazione dell’emergenza intraospedaliera:
i piani di emergenza P.E.I.M.A.F e P.Evac.”**

1[^] giornata

Orario lezioni	Titolo lezioni	Tipologia lezioni	Docenti e Sostituti
8.30 – 9.00	Introduzione al corso		Viola A.
9.00 – 10.00	La Medicina delle Catastrofi	B	Cremonese F. o Bertoldi I.
10.00 – 10.30	Aspetti legislativi e normativi	B	Fabiani M. o Tontini F.
10.30 – 10.45	Intervallo		
10.45 – 12.15	L’intervento extraospedaliero: Simulazione liv. 1	H	Roscioni A.M. o Mosiello G. o Lops N.
12.15 – 13.15	La gestione del panico	B	Gorio R. o Bertoldi I.
13.15 – 14.15	Pausa pranzo		
14.15 – 15.15	La gestione delle risorse umane: l’Unità di crisi, il piano delle responsabilità, stile di leadership	B	Caroppo U. o Brocato R.
15.15 – 16,15	La Comunicazione : Lo stile della comunicazione	I	Pennacchi D. o Ferri D.
16.15 -16.30	Intervallo		
16.30 – 17.00	La risposta ospedaliera: i piani di emergenza	A	Viola A. o Orelli A.
17.00 – 18,00	Simulazione liv. 1: la risposta ospedaliera in assenza di piani di emergenza	I	Bertoldi I. e Caroppo U. e Fabiani M.; o Brocato R. e Ferri D. e Mancini R.
18.00	Fine giornata		

2^ giornata

Orario lezioni	Titolo lezioni	Tipologia lezioni	Docenti e Sostituti
8,30 -9,30	Piani di emergenza: cenni di antincendio e presentazione del P.Evac.(Piano Evacuazione)	B	Cervini L. o Orelli A.
9.30 – 10.30	Il PEIMAF S. Camillo (Piano Emergenza Interno per Massiccio Afflusso di Feriti)	A	Brocato R. o Loretelli D.
10.30 – 11.00	Sessione interattiva 1: attivazione del piano	I	Brocato R. o Loretelli D.
11.00 – 11.15	Intervallo		
11.15 – 12.45	Simulazione liv. 2: evento di tipo A e debriefing simulazione liv.2	I	Bertoldi I. e Loretelli D. e Caroppo U. e Ferri D. o Brocato R. e Latina R. e Mancini R. e Fabiani M.
12.45 – 13.45	Pausa pranzo		
13.45 – 14.45	Il Triage ospedaliero nelle maxiemergenze: sessione pratica	H	Palmili M. o Maggi V.
14.45 – 15.45	Simulazione liv. 3: evento di tipo B	I	Brocato R. e Maggi V. e Ferri D. e Mancini R. o Caroppo U. e Bertoldi I. e Palmili M. e Latina R..
15.45 – 16.00	Intervallo		
16.00 – 17.00	Debriefing simulazione liv. 3	I	Brocato R. e Maggi V. e Ferri D. e Mancini R. o Caroppo U. e Bertoldi I. e Palmili M. e Latina R.
17.00 – 18.00	La formazione e l'addestramento del personale	B	Latina R. o Mancini R.
18.00	Fine giornata		

3[^] giornata

Orario lezioni	Titolo lezioni	Tipologia lezioni	Docenti e Sostituti
9.00 – 9.30	Approccio sistematico al paz. intossicato	B	Barelli o Soave
9.30 - 10.00	Classificazione, nomenclatura e definizione delle sostanze chimiche e delle tossine biologiche utilizzabili a scopo terroristico	B	Barelli o Soave
10.00 – 10.30	Agenti nervini	B	Barelli o Soave
10.30 – 10.45	Intervallo		Barelli o Soave
10.45 – 11.15	Tossici sistemici	B	Barelli o Soave
11.15 – 11.45	Tossine biologiche	B	Barelli o Soave
11.45 – 12.15	Piano regionale NBCR	B	Barelli o Soave
12.15 – 13.15	Apprendimento a piccoli gruppi caso studio (1): l'attacco che si vede e si sente caso studio (2): l'attacco che non si vede e non si sente L'uso dei D.P.I. Esercitazione nell'utilizzo delle maschere a cartuccia filtrante	G	Barelli o Soave
13.15 – 14.15	Pausa pranzo		
14.15 – 15.15	Modalità di gestione di pazienti vittime di esposizione accidentale a radiazioni ionizzanti	A	De Luca G. o Fabiani M.
15.15 – 15,45	Esercitazione	E	De Luca G. o Fabiani M.
15,45-16.00	Intervallo		
16.00 – 16.30	Somministrazione: test a risposta multipla e questionario di gradimento al corso (ECM)		
16.30 – 17.00	Correzione test		
17.00	Chiusura corso		

ABSTRACT

LA MEDICINA DELLE CATASTROFI:

La medicina delle catastrofi è una disciplina che coinvolge tutte le componenti dei soccorsi istituzionali. Il suo obiettivo è salvare il maggior numero di vite umane attraverso l'applicazione di concetti dottrinali decisamente nuovi rispetto alla routine ordinaria. La catastrofe è di fatto una piccola guerra e gli strumenti per affrontarla sono i medesimi utilizzati dalla terminologia militare: la strategia, la tattica e la logistica consentiranno al sistema di fornire una risposta attraverso l'ideazione di piani concretamente realizzabili e il dispiegamento razionale delle forze a disposizione che, almeno in una prima fase, saranno insufficienti a coprire il fabbisogno.

ASPETTI LEGISLATIVI E NORMATIVI

La normativa di riferimento è la 225/92 istitutiva del servizio di Protezione Civile, questo documento attraverso un intenso percorso culturale e legislativo è sfociato nella Legge 116/2001 inerente l'organizzazione dei soccorsi in caso di catastrofi. In ambito ospedaliero la normativa attualmente in vigore è la n°54/98 che dispone l'obbligo delle strutture ospedaliere a redigere e rendere operativo il piano di emergenza per massiccio afflusso di feriti. Questa normativa attualmente in fase di revisione codifica esplicitamente la figura dell'Hospital Disaster Manager.

L'INTERVENTO EXTRAOSPEDALIERO

L'intervento extraospedaliero viene condotto in sinergia con le componenti dei soccorsi tecniche, sanitarie e di ordine pubblico. Particolare rilievo viene attribuito all'integrazione tra le forze in campo al fine di evitare intralci pericolosi per le operazioni. Un altro aspetto determinante riguarda la logistica ovvero le reali possibilità del sistema di sopravvivere su interventi difficoltosi e protratti nel tempo.

Sessione pratica.

LA GESTIONE DEL PANICO

La relazione sulla gestione del panico fornisce le conoscenze per prevenire il fenomeno della contagiosità e dell'amplificazione emotiva che può verificarsi in presenza di folle ed assembramenti. La definizione del panico è intesa in questo senso come un sentimento che può essere combattuto prevedendone i fattori scatenati ed applicandone gli opportuni correttivi.

LA GESTIONE DELLE RISPOSTE UMANE

Sono esplicitati i principi organizzativi in caso di maxiemergenza a partire dalla puntuale analisi organizzativa in condizioni ordinarie.

LA COMUNICAZIONE

Sono esplicitati i fondamenti teorici e pratici della comunicazione in caso di maxiemergenza (chi – cosa – come); viene illustrato il piano delle comunicazioni nel PEIMAF Aziendale (piano emergenza interna per massiccio afflusso di feriti). Role playing: comunicazione con i media ed operatore-paziente.

I PIANI DI EMERGENZA OSPEDALIERI

I piani di emergenza ospedalieri rappresentano la risposta della struttura all'evento attraverso il raggiungimento dei tre obiettivi:

1. capacità di ricezione di un elevato numero di feriti
2. capacità di integrazione con altri piani ospedalieri
3. capacità di mantenere inalterata la normale routine.

Queste finalità verranno conseguite grazie all'attivazione della catena di comando peculiare del sistema HDM ovvero lo schieramento nelle aree ad elevata criticità di figure capaci di coordinare le operazioni.

PIANI DI EMERGENZA: CENNI SU ANTINCENDIO E PRESENTAZIONE DEL P.Evac.

Il piano di emergenza deve contenere procedure, da applicare a tutti i tipi di emergenze ipotizzabili nella struttura, identificate in base ad un'attenta valutazione preliminare dei rischi (i contenuti minimi, con particolare attenzione all'incendio, sono stati normati nel D.M. 10 Marzo 1998 * G.U. del 07/04/1998 * "Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro), e precisare i compiti del responsabile della sicurezza e di tutti gli addetti con incarichi specifici. Viene illustrato il Piano di Evacuazione Aziendale (P.Evac.)

IL PEIMAF AZIENDALE

Viene illustrato il PEIMAF Aziendale (piano emergenza interna per massiccio afflusso di feriti), a cui seguirà un confronto/dibattito, ed una sessione interattiva.

FORMAZIONE ED ADDESTRAMENTO

Le conoscenze relative alle maxiemergenze devono essere portate alla più ampia diffusione in ambito ospedaliero, coniugate con la formulazione dei corrispondenti piani operativi.

L'attuazione va continuamente sollecitata con le simulazioni che permettano di valicare l'applicabilità.

IL TRIAGE OSPEDALIERO

L'obiettivo del Triage ospedaliero è definire dei percorsi diagnostico terapeutici alle vittime che afferiscono dal sito dell'evento. Attraverso modalità specifiche verranno preventivamente identificate le aree idonee, i percorsi per le vittime a bassa, media ed elevata complessità assistenziale. Particolare rilievo viene attribuito alla filosofia e al metodo di triage che deve essere condiviso e conosciuto dagli operatori deputati a svolgerlo.

Sessione pratica.

FORMAZIONE ED ADDESTRAMENTO

Le conoscenze relative alle maxiemergenze devono essere portate alla più ampia diffusione in ambito ospedaliero, coniugate con la formulazione dei corrispondenti piani operativi.

L'attuazione va continuamente sollecitata con le simulazioni che permettano di valicare l'applicabilità.

TOSSICOLOGIA CLINICA E PIANO REGIONALE NBCR

Le situazioni d'emergenza causate dalle armi chimiche di distruzione di massa creano una nuova dimensione di rischio per gli addetti e gli operatori che gestiscono e trattano vittime umane. La differenza sostanziale tra un incidente con sostanze chimiche e le emergenze "convenzionali" deriva dal rischio di contaminazione per i soccorritori, per gli altri pazienti, per le strutture e le attrezzature dei Dipartimenti di Emergenza. In questi casi, le procedure di intervento tradizionali devono essere radicalmente modificate per evitare che si generi una situazione critica. Cenni su: Piano Regionale NBCR. Lavori a piccoli gruppi.

GESTIONE DEI PAZIENTI VITTIME DI ESPOSIZIONE A RADIAZIONI IONIZZANTI

La sessione ha come obiettivo quello di dare nozioni di base ai partecipanti relative ai principi basilari del soccorso in ambito ospedaliero ai pazienti vittime di esposizione accidentale a radiazioni ionizzanti. Verranno quindi approfondite le possibili modalità di esposizione alle radiazioni ionizzanti, l'esposizione esterna, la contaminazione radioattiva. Verranno impartite nozioni sul comportamento e le procedure da attuare da parte degli operatori coinvolti nel percorso assistenziale intra-ospedaliero. Saranno approfondite le tematiche relative alle tecniche di decontaminazione.

SIMULAZIONI DI LIVELLO 1-2-3

Le Simulazioni in aula, sono condotte da docenti-istruttori H. D. M. , che si avvalgono per la rappresentazione degli scenari ,del sistema didattico: l'Emergo Train System, che ha diversi livelli di utilizzo, con cui si possono simulare varie situazioni sanitarie e logistiche che si potrebbero verificare durante la gestione di una maxiemergenza.

Al termine di ogni simulazione segue il debriefing o valutazione degli scenari da parte dei discenti, con i docenti-istruttori H.D.M. preposti.

Simulazione di livello 1: condotta e guidata dai docenti - tutor preposti, lo scenario didattico è rappresentato da un ospedale sprovvisto di piani d'emergenza.

Simulazione di livello 2: i docenti-tutor preposti intervengono nelle richieste di aiuto dei discenti e lo scenario didattico è rappresentato da un ospedale (sede di un D.E.A. di 1° livello), provvisto di piano d'emergenza.

Simulazione di livello 3: lo scenario è completamente auto-gestito dai discenti , i docenti-tutor non possono intervenire alle richieste di aiuto dei discenti , lo scenario didattico rappresenta la propria Azienda Ospedaliera (Ospedale S. Camillo- Forlanini di Roma, sede di un D.E.A. di 2° livello), i discenti dovranno applicare il P.E.I.M.A.F Aziendale a fronte di una situazione di emergenza complessa.

Esercitazioni

Disaster simulations (drills)

- L'ora di minimo afflusso utilizzabile è quella tra le 7 e le 8,30
- Un'autoambulanza che carichi e scarichi "Pazienti" è indispensabile
- La simulazione deve impiegare "attori" o manichini che esprimano una patologia, sui quali provare le manovre decise. Ogni "Paziente" deve avere il suo foglio di accompagnamento del 118 e rappresentare un caso ben delimitato o *format* (ferite multiple da arma da fuoco, asfissia, schiacciamento, arresto cardiocircolatorio, ecc.)
- L'esercitazione deve utilizzare i presidi protettivi usuali, perché siano presenti le limitazioni conseguenti (maschere, occhiali, guanti)
- Obiettivo della simulazione è di verificare le capacità ed abilità fondamentali:
 1. attenzione alle necessità del Paziente *Patient care*
 2. decisioni da prendere *Decision making*
 3. priorità da assegnare *Prioritizing*
 4. utilizzo delle procedure *Procedural skills*
 5. comunicazione interpersonale *Interpersonals skills*
 6. direzione delle équipes *Team leadership*
 7. strutturazione ed utilizzazione dei gruppi *Team S & U*
 8. **comunicazioni**
 9. uso delle risorse e delle scorte
- Il concetto fondamentale è che le performance vanno registrate, valutate e sviluppate: a questo fine è necessario standardizzare gli scenari, scegliere strumenti di valutazione, misurare le competenze. Un obiettivo cui tendere è quello di utilizzare come "Pazienti" Medici o Infermieri dotati di un foglio che descriva le loro lesioni e dettagliate istruzioni sul come "modificare" le proprie condizioni in risposta alle cure loro fornite. Verrà loro dato anche un questionario, da riempire durante lo svolgimento della simulazione. I questionari verranno analizzati e commentati in una tavola rotonda dei partecipanti. I ruoli verranno scambiati nella esercitazione successiva.
- Le linee guida per i trattamenti sono quelle dell'ATLS e dei Protocolli ufficializzati (*"Un Medico non deve mai essere posto nella condizione di decidere individualmente di negare un trattamento ad un Paziente, senza il supporto di una linea-guida o un protocollo. I Medici dell'Emergenza possono tuttavia trovarsi in una condizione in cui la domanda di risorse ecceda chiaramente la loro disponibilità. Per questa ragione è necessario che - nel prendere decisioni di bioetica riguardo ai disastri ed al massiccio afflusso di feriti - siano coinvolti gli Amministrativi, i Religiosi, le Commissioni bioetiche"*).

- In corso di Massiccio afflusso di feriti, l'obiettivo del DEA è di:
 1. preservare il maggior numero possibile di vite
 2. assicurare ai Pazienti più gravi un livello di cure ed assistenza che sia prossimo a quello abitualmente prestato in condizioni normali.
 3. assicurare a tutti un livello minimo accettabile di assistenza e cure.
- L'uso dell'abituale triage – in caso di massiccio afflusso – dà luogo ad un'alta percentuale di overtriage, perciò è indispensabile l'utilizzo di una scheda esemplificata di triage, da parte di un Medico dell'Emergenza senior, posizionato all'esterno (Triage avanzato).
- Una realistica capacità di accettazione del nostro Ospedale è in primo luogo determinata dal numero di équipes dedicate al trauma che l'Ospedale può schierare, con un meccanismo di chiamata a cascata. L'esercitazione può anche definire il profilo ottimale di uno staff (Anestesisti, Chirurghi, Internisti, Infermieri specializzati) e verificare la corretta applicazione di un protocollo, nonché la sua applicabilità nel contesto. In teoria, la capacità di un Ospedale è data dalla sua abilità nel trattare un carico di Pazienti pari al 20% della sua capacità in posti letti (*Ministero della Salute di Israele*)
- I maggiori colli di bottiglia nel flusso dei feriti sono (*esperienza israeliana*):
 1. Sale di emergenza
 2. Sala TAC e Rx

Le sale operatorie non costituiscono un rallentamento del flusso (purchè vi sia un numero adeguato di Chirurghi, Infermieri, Anestesisti ed un riarmo immediato).
La Radiologia costituisce il maggiore ostacolo al flusso dei Pazienti non critici.
- Le comunicazioni via Intranet, la simulazione al computer dell'evento calamitoso oppure gli esercizi di *war game* a tavolino sono strumenti utili per valutare l'uso delle risorse, da lasciare agli scenari ripetitivi (zone altamente sismiche, paesi in guerra o con atti di terrorismo frequenti): la necessità più urgente è quella di testare la nostra capacità di risposta all'evento raro ma prevedibile, a partire dal Centralino per finire ai contatti con i Familiari e la Stampa.
- Pianificare e simulare è la migliore strada per ridurre il costo umano dei disastri ed evitare gli errori umani nel trattamento.

Il Copyright e le limitazioni d'uso .

I contenuti e le informazioni presenti nel documento, sono tutelati dal diritto d'autore o da altri diritti di proprietà intellettuale riconosciuti dalle leggi applicabili.

Gestione Ospedaliera della Maxiemergenza

Istruttori Hospital Disaster Management
presenti in Azienda

Associazione Italiana Medicina delle Catastrofi

COGNOME - NOME	GIUDIZIO IDONEITA'
FABIANI MARINA	Idonea
BROCATO ROBERTO	Idoneo
MANCINI RENATO	Idoneo
PALMILI MIRIAM	Idonea
CREMONESE FRANCESCO	Idoneo
FERRI DALIA	Idonea
LATINA ROBERTO	Idoneo
LORETELLI DANIELA	Idonea
BERTOLDI P. ITALO	Idoneo
FIORINI ADRIANO	Idoneo
ORELLI ANGELO	Idoneo

Glossario

- P.E.I.M.A.F. (Piano emergenza Interno Massiccio Afflusso di feriti)
- ARES (Azienda Regionale Emergenza Sanitaria)
- P.S. (Pronto Soccorso)
- S.L.O.T. (Servizio Logistico Operativo Trasporti)
- URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico)
- PEI (Piano di Emergenza Interno)
- P.Evac (Piano di Evacuazione)
- HDM (Hospital Disaster Manager)
- D.S. (Direzioni Sanitarie)
- MAF (Massiccio Afflusso di Feriti)
- Fast Triade
- SIMT
- DITRO