SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI

REGIONE LAZIO

Deliberazione N. 0000175 del 06/02/2026

Struttura Proponente: UOSD Servizio Sicurezza Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori (SPPR)

Centro di costo: G0DG42JD1S

Proposta: 0000249 del 04/02/2026

Oggetto:
APPROVAZIONE DEL PIANO DI EMERGENZA INTERNO PR MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF) E DEL PIANO DI EMERGENZA EVACUAZIONE IN ESERCIZIO ED IN EMERGENZA (PEVAC)

IL DIRETTORE GENERALE (*)
Angelo Aliquò

L'Estensore: ***Valentina Alviani*** *Data* 04/02/2026

Il Responsabile del Budget: *Data*

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione della proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento: ***Fabrizio Cinque*** *Data* 04/02/2026

Il Direttore della Struttura Proponente: ***Fabrizio Cinque*** *Data* 04/02/2026

Il Dirigente Addetto al Controllo di Gestione: ***Miriam Piccini*** *Data* 05/02/2026

Conto Economico/Patrimoniale su cui imputare la spesa: ***Presa Visione***

Direttore Amministrativo: ***Eleonora Alimenti*** *Data* 06/02/2026

Parere: ***FAVOREVOLE***

Direttore Sanitario: ***Gerardo De Carolis*** *Data* 06/02/2026

Parere: ***FAVOREVOLE***

Hash proposta: *ab998359493cf500a2e25151d42ed8fd22724027c2b1e2973c7137b8d3faa5d9*

IL DIRETTORE U.O.S.D. Servizio di Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori

VISTI il Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
il Decreto Legislativo 30.03.2001, n. 165;
il vigente Atto Aziendale;

VISTI - il D.P.R. 27.03.1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza" – G.U. n. 76 del 31.03.1992;
- il D.M. 15.05.1992 n. 121 "Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza" – G.U. n. 121 del 25.05.1992;
- l'Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria", in applicazione del D.P.R. 27 MARZO 1992 – G.U. n. 114 del 17.05.1996;
- le "Linee guida sull'organizzazione sanitaria in caso di catastrofi sociali" emanate dal Dipartimento della Protezione Civile nel giugno 1997;
- il Provvedimento della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della protezione Civile "Pianificazione dell'Emergenza Intraospedaliera a fronte di una maxi-emergenza ", del 22 settembre 1998;
- il D.P.C.M. 13 febbraio 2001 "Adozione dei criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi" - G.U. n. 81 del 06 aprile 2001;
- la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 dicembre 2007 "Procedure e modulistica del triage sanitario nelle catastrofi" – G.U. n. 91 del 17 aprile 2008;
- il D.Lgs. 81/008 e s.m.i. – Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro che rende obbligatorio il piano di emergenza negli ospedali (PEVAC e PEIMAF);
- il D.M. 2 aprile 2015, n. 70 "Definizione della rete ospedaliera di emergenza e criteri organizzativi per i Dipartimenti di Emergenza ed Urgenza";
- il D.Lgs. 1/2018 "Codice della Protezione Civile";
- le Direttive del Dipartimento della Protezione Civile emanate nel 2020-2021 in tema di "Sistemi di allertamento e piani operativi";

RICHIAMATE le precedenti deliberazioni: n. 1286 del 30.11.2015; n. 642 del 18.05.2016; n. 1514 del 15.12.2016; n. 636 del 05.05.2017 e n. 846 del 14.06.2018, n. 1347 del 07.10.2019, n. 173 del 04.02.2019, n. 1897 del 15.12.2020, n. 1954 del 24.12.2020, n.1779 del 17.12.2021, n. 1912 del 21.12.2022 e n. 1827 del 13.12.2023; n. 39 del 13.01.2025;

CONSIDERATO che è stato più volte segnalato dalla Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio Sanitaria della Regione Lazio, nell'ambito del potenziamento del servizio regionale reso, di promuovere iniziative per fronteggiare eventuali eventi disastrosi e gestire le maxi-emergenze;

VISTI - il documento della Presidenza del Consiglio dei Ministri del settembre 1998 – Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera;
- il D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 "Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro";
- il D.M. 3 agosto 2015 "Approvazione di norme tecniche di prevenzione incendi, ai sensi dell'articolo 15 del decreto legislativo 8 marzo 2006, n. 139 Nota: Il D.M. 3 agosto 2015 è generalmente denominato "codice prevenzione incendi";

- il D.M. 1 settembre 2021 "Criteri generali per il controllo e la manutenzione degli impianti, attrezzature ed altri sistemi di sicurezza antincendio, ai sensi9 dell'art. 46, comma 3 lettera a), punto 3, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81";
- il D.M. 2 settembre 2021 "Criteri per la gestione dei luoghi di lavoro in esercizio ed in emergenza e caratteristiche dello specifico servizio di prevenzione e protezione antincendio, ai sensi dell'art. 46, comma 3 lettera a), punto 4 e lettera b) del decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81";
- il D.M. 3 settembre 2021 "Criteri generali di progettazione, realizzazione ed esercizio della sicurezza antincendio per luoghi di lavoro, ai sensi dell'art. 46, comma 3 lettera a), punti 1 e 2, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81";

TENUTO CONTO - delle indicazioni fornite dal Manuale Regionale triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici ed. 2022;
- delle Linee di indirizzo della Regione Lazio in materia di "Sistema emergenza territoriale e ospedaliera";

PRESO ATTO **-** del Piano di Emergenza Interna per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) revisione numero 29 - Gennaio 2026, sottoscritto dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Gruppo Operativo Interdisciplinare GOI Emergenze e dal Responsabile Procedure ed Esercitazioni per le Emergenze, responsabile della stesura e diffusione intra e sovra aziendale del PEIMAF;
- del Piano Gestione delle Emergenze interno/evacuazione (PEVAC) revisione numero 25 - Gennaio 2026, sottoscritto dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore della UOSD Servizio di Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori e dal Responsabile Procedure ed Esercitazioni per le Emergenze, responsabile della stesura e diffusione intra e sovra aziendale del PEVAC;

DATO ATTO - che i predetti piani dovranno essere integralmente revisionati o aggiornati, al fine di recepire eventuali modifiche strutturali, organizzative o normative, entro e non oltre il termine del 31 dicembre dell'anno in corso e/o che possa essere effettuata, ove necessario, una revisione d'urgenza in base a nuove esigenze operative e/o emergenziali;

VERIFICATO che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell'Azienda;

ATTESTATO che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

PROPONE

- **di adottare** il Piano di Emergenza Interna per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) revisione n. 29 del mese di Gennaio 2026 sottoscritto dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Gruppo Operativo Interdisciplinare GOI Emergenze e dal Responsabile Procedure ed Esercitazioni per le Emergenze, responsabile della stesura e diffusione intra e sovra aziendale del PEIMAF, atto che allegato al presente provvedimento ne forma parte integrante e sostanziale;

- **di adottare** il Piano Gestione delle Emergenze interne evacuazione (PEVAC) – revisione n. 25 del mese di Gennaio 2026, sottoscritto dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore della UOSD Servizio di Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori e dal Responsabile Procedure ed Esercitazioni per le Emergenze, responsabile della stesura e diffusione intra e sovra aziendale del PEVAC, atto che allegato al presente provvedimento ne forma parte integrante e sostanziale;
-

IL DIRETTORE U.O. S.D. Servizio di Sicurezza
dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori
(Dr. Fabrizio Cinque)

-
- *IL DIRETTORE GENERALE*
-
-

VISTE le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;

VISTI l'art. 3 del D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;

VISTO il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00018 del 12 febbraio 2025;

VISTA la propria deliberazione n. 316 del 6 marzo 2025;

LETTA la proposta di delibera, dal titolo "Approvazione del piano di Emergenza Interno per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) e del piano di Emergenza Evacuazione in esercizio ed in emergenza" presentata dal Direttore della U.O.S.D. Servizio di Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori;

PRESO ATTO che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

VISTI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- **di adottare** il Piano di Emergenza Interna per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) revisione n. 29 del mese di Gennaio 2026 sottoscritto dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Gruppo Operativo Interdisciplinare GOI Emergenze e dal Responsabile Procedure ed Esercitazioni per le Emergenze, responsabile della stesura e diffusione intra e sovra aziendale del PEIMAF, atto che allegato al presente provvedimento ne forma parte integrante e sostanziale;

- **di adottare** il Piano Gestione delle Emergenze interne evacuazione (PEVAC) – revisione n. 25 del mese di Gennaio 2026, sottoscritto dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore della UOSD Servizio di Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori e dal Responsabile Procedure ed Esercitazioni per le Emergenze, responsabile della stesura e diffusione intra e sovra aziendale del PEVAC, atto che allegato al presente provvedimento ne forma parte integrante e sostanziale;

La struttura complessa proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Angelo Aliquò o suo sostituto)

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

Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso Feriti in esercizio e in maxi emergenza

Hospital disaster preparedness plan

Data stesura	Gennaio 2026	Firmato in originale
Revisione numero	29	
Esercitazioni PEIMAF/Audit	29/11/2025 – Livello 3 maxi esercitazione città di Roma - Prefettura di Roma	✓
Modifica/revisione proposta e sua motivazione	Verifica periodica e aggiornamento per cambiamenti che hanno ricadute non trascurabili nelle condizioni di gestione delle maxi emergenze.	*Sostituisce deliberazione N. 39 del 13/01/2025*
Redazione	Angelo Orelli *Procedure ed esercitazioni per le emergenze*	✓
Revisione	Gruppo Operativo Interdisciplinare (GOI) emergenze/maxi emergenze.	*Deliberazione N. 1046 del 28/06/2022*
Verifica	Gerardo De Carolis *Direttore Sanitario*	✓
Approvazione e Validazione	Angelo Aliquò *Direttore Generale/Datore di Lavoro*	✓
Data prossima revisione	Gennaio 2027 *http://www.scamilloforlanini.rm.it/gestione-emergenze*	

L'organizzazione ospedaliera dei soccorsi nel caso di una maxi emergenza è demandata al Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF). L'Azienda Regionale per l'Emergenza Territoriale (ARES 118) coordina tutti i mezzi per il soccorso medico, comunica lo stato di allarme alle strutture interessate le quali devono a loro volta attivare le procedure operative previste nel PEIMAF.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI

REGIONE LAZIO

Struttura del documento in esercizio ed in maxi emergenza

INDICE

Definizione ed obiettivi.....3
Diagramma generale- Gestione emergenze e maxi emergenze intraospedaliere.....4
Istruzione operativa "Fasi preallarme-allarme-cessato allarme".....5
Livelli di allarme e capacità recettiva.....6
Scheda raccolta dati allarme maxi emergenza.....7
Piano delle comunicazioni e responsabilità (action card).....8-23
Triage intraospedaliero (il triage fast).....24-28
Check list carrelli maxi emergenza (Kit Atrio e paziente) 29
Distribuzione ordinaria e straordinaria e percorsi MAF PS.....30-32
Planimetria percorsi MAF Convenzionale e NON Convenzionale.....33
Gestione risorse interne in caso di MAF.....34
Documentazione Massiccio Affluso Feriti PS.....35-36
Gestione area accoglienza parenti e/o visitatori.....37
Gestione posti letto in MAF.....38
Piano d'azione Blocchi Operatori.....39-42
Piano d'azione Diagnostica per immagini.....43-45
Piano d'azione Patologia Clinica.....46-50
Piano d'azione Medicina Trasfusionale.....51-59
Decontaminazione sanitaria intraospedaliera 60-76
Istruzioni operativi di sicurezza: DPI in caso di maxi emergenza.....77-79
Esercitazioni Massiccio Affluso di Feriti e riferimenti normativi.....80
Normativa di riferimento.....81-83

Definizione ed indirizzi generali

Per Piano di Emergenza Massiccio Afflusso di Feriti di un Ospedale si intende quell'insieme di disposizioni organizzative e procedurali che consente ad un Ospedale di far fronte ad una maxiemergenza[1] mantenendo uno standard di trattamento dei pazienti paragonabile a quello garantito al paziente singolo.
L'organizzazione dei soccorsi sanitari, necessaria ad affrontare situazioni di maxi emergenza caratterizzate da un elevato numero di feriti, rappresenta un elemento strategico che mette a dura prova il sistema di emergenza territoriale e la rete dell'emergenza ospedaliera.
Tenuto presente che un evento catastrofico richiede l'integrazione delle varie componenti dedicate all'assistenza in emergenza appare necessario seguire, nella gestione delle conseguenze di una maxi emergenza, criteri univoci ed universalmente condivisi in quanto efficaci.

La redazione del piano , contempla l'insieme delle procedure operative d'intervento da attuarsi nel caso si verifichi una maxi emergenza, rappresenta lo strumento che consente di coordinare i soccorsi, a tutela sia delle persone presenti sia dei lavoratori, al fine di mantenere livelli di assistenza efficaci anche in occasione di situazioni di emergenza straordinarie interne od esterne alla struttura ospedaliera.

Il piano è "flessibile" per essere utilizzato in tutte le maxi emergenze, incluse quelle impreviste, e semplice in modo da divenire rapidamente operativo. La preparazione del personale, tramite l'attivazione di corsi di formazione specifici, la messa in atto di simulazioni ed esercitazioni pratiche presso l'area Pronto Soccorso Adulti, permetteranno di validare e modificare i contenuti del piano e di valutare le capacità gestionali ed operative del personale operante nella struttura ospedaliera.

Obiettivi

L'Ospedale, in caso di disastro o di maxi emergenza di altra natura rappresenta l'ultimo anello della catena dei soccorsi e deve funzionare nonostante tutto, attraverso un'attenta gestione delle risorse disponibili.

Il piano P.E.I.M.A.F. (Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso di Feriti) è il documento che:

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

I NUMERI DELL'EMERGENZA INTERNA	
CENTRALINO AZIENDALE	06/58701
SQUADRA EMERGENZA INTERNA	06/58704493
SALA OPERATIVA VIGILANZA H.24	06/58703669
POSTO DI POLIZIA INTERNO	06/58703222
PRONTO SOCCORSO - AREA EMERGENZA	06/58704910-3114
UNITA' DI CRISI	06/58704017

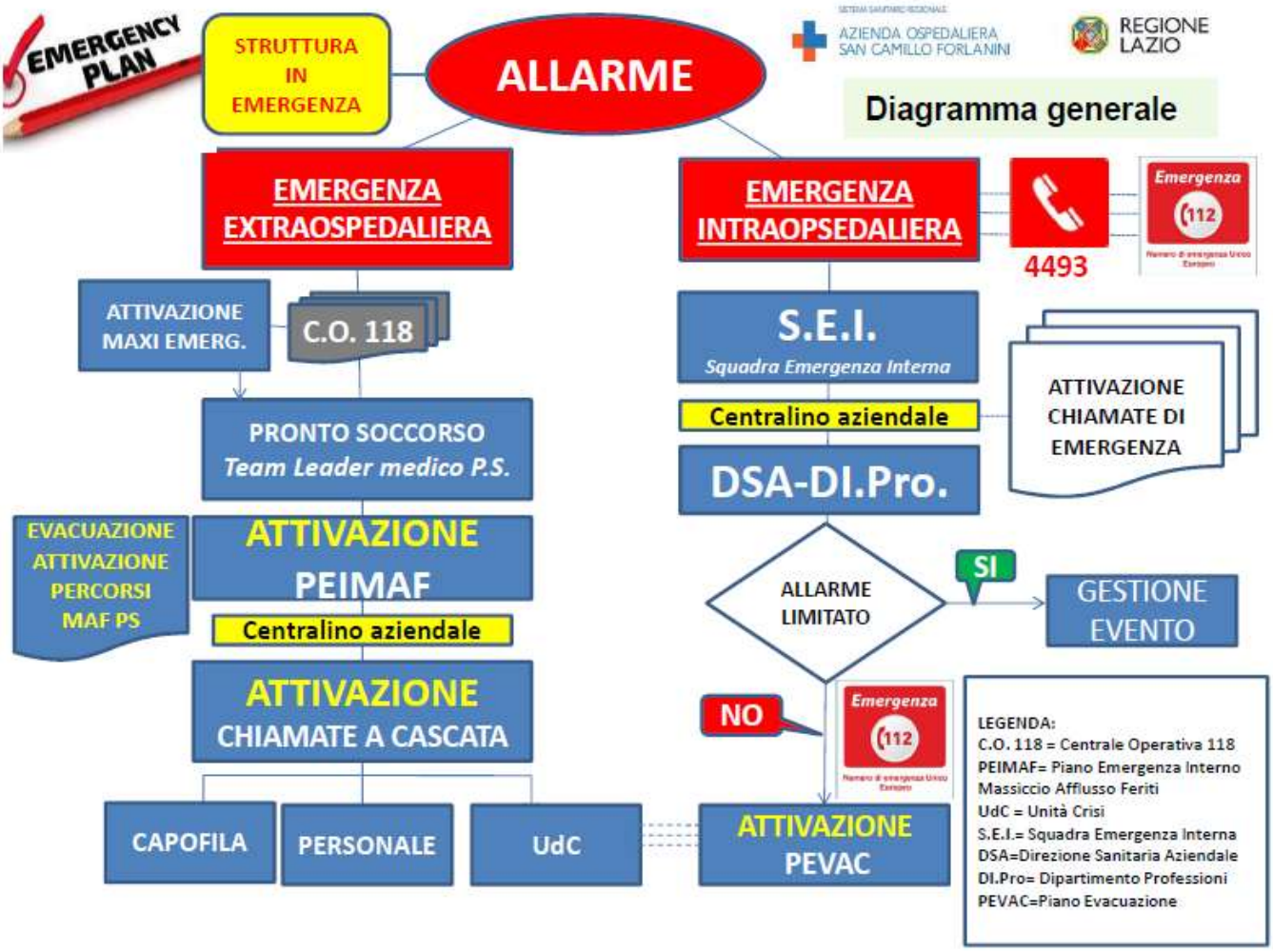
I NUMERI DELL' EMERGENZA ESTERNA

L'organizzazione ospedaliera dei soccorsi nel caso di una maxi emergenza è demandata al Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF). L'Azienda Regionale per l'Emergenza Territoriale (ARES 118) coordina tutti i mezzi per il soccorso medico, comunica lo stato di allarme alle strutture interessate le quali devono a loro volta attivare le procedure operative previste nel PEIMAF.

L'attivatore del PEIMAF è il Team leader medico di Pronto Soccorso di turno, in collaborazione con il medico di Direzione Sanitaria di turno.

[1] *Maxi emergenza: emergenza il cui dimensionamento per gravità e complessità richiede un intervento di tipo interdisciplinare e spesso sovra-aziendale.*

Diagramma generale - Gestione emergenze e maxi emergenze intraospedaliere



L'organizzazione ospedaliera dei soccorsi nel caso di una maxi emergenza è demandata al Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF).

L'Azienda Regionale per l'Emergenza Territoriale (ARES 118) coordina tutti i mezzi per il soccorso medico, comunica lo stato di allarme alle strutture interessate le quali devono a loro volta attivare le procedure operative previste nel PEIMAF.

Comunicazione in caso di Black Out

- In caso di Black Out delle linee telefoniche**, utilizzare i cellulari aziendali,** è possibile scaricare i numeri dei cellulari aziendali, dal sito web aziendale http://www.scamilloforlanini.rm.it/html/ alla voce: accesso pagine intranet – telefonia aziendale mobile – elenco telefoni aziendali .
- Ulteriori comunicazioni saranno garantite con l'impiego di tutto il personale presente al PS (compreso il personale delle ditte affidatarie) non necessario all'evacuazione del PS, recandosi fisicamente dal PS alle strutture interessate immediatamente all'evento PEIMAF (C.O. DEA per diramazione allarme DEA e Medicina alta intensità B, 3° piano Maroncelli per evacuazione pazienti presenti presso aree PS).

IN CASO DI ATTIVAZIONE DI UNA MAXI EMERGENZA

Le sezioni di Medicina interna, in caso di attivazione di una maxi emergenza devono garantire la presa in carico di due pazienti cadauna

(per un totale di numero **10 pazienti presenti in aree PS)**

- Personale del comparto: a cura del responsabile DIPRO di guardia.
- Personale medico di medicina interna.

TABELLA SINOTTICA LIVELLI DI ALLERTAMENTO ED ATTIVAZIONE

FASI DI PREALLARME-ALLARME-CESSATO ALLARME

MODALITA' OPERATIVA DI ATTIVAZIONE DI UNA MAXI EMERGENZA PEIMAF SAN CAMILLO

TEMPI	COMPITI	CHI
PRE ALLARME 118	**PREALLARME MAXI EMERGENZA** ➔ Il Team Leader P.S. medico *(Medico Coord. Disaster Manager)* **RICEVE PREALLARME** su numero dedicato 118 (telefono rosso) condividendo l'informazione con Rianimatore di PS di turno, infermiere di codice rosso PS, medici di turno PS, Direttore di UOC MURG PS. Medico di Direzione sanitaria di guardia.	**ARES 118 e/o altro Ente di Difesa Civile**
T0 Reazione immediata	**VALUTAZIONE EVENTO** **.1- RACCOGLIE** i dati necessari per l'attivazione del livello di allarme *(Scheda Raccolta dati Allarme, pag. 7).* **.2- DEFINISCE** il livello di allarme, in collaborazione con il medico di direzione sanitaria di turno, e le conseguenti misure straordinarie. **.3- COMUNICA** il livello allarme al Centralino Aziendale, che a sua volta, attiverà il piano delle chiamate a cascata **(diramazione allarme PEIMAF).**	**Team Leader P.S. medico** *COORD.* **---** **Medico di Direzione Sanitaria di turno** *INFO.*
T1-T2 dopo valutazione evento	**CONTATTI ED AGGIORNAMENTO EVENTI** Tiene contatti continui con Ente preposto ARES 118 (0653082710) fino all'arrivo del Medico DS INFO in PS	**Team Leader P.S. medico** *COORD.* **---** **Medico di Direzione Sanitaria di turno** *INFO.*
T3 al cessato allarme 118	**CESSATO ALLARME** **Lo stato di cessato allarme** viene determinato dal medico di direzione sanitaria in collaborazione con il team leader medico PS, sulla base delle valutazioni e comunicazioni ricevute da: • ente preposto per la gestione della maxi emergenza circa lo svolgimento delle operazioni di soccorso extra ospedaliere; • i dirigenti medici delle strutture interessate al trattamento dei pazienti del massiccio afflusso feriti. • **Comunicare il cessato allarme al Centralino Aziendale,** che a sua volta, attiverà il piano delle chiamate a cascata **(cessato allarme PEIMAF).** *COORD. = Team leader medico in turno al Pronto Soccorso* *INFO = Medico di Direzione Sanitaria in turno*	**Team Leader P.S. medico** *COORD.* **---** **Medico di Direzione Sanitaria** *INFO.* **---** **Centralino**

FASI OPERATIVE: STATO E LIVELLI DI ALLARME - PRESIDIO OSPEDALIERO SAN CAMILLO

- ✓ 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

➔ quando sono in corso situazioni di rischio prevedibili, es. manifestazioni con notevole affluenza di pubblico, trasporti eccezionali ed altro, in considerazione dello scenario previsto, della probabilità di accadimento dei fenomeni, della distanza temporale dell'effettivo verificarsi, della previsione e della capacità della risposta complessive del Sistema di Protezione Civile.

STATO DI PREALLARME MAXI EMERGENZA

➔ Fase di monitoraggio e sorveglianza, predisposizione ed eventuale attivazione delle risorse. Viene attivato tramite comunicazione da parte di Ente/Operatore CORES 118 Roma attraverso telefonata su numero dedicato 118 (telefono rosso).

STATO DI ALLARME MAXI EMERGENZA OSPEDALE

Viene attivato quando è IN ATTO una maxi emergenza[2] (massiccio afflusso di feriti verso PS Adulti).
Il dispositivo di risposta ed attivazione dell'Ospedale viene dimensionato sulla base del numero di vittime che potrebbero essere inviate dall'Ente preposto responsabile della gestione della maxi emergenza extra-ospedaliera, in particolare

entro i primi 30 minuti

L'Azienda Ospedaliera quale DEA di II livello viene interessata prioritariamente per pazienti critici

LIVELLI DI ATTIVAZIONE DELL'OSPEDALE IN CASO DI ALLARME MAXI-EMERGENZA

Livello	VITTIME IN ARRIVO AL PS ADULTI SAN CAMILLO (in aggiunta all'attività ordinaria presente)		Codici ROSSI (Triage 118)
1	15 - 20	di cui:	4
2	21 - 30	di cui:	5-10
3	> 30	di cui:	> 10

COMPITI	CHI
Livello di Allarme Ospedale **Il Team Leader P.S. medico (COORD.)** sulla base delle notizie pervenute, sentito il medico di turno della **Direzione Sanitaria (INFO)**, attiva tramite Centralino Aziendale, il livello di Allarme a tutto l'Ospedale: **L'attivatore del PEIMAF è il Team leader medico di Pronto Soccorso di turno, in collaborazione con il medico di Direzione Sanitaria di turno.**	**Team Leader P.S. medico** *COORD.* **---** **Medico di Direzione Sanitaria** *INFO* **---** **Centralino**

Massima capacità ricettiva del Pronto Soccorso di codici R, G, V e Sale Operatorie DEA nelle prime tre ore

	PRIMA ORA					SECONDA ORA					TERZA ORA				
Presidio Ospedaliero	**R**	**G**	**V**	**SO**	**Tot.**	**R**	**G**	**V**	**SO**	**Tot.**	**R**	**G**	**V**	**SO**	**Tot.**
San Camillo – Forlanini **DEA II livello**	**4**	**6**	**10**	**3**	**23**	**4**	**6**	**10**	**3**	**23**	**4**	**6**	**10**	**3**	**23**

R: Rossi G: Gialli V: Verdi SO: Sale Operatorie
R-G-V: Fast *(First Assessment Sequential Triage)*

[2] *maxi emergenza: emergenza il cui dimensionamento per gravità e complessità richiede un intervento di tipo interdisciplinare e spesso sovra-aziendale.*

SCHEDA RACCOLTA DATI PRE ALLARME E ALLARME MAXI-EMERGENZA
❑ **L'Ente preposto alla gestione della maxi-emergenza extra-ospedaliera,** in caso di situazione di allarme maxi emergenza comunica con il TEAM LEADER MEDICO (COORD.) del Pronto Soccorso (comunicazione telefonica).

COMPILAZIONE A CURA DEL TEAM LEADER DEL PRONTO SOCCORSO MEDICO

Data_____/_____/_____/ **ora inizio allarme: _____/_____/**

Ente, Nome e Cognome dell'operatore che effettua la chiamata:

ENTE: _____Nome e Cognome_____

Scheda raccolta dati evento

Tipologia dell'evento	Evento convenzionale ☐ _____ Evento non convenzionale ☐ _____
Località dell'Evento	
Stima numero persone coinvolte	
N° persone da inviare presso Pronto Soccorso Adulti San Camillo	
Gravità delle persone in arrivo	☐ Patologie traumatiche ☐ Ustioni ☐ Intossicazioni ☐ Altro:_____
Stima tempi di arrivo in Pronto Soccorso della prima vittima	
Attivazione Livello di allarme Ospedale *(da definirsi in base al numero e alla gravità delle persone in arrivo presso il Pronto Soccorso).* **Livello 1-2-3**	☐ **PRE ALLARME** (comunicazione formale Ente preposto) ☐ **1** (15/20 Vittime di cui 4 cod.1/ROSSI) ☐ **2** (21/30 Vittime di cui 5-10 cod.1/ROSSI) ☐ **3** (>30 Vittime di cui > 10 cod.1/ROSSI)

SINOTTICO FINALE EVENTO – DA COMPILARE AL CESSATO ALLARME

N° Pz arrivati: _____	Data_____/_____/____/ ora cessato allarme: _____/_____/
Numero persone arrivate per codice colore di priorità in Pronto Soccorso.	

Codice FAST/MAF	Priorità	Numero totale
ROSSO	1	
GIALLO	2	
VERDE	3	
NERO	4	

Firme

Team leader medico Pronto Soccorso di turno *Medico di Direzione Sanitario di turno*

PIANO DELLE COMUNICAZIONI E RESPONSABILITÀ

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

CRONO PROGRAMMA INTERVENTI

→ **TEMPI 0-30'**

ATTIVAZIONE TEAM OPERATIVO PEIMAF PRONTO SOCCORSO

RUOLO	**FUNZIONI**
1) Team Leader medico PS* (che lo coordina)	→ Medico "Coord. Disaster Manager PS"
2) Infermiere esperto di PS	→ Infermiere "Disaster Manager PS"
3) Infermiere esperto di PS	→ Infermiere "Disaster Manager Triage"
4) Rianimatore PS	→ Rianimatore "Disaster Manager Rossi"
5) Rianimatore CR1 Shock e Trauma	→ Rianimatore "Disaster Manager Gialli"
6) Medico di Direzione Sanitaria di turno	→ Medico "Disaster Manager INFO/Logistica"
7) Coordinatore Dipartimento Professioni di turno	→ Coordinatore "Disaster Manager DIPRO"

In caso di impossibilità nel contattare telefonicamente ed in attesa del suo arrivo in Ospedale del medico di Direzione Sanitaria di turno*, **il Team Leader medico PS assume le decisioni.

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

→ **TEMPI >30'**

UNITA' DI CRISI
Direttore Generale
Direttore Sanitario Aziendale *(che la coordina)*
Direttore Amministrativo
Direttore ufficio tecnico patrimonio e programmazione-sviluppo dell'edilizia ospedaliera
Direttore Dipartimento Emergenza Accettazione e Area Clinica
Direttore del Servizio di Sicurezza dei Luoghi di lavoro e dei lavoratori
Direttore Dipartimento Professioni
Responsabile procedure ed esercitazioni per le emergenze
Portavoce/Ufficio stampa

In caso di attivazione di una maxi emergenza esterna e/o interna, a seconda delle necessità, possono venire attivate e coinvolte nelle decisioni dell'Unità di Crisi, le seguenti professionalità:

Medico di Direzione Sanitaria reperibile	Responsabile DIPRO reperibile
Direttori di Dipartimento	Direttore Economato, Gestione Contratti e Logistica;
Direttore UOC Medicina d'Urgenza, P.S.-Osserv. Breve;	Responsabile Ditta Vigilanza;
Responsabile medico Pronto Soccorso;	Direttore Acquisizione Beni e Servizi;
PO DIPRO Dipartimento di Emergenza Accettazione;	Responsabile medico Rischio Clinico
Polizia di Stato;	Direttore Anestesia e Rimanimazione;
PO DIPRO P.S.Adulti;	Direttore Shock e Trauma;
Referente Infermiere PEIMAF Pronto Soccorso;	Direttore Diagnostica per immagini – Urgenza Emergenza;
Responsabile medico gestione Blocchi Operatori	Responsabile Ingegneria Clinica;
Responsabile DIPRO BOE	Responsabile medico trasfusionista Area SIMT;
Responsabile medico Igiene e Tecnica Ospedaliera;	Emergenza tecnica ditta affidatarie;
Direttore Diagnostica immagini urgenza emergenza	Responsabile medico Patologia Clinica;
Referenti medici PEIMAF Pronto Soccorso e Shock e Trauma;	Referente Servizio di Psicologia;
Direttore Medicina Interna	Coordinatore Bed Management

N.B. L'Unità di crisi, rappresenta il nucleo direzionale e decisionale durante le fasi operative. Viene attivata dal Direttore Sanitario.

I componenti dell'UdC *(allertati tramite cellulari aziendali da parte del Centralino Aziendale)* devono recarsi automaticamente, una volta convocati, presso la sede dell' UdC.
La sede dell'unità di Crisi (UdC) è identificata presso l'aula riunione della Direzione Generale, Padiglione Busi piano terra (lato Circ.ne Gianicolense) – tel. 0658704017 e/o altro luogo individuato dal Direttore Sanitario, a seconda delle esigenze emergenziali.

Comunicazione Stato di ALLARME

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

- L'Unità di Crisi Aziendale;
- Il Piano delle chiamate a cascata PEIMAF;
- Obiettivo della comunicazione di allarme è che tutte le UU.OO. ed articolazioni aziendali siano informate in 15-20 minuti rendendo possibile effettuare le procedure operative nei successivi 15-20 minuti (Chiamate a cascata e Piano di mobilità del personale);
- Contenuto della telefonata:

***questa non è una esercitazione**, è in atto una maxi emergenza di livello 1 (o 2, o 3), eseguire il protocollo corrispondente, non usare il telefono se non per assoluta urgenza.*

IN CASO DI ATTIVAZIONE DI MAXI EMERGENZA

IL PERSONALE TUTTO È

COMANDATO IN SERVIZIO FINO A NUOVA DISPOSIZIONE

DAL II E III LIVELLO È PREVISTA

L'ANTICIPAZIONE DEI TURNI DI SERVIZIO SUCCESSIVI

E' necessario che i singoli coordinatori (preposti) abbiano a disposizione l'elenco del personale con i relativi recapiti telefonici, in base ad un criterio di vicinanza al Presidio Ospedaliero.

Sarà cura dei servizi appaltati, del servizio di pulizie e del servizio di ristorazione, garantire il normale svolgimento delle attività stante l'attivazione della maxi emergenza, anche attraverso modalità di mobilitazione straordinaria di mezzi e personale.

SCHEDE OPERATIVE "COMPITI - STRUMENTI – RESPONSABILITÀ"

ACTION CARD – MEDICO DISASTER MANAGER COORDINATORE *Team Leader MEDICO in turno in PS - **ATTIVATORE PEIMAF***				
FASI E TEMPI D'INTERVENTO	**FUNZIONI**	**COMPITI**	**COME**	**VERIFICA**
FASE DI PREALLARME (reazione immediata)	**Riceve comunicazione di preallarme da parte di Ente/Operatore attraverso telefonata sul numero dedicato 118 (telefono rosso)**	Valuta l'evento attraverso intervista telefonica con l'operatore	Compila scheda di raccolta dati "preallarme-allarme" Condivide l'informazione con Rianimatore di PS, con l'infermiere esperto di codice rosso, con il personale medico presente in turno e Team Bed Management (3600). Condivide informazione con Medico di Direzione sanitaria di guardia e con il Direttore di UOC MURG PS.	**Verifica dell'attendibilità del preallarme mediante:** - identificazione del chiamante e valutazione della sua affidabilità; - raccolta completa e dettagliata delle informazioni disponibili; - verifica incrociata delle informazioni acquisite; - analisi del contesto in relazione alla tipologia di rischio e alle caratteristiche dell'area interessata; - consultazione e coordinamento con altri enti competenti o con i superiori gerarchici.
T0 **FASE DI ALLARME** (reazione immediata)	**Riceve comunicazione di confermato allarme attraverso telefonata sul numero dedicato CO118 (telefono rosso)**	Valuta l'evento intervistando e raccogliendo i dati dell'Ente/Operatore che effettua la chiamata in PS (raccogliere nome e cognome dell'interlocutore)	Completa la scheda raccolta dati pre allarme/allarme PEIMAF	- Tipologia dell'evento - Località dell'evento - Stima num. Persone coinvolte e da inviare in PS - Tipologia evento e gravità - Stima dei tempi di arrivo - Livello di allarme
T1<30' **FASE DI PREPARAZIONE** (Pianificazione)	**Coordina rapporti telefonici Ente-Ospedale**	Aggiorna il quadro degli eventi	Tiene contatti continui con Ente preposto ARES 118 (0653082710) fino all'arrivo del Medico DS (INFO)	N° pazienti inviati in PS Condizioni Tempi di arrivo
	Coordina rapporti PS–Ospedale	Definisce LIVELLO DI ALLARME (1 o 2 o 3) Attiva il PEIMAF	Designa Infermiere Disaster manager PS per chiamata a cascata interna DEA e redistribuzione aree del PS Telefona al Centralino e comunica il livello di allarme per l'attivazione delle chiamate a cascata per mobilità personale e allertamento Unità di crisi aziendale PEIMAF.	Ricezione dell'avvenuto allarme nelle rispettive aree di PS e redistribuzione aree Pronto Soccorso Attivazione delle chiamate a cascata PEIMAF.
	Coordina Team operativo PEIMAF	Forma e coordina il Team Operativo PEIMAF PS	Riunione operativa con: Inf. DM PS Inf. DM Triage Rian. DM ROSSI Rian. DM GIALLI Medico DS di turno Coord. DM DIPRO	Identificazione del TEAM PEIMAF attraverso fratini di riconoscimento.
T1<30' **FASE DI PREPARAZIONE** (Pianificazione)	**Gestisce l'evacuazione delle aree PS**	Organizza l'evacuazione dei pazienti a medio/bassa intensità in attesa di ricovero presso il Pronto Soccorso	Individua il medico di PS per gestire eventuali dimissioni e/o trasferimento dei pazienti NO MAF presenti in PS secondo procedura operativa allegata -Definisce le aree assistenziali per i pazienti NO MAF presenti in PS che non possono essere dimessi e/o trasferiti	Identifica medico PS NO MAF Supervisiona la corretta esecuzione della procedura operativa di evacuazione delle aree PS

	Gestisce le aree di PS	Collabora con l'infermiere DM PS e supervisiona la re- distribuzione delle aree di PS	Controlla la presenza della cartellonistica MAF: ☐ Area di identificazione PZ MAF ☐ Area FAST TRIAGE ☐ Area Rossi-Gialli-Verdi MAF ☐ Percorso C.O. DEA ☐ Percorso radiologia	Supervisiona il corretto utilizzo dei percorsi e la corretta destinazione di uso delle aree di trattamento MAF e NO MAF
T2 >30' **FASE OPERATIVA** (Trattamento ospedaliero)	**Coordina area FAST triage**	Collabora con Infermiere Disaster manager PS e Triage al FAST triage	Collabora con l'infermiere triage al FAST triage Dispone la corretta assegnazione dei percorsi dei pazienti MAF R-G-V Partecipa in forma attiva al Fast Triage Gestisce eventuale constatazione di decesso	Supervisiona l'area Fast triage e gestisce gli eventuali codici neri
	Coordina le attività diagnostiche e terapeutiche dei pazienti MAF	Supervisiona l'appropriatezza clinico-strumentale del paziente MAF	Gestisce la scheda sinottica dei Pazienti nelle varie aree e la scheda clinica pazienti MAF Fornisce soluzioni alle eventuali criticità rilevate.	Vigila sul corretto percorso del paziente MAF Vigila sulla corretta compilazione e completezza della scheda del paziente MAF
	Fornisce informazioni all'Unità di Crisi aziendale	Espone all'UdC lo stato delle attività operative e le eventuali criticità non risolte in PS in collaborazione con il Direttore UOC MURG PS e il Medico di DS (INFO)	Definisce i problemi operativi e collabora alle soluzioni con colloquio diretto	L'UdC è informata delle eventuali criticità non risolte
T3 **FASE DI CESSATO ALLARME**	**Da' il cessato allarme in collaborazione con il Medico Disaster manager INFO**	Attiva, tramite il Centralino aziendale, le chiamate a cascata per "Cessato Allarme PEIMAF"	Telefona al Centralino Aziendale per attivare le chiamate a cascata per "Cessato Allarme"	Verifica l'avvenuta comunicazione da parte del Centralino Aziendale

Informazione ai pazienti, parenti e visitatori presenti in P.S. in caso di attivazione maxi emergenza:

Attenzione, per piacere attenzione,
"Sono il Team leader medico di PS e sono qui per avvisarvi di quanto accadrà tra poco.
Arriveranno all'interno della nostra struttura molti feriti contemporaneamente.
Garantiamo che sarete tutti visitati ma coloro che hanno patologie che potrebbero essere viste dal medico di famiglia o ambulatorialmente vedranno il loro tempo di attesa ulteriormente dilazionato.
Si tratta di un evento estremamente critico e complesso ed è per questo che richiediamo la vostra collaborazione.
La qualità delle cure erogate ai pazienti già presenti non subirà alcuna variazione.

Grazie a voi tutti".

NOTA: il medesimo annuncio può essere diramato anche con volantini o schede distribuite in fase di accettazione, ma la comunicazione da parte del team leader medico PS o di un suo delegato in sala di attesa non può essere evitata.

ISTRUZIONE OPERATIVA EVACUAZIONE AREE DI PS DEDICATE ALLA MAXI EMERGENZA (ATTIVITÀ MEDICHE)

Il MEDICO DISASTER MANAGER COORDINATORE farà un check dei pazienti totali presenti in quel momento in Pronto Soccorso suddivisi tra le varie aree di trattamento ed in particolar modo dei pazienti destinati a ricovero. Pertanto nelle ore diurne, avrà un diretto scambio con il TEAM BED MANAGEMENT sulle disponibilità dei PL per inviare a ricovero i pazienti ordinari, mentre di notte farà riferimento al sinottico PL in suo possesso. Successivamente identificherà, tra i Medici presenti in turno, chi si occuperà della evacuazione delle aree e chi della gestione dei pazienti NO MAF esistenti e NO MAF in arrivo.

Le figure mediche coinvolte e le azioni che andranno a svolgere saranno le seguenti:

Medico in area Em1 : runpower

- dimette i pazienti dimissibili;
- ricovera i pazienti trasferibili in altre UU.OO in base a disponibilità dei PL ricevuti;
- trasferisce i paz NO MAF non dimissibili nelle altre aree di PS in base a disposizione condivise tra DM Coordinatore, Direttore UOC MURG PS e DS di turno;
- compila la lista dei pazienti da evacuare dalle aree di PS verso altre aree condivise controllando che avvenga lo spostamento fisico del paziente con cartella a seguito;
- gestisce clinicamente il paziente codice 1 e codice 2 NO MAF esistente e/o in arrivo in emergenza ordinaria

Medico in area Open :

- comunica lo stato di Maxi emergenza ai pazienti codice minore in attesa di visita e ne facilita l'uscita attraverso un percorso diverso da quello programmato per l'arrivo dei mezzi di soccorso provenienti dal luogo del disastro (pertanto i pazienti deambulanti codice minore usciranno dall'Ospedale utilizzando il corridoio del PS Pediatrico)
- collabora all'eventuale presa in carico dei pazienti NO MAF provenienti dalle aree evacuate
- dimette i pazienti dimissibili
- prosegue nella gestione clinica dei pazienti NO MAF esistenti e non trasferibili
- gestisce il paziente MAF cod. verde Fast nell'area di assistenza dedicata individuata in base al piano aziendale PEIMAF

I Medici identificati per le evacuazione delle aree devono supervisionare il corretto e avvenuto spostamento dei pazienti attraverso le seguenti azioni:

- ✓ Compilazione scheda movimentazione pazienti riportando nome e cognome
- ✓ Identificazione e Riconoscimento fisico del paziente
- ✓ Spostamento fisico del paziente con cartella clinica a seguito
- ✓ Consegna ed handover del paziente nella area di destinazione individuata
- ✓ Eventuale chiusura della cartella clinica (ricovero/dimissione)

ACTION - CARD PERSONALE SANITARIO DI PS NO MAF *Medici e infermieri di PS in turno dedicati all'**EVACUAZIONE** e alle attività ordinarie*				
FASE DI PRE ALLARME	**FUNZIONI**	**COMPITI**	**COME**	**VERIFICA**
MEDICO PS AREA EMERGENZA	**Riceve notizia di PRE ALLARME dal TL Medico**	**1-stampa la lista:** -dei **pazienti** evacuabili -**dei pazienti** presenti in **area emergenza** 2-**Check PL disponibili** condivisa con il Bed Management di giorno, sulla base del sinottico di notte. 3-**identifica** PZ dimissibili e destina a ricovero i pz trasferibili in altre strutture sulla base dei PL disponibili.	-condivide con il medico di PS dedicato ai codici minori (medico open space) per l'assegnazione dei PL in base alle priorità -condivide con lo SLOT i trasferimenti prioritari e i tempi di trasferimento dei PZ destinati a ricovero -comunica all'infermiere referente presente in emergenza l'eventuale trasferimento dei PZ -chiude le cartelle di PS dei pazienti solo quando vanno effettivamente a ricovero	-la pianificazione dei ricoveri -che gli eventuali ricoveri avvengano come da programma
MEDICO PS CODICI MINORI		1-**stampa lista dei pazienti** presenti in **area codici minori (**Open Space) 2-dimette i PZ già dimissibili 3-**destina a ricovero** i PZ dimissibili sulla base dei PL disponibili	-organizza eventuale ricovero condiviso con il medico di PS dell'emergenza -comunica all'infermiere referente presente in open space i pazienti in trasferimento - chiude le cartelle di PS dei pazienti solo quando vanno effettivamente a ricovero	-il percorso clinico dei PZ presenti -che i ricoveri avvengano come da programma
INFERMIRE REFERENTE GESTIONE PZ NO MAF	**Riceve notizia di PREALLARME** dall'infermiere più esperto assegnato alla postazione di rosso/ supp.	1-Esegue appello pazienti presenti in emergenza sulla base della lista GIPSE 2-gestisce eventuali dimissioni e ricoveri 3-gestisce personale di supporto	-Collabora con il medico per la dimissione dei pazienti -da indicazioni agli ausiliari per eventuali ricoveri	Controlla che il PZ in uscita abbia con sé la giusta documentazione e tutti gli effetti personali
MEDICO PS AREA EMERGENZA	**Gestione operativa dell'evacuazione delle aree di PS**	1-Ricovera i PZ esistenti che possono essere trasferiti in strutture aziendali anche in soprannumero	-chiude le cartelle di PS dei PZ in uscita per la Medicina Interna che nel frattempo sono stati spostati lungo il corridoio di trasferimento -compila la "SCHEDA MOVIMENTAZIONE PAZIENTI" .	- **Supervisiona** le procedure di ricovero (giusto PZ, giusta documentazione) **-Verifica** che LA "SCHEDA MOVIMENTAZIONE PAZIENTI" venga aggiornata
	Gestione clinica dei PZ NO MAF	2-presa in carico i PZ esistenti NO MAF dalle altre aree di PS in base a disposizione condivise tra DM Coordinatore, Direttore UOC MURG PS e DS di turno 3-presa in carico dei pazienti codice 1 e codice 2 NO MAF esistente e/o in arrivo in Emergenza ordinaria	-definizione del percorso diagnostico in base alle priorità	Verifica che tutti i PZ NO MAF siano stati trattati

FASE DI ALLARME	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
MEDICO PS CODICI MINORI		**1.comunica** lo stato di Maxi emergenza ai pazienti codice minore in attesa di visita 2.**dimette** i pazienti dimissibili -**collabora** all'eventuale presa in carico dei pazienti NO MAF provenienti dalle aree evacuate 3.**presa in carico** dei pazienti NO MAF in arrivo 4.**gestisce** il paziente MAF cod. verde Fast nell'area di assistenza dedicata individuata in base al piano aziendale PEI-MAF	-**facilita l'uscita** attraverso un percorso diverso da quello programmato per l'arrivo dei mezzi di soccorso provenienti dal luogo del disastro (pertanto i pazienti deambulanti codice minore usciranno dall'Ospedale utilizzando il corridoio del PS Pediatrico) -**compila** la scheda movimentazione pazienti -**trattamento clinico** dei PZ NO MAF -**trattamento clinico** PZ MAF codice verde presenti nel SETTORE E.	-verifica il corretto utilizzo dei percorsi NO MAF -Che la SCHEDA MOVIMENTAZIONE PAZIENTI sia aggiornata -che tutti i PZ NO MAF E PZ MAF codice verde abbaiano ricevuto le cure del caso
INFERMIRE REFERENTE GESTIONE PZ NO MAF	**Gestione PZ NO MAF**	1.**Esegue** appello pazienti presenti in open space sulla base della lista GIPSE 2.gestisce eventuali dimissioni e ricoveri 3.**gestisce** personale di supporto 4.**presa in carico** dei PZ NO MAF esistenti e in arrivo	- **collabora** con il medico per la gestione ed eventuale dimissione dei pazienti NO MAF -**da indicazioni** agli ausiliari per eventuali ricoveri -**da indicazioni sui percorsi** da utilizzare per gli esami radiologici e per l'uscita del PZ NO MAF dimessi	-verifica il corretto utilizzo dei percorsi NO MAF -verifica i trasferimenti dei PZ NO MAF per altre UU.OO. -
MEDICI PS E INFERMIERI REFERENTI NO MAF	**Gestiscono il ripristino delle attività ordinarie**	Ripristino dell'attività ordinaria	-presa in carico dei PZ come nell'ordinario - fare appello dei PZ presenti in ogni singola area di PS	-registrazione su GIPSE dati PZ NO MAF, che hanno fatto accesso durante la MAXI EMERGENZA, solo se triagiati con metodo FAST

SCHEDA MOVIMENTAZIONE PAZIENTI					
DATA			**FIRMA E MATRICOLA**		
	COGNOME	**NOME**	**REPARTO DESTINAZIONE**	**ORA USCITA PS**	**U.O. DI RICOVERO**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

ACTION CARD RIANIMATORE DISASTER MANAGER ROSSI/GIALLI MAF
(Rianimatore in turno in PS)

TEMPI	RIANIMATORI	COMPITI
PRE Allarme	DM ROSSI PS	1. Preallerta secondo Rianimatore CR1 Shock e Trauma (che a sua volta preallerterà i colleghi degli altri CR con chiamate a cascata: CR2->NCH) 2. Individua i pazienti NON MAF, Codice 1 di propria competenza, da evacuare e non evacuabili (riferendo al TL Medico) 3. Individua n. 4 postazioni di ROSSO MAF e inizia a dare disposizioni per eventuale allestimento
T0 Reazione immediata	DM ROSSI PS	1. Attiva secondo Rianimatore CR1 che scende immediatamente in PS (e colleghi dei CR resisi disponibili): dichiara la Maxiemergenza in atto 2. Attiva il TRAUMA TEAM e Centro TRASFUSIONALE 3. Trasferisce pz NON MAF precedentemente individuati (in altre aree PS o nei reparti) in base alle indicazioni ricevute dal TL PS e dal Direttore Sanitario di turno 4. Supervisiona e da indicazioni per allestimento postazioni ROSSO e GIALLO MAF individuate nell'area dedicata 5. Collabora con l'Infermiere Disaster Manager di PS per organizzare il personale infermieristico da assegnare alle postazioni MAF 6. Collabora e condivide le decisioni con il TL Medico PS 7. Coordina il personale medico (Rianimatori e Consulenti)
T1 <30 min		1. Assegna 1 Rianimatore alle postazioni MAF nell'area dedicata (ROSSO e GIALLO) e individua 1 Rianimatore che si occuperà della gestione dell'ORDINARIO NON MAF di propria competenza (già presente o di nuovo accesso) 2. Verifica il corretto allestimento e il personale (Rianimatore e infermieri) dedicato delle postazioni ROSSO MAF, in collaborazione con Infermiere DM di PS 3. Vestizione (come previsto dal Piano Aziendale)
T2 > 30 min	DM ROSSI PS	1. Continua a coordinare il personale medico (Rianimatori e Consulenti) e a condividere decisioni con TL Medico 2. In Area Triage: procede a eventuale stabilizzazione rapida dei pazienti MAF, decide se continuare stabilizzazione del paziente nell'area MAF dedicata o se inviare rapidamente il paziente MAF in sala operatoria, secondo priorità interventistiche. 3. Gestisce i pazienti ROSSI MAF in Area Maxiemergenza (trattamento diagnostico-terapeutico) 4. Compila e supervisiona la compilazione della modulistica, scheda assistenziale (modulo radiologia, esami ematochimici del sangue, urgente e urgentissimo, piastrine): corretta e completa 5. Supervisiona il corretto Percorso Clinico-Assistenziale del paziente MAF 6. Constata decesso
	ROSSI MAF e GIALLI MAF	Secondo Rianimatore **CR1**: (supporta DM ROSSI PS sui Rossi MAF): Collabora nella gestisce dei pazienti Rossi MAF in Area maxiemergenza (trattamento diagnostico-terapeutico), definendo priorità interventistiche, previo parere degli specialisti. Gestisce il percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti con Codice GIALLO MAF, secondo priorità e previo parere degli specialisti.
	ORDINARIO	Rianimatore **NCH**: gestisce i pazienti in carico al Rianimatore già presenti in PS e non evacuabili e si occupa degli eventuali nuovi ingressi di pazienti di propria compentenza In caso di estrema necessità (nelle ore notturne e nei giorni festivi) si occuperà di APRIRE la **TERZA** Sala Operatoria

	Sape Op	Anestesisti	Chirurghi	Infermieri
1	Sala A	**CR1** h24	1 Ch Urgenza 1 Ch Specialist	1 DEA 1 CO CCH
2	Sala B	CO Cardiovascolare **CR2**	1 Ch Urgenza 1 Ch Specialist	1 DEA 1 DEA
3	Sala BOE	GIORNO: Anestesista **BOE** NOTTE E FESTIVI: Anestesista **NCH** (da	1 Ch Urgenza 1 Ch Specialist	1 DEA 1 CO NCH

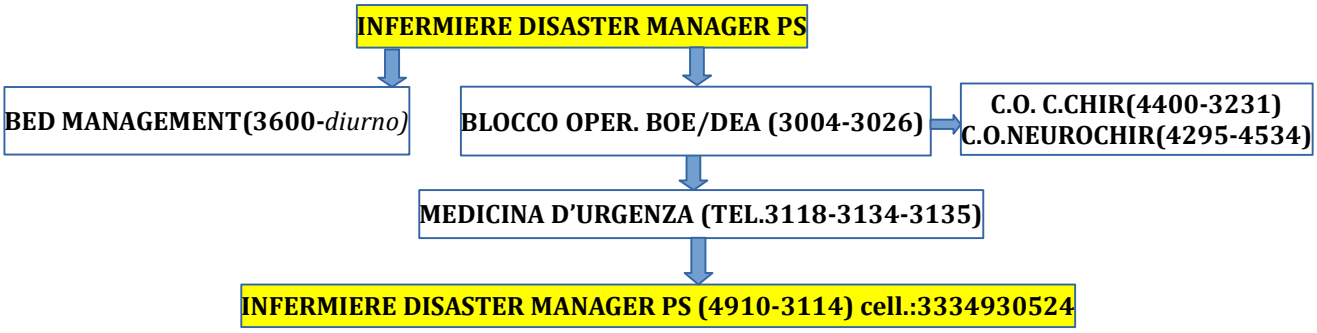
ACTION CARD MEDICO DS DISASTER MANAGER INFO E LOGISTICA
(Medico di direzione sanitaria in turno)

FASI E TEMPI D'INTERVENTO	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
FASE DI PRE ALLARME (reazione immediata)	**Riceve notizia di PRE ALLARME dal TL medico**	Valuta l'evento attraverso le notizie ricevute dal TL medico PS	Scheda di raccolta dati "preallarme-allarme"	Collabora con il TL all'attendibilità del preallarme: Identificazione del chiamante Raccolta dettagliata delle informazioni Verifica incrociata delle informazioni Analisi del contesto secondo la tipologia del rischio per l'area interessata Consultazione con altri enti o superiori .
T0 **FASE DI ALLARME** (reazione immediata)	**Si attiva dopo chiamata del Team leader medico PS di turno**	**1.** Raccoglie informazioni e valuta l'evento; **2.** Giunge in Ospedale (PS), se non presente, nel più breve tempo possibile.	Riceve comunicazione dal Team leader del PS ▼ ▼ Subentra al team leader medico PS nella tenuta dei contatti con CORES 118 , non appena giunto in Ospedale.	Dichiarazione dello stato di allarme maxi emergenza in atto e livello di attivazione di risposta dell'Ospedale alla maxi emergenza (1-2-3). Dati utili raccolti: ☐ Attendibilità e località; ☐ Tipo di evnto ☐ n° persone coinvolte; ☐ n° vittime da inviare in PS; ☐ tempi di arrivo previsti.
T1 < 30' **FASE DI PREPRAZIONE** (pianificazione)	**Responsabile del piano delle comunicazioni aziendali**	3. Partecipa e verifica che i membri del Team Operativo PEIMAF PS siano operativi e correttamente identificati *(fratino di riconoscimento)* presso il Pronto Soccorso. 4. Tiene nota delle risorse attivate e disponibili.	Spunta la check-list del Team: ☐ Medico disaster manager PS ☐ Infermiere disaster manager PS ☐ Infermiere disaster manager triage ☐ Rianimatore disaster manager Rossi ☐ Rianimatore disaster manager Gialli ☐ Responsabile DIPRO	Verifica che il centralino aziendale ha attivato: ☐ Chiamate a cascata Ospedale e comunicazione del livello di allarme PEIMAF. ☐ Unità di crisi/ gruppo operativo emergenze/maxi emergenze/risorse disponibili PEIMAF
	Gestione aree MAF E NO MAF PS, camere operatorie e sezioni diagnostiche	5. Verifica l'avvenuta evacuazione dei pazienti NO MAF presenti in PS e visitatori e congruità delle aree MAF in rapporto al numero di pazienti MAF in arrivo.	Spunta la check-list delle aree MAF ☐ Area IDENTIFICAZIONE MAF ESTERNA ☐ Area ROSSI MAF ☐ Area GIALLI MAF ☐ Area VERDI MAF ☐ Area ACCOGLIENZA maxi emergenza (Piastra P.T.) ☐ Sale operatorie MAF ☐ Sezioni diagnostiche MAF	**Valuta** l'appropriatezza dei percorsi MAF e NO MAF in PS. Rileva e risolve le eventuali criticità
	Informazioni	6. Gestisce le informazioni cliniche, insieme al Team leader medico PS.	Firma la scheda sinottica raccolta dati allarme 118.	Valuta l'appropriatezza dei dati della scheda sinottica. Rileva e risolve le eventuali criticità
T2 > 30' **FASE OPERATIVA** (trattamento ospedaliero)	**Identifica e monitorizza la capacità recettiva dell'Ospedale**	7. Verifica la dotazione delle apparecchiature per le necessità dei pazienti MAF e NO MAF		Rileva disponibilità e risolve le eventuali criticità
		8. Verifica la dotazione del personale presente e/o da attivare.		Rileva dotazione e risolve le eventuali criticità
		9. Verifica l'effettiva disponibilità di posti letto, in collaborazione con il Bed Management (di notte con il Team Leader medico sulla base del sinottico PL aggiornato).		Rileva disponibilità e risolve le eventuali criticità
T3 **FASE DI CESSATO ALLARME**	**Da' il cessato allarme** in collaborazione con il Team leader medico PS	Contatta il Centralino Aziendale per attivare le chiamate a cascata per "Cessato Allarme PEIMAF"		Verifica l'avvenuta attivazione del cessato allarme da parte del Centralino Aziendale.

ACTION CARD INFERMIERE DISASTER MANAGER PS (Infermiere esperto in turno in PS)				
Fasi e tempi d'intervento	**FUNZIONI**	**COMPITI**	**COME**	**VERIFICA**
FASE DI PRE ALLARME (reazione immediata)	**Riceve notizia del PREALLARME** dal Team leader medico	**-Valuta la riorganizzazione,** nell'ipotesi che si stia verificando un evento critico che può coinvolgere un numero elevato di persone, con il Team Leader Medico di PS. -**Comunica** lo stato di PRE ALLARME all'infermiere referente PEIMAF PS, Coordinatore inf. PS e reperibile DIPRO.	**Prende visione** -dei pz totali presenti in PS -della distribuzione del personale non medico nelle aree del PS. **Controlla** -il materiale MAF e gli elettromedicali disponibili.	**Verifica** - il numero dei pazienti trasferibili in altre UU.OO -la disponibilità di PL contattando il Bad management. - che il materiale MAF non venga attivato fino alla conferma dell'allarme
T0 **FASE DI ALLARME** (reazione immediata)	**Riceve notizia dell'allarme dal Team Leader medico PS**	1. **Divulga l'allarme:** - a tutte le aree di PS, - al Bed Management 2. **Attiva la chiamata a cascata interna** (allegato). 3. **Collabora per l'evacuazione dei visitatori** presenti, 4. **coordina il team accoglienza PS.** *Durante la comunicazione dell'allarme presentarsi con nome e cognome e chiedere sempre il nome del ns. interlocutore*	**-Allerta il personale presente** e/o si reca personalmente/delega personale di fiducia nelle aree di PS. **-Comunica l'allarme telefonicamente** al Bed Management (tel. 3600) nelle ore diurne o delega personale di fiducia che comunica fisicamente l'allarme (Bed Management Piastra 2° piano) **-Chiama la C.O DEA** al 3004 o il 3026 per attivare la chiamata a cascata DEA	**-Verifica la corretta trasmissione dell'allarme** **- riceve la chiamata da parte della Medicina d'Urgenza** **-Dà comunicazione al Medico Disaster Manager PS Coordinatore** dell'avvenuta trasmissione dell'allarme.
	Assume il ruolo di Disaster Manager PS per disposizione del Team Leader medico di PS	5. **Identifica il DM TRIAGE,** coordina il personale infermieristico e di supporto.	**-Partecipa al briefing iniziale** con i componenti del TEAM PEIMAF per pianificare l'operatività in base alla all'evento **-Identifica il personale** non medico dedicato alle aree di PS **MAF e NO MAF**	Che i componenti del TEAM e il personale non medico abbiano capito il proprio ruolo e le azioni da mettere in campo.
T1 < 30' **FASE DI PREPRAZIONE** (pianificazione)	**Re-distribuisce le aree del PS**	6. **Predispone le aree del PS** ad accogliere il Massiccio Afflusso di Feriti	**Controlla la presenza della cartellonistica:** ☐ Area di identificazione PZ MAF ☐ Area FAST TRIAGE ☐ Area Rossi- Gialli- Verdi MAF ☐ Percorso C.O. DEA ☐ Percorso Radiologia	Verifica la destinazione d'uso delle aree di PS ed i percorsi MAF
	Re – distribuisce il Personale infermieristico e di supporto	7. **Definisce il carico di lavoro** delle postazioni MAF e NON MAF	**Assegna il personale** infermieristico e di supporto nelle aree dedicate al MAF e NO MAF	-Le **risorse umane** sono presenti presso tutte le postazioni. -Verifica che tutto il personale indossi i **DPI adeguati**
	Attiva il FAST Triage	8. **Attiva la consegna** dei carrelli KIT ATRIO e KIT PAZIENTE, dei carrelli maxi emergenza e delle pettorine identificative PEIMAF.	**-Dispone** che i carrelli dedicati alla maxi emergenza vengano trasportati in area triage **-Assegna pettorine** per identificare i ruoli del TEAM operativo PEIMAF	Supervisiona: -l'area triage e l'allestimento delle postazioni triage dedicate al FAST triage e al Triage NO MAF -che tutti i visitatori presenti siano stati accompagnati presso l'area accoglienza (ingresso Piastra)
	Coordina	9. Collabora con il medico di PS e il Bed	**-Nomina** un infermiere referente dell'area di PS da	-Supervisiona le aree interessate dall'evacuazione

T1 < 30' **FASE DI PREPARAZIONE** (pianificazione)	**l'evacuazione delle aree di PS in collaborazione con il TL medico PS**	management per il ricovero dei pazienti esistenti	evacuare **-Assegna** infermiere corridoio di trasferimento **-Dispone** la corretta gestione della documentazione clinica dei pazienti esistenti NO MAF	e -controlla il rispetto dei percorsi durante il trasferimento dei pz. -Verifica elenco pazienti NO MAF spostati sul corridoio di trasferimento e/o presi in carico in altra area di PS.
	Attiva le postazioni di COD ROSSO MAF	10. Identifica le postazioni di ROSSO MAF e team infermieristico dedicato	**-Da' disposizione** per l'allestimento di n. 4 postazioni di ROSSO MAF **-Assegna** un infermiere ad ogni postazione ROSSO MAF **-Ricorda** la rotazione dell'infermiere di supporto ROSSO MAF	-Supervisiona l'allestimento postazioni ROSSO MAF -Verifica la posizione e le funzioni dei team designati per il trattamento del pz MAF
T 2 > 30' **FASE OPERATIVA** (trattamento Ospedaliero)	**Definisce carico di lavoro e procedure operative MAF**	**11. Attiva** procedura di accettazione e identificazione MAF in collaborazione con il DM TRIAGE 12. **Definisce** il carico di lavoro delle postazioni MAF durante: ⇒ Accettazione e identificazione pz. MAF; ⇒ Fast Triage/stabiliz; ⇒ Percorso diagnostico terapeutico; ⇒ Ricovero/dimissione.	**Consegna** buste KIT PAZIENTE prenumerate in ordine progressivo e dispositivo fotografico **Ricorda** "Istruzione operativa per accettazione e identificazione pz MAF" **Assegna** personale infermieristico e di supporto proveniente da altre UU.OO (DIPRO) **Collabora** con il DM TRIAGE per la gestione delle postazioni FAST TRIAGE	**Verifica:** -che tutti i pz MAF in arrivo siano correttamente identificati, -a registrazione dei pz MAF sul "LIBRO MAF" -corretta assegnazione area di trattamento ROSSI/GIALLI VERDI MAF -che il personale assegnato alle postazioni sia equo rispetto al carico assistenziale -il giusto percorso clinico assistenziale -che la documentazione MAF sia completa e compilata correttamente
	Vigila e controlla la sicurezza dei lavoratori	13. Vigila sulla sicurezza di TUTTI i lavoratori	**Ispeziona** le postazioni ed i singoli lavoratori	**-Verifica** l'uso dei dispositivi individuali di protezione e la messa in sicurezza dei taglienti **Supervisione del RSPP e/o suo delegato**
T 3 **FASE DI CESSATO ALLARME**	**ARCHIVIAZIONE DOCUMENTAZIONE MAF**	14. Gestisce l'archiviazione della documentazione MAF	**Identifica** personale per il controllo della completezza della documentazione clinica del paz. MAF	**Supervisiona** il riordino della documentazione clinica dei PAZ MAF presi in carico in PS
	RIPRISTINO AREE E DOTAZIONE PERSONALE DI PS	15. Predispone e riorganizza le aree di PS per riprendere le attività ordinarie.	**Assegna** le attività al personale come nell'ordinario	-Supervisiona la riorganizzazione delle attività ordinarie e l'avvenuta registrazione sul GIPSE dei pz MAF. -Controlla il riordino e il ripristino del materiale MAF.

Allegato. Chiamate a cascata interne DEA a cura del DM infermiere PS



ACTION CARD INFERMIERE DISASTER MANAGER TRIAGE
(Infermiere esperto in turno in PS)

Fasi e tempi d'intervento	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
FASE DI PRE ALLARME	**Gli infermieri di triage ricevono comunicazione di PRE ALLARME**	Eseguire PRE TRIAGE	-Prendere in carico/eseguire triage ai casi con sintomatologia prioritaria	- verifica che tutti i PZ in attesa di triage siano stati registrati
T0 FASE DI ALLARME (Reazione immediata)	**Viene designato dal DM PS INF in collaborazione con il Team leader medico**	1. Individua gli infermieri di supporto FAST TRIAGE 2. Riorganizza l'area triage entro 8 minuti per accogliere il massiccio afflusso di feriti	**Dà disposizione** per allestire n. 3 postazioni di triage (2 Triage MAF + 1 BOX triage NO MAF) **Ricorda** le procedure di identificazione pz MAF e Fast Triage e la registrazione del pz MAF sul LIBRO MAF **Dà disposizioni** per l'uso DPI	**Controlla** le postazioni di Triage **Verifica** che gli infermieri scelti indossino DPI e fratini identificativi
T1 < 30' **FASE DI PREPARAZIONE** (Pianificazione)	**Attiva l'uso del KIT ATRIO e del KIT PAZIENTE**	3. Garantisce l'utilizzo KIT ATRIO e KIT PAZIENTE	**Dispone** il materiale pronto all'uso **Allestisce** are di identificazione, accanto al box informazioni (in prossimità dell'entrata della camera calda)	**Verifica** l'integrità e la completezza dei KIT ATRIO e KIT PAZIENTE **Controlla** la documentazione MAF e il LIBRO MAF
T 2 > 30' **FASE DI OPERATIVA** (trattamento ospedaliero)	**Attiva le procedure di accettazione ed identificazione paziente MAF**	4. **Decide** l'accesso/il percorso di entrata in PS 5. Esegue corretta identificazione PZ MAF 6. Identifica i PZ NO MAF che accedono in PS durante la maxi emergenza 7. Individua eventuali parenti MAF 8. Consegna, su richiesta della Direzione Sanitaria e/o Organi di Polizia, gli effetti personali e le foto identificative dei PZ MAF	**Posiziona** al collo del pz laccetto bianco con numero identificativo **Esegue fotografia**, associa volto/segno particolare pz e numero identificativo **Affida** eventuali parenti MAF a personale fidato affinché vengano accompagnati all'atrio principale della PIASTRA	Tutti i pazienti MAF sono stati correttamente identificati e registrati sul LIBRO MAF (nome e cognome e/o numero identificativo, codice FAST TRIAGE, area di destinazione.
	Coordina il FAST TRIAGE	9. Gestisce le postazioni di triage MAF e NO MAF, 10. Richiede al DM PS infermiere personale se necessita	**Esegue** il Fast Triage direttamente e/o con il supporto di infermieri scelti o destinati all'Area Triage **Assegna** personale se necessita	Corretta attribuzione codice colore FAST per la priorità al trattamento a tutti i PZ MAF
	Vigila e controlla la sicurezza degli Operatori	11. Vigila sulla sicurezza di TUTTI gli Operatori	**Ispeziona** le postazioni ed i singoli lavoratori	Verifica l'uso dei dispositivi individuali di protezione e la messa in sicurezza dei taglienti **Supervisione del RSPP e/o suo delegato**
T 3 **FASE DI CESSATO ALLARME**	**RIPRISTINO AREA TRIAGE**	12. Riorganizza l'area TRIAGE affinché possano essere riprese, in tempi brevi, le attività ordinarie di triage.	**Collabora** per il riordino delle postazioni di triage ordinarie e per il ripristino del materiale MAF	**Supervisiona** la riorganizzazione delle attività ordinaria di triage **Controlla** il riordino e il ripristino del materiale **Verifica** che le registrazioni dei pz NO MAF cartacee vengano riportate sul GIPSE WEB.

Codice colore	Priorità	Descrizione
ROSSO	1	*Contempla quelle vittime che presentano funzioni vitali compromesse da lesioni che le mettono immediatamente a rischio di vita ma che possono essere trattate con successo se si interviene nell'ordine di pochi minuti.*
GIALLO	2	*Considera tutti quei feriti con funzioni vitali alterate da lesioni potenzialmente pericolose ma che non mettono a rischio la vita del paziente nell'immediato.*
VERDE	3	*Riguarda tutti quei pazienti con funzioni vitali normali e con lesioni non gravi che possono avere un trattamento dilazionabile nel tempo.*
NERO	4	*Paziente deceduto (il codice colore in questione è **attribuito dal medico** che constata il decesso della vittima).*

ISTRUZIONE OPERATIVA ACCETTAZIONE/IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI MAF IN PRONTO SOCCORSO

In Pronto Soccorso, la presa in carico dei PAZIENTI MAF (Massiccio Afflusso Feriti), prevede tre fasi:

1. **IDENTIFICAZIONE ANAGRAFICA E NUMERICA DEL PAZIENTE MAF**
   All'arrivo dei pazienti MAF in PS, l'*INFERMIERE DISASTER MANAGER TRIAGE* designato, prima di far accedere il paziente in PS, deve:
   - assegnare ad ogni paziente MAF una "busta kit paziente" già pre numerata,
   - posizionare al collo del paziente il laccetto di colore bianco con numero identificativo, che si trova nella busta assegnata precedentemente,
   - fotografare il volto del paziente insieme al numero identificativo corrispondente,
   - fotografare eventuali segni particolari insieme al numero identificativo corrispondente,
   - autorizzare e indicare il giusto percorso per l'accesso in PS.

2. **VALUTAZIONE FAST TRIAGE** *(First Assessment and Sequential Triage),* metodo di triage applicabile nel contesto ospedaliero, che permette di:
   - eseguire una rapida valutazione sequenziale dei parametri vitali del paziente (xABCDE),
   - identificare la priorità di trattamento attraverso l'attribuzione di un codice colore (Fast Triage);
   - stabilire l'area di trattamento/percorsi diagnostico-terapeutici.

3. **IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE MAF IN RELAZIONE AL CODICE COLORE DI PRIORITA' FAST ASSEGNATO ED INVIO ALLE AREE ASSISTENZIALI**
   Eseguire in ordine, le seguenti azioni:
   1. Applicare al polso del paziente il braccialetto colorato corrispondente al codice colore attribuito, con su scritto lo stesso numero identificativo precedentemente assegnato (il braccialetto colorato con su scritto il numero identificativo è riposto dietro il porta badge/numero identificativo del laccetto bianco già posizionato al collo del paziente)
   2. Applicare nastro adesivo colorato corrispondente al codice colore sulla barella o carrozzina
   3. Scrivere, con pennarello indelebile, sul nastro adesivo il numero identificativo corrispondente
   4. Posizionare vestiario e altri effetti personali, eventualmente tolti in sede di triage, nel sacco pre numerato trasparente che troverete nella busta KIT PAZ (il sacco seguirà il paziente nell'area assegnata, dove gli infermieri dedicati al trattamento termineranno la svestizione, per poi custodirlo come da indicazione del DM PS infermiere).
   5. Controllare la corretta compilazione della scheda triage e che tutta la documentazione contenuta nella busta precedentemente assegnata segua il paziente:
      - Scheda fast triage;
      - Scheda clinico-assistenziale;
      - Modulo richiesta per esami radiologici;
      - Modulo richiesta per esami ematici;
      - Modulo richiesta sangue urgentissimo senza prove di compatibilità (modulo di colore giallo), modulo richiesta sangue urgente con prove di compatibilità (modulo di colore rosa),
      - modulo richiesta plasma/piastrine (modulo di colore bianco);
      - Busta per inviare prelievi già pre numerata
   6. Avviare il paziente all'area assistenziale assegnata.

ISTRUZIONE OPERATIVA PER L'IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI MAF	
Infermiere Disaster Manager TRIAGE *Inf. Esperto designato dall'infermiere DM PS in collaborazione con il Medico DM COORDINATORE*	**Infermiere Triage MAF** *Infermiere Fast triage designato dall'infermiere DM TRIAGE*
AZIONI	**AZIONI**
1. Assegna BUSTA KIT PAZIENTE pre-numerata all'entrata del paziente MAF in Pronto Soccorso; 2. Posiziona al collo del paziente il laccetto bianco con numero identificativo, contenuto nella busta Kit paziente corrispondente; 3. Fotografa il volto/segni particolari del paziente MAF insieme al numero identificativo per il riconoscimento del paziente; 4. Consegna su disposizione della Direzione Sanitaria e/o Organi di Polizia i sacchi degli effetti personali e le fotografie identificative dei pazienti MAF.	1. Redige la scheda "Accettazione e triage"; 2. Registra i dati dei pazienti sul "LIBRO MAF"; 3. Esegue FAST TRIAGE (assegna codice di priorità FAST); 4. Posiziona al polso del paziente braccialetto colorato prenumerato corrispondente al codice colore attribuito e al numero identificativo (che si trova nel porta badge numero identificativo); 5. Applica nastro colorato adesivo corrispondente al codice colore sulla barella o sulla carrozzina, scrive su di esso il numero identificativo corrispondente; 6. Posiziona vestiario ed altri effetti personali, nell'apposito sacco pre-numerato; 7. Avvia il paziente sottoposto alla valutazione di FAST TRIAGE, con la relativa documentazione, all'area assistenziale di competenza.

INFERMIERI ASSEGNATI ALL'ASSISTENZA DEI PAZ MAF

ATTENZIONE!

Durante l'assistenza del paziente fare particolare attenzione a riporre tutti gli indumenti, anche quelli danneggiati, e gli effetti personali di altro genere nel sacco trasparente pre numerato con lo stesso numero identificativo del paziente.
Dopo aver riposto gli effetti personali del PAZ MAF nel sacco ''effetti personali'', che si trova nelle buste KIT PAZIENTE, lo stesso deve essere chiuso con una fascetta e deve essere custodito come disposto dall'infermiere Disaster Manager PS, in un locale dedicato chiuso a chiave.

ACTION CARD DISASTER MANAGER DIPRO
(Coordinatore DIPRO in turno)

Tempi	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
FASE DI PRE ALLARME (reazione immediata)	**Riceve notizia di PRE ALLARME dal centralino aziendale**	Valuta l'evento attraverso le notizie ricevute dal DM INF. PS	Scheda di raccolta dati "preallarme-allarme"	Collabora con il DM INF PS all'attendibilità del preallarme: Identificazione del chiamante Raccolta dettagliata delle informazioni Verifica incrociata delle informazioni Analisi del contesto secondo la tipologia del rischio per l'area interessata Consultazione con altri enti o superiori .
T0 **FASE DI ALLARME** (reazione immediata)	**Partecipa al Team operativo PEIMAF PS**	1. Giunge in Ospedale, se non presente, nel più breve tempo possibile e partecipa al Team Operativo PEIMAF Pronto Soccorso.	**Collabora** con il Team leader medico PS e Infermiere Disaster manager PS.	Controlla che il personale DIPRO Pronto Soccorso ha assunto il ruolo: Presenza in PS del: Disaster manager P.S INF. Disaster manager Triage INF.
T1 < 30' **FASE DI PREPARAZIONE** (Pianificazione)	**Gestisce tutto il personale del DIPRO, DEA e non-DEA**	2. Garantisce la dotazione del personale DIPRO in base alle criticità sopraggiunte.	**Basi presenza** personale DIPRO e Piano di mobilità MAF	Rileva dotazione organica e risolve le eventuali criticità
	Coordina attività assistenziali tra DEA ed il resto dell'Ospedale	3. Rileva criticità organizzative ed assistenziali	**Comunica** e riferisce con Direttore DIPRO	Rileva e risolve le eventuali criticità
T2 > 30' **FASE OPERATIVA** (trattamento ospedaliero)	**Gestisce i trasporti in sicurezza dei pazienti NO MAF da evacuare dal PS, in collaborazione con il responsabile dello SLOT**	*4.* Attiva SLOT e collabora con il Bed management *Le sezioni di Medicina interna (Maroncelli), in caso di attivazione di una maxi emergenza devono garantire la presa in carico di due pazienti cadauna NO MAF (per un totale di numero 10 pazienti presenti nell'area di PS)*	**Chiamata** diretta allo SLOT	Vigila sui tempi di trasporto e risolve le eventuali criticità
	Gestisce trasporti in collaborazione con il responsabile dello SLOT.	5. Gestisce lo SLOT	**Chiamata** diretta allo SLOT	Vigila sui tempi di trasporto e risolve le eventuali criticità
T3 **FASE DI CESSATO ALLARME**	**Vigila sul ripristino delle aree e personale del PS**	6. Predispone e riorganizza le aree di PS per riprendere le attività ordinarie.	Collabora con DM INF PS	Supervisiona la riorganizzazione delle attività ordinarie. Controlla il riordino e il ripristino del materiale MAF.

TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

In caso di maxi emergenza, ogni paziente che accede al Pronto Soccorso necessità di una rivalutazione anche se già in possesso di un codice colore derivante dalla valutazione extra-ospedaliera.

La valutazione di triage, effettuata durante l'attivazione del piano PEIMAF, è differente rispetto al triage ospedaliero ordinario e prevede la compilazione di una scheda triage dedicata Massiccio Afflusso di Feriti (MAF).

Si è scelto di utilizzare una scheda cartacea per ogni paziente MAF, rispetto a metodiche informatizzate, per eventuali blocchi informatici o assenza di rete derivanti da una maxi emergenza in atto.

Prima di entrare nei locali del PS, ogni paziente MAF viene identificato con un numero identificativo/progressivo ed inviato presso area triage dedicata dove, dopo l'assegnazione di un codice colore di priorità, viene destinato all'area di competenza.

Ogni persona che accede al P.S.:

- viene registrata con un numero progressivo posizionando un braccialetto identificativo ed attivando un Kit PAZ (documentazione cartacea)
- La funzione di triage deve completarsi nell'arco di un minuto per i deambulanti e di tre minuti per i barellati con protocolli START (extra ospedaliero) o FAST (ospedaliero).
- Lo smistamento delle persone non deambulanti è fondamentale per l'efficienza del sistema triage inteso come processo dinamico.
- Nessuno può lasciare l'area del P.S. se non registrato e munito di un braccialetto identificativo.
- Tutte le prestazioni effettuate nell'area triage vanno registrate.

Il piano PEIMAF dell'A.O. San Camillo, definisce il corretto utilizzo dell'area triage in caso di maxi emergenza con l'attivazione di due postazioni di triage MAF.

L'esecuzione del triage MAF avviene in un ambiente spazioso, facilmente accessibile ai mezzi di soccorso, prossimo alle aree di trattamento e consente il transito delle barelle in un flusso unidirezionale per evitare incroci pericolosi.

IL TRIAGE FAST

Il metodo di triage intraospedaliero utilizzato in caso di attivazione del Piano PEIMAF all'interno dell'A.O. San Camillo è il FAST triage.

FAST è l'acronimo di First Assessment and Sequential Triage (prima valutazione e categorizzazione sequenziale). In questo protocollo operativo si esegue una reale "prima valutazione" dei parametri vitali del paziente, che vengono rilevati in una precisa successione temporale.

Il protocollo utilizza la valutazione sequenziale delle funzioni vitali della vittima, sulla base dell'acronimo "xABCDE" ATLS-Advanced Trauma Life Support – (2025).

La sequenza, ampliamente utilizzata per la valutazione ed il trattamento dei pazienti traumatizzati, permette di classificare i pazienti per categorie di priorità di trattamento (codificate da colori), al fine di diversificare i percorsi di diagnosi e trattamento, in base alle lesioni potenzialmente più pericolose con rischio evolutivo.

VALUTAZIONE SEQUENZIALE XABCDE

Valutazione primaria: xABCDE

x – Exsanguinazione

Priorità assoluta

- Controllo immediato delle emorragie esterne potenzialmente fatali
- Strumenti:
  - Pressione diretta
  - Tourniquet
  - Medicazioni emostatiche
  - Intervento chirurgico immediato
- Integrazione con i principi del Damage Control Resuscitation

A – Airway (Vie aeree) con protezione del rachide cervicale

- Valutazione della pervietà delle vie aeree
- Immobilizzazione cervicale precoce
- Segni di compromissione:
  - Alterazione dello stato di coscienza
  - Rumori respiratori anomali
  - Traumi maxillo-facciali
- Intubazione precoce se indicata

B – Breathing (Respirazione)

- Valutazione della ventilazione e ossigenazione
- Identificazione e trattamento immediato di:
  - Pneumotorace iperteso
  - Pneumotorace aperto
  - Emotorace massivo
  - Flail chest
- Ossigeno ad alti flussi
- Monitoraggio SpO_2 e capnografia

C – Circulation (Circolazione e controllo dell'emorragia)

- Ricerca sistematica delle fonti di shock
- Approccio emostatico
- Principi di rianimazione:
  - Uso precoce di emoderivati
  - Rapporto bilanciato plasma/GR/piastrine
  - Limitare i cristalloidi
- Accessi venosi rapidi (periferici o intraossei)
- Valutazione della perfusione

D – Disability (Valutazione neurologica)

- Valutazione rapida dello stato neurologico:
  - GCS
  - Pupille (dimensione, simmetria, reattività)
- Identificazione precoce del trauma cranico
- Prevenzione dell'ipossia e dell'ipotensione

E – Exposure / Environment (Esposizione e controllo ambientale)

- Spogliare completamente il paziente per esame completo
- Prevenzione dell'ipotermia:
  - Coperte riscaldate
  - Fluidi riscaldati
  - Ambiente controllato
- L'ipotermia è parte della **triade letale del trauma**

Valutazione secondaria

- Anamnesi completa (AMPLE)
- Esame obiettivo testa-piedi
- Imaging mirato (FAST, TC)
- Rivalutazioni continue

CODICI COLORE DI PRIORITA' FAST

Codice Colore	Prio-rità	Descrizione
ROS-SO	1	***PRIORITA' ASSOLUTA*** *Contempla quelle vittime che presentano funzioni vitali compromesse da lesioni che le mettono immediatamente a rischio di vita ma che possono essere trattate con successo se si interviene nell'ordine di pochi minuti.*
GIAL-LO	2	***URGERNZA*** *Considera tutti quei feriti con funzioni vitali alterate da lesioni potenzialmente pericolose ma che non mettono a rischio la vita del paziente nell'immediato.*
VER-DE	3	***NON URGENZA*** *Riguarda tutti quei pazienti con funzioni vitali normali e con lesioni non gravi che possono avere un trattamento dilazionabile nel tempo.*
NE RO	4	***DECEDUTO*** *Paziente deceduto (il codice colore in questione è* ***attribuito dal medico*** *che constata il decesso della vittima).*

ESAME OBIETTIVO

La successione temporale nell'esame obiettivo e delle funzioni vitali analizzate prevede la valutazione di sette scalini o steps:

STEP	VALUTAZIONE FAST
1	Controllo immediato delle emorragie esterne potenzialmente fatali
2	Valutazione della pervietà delle vie aeree, con protezione del rachide cervicale
3	Frequenza respiratoria Ventilazione ridotta
4	Ossimetria periferica (SpO2)
5	Frequenza cardiaca
6	Pressione arteriosa sistolica
7	Stato neurologico AVPU: - **Allert** – *vigile e parla - GCS 14-15,* - **Vocal** *occhi chiusi ma risponde agli stimoli - GCS 13-14* - **Pein** – *risposta al dolore - GCS 9-12,* - **Unresponsive** - *incosciente – GCS 3-8.*

Successivamente all'esame obiettivo e alla rilevazione dei parametri vitali; si passa a valutare per ogni step la gravità delle alterazioni dei parametri vitali per attribuire il codice colore di priorità al trattamento secondo una sequenzialità ben precisa e schematizzata. I diversi livelli di priorità sono indicati come parametri di criticità e vengono suddivisi in tre sottoclassi: parametri non critici, subcritici e critici, analizzati per ognuno dei sette steps.

- **I parametri non Critici** (codice verde FAST) indicano la presenza di parametri vitali alterati, ma tali da NON compromettere morte o danni cerebrali irreversibili in un breve lasso di tempo:
  - **Tachipnea ≥ 25 atti/min,**
  - **Tachicardia ≥ 130 bpm,**
  - **AVPU: Allert - vigile e parla – GCS 14-15**
- **I parametri Sub critici** (codice giallo FAST) indicano quei segni che possono comportare per il paziente il rischio di morte o di danno cerebrale irreversibile:
  - **Ventilazione ridotta monolaterale/bilaterale**
  - **Moderata ipossia SpO2 da 90 a 94% compreso**
  - **Ipotensione < 100 mmHg**

    AVPU: Verbal – occhi chiusi ma risponde agli stimoli – GCS 13-14 (parametro alterato nella colonna dei NON CRITICI)
- **I parametri Critici** (codice rosso FAST) includono infine quei segni che possono rapidamente portare il paziente a morte o a danno cerebrale irreversibile:
  - **Emorragie incontrollate potenzialmente fatali**
  - **Vie aeree NON pervie**
  - **Bradipnea < 9 atti/min.**
  - **Ipossia severa SpO2 < 90%**
  - **Ipotensione < 80 mmHg**
  - **AVPU: Pein – risposta al dolore – GCS 9-12**
  - **AVPU: Unresponsive – incosciente – GCS 3 - 8**

Infine, si attribuisce per ogni step il codice colore di priorità al trattamento, valutando i parametri di criticità.

PARAMETRI NON CRITICI **(NC)**	**CODICE VERDE**	- ASSENZA DI EMORRAGIE INCONTROLLABILI; - PERVIETA' VIE AEREE PRESENTE; - TACHIPNEA (F.R. >/= 25); - ASSENZA DI VENTILAZIONE MONOLATERALE E/O BILATERALE - SPO2 95 – 100% - PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA > 100 - AVPU – Allert – vigile e parla – GCS 14-15 **REGOLE:** - nessuna alterazione - CODICE VERDE - Alla presenza di un una o più alterazioni NC: CODICE GIALLO - le alterazioni NC non determinano mai il CODICE ROSSO
PARAMETRI SUB CRITICI (SB)	**CODICE GIALLO**	- ASSENZA DI EMORRAGIE INCONTROLLABILI; - PERVIETA' VIE AEREE PRESENTE; - TACHIPNEA (F.R. da 26 in su); - ASSENZA DI VENTILAZIONE MONOLATERALE E/O BILATERALE - IPOSSIA MODERATA - SpO2 da 90 a 94% compreso - TACHICARDIA (F.C. da 131 in su); - IPOTENSIONE (PAS < 100) - AVPU – Verbal - occhi chiusi ma risponde agli stimoli – GCS 13 – 14 **REGOLE:** - La presenza di una alterazione NC + un'alterazione SC: CODICE ROSSO - Alla presenza della 1° alterazione sub critica: CODICE GIALLO, - Una alterazione sub critica associata ad un'eventuale 2° alterazione sub critica: ROSSO
PARAMETRI CRITICI (C)	**CODICE ROSSO**	- PRESENZA DI EMORRAGIA INCONTROLLATA, POTENZIALMENTE FATALE - NO PERVIETA' VIE AEREE; - BRADIPNEA (FR < 9); - IPOSSIA SEVERA (SpO2 < 90%); - PAS < 80; - AVPU: Pein – risposta al dolore – GCS 9-7 - Unresponsive – incosciente – GCS 3 -8 **REGOLE:** - 1° alterazione critica: CODICE ROSSO

REGOLE

- ⇒ All'arrivo della vittima in pronto soccorso, Il codice d'inizio è sempre VERDE
- ⇒ Ogni step valuta tre possibilità:
  - **NON CRITICO**: determina il passaggio al codice GIALLO ma mai ROSSO;
  - **SUB CRITICO: associato ad un NON CRITICO** determina il passaggio al codice GIALLO, due SUB CRITCI determinano il codice ROSSO;
  - **CRITICO:** immediato codice ROSSO, fine triage
  - **All'assegnazione de CODICE ROSSO**

NOTA BENE

- **Durante la valutazione degli steps non si torna mai indietro** con il codice di priorità, una volta assegnato il codice giallo si va avanti con tale codice fino al codice rosso.
- I parametri di riferimento del metodo FAST (First Assessment Sequential Triage) sono utili per valutare pazienti adulti traumatizzati (età superiore agli 8 anni)

CHECK LIST CARRELLO "KIT ATRIO"

CHECK LIST CARRELLO "KIT ATRIO"				
MATERIALE MAF	**DOTAZIONE**	**LUOGO**	**OK**	**NOTE**
DISPOSITIVI MEDICI E DPI:				
BUSTE KIT DPI (buste singole contenenti): camice monouso in TNT/TUTA, copricapo con elastico, grembiule impermeabile monouso, copri scarpe antiscivolo, mascherina FFP2, fratino identificativo)	**20**	Piano superiore		
MASCHERINE FFP3	**100**	magazzino		
MASCHERINE CHIRURGICHE	**100**	magazzino		
GUANTI MONOUSO IN NITRILE – colore blu	**400**	magazzino		
OCCHIALI DI PROTEZIONE PER RISCHIO BIOLOGICO	**20**	deposito maxi emergenza		
DOCUMENTAZIONE MAF				
DOCUMENTI DIPRO (in busta bianca con chiusura antimanomissione)	**1 busta**	cassetto superiore carrello		
COPIA PIANO OPERATIVO PEIMAF	**1copia**	cassetto superiore carrello		
CHECK LIST CARRELLO KIT ATRIO	**13 copie**	cassetto superiore carrello		
MODULISTICA DI RISERVA FALDONE 1:		**primo ripiano dall'alto**		
- scheda raccolta dati allarme (10 copie nel faldone PEIMAF cassetto maxi emergenza in area emergenza)	**20**			
- scheda clinico assistenziale	**50**			
- scheda accettazione triage	**50**			
MODULISTICA DI RISERVA FALDONE 2:		**primo ripiano dall'alto**		
- modulo richiesta analisi per MAF	**50**	primo ripiano dall'alto		
- modulo richiesta esami radiologici	**50**	primo ripiano dall'alto		
- modulo richiesta trasfusionale	**20+20+20**	primo ripiano dall'alto		
LIBRI MAF di riserva (n. 1 piano superiore carrello Kit Paz)	**2**	secondo ripiano dall'alto		
CLIP BOARD	**10**	secondo ripiano dall'alto		

CHECK LIST CARRELLO "KIT ATRIO"				
MATERIALE MAF	**DOTAZIONE**	**LUOGO**	**OK**	**NOTE**
PETTORINE DI RICONOSCIMENTO				
DISASTER MANAGER COORDINATORE -Team Leader Medico PS – Colore fucsia	**4**	secondo ripiano dall'alto		
DISASTER MANAGER INFO – Direzione Sanitaria – Colore blu	**4**	secondo ripiano dall'alto		
DISASTER MANAGER P.S. – Infermiere PS – Colore arancione	**4**	secondo ripiano dall'alto		
DISASTER MANAGER Triage – Infermiere PS – Colore verde	**4**	secondo ripiano dall'alto		
DISASTER MANAGER Rossi – Rianimatore –Colore Rosso	**4**	secondo ripiano dall'alto		
DISASTER MANAGER Gialli – Rianimatore – Colore giallo	**4**	secondo ripiano dall'alto		
DISASTER MANAGER DIPRO – Coordinatore-Colore viola	**4**	secondo ripiano dall'alto		
DISPOSITIVI VARI		**Stanza Coordinatore infermieristico**		
TELEFONINO AZIENDALE CARICO				
DISPOSITIVO FOTOGRAFICO				
MEGAFONO con batterie di riserva				
NASTRO ADESIVO COLORATO:	**verde n. 10, rosso n. 10, giallo n. 10**			
PRESIDI PER RILEVAZIONE PARAMETRI VITALI: sfigmomanometro/fonendoscopio	**5+5**			

CHECK LIST CARRELLO "KIT PAZIENTE"

MATERIALE MAF	**DOTAZIONE**	**LUOGO**	**OK**	**NOTE**
MATERIALE PER ACCETTAZIONE PAZIENTE MAF IN PRONTO SOCCORSO				
LIBRO MAF	**1**	piano superiore		
FOGLI IDENTIFICATIVI BARELLA	**50**	cassetto carrello		
CEROTTO per posizionare scheda di triage sulla barella	**10**	cassetto carrello		
PENNE E PENNARELLI NERI di riserva	**5+5**	cassetto carrello		
FORBICI TAGLIA ABITI	**2**	cassetto carrello		
LACCETTI DI COLORE BIANCO DI RISERVA	**49**	cassetto carrello		
PORTA BADGE DI RISERVA numerati da 51 a 100 per identificazione pazienti MAF	**49**	cassetto carrello		
BUSTE KIT PAZ. VUOTE di riserva numerate da 51 a 100	**49**	secondo ripiano dall'alto		
SACCHETTI EFFET. PERS. Numerate da 51 a 100	**49**	secondo ripiano dall'alto		
BUSTE PRELIEVO DI RISERVA numerate da 51 a 100	**49**	secondo ripiano dall'alto		
KIT PAZIENTE (buste numerate da 1 A 50, già pronte all'uso)				
kit contenenti: • schede pre-numerate in ordine progressivo: clinico assistenziale, fast triage; • moduli pre-numerati: richiesta analisi ematochimici, es. radiologici, richiesta trasfusionale; • laccetto bianco con porta badge contenente braccialetto codice colore rosso/giallo/verde con numero identificativo (lo stesso numero per ogni laccetto/braccialetto); • sacchetto effetti personali con numero identificativo busta per prelievo ematico con numero identificativo.	**50**	secondo ripiano dall'alto		

Data Firma e matricola

Distribuzione ordinaria e straordinaria
AREE Pronto Soccorso adulti in maxi emergenza

DISTRIBUZIONE ORDINARIA: AREE PS DEDICATE ALLE ATTIVITÀ ORDINARIE	DISTRIBUZIONE STRAORDINARIA: AREE PS DEDICATE ALLA MAXIEMERGENZA	
AREA ESTERNA PS ENTRATA CAMERA CALDA	**AREA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI MAF IN ARRIVO AL PS**	
SALA ATTESA/ACCOGLIENZA	**AREA VESTIZIONE MAF**	
AREA TRIAGE	**AREA TRIAGE NO MAF**	
AREA ATTESA	**AREA TRIAGE FAST**	
AREA EMERGENZA	**AREA PER IL TRATTAMENTO DEI CODICI ROSSI/GIALLI MAF**	
AREA ISOLATI	**AREA ISOLAMENTO PER PAZIENTI MAF**	
AREA EX EMERGENZA SETTORE E	**SETTORE**	**DESTINAZIONE D'USO**
	E	**PAZIENTI CODICE VERDE MAF**
OPEN SPACE – AREA MEDICA (attività ordinaria CODICI MINORI)	**AREA PAZIENTI ESISTENTI "NO MAF"**	
CORRIDOIO DI TRASFERIMENTO (pazienti esistenti NO MAF)	**AREA EVACUAZIONE PAZIENTI ESISTENTI "NO MAF"**	
AREA SVESTIZIONE (locali dedicati)	**AREA SVESTIZIONE NO MAF (locali dedicati)**	

Distribuzione ordinaria e straordinaria Pronto Soccorso adulti in MAXI EMERGENZA

ATTIVITA' ORDINARIA AREE PS	**DISTRIBUZIONE ORDINARIA PERSONALE SANITARIO PER AREE PS**	ATTIVITA' E DISTRIBUZIONE STRAORDINARIA PERSONALE SANITARIO PS ***(nei primi 20' dall'attivazione del PEIMAF)***	ASSEGNAZIONE PERSONALE SANITARIO PIANO MOBILITA' IN MAF **(> 20' dall'attivazione PEIMAF)**
AREA ESTERNA PRONTO SOCCORSO/ CAMERA CALDA (percorso ordinario per l'accesso dei pz in PS)	Area presidiata dal personale della vigilanza per il controllo della viabilità dei mezzi	**Durante le ore diurne, l'infermiere del team accoglienza, su indicazione dell'infermiere DM PS:** -gestisce parenti pazienti esistenti insieme ai Vigilantes -invia/accompagna i parenti all'atrio centrale della piastra	**ASSEGNARE** **INFER. DM TRIAGE CHE IDENTIFICA I PZ MAF E NE DECIDE L'ACCESSO NEI LOCALI DI PS**
AREA TRIAGE n. 2 postazioni: Triage 1- BOX 1 Triage 2- BOX 2 *(attività ordinaria dei 5 codici triage)*	**1 Infermiere BOX1** **1 Infermiere BOX2** 1 Pers. di supporto	Attivazione di n. 3 postazioni triage di cui n.1 postazione triage NO MAF **1 infermiere triage MAF** **1 infermiere triage NO MAF** Personale di supporto 1 presidio pulizie e sanificazione **L'infermiere DM Triage** designato su disposizione del Medico DM COORD.: - Riorganizza l'area triage - Identifica infermieri di supporto FAST triage - attiva l'istruzione operativa di origine interna: "Accettazione ed identificazione dei PAZ"	**ASSEGNARE** **3 INFERMIERI DI TRIAGE MAF** (di cui 1 Infermiere triage N O M A F) PERSONALE DI SUPPORTO *Un Medico PS e l'infermiere DM TRIAGE supervisionano l'area triage* Attivare pulizia e sanificazione delle aree
AREA EMERGENZA ***Attività ordinaria trattamento CODICI 1 & 2***	**1 Medico PS** **1 Rianimatore PS** **4 infermieri** **Personale di supporto**	- Identificazione dei pz. esistenti NO MAF che possono essere trasferiti in strutture aziendali, anche in soprannumero e/o presso il corridoio di evacuazione o in altre aree PS - allestimento di n°4 post. cod. ROSSO MAF. **1 DM COORD. MED. PS** **1 DM ROSSI RIANIMATORE** **1 DM PS Infermiere** **4 Infermieri + Pers. Supporto**	**1 DM COORD. MED. PS** **1 DM ROSSI RIANIMATORE** **1 DM GIALLI RIANIMATORE** **1 DM PS INFERMIERE** **1 MEDICO PS** **1 ORTOPEDICO PS** **1 CHIRURGO DI GUARDIA** **5 INFERMIERI PS (tra i quali l'infermiere di sala gessi)** **PERS. SUPPORTO PS**
AREA ISOLATI		Il DM Medico Coordinatore PS, IN CASO DI PAZIENTI MAF DA ISOLARE, identifica e dispone il trasferimento dei pazienti NO MAF presenti in strutture aziendali dedicate anche in soprannumero.	L'ASSEGNAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO DIPENDE DALLE INDICAZIONI DEL DM coordinatore medico, DM INFO e DM PS infermiere.
AREA EX EMERGENZA SETTORE "E" (verdi MAF)	**1 Medici PS** **3 infermieri** **Personale di supporto**	- Trattamento ordinario dei pazienti esistenti NO MAF - Identificazione dei pz. esistenti NO MAF che possono essere trasferiti in altre strutture aziendali o in altre aree PS come da disposizione del DM COORDINATORE MEDICO e il DS -trattamento dei pazienti che accedono in PS durante la Maxi emergenza, tranne COD 1 -evacuazione settore "E" per presa in carico dei codici verdi MAF **1 Medici PS - 4 infermieri – Pers. di supporto**	**1 Medici PS** **2 infermieri PS** **2 infermieri (1 UTIC+ 1 STROKE)** **Personale di supporto – OSS MED D'URG**
OPEN SPACE ***Attività ordinaria codici minori***	**1Medico PS** **3 Infermieri** **Personale di Supporto**	Il DM Medico Coordinatore PS identifica personale medico per eventuale trasferimento/presa in carico dei PZ. NO MAF presenti in altre aree di PS, chiusura cartelle PZ NO MAF da trasferire in Medicina interna. **1 Medico PS+ 2 infermieri + pers. di supp**.	**1 Medico PS** **1 Infermiere PS + 1 Infermiere traumatologia)** **Personale di Supporto**
CORRIDOIO DI TRASFERIMENTO Pazienti NO MAF		Preparare area per accogliere pazienti esistenti NO MAF in trasferimento presso altre UU.OO. delimitare l'area con dei paraventi. **1 infermiere DIPRO**	**ASSEGNARE** **1 infermiere HP** **Personale supporto** Controllare la corretta identificazione del PZ., la documentazione clinica corrispondente e il reparto di destinazione, gli effetti personali devono seguire il paziente
BOX ORTOPEDICO	**1 Ortopedico PS** **1 Infermiere**	-Identificare pazienti esistenti NO MAF ricoverabili nei reparti di competenza ortopedica anche in soprannumero - check list dei presidi ortopedici necessari per immobilizzazione degli arti **1 Medico Ortopedico + 1 infermiere**	**Il personale sanitario dedicato al Box ortopedico raggiunge l'area MAXI EMERGENZA**
AREA VESTIZIONE DPI (area attesa parenti/accoglienza)		**Il DM INF PS consegna Fratini identificativi**	**AREA SVESTIZIONE:** aree adiacenti ai locali isolamento

Istruzione operativa
Riorganizzazione del Personale NON MEDICO del Pronto Soccorso

1. **ASSEGNAZIONE rapida del personale infermieristico e di supporto <u>NEI PRIMI 20' DALL'ATTIVAZIONE DEL PEIMAF</u>** (Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso di Feriti):

- L'infermiere più esperto assegnato al codice rosso o di supporto assume il ruolo di **Disaster Manager PS**
- L'infermieri più esperto assegnato al triage assumerà il ruolo di **Disaster Manager TRIAGE**,
  (tali ruoli sono attivi fino all'arrivo del Team Maxi Emergenza).

L' Infermiere DM PS sulla base del personale infermieristico e di supporto presente in PS identifica:

- l'infermiere assegnato all'area emergenza che collaborerà con il medico dedicato all'evacuazione dell'area stessa;
- l'infermiere assegnato all'area emergenza che si occuperà del controllo/allestimento delle postazioni codice rosso MAF;
- l'infermiere assegnato alle altre aree di PS che gestiranno insieme al medico di riferimento:
  - le eventuali dimissioni, il trasferimento dei pazienti esistenti NO MAF, la presa in carico dei pazienti NO MAF provenienti dalle altre aree di PS
  - l'eventuale presa in carico e trattamento dei pazienti NO MAF che accedono in PS durante la maxi emergenza;
- l'infermiere dedicato al triage ordinario;
- il personale di supporto che si occuperà del trasferimento dei pazienti

2. **ASSEGNAZIONE del personale infermieristico e di supporto <u>DOPO 20' DALL'ATTIVAZIONE DEL PEIMAF</u>**

L'infermiere DISASTER MANAGER PS all'arrivo degli infermieri inviati dal DM DIPRO **ASSEGNA**:

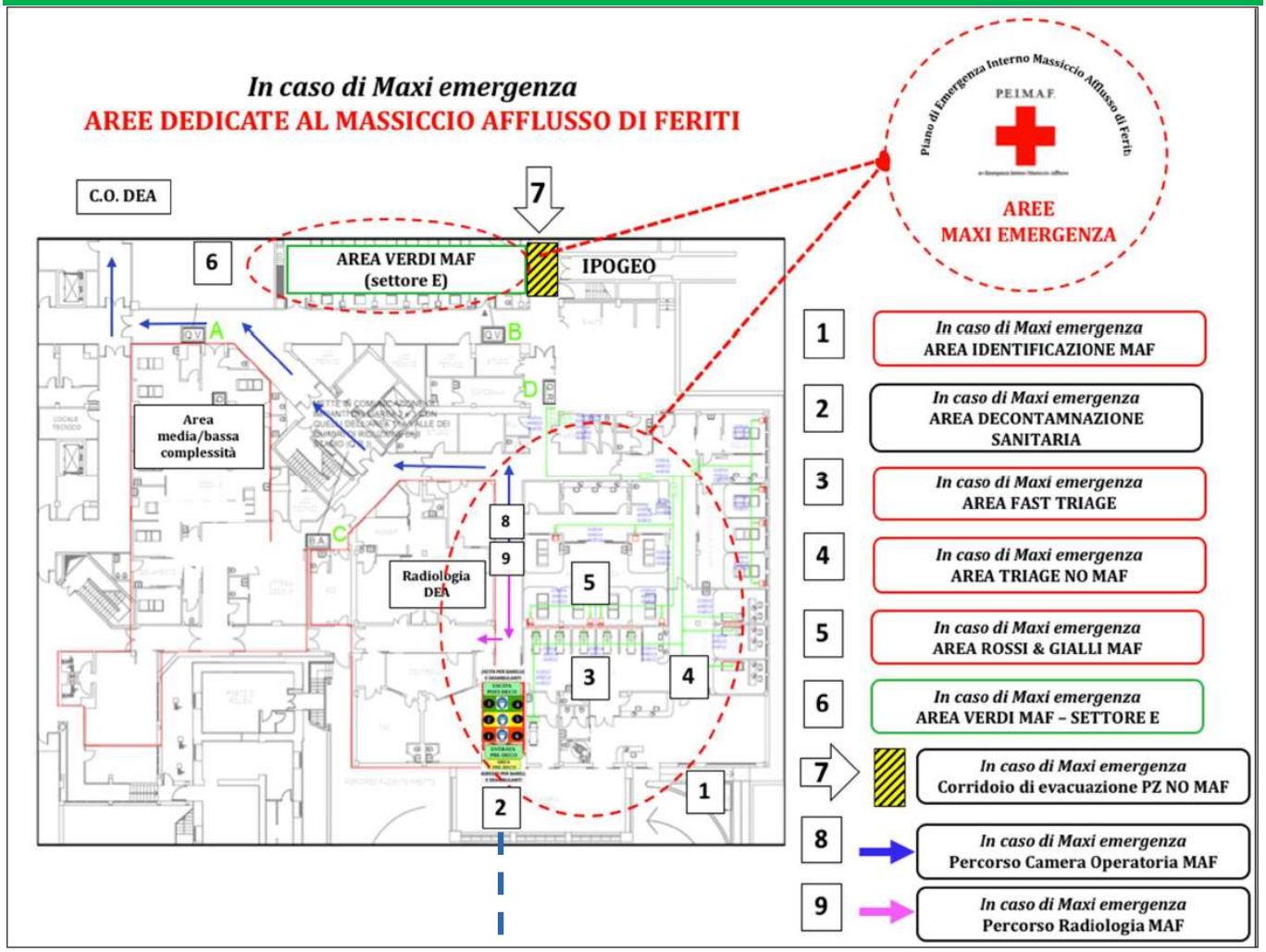
- n. 5 infermieri PS in area emergenza, (AREA MAXI EMERGENZA per il trattamento dei codici rosso, giallo MAF):
  - 2 infermieri PS già presenti,
  - 3 infermieri di pronto soccorso spostati dalle altre aree PS;
- n. 2 infermieri (inf UTIC + inf stroke) inviati dal DIPRO in area nuova per la presa in carico dei pazienti NO MAF
- n. 1 (infermiere traumatologia DIPRO) – OPEN SPACE/AREA MEDICA
- n. 1 infermiere (infermiere Holding Polispecialistica DIPRO) al CORRIDOIO DI TRASFERIMENTO PAZ NO MAF;

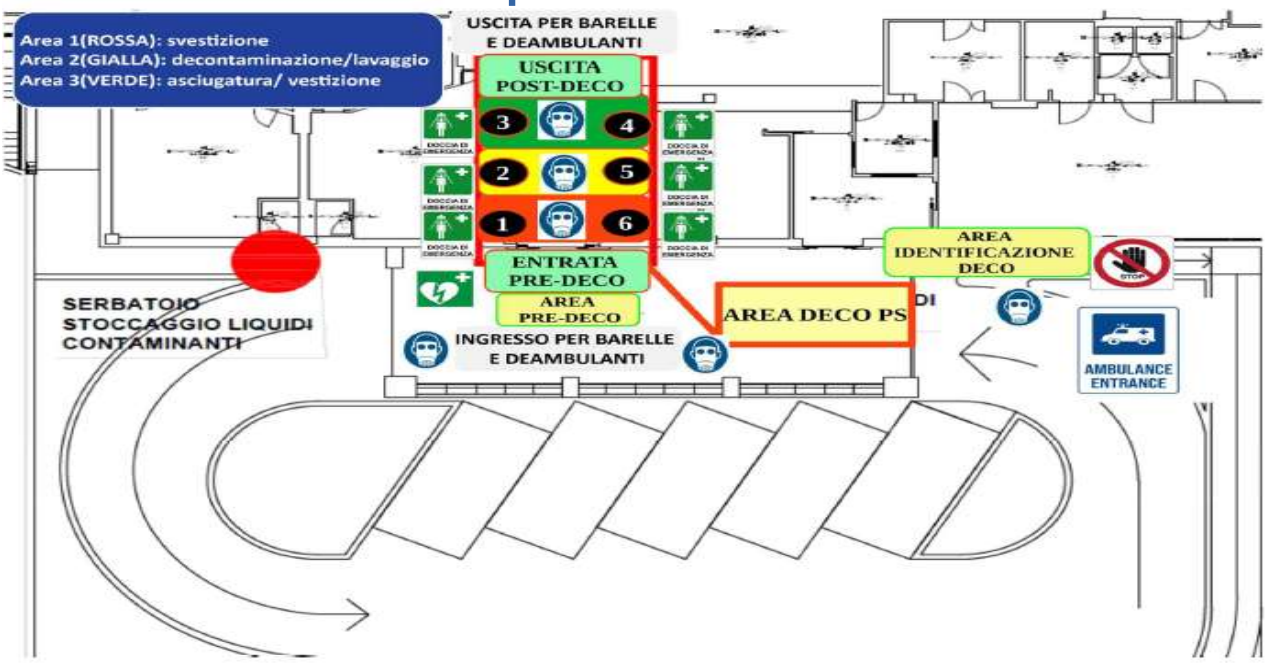
<u>Nota bene</u>

L' infermiere DM PS si assicura che:

- l'infermiere di sala gessi presente al box ortopedico abbia raggiunto AREA MAXIEMERGENZA.
- Supervisiona la corretta assegnazione del personale di supporto dedicato ai paz NO MAF e ai paz MAF nelle aree di PS.

Planimetria 1- PERCORSO PAZIENTI MAF





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

CHI	COSA FARE	COME
AUSILIARI in servizio PS	**SEGUIRE INDICAZIONI del DM PS e del DM TRIAGE:** -per il trasferimento pazienti durante l'evacuazione delle aree di PS; -trasporta il materiale MAF su indicazione dell'infermiere DM PS	Supervisione da parte del DM TRIAGE/DM PS con la collaborazione degli infermieri.
AUSILIARI in servizio altre UU.OO.	Collaborare con il personale sanitario del Pronto Soccorso.	Su indicazione DM DIPRO-DM PS.
OSS in servizio PS	**ESEGUIRE INDICAZIONI** degli infermieri, specie nella fase di preparazione delle aree MAF e nella fase di evacuazione delle Aree PS	Supervisione e collaborazione da parte degli infermieri PS referenti identificati dal DM PS.
INFERMIERI in servizio altre UU.OO.	**Collaborare con il personale sanitario del Pronto Soccorso.**	Piano di mobilità e/o su indicazione DM DIPRO.
SERVIZIO DI VIGILANZA presso PS	**-Apertura di tutte le porte automatiche** di accesso al Pronto Soccorso **-Collaborare per l'evacuazione dei parenti, che verranno accompagnati** nella sala attesa presso Area accoglienza parenti e visitatori (Atrio Centrale Piastra) **-Garantire l'accessibilità dei mezzi di soccorso delle rampe di accesso PS;** **-Garantire la sicurezza** presso area Pronto Soccorso, in collaborazione con le Forze di Polizia presenti	Vigilare che tutti gli accessi all'area Pronto Soccorso siano liberi per i pazienti MAF in arrivo Verificare che tutte le aree di attesa siano libere. Fornire tutte le informazioni di sua competenza ai visitatori presenti nella sala di attesa Divieto di parcheggio area antistante accesso P.S. Potenziamento unità di vigilanza presso area PS.
URP PSICOLOGO DI TURNO	**-Gestisce tutte le informazioni;** **-Vigilare le persone presenti** presso Atrio Centrale Piastra **-Gestisce Area accoglienza maxi emergenza visitatori** (Atrio Centrale Piastra/Ufficio Informazioni), in collaborazione con il Servizio di Psicologia. **-Garantisce la corretta compilazione** della procedura di identificazione parenti e visitatori MAF; **-Stabilire priorità di intervento.**	Fornire tutte le informazioni del caso alle persone presenti presso atrio piastra, garantendo il comfort delle stesse.
SERVIZIO DI VIGILANZA **/** **SQUADRA ANTINCENDIO**	**-Garantisce la viabilità dei mezzi di soccorso in entrata ed in uscita per il PS** **-Vigilare le persone presenti** presso Atrio Centrale Piastra in collaborazione con URP/Servizio di Psicologia. **-Garantire l'accessibilità alla sede dell'Udc (Unità di Crisi) e alle rampe di accesso posteriori PS** *In caso di attivazione di emergenze e/o maxi emergenze, l'accesso dei veicoli di soccorso esterni sarà garantito dall'apertura del cancello centrale dell'entrata presso Cir.ne Gianicolense 87*	Posizionarsi presso punti di percorrenza mezzi di soccorso: - Posizionarsi presso entrata accesso eli superficie; - Invio immediato di unità di vigilanza per apertura sede Udc
SLOT	**Garantire, attraverso i mezzi in dotazione, la completa evacuazione dei paz. NO MAF dal Pronto Soccorso ed il trasporto di cose e persone da e per il Pronto Soccorso.**	Attivare la Procedura interna e collaborare con DM DIPRO
SPPR	**Verifica la salute e sicurezza dei lavoratori;** **Verifica la presenza ed utilizzo DPI dei lavoratori e la in sicurezza dei taglienti.**	Attivare sorveglianza attiva in collaborazione con DM TRIAGE e DM P.S.
SERVIZI APPALTATI	**Garantire servizio di pulizia e sanificazione** presso aree dedicate alla gestione della Maxi emergenza. **Garantire il normale svolgimento delle attività di ristorazione**, stante l'attivazione della maxi emergenza	Potenziamento mezzi ed unità.

DOCUMENTAZIONE MASSICCIO AFFLUSSO FERITI PRONTO SOCCORSO-1/2

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI

REGIONE LAZIO

SCHEDA CLINICO-ASSISTENZIALE MASSICCIO AFFLUSSO FERITI PRONTO SOCCORSO

Cognome: _____ Nome: _____ nato a _____ il ___/___/_____

N.ID MAF: _____ Età: _____ M F Data evento: ____/____/_____/ Ora: ____:____

Evento: _____ Area: _____

In caso di EVENTO NON CONVENZIONALE N. Identificativo Pz NBCRe: _____

ANAMNESI / ESAME OBIETTIVO

☐ Terapia: _____ ☐ Patologie trasmissibili: _____

☐ Emorragie: sede _____ ☐ Allergie: _____

Altro: .....

.....

ATTIVITA' INFERMIERISTICHE	ATTIVITA' MEDICHE	RICHIESTE
☐ Rianimazione cardiopolmonare	☐ Rianimazione cardiopolmonare	☐ Sangue urgente n.....
☐ Tourniquet	☐ Intubazione orotracheale	☐ Sangue urgentissimo n. .....
☐ Bendaggio compressivo	☐ Presidi sovraglottici	☐ Plasma n. .....
☐ Medicazione emostatica	☐ Minicricotoiroidotomia	☐ Piastrine n. .....
☐ Collare cervicale	☐ Drenaggio PNX: DX SX	Altro: .....
☐ Spinale	☐ Accesso intra-osseo	.....
☐ T- pod	☐ accesso venoso centrale	**CONSULENZE**
☐ O2	☐ Fluidoterapia	☐ Chirurgica
☐ Ambu/maschera O2	☐ Valutazione neurologica GCS	☐ Neurochirurgica
☐ Presidi sovraglottici	☐ Esposizione/Preven./ipotermia	☐ Ortopedica
☐ Monitor /SpO2/ECG/PA	☐ Suture	☐ Altro: .....
☐ Emogasanalisi	☐ Altro:	**DIAGNOSTICA**
☐ Accessi venosi periferici	.....	☐ Tac total-body
☐ Fluidoterapia	.....	☐ Tac: .....
☐ Esami ematici	.....	☐ RX: .....
☐ Valutazione GCS	.....	☐ Eco fast
☐ Sondino nasogastrico		☐ Eco: .....
☐ Catetere vescicale		☐ Eco cardio
☐ Medicazioni		☐ Altro:
☐ Coperta termica		
☐ Immobilizzatore arto:		

FARMACI SOMMINISTRATI			PARAMETRI VITALI							DIAGNOSI
☐ Tranex 2gr ev./20'			h.	PAS	FC	SO2	FR	TC	GCS	.....
☐ Altro:										.....
.....										
TERAPIA	h.	Firma								**DESTINAZIONE**
										☐ Camera Operatoria: .....
										☐ Ricoverato: .....
										☐ Trasferito: .....

Data: ____/____/_____/ Ora: ____/_____ Firma e matricola: _____

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI

REGIONE LAZIO

ACCETTAZIONE E TRIAGE MASSICCIO AFFLUSSO FERITI PRONTO SOCCORSO

In caso di EVENTO NON CONVENZIONALE - N. Identificativo Pz NBCRe:

Cognome: _____ Nome: _____ nato a _____ il __/__/____

N.ID MAF: _____/ Età: _____/ M F Data evento: ___/___/_____/Ora:___:____

Evento: _____ Area: _____

Mezzo trasporto: 118 Mezzi propri Altro: _____

All'arrivo

Codice di trasporto 118: B V G R

- ☐ Collare cervicale
- ☐ Spinale
- ☐ Immobilizzatore arto: _____
- ☐ Ambu/maschera O2
- ☐ Presidi sovraglottici
- ☐ Tubo endotracheale
- ☐ Minicricotiroidotomia
- ☐ Drenaggio PNX: DX SX
- ☐ Accesso venoso periferico
- ☐ Accesso venoso centrale
- ☐ Accesso intra – osseo
- ☐ Rianimazione cardiopolmonare
- ☐ Bendaggio compressivo
- ☐ Medicazione emostatica
- ☐ Tourniquet
- ☐ Infusione liquidi
- ☐ Sondino nasogastrico
- ☐ Catetere vescicale

Note

☐ Allergie:
☐ SI: _____ ☐ NO

☐ Patologie trasmissibili:
☐ SI: _____ ☐ NO

Grado	Sede	% Superficie Corporea Coinvolta	Note
I grado		___%	
II grado		___%	
III grado		___%	

☐ Altro _____

MAXI EMERGENZA NON CONVENZIONALE

DECONTAMINNAZIONE EXTRAOPSEDALIERA
☐ SI ☐ NO

DECONTAMINAZIONE SANITARIA INTRAOSPEDALIERA
☐ SI ☐ NO

TRIAGE TRIAGE TRIAGE TRIAGE TRIAGE TRIAGE TRIAGE

STEP	PARAMETRI	LIMITI			VALORE	V	G	R
		Non critico	Sub critico	Critico				
1	Emorragia incontrollata (potenzialmente fatale)			SI				
2	Pervietà delle Vie Aeree			NO				
3	Frequenza respiratoria	≥ 25		FR < 9	FR			
	Ventilazione ridotta		SI					
4	Ossimetria periferica (SpO2)		90-94%	< 90%	SpO2			
5	Frequenza cardiaca	≥ 130			FC			
6	Pressione arteriosa sistolica		< 100	< 80	PAS			
7	Stato neurologico AVPU	V		P-U	A V P U			

A = vigile e parla GCS 14-15	V = occhi chiusi ma risponde agli stimoli. GCS 13-14	P = risposta solo al dolore GCS 9-12	U = incosciente GCS 3-8

Operatore di Triage: _____

Gestione Area accoglienza parenti e visitatori MAF

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

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

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

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

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

La rete per telefonia mobile deve essere efficace.

Specifiche:

- Area accoglienza Parenti e Visitatori dei PZ NO MAF presenti in PS in MAF = **atrio centrale piastra**
- Area per identificazione parenti e visitatori di eventuali vittime del disastro *(allegato 1):* **bancone ufficio informazioni piastra**
- Consegna, presso area accoglienza di foto e/o effetti personali delle persone conosciute e/o sconosciute accolte al PS adulti, durante la Maxi emergenza = **a cura del personale del PS (infermiere DM TRIAGE)**
- Stanza per colloqui singoli e personali = **area SIO.**

Allegato 1 *(compilazione a cura del personale del Servizio di Psicologia e dell'URP)*

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI
Cir.ne Gianicolense, 87 -00152 Roma
P.IVA/C.F. 04733051009

REGIONE LAZIO

Piano di Emergenza Interno per la gestione di un Massiccio Afflusso di Feriti

AREA ACCOGLIENZA PARENTI E VISITATORI M.A.F.(Massiccio Afflusso Feriti)

Evento del ...../...../.....

	Dati della presunta vittima				Dati del ricercatore						
n.	Cognome e Nome	Anni/Data di nascita	Segni particolari	Luogo dell'evento	Cognome e Nome	Documento di identità				Recapito telefonico	Tipo di rapporto con la presunta vittima
						Tipo	n°	Rilasciato DA	Rilasciato IL		

Foglio n.____

Gestione posti letto evento MAF *(a cura del Team Bed Management) - 01-2026*

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini - Organizzazione sanitaria e reti - Team Bed Management

RILEVAZIONE DEL GIORNO								
UNITA' OPERATIVA	UBICAZIONE	☎	COVID	POSTI LETTO			DIMISSIONI/ TRASFERIMENTI	IN ENTRATA
				BASE	ORE 8			
					occupati	disponibili		
U.D.I.	MARONCELLI PIANO TERRA	6074		14				
MEDICINA 1° PIANO LATO A BASSA INTENSITA'	MARONCELLI 1° PIANO	5639-5017		18				
MEDICINA 1° PIANO LATO B BASSA INTENSITA'	MARONCELLI 1° PIANO	4335		18				
MEDICINA 2° PIANO LATO A MEDIA INTENSITA'	MARONCELLI 2° PIANO	4570		10				
MEDICINA 2° PIANO LATO B MEDIA INTENSITA'	MARONCELLI 2° PIANO	5661		18				
MEDICINA 3° PIANO LATO A ALTA INTENSITA'	MARONCELLI 3° PIANO	4220		18				
MEDICINA 3° PIANO LATO B ALTA INTENSITA'	MARONCELLI 3° PIANO	4290		14				
				4 AC				
HP MARONCELLI	MARONCELLI PIANO TERRA	3363		16				
HP PIASTRA+2 POLISP. BACCELLI	PIASTRA PIANO TERRA	4942		16+2				
NEUROLOGIA	LANCISI 1° PIANO LATO SINISTRO	4349		20				
STROKE	LANCISI 1° PIANO LATO DESTRO	4032-4035- 4055-4051 - 3312		12				
NEUROCHIRURGIA	LANCISI 1°PIANO	4537		15				
MALATTIE DEL FEGATO	BASSI 1°PIANO	4369		18				
GASTROENTEROLOGIA	FLAIANI 2° PIANO	3293		20				
ONCOLOGIA	BASSI 2°PIANO	4580 - 4689		15				
NEFROLOGIA				6				
BRONCOPNEUMO 2A	MARCHIAFAVA 2° PIANO (LATO SINISTRO)	5224		4				
REUMATOLOGIA				8				
PNEUMONCOLOGIA				8				
BRONCOPNEUMO 2B	MARCHIAFAVA 2° PIANO (LATO DESTRO)	5227		18				
S.T.I.R.S.	MARCHIAFAVA PIANO TERRA	4333		8				

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini - Organizzazione sanitaria e reti - Team Bed Management

		RILEVAZIONE DEL GIORNO						
UNITA' OPERATIVA	UBICAZIONE	☎	COVID	POSTI LETTO			DIMISSIONI/ TRASFERIMENTI	ENTRATE
				BASE	ORE 8			
					occupati	disponibili		
TERAPIA INTENSIVA EMATOLOGIA	CESALPINO 2° PIANO	3479-3481		5				
EMATOLOGIA	CESALPINO - 2°PIANO	3476 / 3481		15				
UTIC	PUDDU 6°PIANO	4257 medico-cell. AZ.3486250143		8				
UTIC SUB INTENSIVA		2127-2128-2131-4419		7				
CARDIOLOGIA LONG	MARONCELLI 2°° PIANO	4524/4525		20 con monitor				
				7 senza monitor				
CARDIOLOGIA WEEK	PUDDU 5° PIANO	4519		16				
OTORINO	PUDDU 3° PIANO	6748/6887		11				
UROLOGIA	BACCELLI PIANO TERRA	6046		10				
CH MAXILLO FACCIALE				3				
CH PLASTICA				2				
CHIR. GENERALE E DEI TRAPIANTI D'ORGANO	Puddu 4° piano	5018/5024		24				
DEGENZA TRAPIANTI	Puddu 4° piano	5018/5024		5				

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini - Organizzazione sanitaria e reti - Team Bed Management

RILEVAZIONE DEL GIORNO								
UNITA' OPERATIVA	UBICAZIONE	☎	COVID	posti letto			DIMISSIONI/ TRASFERIMENTI	ENTRATE
				BASE	ORE 8			
					occupati	disponibili		
CHIR D'URGENZA LATO A	PIASTRA PIANO TERRA	3025		17				
CHIR D'URGENZA LATO B		3005		17				
CARDIOCHIRURGIA A (incluso SUB)	BACCELLI 1°PIANO lato A	4414 3854		16				
CARDIOCHIRURGIA B	MARONCELLI 2°° PIANO	4510		18				
CHIRURGIA VASCOLARE	BACCELLI 2°PIANO	4535		14+4				
CHIRURGIA TORACICA	BACCELLI 2°PIANO	3101 4941		18				
CH ARTI / PLASTICA	PIASTRA 2°PIANO LATO SN	3191		4				
ORTOPEDIA				14				
TRAUMATOLOGIA	PIASTRA 2° PIANO LATO DX	4871		18				
MEDICINA D'URGENZA	PUDDU, 4° PIANO	3134		20				
SUB MEDICINA D'URGENZA		3135		8				
RIANIMAZIONE CR 1A	PIASTRA PIANO TERRA	3147		12				
RIANIMAZIONE CR 1B	PIASTRA 1° PIANO	4044 - 4045		10				
TERAPIA INTENSIVA CCH	PIASTRA PIANO TERRA	4402		12				
TERAPIA INTENSIVA POLMONARE	PIASTRA 1° PIANO	5541		10				
RIANIMAZIONE CR 4A	PUDDU 6° PIANO	3295 - 3243		10				
RIANIMAZIONE CR 4 B	PUDDU 6° PIANO	4021		6				
TERAPIA INTENSIVA NCH	LANCISI 2° PIANO	4208		10				

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI
REGIONE LAZIO

PIANO AZIONE BLOCCHI OPERATORI

Piano di allertamento ed attivazione dei Blocchi Operatori

Indirizzi generali

La presente istruzione operativa, definisce:

- le azioni da mettere in campo per garantire la disponibilità, entro 30' (trenta minuti) dalla comunicazione dell'allarme maxi emergenza, di tre Sale Operatorie dedicate;
- la sequenza delle azioni che dovrà eseguire il personale:

FASI

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

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

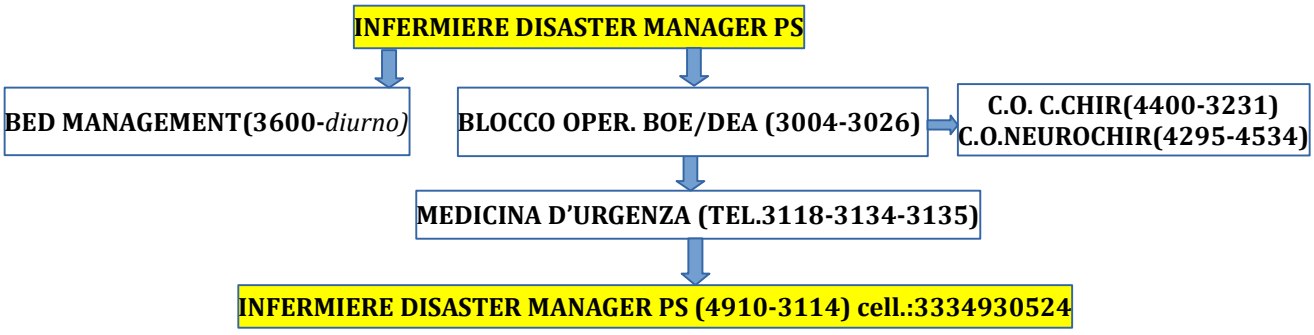
LIVELLO:SCENARIO MATTINA, POMERIGGIO, NOTTE

RICEZIONE ALLARME MAXIEMERGENZA E ATTIVAZIONE TRE SALE OPERATORIE

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

Allegato 1

Allegato. Chiamate a cascata interne DEA a cura del DM infermiere PS



Allegato 2

CHECK LIST BLOCCO OPERATORIO

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

BLOCCO OPERATORIO TEL 3004/3026/3027					
				LIBERA (SI – NO)	DISPONIBILE ENTRO (MINUTI/ORE)
H 24	DEA	A	URGENZA		
H 24	DEA	B	URGENZA		
H12	BOE	1			
H12	BOE	2			
H12	BOE	3			
H12	BOE	4			
H12	BOE	5			
H12	CARDIO VASC	6			
H12	CARDIO VASC	7			
H24	CARDIO VASC	8			

Data_____/_____/_____/ ora :____/_____/

IL COMPILATORE (INFERMIERE ESPERTO BLOCCO OPERATORIO)_____

Firma _____

TEAM LEADER CHIRURGO BLOCCO OPERATORIO _____

Firma _____

N.B. : Consegnare la check list Blocco Operatorio a mano al Team Leader P.S. Medico – Medico di Direzione Sanitaria di guardia

Allegato 3

	Sape Op	Anestesisti	Chirurghi	Infermieri
1	Sala A	**CR1** h24	1 Ch Urgenza 1 Ch Specialist	1 DEA 1 CO CCH
2	Sala B	CO Cardiovascolare **CR2**	1 Ch Urgenza 1 Ch Specialist	1 DEA 1 DEA
3	Sala BOE	GIORNO: Anestesista **BOE** NOTTE E FESTIVI: Anestesista **NCH** (da PS)	1 Ch Urgenza 1 Ch Specialist	1 DEA 1 CO NCH

Allegato 4

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI

REGIONE LAZIO

DOCUMENTAZIONE MAXIEMERGENZA
BLOCCO OPERATORIO

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE:

COGNOME: _____ NOME: _____ Età: _____/

SESSO: M F N.ID. MAF: _____/ Provenienza: _____

DATA: ___/___/___/

ORA ARRIVO BLOCCO OPERATORIO: ___/____/ ORA ENTRATA IN SALA ___: ___/____/

ORA FINE INTERVENTO: ___/____/ ORA USCITA DALLA SALA___: ___/____/

ORA USCITA DAL BLOCCO OPERATORIO: ___/____/

DIAGNOSI OPERATORIA:

DESCRIZIONE INTERVENTO OPERATORE:

Firma Chirurgo operatore e matricola: _____ / _____

Piano azione Diagnostica per immagini – urgenza/emergenza

Fasi dell'attivazione della Radiologia del DEA nelle maxiemergenze (1)LIVELLO 1-2-3 LUN-SAB. MATTINA				
Tempo	**Evento**	**Chi fa**	**Che cosa fa**	**Dove lo fa**
T0	Allarme	Centralino Aziendale	Comunica l'evento ed il livello di allarme (1-2-3)	Medico di guardia
T1 = 3'	Allertamento Radiologia DEA interno	Chi riceve la chiamata dal Centralino	Comunica l'evento e la sua entità	Al Medico di guardia TC DEA (4853-3022-3009)
T2 = 5'	Allertamento interno Radiologia DEA	Medico di guardia TC DEA (assume il ruolo di Team Leader)	– allerta gli operatori presenti in servizio – chiama 1 tsrm piastra – decide se e quanto potenziare il turno con chiamate all'esterno – avvisa il Responsabile Radiologia DEA – avvisa il Neuroradiologo di guardia	All'interno della Radiologia DEA
T3 = 10'	**A) Livello 2** (arrivo previsto di feriti 21-30)	Medico di guardia TC DEA (con la collaborazione del TSRM e Inf. di guardia in TAC)	1 Medico Radiologo 1 TSRM PIASTRA 1 Inf. PIASTRA	Presso la Stanza Medici sono conservati in busta chiusa i recapiti di medici, tecnici e infermieri da aprire solo in caso di MAF.
	B) Livello 3 (arrivo previsto di feriti >30)	Medico di guardia TAC DEA (con la collaborazione del TSRM e IP di guardia in TAC)	2 Medico Radiologo 2 TSRM PIASTRA 2 IP PIASTRA	Presso la stanza medici sono conservati in busta chiusa i recapiti di medici, tecnici e infermieri da aprire solo in caso di MAF.
	Allestimento postazioni di lavoro per diagnostica salvavita	Tecnici DR1 e DR2	Recuperano 2 apparecchi RX portatili e li posizionano nella sala di emergenza	Sala codici rossi
		Tecnico RX a letto	Verifica funzionamento CR e e attivazione seconda CR	Sezione RX
		Tecnico TC	Calibrazione e preparazione apparecchi TC	Sala TC
		Infermiere Eco	Sistema l'ecografo portatile in sala di emergenza	Sala emergenza
T4 = 60'	Diagnostica primaria "salvavita"	Medico radiologo RX	Esami RX torace	Sala emergenza
		Medico radiologo eco-TC	Ecografie "FAST"	Sala emergenza
		Neuroradiologo	Esami TC cranio	Sezione TC
		Tecnici DR1 e DR2 (+2 TSRM PIASTRA	RX torace	Sala emergenza
		Tecnici esami a letto	Sviluppo cassette CR	Ambiente CR
		Tecnico TC	Esami TC cranio	Sezione TC
		Infermieri	Supporto	Dove necessario
T5: fino al termine della M-E	Diagnostica secondaria, completamento diagnostica per immagini, diagnosi più specifiche	Team leader	In base al numero e tipologia di richieste decide eventuale apertura altre sezioni TC piastra	TAC DEA
		Altri medici radiologi	Esami RX, Eco, TC a seconda delle richieste	RX DEA, Eco DEA, eventuale TC Body e TC NP
		Tecnici	Esami RX, RX a letto, TC	Sale DR1, DR2, Sezione RX piastra, eventuale TC Body e TC NP, Esami RX a letto ove necessario
		Infermieri	Supporto	Dove necessario

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

Tempo	Evento	Chi fa	Che cosa fa	Dove lo fa
T0	Allarme	Centralino Aziendale	Comunica l'evento ed il livello di allarme (1-2-3)	Medico di guardia
T1 = 3'	Allertamento Radiologia DEA interno	Chi riceve la chiamata dal Centralino	Comunica l'evento e la sua entità	Al Medico di guardia TC DEA (4853-3022-3009)
T2 = 5'	Allertamento interno Radiologia DEA	Medico di guardia TC DEA (assume il ruolo di Team Leader)	– allerta gli operatori presenti in servizio – chiama 1 tsrm dea – decide se e quanto potenziare il turno con chiamate all'esterno – avvisa il Responsabile Radiologia DEA – avvisa il Neuroradiologo di guardia	All'interno della Radiologia DEA
T3 = 10'	Richiamo personale fuori servizio **A) Livello 2** (arrivo previsto di feriti 21-30)	Medico di guardia TC DEA (con la collaborazione del TSRM e Inf. di guardia in TAC)	1 Medico Radiologo 1 TSRM DEA 1 Inf. DEA	Presso la stanza Medici sono conservati in busta chiusa i recapiti di medici, tecnici e infermieri da aprire solo in caso di MAF.
	Richiamo personale fuori servizio **B) Livello 3** (arrivo previsto di feriti >30)	Medico di guardia TAC DEA (con la collaborazione del TSRM e IP di guardia in TAC)	2 Medico Radiologo 2 TSRM DEA 2 IP DEA	Presso la stanza medici sono conservati in busta chiusa i recapiti di medici, tecnici e infermieri da aprire solo in caso di MAF.
	Allestimento postazioni di lavoro per diagnostica salvavita	Tecnici DR1 e DR2	Recuperano 2 apparecchi RX portatili e li posizionano nella sala di emergenza	Sala codici rossi
		Tecnico RX a letto	Verifica funzionamento CR e e attivazione seconda CR	Sezione RX
		Tecnico TC	Calibrazione e preparazione apparecchi TC	Sala TC
		Infermiere Eco	Sistema l'ecografo portatile in sala di emergenza	Sala emergenza
T4 = 60'	Diagnostica primaria "salvavita"	Medico radiologo RX	Esami RX torace	Sala emergenza
		Medico radiologo eco-TC	Ecografie "FAST"	Sala emergenza
		Neuroradiologo	Esami TC cranio	Sezione TC
		Tecnici DR1 e DR2 (+2 TSRM DEA	RX torace	Sala emergenza
		Tecnici esami a letto	Sviluppo cassette CR	Ambiente CR
		Tecnico TC	Esami TC cranio	Sezione TC
		Infermieri	Supporto	Dove necessario
T5: fino al termine della M-E	Diagnostica secondaria, completamento diagnostica per immagini, diagnosi più specifiche	Team leader	In base al numero e tipologia di richieste decide eventuale apertura altre sezioni TC piastra	TAC DEA
		Altri medici radiologi	Esami RX, Eco, TC a seconda delle richieste	RX DEA, Eco DEA, eventuale TC Body e TC NP
		Tecnici	Esami RX, RX a letto, TC	Sale DR1, DR2, Sezione RX piastra, eventuale TC Body e TC NP, Esami RX a letto ove necessario
		Infermieri	Supporto	Dove necessario

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

REGIONE LAZIO

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI
Sede Legale Piazza Carlo Forlanini,1 – 00151 Roma – P.IVA 04733051009
Massiccio Afflusso Feriti Area Radiologia DEA

MODULO RICHIESTA ESAMI RADIOLOGICI

Data _____/_____/_____/ ora: _____

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE:

NOME			
COGNOME			
DATA DI NASCITA			
N° identificativo MAF		**M**	**F**

QUESITO CLINICO:

RICHIESTA ESAME:

TAC	
RX	
ECO	

IL MEDICO DI PRONTO SOCCORSO

REFERTO ESSENZIALE:

REFERTO SINTETICO:

……

……

……

……

IL MEDICO RADIOLOGO

U.O.C. Patologia Clinica
MAXI EMERGENZA

T	EVENTI	CHI	ATTIVITA'	DOVE
T1	**ALLARME**	**Centralino**	Comunica l'arrivo e l'entità dell'EVENTO	U.O.C. Patologia Clinica Malpighi ***TEL 4429***
T2	**ALLERTAMENTO INTERNO**	**Il medico di guardia assume il ruolo di <u>Team leader</u>** **(1) Vedi "tabella operativa del Lab. BC x MAF"**	Decide in base alle notizie ricevute se **potenziare il turno (in caso di allarme 2 e 3 di giorno; in qualunque caso di notte)** I tecnici di guardia **verificano** l'efficienza delle apparecchiature	U.O.C. Patologia Clinica Malpighi
T3	**QUALUNQUE LIVELLO di ALLARME** (Livello **1/2/3)** **REALIZZAZIONE PROCEDURE x FRONTEGGIARE L'EVENTO**	**Il team leader**	**Attiva** le telefonate al: **Direttore UOC Biochimica Clinica** **Capotecnico** **Dà disposizioni operative ai tecnici presenti** **(**solo in caso di livello 3): verifica presenza sufficiente di reattivi eventualmente riaccendere apparecchi in standby	Loro sedi conosciute (in busta chiusa sono conservati presso l'U.O.C. Patologia Clinica i recapiti telefonici di queste figure) UOC PATOLOGIACLINICA. Tutta la strumentazione rimane utilizzata indifferentemente e contemporaneamente per tutto il lavoro MAF e GIPSE/URG
T4 (a)	**ORGANIZZAZIONE E SEPARAZIONE DEL LAVORO TRA ORDINARIO E MAXIEMERG.**	**Il team leader**	Dà disposizioni operative al **personale**, sulla base dell'ipotetico numero di campioni in arrivo, **stabilisce** il numero dei tecnici da dedicare alla accettazione. Sulla base del livello di emergenza (1-2-3) distribuisce il personale tecnico che arriva in servizio secondo la codifica indicata dalla tabella MAF di laboratorio (finchè non vi sia il livello completo)	U.O.C. Patologia Clinica Malpighi
T4 (b)	**SEPARAZIONE DEL LAVORO TRA ORDINARIO E MAXIEMERG.**	**Personale tecnico di laboratorio**	I tecnici lavorano in aree di lavoro separate per : **accettazione campioni** e **registrazione pazienti**. Per i pazienti MAF è adottata una codifica, stabilita dal P.S . (MAF1, MAF2,....) Digitare su Themix : accettazione libera a partire da 1001 a 1999; sono predisposti 5 tasti di prenotazione esami sulle icone grigie denominati PMFcg, PMFmc, PMFCL1, PMF CL2, PMFemo.	***MAF:*** accettazione da cartaceo su PC stanza accettazione e nella stessa stanza rietichetta provette MAF ***GIPSE/urg:*** mantengono stesse postazioni di sempre (postazione posta pneumatica **PP**)
T5	**LAVORAZIONE RICHIESTE PROVENIENTI DA P.S.**	**Personale tecnico di laboratorio**	**Lavorazione campioni**: la lavorazione può avvenire in contemporanea, se si verificasse "conflitto" tra apparecchiature: prima maxiemergenza, poi emergenza ordinaria	U.O.C. Patologia Clinica Malpighi (varie stanze di lavoro)
T6	**VALIDAZIONE E REFERTAZIONE**	**Team leader**	Valida tutti i referti man mano che i tecnici abbiano terminato il lavoro di loro competenza Qualora si verifichino **indispensabili** necessità da parte del Laboratorio di comunicare con il PS il Team Leader utilizzerà il telefono cellulare dell' Disaster manager **Infermiere di PS: 348 6250300**	Area di competenza dedicata
T7	**INVIO REFERTI** **MAXIEMERGENZA**	**Team leader**	**Invio referti completi**	**Area Posta Pneumatica (PP)** U.O.C. Patologia Clinica Malpighi

Tabella operativa del Laboratorio UOC Patologia Clinica per "MAF"

CHE COSA FARE IN CASO DI ALLARME MAF
(Massiccio Afflusso di Feriti)

SE L'ALLARME MAF ARRIVA
POMERIGGIO FERIALE (14-20) - DOMENICA/FESTIVO MATTINA (8-14)

Dirigente in turno/guardia : diventa Team Leader (TL)

I 4 Tecnici (TSLB) in servizio : 2 addetti a Catena Chimica clinica ("catena") e 2 addetti a PP, Emo, EGA, Coag ("Codici") formano due team separati come qui indicato:

- 1 CATENA E 1 CODICI: diventa team x il MAF (decis. condivisa/ordine del TL)
- 1 CATENA E 1 CODICI: tutte le altre urgenze (gipse + urgenze reparti)

Il TL procede alla attivazione chiamata a cascata in caso di emergenza **livello 2-3** secondo il piano di chiamata a cascata presente in busta chiusa nella stanza del Capotecnico
(in totale: vanno chiamati 1 Laureato e 3 tecnici)

Man mano che il personale chiamato arriva si dispone come segue:

Personale dirigente : 1° Dirigente (TL) rimane su MAF;
2° Dirigente si occupa di gipse+urgenze interne+routine laboratorio

TECNICI (TSLB) : - già suddivisi al momento dell'inizio dell'allarme come specificato sopra - si integreranno man mano che arrivano gli altri tecnici:
si aggiunge una persona al team MAF, e una al team gipse/ps con inizio sempre dal team MAF;

- team MAF: 3 - team GIPSE: 2;
- team MAF: 3 – team GIPSE 3;
- team MAF 4 – team GIPSE 3

In caso di eventi catastrofici di natura non convenzionale N.B.C.R., all'interno dell'Azienza Ospedaliera sono state predisposte misure di prevenzione per gli operatori inerenti i principali agenti biologici (Alta Priorità).

SE L'ALLARME MAF ARRIVA
DOMENICA/FESTIVO POMERIGGIO (14-20)

Dirigente di guardia : diventa Team Leader (TL)

I 3 Tecnici (TSLB) in servizio formano due team separati come qui indicato:

- 2 TSLB formano il team per il MAF (decisione condivisa/ordine del TL)
- 1 TSLB: tutte le altre urgenze (GIPSE + urgenze reparti)

Il TL procede alla attivazione chiamata a cascata in caso di emergenza **livello 2-3** secondo il piano di chiamata a cascata presente in busta chiusa nella stanza del Capotecnico
(in totale: vanno chiamati 1 Laureato e 4 tecnici)

Man mano che il personale chiamato arriva si dispone come segue:

Personale dirigente :
- 1° Dirigente (TL) rimane su MAF;
- 2° Dirigente si occupa di GIPSE + urgenze + routine laboratorio

TSLB : già suddivisi al momento dell'inizio dell'allarme come specificato sopra - si integreranno man mano che arrivano gli altri tecnici:

- team MAF: 2 - team GIPSE: 2
- team MAF: 3 - team GIPSE: 2
- team MAF: 3 - team GIPSE: 3
- team MAF: 4 - team GIPSE :3

SE L'ALLARME MAF ARRIVA
NOTTE (20 - 8)

Dirigente di guardia : diventa Team Leader (TL)

- **i 2 Tecnici (TSLB) in servizio formano IL TEAM X il MAF :**
- successivamente **il primo tecnico** che arriva in servizio prende in carica **tutte** le altre urgenze

Il TL procede alla attivazione chiamata a cascata in caso di emergenza livello **1-2-3** secondo il piano di chiamata a cascata presente in busta chiusa nella stanza del Capotecnico
(in totale: vanno chiamati 1 Laureato e 5 tecnici)

Man mano che il personale chiamato arriva si dispone come segue:

Personale dirigente :
1. 1° Dirigente (TL) rimane su MAF;
2. 2° Dirigente si occupa di gipse+urgenze laboratorio

TECNICI (TSLB) : - già suddivisi al momento dell'inizio dell'allarme come specificato sopra - si integreranno man mano che arrivano gli altri tecnici:
- team MAF: 2 - team GIPSE: 1;
- team MAF: 2 - team GIPSE: 2;
- team MAF: 3 - team GIPSE: 2; ecc...

SE L'ALLARME MAF ARRIVA
MATTINA (8 -14)

Il Dirigente che ha dato il cambio la mattina alle 8 (identificato nei turni con *) diventa TL :

- **segue per quanto di sua competenza le istruzioni del piano PEIMAF in suo possesso**
- **avvisa immediatamente il CT e il Direttore (o loro sostituti)**

Il CT allerta subito il tecnico (TSLB) dedicato all'accettazione e quello alla PP che diventano subito i tecnici dedicati al MAF. Nel giro di pochi minuti (max 5-6) identifica all'interno del personale che è in servizio i restanti **6 tecnici** (altri due per il MAF e 4 per il gipse/urgenze) da comandare a questo servizio.

Il Direttore identifica in base al personale in servizio quale dirigente affiancare al TL.

Successivamente il Direttore e il Capotecnico rivedono la distribuzione del lavoro di routine del Laboratorio ognuno per le rispettive competenze.

STATO DI ALLARME-LIVELLI

Viene attivato quando è presente una situazione di maxiemergenza.
Il dispositivo di risposta e di attivazione dell'ospedale viene dimensionato sulla base del possibile numero di pazienti che potrebbe essere inviato dall' Ente preposto all'emergenza extra-ospedaliera, in particolare **entro la prima ora**

L'Azienda Ospedaliera quale DEA di 2 livello viene interessata prioritariamente per pazienti Critici

LIVELLI DI ATTIVAZIONE DELL'OSPEDALE IN CASO DI ALLARME MAXI-EMERGENZA			
Livello	**VITTIME IN ARRIVO AL PS ADULTI SAN CAMILLO (in aggiunta all'attività ordinaria presente)**		**Codici 1**
1	**15 - 20**	**di cui:**	**4**
2	**21 - 30**	**di cui:**	**5-10**
3	**> 30**	**di cui:**	**> 10**

MODULO RICHIESTA ANALISI PER MAF

solo per uso interno

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE **N. accettazione**

MAF _____ **data_____**

Codice: **|_R_|** **|_G_|** **|_V_|** **|_Pediat_|**

- **EMOCROMO**
- **COAGULAZIONE (PT, PTT, FIBRINOGENO)**
- **MARKERS CARDIACI (TRO, MIO, CKMB)**
- **CHIMICA CLINICA 1 (Azo, Gli, Cre, Na, K, Cl, Ca, P, Pro, Abb)**
- **CHIMICA CLINICA 2 (AST/ALT, Ami, Bil)**

COPIA PER IL LABORATORIO

- - - - - - - ∀ - - - - - - - - - - - - - - - - - - - ∀ - - - - - - - - - - - - - - - - - - - ∀ - - - -

MODULO RICHIESTA ANALISI PER MAF

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE

MAF _____ **data_____**

Codice: **|_R_|** **|_G_|** **|_V_|** **|_Pediat_|**

- **EMOCROMO**
- **COAGULAZIONE (PT, PTT, FIBRINOGENO)**
- **MARKERS CARDIACI (TRO, MIO, CKMB)**
- **CHIMICA CLINICA 1 (Azo, Gli, Cre, Na, K, Cl, Ca, P, Pro, Abb)**
- **CHIMICA CLINICA 2 (AST/ALT, Ami, Bil)**

COPIA PER IL PS

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI SIMT UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali Direttore: Prof. L. Pierelli	GESTIONE DEI LIVELLI DI ALLARME INTERNI E DELL'UNITA DI CRISI REGIONALE PER EMERGENZA/MAXIEMERGENZA DELL'UOC MEDICINA TRASFUSIONALE E CELLULE STAMINALI	PSQST 165

REDAZIONE, VERIFICA, APPROVAZIONE

REDAZIONE, VERIFICA, APPROVAZIONE

Attività	*Qualifica*	*Firma*
Redazione	RESP AREA	Dott. Alessandro De Rosa
Verifica	RAQ	Dott.ssa Liliana Basso
Approvazione	DIRETTORE SIMT	Prof. Luca Pierelli

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	PARAGRAFI REVISIONATI	DESCRIZIONE REVISIONE	DATA
0	-	Prima Stesura	07/12/2015
1	Tutti	Revisione documento	22/09/2017
2	Tutti	Revisione periodica	01/04/2019
3	Tutti	Revisione periodica	03/05/2021
4	Tutti	Revisione periodica	04/09/2023

ELENCO ALLEGATI

ALL. N.	CODICE	DESCRIZIONE ALLEGATO
1	CRS 07/07/2016	Piano regionale strategico rete trasfusionale nelle emergenze e maxiemergenze
2	DCA 325 26/10/2016	Recepimento Piano regionale strategico rete trasfusionale nelle emergenze e maxiemergenze
3	PEI / PEVAC / PEIMAF Del. Aziend. 1347 7/10/2019	Piano emergenza interno

ABBREVIAZIONI

SIMT	Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
ST	Servizio Trasfusionale
SOP	Procedura operativa standard
TL	Team leader trasfusionale
RE	Responsabile delle emergenze
CRS	Centro regionale Sangue

Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S.Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è quello di definire il Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) della UOC SIMT all'interno dell'AO S.Camillo-Forlanini e il ruolo dell'unità di Crisi Regionale per Emergenza/maxiemergenza dell'UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali dell'AO San Camillo Forlanini nell'ambito del più generale Piano Strategico della rete trasfusionale regionale nelle Emergenze e MaxiEmergenze, al quale si rimanda per qualsiasi aspetto che non venga specificatamente trattato nella presente procedura (allegato 1). In particolare sono descritte le attività da porre in essere in caso di:

a) eventi che abbiano determinato l'esaurimento delle scorte di emocomponenti a disposizione dei Servizi Trasfusionali Regionali e che richiedano l'immediata disponibilità di ulteriori unità e pertanto l'accesso alle scorte strategiche di emocomponenti presenti nel SIMT S. Camillo Forlanini, dotato di funzione compensazione urgente in ambito regionale (livello 3 e 4 di emergenza e urgenza come da allegato 1).
b) richiesta interna straordinaria per massiccio afflusso di feriti presso la nostra struttura (allegati 2 – 3 PEIMAF)

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica nei casi di attivazione previsti dal Piano Strategico della rete trasfusionale regionale nelle Emergenze e Maxi-Emergenze (allegato 1) ai livelli di: 1. attenzione, 2. emergenza e 3. urgenza

3. LUOGO DI APPLICAZIONE

La SOP si applica in tutte le sedi del SIMT S. Camillo Forlanini

4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

v. Elenco Allegati

5. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità per le attività e gli operatori previsti nella presente istruzione operativa sono indicate dalla seguente tabella secondo la priorità:

C = collabora; R = responsabile; C/R = se R è assente

	Medico designato TL	*responsabile emergenza*	*Medico Area Filtro o di guardia*	*TLSB di guardia o medici e TLSB in reperibilità*
Ricezione allarme			R	C
Ricezione richieste ed evasione necessità unità per ST regionali	R	C	C	C
Verifica consistenza scorte	C/R	R		
Attivazione richiesta straordinaria di donazione	C/R	R	C	C
Limitazione dell'attività trasfusionale di routine	C/R	R	C	C

Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S.Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

Chiamata di medici e tecnici prossimi	R	C	C	C
Informazione al Direttore SIMT	C/R	R	C	

6. PROCESSO MODALITA' ESECUTIVE

Le scorte di emocomponenti necessarie all'assistenza trasfusionale all'interno del SIMT sono garantite, oltre all'attività di raccolta e produzione svolta nel SIMT e nelle unità di raccolta ad esso afferenti, attraverso l'applicazione della procedura interna PSQST 104, sulla base della quale è effettuata dalla UOC SIMT la compensazione degli emocomponenti in ambito regionale, sia per acquisire unità mancanti che per mettere a disposizione eventuali eccedenze. In proposito si evidenzia che la UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali dell'AO San Camillo Forlanini invia quotidianamente una tabella di disponibilità in unità di emocomponenti al CRS, e, con l'ausilio di quest'ultimo, mantiene aggiornata e completa la scorta strutturale aziendale per l'emergenza/maxiemergenza in emocomponenti. La scorta indispensabile a garantire le funzioni di compensazione urgente in ambito regionale della UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali dell'AO S.Camillo-Forlanini e' visualizzabile nell'allegato 1 della presente procedura e nella colonna C della tabella 1 sottostante. Al CRS e' affidata l'attivita' di reperimento degli emocomponenti in regione ed extraregione nel caso la scorta dovesse risultare incompleta e la relativa comunicazione alla UOC S.Camillo-Forlanini delle azioni da eseguire per l'approvvigionamento delle unità di emocomponenti reperite dallo stesso CRS.

6.1.verifica consistenza delle scorte a disposizione per il piano di emergenza interno e regionale

Al momento dell'arrivo dell'allarme secondo il piano di emergenza aziendale il Responsabile per l'emergenza (RE) o il Team leader (TL) in sua assenza verifica la consistenza delle scorte presenti nelle frigoemoteche, in particolare di emazie. Le eventuali carenze di tipo quali- quantitativo vengono immediatamente rilevate anche in considerazione del ruolo di SIMT con funzioni di unità di compensazione urgente assegnate al S.Camillo-Forlanini nell'ambito della rete trasfusionale regionale (vedi PSQST 104 "Approvvigionamento EMC"). La consistenza e la qualità delle scorte che devono essere presenti presso la UOC SIMT aziendale (vedi tab. 1) è stimata nel modo seguente:

a) Scorte a disposizione per le necessità urgenti dell'Ospedale e delle strutture collegate: sono calcolate, per una Struttura come l'AO S.Camillo-Forlanini (vedi Linee Guida Compensazione CRS Lazio prot. 101 del 24.03.2011) come 5 volte il fabbisogno giornaliero, secondo i criteri già definiti dagli Standard di Medicina Trasfusionale SIMTI – 2°edizione giugno 2010 (TAB. 1 colonna A)
b) scorte prontamente disponibili come scorte strategiche in caso di emergenza/maxiemergenza interna Osp.S.Camillo e della rete trasfusionale regionale (TAB. 1 colonne B e C)

Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S.Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

tabella 1

	COLONNA A	COLONNA B	COLONNA C
	SCORTE NECESSITA' SIMT S.CAMILLO-FORLANINI (STANDARD SIMTI – 2010)	SCORTE STRATEGICHE DISPONIBILI PER NECESSITA' MAXI-EMERGENZA S.CAMILLO E RETE TRASFUSIONALE REGIONALE	TOTALE SCORTE DISPONIBILI
O Rh pos	110	150	260
O Rh neg	20	45	65
A Rh pos	85	155	240
A Rh neg	20	35	55
B Rh pos	30	30	60
B Rh neg	8	27	35
AB Rh pos	7	13	20
AB Rh neg	2	6	8
TOTALI	282	461	743

6.2. Azioni da intraprendere per supporto trasfusionale in caso di maxi-emergenza regionale (livelli emergenza 2 e 3)

In caso di dichiarazione di attivazione del PEIMAF aziendale e/o del Piano Strategico della rete Trasfusionale regionale nelle emergenze e maxiemergenze la comunicazione deve provenire dalle Autorità competenti come ARES 118 e altre Direzioni Regionali e/o Direzione Sanitaria aziendale; il dirigente del SIMT che svolge funzioni di team leader per la maxiemergenza, predispone l'invio delle unità presso i Centri Trasfusionali Regionali direttamente coinvolti nella maxi-emergenza che ne facciano richiesta o secondo come richiesto dal CRS e secondo la disponibilità indicata in tab.1. La richiesta viene effettuata dai Servizi Trasfusionali regionali, previa comunicazione telefonica, attraverso l'invio del modulo (all. 2 della PSQST 104) o via fax o direttamente attraverso l'invio al SIMT S. Camillo del mezzo preposto al ritiro degli emocomponenti.

Si ritiene che le unità riportate nella citata tabella (di poco inferiore alle 800 unità) possano rappresentare un inventario sufficiente a garantire la rapida disponibilità di supporto trasfusionale, nel rispetto della ripartizione

Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S.Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

delle tipicità gruppo-ematiche prevalenti e di mantenere in sicurezza trasfusionale la rete ospedaliera pubblica e privata della Regione Lazio anche nei casi più complessi, quando pure la presenza di strutture di 2° livello agiscano da concentratori di casistiche complesse provenienti da aree limitrofe.

La consistenza delle scorte strategiche è strettamente monitorata dal TL (o RE), che deve valutare la percentuale di riduzione che si può avverare durante uno stato di emergenza o di maxi-emergenza. Qualora vi sia un abbassamento delle scorte strategiche previste al di sotto del 50%, il TL (o RE):

a) Attiva la richiesta di compensazione di emocomponenti presso il CRS o i servizi Trasfusionali regionali (utilizzando l'elenco telefonico di cui al punto 9. del Piano Strategico della rete trasfusionale regionale nelle Emergenze e MaxiEmergenze).
b) Attiva, in collaborazione con il CRS, una chiamata straordinaria alla donazione nelle ore immediatamente successive all'emergenza – maxiemergenza
c) Attua una limitazione delle attività di assistenza trasfusionale ai soli casi medici e chirurgici non rinviabili:
   - supporto trasfusionale per trapianto di cellule staminali o chemioterapia, emopatie con livelli di Hb molto bassi
   - assistenza a interventi chirurgici per pazienti in emergenza o in urgenza, per i quali verifica anche che vengano garantite le procedure di recupero sangue e attuate strategie per la riduzione del consumo di sangue

6.3. **Per tutti i livelli di emergenza valgono le seguenti regole:**

1. Ogni allarme deve essere comunicato al medico di guardia, che è il medico addetto al filtro e comunque identificato nei turni di servizio nella colonna PEIMAF.
2. Sulla base dell'afflusso di feriti e di codici rossi esistono i seguenti 3 diversi livelli di attivazione dell'emergenza in Ospedale

LIVELLI DI ATTIVAZIONE DELL'OSPEDALE IN CASO DI ALLARME		
Livello	VITTIME IN ARRIVO (compresi i pazienti presenti non evacuabili in Pronto Soccorso)	Codice Rossi
1	15 - 20 di cui:	4
2	21 - 30 di cui:	5 - 10
3	> 30 di cui:	> 10

3. Il medico di guardia del SIMT assume il ruolo di Team Leader (TL)
4. In caso di allarme il TL allerta il Responsabile dell'Emergenza (RE), il Direttore del SIMT, il Coordinatore Tecnico (CT) o i loro sostituti in servizio.

Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S.Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

5. Il TL allerta tutti i medici in servizio al SIMT attraverso una comunicazione a cascata ai presenti in servizio più prossimi.
6. Quando sia previsto di richiamare in servizio personale aggiuntivo, il TL apre la busta gialla sigillata che è custodita presso il SIMT nella stanza del medico di guardia, dove sono riportati i numeri telefonici e i recapiti privati di tutto il personale medico e tecnico.
7. Queste attività informative occupano un tempo massimo di 5'.
8. I riferimenti alle aree del SIMT sono quelli presenti nelle SOP del Manuale della Qualità del SIMT.

7. SEQUENZA EVENTI IN CASO DI ATTIVAZIONE DEI LIVELLI DI ATTENZIONE (LIVELLO 1), DI URGENZA (LIVELLO 2), E DI EMERGENZA (LIVELLO 3) DIFFERENZIATO PER TURNI DI MATTINA (8-14), POMERIGGIO (14-20) FESTIVI (8-20) E NOTTURNI (20-8)

ALLARME IN ARRIVO DAL LUNEDI' AL SABATO ORE 8-14

Livello emergenza 1

Il TL o il Responsabile dell'emergenza suddivide il personale in servizio addetto alle aree A e B (filtro/consegna e assegnazione/distribuzione) in tre team:

TEAM PEIMAF: 1 MEDICO + 1 TSLB

1 medico dell'area B designato dal TL + 1 TSLB dell'area A (addetto al carico).

Il TL è di supporto nell'area A (filtro) per il TEAM PEIMAF

TEAM ROUTINE/URGENZE: 2 MEDICI + 2 TSLB

1 medico dell'area B + 1 medico del DH chiamato dal TL a supporto di questo team + 2 TSLB dell'area B

TEAM FILTRO/CONSEGNA: 1 MEDICO + 1 TSLB

1 medico dell'area A (di solito il TL) + 1 TSLB dell'area

Livello emergenza 2 e 3

Il TL o il Responsabile dell'emergenza suddivide il personale in servizio addetto alle aree A e B (filtro/consegna e assegnazione/distribuzione) in tre team:

TEAM PEIMAF: 1 MEDICO TL + 2 MEDICI + 2 TSLB

solo per PEIMAF: 1 medico dell'area B designato dal TL + 1 medico richiamato dall'area C (area dell'immunoematologia) + 2 TSLB dell'area A

Il TL è di supporto nell'area A (filtro) per il TEAM MAF e per l'area A

TEAM ROUTINE/URGENZE: 2 MEDICI + 2 TSLB

1 medico dell'area B + 1 medico del DH chiamato dal TL a supporto di questo team e operante anche in area A + 2 TSLB dell'area B

TEAM FILTRO/CONSEGNA: 1 MEDICO + 1 TSLB

1 medico del team routine/urgenze (chiamato dal DH) + 1 medico TL di supporto anche per TEAM PEIMAF + 1 TSLB dell'area

Il TL o il RE insieme a CT o sostituti riorganizzano i turni di servizio in modo che vi siano sempre almeno 1 medico + 2 TSLB a presiedere l'area MAF e valutano se anticipare il turno pomeridiano per 1 medico e 1 TSLB.

Il personale in turno antimeridiano è trattenuto in servizio nel turno pomeridiano dal TL se l'emergenza persiste.

Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S.Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

ALLARME IN ARRIVO DAL LUNEDI' AL SABATO ORE 14-20

Livello emergenza 1

Sono trattenuti in servizio, se ancora presenti, 1 medico e 1 TSLB del turno antimeridiano. Se medico antimeridiano non presente , il TL chiama il medico reperibile dell'aferesi terapeutica direttamente o attraverso il centralino.

Il TL o il RE suddivide il personale in servizio addetto alle aree A e B (filtro/consegna e routine/urgenze) in tre team:

TEAM PEIMAF: 1 MEDICO + 1 TSLB

Il team operativo è assicurato (su coordinamento del TL o RE):

per i medici: 1 medico TL, attivo anche in TEAM filtro/consegna fino all'arrivo del reperibile

per i TSLB: 1 TSLB del turno antimeridiano ovvero 1 TSLB operativo in area A (addetto al carico) se non c'è TSLB del turno antimeridiano;

TEAM ROUTINE/URGENZE: 1 MEDICO + 1 o 2 TSLB

Il team operativo è assicurato (su coordinamento del TL o RE):

per i medici: 1 medico operativo in area B

per i TSLB: 1 TSLB operativo in area B da solo o insieme al TSLB dell'area A (addetto al carico) se il TSLB del turno antimeridiano è stato trattenuto in servizio;

TEAM FILTRO/CONSEGNA: 1 MEDICO + 1 TSLB

Il team operativo è assicurato (su coordinamento del TL o RE):

per i medici: 1 medico reperibile ovvero TL, se reperibile ancora non arrivato;

per i TSLB: 1 TSLB operativo in area A (addetto al filtro)

Livello emergenza 2 e 3

Il TL o RE, anche se sono presenti medici trattenuti in servizio dal turno antimeridiano, chiama il medico reperibile dell'aferesi terapeutica direttamente o attraverso il centralino.

Secondo il piano di chiamata a cascata in caso di emergenza 2-3, presente in busta chiusa nella stanza del medico di guardia, il TL, oltre al reperibile, chiama 1 medico (se non è presente il medico del turno antimeridiano) + 1 TSLB (se è presente 1 TSLB trattenuto in servizio dal mattino) o 2 TSLB (se non ci sono TSLB trattenuti in servizio dal mattino).

Il TL o il RE suddivide il personale in servizio addetto alle aree A e B (filtro/consegna e routine/urgenze) in tre team:

TEAM PEIMAF: 2 MEDICI + 2 TSLB

Il team operativo è assicurato (su coordinamento del TL o RE):

per i medici: 1 medico reperibile + 1 medico richiamato ovvero in servizio dal turno antimeridiano. Fino al loro arrivo sono sostituiti dal TL.

per i TSLB: TSLB operativo in area A (addetto al carico) + TSLB richiamato n°1 ovvero in servizio dal turno antimeridiano. Il TSLB area A (addetto al filtro) sostituisce il TSLB richiamato n°1 fino al suo arrivo.

TEAM ROUTINE/URGENZE: 1 MEDICO + 1 TSLB

Il team operativo è assicurato (su coordinamento del TL o RE):

per i medici: medico operativo area B, attivo anche in TEAM FILTRO/CONSEGNA fino all'arrivo del reperibile o richiamato;

per i TSLB: TSLB operativo in area B (in qualsiasi configurazione di personale)

TEAM AREA A (filtro/consegna): 1 MEDICO + 1 o 2 TSLB

Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S.Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

Il team operativo è assicurato (su coordinamento del TL o RE):
per i medici: medico TL ovvero medico area B se reperibile e/o richiamato ancora non arrivati;
per i TSLB: TSLB area A (addetto al filtro) + TSLB turno antimeridiano o richiamato n° 2
Il TL o il RE insieme a CT o sostituti riorganizzano i turni di servizio in modo che vi siano sempre almeno 1 medico + 2 TSLB a presiedere l'area PEIMAF e valutano se anticipare il turno notturno per il medico e il TSLB.
Il personale in turno pomeridiano è trattenuto in servizio nel turno notturno dal TL se l'emergenza persiste.

ALLARME IN ARRIVO NEI GIORNI FESTIVI (DALLE 08.00 ALLE 20.00)

Livello emergenza 1

Il TL o RE trattiene in servizio, se ancora presenti, i turnanti di notte (medico e TSLB). Se non presenti, il TL chiama il medico reperibile dell'aferesi direttamente o attraverso il centralino e, secondo il piano di chiamata a cascata in caso di emergenza viene chiamato anche 1 TSLB (aprire busta chiusa conservata nella stanza del medico di guardia).
Il TL o RE suddivide il personale in due team:
TEAM PEIMAF: 1 MEDICO TL + 1 TSLB
per i medici: 1 medico TL, attivo anche in TEAM assegnazione/consegna fino all'arrivo del medico reperibile
per i TSLB: 1 TSLB, attivo anche in TEAM assegnazione/consegna fino all'arrivo del TSLB richiamato.
TEAM ASSEGNAZIONE/CONSEGNA: 1 MEDICO REPERIBILE + 2 TSLB
Sono operativi: 1 medico reperibile + 2 TSLB dei quali 1 è il TSLB convocato secondo il piano di emergenza.

Livello emergenza 2 e 3

Il TL o RE trattiene in servizio, se ancora presenti, i turnanti di notte (medico e TSLB). Se non presenti, il TL chiama il medico reperibile dell'aferesi direttamente o attraverso il centralino e, secondo il piano di chiamata a cascata in caso di emergenza viene chiamato anche 1 medico + 1 TSLB (aprire busta chiusa conservata nella stanza del medico di guardia).
Il TL o il Responsabile dell'emergenza suddivide il personale in due team:
TEAM PEIMAF: 2 MEDICI + 2 TSLB
per i medici: 1 medico TL, attivo anche per TEAM assegnazione/consegna fino all'arrivo del medico reperibile e/o convocato per l'emergenza + 1 medico reperibile/convocato;
per i TSLB: 1 TSLB, attivo in anche in TEAM assegnazione/consegna fino all'arrivo del TSLB convocato per l'emergenza + 1 TSLB convocato per l'emergenza
TEAM ASSEGNAZIONE/CONSEGNA: 1 MEDICO TL o REPERIBILE + 1 TSLB
per i medici: 1 medico reperibile e/o convocato per l'emergenza, sostituito fino al suo arrivo dal medico TL attivo anche in TEAM PEIMAF;
per i TSLB: 1 TSLB convocato secondo il piano di emergenza, sostituito fino al suo arrivo dal TSLB attivo in TEAM PEIMAF
TEAM ASSEGNAZIONE/CONSEGNA
1 medico TL attivo anche in TEAM MAF fino all'arrivo di 1 medico reperibile o convocato per l'emergenza, poi solo 1 medico (reperibile o convocato per l'emergenza) + 1 TSLB + operanti in area assegnazione/consegna, dei quali 1 è il TSLB convocato secondo il piano di emergenza.

ALLARME IN ARRIVO IN ORARIO NOTTURNO
(TUTTI I GIORNI DALLE ORE 20.00 ALLE ORE 08.00)

Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S.Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

Livello emergenza 1

Il medico di guardia (TL) trattiene in servizio, se ancora presenti, i turnanti del pomeriggio (1 medico e 1 TSLB). Se non presenti, il TL chiama il medico reperibile dell'aferesi direttamente o attraverso il centralino e, secondo il piano di chiamata a cascata in caso di emergenza viene chiamato anche 1 TSLB (aprire busta chiusa conservata nella stanza del medico di guardia).

Il TL o il Responsabile dell'emergenza suddivide il personale in due team:

TEAM PEIMAF: 1 MEDICO TL + 1 TSLB

Il medico TL e il TSLB in servizio sono attivi anche per le altre necessità del SIMT fino all'arrivo del medico reperibile e del TSLB richiamato, dopodiché sono dedicati esclusivamente al TEAM PEIMAF.

TEAM ASSEGNAZIONE/CONSEGNA: 1 MEDICO + 1 TSLB

1 medico reperibile + 1 TSLB convocato secondo il piano di chiamata a cascata sono attivi per tutte le necessità del SIMT ad eccezione delle attività per PEIMAF.

Livello emergenza 2 e 3

Il medico di guardia (TL) trattiene in servizio, se ancora presenti, i turnanti del pomeriggio (1 medico e 1 TSLB). Se non presenti, il TL chiama il medico reperibile dell'aferesi direttamente o attraverso il centralino e, secondo il piano di chiamata a cascata in caso di emergenza viene chiamato anche 1 medico + 2 TSLB (aprire busta chiusa conservata nella stanza del medico di guardia).

Il TL o il RE suddivide il personale in due team:

TEAM PEIMAF: 2 MEDICI + 2 TSLB

per i medici: 1 medico TL, attivo anche per le altre necessità del SIMT fino all'arrivo del medico reperibile/convocato per l'emergenza + 1 medico reperibile/convocato per l'emergenza

per i TSLB: 1 TSLB, presente in servizio notturno, attivo anche per le altre necessità del SIMT fino all'arrivo di uno dei due TSLB convocati per l'emergenza + 1 TSLB convocato per l'emergenza (TSLB n°1)

TEAM ASSEGNAZIONE/CONSEGNA: 1 MEDICO + 1 TSLB

per i medici: 1 medico reperibile/convocato per l'emergenza, sostituito fino al suo arrivo dal TL

per i TSLB: 1 TSLB convocato per l'emergenza (TSLB n°2), sostituito fino al suo arrivo dal TSLB presente in servizio notturno o dal TSLB convocato n°2.

NOTA BENE - Distacco del Team Leader del SIMT presso il Pronto Soccorso:

Nel caso di emergenza di livello 3, con numero di codici rossi superiore a 8-10 feriti, il TL, dopo essersi coordinato con il Team Leader dell'emergenza nel Pronto Soccorso, si reca nella sala emergenza del Pronto Soccorso con un contenitore nel quale sono state collocate almeno 10 unità di emazie di gruppo O Rh negativo e 10 unità di emazie di gruppo O Rh positivo. Tali unità devono essere trasferite nella frigoemoteca del Pronto Soccorso a disposizione per la maxi-emergenza in corso. A meno che non si verifichi carenza di personale medico tale che non vi siano medici a presidio del SIMT, il TL del Servizio Trasfusionale resta a offrire la propria consulenza presso i locali del Pronto Soccorso nelle prime fasi dell'emergenza e, possibilmente, fino alla stabilizzazione emodinamica della maggior parte dei codici rossi pervenuti durante la maxi-emergenza. Il suo ruolo è quello di consulente dello staff di Pronto Soccorso nella scelta dell'opzione trasfusionale più appropriata in relazione a:

a) Classe e quantità di emocomponente da trasfondere
b) Metodo di assegnazione da preferire (urgente o urgentissima, nel rispetto delle procedure del servizio)
c) Caratteristiche del ricevente (sesso, età)

Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S.Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

Il medico TL del Servizio Trasfusionale di concerto con il TL del Pronto Soccorso:

a) individua, per ogni codice rosso, i modi e tempi più opportuni della terapia trasfusionale;
b) supporta la corretta compilazione della richiesta trasfusionale e il corretto invio dei campioni di sangue del paziente;
c) stabilisce un raccordo diretto con il SIMT anche ai fini dell'eventuale reintegro delle scorte di emazie di gruppo universale.

Il distacco del TL dal SIMT dovrà essere valutato con particolare attenzione nei casi di maxi-emergenza in cui l'allarme venga dichiarato in orario notturno e festivo, al fine di non lasciare sguarnita la postazione del medico di guardia presso il SIMT, che dovrà essere sempre garantita.

PROCEDURA OPERATIVA INTRAOSPEDALIERA
MAXI EMERGENZA DI NATURA CBRNe

Premessa
Il rischio che eventi accidentali o dolosi comportino il rilascio di sostanze pericolose, con conseguente coinvolgimento di vittime contaminate, è una possibilità reale e non trascurabile, che richiede una gestione preventiva e strutturata. Tali eventi, sebbene rari, non possono essere affrontati con le dotazioni e le modalità operative standard delle strutture sanitarie.
Diventa quindi fondamentale acquisire e implementare competenze specifiche per la gestione delle emergenze CBRNe (Chimico, Biologico, Radiologico, Nucleare, Esplosivo), al fine di:

- Garantire un trattamento efficace delle vittime contaminate;
- Evitare la contaminazione secondaria degli ambienti;
- Tutelare l'incolumità del personale sanitario.

In scenari di maxi emergenza CBRNe il rischio per gli operatori non adeguatamente protetti è elevato. Per questo motivo è necessario suddividere il luogo dell'evento in zone operative (zonizzazione) al fine di prevenire il contatto tra soggetti contaminati o aree e individui non esposti, senza preventiva decontaminazione.
La decontaminazione deve avvenire in aree dedicate, sia extra ospedaliere (luogo dell'evento), sia intraospedaliere, per assicurare la sicurezza anche all'interno della struttura sanitaria.

Normativa di riferimento
La presente procedura è redatta in conformità con il vigente quadro normativo nazionale e internazionale in materia di:

- Salute pubblica;
- Sicurezza sul lavoro;
- Emergenze NBCR (Nucleari, Biologiche, Chimiche, Radiologiche);
- Protezione civile.

Essa recepisce le più recenti disposizioni legislative, piani strategici e linee guida tecnico-operative per la gestione di scenari non convenzionali.

Definizioni

Maxi emergenza CBRNe
Evento non convenzionale che comporta un grave pericolo per la salute pubblica e/o per l'ambiente, causato da:

- **Evento chimico**: rilascio accidentale o intenzionale di sostanze chimiche pericolose (inalazione, ingestione, assorbimento cutaneo), con effetti nocivi acuti o cronici.
- **Evento biologico**: dispersione di microrganismi patogeni o tossine tramite aerosol, contatto o ingestione, in grado di causare malattie gravi o letali.
- **Evento nucleare**: rilascio di energia e radiazioni ionizzanti da fissione/fusione nucleare in seguito a incidenti o uso di armi.
- **Evento radiologico**: contaminazione da materiali radioattivi in forma solida, liquida o aerodispersa.
- **Evento esplosivo**: deflagrazione/detonazione con danni meccanici e rilascio di agenti tossici (fumi, vapori, polveri).

Tipologie di contaminazione

- **Esterna**: contatto diretto o deposizione su cute, indumenti o superfici;
- **Interna**: inalazione o ingestione di sostanze contaminanti;
- **Combinata**: coinvolgimento meccanico (traumi) e contaminazione chimico/biologica/radiologica.

Decontaminazione

- **Primaria**: rimozione immediata e rapida della contaminazione visibile da vittime, operatori o DPI, per prevenire la diffusione del contaminante durante i soccorsi.
- **Secondaria**: pulizia approfondita e completa per eliminare ogni traccia residua dagli individui, effettuata generalmente in ambienti sanitari dedicati.

Finalità e ambito di applicazione
Questa procedura definisce le **modalità operative e organizzative** da adottare in caso di maxi emergenza di tipo **chimico o biologico**, con particolare attenzione alle attività di:

- Decontaminazione primaria e secondaria;
- Gestione dei flussi e della sicurezza;
- Prevenzione della contaminazione intraospedaliera.

Si applica a tutto il **personale sanitario, tecnico, logistico e di supporto** dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, coinvolto nella risposta a emergenze CBRNe.

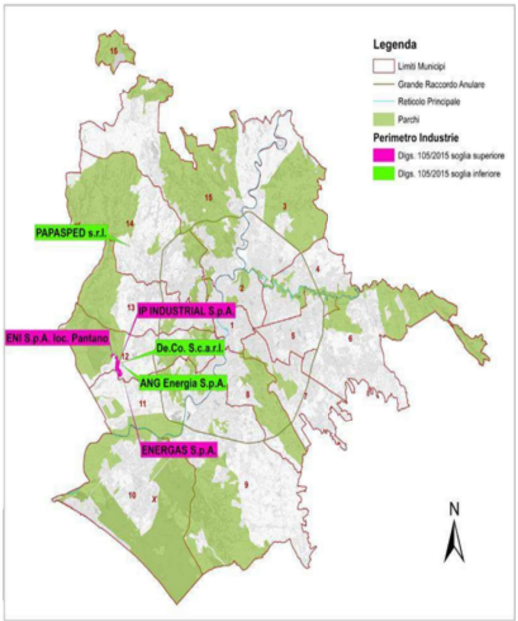
Obiettivo prioritario: tutela della salute e sicurezza del personale e dei pazienti, prevenendo la diffusione del contaminante all'interno della struttura.

Analisi dei rischi territoriali
L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (Circonvallazione Gianicolense 87 – 00152 Roma) è situata nel Municipio XII di Roma Capitale, che si estende per circa 73,07 km² con una popolazione di circa 141.104 abitanti.
Principali vulnerabilità individuate (fonte: Piano di Protezione Civile Roma Capitale, Delibera G.C. n. 30/2024; Piani di Emergenza Esterni – DPCM 27/08/2021):

- **Rischio chimico-industriale**: presenza di cinque stabilimenti RIR, in particolare nell'area di Malagrotta (v. Allegato 1);
- **Rischio incendi**: zona a elevata suscettibilità per incendi boschivi e urbani;
- **Rischi idraulici/idrogeologici**: frequenti allagamenti, smottamenti e frane in condizioni meteo estreme;
- **Rischio sismico**: esposizione a eventi sismici di media intensità;
- **Rischi infrastrutturali/trasporti**: prossimità a importanti arterie stradali e ferroviarie; possibile coinvolgimento di siti sensibili;
- **Rischio biologico-infettivo**: potenziale diffusione naturale o deliberata di agenti patogeni;
- **Rischio da eventi di massa e minacce terroristiche**: potenziale uso di agenti C/B in contesti urbani affollati;
- **Rischi da rilascio/disseminazione di materiali pericolosi**: gas, polveri, agenti chimico-biologici in seguito a incidenti, trasporti o atti dolosi.

Allegato.1

Stabilimenti a Rischio Incidente Rilevante



Stabilimento	Municipio	Tipologia
DE.CO s.c.a.r.l.	**XII**	Stoccaggio e movimentazione di idrocarburi liquidi, quali benzina e gasolio.
ENERGAS S.p.A.	**XII**	Presenza sostanze pericolose, quali GPL, utilizzato per la lavorazione di imbottigliamento e distribuzione sfuso.
ENI S.p.A. loc. Pantano di Grano	**XII**	Stoccaggio e movimentazione di idrocarburi liquidi
AGN ENERGIA S.p.A.	**XII**	Stoccaggio e travaso GPL (gas di petrolio liquefatto)
IP INDUSTRIAL S.p.A.	**XII**	Stoccaggio e movimentazione di idrocarburi liquidi e GPL

Segnalazione e comunicazione di allarme CBRNe

L'attivazione della procedura operativa per la gestione di un evento di maxi emergenza di tipo CBRNe (Chimico, Biologico, Radiologico, Nucleare ed Esplosivo) si verifica in presenza di una delle seguenti condizioni:

- Comunicazione ufficiale da parte delle autorità competenti, quali Prefettura, ASL, Protezione Civile, CORES 118, Vigili del Fuoco o Forze dell'Ordine;
- Auto-presentazione al Pronto Soccorso di soggetti con segni o sintomi compatibili con contaminazione;
- Segnalazione di sospetto evento CBRNe da parte del medico Team leader di turno o dell'infermiere di triage.

Gestione dei soggetti potenzialmente contaminati e/o contaminati certi in PS

Accesso autonomo al Pronto Soccorso
In caso di auto-presentazione di soggetti potenzialmente contaminati:

- Intercettazione tempestiva all'esterno dei percorsi assistenziali ordinari;
- Instradamento immediato verso l'area di identificazione DECO esterna PS;
- Attivazione immediata delle procedure di identificazione e avvio della decontaminazione sanitaria secondo la presente procedura.

Vittime contaminate provenienti dal territorio

- Presa in carico da parte delle squadre NBCR del 118 e/o Vigili del Fuoco;
- Decontaminazione eseguita sul territorio prima del trasferimento in ospedale;
- Accesso diretto al PS consentito solo se accompagnato da certificazione formale dell'avvenuta decontaminazione extra ospedaliera.

Accesso ospedaliero di vittime non decontaminate

- In assenza di certificazione formale, tutte le vittime, sia deambulanti che barellate, devono essere sottoposte a decontaminazione intraospedaliera secondo le indicazioni operative di questa procedura.

Aree dedicate e percorsi operativi in caso di maxi emergenza non convenzionale

Area di identificazione DECO (esterna alla camera calda del Pronto Soccorso) Area situata all'ingresso ambulanze della camera calda destinata all'intercettazione tempestiva dei soggetti sospetti o contaminati, garantendo la loro separazione dai flussi ordinari e minimizzando il rischio di contaminazione incrociata.

Area PRE-DECO (antistante l'ingresso dell'area DECO PS, all'interno del camera calda del PS)

Filtro operativo tra identificazione e decontaminazione in cui si eseguono:

- Valutazione clinica iniziale con attenzione a segni/sintomi da esposizione CBRNe;
- Classificazione del rischio basata su modalità di esposizione e informazioni disponibili per identificare il tipo di agente, ''IN ASSENZA DI CERTEZZA, RICORDATE DI AGIRE SEMPRE SECONDO PRINCIPIO DI PRECAUZIONE''.
- Triage START per definire priorità di intervento, anche secondo criteri NBCR;
- Qualora necessario procedere preliminarmente alla stabilizzazione delle funzioni vitali, assicurando in ogni fase il rispetto delle misure di sicurezza previste per gli operatori e per l'ambiente prima di avviare la decontaminazione.

Note operative: l'area è attrezzata con DPI specifici, presidi sanitari di emergenza e sistemi di comunicazione rapida.

Area di Decontaminazione sanitaria (DECO-PS)

Zona dedicata e protetta, con accesso diretto dalla camera calda, dotata di:

- Corridoio con docce per la decontaminazione;
- Sistemi di contenimento e smaltimento dei reflui contaminati;
- Requisiti strutturali e impiantistici conformi alla gestione sicura di esposizioni chimiche e biologiche
- DPI specifici per il personale;

Note operative: questa area è isolata dal percorso assistenziale ordinario per tutelare pazienti e operatori.

Organizzazione dell'Area DECO PS: zone funzionali

L'Area DECO PS è suddivisa in tre zone in conformità ai protocolli CBRNe e normative vigenti:

Zona Rossa – Area di svestizione (Zona calda)

- Area ad alto rischio contaminazione, accessibile solo a personale autorizzato dotato di DPI CBRNe conformi.
- Vietata l'uscita senza completamento di svestizione e decontaminazione.
- Attività principali: svestizione controllata di indumenti e oggetti contaminati, supporto alle funzioni vitali in sicurezza.

Zona Gialla – Area di decontaminazione (Zona tiepida)

Zona di transizione per decontaminazione fisica attiva:

- Lavaggio assistito o autonomo cutaneo/mucosale;
- Rimozione e confinamento indumenti e oggetti contaminati secondo procedure aziendali.
- Operazioni sotto monitoraggio continuo per prevenire contaminazioni secondarie.

Note operative: vietato accesso alla zona verde prima del completamento del ciclo di decontaminazione.

Zona Verde – Area di asciugatura e vestizione (Zona fredda)

Area sicura per il reinserimento nei percorsi assistenziali ordinari.

- Asciugatura del paziente;
- Vestizione con indumenti puliti, telini termici o camici monouso;
- Valutazione clinica finale.

Note operative: a seguito, il paziente può essere inserito nei percorsi ordinari PEIMAF o trasferito in area di isolamento dedicata, secondo quadro clinico ed esposizione

Planimetria e percorsi operativi:

AREA DI DECONTAMINAZIONE SANITARIA PRONTO SOCCORSO

CHECK LIST MATERIALE NECESSARIO PER ATTIVAZIONE PERCORSI E AREA DI DECONTAMINAZIONE SANITARIA PS

Nome e cognome OPERATORE DECO 2: _____

Data e ora: _____ Evento: _____

- ☐ 1° controllo durante fase di PRE ALLARME/ALLARME
- ☐ 2° controllo DOPO AVER INDOSSATO I DPI.

CHECK LIST MATERIALE NECESSARIO PER ATTIVAZIONE PERCORSI E AREA DI DECONTAMINAZIONE SANITARIA PS				
MATERIALE	**DOTAZIONE**	**LUOGO**	**OK**	**NOTE**
AREA VESTIZIONE				
DPI NBCR: maschere facciali spray anti appannamento, cerotti resistenti, filtri NBCR, tute varie misure, guanti in nitrile varie misure, stivali decontaminabili e guanti in butile varie misure	SI	DEPOSITO MAXI		
AREA IDENTIFICAZIONE DECO (esterna alla camera calda del PS)				
Cartellina rigida con fogli e penna	SI	DEPOSITO MAXI		
Pennarello indelebile nero a punta grossa	SI	DEPOSITO MAXI		
MODULISTICA DA CONSEGNARE ALL'INFERNIERE DECO 2, fondamentale per attivazione AREA DECO PS: 1. FLOW CHART - Check list "Materiale necessario per attivazione percorsi e area di decontaminazione PS" 2. FLOW CHART – Check list "Locale filtro BC Pronto Soccorso"	SI	DEPOSITO MAXI		
AREA PRE DECO				
registro d'ingresso + penne + pennarello nero indelebile	SI	DEPOSITO MAXI		
nastri colorati per identificazione (verde, giallo, rosso)	SI	DEPOSITO MAXI		
-Carrello di emergenza: completo di TOURNIQUET, defibrillatore multi parametrico, saturimetro, pallone AMBU + maschere, materiale per IOT e posizionamento presidi sopraglottici	SI	DEPOSITO MAXI		
flow chart triage START	SI	DEPOSITO MAXI		
AREA DI DECONTAMINAZIONE SANITARIA				
Zona rossa:				
n. 2 contenitori (rigidi, sigillabili e impermeabili) per rifiuti speciali trattati (ROT) per vestiti/oggetti contaminati		LOCALI PS/MAG		
Sacchi per riporre indumenti/effetti		LOCALI PS/MAG		
Forbici taglia abiti		LOCALI PS/MAG		
Barella auto caricante senza materasso + asse spinale		LOCALI PS/MAG		
Spugne pre saponate, sapone neutro		LOCALI PS/MAG		
Zona gialla:				
n. 2 contenitori (rigidi, sigillabili e impermeabili) per rifiuti speciali trattati (ROT) per DPI, da smaltire o da sanificare		LOCALI PS/MAG		
Spugne pre saponate		LOCALI PS/MAG		
Device di ricambio: tourniquet, presidi sopraglottici, pallone AMBU		LOCALI PS/MAG		
Telo monouso assorbi liquidi antiscivolo		DEPOSITO MAXI		
Zona verde				
Rotolo di carta/ telini per asciugatura		LOCALI PS/MAG		
Camici monouso per vestizione paziente		LOCALI PS/MAG		
lenzuola, telini termici (metalline)		LOCALI PS/MAG		
Telo monouso assorbi liquidi antiscivolo		DEPOSITO MAXI		
Pennarello nero indelebile		DEPOSITO MAXI		
Nastri colorati per identificazione in uscita (V-G-R)		DEPOSITO MAXI		
Registro uscita		DEPOSITO MAXI		

TRATTAMENTO SANITARIO PRE-DECO e DECONTAMINAZIONE SANITARIA INTRAOSPEDALIERA

Infermiere Disaster Manager Triage PEIMAF

Identificativo:
DPI NBCR con scritta "DM TRIAGE" ben visibile sul fronte e sul retro della tuta, realizzata con pennarello indelebile nero a punta grossa.

Sede operativa:
AREA IDENTIFICAZIONE DECO (esterna alla camera calda del Pronto Soccorso)

Compiti e attività in caso di evento CBRNe:

- Recarsi in area identificazione DECO e predisporre il materiale necessario (già dalla fase di eventuale PRE ALLARME)
- Indossare i DPI seguendo la procedura di vestizione/svestizione NBCR (allegata).
- Posizionarsi nell'area adiacente all'ingresso ambulanze della camera calda del PS.
- Verificare la provenienza di tutti i pazienti in arrivo (barellati o deambulanti) per identificare quelli provenienti da zona contaminata.
- Indirizzare i pazienti non sospetti verso il percorso ordinario del PS.
- Bloccare e indirizzare i pazienti con sospetta o accertata contaminazione verso le aree PRE- DECO e DECO PS.
- Dopo la decontaminazione sanitaria, i pazienti saranno presi in carico dall'infermiere del Triage Fast.

Rotazione e pause:

- Durata massima dell'attività: 60 minuti continuativi.
- Sostituzione anticipata possibile in caso di affaticamento o effetti da caldo, su richiesta.
- Dopo ogni turno operativo, pausa obbligatoria per:
  Decontaminazione e rimozione sicura dei DPI;
  Idratazione e recupero da fatica e calore.

Conclusione delle operazioni:
Al termine dell'intervento, l'infermiere DM TRIAGE PEIMAF sarà sottoposto a decontaminazione dalla squadra Hospital- DECO secondo la procedura di vestizione/svestizione NBCR (allegata).

Note operative:

- *La decontaminazione è sempre supervisionata dal team leader DECO2 della squadra Hospital-DECO.*
- *Ogni fase deve essere documentata nel diario intervento.*

Squadra Hospital-DECO

Composizione:

- 1 Medico DECO (diverso dal Medico Disaster Manager Coordinatore PS PEIMAF)
- 3 Infermieri DECO (diversi da Infermiere Disaster Manager PS e Infermiere Disaster Manager Triage PEIMAF)

Identificazione:

- Medico: scritta "MEDICO DECO"
- Infermieri: scritte "INF. DECO1", "INF. DECO2" (Team leader) , "INF. DECO3"
  Le scritte devono essere ben visibili su fronte e retro della tuta, realizzate con pennarello indelebile nero.

Sedi operative:

- **AREA PRE-DECO PS**
- **AREA DECO PS**

Attività in caso di evento CBRNe

Preparazione e organizzazione iniziale

- Allestire il materiale necessario per le aree PRE-DECO e DECO PS.
- Raggiungere l'area DECO PS prima della vestizione con DPI NBCR.

Messa in sicurezza dell'area DECO PS

- Chiudere manualmente e automaticamente le porte di accesso/uscita dell'area DECO PS con l'apposita chiavetta – custodita in BANCA CHIAVI
- Aprire i sei sportelli, verificare il funzionamento delle sei docce di emergenza e la temperatura dell'acqua.
- Aprire il locale tecnico e attivare l'impianto di ventilazione/estrazione tramite il pulsante di emergenza ("fungo"), chiudere il locale tecnico.
- Controllare il manometro differenziale per assicurare la depressione a -15 Pascal (Check list per gli operatori prima dell'arrivo di un paziente – locale filtro BC PS, in allegato)
- Bloccare la porta dopo l'accesso del paziente per la decontaminazione

Vestizione e controllo

- Indossare i DPI seguendo la procedura NBCR (vestizione/svestizione allegata).
- Effettuare un doppio controllo dell'area DECO PS dopo la vestizione.

Operatività in AREA PRE-DECO e AREA DECO PS

- In AREA PRE-DECO: valutazione clinica, triage e stabilizzazione dei pazienti, se necessario.
- In AREA DECO PS: eseguire svestizione, decontaminazione, lavaggio, asciugatura e nuova vestizione dei pazienti.

Il Team leader (DECO 2) è responsabile
della gestione del registro pazienti dell'AREA – DECO PS
(figura 1)

Turnazione e gestione pause:

- Durata massima operatività continuativa: 60 minuti, con sostituzione obbligatoria al termine.
- Possibilità di sostituzione anticipata in caso di affaticamento o sintomi da stress termico.
- Dopo ogni turno: rimozione sicura dei DPI e pausa obbligatoria per idratazione e recupero.

Chiusura operazioni:
Al termine dell'intervento, la squadra operativa viene decontaminata dalla squadra subentrante secondo la procedura NBCR.

Note operative:

- *La decontaminazione è sempre supervisionata dalla squadra subentrante.*
- *Ogni fase va documentata (diario intervento).*

Fig.1 Fac-simile registro pazienti AREA-DECO PS in entrata

Numero progressivo	Ora	Codice priorità entrata			Cognome	Nome	Sesso	Data di nascita
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				

Fig. 2 Fac-simile registro pazienti AREA-DECO PS in uscita

Numero progressivo	Ora	Codice priorità uscita			Cognome	Nome	Sesso	Data di nascita
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				
		V	G	R				

Centro di Comando Ospedaliero PS - Fasi, responsabili e azioni principali

FASE PRE-ALLARME

Responsabile: Medico Disaster Manager Coordinatore PS PEIMAF (Team Leader PS) *(pettorina FUCSIA)*

- Riceve il pre-allarme e verifica l'attendibilità delle informazioni.
- Comunica il pre-allarme a:
  - DM INFO/LOG (Medico di turno DS)
  - Direttore UOC MURG e PS
  - Infermiere Disaster Manager PS PEIMAF

Responsabile: Infermiere Disaster Manager PS PEIMAF
(pettorina ARANCIONE)

- Comunica il pre-allarme e pre-allerta la squadra Hospital-DECO.
- Coordina i percorsi dedicati garantendo il corretto flusso operativo.

FASE ALLARME (T0)

Responsabile: Medico Disaster Manager Coordinatore PS PEIMAF (Team Leader PS)

- Riceve la conferma dell'allarme e valuta la gravità in collaborazione con il Medico DS di turno.
- Attiva la procedura CBRNe.
- Coordina Team operativo PEIMAF e squadra Hospital-DECO.
- Assegna il Medico DECO della squadra Hospital-DECO.
- Dispone l'istituzione di un cordone esterno di sicurezza presso il PS, in collaborazione con la vigilanza interna e le forze dell'ordine, per il controllo accessi e la sicurezza.

Responsabile: Infermiere Disaster Manager PS PEIMAF

- Aggiorna tempestivamente l'Infermiere Disaster Manager Triage PEIMAF sui dettagli dell'evento.
- Assegna gli infermieri DECO 1 – DECO 2 (Team leader) e DECO 3 della squadra Hospital-DECO.
- Collabora con l'Infermiere DM Triage per gestire le comunicazioni con il Medico Disaster Manager Coordinatore PS PEIMAF.

FASE PREPARAZIONE (T1 < 30')

Responsabile: Medico Disaster Manager Coordinatore PS PEIMAF (Team Leader PS)

- Supervisiona l'applicazione corretta della procedura da parte del personale presente.
- Contatta il Centro Antiveleni per supporto in caso di utilizzo di antidoti specifici.

Responsabile: Infermiere Disaster Manager PS PEIMAF

- Supervisiona evacuazione e segnaletica dei percorsi DECO.
- Verifica la corretta esecuzione della procedura di vestizione/svestizione NBCR, garantendo il rispetto dei protocolli.

FASE OPERATIVA (T2 > 30')

Responsabile: Squadra Hospital-DECO

- Effettua valutazione clinica iniziale (segni e sintomi di esposizione NBCR).
- Raccoglie e registra dati relativi all'evento e ai pazienti.
- Esegue triage START NBCR per definire le priorità.
- Stabilizza le funzioni vitali, se necessario (emorragie, vie aeree e ossigeno).
- Fornisce istruzioni ai pazienti coscienti sulle fasi successive.
- Coordina gli ingressi in base alle priorità.
- Procede alla decontaminazione sanitaria.

Identificazione paziente – Fase PRE-DECO

Applicazione nastro adesivo colorato con:

Colore	Codice	Significato
	Rosso	Emergenza assoluta, intervento immediato
	Giallo	Urgenza differibile, intervento rapido
	Verde	Minima urgenza, paziente autonomo/sintomi lievi
	Blu	Deceduto/morente, nessun intervento

Il nastro riporta:

- ➔ Numero progressivo (es. PZ-001)
- ➔ Codice triage START NBCR (Rosso, Giallo, Verde)
- ➔ Dicitura "PZ contaminato – C".

Identificazione paziente - Fase POST-DECO

Applicazione cerotto identificativo con stesso codice e colore:

Il nastro riporta:

- ➔ Stesso numero identificativo
- ➔ Codice triage START NBCR (Rosso, Giallo, Verde) assegnato
- ➔ Dicitura "PZ decontaminato – D".

Nastro adesivo: esempio di identificazione paziente PRE-DECO

1	R	C
Numero progressivo paziente	Codice triage START PRE-DECO	di paziente contaminato

Nastro adesivo: esempio di identificazione paziente POST-DECO

1	R	C
Numero progressivo paziente	Codice triage START PRE-DECO	di paziente decontaminato

Valutazione clinica finale, stabilizzazione e inserimento in percorso PEIMAF o area isolamento.
Trasmissione dati raccolti al team sanitario di riferimento per continuità assistenziale.

Protocollo TRIAGE START

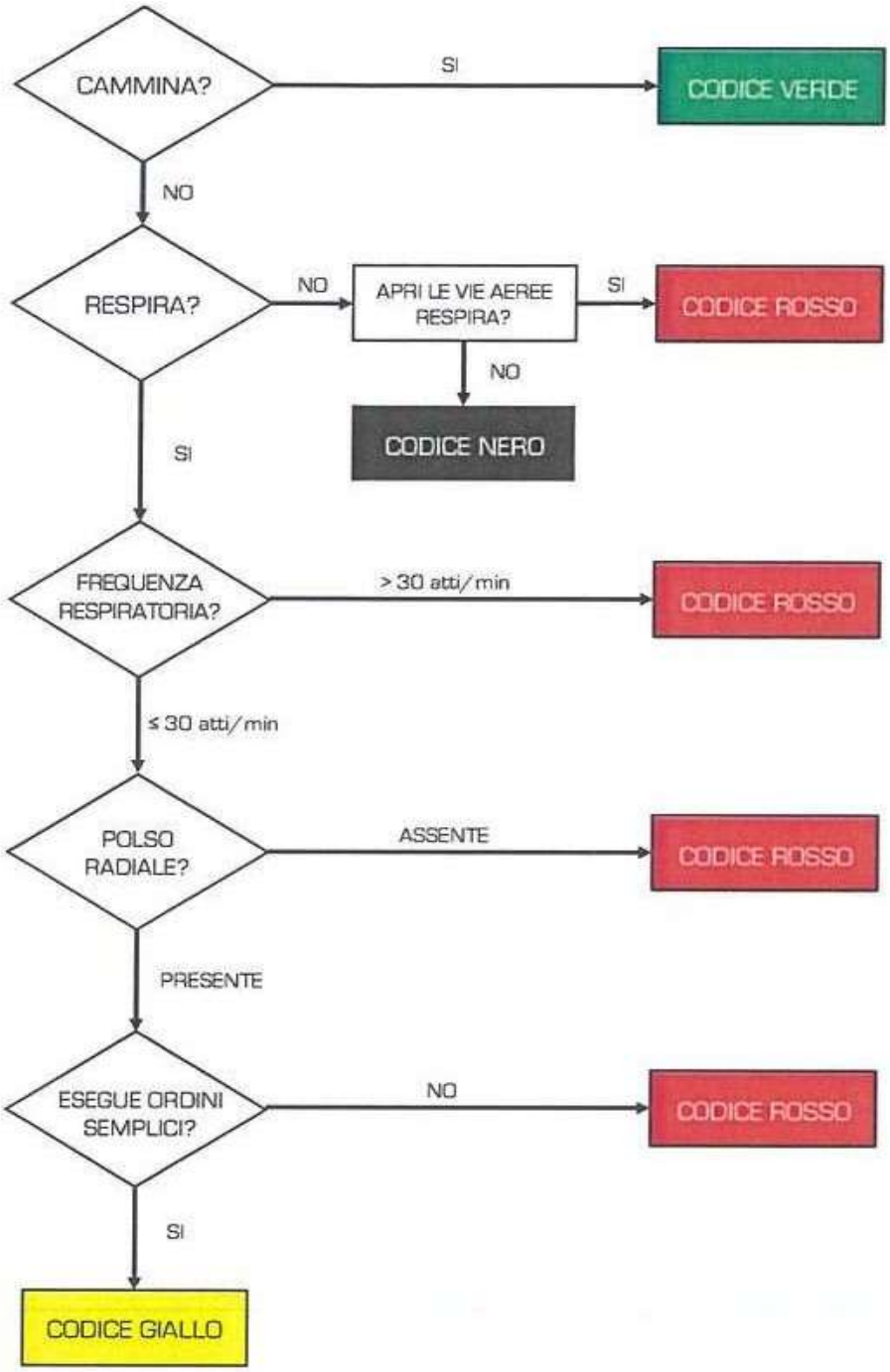


Fig. 1 – Protocollo triage START

ALLEGATI

ACTION CARD PERSONALE SANITARIO DEDICATO ALLA DECONTAMINAZIONE SANITARIA INTRAOSPEDALIERA			
TEMPI	**CHI**	**COSA FARE**	**COME**
FASE DI PRE ALLARME	**Medico DM Coordinatore PS** ***(pettorina FUCSIA)***	Riceve da comunicazione di **PRE ALLARME** da parte delle autorità competenti.	**- Verifica l'attendibilità delle informazioni** **- Comunica il PRE ALLARME a:** → DM INFO/LOG (Medico di turno DS) → Direttore UOC MURG - PS → Infermiere Disaster Manager PS PEIMAF
	Infermiere DM PS PEIMAF ***(pettorina ARANCIONE)***	Divulga il **PRE ALLARME**	- Comunica il pre-allarme e pre-allerta la squadra Hospital-DECO, che dovrà raggiungere il PS nel più breve tempo possibile. **- Coordina l'attivazione dei percorsi dedicati** e dell'area **di decontaminazione. sanitaria**, fornendo indicazioni operative sul **corretto utilizzo dei percorsi riservati ai pz potenzialmente contaminati**, al fine di garantire la sicurezza e la separazione delle aree.
FASE DI ALLARME **(T0)**	**Medico DM Coordinatore PS PEIMAF**	Riceve comunicazione di confermato **ALLARME** attraverso telefonata sul numero dedicato CORES 118 (telefono rosso)	**-Valuta la gravità in collaborazione con il Medico DS di turno** **- Attiva la procedura CBRNe** **- Coordina Team PEIMAF e squadra Hospital – DECO** **- Assegna il Medico DECO della squadra Hospital – DECO** **- Dispone l'istituzione di un cordone esterno di sicurezza presso il PS, in collaborazione con la vigilanza interna e le forze dell'ordine, per il controllo accessi e sicurezza**
	Infermiere DM PS PEIMAF	Divulga **ALLARME**	**-Comunica e aggiorna tempestivamente i dettagli relativi all'evento** all'infermiere DM TRIAGE PEIMAF sui i dettagli dell'evento - Assegna gli infermieri DECO 1 – DECO 2 (Team Leader) e DECO 3 della squadra Hospital – DECO - Collabora con l'infermiere DM Triage per gestire le comunicazioni con il Medico Disaster Manager Coordinatore PS PEIMAF
FASE DI PREPARAZIONE **(T1 < 30')**	**Medico DM Coordinatore PS PEIMAF** (Team Leader PS)	Coordina il **Team operativo PEIMAF**	**-Supervisiona l'applicazione corretta della procedura da parte del personale presente.** **-** Contatta il Centro Antiveleni per supporto in caso di utilizzo di antidoti specifici.
	Infermiere DM PS PEIMAF	**Re distribuisce le aree di PS**	Supervisiona evacuazione e segnaletica dei percorsi DECO.
		Gestione del personale infermieristico	Verifica la corretta esecuzione della procedura di vestizione/svestizione NBCR, garantendo il rispetto dei protocolli.
	Infermiere DECO 2 (Team leader Corridoio DECO PS)	**Controllo e gestione AREA DECO PS**	**Compiti operativi all'interno dell'Area DECO:** **Predispone tutto il materiale necessario per la decontaminazione del paziente (PZ)** all'interno dell'**Area DECO**, in particolare: -Sacchi trasparenti **pre-numerati** per la raccolta degli indumenti ed effetti personali; -Contenitori dedicati alla conservazione sicura di indumenti ed effetti personali del PZ; -Materiale per l'**identificazione DECO**: **nastri colorati** e **pennarelli indelebili** da utilizzare **in entrata e in uscita** dal corridoio DECO. **-Verifica il carrello di emergenza**, assicurandosi che sia completo e funzionante. **-Supervisiona** l'intera procedura di **decontaminazione e svestizione del personale sanitario**, garantendo il rispetto dei protocolli di sicurezza e la corretta sequenza operativa.
FASE OPERATIVA (T2 > 30')	**SQUADRA HOSPITAL DECO PS**	**Decontaminazione sanitaria** intraospedaliera e **trattamento sanitario PRE DECO**	-Effettua valutazione clinica iniziale (segni e sintomi di esposizione NBCR). -Raccoglie e registra dati relativi all'evento e ai pazienti. -Esegue triage START NBCR per definire le priorità. -Stabilizza le funzioni vitali, se necessario (ossigeno, vie aeree, controllo emorragie). -Fornisce istruzioni ai pazienti coscienti sulle fasi successive. -Coordina gli ingressi in base alle priorità. -Procede alla decontaminazione sanitaria.

DECONTAMINAZIONE SANITARIA

AREA IDENTIFICAZIONE PZ IN ARRIVO
(Box accoglienza)

INFERMIERE DM TRIAGE
- Intercetta i pazienti con segni sospetti di contaminazione e/o contaminati certi
- Allerta il DM PS infermiere e il DM COORDINATORE medico dell'arrivo PZ DECO in PS
- Invia il PZ contaminato all'area di decontaminazione sanitaria
- Verifica la certificazione formale dell'avvenuta decontaminazione extra ospedaliera dei mezzi di soccorso in arrivo
- Compila il sinottico dei pazienti contaminati inviati al punto di decontaminazione sanitaria

ZONA ROSSA
Area di svestizione
(Zona calda)

INFERMIERE DECO 1 + MEDICO DECO
- valutazione triage PRE DECO e priorità clinica
- eventuale stabilizzazione delle funzioni vitali
- Eseguire identificazione PRE DECO posizionando il nastro adesivo colorato, con su scritto: numero PZ + codice colore triage START + **C** di PZ contaminato.
- Collabora, se necessario e/o in attesa di risorse aggiuntive, con l'infermiere DECO 2 per:
  - Svestire la vittima
  - Custodire i vestiti e gli effetti personali in un sacco trasparente con lo stesso numero identificativo DECO (riporre il sacco nell'apposito contenitore)
  - lavare accuratamente la vittima

ZONA GIALLA
Area di decontaminazione
(Zona tiepida)

INFERMIERE DECO 2 (Team leader AREA DI DECONTAMINAZIONE PS)
- Autorizza l'entrata del PZ nell'area di decontaminazione
- Lava accuratamente la vittima
- Richiede personale aggiuntivo se necessario
- Supervisiona il Team DECO e la corretta attuazione delle procedure operative
- Garantisce la corretta decontaminazione e gestione delle buste contenenti gli effetti personali dei PZ

ZONA VERDE
Area di asciugat./vestizione
(area fredda)

INFERMIRE DECO 3
- Effettua asciugatura e vestizione del PZ DECO (camici, telini termici)
- Riposiziona nastro adesivo con su scritto: numero PZ, codice colore SRART triage, **D** di PZ decontaminato, lo stesso numero assegnato precedentemente.
- Si assicura della presa in carico POST DECO da parte **dell'infermiere TRIAGE FAST** per l'identificazione MAF, la valutazione FAST TRIAGE, eventuale stabilizzazione.

Check list per operatori
"Locale filtro BC Pronto Soccorso" prima dell'arrivo del paziente

Check-list per gli operatori prima dell'arrivo di un paziente – Locale filtro BC Pronto Soccorso

1. Docce di decontaminazione

- Aprire tutte le docce e far scorrere l'acqua.
- Verificare che la temperatura raggiunga circa 40 °C attendere circa 1.5 minuti (valore confortevole per il paziente)
- Verificare tramite:
  - Controllo diretto con la mano nuda dell'operatore a contatto diretto con l'acqua, oppure
  - Verifica sul **termometro** del locale tecnico.

2. Impianto di ventilazione/estrazione

- Azionare il sistema premendo il **fungo di emergenza** (accensione impianto aeraulico / luce verde). Questo manderà il locale in depressione, impedendo la fuoriuscita di contaminanti biologici e chimici negli ambienti limitrofi del PS.
- Accertarsi che il **manometro differenziale a parete indichi –15** Pascal di depressione.
- In caso di mancato raggiungimento del valore:
  - Segnalare immediatamente al tecnico reperibile (che comunicherà il problema all'ufficio tecnico)
  - Verificare che la porta del locale tecnico sia chiusa correttamente.

3. Accesso paziente

- Dopo l'ingresso del paziente, bloccare con chiavetta dedicata la porta automatica di collegamento alla camera calda.
- Ricordarsi che una volta bloccata, la porta potrà essere aperta solo dal locale e non più dalla camera calda.

Decontaminazione sanitaria intraospedaliera in caso di incidente NBCRe

Definizione

La presente istruzione operativa riguarda **le azioni che gli operatori sanitari formati per la decontaminazione NBCRe dovranno svolgere all'interno dell'area dedicata alla decontaminazione sanitaria** (area DECO-PS) delle vittime coinvolte in eventi a rischio NBCRe, dopo la fase di triage/stabilizzazione e prima dell'accesso alle aree pulite del Pronto Soccorso.

Attrezzature necessarie (minimo standard)

- Area decontaminazione dotata di: accesso diretto da camera calda, separata e isolata da ordinario-docce, sistema contenimento reflui-sistemi di schermatura, chiusura ermetica pressurizzata e barriere
- DPI NBCR
- Contenitori sigillabili, impermeabili e sacchi pre numerati per raccolta effetti personali
- Forbici per la svestizione
- Barella mobile, lavabile
- Spugne, acqua tiepida e sapone neutro
- Device puliti di ricambio per garantire la stabilizzazione delle funzioni vitali (tourniquet, maschera laringea, pallone AMBU)
- Materiali monouso per copertura del paziente (camici monouso in TNT, telini termici)
- Cerotti colorati e pennarello nero indelebile per posizionamento codice identificativo dopo l'asciugatura, prima dell'uscita dall'area DECO
- Orologio per monitorare le tempistiche

Attività di decontaminazione

Norme generali

- È tassativo l'accesso e la decontaminazione di UN PAZIENTE PER VOLTA all'interno dell'area DECO.
- L'entrata del paziente nell'area DECO è cefalica (ad eccezione delle situazioni indicate nella sezione dedicata "2.3 pazienti sottoposti a stabilizzazione PRE DECO").
- L'infermiere DECO 2, posto al centro dell'area DECO è il Team Leader del team DECO:
  - coordina l'entrata e l'uscita dei pazienti,
  - è responsabile ultimo e garante dell'avvenuta decontaminazione,
  - è responsabile delle figure all'interno dell'area DECO avendo il compito di monitorare le richieste di emergenza/ricambio, chiedendo nuovo personale in supporto.
- L'infermiere DECO 3 deve sempre rimanere in zona verde senza MAI accedere alle zone gialla e rossa ritenute sporche, per evitare la contaminazione.
- Qualora gli operatori coinvolti nelle attività di decontaminazione, necessitino di fermarsi, faranno segno all'infermiere DECO 2 alzando le braccia sopra la testa e incrociandole a formare una X: ogni operatore prima di uscire dall'area di decontaminazione e svestirsi, dovrà essere sottoposto lui stesso a procedura di decontaminazione con indosso i DPI (vedi procedura svestizione dedicata, all'interno del documento ""procedura operativa intraospedaliera Maxi Emergenza di natura NBCRe")
- Durata massima di operatività continuativa: 60 minuti, con sostituzione obbligatoria al termine. Possibilità di sostituzione anticipata in caso di affaticamento/stress termico.
- Almeno 15 minuti di pausa obbligatoria per idratazione e recupero.
- Al termine dell'intervento, la squadra operativa viene decontaminata dalla squadra subentrante (vedi procedura dedicata).

Sequenze operative in base alla tipologia del paziente

IN CASO DI PAZIENTI NON AUTOSUFFICIENTI, CLINICAMENTE STABILE (in assenza documento certificato di decontaminazione extra ospedaliera):

- **Accesso in area DECO**, (il paziente HA GIA' EFFETTUATO IDENTIFICAZIONE/TRIAGE/ STABILIZZAZIONE)
- Il paziente già identificato accede in sicurezza in zona rossa: passaggio da barella 118 con tavola spinale su barella mobile aziendale lavabile, priva di materasso, in direzione cefalica (sbarellamento con la testa verso l'entrata pulita del PS e i piedi verso la camera calda).

Fase di svestizione e decontaminazione (zona rossa-gialla)

L'infermiere DECO 2 (coadiuvato se necessario dal medico DECO e/o dall'infermiere DECO 1, in attesa di altro personale formato NBCRe:

- chiude ermeticamente la porta di accesso dell'area DECO
- procede alla rimozione degli indumenti (se possibile con taglio controllato) e degli effetti personali, raccogliendoli in contenitori sigillabili, impermeabili, con sacchi pre-numerati
- rimuove nastro colorato con numero identificativo posizionato in fase di triage START
- lava il paziente in direzione cranio-caudale, prima ante e poi retro: lavaggio con acqua tiepida e sapone neutro fino a che non si evidenzi più contaminazione residua al monitoraggio visivo (pulizia accurata di pieghe cutanee, capelli, unghie)
- facilita il passaggio della barella dalla zona gialla alla zona verde

Fase di asciugatura/vestizione (zona verde)

L'infermiere DECO 3:

- asciuga il paziente in direzione cranio-caudale, ante-retro, con teli monouso
- veste il paziente con camice TNT/ copre il paziente con telino termico/lenzuolo
- riposiziona cerotto identificativo del codice colore assegnato in fase di triage START, scrivendo nuovamente il numero DECO identificativo + la ''D'' di DECONTAMINA
- apre le porte dell'area DECO e affida il paziente al personale di supporto e all'infermiere di FAST triage per la presa in carico
-

IN CASO DI PAZIENTE AUTOSUFFICIENTE, DEAMBULANTE

Il paziente già identificato accede in zona rossa:

- si sveste riponendo gli indumenti negli appositi contenitori sotto la supervisione di DECO 2
- rimuove il nastro colorato con numero e codice identificativo assegnato in pre DECO
- Accede in zona gialla dove si lava accuratamente sotto supervisione dell'infermiere DECO 2 che autorizza al passaggio in zona verde
- Il paziente si asciuga e si veste con camici monouso con l'aiuto dell'infermiere DECO3, che riposiziona il nastro colorato con numero identificativo DECO

IN CASO DI PAZIENTI NON AUTOSUFFICIENTI, SOTTOPOSTI A MANOVRE DI STABILIZZAZIONE PRE DECO

Se nella fase PRE DECO è stato necessario stabilizzare il paziente, garantire quindi il controllo delle emorragie con posizionamento di tourniquet e/o la pervietà delle vie aeree con ventilazione assistita con cannula di Guedel ed AMBU, questo paziente accederà in area di decontaminazione con entrata podalica (con i piedi rivolti verso l'area pulita e la testa verso la camera calda), per garantire il più a lungo possibile, anche durante la decontaminazione, la continuità delle manovre salvavita e la sostituzione più agevole dei presidi contaminati.

Verrà sottoposto alle procedure di svestizione e decontaminazione (come illustrato nella sezione 2.1) facendo attenzione alla sostituzione del presidio contaminato come quello pulito, subito prima del passaggio in zona verde.

Abbreviazioni e acronimi generali

Acronimo	Significato
CBRNe	Chimico, Biologico, Radiologico, Nucleare, Esplosivo
NBCR	Nucleare, Biologico, Chimico, Radiologico (variante comune di CBRNe)
DPI	Dispositivi di Protezione Individuale
PEIMAF	Piano di Emergenza per il Massiccio Afflusso di Feriti
PS	Pronto Soccorso
DECO	Decontaminazione
D.lgs.	Decreto Legislativo
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
ASL	Azienda Sanitaria Locale
CORES 118	Centrale Operativa Regionale Emergenza Sanitaria 118
HOSPITAL-DECO	Squadra di decontaminazione intraospedaliera (nome operativo)
START	Simple Triage and Rapid Treatment (metodo rapido di triage)
DM COORD. PS	Team leader medico PS
DM INFO/LOG	Medico di Direzione Sanitaria responsabile Informazioni/Logistica
DM INF. PS	Infermiere esperto turno Pronto Soccorso
DM TRIAGE	Infermiere esperto turno Pronto Soccorso
INF. DECO	Infermiere di decontaminazione (es. "INF. DECO1", ecc.)
FUCSIA	Colore pettorina del medico team leader del PS (identificativo)
RIR	Rischio di Incidente Rilevante
DPI CBRNe	DPI specifici per protezione da rischi Chimici, Biologici, Radiologici, Nucleari ed Esplosivi
TNT	Tessuto Non Tessuto (materiale dei camici monouso)
UOC	Unità Operativa Complessa
PZ	Paziente

Codici Colore e significato del TRIAGE NBCR

Colore	Significato	Descrizione
Rosso	Emergenza assoluta	Intervento immediato
Giallo	Urgenza differibile	Intervento rapido, ma non immediato
Verde	Minima urgenza	Paziente autonomo o con sintomi lievi
Blu	Deceduto o morente	Nessun intervento clinico attuabile

PROGRESSIONE VESTIZIONE Adattato da WHO,2007	Procedura VESTIZIONE DA EFFETTUARE IN COPPIA	
0	• Legare i capelli • Rimuovere monili, anelli e oggetti personali • Individuare l'ambiente ove eseguire le procedure • Verificare l'integrità dei DPI	
1	LAVAGGIO DELLE MANI	come da PSQ-AZ 06
2	COPRISCARPE • Praticare IGIENE DELLE MANI con soluz idroalcoolica	Indossare da SEDUTI o APPOGGIATI AL MURO
3	Indossare il 1^ paio di guanti	
4	CAMICE TNT / TUTA • GILET PEIMAF	GILET PEIMAF : solo per i componenti Team Operativo
5	FILTRANTE FACCIALE FFP2/ FFP3	FFP3: SOLO IN CASO DI PROCEDURE CHE GENERANO AEROSOL
6	OCCHIALI PER RISCHIO BIOL/OCCHIALI GOOGLE	
7	CUFFIA	coprire capelli e orecchie
8	TUTA: Indossare il cappuccio delle tuta, chiudere cerniera lampo, nel caso indossare Visiera	
9-10	Indossare 2° PAIO DI GUANTI inserendo l'estremità SOPRA IL POLSINO del camice/TUTA	IN NITRILE: colore blu. Indossare sempre Doppi guanti.

Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S.Camillo Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

RISCHIO BIOLOGICO

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI — REGIONE LAZIO

Servizio di Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori

Istruzione Operativa di Sicurezza: Uso di Dispositivi di Protezione Individuale in caso di Massiccio Afflusso di Feriti presso il Pronto Soccorso (PRIMAF)

MOD 01 Istruzione Operativa di Sicurezza

Rev. 04 del 19/10/2023

PROGRESSIONE SVESTIZIONE Adattato da WHO,2007	Procedura SVESTIZIONE	AZIONI DI SICUREZZA / SMALTIMENTO
1	Rimuovere COPRISCARPE	Rimuovere da SEDUTI o APPOGGIATI AL MURO
2	Rimuovere il 2^ PAIO DI GUANTI • Praticare IGIENE DELLE MANI con soluz idroalcoolica	ARROTOLANDOLI DAL POLSO. SMALTIRE NELL'APPOSITO CONTENITORE
3	Rimuovere VISIERA • Praticare IGIENE DELLE MANI con soluz idroalcoolica	
4 5	Togliere in progressione GILET PEIMAF, TUTA / CAMICE TNT • Praticare IGIENE DELLE MANI con soluz idroalcoolica	IL GILET DOVRA' ESSERE SANIFICATO. TUTA/CAMICE TNT VANNO SMALTITI, DOPO AVERLI ARROTOLATI DALLA PARTE INTERNA VERSO L'ESTERNO
6	Rimuovere la CUFFIA, abbassando il capo • Praticare IGIENE DELLE MANI con soluz idroalcoolica	
7	Rimuovere OCCHIALI per Rischio Biologico e Occhiali Personali • Praticare IGIENE DELLE MANI con soluz idroalcoolica	PRENDERE LE ASTE LATERALI DEGLI OCCHIALI PER RISCHIO BIOLOGICO E SMALTIRE NEL CONTENITORE. APPOGGIARE SULL'APPOSITO PIANO GLI OCCHIALI PERSONALI E PULIRLI
8	Rimuovere il FILTRANTE FACCIALE FFP2/FFP3	SMALTIRE NELL'APPOSITO CONTENITORE
9	Rimuovere 1^ PAIO DI GUANTI (aderenti alla cute delle mani)	ARROTOLANDOLI DAL POLSO. SMALTIRE NELL'APPOSITO CONTENITORE
10	Praticare il LAVAGGIO DELLE MANI	

Questo documento è di proprietà dell'AO S. Camillo- Forlanini e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale

PROGRESSIONE VESTIZIONE	Procedura VESTIZIONE DA EFFETTUARE IN COPPIA	
0	• Individuare l'ambiente ove eseguire le procedure - Preparare nastri adesivi • Legare i capelli, viso rasato perfettamente per evitare la non aderenza alla maschera • Rimuovere monili, anelli e oggetti personali -Indossare abbigliamento comodo e leggero • Verificare l'integrità dei DPI – Spruzzare antiappannamento all'interno della maschera	
1	LAVAGGIO DELLE MANI	come da PSQ-AZ 06
2	CUFFIA	coprendo interamente capelli e orecchie
3	Indossare il 1^ paio di guanti	In NITRILE
4	TUTA fino a mezzo busto	DA SEDUTI
5	STIVALI: LA TUTA DEVE COPRIRE GLI STIVALI QUINDI POSIZIONARLI DENTRO LA TUTA	DA SEDUTI
6	MASCHERA: Allargare le cinte, indossare la maschera, stringere le cinte. • RESPIRARE LENTAMENTE • FARE PROVA DI TENUTA	Stringere le cinte : 1 MEDIANA 2 MENTONIERA 3 TESTA (1 SOLA CINTA) • IL LACCIO LUNGO POSIZIONARLO DIETRO IL COLLO
7	ULTIMARE DI METTERE LA TUTA FINO AL CAPPUCCIO - Respirare lentamente	.. IL COLLEGA TIRERA' LA LAMPO FINO A ¾ DI CHIUSURA .. METTERE POLLICE NEL FORO PER BLOCCARE LA TUTA
8	GUANTI LUNGHI	IN BUTILE
9-10	TUTA: TOGLIERE LO STRETCH DELLA LAMPO E NASTRARE LA LAMPO PER TUTTA LA LUNGHEZZA	TESTA-POLSI-CAVIGLIE: NASTRARE 3 NASTRI TESTA- 2 NASTRI POLSI- 2 NASTRI DA 60 CM LE CAVIGLIE
11	APPLICARE IL FILTRO AVVITANDOLO RESPIRARE LENTAMENTE	

	NORME VESTIZIONE	
1	SCEGLIERE IL LOCALE PER LA VESTIZIONE E SVESTIZIONE CON BAGNO E DOCCIA CN H_2O CALDA E SAPONE NEUTRO- ASCIUGACAPELLI	Portare sedie, tavoli, tappetini/traverse per i piedi, Forbici, calzari normali (per la svestizione)
2	INDOSSARE ABBIGLIAMENTO COMODO E LEGGERO POSSIBILMENTE INDOSSARE LENTI A CONTATTO E NON OCCHIALI CONTENITORI SMALTIMENTO TRASPARENTI - CONTENITORI INDUMENTI PERSONALI- CAMBIO DOPO DOCCIA	
3	PREPARARE I SEGMENTI DI NASTRO ISOLANTE (7 PER OGNI OPERATORE). FARE LINGUETTA INTERNA PER EVITARE CHE SI INCOLLINO ALLE MANI. ATTACCARLI ALLO STIPITE DEL TAVOLO. Tipo nastro : American Type Saratoga	TESTA: 3 DA 40 CM POLSI: 2 DA 40-50 CM CAVIGLIE: 2 DA 60 CM
4 5	GUANTI NITRILE: PREFERIBILI QUELLI A 4 STRATI GUANTI BUTILE: LUNGHEZZA MINIMA 30 CM STIVALI NBCR – antistatici con puntale in composito e suola in gomma vulcanizzata resistente al taglio e resistente al contatto a caldo PIU' LUNGHI DI 1 MISURA TUTA NBCR TIPO 3B – PIU' LARGA DI 1 TAGLIA	Praticare IGIENE DELLE MANI con soluzione idroalcoolica
6	MASCHERA A PIENO FACCIALE: l'aderenza al viso deve essere completa. POSSIBILMENTE SENZA BARBA E VISO BEN RASATO LE CINTE NON VANNO STRETTE TROPPO per evitare di deformare la calotta nasale e restringere il passaggio dell'aria in espirazione PROGRESSIONE CINTE: A)MEDIANE B) MENTONIERA C) TESTA PROVA DI TENUTA: Mettere il palmo della mano sopra il coperchio della valvola di esalazione espirando delicatamente, se il respiratore si gonfia leggermente e non si avvertono perdite d'aria fra il viso ed il bordo di tenuta il DPI è stato indossato correttamente	➢ IL LACCETTO LUNGO VA DIETRO AL COLLO ➢ MASCHERA CE, III CATEGORIA, CONFORMITA' A EN 136, CONFORMITA' A REGOLAM UE 425/2016/CEE
7	TUTA: Importante mettere il dito pollice nel foro della manica della tuta per bloccarla, in caso fare un foro con le forbici per far passare il pollice e bloccare la tuta	
8	AVVITARE FILTRO EN 148/1	

RISCHIO **NBCR**

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI — REGIONE LAZIO Servizio di Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori	Istruzione Operativa di Sicurezza: Uso di Dispositivi di Protezione Individuale in caso di MAXI EMERGENZA NUCLEARE RADIOLOGICO BIOLOGICO CHIMICO	MOD 01 Istruzione Operativa di Sicurezza

PROGRESSIONE SVESTIZIONE	Procedura SVESTIZIONE DA EFFETTUARE IN COPPIA PRESENZA COORDINATORE SVESTIZIONE	
0	• DOPO DOCCIA DECONTAMINANTE da effettuare in piedi CON GETTO DI ACQUA CALDA E SAPONE NEUTRO (zona Gialla) • Uscire dalla zona Gialla e dirigersi verso locale per spogliarsi • Verificare l'integrità dei DPI	
1	TOGLIERE NASTRO MANI	INSERIRE IN CONTENITORE OGGETTI DA ELIMINARE
2	TOGLIERE 1^ PAIO GUANTI IN BUTILE	INSERIRE IN CONTENITORE OGGETTI DA DECONTAMINARE
3	TOGLIERE I NASTRI DELLA TESTA, VISO, COLLO, CHIUSURA LAMPO....	INSERIRE IN CONTENITORE OGGETTI DA ELIMINARE
4	APRIRE CHIUSURA LAMPO	
5	TOGLIERE LENTAMENTE CAPPUCCIO	ROVESCIANDOLO INDIETRO CON LE MANI IN ESTERNO
6	ARROTOLARE LA TUTA FINO AGLI STIVALI, LASCIANDO ANDARE TUTTO A TERRA	CON LE MANI IN ESTERNO. ALLA FINE DI QUESTA OPERAZIONE CI SI PUO' SEDERE
7	DA SEDUTI : TOGLIERE PARTE RIMANENTE TUTA E GLI STIVALI AIUTATO DAL COLLEGA	CERCARE DI SFILARE GLI STIVALI E LASCIARLI A TERRA SENZA TOCCARLI INSERIRE TUTA E STIVALI IN CONTENITORE OGGETTI DA DECONTAMINARE
8	TOGLIERE LA MASCHERA INSERIRE IN CONTENITORE OGGETTI DA DECONTAMINARE	ALLENTARE LE CINGHIE, AFFERRARE IL FILTRO E TOGLIERE LA MASCHERA CON MOVIMENTO LARGO E INDIETRO
9	PER ULTIMO: TOGLIERE I GUANTI IN NITRILE	
10	ANDARE A FARE LA DOCCIA	SAPONE NEUTRO E ACQUA CALDA

RISCHIO **NBCR**

AZIENDA OSPEDALIERA — REGIONE LAZIO Servizio di Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori	Istruzione Operativa di Sicurezza: Uso di Dispositivi di Protezione Individuale in caso di MAXI EMERGENZA NUCLEARE RADIOLOGICO BIOLOGICO CHIMICO	MOD 01 Istruzione Operativa di Sicurezza DATA:

	NORME SVESTIZIONE DA EFFETTUARE IN COPPIA PRESENZA COORDINATORE SVESTIZIONE	
1	• PREVEDERE PRESENZA COORDINATORE SVESTIZIONE • LE OPERAZIONI DI SVESTIZIONE A DOPPIO DEVONO ESSERE VICENDEVOLI E UGUALI A SPECCHIO FRA I DUE OPERATORI	
2	• PREVEDERE TRAVERSE DA METTERE A TERRA E CALZARI DA INDOSSARE PER ANDARE IN DOCCIA. • PREVEDERE SOLUZIONE IDROALCOOLICA PER MANI	Portare sedie, tavoli, tappetini/traverse per i piedi, calzari normali, forbici, asciugacapelli, asciugamani
3	• CONTENITORI/SACCHI SMALTIMENTO: PER OGGETTI DA DECONTAMINAZIONE E DA ELIMINARE	LA DECONTAMINAZIONE SARA' EFFETTUATA DAI VVF
4	• CAMBIO PER DOPO DOCCIA: INTIMO E ALTRA DIVISA	
5	• VERSO DEL NASTRO- TESTA DA TOGLIERE: DEFINIRE IL VERSO DEL NASTRO DELLA TESTA DA TOGLIERE, PERCHE' SE VIENE EFFETTUATO CONTROVERSO (DA DESTRA A SINISTRA) POTREBBE ROMPERSI LA TUTA	

ESERCITAZIONE/SIMULAZIONE/AUDIT MASSICCIO AFFLUSSO FERITI

L'esercitazione/simulazione, a cadenza annuale, di massiccio afflusso di feriti presso il Pronto Soccorso, ha l'obiettivo di favorire l'acquisizione di conoscenze e competenze relative ai principi della pianificazione e del coordinamento di una maxiemergenza.

OBIETTIVI/COMPITI/ATTIVITA'

- Verificare l'efficacia del coordinamento delle operazioni di soccorso tra il sistema extra ed intra ospedaliero;
- Verificare il tracciamento delle vittime dal punto di raccolta all'ingresso dell'Ospedale;
- Evidenziare le criticità del sistema extra ed intra ospedaliero a fronte di un evento complesso;
- Verificare la capacità ricettiva dell'Azienda Ospedaliera nella prima ora;
- Verificare l'affidabilità delle procedure operative del PEIMAF intraospedaliero.

A termine di ogni esercitazione, è redatto un audit di conduzione per simulazione PEIMAF, allo scopo di individuare le N.C. (Non Conformità) ed azioni correttive da mettere in campo.

Esercitazioni in scala reale PEIMAF 2025

Date esercitazioni PEIMAF/Audit 2025	29/11/2025 – Livello 2 - maxi esercitazione città di Roma - Prefettura di Roma

Esercitazioni in scala reale PEVAC 2025

N. Esercitazioni	N. Strutture	N. lavoratori addestrati	N. AI (Addetti Antincendio) di compartimento presenti	% tot. AI su partecipanti	N. verbali
25	**25**	**448**	**171**	**38,2**	**25**

Registro addestramento pratico (art.37, comma 5, D.Lgs n. 81/2008 smi)

Normativa di riferimento per PEIMAF e gestione emergenze sanitarie

Normativa nazionale

Anno	Normativa / Atto	Ambito di applicazione	Rilevanza per il PEIMAF
1992	D.P.R. 27 marzo 1992 – "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza" (G.U. n. 76 del 31 marzo 1992)	Norme quadro per l'assistenza sanitaria in emergenza	Base legislativa per organizzazione ospedaliera e piani di emergenza
1992	D.M. 15 maggio 1992, n. 121 – "Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza" (G.U. n. 121 del 25 maggio 1992)	Definizione tipologie di intervento sanitario	Determina priorità e livelli di risposta nelle maxiemergenze
1992	Legge 24 febbraio 1992, n. 225 – Istituzione del Servizio Nazionale della Protezione Civile	Sistema nazionale di protezione civile	Coordina ospedali, enti territoriali e gestione maxiemergenze
1996	Atto di intesa Stato-Regioni – Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria (17 maggio 1996, G.U. n. 114 del 17 maggio 1996)	Indirizzi operativi e organizzativi regionali	Obbliga l'allineamento dei PEIMAF agli standard nazionali
1997	Linee guida sull'organizzazione sanitaria in caso di catastrofi sociali – Dipartimento Protezione Civile	Catastrofi e maxiemergenze	Guida operativa per gestione massiccia dei feriti
1998	Provvedimento PCM/DPC – "Pianificazione dell'Emergenza Intraospedaliera a fronte di una maxi-emergenza" (22 settembre 1998)	Gestione intraospedaliera	Definisce struttura, ruoli e procedure operative interne
2001	D.P.C.M. 13 febbraio 2001 – "Adozione dei criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi" (G.U. n. 81 del 6 aprile 2001)	Coordinamento soccorsi sanitari	Indirizzi operativi per ospedali e reti di emergenza
2007	Direttiva PCM 13 dicembre 2007 – "Procedure e modulistica del triage sanitario nelle catastrofi" (G.U. n. 91 del 17 aprile 2008)	Triage sanitario	Standardizza triage e codici colore/numerici
2008	D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. – Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro	Sicurezza lavorativa negli ospedali	Obbligo di PEVAC e PEIMAF, esercitazioni e addestramento personale
2015	D.M. 2 aprile 2015, n. 70 – "Definizione della rete ospedaliera di emergenza e criteri organizzativi per i Dipartimenti di Emergenza ed Urgenza"	Rete DEA e PS	Allinea PEIMAF alla rete ospedaliera e ai livelli di complessità

Anno	Normativa / Atto	Ambito di applicazione	Rilevanza per il PEIMAF
2018	D.Lgs. 1/2018 – Codice della Protezione Civile	Sistema nazionale protezione civile	Aggiorna norme per piani di emergenza e coordinamento
2020–2021	Direttive del Dipartimento della Protezione Civile	Sistemi di allertamento e piani operativi	Aggiornamento procedure operative e moduli di allertamento

Normativa regionale – Regione Lazio

Anno	Normativa / Atto	Ambito di applicazione	Rilevanza per il PEIMAF
2004	Legge regionale 3 agosto 2004, n. 9 – Istituzione ARES 118	Coordinamento emergenza sanitaria regionale	Ruolo operativo di ARES 118 nei PEIMAF e maxiemergenze
2022	Manuale Regionale di triage intra-ospedaliero – Modello Lazio a cinque codici	Triage intra-ospedaliero	Standard operativo per gestione flusso feriti
2023	DGR n. 869/07.12.2023 – Programmazione rete ospedaliera 2024-2026	Organizzazione strutture ospedaliere	Collegamento PEIMAF alla rete ospedaliera e DEA/PS
–	Linee di indirizzo Regione Lazio – Sistema emergenza territoriale e ospedaliera	Normativa regionale di indirizzo	Guida operativa e quadro di riferimento per PEIMAF

Mappa di raccordo normativa – PEIMAF e scenari NBCR

Anno	Normativa / Atto	Riferimento operativo PEIMAF	Riferimento operativo NBCR / Radiologico	Note pratiche
2008	D.Lgs. 81/2008 – Titolo X	Formazione, DPI e procedure interne per operatori	Sicurezza lavorativa in scenari biologici/chimici	Prevenzione esposizione, addestramento, procedure emergenza biologica
2018	D.Lgs. 1/2018 – Codice Protezione Civile	Integrazione PEIMAF con sistema nazionale protezione civile	Coordinamento con servizi NBCR e prefetture	Quadro generale per gestione emergenze biologiche, chimiche e radiologiche
2020	D.Lgs. 101/2020 – Protezione dalle radiazioni	Procedure operative PEIMAF integrate per scenari radiologici	Direttive Euratom su emergenze radiologiche	Aggiornamento procedure intraospedaliere, DPI, gestione esposti

Anno	Normativa / Atto	Riferimento operativo PEIMAF	Riferimento operativo NBCR / Radiologico	Note pratiche
2022	DPCM 14 marzo 2022 – Piano nazionale emergenze radiologiche	Coordinamento PEIMAF in scenari radiologici/nucleari	Gestione livelli di allerta, piani di evacuazione e decontaminazione	Raccordo con prefetture, ospedali e squadre NBCR
2022	Piano nazionale emergenze sanitarie NBCR – Maggio 2022	Procedure operative intraospedaliere per scenari NBCR	Percorsi di decontaminazione, isolamento e triage specifico	Gestione pazienti contaminati, raccordo con nucleo NBCR, percorsi dedicati
–	Direttive informazione preventiva / emergenza (Prefetti)	Comunicazione interna ed esterna, alert PEIMAF	Informazione popolazione su rischio radiologico/NBCR	Gestione allertamento pubblico, messaggi chiari, catena di comando

Il presente documento è di esclusiva proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, con sede legale in Circonvallazione Gianicolense n. 87 – 00152 Roma, e non può essere riprodotto, né integralmente né parzialmente, senza preventiva autorizzazione scritta della medesima, in conformità alla normativa vigente.

Per informazioni:
Angelo Orelli
Tel. ufficio: 06 5555 3387
Cell. aziendale: 335 5681399
E-mail: aorelli@scamilloforlanini.rm.it

PEE/P.EVAC

PIANO GESTIONE EMERGENZE INTERNO/EVACUAZIONE IN ESERCIZIO ED IN EMERGENZA

Emergency Operations Plan (EOP)

4493

Numero emergenza interno

Numero emergenza esterno

Data stesura	Gennaio 2026	Siglato in originale
Revisione numero	25	✓
Esercitazioni PEE	Cadenza mensile	✓
Modifica/revisione proposta e sua motivazione	Verifica periodica e aggiornamento per cambiamenti che hanno ricadute non trascurabili nelle condizioni di pericolo grave e immediato ipotizzabili e comunque nelle condizioni di gestione dei luoghi di lavoro in esercizio ed in emergenza.	Sostituisce *deliberazione Delibera N. 39 del 13/01/2025*
Redazione	*Angelo Orelli* *Procedure ed esercitazioni per le emergenze*	✓
Verifica	*Gerardo De Carolis- Direttore Sanitario* *Fabrizio Cinque – Direttore UOSD Servizio di sicurezza dei luoghi di lavoro e dei lavoratori.*	✓ ✓
Approvazione e Validazione	*Angelo Aliquò - Direttore Generale/Datore di lavoro*	✓
Data prossima revisione	Gennaio 2027 *http://www.scamilloforlanini.rm.it/gestione-emergenze*	

Il presente piano di emergenza *contiene le azioni che i lavoratori devono mettere in atto in caso di emergenza; le procedure per l'evacuazione del luogo di lavoro che devono essere attuate dai lavoratori e dalle altre persone presenti; le disposizioni per chiedere l'intervento dei vigili del fuoco e per fornire le necessarie informazioni al loro arrivo; le specifiche misure per assistere le persone con esigenze speciali.*

INDICE

Analisi dei rischi territoriali ed obiettivi del piano.....3-4
Linee di indirizzo gestione emergenze e tipologia dei rischi presenti.....5-12
Elementi di rischio e misure di sicurezza da adottare.....13-15
Ordine di evacuazione per emergenza.....16
Istruzioni operative delle principali funzioni aziendali.....17-20
Diagramma generale- Gestione emergenze e maxi emergenze intraospedaliere e disposizioni per chiedere l'intervento dei Vigili del fuoco.....21
Istruzione operativa segnalazione e comunicazione allarme.....22
Diagrammi funzionali e fasi operative.....23-24
Fase 1: modalità di rivelazione e di diffusione dell'allarme.....25
Fase 2: primo intervento.....26
2.1. Tecnica d'impiego Estintori, Naspi e Idranti.....27-31
Fase 3: evacuazione.....32
Schede operative PEE (action card) 33-34
Rapporto d'intervento squadra antincendio aziendale.....35-37
Procedura operativa per emergenza incendio importante/estesa.....38-39
Istruzioni per il personale, pazienti e visitatori in caso di incendio.....40-41
Opuscolo informativo "Cosa fare in caso di emergenza-cosa sapere e cosa fare" 42
Procedure di sicurezza per l'utilizzo e la gestione dell'ossigeno.....43-45
Pericolo di incendio in zone con impianto automatico di spegnimento a gas estinguente 46
Gestione di blackout elettrico e guasti ai sistemi di gas medicali.....47-52
Prevenzione e gestione del rischio incendio in sala operatoria e aree critiche.....53-57
Primo soccorso in caso di evento sinistroso.....58-60
Raccomandazioni di comportamento per le persone disabili.....61-62
Esercitazioni antincendio(Report 2025).....63-66
Luoghi di lavoro, numero addetti antincendio livello 3 , numero persone presenti, livello di informazione e formazione lavoratori 66-69
Istruzioni operative e check list "Sorveglianza antincendio" 70-74
Riferimenti normativi.....75
Cartelli segnaletici.....76-78

Cod. PEE – P./Evac/EOP/AOSCF

Generalità

Il Piano di Emergenza dell'AOSCF (Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini) è un documento strategico-operativo finalizzato a garantire la tutela di pazienti, lavoratori e visitatori, nonché la salvaguardia delle strutture e delle attività sanitarie in caso di emergenze. Costituisce parte integrante del Sistema di Gestione della Sicurezza aziendale e risponde agli obblighi previsti dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro e prevenzione incendi.
Le strutture ospedaliere, erogando prestazioni in regime di ricovero, sono soggette ai controlli di prevenzione incendi (Allegato I del DPR 1 agosto 2011, n. 151). In conformità al D.Lgs. 81/2008 e al D.M. 2 settembre 2021, il datore di lavoro deve predisporre, attuare e aggiornare un Piano di Gestione dell'Emergenza, definendo misure organizzative, procedurali e tecniche per fronteggiare scenari incidentali prevedibili, sia in condizioni ordinarie sia in emergenza.
Il presente documento raccoglie tutte le informazioni necessarie per l'attuazione del Piano di Emergenza e funge da procedura operativa per l'attivazione tempestiva delle risorse umane e materiali necessarie al contenimento e alla gestione degli eventi critici, derivanti da processi, impianti o depositi, configurabili come emergenze ai sensi della normativa vigente.

Caratteristiche generali della struttura

Il complesso ospedaliero, costruito tra il 1929 e il 1931, è organizzato a padiglioni, ciascuno dedicato a specifiche funzioni cliniche. Dal punto di vista della prevenzione incendi, i padiglioni sono considerati isolati, pur essendo collegati in superficie tramite servizi e percorsi di trasporto per il movimento dei pazienti. Negli anni l'AOSCF ha subito diversi interventi di ristrutturazione, tra cui la costruzione dell'edificio "Piastra" negli anni 2000, collegante il padiglione Baccelli con l'ex Direzione Sanitaria. L'ampliamento delle attività ha richiesto la realizzazione di nuovi impianti tecnologici (gruppi elettrogeni, centrali dei gas medicali) e servizi accessori, come autorimesse interrate.
Il complesso dispone inoltre di un'elisuperficie operativa, a supporto delle funzioni di emergenza-urgenza di un D.E.A. di II livello. Numerose attività presenti rientrano tra quelle soggette agli obblighi di prevenzione incendi (D.P.R. 1 agosto 2011, n. 151). L'Azienda dispone del Manuale del Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio (SGSA), redatto ai sensi del D.M. 19 marzo 2015, custodito dal Direttore del Servizio di Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori, che ricopre anche il ruolo di Responsabile Tecnico Antincendio (RTA).

Analisi dei rischi territoriali - AOSCF, Municipio XII, Roma Capitale.

Territorio e popolazione

- Estensione: 73,07 km^2 - Popolazione: circa 141.104 abitanti

Principali vulnerabilità *(fonti: Piano di Protezione Civile Roma Capitale, Delibera G.C. n. 30/2024; Piani di Emergenza Esterni – DPCM 27/08/2021)*:

Tipologia di rischio	Descrizione sintetica
Chimico-industriale	Presenza di 5 stabilimenti RIR, in particolare nell'area di Malagrotta
Incendi	Elevata suscettibilità a incendi boschivi e urbani
Idraulici / Idrogeologici	Allagamenti, smottamenti e frane in condizioni meteorologiche estreme
Sismico	Esposizione a eventi di media intensità
Infrastrutturali / Trasporti	Vicinanza a arterie stradali e ferroviarie; possibile coinvolgimento di siti sensibili
Biologico-infettivo	Potenziale diffusione naturale o deliberata di agenti patogeni
Eventi di massa / Minacce terroristiche	Possibile uso di agenti chimico/biologici in contesti urbani affollati
Rilascio di materiali pericolosi	Gas, polveri, agenti chimico-biologici da incidenti, trasporti o atti dolosi

Premessa

Il Piano di Emergenza ed Evacuazione (PEE) è predisposto per affrontare emergenze complesse che possono coinvolgere direttamente una o più strutture, o per situazioni di emergenza originate al loro interno, compromettendone in tutto o in parte la funzionalità (ad esempio, un incendio). L'evacuazione di un ospedale, o di una sua parte, rappresenta una sfida organizzativa significativa a causa della particolare tipologia di persone presenti, tra cui pazienti, personale e visitatori. In particolare, la presenza di persone non autosufficienti o non deambulanti, tipica di un ambiente ospedaliero, può aggravare il rischio di situazioni di panico e pericolo in caso di emergenza.

Il Piano di Emergenza definisce in modo preventivo e dettagliato le azioni da intraprendere, in coerenza con i sistemi di prevenzione e protezione presenti, le vie di esodo disponibili e il numero degli occupanti che, a qualsiasi titolo, si trovano contemporaneamente all'interno della struttura.

Le disposizioni e le responsabilità descritte nel Piano di Emergenza costituiscono precise direttive di servizio per tutto il personale coinvolto, garantendo un approccio coordinato e organizzato alla gestione delle emergenze.

Obiettivi

Le finalità del piano sono:

- verificare se l'emergenza è effettivamente presente;
- gestire l'emergenza, se presente;
- salvaguardare la vita umana ***(R_{vita}, profilo di rischio relativo alla **salvaguardia della vita** umana);***
- salvaguardare i beni dell'ospedale ***(R_{beni}, profilo di rischio relativo alla **salvaguardia dei beni** economici);***
- tutelare l'ambiente dagli effetti dell'emergenza ***($R_{ambiente}$, profilo di rischio relativo alla **tutela dell'ambiente** dagli effetti dell'incendio).***

Misure organizzative

⇒ Le misure organizzative, in caso di emergenza interna sono demandate al Piano di Emergenza Interno/Evacuazione (c.d. PEE/Pevac).

⇒ L'organizzazione ospedaliera dei soccorsi in caso di una maxi emergenza è demandata al Piano di emergenza per massiccio afflusso di feriti (c.d. PEIMAF).

Principi generali

A seguito della valutazione dei rischi d'incendio, riportata nel Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) e depositata presso il Responsabile del Servizio di Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori (RSPP) e il Responsabile Tecnico Antincendio (RTA), sono stati designati i lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze, in conformità alle disposizioni di sicurezza sia in esercizio sia in emergenza, inclusa la pianificazione del Piano di Emergenza.

Tali lavoratori sono organizzati in due gruppi principali:

- Addetti di compartimento: garantiscono il primo intervento immediato in caso di emergenza e, se necessario, possono svolgere anche funzioni sanitarie o di supporto.
- Squadra antincendio: responsabile dei controlli preventivi e dell'intervento operativo in caso di incendio, fornendo supporto agli addetti di compartimento, secondo quanto previsto dal D.M. 19 marzo 2015 – *Indirizzi applicativi per le strutture sanitarie*.

Secondo le Linee guida per la pianificazione dell'emergenza intraospedaliera *(Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Protezione Civile, Servizio Emergenza Sanitaria, 22 settembre 1998)*, il Coordinatore dell'Emergenza per le strutture ospedaliere è individuato nel Direttore Sanitario, che può nominare uno o più sostituti all'interno della Direzione Sanitaria.

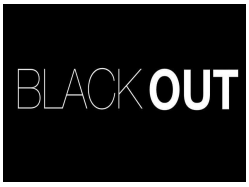
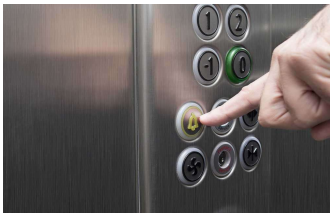
Il Coordinatore dell'Emergenza, se necessario, può essere supportato dal Responsabile del Servizio di Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori o da un suo sostituto, nonché da tutte le figure professionali individuate nel presente piano o ritenute opportune per garantire l'efficace attuazione delle misure organizzative previste.

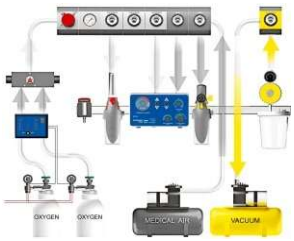
LINEE DI INDIRIZZO GESTIONE EMERGENZE E TIPOLOGIE DI RISCHIO

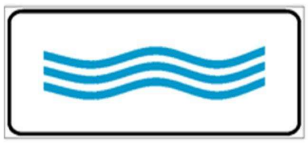
TERMINI E DEFINIZIONI

Emergenza	Situazione di pericolo grave e immediato che può provocare danno a persone, all'ambiente e a cose.
Situazione di Emergenza	Condizione nell'ambito della quale, per errore umano, guasto, calamità naturale, o altra circostanza negativa, imprevista o imprevedibile, vengano a mancare parzialmente o totalmente, le condizioni atte a garantire la sicurezza delle persone, a qualsiasi titolo presenti nella struttura e/o della struttura stessa.
Emergenza minore/limitata	Situazione che necessita della mobilitazione parziale dei lavoratori presenti, l'attivazione degli incaricati della gestione delle emergenze e solo se necessità, l'allertamento degli enti di soccorso esterni (es. Vigili del Fuoco, 118, Forze dell'Ordine, ecc.).
Emergenza rilevante/importante/estesa	Situazione che necessità della mobilitazione di gran parte (ovvero di tutti) i lavoratori presenti, degli incaricati alla gestione delle emergenze e l'intervento degli enti di soccorso esterni (es. Vigili del Fuoco, 118, Forze dell'Ordine, ecc.).
Lenta evoluzione ed entità limitata	Eventi che possono richiedere l'evacuazione del personale di una porzione di edificio e/o di un reparto senza l'intervento di soccorsi esterni; piccolo incendio, limitato rilascio di sostanze tossiche, modesta rottura o riflusso di impianti e/o reti di scarico, etc.; .
Potenziale evoluzione dell'evento	Eventi che richiedono l'evacuazione del personale dell'intero edificio e/o di più reparti con l'intervento di soccorsi esterni ma con a disposizione un lasso di tempo ragionevole per l'abbandono delle zone interessate; ad esempio: incendio, allagamento, black out elettrico, fuga di gas (combustibili e/o medicali) etc.; .
Rapida evoluzione per eventi improvvisi e/o catastrofici	Eventi in cui è indispensabile l'intervento massiccio di soccorsi esterni e deve essere valutata con attenzione la possibilità di evacuazione, e comunque occorre affidarsi ai comportamenti mitiganti precedentemente individuati e da adottarsi a seguito di preventiva e corretta istruzione di tutta la popolazione presente per raggiungere luoghi sicuri, ad esempio in caso di sisma, esplosione, rilascio di gas o sostanze tossiche e formazione di nube in atmosfera, azioni terroristiche, ecc. ;
Rischio incendio	L'attività ospedaliera nella sua globalità è da considerarsi ad elevato/importante rischio incendio e per dimensionare adeguatamente gli interventi da attuare è indispensabile classificare gli eventi in funzione: A – della loro gravità B – della loro tipologia di evoluzione
Rischio Tecnologico	Deriva da tutte le installazioni e gli impianti presenti quali impianti elettrici, reti idriche e di distribuzione gas tecnici e/o medicali, ascensori, installazioni radiologiche, etc.;
Rischio naturale	Comprende fenomeni naturali quali alluvioni, terremoti, esondazioni, etc.; è necessario avere informazioni sulla ricorrenza ed intensità *(case history)* di questi fenomeni naturali e verificare periodicamente lo stato delle strutture;
Rischio chimico	Evento legato alla possibilità di rilascio accidentale o doloso di sostanze chimiche pericolose all'interno della struttura o nell'ambiente circostante; può dar luogo a esalazioni, esplosioni, incendi, contaminazioni, ecc.
Rischio biologico	Evento legato alla possibilità di contaminazione accidentale o dolosa di agenti biologici pericolosi all'interno della struttura o nell'ambiente circostante.
Rischio sociale	Dipende soprattutto dal clima sociale nel quale è inserita l'attività. Si tratta principalmente di un rischio connesso ad attentati, sabotaggi, tumulti, atti vandalici, etc.

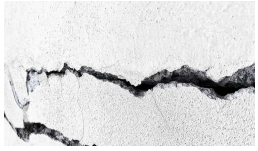
RISCHIO INCENDIO		
GRAVITA'	**EVOLUZIONE**	**RACCOMANDAZIONI**
INCENDIO 1 **EMERGENZA MINORE E/O LIMITATA** 	**LENTA EVOLUZIONE ED ENTITA' LIMITATA** *Incendio circoscritto ad oggetti, in aree limitate (es. un locale) con modesta presenza di fumo, senza coinvolgimento degli impianti tecnologici.* Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e potenzialmente esposti a rischio i degenti/utenti.	• Il personale presente **DEVE** segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza per l'attivazione delle chiamate di emergenza interne; • Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza *(Medico di Direzione Sanitaria di guardia);* • Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; • Senza mettere a rischio la propria incolumità, il personale presente (addetti di compartimento) e gli addetti Squadra Antincendio, intervengono utilizzando i presidi antincendio presenti (es. estintori); • Il controllo e la risoluzione dell'evento, in genere, non richiede l'intervento dei soccorsi esterni, quali i Vigili del Fuoco.
INCENDIO 2 **EMERGENZA IMPORTANTE** 	**POTENZIALE EVOLUZIONE DELL'EVENTO** *Incendio che coinvolge oggetti, in aree circoscritte (due o più locali), con significativa presenza di fumo ed interessamento parziale degli impianti tecnologici.* Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e possono essere esposti a rischio i degenti/utenti.	• Il personale presente **DEVE** segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza per l'attivazione delle chiamate di emergenza interne; • Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza *(Medico di Direzione Sanitaria di guardia);* • Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; • Attivare il segnale d'allarme dal più vicino pulsante di allarme incendio; • Predisporre le azioni per l'esodo orizzontale progressivo dei degenti/visitatori presenti nell'area interessata dall'evento; • Avvisare il personale presente nelle aree limitrofe alla zona interessata; • Intervenire utilizzando, in condizioni di sicurezza, i presidi antincendio presenti (es. estintori) e attivare le operazioni di trasferimento; • Tale evento deve essere immediatamente segnalato al fine di garantire un tempestivo intervento tecnico degli enti di soccorso esterni. In genere, vengono attivati gli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco).
INCENDIO 3 **EMERGENZA RILEVANTE E/O ESTESA** 	**RAPIDA EVOLUZIONE** *Incendio che coinvolge oggetti, in aree estese (reparto, servizio, piano, etc.), con massiccia presenza di fumo ed interessamento significativo degli impianti tecnologici.* Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.	Tale situazione ha luogo come conseguenza di quanto indicato nell'emergenza importante, ma che interessa un'area estesa; tale evento richiede l'immediato intervento di tutte le risorse disponibili e l'intervento tempestivo degli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco) Dar luogo all'immediato esodo orizzontale progressivo e/o all'evacuazione.

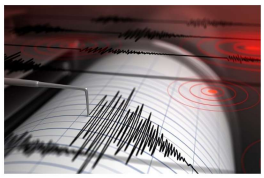
RISCHIO TECNOLOGICO		
GRAVITA'	**EVOLUZIONE**	**RACCOMANDAZIONI**
BLACK OUT ELETTRICO **EMERGENZA IMPORTANTE**  	**RAPIDA EVOLUZIONE** *Evento improvviso che coinvolge tutta o parte della struttura, provocando l'interruzione di energia elettrica situazione che può compromettere il regolare svolgimento dell'attività lavorativa.* Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti. La mancanza di alimentazione elettrica delle apparecchiature e degli impianti provoca situazioni di alto rischio. La conoscenza delle diverse tipologie di fornitura di alimentazione elettrica (rete, gruppi elettrogeni, gruppi di continuità) e la necessità di mantenimento delle condizioni di alimentazione è l'elemento indispensabile che ogni lavoratore deve conoscere.	• Il personale presente **DEVE** segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza per l'attivazione delle chiamate di emergenza interne. • Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza *(Medico di Direzione Sanitaria di guardia);* • Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; • Fino all'entrata in funzione dei sistemi di emergenza (gruppi di continuità, gruppi elettrogeni, etc.) gli operatori devono contenere le situazioni di panico che potrebbero insorgere. • Fornire immediata assistenza ai degenti/visitatori che ne necessitano, utilizzando, se necessario, i dispositivi manuali presenti. La tipologia del guasto o il perdurare della situazione possono far variare la gravità dell'emergenza.
BLOCCO ASCENSORI, MONTALETTIGHE **EMERGENZA IMPORTANTE** 	**RAPIDA EVOLUZIONE** *Evento improvviso, provocato da interruzione di energia elettrica o da guasto tecnico che compromette il regolare svolgimento dell'attività lavorativa.* Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.	• Gli operatori sanitari bloccati all'interno dell'ascensore devono restare calmi e tranquillizzare i presenti nonché prestare assistenza ai degenti/visitatori. • Attivare il pulsante di allarme e comunicare al personale preposto *(remotizzazione allarme ascensori presso sala operativa h.24 Vigilanza)* matricola e sede dell'ascensore bloccato e rimanere in attesa dell'intervento del personale tecnico per le manovre di "sblocco" per riportare l'ascensore al piano. In genere, il controllo e la risoluzione dell'evento si risolve con l'intervento del personale tecnico. La tipologia del guasto o il perdurare della situazione possono far variare la gravità dell'emergenza.
INTERRUZIONE EROGAZIONE OSSIGENO **EMERGENZA IMPORTANTE** 	**RAPIDA EVOLUZIONE** *Evento improvviso, provocato da interruzione dell'erogazione a seguito di un guasto dell'impianto, al serbatoio o alle rampe di distribuzione, che compromette il regolare svolgimento dell'attività lavorativa.* Condizione nella quale sono coinvolti i degenti/utenti.	• Il personale presente **DEVE** segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. • Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza *(Medico di Direzione Sanitaria di guardia);* • Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; • Fornire assistenza ai degenti che ne necessitano mediante l'utilizzo delle bombole previste ai fini dell'emergenza (es. carrello emergenza). La tipologia del guasto o il perdurare della situazione possono far variare la gravità dell'emergenza.

RISCHIO TECNOLOGICO		
GRAVITA'	**EVOLUZIONE**	**RACCOMANDAZIONI**
INTERRUZIONE EROGAZIONE ARIA MEDICALE/VUOTO **EMERGENZA IMPORTANTE** 	**RAPIDA EVOLUZIONE** *Evento improvviso, provocato da interruzione dell'erogazione a seguito di un guasto ai compressori.* Condizione nella quale sono coinvolti i degenti/utenti.	• Il personale presente **DEVE** segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. • Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); • Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; • Gli operatori presenti devono fornire assistenza ai degenti che ne necessitano mediante l'utilizzo di sistemi manuali. • Attuare tutte le possibili misure compensative in attesa di un tempestivo intervento tecnico di ripristino. La tipologia del guasto o il perdurare della situazione possono far variare la gravità dell'emergenza.
INTERRUZIONE ALIMENTAZIONE IDRICA **EMERGENZA IMPORTANTE** 	**RAPIDA EVOLUZIONE** *Evento improvviso, legato al guasto dell'impianto di distribuzione che compromette il regolare svolgimento dell'attività lavorativa* Genera emergenza sanitaria in particolare in alcuni reparti/servizi (es. emodialisi) e emergenza tecnologica in altri (es. impianto antincendio). Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e degenti/utenti.	• Il personale presente **DEVE** segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. • Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); • Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; • Gli operatori presenti devono fornire assistenza ai degenti che ne necessitano mediante l'utilizzo di sistemi alternativi. • Attuare tutte le possibili misure compensative in attesa di un tempestivo intervento tecnico di ripristino. La tipologia del guasto o il perdurare della situazione possono far variare la gravità dell'emergenza.
INTERRUZIONE COMUNICAZIONI *(telefonia, allarmi, ecc,)* **EMERGENZA IMPORTANTE** 	**RAPIDA EVOLUZIONE** *Evento improvviso, provocato dal guasto alla centrale telefonica, black-out sull'erogazione del servizio da parte di terzi ecc.: che compromette il regolare svolgimento dell'attività lavorativa.* Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e degenti/utenti.	• Il personale presente **DEVE** segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. • Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); • Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; • Il personale presente per le comunicazioni interne utilizzerà misure alternative (es. sistemi radio, comunicazioni verbali, ecc.) mentre verso l'esterno, se funzionanti, utilizzerà i telefoni cellulari. La tipologia del guasto o il perdurare della situazione possono far variare la gravità dell'emergenza.

RISCHIO TECNOLOGICO		
GRAVITA'	**EVOLUZIONE**	**RACCOMANDAZIONI**
INTERRUZIONE COMUNICAZIONI TELEMATICHE TRASMISSIONI DATI ecc. **EMERGENZA IMPORTANTE** 	**RAPIDA EVOLUZIONE** *Evento improvviso, provocato dal guasto al ponte radio, server, virus informatici ecc. che compromette il regolare svolgimento dell'attività lavorativa ed in particolare per alcuni servizi/reparti fra cui: laboratorio analisi, radiologie, accettazione ecc.* Condizione nella quale sono coinvolti tutti i lavoratori e degenti/utenti.	• Il personale presente **DEVE** segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. • Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); • Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; • Gli operatori presenti devono fornire assistenza ai degenti che ne necessitano mediante l'utilizzo di sistemi manuali. La tipologia del guasto o il perdurare della situazione possono far variare la gravità dell'emergenza.
INTERRUZIONE SISTEMA RISCALDAMENTO E/O TRATTAMENTO ARIA **EMERGENZA IMPORTANTE** 	**RAPIDA EVOLUZIONE** *Evento dovuto a un guasto che può compromettere il regolare svolgimento dell'attività lavorativa.* Condizione nella quale sono coinvolti tutti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.	• Il personale presente **DEVE** segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. • Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); • Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; • Si deve cercare di mantenere le condizioni microclimatiche interne adottando misure compensative quali chiusura/ apertura finestre o fornire coperte ecc. La tipologia del guasto o il perdurare della situazione possono far variare la gravità dell'emergenza.
ALLAGAMENTO 1 **EMERGENZA MINORE LIMITATA** 	**LENTA EVOLUZIONE ED ENTITA' LIMITATA** *Evento circoscritto alla rottura di una porzione della rete idrica o fognaria, e/o modesti reflussi impianti/reti di scarico che può compromettere il regolare svolgimento il regolare svolgimento dell'attività lavorativa.* Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e possono essere esposti a rischio i degenti/utenti.	• Il personale presente **DEVE** segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. • Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); • Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza. In genere, il controllo e la risoluzione dell'evento si risolve con le risorse interne.

RISCHIO TECNOLOGICO		
GRAVITA'	**EVOLUZIONE**	**RACCOMANDAZIONI**
ALLAGAMENTO 2 **EMERGENZA IMPORTANTE** 	**RAPIDA EVOLUZIONE** *Evento che coinvolge parzialmente gli impianti tecnologici provocando l'impraticabilità di parte della struttura.* Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e possono essere esposti a rischio i degenti/utenti.	• Il personale presente **DEVE** segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. • Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); • Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza. • Tale evento deve essere immediatamente segnalato al fine di garantire un tempestivo intervento tecnico degli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco). • In attesa, se vi sono rischi concreti, procedere all'esodo orizzontale progressivo e/o evacuare l'area e, se possibile sganciare l'interruttore elettrico generale. In genere, vengono attivati gli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco).

RISCHIO STRUTTURALE		
GRAVITA'	**EVOLUZIONE**	**RACCOMANDAZIONI**
CEDIMENTO STRUTTURALE *anche a seguito di allagamento, frana. sisma, esplosione, evento catastrofico.* **EMERGENZA RILEVANTE** 	**RAPIDA EVOLUZIONE** *Evento che coinvolge tutta la struttura o parte di essa (muri, solai, controsoffitti, ecc.) provocando in funzione dell'entità dell'evento cedimento o impraticabilità della stessa che compromette il regolare svolgimento dell'attività lavorativa.* Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.	• Il personale presente **DEVE** segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. • Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); • Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza. • Tale evento, può richiedere l'intervento tempestivo degli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco) al fine di garantire un tempestivo intervento tecnico degli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco). • Tutto il personale deve restare calmo, tranquillizzare i degenti/visitatori e prepararsi all'esodo orizzontale progressivo o all'evacuazione verticale, allontanandosi con estrema cautela dalla zona interessata dal cedimento strutturale, recandosi in un luogo sicuro (reparto adiacente, punto di raccolta). • In attesa, se vi sono rischi concreti, procedere all'esodo orizzontale progressivo e/o evacuare l'area. • Deve essere verificato che all'interno dell'area interessata all'evento non sia rimasto nessuno e, se possibile, sezionare/chiudere gli impianti tecnologici presenti nell'area (acqua, energia elettrica, gas medicali ecc.) agendo sugli appositi dispositivi di intercettazione.

RISCHIO DA EVENTI NATURALI		
GRAVITA'	**EVOLUZIONE**	**RACCOMANDAZIONI**
ESONDAZIONE, ALLUVIONE, FRANA **EMERGENZA RILEVANTE** 	**RAPIDA EVOLUZIONE** *Eventi improvvisi e/o catastrofici che coinvolgono tutta o parte della struttura provocandone l'impraticabilità che compromette la sicurezza dei lavoratori, degenti*/visitatori. Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.	• Il personale presente **DEVE** segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. • Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); • Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza. • Tale evento deve essere immediatamente segnalato al fine di garantire un tempestivo intervento tecnico degli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco). • In attesa, se vi sono rischi concreti, procedere all'esodo orizzontale progressivo e/o evacuare l'area. In genere, vengono attivati gli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco).
SISMA **EMERGENZA RILEVANTE**  **Opuscolo informativo e operativo:**	**RAPIDA EVOLUZIONE** Eventi improvvisi e/o catastrofici che coinvolgono tutta o parte della struttura provocandone l'impraticabilità che compromette la sicurezza dei lavoratori, degenti/utenti.	• Tutto il personale presente deve prepararsi a fronteggiare la possibilità di ulteriori scosse riparandosi sotto gli architravi delle porte o in prossimità dei muri portanti; in relazione alla gravità dell'evento gli operatori devono attuare le operazioni di evacuazione dei degenti/visitatori muovendosi con estrema prudenza ed avanzando lungo i muri. Una volta all'esterno devono allontanarsi dalla struttura e recarsi nel punto di raccolta.

http://www.scamilloforlanini.rm.it/gestione-emergenze

RISCHIO CHIMICO		
GRAVITA'	**EVOLUZIONE**	**RACCOMANDAZIONI**
SVERSAMENTO, SPANDIMETO DI SOSTANZE CHIMICHE PERICOLOSE **EMERGENZA MINORE**	**LENTA EVOLUZIONE ED ENTITA' LIMITATA** *Evento circoscritto, che non coinvolge impianti tecnologici e senza formazione di vapori; può compromettere il regolare svolgimento dell'attività lavorativa.* Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e possono essere esposti a rischio i degenti/utenti.	• Il personale presente, se adeguatamente formato, e se in grado di intervenire in condizioni di sicurezza, interviene utilizzando le tecniche, i materiali ed i DPI previsti nelle schede di sicurezza delle sostanze.
NUBE TOSSICA **EMERGENZA RILEVANTE**	**RAPIDA EVOLUZIONE** *Evento derivante da una contaminazione generata da un evento esterno alla struttura che compromette la sicurezza di lavoratori, degenti e utenti.*	• Il personale presente deve provvedere alla chiusura delle porte e finestre, disattivare i sistemi di condizionamento dell'aria, evitare che degenti/utenti e visitatori escano all'esterno e rimanere in attesa di istruzioni da parte degli enti di soccorso esterni. In genere, vengono attivati gli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco).

RISCHIO SOCIALE		
GRAVITA'	**EVOLUZIONE**	**RACCOMANDAZIONI**
MINACCIA ARMATA/RAPINA **EMERGENZA IMPORTANTE**	**RAPIDA EVOLUZIONE** *Eventi improvvisi che coinvolgono tutta o parte della struttura.*	Il personale presente all'evento, deve: • Eseguire le istruzioni impartite dall'attentatore e in caso di domande rispondere con calma; • Restare al proprio posto, con la testa china, se la minaccia è diretta, offrire la minore superficie ad azioni di una eventuale offesa fisica; • Evitare di contrastare con i propri comportamenti le azioni compiute dall'attentatore; • Eseguire con naturalezza e con calma ogni movimento (non si devono compiere azioni che possano apparire furtive o movimenti che possono apparire una fuga o una reazione di difesa); • Il personale presente, non direttamente coinvolto e senza mettere a rischio la propria incolumità, deve dare immediata comunicazione dell'evento alle Forze dell'Ordine.
TELEFONATA MINATORIA ANNUNCIO ORDIGNI ESPLOSIVI **EMERGENZA IMPORTANTE**	**RAPIDA EVOLUZIONE** *Eventi improvvisi che coinvolgono tutta o parte della struttura.*	Il personale presente all'evento, deve: • Ascoltare con calma e cortesia e **NON** interrompere il chiamante**;** • Ottenere il massimo numero di informazioni, tenendo il chiamante in linea il maggior tempo possibile; • Informare immediatamente, al termine della telefonata, il Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia), il quale valutata la situazione: richiederà l'immediato intervento delle Forze dell'Ordine. Il personale presente, non direttamente coinvolto, deve: • Verificare la presenza di oggetti (valigie, bagagli, pacchi e simili) abbandonati nei corridoi dopo aver verificato che questi non risultino appartenere a nessuno tra il personale dipendente ed utenti; • Verificare che nessuno sposti l'oggetto dal punto esatto ove si trova in attesa dell'arrivo delle Forze dell'Ordine allertate; • Attenersi strettamente alle disposizioni del Coordinatore dell'Emergenza poiché potrebbe essere dato anche l'ordine di evacuazione.
AGGRESSIONE **EMERGENZA IMPORTANTE**	**RAPIDA EVOLUZIONE** *Eventi improvvisi che coinvolgono tutta o parte della struttura.*	Il personale, deve eseguire le istruzioni presenti nella **procedura aziendale atti di violenza operatori sanitari.**

A titolo semplificativo, si allegano alcune misure di sicurezza da adottare:

Materiali infiammabili e sorgenti d'innesco	
Elementi di Rischio	**Misure di sicurezza**
Gas infiammabili	• I lavoratori che manipolano il gas infiammabile devono essere adeguatamente addestrati sulle misure di sicurezza da osservare. • I lavoratori devono essere anche a conoscenza delle proprietà del gas infiammabile e delle circostanze che possono incrementare il rischio di incendio. • Il recipiente del gas infiammabile deve essere allontanato immediatamente dai luoghi di utilizzo e depositato preferibilmente in un'area idonea fuori dall'edificio. • Immagazzinare i gas infiammabili in locali realizzati con strutture resistenti al fuoco. • In caso di probabile formazione di miscela esplosiva, usare gas inerti per uscire dai limiti di infiammabilità. • Rimuovere o ridurre il gas infiammabile ad un quantitativo richiesto per la normale conduzione dell'attività. • Rimuovere o sostituire i materiali di rivestimento che favoriscono la propagazione dell'incendio.
Grandi quantitativi di carta, materiali di imballaggio e materiali plastici.	• I lavoratori che lavorano con quantitativi di carta e materiali di imballaggio devono essere adeguatamente addestrati sulle misure di sicurezza da osservare. • Immagazzinare i quantitativi di carta e materiali di imballaggio in locali realizzati con strutture resistenti al fuoco. • Rimuovere o ridurre quantitativi di carta e di materiali di imballaggio ad un quantitativo richiesto per la normale conduzione dell'attività. • Rimuovere o sostituire i materiali di rivestimento che favoriscono la propagazione dell'incendio.
Prodotti chimici che possono essere da soli infiammabili o che possono reagire con altre sostanze provocando un incendio.	• Dividere i prodotti ossidanti da quelli riducenti. • I lavoratori che manipolano i prodotti chimici devono essere adeguatamente addestrati sulle misure di sicurezza da osservare. • I lavoratori devono essere anche a conoscenza delle proprietà dei prodotti chimici e delle circostanze che possono incrementare il rischio di incendio. • I materiali di pulizia, se combustibili, devono essere tenuti in appositi ripostigli o locali. • Immagazzinare i prodotti chimici in locali realizzati con strutture resistenti al fuoco, e, dove praticabile, conservare la scorta per l'uso giornaliero in contenitori appositi. • Rimuovere o ridurre i prodotti chimici ad un quantitativo richiesto per la normale conduzione dell'attività. • Rimuovere o sostituire i materiali di rivestimento che favoriscono la propagazione dell'incendio. • Separare gli acidi dalle basi. • Sostituire i prodotti chimici pericolosi con altri meno pericolosi.

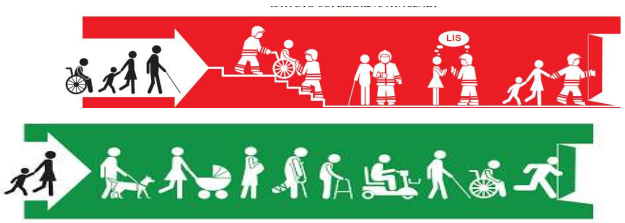
Attrezzature elettriche non installate ed utilizzate secondo le norme di buona tecnica.	• Adottare, dove appropriato, un sistema di permessi di lavoro nei confronti di addetti alla manutenzione ed appaltatori. • Controllare la conformità degli impianti elettrici alle normative tecniche vigenti. • Controllare la corretta manutenzione di apparecchiature elettriche e meccaniche. • Divieto dell'uso di fiamme libere nelle aree ad alto rischio. • Formare i lavoratori sull'utilizzo delle attrezzature elettriche. • Identificare le aree dove è proibito fumare e regolamentare il fumo nelle altre aree. • Installare e mantenere in efficienza i dispositivi di protezione. • Nel caso debba provvedersi ad una alimentazione provvisoria di una apparecchiatura elettrica, il cavo elettrico deve avere la lunghezza strettamente necessaria ed essere posizionato in modo da evitare possibili danneggiamenti. • Pulire e riparare i condotti di ventilazione e le canne fumarie. • Rimuovere le attrezzature non necessarie. • Riparare e sostituire le apparecchiature danneggiate. • Sostituire le attrezzature elettriche non idonee.
Fiamme libere	• A fine lavoro il luogo ove si effettuano i lavori che utilizzano fiamme libere, eseguire un sopralluogo per accertare che ogni materiale combustibile sia stato rimosso o protetto contro calore e scintille. • Adottare, dove appropriato, un sistema di permessi nei confronti di addetti alla manutenzione ed appaltatori, per i lavori da effettuarsi a fiamma libera. • Controllare la conformità degli impianti elettrici alle normative tecniche vigenti in modo da evitare incendi e sviluppo di fiamme libere. • Controllare la corretta manutenzione di apparecchiature elettriche e meccaniche. • Depositare le bombole di gas, quando non sono utilizzate, fuori dal luogo di lavoro. • Depositare le sostanze infiammabili in luogo sicuro e ventilato. I locali ove tali sostanze vengono utilizzate devono essere ventilati e tenuti liberi da sorgenti di ignizione. • Dopo l'ultimazione dei lavori, ispezionare ogni area dove sono stati effettuati i lavori medesimi per assicurarsi che non ci siano materiali accesi o braci. • Formare i lavoratori sul rischio dovuto all'utilizzo delle fiamme libere. • Identificare le aree dove è proibito fumare e regolamentare il fumo nelle altre aree. • Installare e mantenere in efficienza i dispositivi di protezione. • Mettere a disposizione estintori portatili ed informare gli addetti al lavoro sul sistema di allarme antincendio esistente. • Proibire l'uso di fiamme libere nelle aree ad alto rischio. • Pulire e riparare i condotti di ventilazione e le canne fumarie. • Riparare e sostituire le apparecchiature danneggiate. • Se si devono utilizzare le fiamme libere, schermare le sorgenti di calore valutate pericolose tramite elementi resistenti al fuoco.
Fiamme o scintille dovute a processi di lavoro.	• A fine lavoro il luogo ove si effettuano lavori che provocano scintille fare il sopralluogo per accertare che ogni materiale combustibile sia stato rimosso o protetto contro calore e scintille. • Adottare, dove appropriato, un sistema di permessi di lavoro nei confronti

	di addetti alla manutenzione ed appaltatori. • Controllare la conformità degli impianti elettrici alle normative tecniche vigenti. • Controllare la corretta manutenzione di apparecchiature elettriche e meccaniche. • Controllare l'utilizzo delle attrezzature che possono provocare le scintille secondo le istruzioni dei costruttori. • Depositare le bombole di gas, quando non sono utilizzate, fuori dal luogo di lavoro. • Depositare le sostanze infiammabili in luogo sicuro e ventilato. I locali ove tali sostanze vengono utilizzate devono essere ventilati e tenuti liberi da sorgenti di ignizione. • Divieto dell'uso di attrezzi che possono provocare scintille o fiamme nelle aree ad alto rischio. • Formare i lavoratori sul rischio dovuto alla presenza di scintille in un ambiente di lavoro. • Identificare le aree dove è proibito fumare e regolamentare il fumo nelle altre aree. • Installare e mantenere in efficienza i dispositivi di protezione. • Ispezionare ogni area dove è stato effettuato un lavoro dopo l'ultimazione dei lavori medesimi per assicurarsi che non ci siano materiali accesi o braci. • Mettere a disposizione estintori portatili ed informare gli addetti al lavoro sul sistema di allarme antincendio esistente. • Pulire e riparare i condotti di ventilazione e canne fumarie. • Riparare e sostituire le apparecchiature danneggiate. • Schermare le sorgenti di scintille o di fiamme valutate pericolose tramite barriere ad acqua. • Schermare le sorgenti di scintille o fiamme valutate pericolose tramite elementi resistenti al fuoco.
Sorgenti di calore	• Adottare, dove appropriato, un sistema di permessi di lavoro nei confronti di addetti alla manutenzione ed appaltatori. • Controllare la conformità degli impianti elettrici alle normative tecniche vigenti. • Controllare la corretta manutenzione di apparecchiature elettriche e meccaniche. • Controllare l'utilizzo dei generatori di calore secondo le istruzioni dei costruttori. • Divieto dell'uso sorgenti di calore nelle aree ad alto rischio. • Formare i lavoratori sul rischio specifico delle sorgenti di calore. • Identificare le aree dove è proibito fumare e regolamentare il fumo nelle altre aree. • Installare e mantenere in efficienza i dispositivi di protezione. • Pulire e riparare i condotti di ventilazione e canne fumarie. • Rimuovere le sorgenti di calore non necessarie. • Riparare e sostituire le apparecchiature danneggiate. • Schermare le sorgenti di calore valutate pericolose tramite elementi resistenti al fuoco. • Sostituire le sorgenti di calore con altre più sicure.

Ordine di evacuazione per emergenza

Il Direttore Sanitario, o un suo sostituto, è l'unica figura autorizzata, insieme al Funzionario o Capo Squadra dei Vigili del Fuoco (VV.F.), a diramare l'ordine di evacuazione totale, necessario per garantire la salvaguardia di tutte le persone presenti in caso di emergenze rilevanti, importanti o estese[1].
In caso di necessità, il dirigente o il personale della struttura direttamente coinvolta nell'evento emergenziale, in collaborazione con gli addetti antincendio di compartimento e il personale della Squadra antincendio, possono decidere di diramare un ordine di evacuazione parziale, volto alla tutela delle persone in aree limitate, in situazioni di emergenza minore o circoscritta.
Per valutare l'effettiva necessità di un'evacuazione, il personale presente deve acquisire ogni informazione utile dal Coordinatore dell'Emergenza (il Medico della Direzione Sanitaria) e dalle altre figure professionali coinvolte nel presente piano, o considerate necessarie in base alla situazione specifica[2].
Una volta attivato l'allarme e notificata l'emergenza agli organi competenti, l'arrivo dei Vigili del Fuoco sul luogo dell'intervento comporta il passaggio del comando delle operazioni al Funzionario o Capo Squadra dei VV.F. Gli addetti di compartimento, il personale della Squadra antincendio e tutti gli operatori coinvolti devono garantire piena collaborazione e fornire informazioni utili per agevolare le operazioni di soccorso.

Le **planimetrie di emergenza** contengono informazioni relative ai presidi antincendio, alle vie **di** fuga, all'evacuazione e al soccorso degli occupanti l'edificio. Possono essere utilizzate anche dalle forze **di** intervento in caso **di emergenza**.



[1] *Situazione che necessità della mobilitazione di gran parte (ovvero di tutti) i lavoratori presenti, degli incaricati alla gestione delle emergenze e l'intervento degli enti di soccorso esterni (es. Vigili del Fuoco, 118, Forze dell'Ordine, ecc.).*

[2] *Situazione che necessita della mobilitazione parziale dei lavoratori presenti, l'attivazione degli incaricati della gestione delle emergenze e solo se necessità, l'allertamento degli enti di soccorso esterni (es. Vigili del Fuoco, 118, Forze dell'Ordine, ecc.).*

ISTRUZIONI OPERATIVE PRINCIPALI FUNZIONI AZIENDALI

DIRETTORE SANITARIO	Il Direttore Sanitario, o un suo sostituto, assume il ruolo di Coordinatore aziendale delle emergenze. Durante le fasi emergenziali: • Il medico di Direzione Sanitaria in servizio di guardia, in collaborazione con il Direttore Sanitario, coordina l'attività sanitaria dell'Ospedale e dispone gli interventi tecnici necessari per risolvere eventuali criticità. • Mantiene contatti costanti con tutte le figure coinvolte nel presente Piano di Emergenza. • Coordina l'Unità di Crisi Aziendale (UdC), assicurando una gestione organizzata e tempestiva delle operazioni. • È, insieme al Funzionario o Capo Squadra dei Vigili del Fuoco, l'unica figura autorizzata a emanare l'ordine di evacuazione totale (emergenza estesa). La presenza del Direttore Sanitario, o di un suo sostituto, è indispensabile durante le emergenze; pertanto, la sua reperibilità deve essere garantita 24 ore su 24.
SQUADRA ANTINCENDIO H. 24	Gli addetti della squadra antincendio svolgono compiti di prevenzione, intervento e collaborazione, in conformità alla normativa sulla sicurezza antincendio e alle specificità delle strutture sanitarie. 1. Prevenzione • Controlli periodici: verifica dello stato e della funzionalità di estintori, idranti, rilevatori di fumo, porte tagliafuoco e altri dispositivi antincendio. • Monitoraggio vie di esodo: controllo regolare delle vie di fuga, garantendo che siano libere da ostacoli e correttamente segnalate. • Sorveglianza: segnalazione di anomalie o guasti agli impianti e ai sistemi antincendio. • Formazione e addestramento: partecipazione regolare a esercitazioni e aggiornamenti sulle tecniche di prevenzione e intervento. • Pianificazione: conoscenza e applicazione delle procedure di emergenza specifiche per l'ospedale. 2. Intervento • Gestione del primo intervento: rispondere prontamente alle chiamate di emergenza interne e agli allarmi remoti; attivare le procedure di emergenza tramite centralino aziendale, se necessario. • Spegnimento incendi: utilizzo di estintori o idranti per contenere i principi di incendio fino all'arrivo dei Vigili del Fuoco. • Contenimento delle fiamme: limitare la propagazione del fuoco nelle aree interessate. • Gestione del panico: assistere personale e pazienti per prevenire confusione o comportamenti pericolosi. • Supporto all'evacuazione: coordinare e assistere le persone, con particolare attenzione a pazienti non autosufficienti. • Separazione delle aree: controllo delle barriere antincendio e isolamento delle zone non coinvolte. 3. Collaborazione con i Vigili del Fuoco • Comunicazione e informazioni: fornire indicazioni sull'incendio, incluse ubicazione, estensione e criticità (pazienti non

	deambulanti, materiali pericolosi, ecc.). • Assistenza operativa: supportare le operazioni dei Vigili del Fuoco, indicando la posizione di impianti tecnologici critici (centrali gas medicali, gruppi elettrogeni, ecc.). 4. Azioni post-emergenza • Ripristino della sicurezza: garantire che l'area interessata sia resa sicura dopo l'intervento. • Analisi dell'evento: collaborare nella valutazione delle cause e delle dinamiche dell'incendio per prevenire futuri incidenti. • Documentazione: redigere rapporti sulle azioni intraprese e sulle criticità riscontrate. La squadra antincendio ospedaliera svolge un ruolo cruciale nella gestione delle emergenze, adattando le proprie attività alle peculiarità delle strutture sanitarie, spesso caratterizzate dalla presenza di persone vulnerabili, come pazienti non autosufficienti, anziani o neonati.
ADDETTI ANTINCENDIO DI COMPARTIMENTO	Gli addetti di compartimento garantiscono il primo intervento immediato in caso di emergenza e possono svolgere ulteriori funzioni, sanitarie o non sanitarie, in base alle necessità operative. Questo personale, qualificato come addetto antincendio per attività a rischio elevato (livello 3) e certificato dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco (VV.F.), deve essere presente in numero adeguato secondo i requisiti minimi del Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio (SGSA). Compiti principali • Primo intervento antincendio: gestire immediatamente i principi di incendio nelle aree di competenza. • Gestione emergenze: intervenire tempestivamente per ripristinare condizioni di sicurezza in situazioni critiche. • Collaborazione con soccorso esterno: supportare i Vigili del Fuoco e altri enti di soccorso in caso di emergenze gravi. • Sorveglianza antincendio: monitorare le aree di competenza per prevenire situazioni di rischio. Gli addetti di compartimento sono identificabili da una banda rossa sulla divisa aziendale. La maggior parte appartiene al personale sanitario, che deve seguire scrupolosamente le istruzioni operative in materia di sicurezza. Durante gli interventi in situazioni critiche, gli addetti devono agire con massima cautela, garantendo la propria incolumità e quella di pazienti e colleghi.
DIRETTORE SERVIZIO DI SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO E DEI LAVORATORI	Il Direttore UOSD è responsabile della sicurezza del personale, in conformità al D.Lgs. 81/2008, garantendo prevenzione, protezione e verifiche periodiche, nonché predisponendo interventi necessari per assicurare la sicurezza dei lavoratori. Responsabile Tecnico Antincendio (RTA) • Pianifica, coordina e verifica le attività di adeguamento antincendio, nel rispetto della politica aziendale per la sicurezza antincendio. • Supervisiona l'applicazione delle procedure antincendio e ne assicura la corretta implementazione. Gestore Elisuperficie • Garantisce la sicurezza, la piena fruibilità e l'efficienza operativa dell'elisuperficie aziendale, con particolare attenzione ai trasporti

	in eliambulanza. Supporto al Coordinatore dell'Emergenza • Fornisce assistenza tecnica e consulenza specializzata durante le emergenze. • Partecipa attivamente all'Unità di Crisi Aziendale (UdC), contribuendo alla gestione organizzata delle emergenze.
RESPONSABILE PROCEDURE ED ESERCITAZIONI PER LE EMERGENZE	Supervisione del Piano di Emergenza ed Evacuazione (PEE) • Vigila sull'attivazione e sull'effettiva operatività del PEE, garantendo che le procedure siano correttamente implementate e rispettate. Elaborazione e aggiornamento del PEE • Cura la redazione, la revisione periodica e la diffusione del Piano di Emergenza ed Evacuazione a livello intra-aziendale e sovra-aziendale. • Pianifica corsi di formazione specifici e organizza esercitazioni pratiche per la gestione di emergenze e maxi emergenze, sia intraospedaliere sia extraospedaliere. Collaborazione con il RTA • Fornisce al Responsabile Tecnico Antincendio (RTA) tutte le informazioni necessarie per garantire una gestione efficace delle emergenze. Supporto all'Unità di Crisi Aziendale (UdC) • Opera in sinergia con l'UdC durante scenari emergenziali, assicurando l'applicazione corretta del Piano di Emergenza. Coordinamento del Gruppo Operativo Interdisciplinare (GOI) • Coordina il GOI per emergenze e maxi emergenze aziendali, garantendo un approccio integrato e multidisciplinare nella gestione degli eventi critici.
DIRETTORE PATRIMONIO ED EDILIZIA	Responsabile della gestione delle esigenze tecnico-impiantistiche e degli interventi urgenti, da eseguire autonomamente o avvalendosi di servizi tecnici esternalizzati. Coordina le attività necessarie a garantire l'efficienza e la sicurezza di impianti e servizi, ottimizzando i processi attraverso il coinvolgimento delle risorse e degli uffici competenti. Progetta e realizza gli ambienti di lavoro nel pieno rispetto delle normative antincendio, delle linee guida per l'edilizia sanitaria e ospedaliera e delle normative tecniche specifiche, con particolare attenzione agli adeguamenti per la sicurezza antincendio. Si occupa inoltre dell'identificazione, dell'installazione e della manutenzione della segnaletica di sicurezza, emergenza, obbligo e divieto, garantendo il corretto funzionamento dei percorsi di esodo e fuga, della loro illuminazione, delle compartimentazioni e dei punti di raccolta. Partecipa attivamente alle riunioni dell'Unità di Crisi (UdC), contribuendo alla gestione delle emergenze e alla pianificazione delle misure preventive.
EMERGENZA TECNICA	Durante le fasi di esercizio e in situazione di emergenza, il personale dell'UOC Patrimonio ed Edilizia, con il supporto dei servizi tecnici esternalizzati, garantisce, nell'ambito delle proprie competenze, l'intervento sicuro su attrezzature, impianti e apparecchiature, nonché il ripristino in sicurezza dei luoghi di lavoro.
SERVIZIO DI VIGILANZA	Durante le situazioni di emergenza, sarà responsabile di garantire la sicurezza e la viabilità, sia interna che esterna, per il corretto accesso dei

	mezzi di soccorso. Verificherà che tutte le aree siano libere da ostacoli, consentendo l'accostamento rapido e sicuro dei mezzi. Collaborerà attivamente con i soccorritori, sia interni che esterni, fornendo tutte le informazioni necessarie per una gestione efficace dell'emergenza. Inoltre, in sinergia con i soccorritori, assicurerà la sicurezza dell'area interessata dall'emergenza. Potrà, se necessario, modificare la viabilità interna e la gestione delle zone di parcheggio, in coordinamento con gli enti istituzionali competenti.
DIRETTORE PROFESSIONI SANITARIE	Il Direttore delle Professioni Sanitarie, o suo sostituto, sarà a disposizione del Coordinatore dell'Emergenza, assicurando la presenza delle risorse umane necessarie per l'evacuazione sicura delle persone coinvolte nell'emergenza e per l'assistenza nel punto di raccolta (Squadra Evacuazione Sanitaria). Garantirà inoltre l'invio di personale aggiuntivo per supportare la gestione delle fasi emergenziali e sarà responsabile della gestione dello SLOT. Parteciperà attivamente alle riunioni dell'Unità di Crisi (UdC).
UNITA' DI CRISI AZIENDALE (UdC)	L'Unità di Crisi (UdC) rappresenta il nucleo direzionale e decisionale durante le fasi operative, con il compito di garantire l'efficace attuazione del Piano di Emergenza Evacuazione (PEE). Essa costituisce la forza di intervento in caso di emergenze estese e maxi emergenze, sia interne che esterne. L'UdC viene attivata dal Coordinatore dell'Emergenza o dal suo sostituto, in base alla tipologia di emergenza e secondo le indicazioni previste nel Piano. L'allerta e la convocazione dei membri dell'UdC avvengono tramite il Centralino aziendale, che utilizza i cellulari aziendali. I componenti dell'UdC sono tenuti a recarsi tempestivamente, una volta convocati, presso la sede dell'UdC. **Sede dell'UdC:** Sala riunioni della Direzione Generale, Padiglione Busi, piano terra (lato Circonvallazione Gianicolense) e/o altro luogo indicato dal Direttore Sanitario, in base alle esigenze emergenziali. L'Unità di Crisi, presieduta dal Direttore Sanitario o dal suo sostituto, prende collegialmente le decisioni relative alla gestione dell'emergenza. **Composizione UdC:** • Direttore Generale; • Direttore Sanitario (che la coordina); • Direttore Amministrativo; • Direttore Patrimonio ed Edilizia; • Direttore Dipartimento Emergenza Accettazione; • Direttore SPPR; • Direttore Professioni Sanitarie; • Responsabile Procedure ed esercitazioni per le emergenze. • Portavoce/Ufficio stampa
RAPPORTI CON LE COMUNICAZIONI ESTERNE IN CASO DI EMERGENZA	La Direzione Generale è responsabile del coordinamento generale delle comunicazioni esterne e dei rapporti con le autorità competenti.

DIAGRAMMA GENERALE GESTIONE EMERGENZE E MAXI EMERGENZE INTRAOSPEDALIERE

ALLARME/Emergenza Minore/Limitata SITUAZIONE CONTROLLATA DALLE RISORSE INTERNE	ALLARME/Emergenza Rilevante/Importante/Estesa SITUAZIONE NON CONTROLLABILE DALLE RISORSE INTERNE
ATTIVAZIONE CHIAMATE DI EMERGENZA: Medico di Direzione sanitaria reperibile; Coordinatore Di. Pro reperibile; Sala operativa Vigilanza interna h.24; Reperibile Ufficio Tecnico; Presidio posto di polizia interno h.24; Referente Servizio di Psicologa; Emergenza tecnica ditte affidatarie. Strutture limitrofe all'emergenza.	**ATTIVAZIONE CHIAMATE DI EMERGENZA:** Medico di Direzione sanitaria reperibile; **112 - Vigili del Fuoco;** Coordinatore Di. Pro reperibile; Sala operativa Vigilanza interna h.24; Reperibile Ufficio Tecnico; Presidio posto di polizia interno h.24; Referente Servizio di Psicologa; Emergenza tecnica ditte affidatarie. Strutture limitrofe all'emergenza.

ISTRUZIONE OPERATIVA SEGNALAZIONE E COMUNICAZIONE DELL'ALLARME

Chiunque può effettuare la segnalazione dell'emergenza al numero interno dedicato (tel. 4493) o al Centralino aziendale e dovrà fornire **le 6 informazioni basilari** per la localizzazione e le caratteristiche dell'evento:

A. Istruzione in caso di EMERGENZA

Istruzioni Operative
SEGNALAZIONE E COMUNICAZIONE ALLARME

1.	**Sono** *(precisare nome, cognome e qualifica)* **e sto telefonando dalla struttura** *(indicare padiglione e struttura)*
2.	**C'è un emergenza al piano lato/i** *(indicare tipologia emergenza, piano e lato interessato all'emergenza)*
3.	**L'emergenza si è sviluppata** *(indicare luogo interessato all'emergenza)*
4.	**Sono presenti pazienti** *(indicare il numero dei pazienti presenti)* ***di cui non deambulanti*** *(indicare il numero dei pazienti non deambulanti)*
5.	**Sono presenti visitatori** (*indicare il numero dei visitatori presenti*) ***di cui non deambulanti*** *(indicare il numero dei visitatori non deambulanti)*
6.	**Ho già provveduto ad allertare la Squadra Antincendio Aziendale/VV.F.** (indicare se sono stati attivati o meno i soccorritori interni e/o esterni)

LE TRE REGOLE FONDAMENTALI A CUI CI SI DEVE ATTENERE

1. **ALLARMARE;**
2. **SALVARE;**
3. **SPEGNERE,** ***in caso di principio d'incendio.***

A.S.S.olutamente in quest'ordine!

I NUMERI DELL' EMERGENZA INTERNA ED ESTERNA

CENTRALINO AZIENDALE	4101-4102-4103-4104-4105 Cell.3484894328
SQUADRA ANTINCENDIO	06/55554493 – CELL. 3406536543
SALA VIGILANZA INTERNA H.24	06/55553669 – CELL. 3483212137
POSTO DI POLIZIA INTERNO	06/55553222
EMERGENZA TECNICA DITTA AFFIDATARIA	800946462 PIN 11260
PRONTO SOCCORSO – AREA EMERGENZA	06/5555- 3114-4910
UNITA' DI CRISI	0675555-4017

Squadra Antincendio

4493

Numero emergenza interno

SALA OPERATIVA H.24 VIGILANZA INTERNA Tel. 3669

112 Numero Unico Emergenza

ISTRUZIONI OPERATIVE / FASI OPERATIVE/DIRAMAZIONE ALLARME

GESTIONE DELLE FASI DI SEGNALAZIONE E COMUNICAZIONE DELL'ALLARME

La comunicazione di situazioni di emergenza interna e la conseguente diramazione dell'allarme costituiscono **l'avvio automatico** delle operazioni previste dal PEE.
Chiunque sia testimone della situazione di emergenza, per avviare la procedura operativa di intervento ha a disposizione i seguenti sistemi di segnalazione equivalenti, e dovrà utilizzare quella che si rende disponibile con più immediatezza.

Strumenti di segnalazione e comunicazione allarme

1 Sistema di comunicazione con telefonia mobile (cellulari aziendali).

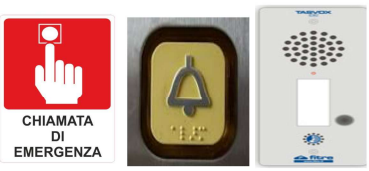
2 Sistema di comunicazione con telefonia fissa (telefonia aziendale).

3 Sistema di impianto di rivelazione fumi e pulsanti di allarme.

L'attivazione dei pulsanti di allarme manuale ed impianti di rivelazione allarme incendi, in alcune strutture dell'Ospedale, attiva la remotizzazione dell'allarme presso la sede della Squadra antincendio aziendale h.24 , di seguito istruzione operativa :

ISTRUZIONE OPERATIVA REMOTIZZAZIONE ALLARMI

1. Attivazione allarme antincendio h.24;
2. Segnalazione ottico acustica su pannello remoto LCD o computer;
3. Segnalazione zona di riferimento ed indirizzo del dispositivo in allarme;
4. Tacitazione targhe ottico acustiche;
5. Procedura di reset del pannello remoto LCD.

4 

Punto 18.5.1 e 18.5.2 Decreto 19 marzo 2015.
Direttiva CE 95/16 del 29/06/1995, DPR 162/99.

⇒ **Pulsante chiamata di emergenza** con attivazione conversazione Squadra Antincendio Aziendale *(presenti presso ipogei).*

⇒ **Attivazione chiamate di allarme** proveniente da un ascensore con attivazione conversazione in sala operativa vigilanza h.24 *(remotizzazzione allarmi ascensori)*

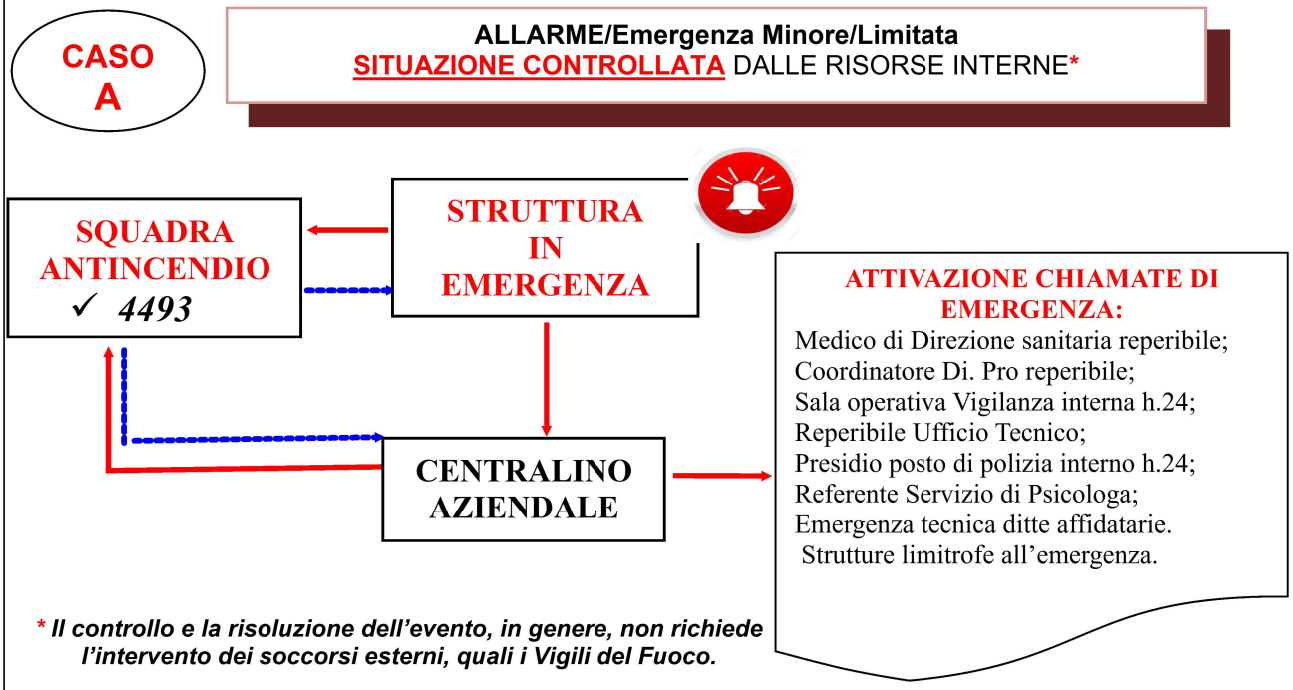
5

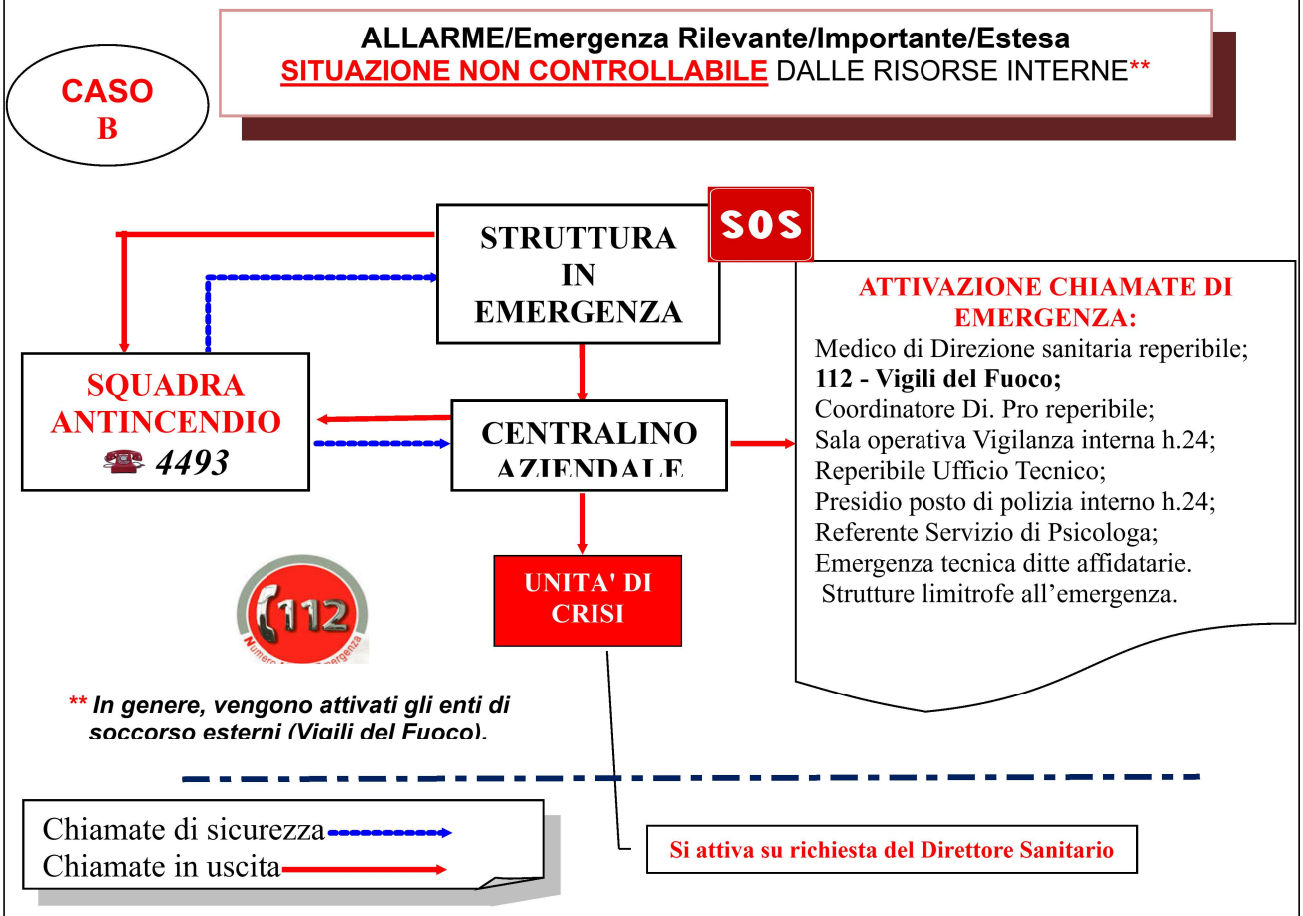
DM 18/9/2002-DM 19/03/2015

Sistemi di allarme vocale EVAC – *Emergency Voice Alarm Communication.*
L'utilizzo di sistemi di allarme vocale EVAC è una soluzione evoluta per la gestione dell'emergenza. Consente la diffusione di informazioni *complete e comprensibili* sulle azioni che devono essere intraprese nell'ambito di una o più aree specifiche.

Diagrammi funzionali sequenziali

Il sistema di emergenza della **FASE 1** si sviluppa secondo i seguenti diagrammi di flusso: Caso **A** (**Allarme limitato**) e Caso **B** (**Allarme esteso**).





FASE 1. GESTIONE DELLE FASI DI RICEZIONE E DIRAMAZIONE DELL'ALLARME

Fase di ricezione dell'allarme

Chi	Cosa fare	Cosa chiedere / dire
• **Centralino aziendale** • **Squadra Antincendio**	Rispondere con immediatezza alla chiamata	Chiedere **le 6 informazioni basilari** per la localizzazione e le caratteristiche dell'evento.

Fase di diramazione dell'allarme

Chi	Cosa fare	Cosa chiedere / dire
Chiunque *In caso di ricezione allarme da parte del* **Centralino Aziendale**	**Allertare immediatamente:** 1. Squadra Antincendio ed effettuare le chiamate di emergenza. **PER ALLARME ESTESO:** 2. Chiamare reparti vicini a quello in emergenza che devono ospitare e fornire personale di supporto 3. Allertare 112, in collaborazione con il medico di Direzione Sanitaria di guardia. **In caso di necessità e su richiesta del Coordinatore dell'emergenza:** 4. Allertare immediatamente l'unità di crisi aziendale	Chiedere e Dare **le 6 informazioni basilari** per la localizzazione e le caratteristiche dell'evento Attivare chiamate Unità di Crisi
Chiunque *In caso di ricezione allarme da parte della* **Squadra Antincendio**	Recarsi sul luogo dell'emergenza e verificare se l'emergenza è effettivamente presente, se presente, allertare Centralino Aziendale per chiamate di emergenza e gestire l'emergenza.	Chiedere **le 6 informazioni basilari** per la localizzazione e le caratteristiche dell'evento
	In caso di emergenza estesa (non gestibile dalle risorse interne) allertare 112 e garantire la sicurezza dell'area interessata all'emergenza e la vibilità interna dei mezzi di soccorso.	Dare **le 6 informazioni basilari** per la localizzazione e le caratteristiche dell'evento agli enti di soccorso esterni.
	In caso di diramazione dell'ordine di evacuazione parziale e/o totale da parte degli organi competenti, collaborare all'evacuazione sanitaria e garantire la sicurezza e accessibilità presso i punti di raccolta.	Suggerire di adottare le tecniche di evacuazione sanitaria e conteggio persone (pazienti,visitatori e lavoratori) presenti nei punti di raccolta.

Chiunque *In caso di ricezione allarme da parte della* **Sala Operativa H.24 Vigilanza Interna**	Recarsi sul luogo dell'emergenza e verificare se l'emergenza è effettivamente presente, se presente, allertare Squadra Antincendio e/o Centralino Aziendale per chiamate di emergenza e gestire l'emergenza.	Chiedere **le 6 informazioni basilari** per la localizzazione e le caratteristiche dell'evento e garantire le azioni previste.
	In caso di emergenza estesa (non gestibile dalle risorse interne) allertare 112 e garantire la sicurezza dell'area interessata all'emergenza e la vibilità interna dei mezzi di soccorso.	Dare **le 6 informazioni basilari** per la localizzazione e le caratteristiche dell'evento agli enti di soccorso esterni.
	In caso di diramazione dell'ordine di evacuazione parziale e/o totale da parte degli organi competenti, collaborare all'evacuazione e garantire la sicurezza e accessibilità presso i punti di raccolta.	Conteggio, in collaborazione con la Squadra Evacuazione/Antincendio delle persone presenti nei punti di raccolta[3].

NON PRENDERE INIZIATIVE CHE POTREBBERO COMPROMETTERE LA PROPRIA E ALTRUI INCOLUMITÀ'!

[3] *Luogo situato all'aperto, al sicuro, nelle vicinanze della struttura presso il quale è necessario dirigersi, riunirsi e stazionare fino al termine dell'emergenza o di altra indicazione. Rimanere nel punto di raccolta è necessario al fine di consentire la verifica della presenza di tutti gli occupanti della struttura e dichiarare l'avvenuto totale sgombero della struttura.*

FASE 2-FASE DI PRIMO INTERVENTO

Il PEE prevede un intervento immediato da parte del personale in servizio, in attesa dell'arrivo dei soccorsi interni ed esterni (Squadra antincendio, VV.F., Forze dell'Ordine, 118 ecc.) con i quali deve essere comunque sempre previsto il coordinamento. I primissimi interventi sono necessariamente a carico del personale della struttura interessata all'evento e degli addetti di compartimento, se presidiato, in attesa che la Squadra Antincendio ed i soccorsi esterni giungano sul posto. Nei primi istanti è necessario che il personale della struttura interessata coadiuvato da quello dei reparti vicini intervenga prioritariamente sulle persone più vicine al pericolo. Particolare attenzione va in ogni caso riservata all'utilizzo di idranti o naspi per estinguere un focolaio, i quali devono essere utilizzati solo se si ha la certezza di riuscire a estinguere l'incendio.

Chi	Cosa fare	Come
	ALLARMARE-SALVARE-SPEGNERE	
Chiunque **Personale presente**	- **ALLERTARE E DIRAMARE ALLARME** - **Messa in sicurezza persone presenti:** ● Allontanare i pazienti ed eventuali visitatori dal pericolo spostandoli nei luoghi sicuri (aree protette, uscite di sicurezza, ala opposta del reparto o due piani sotto l'evento), qualora necessario. **SEGUIRE LE INDICAZIONI DELLE PLANIMETRIE ANTINCENDIO.**	**Preferire l'evacuazione orizzontale progressiva**[4] utilizzare barelle, carrozzine, comode, letti **o, in assenza**, di materiale di fortuna per trasportare i pazienti allettati servirsi di materassi, lenzuola e/o copriletto, coperte, sedie o quant'altro si renda utile per spostare i degenti nell'area sicura. In seguito se necessario, eseguire evacuazione verticale dei degenti. *Allegato 1. Tecniche di Evacuazione. Istruzioni per il trasporto a mano di persone aventi mobilità ridotta.* *http://www.scamilloforlanini.rm.it/html/generale_emerg.pdf*
Addetti antincendio di compartimento - Addetti squadra antincendio	- **Se possibile,** allontanare eventuali fonti di ossigeno (esp. bombole) dalla zona limitrofa l'incendio e sospendere l'erogazione dei flussometri di ossigeno dell'area interessata, previa autorizzazione del medico di guardia. **È ASSOLUTAMENTE VIETATO DEPOSITARE LE BOMBOLE IN LUOGHI NON AUTORIZZATI.** - **Eseguire** intervento sul principio d'incendio. - **Messa in sicurezza area interessata dall'incendio:** **Limitare la propagazione del fumo** e dell'incendio chiudendo porte e finestre di accesso/compartimenti; – **Iniziare l'opera di estinzione** se esiste la possibilità di estinguere immediatamente l'incendio con i mezzi a portata di mano e la garanzia di una via di fuga sicura alle proprie spalle e con l'assistenza di altre persone.	Allontanare, se possibile, il materiale combustibile che si trova tra l'incendio e le aree protette. **NON USARE GLI ASCENSORI** **UTILIZZARE LE VIE DI ESODO SEGUENDO LA SEGNALETICA!** Chiudere la porta e se possibile le finestre dei locali coinvolti dall'incendio, l'apertura delle finestre per "dare aria" ai locali dovrà avvenire nelle zone più prossime all'area coinvolta dall'incendio. Utilizzare gli estintori* (togliere sicura, dirigere la bocchetta alla base delle fiamme, **non sui pazienti**, premere la maniglia). **Non aprire mai le porte che comunicano con vani scala e ascensori per far defluire il fumo.** **in allegato istruzioni operative per la sicurezza antincendio.*
EMERGENZA TECNICA * ** personale dell'ufficio tecnico patrimonio e programmazione-sviluppo dell'edilizia ospedaliera con l'ausilio dei servizi tecnici appaltati.*	Intervenire sugli impianti ed attrezzature per garantire il funzionamento e/o ripristino degli stessi, se sospesi per incendio, al fine di evitare incidenti o alimentazione dell'incendio o esplosioni e garantire il ripristino in sicurezza di luoghi di lavoro.	Recarsi sul luogo dell'emergenza e garantire la messa in sicurezza degli impianti (pre e post emergenza).

[4] *Modalità di esodo che prevede lo spostamento dei degenti in un compartimento adiacente capace di contenerli e proteggerli fino a quando l'incendio non sia stato domato o fino a che non diventi necessario procedere ad una successiva evacuazione verso un luogo sicuro.*

FASE 2.1 - ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA SICUREZZA ANTINCENDIO

L'estintore è un dispositivo antincendio, contenente un agente estinguente (polvere, CO2, schiuma, idrocarburi alogenati) che può essere proiettato e diretto su un fuoco, attraverso una pressione interna, fornita da una compressione preliminare permanente, da una reazione chimica o dalla liberazione di un gas ausiliario.

PRIMA DELL'UTILIZZO

- L'estintore presente deve essere segnalato con apposito cartello
- L'estintore deve essere chiaramente visibile, immediatamente utilizzabile e l'accesso allo stesso deve essere libero da ostacoli;
- L'estintore non deve essere stato manomesso, in particolare è necessario che non risulti manomesso o mancante il dispositivo di sicurezza per evitare azionamenti accidentali;
- I contrassegni distintivi occorre che siano esposti a vista e siano ben leggibili;
- L'indicatore di pressione, se presente, deve indicare un valore di pressione compreso all'interno del campo verde;
- L'estintore non deve presentare anomalie particolari quali ugelli ostruiti, perdite, tracce di corrosione;
- L'estintore deve essere esente da danni alle strutture di supporto o alla maniglia di trasporto, in particolare, se carrellato, occorre che le ruote siano perfettamente funzionanti;
- **Il cartellino di manutenzione** deve essere presente e correttamente compilato.

CARTELLINO DI MANUTENZIONE

Può essere strutturato in modo tale da potersi utilizzare per più interventi e per più anni.
Sul cartellino deve essere obbligatoriamente riportato:
- numero di matricola o altri estremi di identificazione dell'estintore;
- ragione sociale e indirizzo completo e altri estremi di identificazione del manutentore;
- massa lorda dell'estintore;
- carica effettiva;
- tipo di fase effettuata;
- data dell'ultimo intervento (mese/anno nel formato mm/aa);
- firma leggibile o punzone identificativo del manutentore.

TECNICA D'IMPIEGO

1. Prelevare l'estintore dal proprio supporto;
2. Estrarre dalla propria sede il dispositivo di sicurezza tirando con decisione verso l'esterno
3. Impugnare saldamente l'estintore dalla parte bassa della maniglia di erogazione senza premere in quella superiore;
4. Dirigersi verso l'incendio, analizzando al contempo l'entità dell'incendio, la direzione del vento e la tipologia del materiale che brucia;
5. Azionare l'estintore alla giusta distanza (variabile con l'intensità del calore emanata dalla fiamma stessa) per colpire il focolare con la massima efficacia del getto;
6. Dirigere il getto dell'agente estinguente alla base della fiamma. Se si tratta di incendio di un materiale liquido, operare in modo che il getto non causi la proiezione, del liquido che brucia, al di fuori del recipiente; ciò potrebbe causare la propagazione dell'incendio.
7. Durante l'erogazione muovere leggermente a ventaglio l'estintore avvicinandosi al fuoco lentamente e tenendo sempre l'estintore in azione;
8. Operare sempre sopra vento rispetto al focolare, per evitare di essere investiti dai fumi della combustione;
9. In caso di contemporaneo impiego di due o più estintori gli operatori non devono mai operare da posizione contrapposta, ma muoversi preferibilmente verso un'unica direzione o operare da posizioni che formino un angolo (rispetto al fuoco) non superiore a 90°;
10. Prima di abbandonare il luogo dell'incendio verificare che il focolaio sia effettivamente spento e sia esclusa la possibilità di una riaccensione;
11. Abbandonare il luogo dell'incendio, in particolare se al chiuso, non appena possibile;
12. Riposizionare l'estintore al proprio posto e avvisare l'Ufficio Tecnico per la ricarica dello stesso.

Non dirigere mai il getto contro le persone. Se avvolte dalle fiamme, dato che l'azione delle sostanze estinguenti su parti ustionate potrebbe provocare conseguenze peggiori delle ustioni, è preferibile ricorrere all'acqua o, nel caso questa non fosse disponibile, a coperte o indumenti per soffocare le fiamme.

NOTE	
Addestramento	Gli Addetti alla Prevenzione Incendi, Lotta Antincendio e Gestione delle Emergenze in possesso dell'attestato di idoneità tecnica sono abilitati ed addestrati ad eseguire lo spegnimento dei principi di incendio mediante l'uso di estintore portatile.

NASPO ANTINCENDIO

Il **naspo antincendio** è un sistema di estinzione degli incendi simile alla manichetta antincendio che utilizza tubazioni semi-rigide montate su una bobina con alimentazione idrica assiale. La bobina può essere dotata di avvolgitore manuale o elettrico ed inoltre può essere fisso ed orientabile. Il diametro della tubazione varia a seconda della necessità di utilizzo.

PRIMA DELL'UTILIZZO

- L'attrezzatura deve essere accessibile senza ostacoli e non deve essere danneggiata.
- I componenti non devono presentare segni di corrosione o perdite.
- Le istruzioni è necessario che siano chiare e leggibili.
- L'etichetta di manutenzione deve essere correttamente compilata con la data degli interventi di manutenzione.
- La collocazione del naspo deve essere chiaramente segnalata da apposita segnaletica.
- I ganci per il fissaggio a parete devono essere fissi e saldi.
- La tubazione non deve presentare screpolature, deformazioni, logoramenti o danneggiamenti.
- Il sistema di fissaggio della tubazione deve essere adeguato e ed assicurare la tenuta.
- Le bobine in cui è avvolta la tubazione devono ruotare agevolmente in entrambe le direzioni.
- Per i naspi orientabili è necessario che il supporto ruoti agevolmente fino a 180°.
- Nei naspi manuali la valvola di intercettazione deve essere di tipo adeguato e di facile e corretta manovrabilità.
- Se il naspo è collocato in una cassetta verificare eventuali segni di danneggiamento e che i portelli della stessa si aprano agevolmente.

TECNICA D'IMPIEGO

Nel caso di naspi posti all'interno di una cassetta rompere il vetro o lo schermo di plastica.

1. Assicurarsi che il rubinetto o valvola posto sulla lancia sia chiuso.
2. Aprire il rubinetto posto sulla tubazione dell'acqua.
3. Afferrare la lancia e dirigersi verso l'incendio: la bobina si mette a ruotare e la manichetta di srotola da sola.
4. Nel caso, dirigersi sopra vento rispetto all'incendio, in modo da non essere colpiti dal fumo e dal calore.
5. Aprire il rubinetto o girare la valvola sulla lancia dirigendo il getto d'acqua pieno o frazionato alla base delle fiamme. Eventualmente bagnare anche i materiali circostanti, per impedire che prendano fuoco.
6. Interrompere l'erogazione solo quando si è sicuri che non ci siano più materiali accesi.

DOPO L'UTILIZZO

- Chiudere il rubinetto posto sulla tubazione dell'acqua.
- Svuotare l'acqua dalla manichetta e pulire la tubazione.
- Chiudere il rubinetto o girare la valvola sulla lancia.
- Arrotolare la tubazione sulla bobina.

NOTE	
Addestramento	Le persone abilitate all'uso del naspo devono essere in possesso dell'attestato di idoneità tecnica per l'espletamento dell'incarico di Addetto alla Lotta Antincendio.

IDRANTE A MURO ANTINCENDIO con cassetta UNI e Safe Crash

Gli **idranti (per interni e esterni) a muro** con tubazione di diametro 45 mm (cassette idrante UNI 45) sono costituiti da un involucro dotato di sportello sigillabile con lastra frangibile/infrangibile (oppure portello pieno senza serratura) in versione da parete o ad incasso, contenente una tubazione con raccordi e una lancia con intercettazione e frazionamento del getto e il rubinetto di alimentazione.

PRIMA DELL'UTILIZZO

- L'attrezzatura deve essere accessibile senza ostacoli e non deve essere danneggiata.
- I componenti non devono presentare segni di corrosione o perdite.
- Le istruzioni è necessario che siano chiare e leggibili.
- L'etichetta di manutenzione deve essere correttamente compilata con la data degli interventi di manutenzione.
- La collocazione dell'idrante deve essere chiaramente segnalata da apposita segnaletica.
- I ganci per il fissaggio a parete devono essere fissi e saldi.
- La tubazione non deve presentare screpolature, deformazioni, logoramenti o danneggiamenti.
- Il sistema di fissaggio della tubazione deve essere adeguato e ed assicurare la tenuta.
- Verificare eventuali segni di danneggiamento della cassetta e che i portelli si aprano agevolmente.
- La lancia erogatrice deve essere del tipo appropriato e di facile manovrabilità
- L'eventuale guida di scorrimento della tubazione deve funzionare in modo corretto

TECNICA D'IMPIEGO

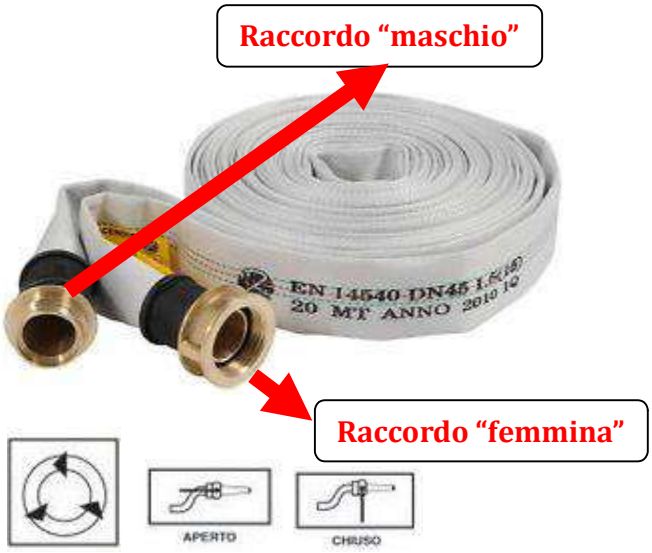
1. Rompere l'apposita protezione della cassetta o aprire lo sportello della cassetta.
2. Estrarre e svolgere completamente la manichetta avendo cura di lanciare la stessa con il **raccordo "maschio"** verso l'incendio mantenendo il raccordo "femmina" verso il rubinetto dell'idrante (FIGURA).
3. Montare il **raccordo "femmina"** sul rubinetto dell'idrante la lancia sul raccordo "maschio" all'altra estremità posizionando la leva della lancia in stato di chiuso(FIGURA).
4. Aprire il rubinetto dell'idrante girando la valvola in **senso antiorario**(FIGURA).
5. Nel caso, dirigersi sopra vento rispetto all'incendio, in modo da non essere colpiti dal fumo e dal calore.
6. Dirigere da debita distanza il getto d'acqua alla base delle fiamme azionando il rubinetto o la valvola della lancia.
7. Interrompere l'erogazione solo quando si è sicuri che non ci siano più materiali accesi.

DOPO L'UTILIZZO

- Chiudere il rubinetto dell'idrante.
- Svuotare l'acqua dalla manichetta e pulire la tubazione.
- Chiudere il rubinetto o valvola sulla lancia
- Riavvolgere la manichetta e riporla dentro alla cassetta.
-

NOTE

Addestramento	Le persone abilitate all'uso del naspo devono essere in possesso dell'attestato di idoneità tecnica per l'espletamento dell'incarico di Addetto alla Lotta Antincendio.



L'ACQUA NON DEVE ESSERE USATA PER LO SPEGNIMENTO DI INCENDI, QUANDO LE MATERIE CON LE QUALI VERREBBE A CONTATTO POSSONO REAGIRE IN MODO DA AUMENTARE NOTEVOLMENTE DI TEMPERATURA O DA SVOLGERE GAS INFIAMMABILI O NOCIVI.

L'ACQUA NON DEVE ESSERE USATA IN PROSSIMITA' DI CONDUTTORI, MACCHINE E APPARECCHI ELETTRICI SOTTO TENSIONE.

FASE 3-FASE EVACUAZIONE

Chi	Cosa fare	Come
Chiunque **PERSONALE PRESENTE**	Valutare se occorre dare l'ordine di evacuazione **parziale** per la salvaguardia delle persone presenti. Coordinamento degli operatori sulle modalità sanitarie per il trasporto e l'assistenza alle persone presenti (pazienti, visitatori e persone disabili*). **Tecniche per Il soccorso alle persone disabili http://www.scamilloforlanini.rm.it/gestione-emergenze*	Per la valutazione sulla necessità dell'evacuazione, il personale acquisirà ogni elemento utile dal Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di turno) e dalla Squadra Antincendio. **Il Direttore Sanitario, o suo sostituto, rappresenta l'unica figura che, insieme al funzionario/capo squadra dei Vigili del Fuoco, può diramare l'ordine di evacuazione totale.** Al momento dell'arrivo dei VV.F, **il comando delle operazioni viene assunto dal funzionario/capo squadra dei VV.F.** al quale gli addetti della squadra antincendio, di compartimento e personale sanitario dovranno fornire idonea collaborazione ed opportune informazioni.
• **PERSONALE PRESENTE** • **ADDETTI DI COMPARTIMENTO** • **SQUADRA ANTINCENDIO** • **VIGILI DEL FUOCO**	Trasporto aree protette ed assistenza alle persone presenti. Allontanare, se possibile, il materiale combustibile che si trova tra l'incendio ed il rifugio temporaneo dei pazienti.	**Preferire l'evacuazione orizzontale progressiva**[5] utilizzare barelle, carrozzine, comode, letti o, in assenza, di materiale di fortuna per trasportare i pazienti allettati servirsi di materassi, lenzuola e/o copriletto, coperte, sedie o quant'altro si renda utile per spostare i degenti nell'area sicura. In seguito, se necessario, eseguire evacuazione verticale dei degenti.
ADDETTI DI COMPARTIMENTO **SQUADRA ANTINCENDIO** **VIGILI DEL FUOCO**	Contenimento dell'evento e/o spegnimento con l'uso di mezzi estinguenti. Messa in sicurezza dell'area in emergenza	Utilizzare i mezzi estinguenti appropriati per la tipologia d'incendio. Sigillare e controllare zona di sicurezza.
EMERGENZA TECNICA * ** personale dell'ufficio tecnico patrimonio e programmazione-sviluppo dell'edilizia ospedaliera con l'ausilio dei servizi tecnici appaltati.*	Intervenire sugli impianti elettrici, di climatizzazione e gas medicali per garantire il funzionamento e/o ripristino degli impianti, se sospesi per incendio, al fine di evitare incidenti o alimentazione dell'incendio o esplosioni e garantire il ripristino normale delle attività post emergenza.	Recarsi sul luogo dell'emergenza e garantire la messa in sicurezza delle attrezzature ed impianti ed il ripristino in sicurezza di luoghi di lavori, in caso di emergenza.

[5] *Modalità di esodo che prevede lo spostamento dei degenti in un compartimento adiacente capace di contenerli e proteggerli fino a quando l'incendio non sia stato domato o fino a che non diventi necessario procedere ad una successiva evacuazione verso un luogo sicuro.*

SCHEDE OPERATIVE - ACTION CARD PEE – PIANO EVACUAZIONE

INDICE

1. **FASE DI ALLARME E PRIMO INTEVENTO**
2. **FASE INIZIALE**
3. **FASE OPERATIVA**
4. **FASE VERIFICA**

ATTIVITÀ'	CHI	TEMPI
1. FASE ALLARME E PRIMO INTERVENTO		
EVENTO / Presenza di fiamme o fumo		
Attivazione Allarme centralino aziendale e/o squadra antincendio: • Telefonia fissa e mobile • Pulsanti allarme manuale ed impianto di rivelazione automatica allarme incendio; • Dispositivi bidirezionali per remotizzazione allarme.	**Chi avvista per primo**	**Reazione immediata**
1. Gridare per dare l'allarme a tutti i presenti; 2. Allontanare i pazienti ed eventuali visitatori dal pericolo spostandoli nei luoghi sicuri[6] ; 3. Chiudere porta e finestre, se possibile, dei locali interessati all'incendio; 4. Allontanare fonti di ossigeno e sospendere l'erogazione dei flussometri di ossigeno dell'area interessata, previa autorizzazione del medico; 5. Rimozione materiale infiammabile (carta, plastica e tessuti) limitrofo all'incendio; 6. Tentare di "soffocare" le fiamme; 7. Utilizzare gli estintori (togliere sicura, dirigere la bocchetta alla base delle fiamme, **non sui pazienti**, premere la maniglia). ***Non dirigere mai il getto contro le persone*** *se avvolte dalle fiamme, dato che l'azione delle sostanze estinguenti su parti ustionate potrebbe provocare conseguenze peggiori delle ustioni, è preferibile ricorrere all'acqua o, nel caso questa non fosse disponibile, a coperte o indumenti per soffocare le fiamme.*	**Chi avvista per primo** **Personale presente** **Addetti di compartimento** **Squadra Antincendio**	**Reazione immediata**
EVENTO / In caso di spegnimento	**CHI**	**TEMPI**
• Dare il cessato allarme al centralino aziendale; • Informare Medico di Direzione Sanitaria di guardia; • Informare Ufficio Tecnico.	**Personale presente** **Addetti di compartimento** **Squadra Antincendio**	**Reazione immediata**
EVENTO / In caso di insuccesso attivare il piano evacuazione	**CHI**	**TEMPI**
• Diramazione Ordine di Evacuazione Parziale/Totale • Evacuazione orizzontale persone presenti ed in seguito, se necessario, evacuazione verticale.	**Personale presente** **Direzione Sanitaria** **Addetti di compartimento** **Squadra Antincendio**	**Dopo ordine di evacuazione reazione immediata**

[6] *Luogo dove le persone possono ritenersi al sicuro dagli effetti di un incendio. Spazio scoperto ovvero compartimento antincendio, separato da altri compartimenti mediante spazio scoperto o filtri a prova di fumo, avente caratteristiche idonee a ricevere e contenere un predeterminato numero di persone o a consentirne il movimento ordinato.*

2. FASE INIZIALE PIANO EVACUAZIONE		
EVENTO / Ordine di evacuazione	**CHI**	**TEMPI**
1. Conteggio persone (pazienti,visitatori e lavoratori) presenti nell'area interessata dall'incendio.	**Personale presente e squadre di soccorso**	**Prima dell'evacuazione**
2. Garantire la via di fuga dalla struttura mantenendo le vie di esodo libere (porte accessibili e aperte per il trasferimento delle persone)	**Personale presente e squadre di soccorso**	**Prima dell'evacuazione Persone**
3. In presenza di monitor, pompe e rampe da infusioni disconnetterle dall'alimentazione elettrica e dai supporti e posizionarle sul letto.	**Personale presente e squadre di soccorso**	**Prima dell'evacuazione**
4. Evacuare i pazienti con la propria cartella clinica cominciando da quello più prossimo alla fonte di pericolo (utilizzo delle tecniche di evacuazione sanitaria).	**Personale presente e squadre di soccorso**	**Dopo ordine di evacuazione reazione immediata**
5. In caso di pazienti che necessitino di supporto ventilatorio durante l'evacuazione usare pallone di Ambu in aria-ambiente fino all'allontanamento dall'area interessata dall'incendio.	**Personale presente e squadre di soccorso**	**Durante trasporto persone**
3. FASE OPERATIVA PIANO EVACUAZIONE		
EVENTO / Evacuazione dalla struttura	**CHI**	**TEMPI**
6. Uscire da reparto seguendo le vie di uscita[7] descritte in planimetria. Salvo diverse indicazioni, dirigersi verso punto di raccolta.	**Personale presente e squadre di soccorso**	**Reazione immediata**
EVENTO / Sicurezza persone evacuate		
7. Assistenza pazienti in area ricezione o punto di raccolta.	**Personale presente e squadre di soccorso**	**Reazione immediata dopo evacuazione dalla struttura**
EVENTO / Intervento sull'incendio		
8. Contenimento dell'evento e/o spegnimento	**Addetti di compartimento Squadra Antincendio Vigili del Fuoco**	**All'arrivo nella struttura Reazione immediata**
4. FASE VERIFICA		
EVENTO / Rapporto finale	**CHI**	**TEMPI**
9. Rapporti d'intervento, di messa in sicurezza degli impianti (elettrici, di climatizzazione e gas medicali) ed eventuale analisi delle cause*. **il "sequestro" delle apparecchiature responsabili deve essere effettuato unicamente dal funzionario dei VV.F. o da un funzionario appartenente agli organi di polizia mediante provvedimento dell'autorità giudiziaria.*	• **Squadra antincendio** • **Direzione Sanitaria** • **Ufficio Tecnico** • **Vigili del fuoco** • **Autorità giudiziaria.**	**Al termine dell'evento**

[7] *percorso senza ostacoli necessario al deflusso degli occupanti della struttura per raggiungere un luogo sicuro (da utilizzare in caso di emergenza).*

Squadra Antincendio	RAPPORTO D'INTERVENTO SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI — REGIONE LAZIO SERVIZIO DI SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO E DEI LAVORATORI *Adempimenti Piano di emergenza - Gestione dell'emergenza*	*Redatto il 2025 - Rev. 09* Cod. RI/PEE *Sigla: A.Orelli* Rapporto numero: Pag. 1 di ____ Data:

A cura di: nome e cognome addetto squadra antincendio	Matricola

DATI RICEZIONE E DIRAMAZIONE ALLARME:

Giorno/Mese/Anno	Ora e minuti

RICHIEDENTE:

Nome e Cognome	Qualifica

LUOGO DELL'INTERVENTO:

UNITA' OPERATIVA/STRUTTURA/LOCALE E/O ALTRO	PADIGLIONE	PIANO E LATO

TIPOLOGIA INTERVENTO ED EVENTUALI PERSONE COINVOLTE:

Tipologia intervento	Numero persone coinvolte	di cui non autosufficienti

DIRAMAZIONE ALLARME CENTRALINO AZIENDALE PER ATTIVAZIONE CHIAMATE DI EMERGENZA:

SI	Ora e minuti:	Operatore centralino:	NO

USCITA DALLA SEDE DI SERVIZIO: **ora e minuti _____/_____**

ARRIVO SUL LUOGO ED INIZIO INTERVENTO: **ora e minuti _____/_____**

Nome e Cognome addetti antincendio squadra aziendale presenti sul luogo dell'intervento:

1.		**2.**	
		3.	

*** Descrizione sommaria della situazione all'arrivo:**

*** Descrizione sommaria delle attività svolte sul luogo d'intervento:**

Eseguita evacuazione parziale persone presenti:	**SI**	**NO**	**Se SI, indicare numero persone:**
Eseguita evacuazione totale persone presenti:	**SI**	**NO**	**Se SI, indicare numero persone:**

AUTOMEZZI ED ATTREZZATURE UTILIZZATE:

Automezzi:	DPI utilizzati:	**Agente estinguente utilizzato:	Attrezzature utilizzate:
☐ Automezzo antincendio ☐ Automezzo trasporto attrezzature ☐ Altro:	☐ Stivale antifiamma ☐ Completo antifiamma (giaccone e sovra pantalone) ☐ Guanti antifiamma ☐ Elmo da intervento ☐ Sotto casco ☐ Maschera a pieno facciale ☐ Filtro polivalente ☐ Altro:	☐ Acqua ☐ Polveri ☐ Schiuma ☐ CO2 ☐ Gas inerti ☐ Agenti estinguenti alternativi **Natura del combustibile: ☐ **A**-Materiali solidi ☐ **B**-Liquidi infiammabili ☐ **C**-Gas infiammabili ☐ **D**-Metalli combustibili ☐ **F**-Oli e grassi vegetali e animali	☐ Estintori ☐ Idranti/Naspi ☐ Manichetta UNI 45/70 ☐ Scala ☐ Illuminazione/Lampada ☐ Piccozza ☐ Megafono ☐ Coperte ignifughe ☐ Funi in kevlar ☐ Telo e sedia Evac. ☐ Attrezzi vari ☐ Altro:

Situazione controllabile dalle risorse interne	**SI**		
In caso di situazione non controllabile attivare VV.F. :	**SI**	**Ora e minuti chiamata V.V.F. :**	
		Ora e minuti arrivo V.V.F. :	

FINE INTERVENTO E DIRAMAZIONE CESSATO ALLARME:

Giorno/Mese/Anno	Ora e minuti rientro in sede	Nome e cognome operatore centralino

Invio a: **Direzione Sanitaria** **Servizio di Prevenzione e Protezione** **Patrimonio ed edilizia ospedaliera**

Altro:_____

** Se si necessità di maggiore spazio utilizzare un altro foglio e poi allegarlo al presente rapporto.*

*** Descrizione sommaria della situazione all'arrivo:**

*** Descrizione sommaria delle attività svolte sul luogo d'intervento:**

Eseguita evacuazione parziale persone presenti:	**SI**	**NO**	**Se SI, indicare numero persone:**
Eseguita evacuazione totale persone presenti:	**SI**	**NO**	**Se SI, indicare numero persone:**

ISTRUZIONI RAPPORTO D'INTERVENTO SQUADRA ANTINCENDIO

Il RI (Rapporto d'Intervento) costituisce parte integrante e vincolante del PEE (Piano Emergenza/Evacuazione), assumendone piena efficacia ai fini normativi e attuativi. Il RI è una scheda contenente i dati salienti dell'intervento effettuato (data, ora, indirizzo, richiedente, ecc...) unita ad una breve relazione descrittiva dello stesso. Viene compilato dall'addetto antincendio della squadra intervenuta, al suo rientro presso la sede di servizio.
La copia del Rapporto d'Intervento può essere trasmessa telematicamente per e-mail, fax o direttamente a mano a chi abbia un interesse diretto, concreto ed attuale collegato all'intervento stesso.

I principali dati, sono contenuti in tre macro aree:

Caratteristiche dell'intervento

- ***Orari dell'intervento*** *(numero progressivo, data, chiamata, uscita dalla sede servizio, diramazione allarme emergenza interna, tipologia dell'intervento e luogo).*

Informazioni principali dell'intervento

- ***Arrivo sul luogo*** *(composizione personale squadra antincendio, informazioni e situazione all'arrivo sul posto e descrizione delle attività svolte, mezzi/DPI ed attrezzature utilizzate, enti o autorità di pubblica sicurezza intervenuti).*

Fine intervento e cessato allarme

- ***Orari di fine intervento*** *(rientro in sede e diramazione cessato allarme emergenza interna).*

SCENARI DI EMERGENZA RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI

INCENDIO E/O ESPLOSIONI	BLACK OUT ELETTRICO	BLOCCO ASCENSORI, MONTALETTIGHE.
INTERRUZIONE EROGAZIONE OSSIGENO	INTERRUZIONE EROGAZIONE ARIA MEDICALE/VUOTO	INTERRUZIONE ALIMENTAZIONE IDRICA
INTERRUZIONE COMUNICAZIONI *(telefonia, allarmi, ecc,)*	INTERRUZIONE COMUNICAZIONI TELEMATICHE TRASMISSIONI DATI ecc.	INTERRUZIONE SISTEMA RISCALDAMENTO E/O TRATTAMENTO ARIA
ALLAGAMENTO	CEDIMENTO STRUTTURALE	ESONDAZIONE, ALLUVIONE, FRANA
SISMA	SVERSAMENTO, SPANDIMENTO DI SOSTANZE CHIMICHE	NUBE TOSSICA
MINACCIA ARMATA/RAPINA	TELEFONATA MINATORIA ANNUNCIO ORDIGNI ESPLOSIVI	AGGRESSIONE

IN CASO DI EMERGENZA - LE TRE REGOLE FONDAMENTALI A CUI CI SI DEVE ATTENERE

1. **ALLARMARE**
1. **SALVARE**
2. **SPEGNERE, in caso di incendio**

A.S.S.olutamente in quest'ordine!

****CLASSE A – COMBUSTIBILI SOLIDI (**legna, carta, carbone ecc.)
Estinguenti: "acqua, schiuma e polveri chimiche";
CLASSE B - LIQUIDI INFIAMMABILI (benzina, gasolio, alcol, ecc.)
Estinguenti: "schiuma, anidride carbonica (CO2) e polveri chimiche";
CLASSE C - GAS INFIAMMABILI (gas propano, metano, idrogeno ecc.)
Estinguenti: "anidride carbonica (CO2), polveri chimiche, idrocarburi alogenati";
CLASSE D - METALLI INFIAMMABILI (magnesio, potassio, sodio)
Estinguenti: "anidride carbonica (CO2) e polveri chimiche;
CLASSE F - Fuochi che interessano mezzi di cottura, ad esempio olio da cucina e grassi vegetali o animali, in apparecchi di cottura - **Estinguenti: "schiume".**

PROCEDURA OPERATIVA PER EMERGENZA INCENDIO IMPORTANTE (RILEVANTE E/O ESTESA)

1 - FASE DI ALLARME

Nella struttura l'allarme per incendio può essere dato da:

- **sistema automatico di rilevazione e rivelazione;**
- **direttamente, da chiunque percepisca la presenza di fumo o fiamme, mediante l'attivazione degli appositi pulsanti di allarme.**

Il personale di servizio in reparto, resosi conto della situazione d'allarme in atto, deve immediatamente avvisare la Squadra Antincendio aziendale **(int. 4493 - cellulari 3406536543 – 3358456165)** comunicando **le 6 informazioni basilari** per la localizzazione e le caratteristiche dell'evento (proprio nome, reparto e luogo dove si sta sviluppando l'incendio, numero pazienti ed eventuali visitatori presenti, se sono stati attivati i Vigili del Fuoco).

Il centralino aziendale, provvederà a contattare, nell'ordine:

- Vigili del fuoco*;
- Reperibile Medico di Direzione Sanitaria di guardia (Coordinatore delle Emergenze);
- Reperibile DIPRO di guardia;
- Reperibile Ufficio Tecnico di guardia;
- Centrale Operativa Vigilanza interna;
- Emergenza Tecnica Ditte affidatarie interne;

LE TRE REGOLE FONDAMENTALI

ALLARMARE – SALVARE - SPEGNERE

** Vengono attivati per emergenza importante (rilevante e/o estesa).*

2 - FASE OPERATIVA PRIMA DELL'ARRIVO DELLA SQUADRA ANTINCENDIO E/O VIGILI DEL FUOCO

In attesa dell'arrivo della Squadra Antincendio Aziendale e/o Vigili del Fuoco (tempo stimato dal momento della richiesta, 7/8 minuti).

Il personale del reparto direttamente coinvolto, in collaborazione con il personale tecnico reperibile, per quanto di competenza:

qualora le condizioni lo consentano, provvederà, nell'ordine più opportuno a:

- verificare l'origine dell'incendio e a dare l'allarme al centralino aziendale;
- rimuovere il paziente o i pazienti immediatamente esposti alle fiamme, se i capelli o i vestiti non stanno bruciando; se stanno bruciando, prima estinguere le fiamme;
- soccorrere altre eventuali persone in pericolo di vita immediato;
- verificare la chiusura delle porte tagliafuoco per confinare lo sviluppo di fumo e calore;
- togliere l'alimentazione elettrica nella zona coinvolta dall'incendio (emergenza tecnica);
- bloccare l'impianto di climatizzazione (emergenza tecnica);
- chiudere le valvole di intercettazione delle condotte di alimentazione dei gas medicali e tecnici verificando che ciò non comporti rischi a degenti in trattamento (emergenza tecnica);
- verificare che non vengano utilizzati gli ascensori per l'esodo.
- utilizzare, qualora le condizioni lo permettano, i mezzi mobili di estinzione: estintori e manichette;
- iniziare l'evacuazione dei degenti dal locale coinvolto e dai locali adiacenti ponendo particolare attenzione a limitare la trasmissione del fumo e del calore ai reparti adiacenti;
- verificare che non vi sia propagazione di fumo e di calore ai reparti adiacenti;
- effettuare la conta del personale e dei degenti;
- fornire informazioni chiare e precise ai degenti;
- predisporre quanto necessario per l'assistenza al personale evacuato.

Il personale dei reparti adiacenti, deve:

- verificare che non vi sia propagazione di fumo e calore nel proprio reparto;
- verificare la chiusura delle porte tagliafuoco;
- predisporre eventualmente lo spostamento graduale dei degenti dalle stanze che si trovano più vicine al reparto coinvolto dall'incendio;
- mettersi a disposizione per l'evacuazione dei degenti del reparto coinvolto dall'incendio;
- verificare la presenza di tutto il personale in servizio e di tutti i degenti;
- raccogliere informazioni precise e riferirle con chiarezza ai degenti del proprio reparto.

3 - FASE OPERATIVA DOPO L'ARRIVO DELLA SQUADRA ANTINCENDIO E/O VIGILI DEL FUOCO

Il Servizio di Vigilanza interna:

- All'arrivo dei Vigili del Fuoco, fornirà indicazioni precise sul percorso per raggiungere l'incendio.
- Se possibile, incaricherà una persona che conduca le squadre di soccorso direttamente al reparto.

Il personale del reparto;

- Fornirà indicazioni per eventuali salvataggi immediati di persone rimaste bloccate dall'incendio;
- Fornirà indicazioni sulla posizione degli impianti tecnologici;
- Fornirà indicazioni su eventuali particolari problematiche;
- Informerà il responsabile delle squadre di soccorso esterne sull'esito della verifica della presenza dei degenti e del personale.

Il personale dei reparti adiacenti, deve:

- Qualora non sia già stato impiegato in ausilio al personale del reparto coinvolto, resterà a disposizione nel proprio reparto per eventuali ulteriori misure da mettere in atto;
- Garantire la presenza costante di una persona all'apparecchio telefonico del reparto per ogni comunicazione urgente.

N.B.: per ulteriori raccomandazioni di comportamento, prendere visione del PEE aziendale *(Piano Emergenza Evacuazione).*

http://www.scamilloforlanini.rm.it/gestione-emergenze

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI

REGIONE LAZIO

ISTRUZIONI PER IL PERSONALE IN CASO DI INCENDIO

TELEFONARE IMMEDIATAMENTE ALLA SQUADRA EMERGENZA INCENDIO	**NUMERO EMERGENZA INTERNO** **Tel. 4493**
AZIONARE I PULSANTI DI ALLARME INCENDIO	
ALLERTARE ED ALLONTANARE PAZIENTI E VISITATORI DAL LUOGO DELL'EVENTO VERSO LE USCITE, SE POSSIBILE PRIMA DI ALLONTANARSI DALLA ZONA INTERESSATA CHIUDERE LE PORTE E LE FINESTRE	
SE POSSIBILE ALLONTANARE DALLA ZONA PROSSIMA ALL'INCENDIO APPARECCHI A PRESSIONE (BOMBOLE DI GAS COMPRESSO, ESTINTORI, ecc.) E/O CONTENITORI DI LIQUIDI INFIAMMABILI	
SOLO LE PERSONE IN GRADO DI FARLO SONO AUTORIZZATE A FARE USO DI MEZZI DI ESTINZIONE	
NON USARE GLI ASCENSORI! **UTILIZZARE LE VIE DI ESODO E SCALE** SEGUENDO LA SEGNALETICA	
NUMERO PER CHIAMARE **VV.F (VIGILI DEL FUOCO)**	**NUMERO EMERGENZA ESTERNO** **Tel. 112**
IN CASO DI INTERVENTO DEI VV.F, SEGUIRE LE INDICAZIONI, E LE DISPOSIZIONI SANITARIE PER LO SPOSTAMENTO IN LUOGO SICURO DEI PAZIENTI E VISITATORI	

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI

REGIONE LAZIO

INDICAZIONI PER PAZIENTI E VISITATORI IN CASO DI INCENDIO

AVVERTIRE IMMEDIATAMENTE IL PERSONALE DI REPARTO E SEGUIRNE LE INDICAZIONI	
NELLA IMPOSSIBILITA' DI AVVISARE IL PERSONALE UTILIZZATE GLI APPOSITI PULSANTI DI ALLARME INCENDIO ED ALLERTARE VIGILI DEL FUOCO (112)	
NON USARE GLI ASCENSORI	
NEL CASO VENGA IMPARTITO L'ORDINE DI EVACUAZIONE I PAZIENTI E VISITATORI IN GRADO DI MUOVERSI AUTONOMAMENTE DEVONO LASCIARE I LOCALI OCCUPATI SEGUENDO I CARTELLI INDICATORI E LE ISTRUZIONI RICEVUTE	
I PAZIENTI E VISITATORI NON IN GRADO DI MUOVERSI AUTONOMAMENTE ATTENDANO I SOCCORSI PREDISPOSTI DAL PERSONALE	
MISURE PREVENTIVE: **VIETATO FUMARE E/O USARE FIAMME LIBERE** **VIETATO USARE APPARECCHI ELETTRICI SENZA AUTORIZZAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO**	

IN CASO DI EMERGENZA

cosa sapere - cosa fare

All'interno dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini è in vigore un Piano di Emergenza ed Evacuazione (P.EVAC) ed un Piano di Emergenza per massiccio afflusso di feriti (PEIMAF), al fine di tutelare, la sicurezza delle persone, a qualsiasi titolo presenti nella struttura.

La struttura sanitaria è dotata di squadre di addetti alla gestione delle emergenze organizzate per tipologie di area, per piani e per compartimenti e di una squadra antincendio che si occupa dei controlli preventivi e dell'intervento in caso di incendio, anche in supporto agli addetti alla gestione delle emergenze.

In caso di una situazione di emergenza a vario titolo attenersi alle indicazioni contenute in questo opuscolo informativo e nelle planimetrie di emergenza affisse all'interno della struttura.

NUMERI UTILI *attivi 24 ore su 24*

Se ti trovi in situazione di pericolo non esitare a contattare i seguenti numeri dei *"servizi di emergenza interni"*:

06.5555.4493

SQUADRA ANTINCENDIO

.....

06.5555.3669

SERVIZIO VIGILANZA

Per ulteriori informazioni, consultare:

www.scamilloforlanini.rm.it – Gestione Emergenze

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

IN CASO DI EMERGENZA

cosa sapere - cosa fare

Raccomandazioni di comportamento per le persone presenti all'interno dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

REGIONE LAZIO

COSA FARE IN CASO DI INCENDIO

Chiunque sia testimone o venga informato della presenza di un pericolo (fumo, fiamme, etc), deve telefonare immediatamente al numero **06.5555.4493** segnalando:

1. Le proprie generalità;
2. Luogo dell'emergenza (sede, piano, struttura);
3. Natura dell'emergenza;
4. L'eventuale presenza di feriti;
5. Altre informazioni utili.

Azionare il pulsante di allarme incendio.

L'Azienda Ospedaliera è dotata di impianti di rivelazione e segnalazione automatica degli incendi in grado di rilevare e segnalare a distanza un principio d'incendio.

All'interno dell'Azienda Ospedaliera vige il divieto di fumo e l'uso di fiamme libere.

COSA FARE IN CASO DI EVACUAZIONE

- Mantenere la calma;
- Seguire le istruzioni del personale sanitario e del personale addetto all'emergenza;
- Abbandonare immediatamente l'area interessata dal fuoco, utilizzando le uscite di emergenza, non correre, strillare o spingere chi è avanti;
- Le persone non in grado di muoversi autonomamente e/o disabili saranno soccorse dal personale incaricato all'evacuazione;
- Chiudere, se possibile, le porte dietro di sé;
- Dirigersi lungo le vie di esodo, identificate dalla segnaletica di salvataggio verso il luogo di raccolta
- E' vietato l'uso degli ascensori. Usare le scale.
- Una volta raggiunto il luogo di raccolta, seguire le indicazioni del personale addetto all'emergenza ed attendere il termine dell'emergenza;
- Non rientrare nella zona interessata all'incendio fino al cessato allarme.

SEGNALETICA DI SICUREZZA

COSA FARE IN CASO DI SISMA

DURANTE LA SCOSSA

- Mantenere la calma;
- Non precipitarsi fuori per le scale, fino a che non termina la scossa: le scale possono danneggiarsi;
- È proibito l'uso dell'ascensore, che potrebbe bloccarsi;
- All'interno di un edificio, occorre individuare i punti più resistenti e sicuri della struttura (muri portanti, pilastri, vani delle porte e gli angoli in genere), cercando di addossarsi alle pareti, piuttosto che verso il centro della stanza, mantenendosi a distanza da mensole, lampadari, quadri, specchi, finestre od oggetti che potrebbero caderci addosso;
- In alternativa, bisogna ripararsi sotto un tavolo robusto, una scrivania od un letto ed aspettare la fine delle scosse;
- Tenere le mani dietro la nuca ed abbassare la testa tra le ginocchia (posizione fetale).
- Rimanere nella posizione rannicchiata finché non termina la scossa.

TERMINATA LA SCOSSA

- L'esodo dall'edificio deve essere attuato con prudenza e calma;
- Per uscire da una stanza è preferibile muoversi costeggiando le pareti;
- Non utilizzare l'ascensore, ma le scale, che devono essere percorse con cautela cercando di scaricare il peso del corpo sul lato della parete d'appoggio.
- Occorre raggiungere un punto di raccolta sicuro all'esterno e non rientrare negli edifici danneggiati.

PERICOLO DI INCENDIO IN ATMOSFERE ARRICCHITE CON OSSIGENO

Fire hazards of oxygen and oxygen-enriched atmospheres

Premessa

In una struttura sanitaria, con concentrazioni superiori al 23 % di ossigeno in aria, la situazione diventa pericolosa a causa dell'accresciuto pericolo di incendio (atmosfera sovraossigenata).

Scopo

Le informazioni presenti all'interno del presente documento, indicano i pericoli dell'accumulo di ossigeno e le misure necessarie per ridurre il rischio incendio.

- **I gas atmosferici**

La composizione volumetrica dell'aria ambiente in condizioni ordinarie è data, con ottima approssimazione, dal 21% di ossigeno più il 79% di azoto.

I gas atmosferici non sono tossici. Se la loro concentrazione varia, tuttavia, evidenziano un impatto sui processi vitali e di combustione (in particolare nel caso dell'ossigeno).

L'ossigeno in sé non è infiammabile ma favorisce la combustione. L'azoto e l'argon, invece, la inibiscono. Qualsiasi variazione della concentrazione di questi gas non può essere rilevata dai sensi umani. Se non vengono manipolati correttamente, si verificano incidenti.

- **Condizioni necessarie per un incendio**

Perché si verifichi un incendio, devono essere presenti i seguenti tre elementi:

1. Materiale combustibile;
2. Comburente (generalmente ossigeno in aria);
3. Sorgente d'innesco (solitamente calore).

Se solo uno dei tre elementi viene a mancare, la combustione non avviene o, se in atto, si estingue.

- **Proprietà dell'Ossigeno**

✓ L'ossigeno non è infiammabile ma sostiene la combustione.
✓ L'Ossigeno è incolore, inodore e insapore.
✓ L'aria arricchita in ossigeno non può essere avvertita dai sensi umani!
✓ L'impiego di sensori di ossigeno è basilare in atmosfere arricchite con ossigeno.
✓ L'ossigeno è più pesante dell'aria. Essendo più pesante dell'aria, si può accumulare nelle aree basse!
✓ Nel momento in cui la concentrazione dell'Ossigeno in un locale aumenta (> 21%) si origina quella che viene definita atmosfera sovraossigenata; si facilita l'inizio del processo di combustione e, quando l'accensione si è verificata, la fiamma procede con maggior rapidità.
✓ Il processo di combustione in un'atmosfera arricchita di ossigeno: inizia più facilmente, coinvolge anche sostanze che in aria non brucerebbero, é molto più veloce (da 10 a 100 volte), causa temperature molto più alte (tale aumento può essere anche di 1000 gradi) e, in volume chiuso, causa anche forti aumenti di pressione.

All'aumentare della concentrazione di ossigeno in aria aumenta anche il rischio di incendio!

Procedure di sicurezza per l'utilizzo e la gestione dell'ossigeno nei locali dell'AOSCF

Nei locali dell'AOSCF dove si somministra ossigeno ai pazienti e si utilizzano o stoccano bombole di ossigeno, è fondamentale adottare le seguenti misure preventive e operative per garantire la sicurezza, in particolare in caso di sovraossigenazione:

1. Misure generali in caso di sovraossigenazione

1. Ventilazione immediata del locale:
   - In caso di perdita di ossigeno da una valvola o per altra causa, procedere subito alla ventilazione del locale.
   - Attivare le chiamate di emergenza secondo le procedure previste dal Piano di Emergenza Interno.
2. Ventilazione degli abiti:
   - Gli indumenti saturi di ossigeno devono essere ventilati con cura, poiché l'ossigeno infiltrato può rendere gli abiti facilmente infiammabili.

2. Gestione delle perdite di ossigeno

1. Perdita da bombola:
   - Portare la bombola all'esterno del locale, in una zona sicura, e segnalare l'emergenza come previsto dal Piano di Emergenza Interno.
2. Perdita dall'impianto centralizzato:
   - Attivare immediatamente le chiamate di emergenza.
   - La chiusura della valvola di intercettazione principale, con sospensione dell'erogazione in più punti dell'impianto, può essere effettuata solo con l'autorizzazione del Dirigente medico responsabile di turno, in collaborazione con il Coordinatore delle emergenze (Medico di Direzione Sanitaria di turno), per evitare di interrompere la somministrazione a dispositivi salvavita.

3. Misure preventive

- Controlli periodici:
- Verificare regolarmente l'integrità delle tubazioni e dei raccordi per rilevare eventuali perdite.
- Autorizzazioni per gas medicali:
- La distribuzione di gas medicali con bombole è consentita solo previa autorizzazione dell'autorità sanitaria competente e con sistemi idonei di riduzione della pressione.
- Divieto di utilizzo in presenza di visitatori:
- È vietato utilizzare bombole di ossigeno in locali con presenza di visitatori non autorizzati, fatta eccezione per i casi in cui sia obbligatoria la presenza di bombole/stroller per emergenza (es. terapia intensiva, trasporto pazienti, pronto soccorso).

4. Gestione delle bombole di ossigeno

- Protezione:
- Le bombole devono essere protette da urti e cadute accidentali.
- Posizionamento:
- È vietato depositare, anche temporaneamente, bombole lungo le vie di esodo.
- Le bombole devono essere collocate su appositi carrelli, posizionati in modo da non intralciare le vie di fuga.
- Lubrificazione:
- È assolutamente vietato lubrificare con oli o grassi materiali e attrezzature che possono entrare in contatto con l'ossigeno o con atmosfere sovraossigenate.

5. Azioni in caso di incendio

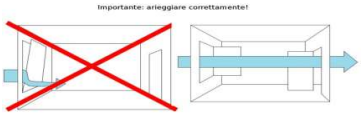
1. Evacuazione delle bombole:
   - Tentare, ove possibile e senza mettere a rischio la propria incolumità, di evacuare le bombole dal locale interessato.
2. Raffreddamento delle bombole:
   - Se l'evacuazione è pericolosa, irrorare le bombole con acqua durante l'intervento di spegnimento per prevenire il rischio di scoppio e ulteriore sovraossigenazione dell'ambiente.

Queste misure sono essenziali per ridurre i rischi associati all'uso e alla gestione dell'ossigeno, preservando la sicurezza dei pazienti, del personale e delle strutture.

Divieti e misure precauzionali comportamentali da tenere negli ambienti in cui viene praticata l'ossigenoterapia

La prima e fondamentale misura da mettere in campo per contrastare l'incremento di rischio incendio legato all'elevato impiego di ossigeno al fine di scongiurare l'emergenza incendio è sicuramente quella della prevenzione: in ambienti ospedalieri con presenza di persone allettate ovvero collegate ad apparecchiature salvavita bisogna assolutamente evitare che un incendio si possa innescare.

Bisogna quindi evitare qualunque possibile innesco!



Divieti e misure precauzionali

- ✓ vietato fumare;
- ✓ vietato l'utilizzo di fonti di calore come scaldavivande, stufette elettriche ecc;
- ✓ vietata la ricarica di telefonini, smartphone, tablet senza autorizzazione del personale sanitario;
- ✓ per evitare l'accumulo di cariche elettrostatiche non utilizzare effetti letterecci non forniti dalla Ditta affidataria. Per lo stesso motivo evitare di indossare indumenti acrilici (es PILE)
- ✓ non lasciare nella stanza liquidi infiammabili od oli grassi. Nell'impossibilità minimizzarne il più possibile i quantitativi;
- ✓ arieggiare frequentemente l'ambiente (15 minuti ogni 2 ore).

PERICOLO DI INCENDIO IN ZONE CON IMPIANTI DI SPEGNIMENTO AUTOMATICO A GAS ESTINGUENTE

Numero emergenza interno: **4493**

Numero emergenza esterno

ZONA CON IMPIANTO DI SPEGNIMENTO AUTOMATICO A GAS ESTINGUENTE

IL LOCALE È PROTETTO DA UN SISTEMA DI RIVELAZIONE INCENDI E SPEGNIMENTO INCENDIO AUTOMATICO CON GAS ESTINGUENTE DI TIPO: FK-5-1-12

Dodecafluoro-2-methylpentan-3-one, Perfluoro (2-Methyl-3-Pentanone), NOVEC1230™

PROCEDURA DI EMERGENZA IN CASO DI PRESENZA DI FUMO E INCENDIO

FASE 01 PREALLARME

In presenza di fumo nel locale la rivelazione di un solo sensore antincendio o la pressione del pulsante ROSSO fa scattare l'ALLARME ANTINCENDIO.

TUTTE LE PERSONE PRESENTI DEVONO EVACUARE DAI LOCALI ED ATTIVARE IL PIANO DI EMERGENZA INTERNO

FASE 02 ALLARME

In presenza di fumo quando anche un secondo sensore antincendio e pulsante di allarme intervengono in contemporanea si attiva la procedura di spegnimento automatico.

e contemporaneamente si attiva il segnale acustico di allarme e si accendono gli avvisatori con la dicitura:

- ⇒ **ALLARME ANTINCENDIO**
- ⇒ **VIETATO ENTRARE**
- ⇒ **EVACUARE IL LOCALE**

Successivamente la Centralina antincendio esegue il Countdown e sulla centralina viene segnalato:

- ⇒ **GAS SPEGNIMENTO IN CORSO**
- ⇒ **È VIETATO ENTRARE NEI LOCALI DURANTE LA SEGNALAZIONE DI SCARICA IN CORSO**

ALLARME GUASTO IMPIANTO

In caso di segnalazione di "guasto impianto":

- ⇒ **È SEVERAMENTE VIETATO ENTRARE NEI LOCALI**
- ⇒ **CONTATTARE I TECNICI DELLA MANUTENZIONE**

Gestione di blackout elettrico e guasti ai sistemi di gas medicali

Premessa

La continuità delle forniture elettriche e dei gas medicali costituisce un elemento strategico per la sicurezza dei pazienti e la funzionalità delle attività cliniche in ambito ospedaliero. Interruzioni o guasti possono compromettere il funzionamento di apparecchiature salvavita, trattamenti in corso e supporti vitali, richiedendo una risposta tempestiva, coordinata ed efficace.
Questa procedura ha lo scopo di fornire linee guida operative standardizzate per la gestione di blackout elettrici e guasti agli impianti di gas medicali, con l'obiettivo di:

A. Tutelare la vita e la sicurezza di pazienti e operatori;
B. Garantire la continuità delle funzioni clinico-assistenziali essenziali;
C. Ridurre i rischi correlati all'interruzione dei servizi critici;
D. Coordinare le risorse tecniche e sanitarie in modo efficace.

Scopo

Definire modalità operative per:

- Gestire interruzioni di alimentazione elettrica (blackout) e guasti agli impianti di distribuzione dei gas medicali;
- Garantire continuità assistenziale, sicurezza e tempestività di intervento;
- Assicurare la tracciabilità e il miglioramento continuo.

Campo di Applicazione

La procedura si applica a:

- Tutto il personale interno e in appalto operante nella struttura;
- Tutte le aree ospedaliere, con particolare attenzione a reparti critici (Terapie Intensive, Blocco Operatorio, Pronto Soccorso, Neonatologia, etc.);
- Tutti i turni di servizio, inclusi festivi e notturni.

Riferimenti Normativi

1. UNI EN ISO 7396-1:2016 – Impianti di distribuzione gas medicali
2. D.P.R. 37/1997 – Sicurezza impianti civili e sanitari
3. Norme CEI 64-8 – Impianti elettrici in ambienti medici
4. CEI 11-27:2021 – Sicurezza nei lavori sugli impianti elettrici
5. UNI 11100 – Gestione operativa impianti gas medicali

Nel documento sono presenti riferimenti ai seguenti atti legislativi:

6. Documento della Presidenza del Consiglio dei Ministri del settembre 1998 – Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera;
7. D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 "Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro" ;
8. D.M 3 agosto 2015 "Approvazione di norme tecniche di prevenzione incendi, ai sensi dell'articolo 15 del decreto legislativo 8 marzo 2006, n. 139"
9. Nota: Il D.M 3 agosto 2015 è generalmente denominato "codice di prevenzione incendi"
10. D.M 1 settembre 2021 "Criteri generali per il controllo e la manutenzione degli impianti, attrezzature ed altri sistemi di sicurezza antincendio, ai sensi dell'articolo 46, comma 3, lettera a), punto 3, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81"
11. D.M 2 settembre 2021 "Criteri per la gestione dei luoghi di lavoro in esercizio ed in emergenza e caratteristiche dello specifico servizio di prevenzione e protezione antincendio, ai sensi dell'articolo 46, comma 3, lettera a), punto 4 e lettera b) del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81"
12. D.M 3 settembre 2021 "Criteri generali di progettazione, realizzazione ed esercizio della sicurezza antincendio per luoghi di lavoro, ai sensi dell'articolo 46, comma 3, lettera a), punti 1 e 2, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81" .

Definizioni

Termini	Definizione
Blackout elettrico	Interruzione improvvisa dell'alimentazione elettrica (totale o parziale)
Gas medicali	Gas utilizzati a scopo terapeutico e diagnostico (ossigeno, aria, vuoto, etc.)
Gruppo elettrogeno	Sistema automatico di alimentazione elettrica di emergenza
Sistema di backup gas	Bombole portatili o impianti alternativi temporanei

Responsabilità

Ruolo	Compiti principali
UOC Patrimonio ed Edilizia	Monitoraggio impianti, attivazione gruppi di emergenza, coordinamento squadre tecniche, comunicazioni interne
Coordinatore Emergenze (Medico DS di guardia)	Coordinamento sanitario, valutazione clinica, priorità assistenziali, decisioni operative
Personale Sanitario	Monitoraggio pazienti critici, gestione dispositivi salvavita, attivazione checklist
Tecnici Manutentori (interni/esterni)	Verifica gruppi, interventi urgenti, ripristino funzionalità impianti
Direzione Sanitaria / Procedure ed esercitazioni per le emergenze	Supervisione generale, esercitazioni, verifica applicazione procedure
Risk Management / Qualità	Analisi post-evento, gestione non conformità e azioni correttive/preventive

Procedure operative

Gestione Blackout Elettrico
Obiettivo
Garantire la continuità assistenziale e la sicurezza di pazienti, operatori e visitatori durante un'interruzione dell'alimentazione elettrica, mediante l'attivazione tempestiva delle misure di emergenza previste.

Fasi Operative

Segnalazione dell'evento
Il personale presente deve segnalare immediatamente l'interruzione elettrica al centralino.
Il centralino provvede a contattare:

- il Coordinatore delle Emergenze (Medico della Direzione Sanitaria di turno);
- il personale tecnico reperibile H24 della UOC Patrimonio ed Edilizia, per l'attivazione immediata dei tecnici manutentori.

Attivazione dell'alimentazione di emergenza
I tecnici manutentori:

- verificano l'avvio corretto dei gruppi elettrogeni:
- assicurano l'alimentazione continua alle aree e apparecchiature critiche (es. Terapia Intensiva, Sale Operatorie, Pronto Soccorso).

Verifica delle apparecchiature critiche
Il personale sanitario:

- controlla che tutte le apparecchiature salvavita (ventilatori, pompe, monitor, ecc.) siano connesse, alimentate e funzionanti correttamente.
- segnala immediatamente al coordinatore emergenze/reperibile H24 UOC Patrimonio ed Edilizia eventuali malfunzionamenti.

Comunicazione interna
Il personale sanitario e il coordinatore emergenze:

- diffondono informazioni chiare e rassicuranti a tutto il personale, ai pazienti e ai visitatori;
- coordinano l'eventuale evacuazione o spostamento interno, se necessario.

Ottimizzazione dei consumi energetici
Se la situazione lo richiede:

- il personale tecnico e sanitario disattiva le apparecchiature non essenziali.

L'obiettivo è preservare l'autonomia energetica fino al ripristino della rete principale.

Monitoraggio continuo (supervisione costante aree critiche e comunicazione con tecnici)

- Il personale sanitario garantisce sorveglianza costante nelle aree critiche.
- viene mantenuto un contatto diretto con i tecnici per segnalare eventuali criticità.

Ripristino e verifica degli impianti
Al ritorno della rete elettrica:
- i tecnici manutentori eseguono il ripristino graduale degli impianti;
- viene effettuato un controllo completo del corretto funzionamento delle apparecchiature e delle linee elettriche.

8. Registrazione e tracciabilità
Tutte le fasi dell'evento, incluse:
- tempistiche;
- anomalie riscontrate;
- azioni correttive intraprese;

devono essere documentate in apposito registro per la valutazione successiva e il miglioramento continuo della procedura.

7.2 Gestione dei Guasti agli Impianti di Gas Medicali

Obiettivo
Assicurare la continuità assistenziale e la sicurezza dei pazienti in caso di guasti agli impianti di distribuzione dei gas medicali, tramite azioni tempestive, coordinate e documentate.

Fasi Operative
Segnalazione dell'evento
Il personale presente deve segnalare immediatamente il guasto al centralino.
Il centralino provvede a contattare:
- il Coordinatore delle Emergenze (Medico della Direzione Sanitaria di turno);
- il personale tecnico H24 della UOC Patrimonio ed Edilizia, che provvede a mobilitare i tecnici manutentori specializzati.

Verifica tecnica
Il tecnico incaricato:
- valuta l'entità del guasto e individua la causa, seguendo le procedure di sicurezza previste.

Attivazione dei sistemi di backup
Il personale sanitario, in collaborazione con i tecnici:
- utilizza bombole portatili o altri sistemi alternativi per garantire la continuità dell'erogazione dei gas medicali essenziali;
- verifica il corretto funzionamento e la disponibilità delle riserve.

Trasferimento dei pazienti critici
In caso di interruzione prolungata o mancanza di backup adeguato:
- i pazienti più critici vengono trasferiti in aree attrezzate con impianti di gas medicali funzionanti;
- il trasferimento è coordinato dal personale sanitario con supporto logistico, garantendo la sicurezza del paziente.

Comunicazione interna
Il Coordinatore delle Emergenze e il personale sanitario:
- comunicano in modo chiaro e tempestivo con operatori, pazienti e visitatori;
- forniscono istruzioni rassicuranti e operative, evitando allarmismi.

Intervento di riparazione
I tecnici manutentori:
- intervengono con la massima urgenza per la riparazione del guasto.
- utilizzano componenti certificati e rispettano le norme di sicurezza vigenti.

Verifica post-riparazione
Al termine della riparazione:
- viene eseguita una verifica completa della funzionalità dell'impianto ripristinato;
- si effettuano test di tenuta, pressione e sicurezza per confermare l'idoneità al riutilizzo.

Documentazione e tracciabilità

Tutte le fasi dell'intervento devono essere **accuratamente registrate**, comprese:

- Descrizione del guasto;
- Tempistiche;
- Azioni intraprese;
- Esiti delle verifiche finali.

La documentazione viene conservata per fini di audit interno, miglioramento continuo e formazione del personale.

Checklist emergenza – promemoria per il personale sanitario

Blackout Elettrico

Cosa fare subito:
☐ Segnala l'interruzione al centralino
☐ Verifica che le apparecchiature salvavita (ventilatori, pompe, monitor, ecc.) siano collegate alla linea di emergenza e funzionanti

Durante l'evento:
☐ Mantieni la calma e informa pazienti/visitatori con messaggi rassicuranti
☐ Disattiva le apparecchiature non essenziali (se richiesto) per risparmiare energia
☐ Monitora costantemente i pazienti critici
☐ Collabora con il Coordinatore Emergenze per eventuali spostamenti

Quando torna la corrente:
☐ Verifica che tutte le apparecchiature siano tornate operative
☐ Segnala eventuali problemi tecnici al personale competente
☐ Collabora alla documentazione dell'evento

Guasto Gas Medicali

Cosa fare subito:
☐ Segnala il guasto al centralino
☐ Attiva bombole portatili o sistemi alternativi di gas medicali (ossigeno, aria, ecc.)
☐ Verifica che le riserve siano funzionanti e accessibili

Durante l'evento:
☐ Valuta lo stato dei pazienti critici
☐ Trasferisci (se necessario) pazienti in aree con impianti funzionanti
☐ Comunica con chiarezza al team, ai pazienti e ai familiari
☐ Non manipolare le valvole o gli impianti: attendi i tecnici

Dopo la riparazione:
☐ Verifica il ripristino dei gas medicali in reparto
☐ Segnala anomalie residue al personale tecnico
☐ Collabora alla registrazione dell'evento

Promemoria Rapido

In caso di...	Segnala a...	Agisci su...
Blackout	Centralino / Coordinatore Emergenze/Personale tecnico	Apparecchiature salvavita, comunicazione interna, consumi
Guasto Gas	Centralino / Coordinatore Emergenze/Personale tecnico	Backup bombole, pazienti critici, sicurezza area

☑ **Mantieni sempre la calma**
☑ **Segui le indicazioni del Coordinatore Emergenze**
☑ **La tua prontezza è sicurezza per tutti!**

9 . Registro eventi critici

Data / Ora Inizio evento	
Tipo evento	
Area coinvolta	
Segnalato da (Nome, Reparto)	
Persone avvisate (Ruoli)	
Azioni immediate	
Tecnici intervenuti	
Attivazione Gruppi Elettrogeni / Backup Gas	
Malfunzionamenti riscontrati	
Misure di contenimento e sicurezza adottate	
Trasferimenti pazienti:	
Data / Ora fine evento:	
Verifica Post-riparazione (Esito):	
Note / Osservazioni:	

Istruzioni per la compilazione:

- Data / Ora Inizio Evento: indicare quando è stata rilevata la criticità.
- Tipo Evento: specificare “Blackout Elettrico” o “Guasto Gas Medicali”.
- Area Coinvolta: indicare la zona interessata (es. Terapia Intensiva, Blocco Operatorio).
- Segnalato da: nome e reparto della persona che ha rilevato il problema.
- Persone Avvisate: elencare le figure coinvolte e informate (es. Coordinatore Emergenze, UOC Patrimonio, Direzione Sanitaria).
- Azioni Immediate: descrivere i primi interventi effettuati (es. attivazione gruppo elettrogeno, attivazione bombole portatili).
- Tecnici Intervenuti: nome e, se esterni, società di manutenzione.
- Attivazione Gruppi Elettrogeni / Backup Gas: confermare l’avvio dei sistemi di emergenza.
- Malfunzionamenti Riscontrati: dettagliare eventuali anomalie nelle apparecchiature.
- Misure di Contenimento e Sicurezza Adottate: indicare le azioni per limitare i rischi (es. disattivazione apparecchi non essenziali, evacuazioni).
- Trasferimenti Pazienti: se avvenuti, indicare numero e aree di destinazione.
- Data / Ora Fine Evento: indicare quando la situazione è stata riportata alla normalità.
- Verifica Post-Riparazione (Esito): risultato dei controlli finali sugli impianti e apparecchiature.
- Note / Osservazioni: ulteriori informazioni utili, suggerimenti o criticità emerse.

Il registro eventi critici deve essere compilato da chi gestisce e monitora l’evento, in particolare:

- ✓ il Coordinatore delle Emergenze (medico) per l’intervento sanitario e la comunicazione;
- ✓ il personale tecnico della UOC Patrimonio ed Edilizia e i manutentori per l’attivazione e il ripristino degli impianti;
- ✓ il personale sanitario nelle aree critiche per il monitoraggio dei pazienti e la segnalazione di malfunzionamenti.

La compilazione documenta tutte le fasi dell’evento per garantire tracciabilità e miglioramento. La responsabilità è quindi condivisa tra sanitario, tecnico, Direzione Sanitaria e Risk Management per analisi e formazione.

Prevenzione e gestione del rischio incendio in sala operatoria e aree critiche

SCOPO

La presente procedura ha lo scopo di:

- prevenire il rischio di incendio in sala operatoria e nelle aree critiche;
- definire le modalità di gestione di un principio di incendio o di un incendio chirurgico;
- ridurre al minimo i danni a persone, strutture, impianti e apparecchiature sanitarie;
- garantire un intervento coordinato del personale sanitario e degli addetti antincendio, nell'ottica del miglioramento continuo della sicurezza.

CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a:

- sale operatorie;
- aree critiche (terapie intensive, blocchi operatori, sale endoscopiche, ecc.);
- personale sanitario, tecnico, studenti, manutentori e visitatori a qualunque titolo presenti.

RIFERIMENTI NORMATIVI

D.Lgs. 81/2008, artt. 18, 43, 46
D.P.R. 151/2011 – Attività n. 68 (strutture sanitarie)
DM 3 agosto 2015 – Codice di Prevenzione Incendi
DM 29 marzo 2021 – Regola Tecnica Verticale (RTV V.11) – Strutture sanitarie
Piano di Emergenza Interno Antincendio aziendale
Norme tecniche UNI/CEI applicabili agli impianti antincendio
ISO 9001 – Sistemi di gestione per la qualità
ISO 45001 – Sistemi di gestione per la salute e sicurezza sul lavoro
WHO – *Safe Surgery Saves Lives*
AORN – *Guidelines for Perioperative Practice*
Buone pratiche di sicurezza antincendio in ambito sanitario

DEFINIZIONI

Principio di incendio
fase iniziale di un incendio caratterizzata da focolare limitato e sviluppo contenuto di fumi e calore, tale da consentire un intervento immediato senza evacuazione generale.

Incendio chirurgico
incendio che si verifica su o all'interno di un paziente sottoposto a procedura medica o chirurgica, o nell'area chirurgica immediata sotto il controllo del team operatorio.

Incendio delle vie aeree
incendio chirurgico che si sviluppa nelle vie aeree del paziente, tipicamente coinvolgendo tubo endotracheale, tamponi faringei o strumenti bronchoscopici.

Incendio chirurgico non delle vie aeree
incendio chirurgico che coinvolge la cute del paziente, i teli, i camici o le attrezzature presenti sul o in prossimità del paziente.

Fonte di accensione
qualsiasi dispositivo o elemento in grado di generare calore o scintille sufficienti ad avviare la combustione.

Fonte di combustibile
qualsiasi materiale infiammabile presente nell'ambiente chirurgico.

Fonte di ossidante
gas che favorisce la combustione, in particolare ossigeno e protossido di azoto.

Valutazione del rischio di incendio
processo sistematico di identificazione della probabilità di incendio basato sulla presenza simultanea di fonte di accensione, combustibile e ossidante, come valutato nel DVR aziendale.

4.9 Tubo endotracheale sicuro per laser (Laser Safe ETT)
tubo endotracheale progettato per ridurre il rischio di incendio durante l'uso di laser sulle vie aeree.

.5. VALUTAZIONE DEL RISCHIO INCENDIO IN SALA OPERATORIA

La completa eliminazione del rischio incendio non è possibile poiché, durante le procedure chirurgiche, coesistono tutti gli elementi del triangolo del fuoco:

4. Ossidanti: ossigeno, protossido di azoto
5. Fonti di innesco: elettrobisturi, elettrocauteri, laser, fibre ottiche
6. Combustibili: teli, garze, camici, materiali plastici, antisettici alcolici

Il rischio viene ridotto mediante la separazione e il controllo degli elementi del triangolo del fuoco.

RUOLI E RESPONSABILITÀ

Personale sanitario

- vigilanza continua sul campo operatorio;
- segnalazione immediata di qualsiasi principio di incendio;
- attuazione delle manovre di primo intervento clinico.

Addetti antincendio / addetti di compartimento

- formazione specifica secondo normativa vigente;
- primo intervento antincendio compatibilmente con la sicurezza del paziente;
- supporto all'evacuazione e attivazione del Piano di Emergenza.

Squadra antincendio aziendale

- controlli preventivi;
- gestione dell'emergenza in coordinamento con i Vigili del Fuoco;
- supporto agli addetti di compartimento.

Le responsabilità definite non sostituiscono quelle previste dalla normativa vigente.
La Direzione approva la presente procedura e ne garantisce l'attuazione.

SEGNALAZIONE DELL'INCENDIO

L'allarme incendio può essere attivato tramite:

- avvistamento diretto o indiretto;
- rivelatori automatici di fumo/incendio (impianto SSI);
- percezione di calore anomalo e/o odore di combustione.

In ogni caso deve essere attivato il Piano di Emergenza Interno Antincendio.

PREVENZIONE DEGLI INCENDI CHIRURGICI

Fonti di innesco

- utilizzo della modalità *stand-by*;
- attivazione dei dispositivi solo sotto visione diretta;
- utilizzo del minimo voltaggio efficace;
- riposizionamento degli elettrodi in fondine dedicate.

Ossidanti

- limitare la concentrazione di ossigeno < 30% nel sito chirurgico;
- evitare accumuli di ossigeno sotto i teli;
- favorire la ventilazione del campo operatorio.

Combustibili

- rispetto dei tempi di evaporazione degli antisettici alcolici;
- evitare ristagni su cute e teli;
- utilizzo, quando possibile, di materiali inumiditi.

GESTIONE DELL'INCENDIO CHIRURGICO

Principi generali

- interrompere immediatamente la procedura;
- rimuovere la fonte di ossidante;
- estinguere il fuoco proteggendo il paziente;
- attivare il Piano di Emergenza.

Incendio di piccole dimensioni

- rimuovere orizzontalmente il materiale in fiamme;
- estinguere con acqua sterile o soluzione fisiologica;
- non utilizzare estintori sul paziente.

Incendio di grandi dimensioni

- sospendere il flusso dei gas dopo protezione del paziente;
- disconnettere il circuito respiratorio;
- rimuovere ed estinguere i materiali combusti;
- prestare immediata assistenza al paziente.

Incendio delle vie aeree

- disconnettere immediatamente il circuito;
- rimuovere il tubo endotracheale;
- irrigare le vie aeree con soluzione fisiologica;
- ripristinare la ventilazione in aria ambiente.

POST-EVENTO

- valutazione clinica e trattamento delle lesioni;
- segnalazione dell'evento secondo le procedure aziendali;
- conservazione dello stato dei luoghi per indagini;
- analisi dell'evento e aggiornamento del DVR se necessario.

FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO

- formazione antincendio obbligatoria per gli addetti designati;
- addestramento specifico per il personale di sala operatoria;
- esercitazioni periodiche documentate.

MONITORAGGIO E MIGLIORAMENTO

La procedura è soggetta a riesame periodico, audit interni e aggiornamento in funzione di eventi, modifiche normative o organizzative.

Tabella di correlazione – prevenzione e gestione incendi in sala operatoria

Sezione procedura	Contenuto	Normativa / Linee guida	Titolo del richiamo
1. Scopo	Finalità preventive e gestionali	D.Lgs. 81/2008, artt. 18, 46	Obbligo generale prevenzione incendi
		DM 3/8/2015 Sez. G (GSA)	Procedure documentate
2. Campo di applicazione	Sale operatorie e aree critiche	DPR 151/2011, art. 68	Assoggettabilità strutture sanitarie
		DM 29/3/2021 RTV V.11	Aree a rischio specifico
		DM 18/09/2002	Regola tecnica storica per prevenzione incendi strutture sanitarie (alternativa alla RTV V.11)
3. Riferimenti normativi	Elenco norme	D.Lgs. 81/2008	Quadro normativo cogente
		DM 3/8/2015	Codice prevenzione incendi
4. Definizioni	Incendio chirurgico	DM 3/8/2015 (definizioni generali)	Definizione clinico-operativa
	Principio di incendio	DM 3/8/2015	Definizione tecnica antincendio
5. Valutazione rischio incendio	Triangolo del fuoco in sala operatoria	D.Lgs. 81/2008, art. 28	Analisi rischio specifico
	Gestione rischio incendio	DM 3/8/2015 Sez. G	Procedure gestione rischio incendio
	Rischio non eliminabile	RTV V.11	Accettabilità del rischio residuo
6. Ruoli e responsabilità	Compiti personale sanitario	D.Lgs. 81/2008, artt. 18, 43	Team multidisciplinare
	Addetti antincendio	D.Lgs. 81/2008, art. 43	Designazione formale
	Squadra antincendio	DM 3/8/2015, G.1–G.2	Organizzazione GSA
7. Segnalazione incendio	Avvistamento e allarme	DM 3/8/2015, S.7	Rivelazione e allarme
		UNI 9795	Impianti SSI
8. Prevenzione	Fonti di innesco	DM 3/8/2015 Sez. G	Raccomandazioni clinico-tecniche

Sezione procedura	Contenuto	Normativa / Linee guida	Titolo del richiamo
incendi chirurgici			
	Ossidanti (O_2 < 30%)	APSF, ECRI	Soglia tecnica di rischio
	Combustibili	DM 3/8/2015 Sez. G	Controllo materiali
9. Gestione incendio piccolo	Spegnimento con acqua	D.Lgs. 81/2008, art. 43	Sicurezza paziente
	Divieto estintori sul paziente	APSF, ECRI	Rischio clinico
10. Gestione incendio grande	Disconnessione gas	D.Lgs. 81/2008, art. 43	Rimozione ossidanti
	Protezione paziente	RTV V.11	Priorità degenti
11. Incendio vie aeree	Rimozione ETT	APSF, ECRI	Algoritmo clinico
	Irrigazione vie aeree	APSF	Gestione danno termico
12. Post-evento	Segnalazione evento	D.Lgs. 81/2008, art. 29	Incident reporting
	Conservazione evidenze	DM 3/8/2015 GSA	Indagini post-evento
13. Formazione e addestramento	Formazione antincendio	D.Lgs. 81/2008, artt. 37, 43	Obbligo formativo
	Addestramento team sala operatoria	DM 3/8/2015 G.2	Simulazioni incendio

Acronimi:

- **APSF** – Anesthesia Patient Safety Foundation
- **AORN** – Association of periOperative Registered Nurses
- **ECRI** – ECRI Institute (ora ECRI + ISMP)

I riferimenti alle linee guida APSF, AORN ed ECRI devono essere intesi come supporto tecnico-scientifico e best practice internazionali, adottate come misure gestionali per la riduzione del rischio, in integrazione e non in sostituzione della normativa antincendio vigente.

REMIND RAPIDO – INCENDIO CHIRURGICO

1. PREVENZIONE	• O_2 < 30% nel sito chirurgico • Antisettici alcolici asciutti • Teli inumiditi dove serve • Materiali combustibili lontani da fonti di calore • Elettrobisturi/laser/fibre in stand-by • Elettrodi in fondine dedicate • Personale formato sul rischio incendio
2. RILEVAZIONE	✓ Fiamma visibile / odore di bruciato ✓ Segnalare subito e attivare Piano Emergenza
3. GESTIONE	Piccolo incendio • Stop procedura • Rimuovere ossidante • Estinguere con acqua sterile/sol. Fisiologica
	Incendio vie aeree (tubo endotracheale) ⇒ Disconnettere circuito respiratorio ⇒ Rimuovere tubo ⇒ Irrigare vie aeree ⇒ Ventilare in aria ambiente ⇒ Attivare Piano Emergenza
	Incendio di grandi dimensioni • Proteggere paziente → sospendere gas • Disconnettere circuito • Rimuovere/estinguere materiali • Assistenza immediata al paziente
4. POST-EVENTO	• Valutazione paziente • Segnalazione evento • Conservare stato dei luoghi • Aggiornare DVR se necessario

Primo soccorso in caso di evento sinistrorso

https://www.vvfroma.it/consigli/consigli.asp;

In occasione di un generico evento sinistroso può accadere che qualcuno possa restare vittima di infortunio o subire un malore momentaneo. In attesa di un soccorso qualificato medico (ambulanza, Pronto Soccorso ospedaliero), le persone opportunamente addestrate presenti possono prestare un primo soccorso ed assistenza all'infortunato usando materiali e mezzi disponibili al momento dell'incidente.

In caso di folgorazioni:

Dapprima interrompere la corrente; qualora ciò non sia possibile, distaccare il malcapitato dalla sorgente elettrica utilizzando un corpo non conduttore (legno per esempio). Praticare immediatamente la rianimazione cardiopolmonare (RCP).

In caso di ferite profonde con emorragia esterna:

Pulire subito la ferita, tamponare il flusso con bende e ridurre l'afflusso sanguigno con una contenuta fasciatura della zona ferita.

Per distorsioni, strappi e lussazioni:

Applicare una fasciatura rigida ma non stringente. Lasciare l'infortunato nella posizione di minor dolore ed attendere l'arrivo del soccorso esterno.

In caso di svenimenti:

Non tentare di sollevare l'infortunato; è preferibile distenderlo tenendo le gambe sollevate rispetto alla posizione della testa. Per svenimenti in posizione seduta piegare la testa fra le ginocchia. Non soffocare l'infortunato con la presenza di più persone, e ventilare.

In caso di convulsioni:

Tenere l'infortunato in posizione orizzontale con la testa girata su un fianco per evitare vomiti e probabili soffocamenti. Chiamare subito un soccorso esterno.

In caso di inalazione di fumi:

Senza mettere a repentaglio la propria incolumità, mettere in salvo l'infortunato allontanandolo dall'ambiente contaminato dai fumi (spesso tossici). Se l'infortunato è incosciente ma respira, disporlo in posizione laterale di sicurezza (figura 1). Se respira con difficoltà o non respira, praticare la respirazione artificiale.

Figura 1

Se l'infortunato è lievemente ustionato (1' grado) applicare la pomata disponibile nella cassetta di pronto intervento e coprire la zona con un panno pulito ed umido.

In caso di grandi ustioni (2° e 3° grado):

Raffreddare le parti con acqua fredda. Non tentare di rimuovere lembi di tessuto bruciati ed attaccati alla pelle. Sfilare delicatamente anelli, braccialetti, cinture, orologi o abiti intorno alla parte ustionata prima che inizi a gonfiare. Evitare di applicare sostanze oleose e grasse, ma ricoverare l'infortunato in Centri specializzati; per scottature ed ustioni leggere, applicare i medicamenti disponibili nella cassetta di pronto soccorso.

In caso di ferimenti alla testa:

Se l'incidente è accompagnato anche da perdita di conoscenza e/o sbandamenti e sonnolenza si può ipotizzare anche un trauma cranico. In questi casi non cercare di sollevare l'infortunato, né dargli da bere, ma chiamare subito il soccorso medico.

In caso di lesioni da schiacciamento:

Arrestare ogni eventuale emorragia e trattare tutte le ferite con i medicamenti disponibili nella cassetta di pronto soccorso. Se l'arto può essere liberato subito rimuovere il peso che lo comprime; qualora l'arto dovesse rimanere schiacciato per più di 30 minuti, attendere il soccorso medico prima di estrarlo o, per estrema necessità, apporre un laccio tra la parte schiacciata e la radice dell'arto prima della rimozione del peso che lo comprime. Quando possibile, le lesioni da

schiacciamento devono essere lasciate scoperte. Se l'infortunato perde conoscenza ma respira, va messo in posizione laterale di sicurezza; se si arrestano il battito cardiaco e la respirazione, praticare immediatamente la rianimazione. Riferire sempre al personale del soccorso medico la durata dello schiacciamento.

TECNICHE DI EVACUAZIONE

Trasporto di persona disabile o incapace di mobilita' propria nei casi in cui si deve attuare una procedura di evacuazione.

In caso di evacuazione e se nell'ambiente da abbandonare è presente una persona disabile o che momentaneamente (per panico, svenimento, ecc.) non sia in grado di muoversi, si può tentare un trasporto improvvisato con uno o più soccorritori e con diversi metodi:

Metodo stampella umana

E' utilizzato per reggere un infortunato cosciente capace di camminare se assistito. Questo metodo non può essere usato in caso di impedimenti degli arti inferiori dell'infortunato.

La figura 2 mostra la posizione da assumere per effettuare il trasporto. Il soccorritore si deve disporre sul lato leso dell'infortunato.

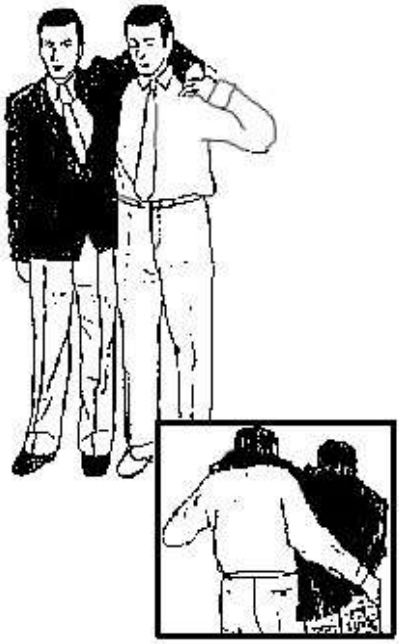


Figura 2

Metodo della slitta

Consiste nel trascinare l'infortunato sul suolo senza sollevarlo. Il trasporto avviene come visualizzato nella **figura 3.**

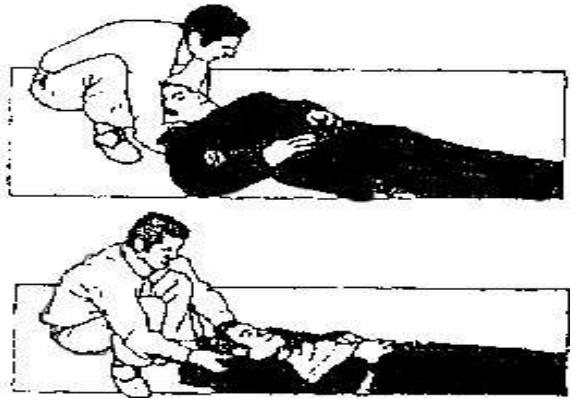


Figura 3

Metodo del pompiere
Si ricorre a questo metodo quando il soccorritore vuole mantenersi sempre disponibile almeno una mano per compiere altre operazioni durante l'evacuazione (esempio: aprire chiudere una porta, trasportare altri oggetti). Aiutare l'infortunato ad alzarsi. Se è incapace di alzarsi, mettersi in piedi davanti alla testa e sollevare l'infortunato utilizzando le braccia intorno o alle ascelle di quest'ultimo **(figura 4).**
Afferrare il polso dell'infortunato con la, mano dello stesso lato e caricare sulla propria spalla il corpo dell'infortunato a livello della zona addominale. Mettere l'altro braccio tra o intorno alle gambe del trasportato. La sequenza è mostrata qui sotto.

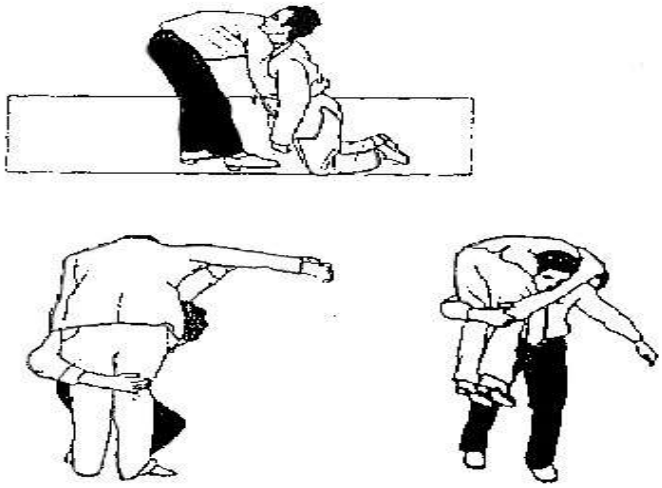
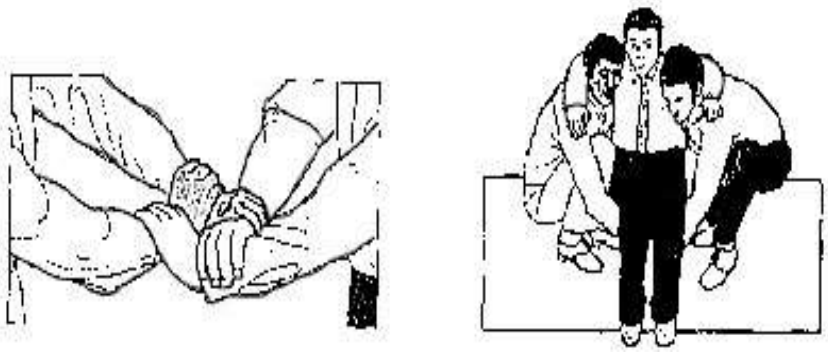
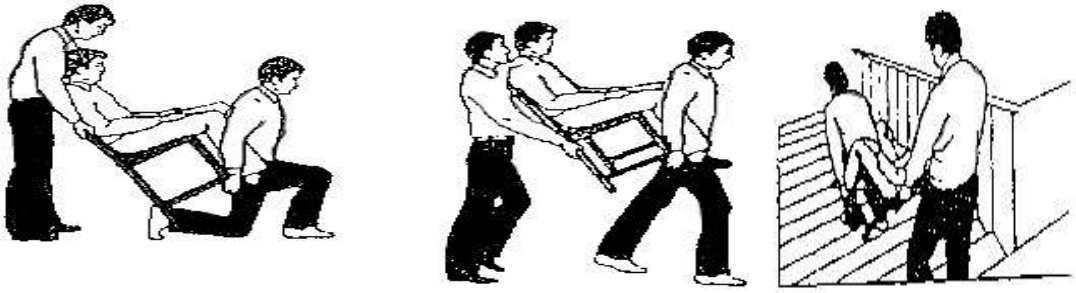


Figura 4

Metodo del seggiolino
La figura visualizza chiaramente il metodo.



Metodo della sedia
Le figure visualizzano chiaramente il metodo.



RACCOMANDAZIONI DI COMPORTAMENTO PER LE TECNICHE DI SOCCORSO ED EVACUAZIONE ALLE PERSONE DISABILI

Premessa
Affinché un operatore di soccorso possa dare un aiuto concreto, è necessario che sia in grado di gestire le seguenti competenze:

- saper comprendere le necessità della persona in difficoltà, anche in funzione del tipo di disabilità che presenta;
- essere in grado di comunicare un primo e rassicurante messaggio che specifichi le azioni basilari da intraprendere per garantire un allontanamento più celere e sicuro possibile dalla fonte di pericolo;
- saper attuare alcune semplici misure di supporto;
- individuare in ogni persona tutte le possibilità di collaborazione;
- posizionare le mani in punti di presa specifici, per consentire il trasferimento della persona in modo sicuro;
- assumere posizioni di lavoro corrette che ne salvaguardino la schiena;
- interpretare le necessità della persona da affiancare ed offrire la collaborazione necessaria;
- applicare le corrette tecniche di trasporto ed assistenza in funzione delle circostanze riscontrate.

Soccorrere un disabile motorio

Se la persona può allontanarsi mediante l'utilizzo di una sedia a rotelle:
assicurati che il percorso sia libero da eventuali barriere architettoniche;
in presenza di ostacoli, quali scale o gradini, aiutala a superarli nel seguente modo:

- posizionati dietro la carrozzina, impugna le maniglie della sedia inclinandola all'indietro di circa 45° ed affronta l'ostacolo, mantenendo la posizione inclinata fino a che non raggiungi un luogo sicuro e in piano.

Ricorda di affrontare l'ostacolo procedendo sempre all'indietro!
Se devi trasportare una persona non in grado di collaborare:
non sottoporre a trazione le sue strutture articolari perché potresti provocarle danni ma utilizza come punti di presa il cingolo scapolare (complesso articolare della spalla) o il cingolo pelvico (complesso articolare del bacino ed dell'anca).

Soccorrere un disabile sensoriale
Persone con disabilità dell'udito

Facilita la lettura labiale, eviterai incomprensioni ed agevolerai il soccorso:

- quando parli, tieni ferma la testa e posiziona il viso all'altezza degli occhi dell'interlocutore; parla distintamente, possibilmente con una corretta pronuncia, usando frasi brevi con un tono normale (non occorre gridare);
- scrivi in stampatello nomi e parole che non riesci a comunicare;
- mantieni una distanza inferiore al metro e mezzo.

Anche le persone con protesi acustiche hanno difficoltà a recepire integralmente il parlato, cerca quindi di attenerti alle stesse precauzioni.

Persone con disabilità della vista

- Annuncia la tua presenza e parla con voce distinta;
- spiega la reale situazione di pericolo;
- evita di alternare una terza persona nella conversazione;
- descrivi anticipatamente le azioni da intraprendere;
- guida la persona lungo il percorso nel modo che ritiene più idoneo, appoggiata alla tua spalla e leggermente più dietro;
- annuncia la presenza di ostacoli come scale, porte, o altre situazioni di impedimento;
- se accompagni più persone con le stesse difficoltà aiutale a tenersi per mano;
- non abbandonare la persona una volta raggiunto un luogo fuori pericolo, ma assicurati che sia in compagnia

In caso di presenza di persona non vedente con cane guida

- ✓ Non accarezzare od offrire cibo al cane senza permesso del padrone;
- ✓ se il cane porta la "guida" (imbracatura) significa che sta operando: se non vuoi che il cane guidi il suo padrone, fai rimuovere la guida;
- ✓ assicurati che il cane sia portato in salvo col padrone;
- ✓ se devi badare al cane su richiesta del padrone, tienilo per il guinzaglio e mai per la "guida".

Soccorrere un disabile cognitivo

Ricorda che persone con disabilità di apprendimento:
potrebbero avere difficoltà nell'eseguire istruzioni complesse, superiori ad una breve sequenza di azioni semplici;
in situazioni di pericolo possono mostrare atteggiamenti di parziale o nulla collaborazione verso chi attua il soccorso.

Perciò:

- accertati che la persona abbia percepito la situazione di pericolo;
- accompagna la persona se dimostra di avere problemi di scarso senso direzionale;
- fornisci istruzioni suddividendole in semplici fasi successive;
- usa segnali semplici o simboli facilmente comprensibili;
- cerca di interpretare le eventuali reazioni;
- di fronte a comportamenti aggressivi da' la precedenza alla salvaguardia dell'incolumità fisica della persona. Ricorri all'intervento coercitivo se questo costituisce l'unica soluzione possibile.

È disponibile sul sito aziendale (http://www.scamilloforlanini.rm.it/gestione-emergenze) l'opuscolo: istruzioni per il trasporto a mano di persone aventi mobilità ridotta, reperibile presso sito aziendale, voce: Gestione Emergenze.

Premessa

Le esercitazioni antincendio sono un obbligo introdotto dal *DM 02/09/2021, punto 1.3 dell'Allegato I - Preparazione all'emergenza, Criteri per la gestione dei luoghi di lavoro in esercizio ed in emergenza e caratteristiche dello specifico servizio di prevenzione e protezione antincendio, ai sensi dell'articolo 46, comma 3, lettera a), punto 4 e lettera b) del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. (Decreto in vigore un anno dopo la sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale avvenuta il 04/10/2021. N.d.R.)* definendo che il datore di lavoro è tenuto ad adottare le misure per la gestione del rischio in caso di emergenza e per la tutela dei lavoratori in caso di grave e imminente pericolo, affinché possano abbandonare il posto di lavoro in sicurezza. Da questo obbligo deriva la necessità di avere un piano di emergenza aziendale, di cui la prova di evacuazione diventa parte integrante.

L'Azienda Ospedaliera rientra tra le attività soggette al controllo da parte dei Comandi provinciali dei vigili del fuoco ai sensi del DPR 151/2011.

Le simulazioni, "stressando" il sistema organizzativo aziendale deputato alla gestione delle emergenze, aiutano a modificare, migliorare, le procedure di emergenza interna e la loro applicabilità nella nostra realtà. L'obiettivo è far sì che i lavoratori facciano proprie le azioni riportate nelle procedure a tal punto da renderle automatiche nelle situazioni di stress emergenziale dove le decisioni devono essere adottate in tempi brevissimi.

Obiettivi

- Verificare l'efficacia del sistema di gestione delle emergenze aziendale ed "allenare" tutto il personale coinvolto a fronteggiare una situazione di emergenza, in modo da rendere "automatico" e quanto più sicuro possibile il comportamento di ciascuno in caso di reale situazione di pericolo.
- Mettere in pratica quanto appreso nei corsi di formazione e addestramento, dalle difficoltà relative all'evacuazione orizzontale e soprattutto verticale dei pazienti, ai tempi reali di evacuazione, a quelli di intervento del personale sanitario e del personale addetto alla lotta antincendio, all'importanza delle comunicazioni nelle situazioni di emergenza.

Campo di applicazione

Le prove di evacuazione si eseguono con frequenza mensile, all'interno delle strutture dell'Azienda Ospedaliera, previo atto deliberativo.

In fase di progettazione degli scenari, si è avvalsi delle informazioni desunte da precedenti incendi accaduti in Ospedale, che hanno permesso di costruire diversi scenari, tra i quali, l'incendio di un paziente a letto, l'incendio di una apparecchiatura elettrica in reparto, l'incendio all'interno di una stanza chiusa a chiave, l'incendio all'interno di un cavedio.

Raccomandazioni di comportamento - Briefing finale / Audit di origine interna

In caso di diramazione dell'allarme di evacuazione:

- Mantenere la calma.
- Interrompere immediatamente ogni attività.
- Lasciare il proprio posto di lavoro curando di mettere tutte le attrezzature in uso in condizione di sicurezza, fermando i macchinari, sconnettendo l'energia elettrica e chiudendo le valvole degli impianti di alimentazione di eventuali combustibili (es. gas metano).
- Allontanarsi ordinatamente dai locali avendo cura di chiudere le finestre e le porte (non a chiave) degli ambienti di lavoro, dopo aver accertato che non vi sia rimasto nessuno.
- Non usare in alcun caso ascensori e montacarichi.
- Evitare di usare il telefono al fine di non intralciare le comunicazioni di emergenza
- Abbandonare la zona senza indugi, ordinatamente e con calma, senza correre e senza creare allarmismi e confusione.
- Seguire la via di fuga più vicina indicata dall'apposita segnaletica e/o dagli addetti all'emergenza presenti.
- Non portare al seguito ombrelli, bastoni, borse o pacchi voluminosi, ingombranti, pesanti e che possano costituire intralcio.
- Non tornare indietro per nessun motivo!
- Non ostruire gli accessi, permanendo in prossimità di questi dopo l'uscita.
- Recarsi ordinatamente, presso i punti di raccolta, seguendo i percorsi di fuga indicati dall'apposita segnaletica, per facilitare la conta di tutti i presenti e ricevere eventuali ulteriori istruzioni.
- Rimanere nei punti di raccolta fino all'ordine di cessato allarme.

SCHEMA PER LO SVOLGIMENTO

FASI ESERCITAZIONE ANTINCENDIO

13. Fase 0 - Prima dell'esercitazione

E. Invio comunicazione al Dirigente e Preposto della struttura interessata, contenente: data, orari e disposizioni di servizio inerenti l'esercitazione antincendio;
F. Invio piano emergenza interno/P.Evac;
G. Acquizione e studio planimetria antincendio della struttura;
H. Sopralluogo presso struttura interessata all'esercitazione per eventuali criticità presenti.

14. Fase 1 – Fase preliminare

I. Briefing in campo su Piano emergenza interno/P.Evac;
J. Regia dell'esercitazione:
   - Descrizione conduzione dell'esercitazione / registrazione dei partecipanti, tempi progressivi ed eventuali criticità sopraggiunte;
   - Registrazione caratteristiche della struttura e delle persone presenti (autosufficienti e non);
   - Descrizione delle possibili tipologie dell'emergenza (principio incendio, incendio esteso su un piano o più piani, incendio di un paziente a letto, incendio di una apparecchiatura elettrica in reparto, incendio all'interno di una stanza chiusa a chiave, incendio all'interno di un cavedio);
   - Individuazione degli "attori" dell'esercitazione (personale sanitario, personale incarito per l'emergenza della struttura e della squadra antincendio, persone autosufficenti e non, personale delle ditte affidatarie, personale della squadra di evacuazione) ;
   - Illustrazione svolgimento esercitazione / Compiti e tempi per ogno attore.

15. Fase 2 – Svolgimento dell'esercitazione

K. **1° tempo** / Scoperta dell'incendio e allertamento:
   – Tutto il personale dipendente;
   – Personale incaricato per l'emergenza della struttura;
   – Responsabile sanitario della struttura;
   – Operatori del centralino aziendale;
   – Personale Ditta affidaria.
L. **2° tempo** / Decisioni organizzative e interazioni:
   – Personale incaricato per l'emergenza della struttura;
   – Responsabile sanitario della struttura;
   – Coordinatore dell'emergenze (Medico di Direzione Sanitaria di guardia);
   – Addetti Squadra Antincendio;
   – Personale Ditta affidaria;
   – In caso di emergenza estesa, VV.F.
I. **3° tempo** / Attuazione interventi di evacuazione e spegnimento:
   – Personale sanitario;
   – Personale Squadra evacuazione;
   – Personale incaricato per l'emergenza della struttura;
   – Addetti Squadra Antincendio;
   – In caso di emergenza estesa, VV.F.
L. **4° tempo** / Fine Emergenza / Cessato allarme
   – Personale incaricato per l'emergenza della struttura;
   – Responsabile sanitario della struttura;
   – Operatori del centralino aziendale;
   – Addetti Squadra Antincendio.
M. **5° tempo** / Briefing finale / Audit di origine interna

VERBALE DI ADDESTRAMENTO SULL'USO DEI MEZZI ANTINCENDIO E SULLE PROCEDURE DI EVACUAZIONE IN CASO DI EMERGENZA
ai sensi del D.M. 02/09/2021 e del D.lgs. 81/2008

N° verbale:

Presso la struttura …… si è tenuto in data …… alle ore ……. una prova di evacuazione dei locali per una simulazione di emergenza incendio. Alla esercitazione hanno partecipato i lavoratori di seguito indicati sotto la supervisione della Squadra Antincendio aziendale.

Nome e Cognome dei partecipanti:	**Nome e Cognome Addetti Antincendio:**

Alle ore …… si è svolto un briefing sulle raccomandazioni di comportamento del Piano di Emergenza Interno, precedentemente inviato al Dirigente e Preposto della struttura, valutando eventuali casi pratici, soffermandosi sugli atteggiamenti corretti da tenere.

In seguito, terminata la fase teorica, si procedeva con il personale ad una valutazione generale dei presidi di prevenzione incendi e gestione delle emergenze presenti in sede.
Al termine di tale fase si pianificava una simulazione di evacuazione per incendio, eseguendo le tre fasi principali, in caso di pericolo d'incendio: **allarmare, salvare e spegnere.**

L'esito della prova è stato:

- ☐ 1 (molto negativa)
- ☐ 2 (negativa)
- ☐ 3 (positiva)
- ☐ 4 (molto positiva)

Non conformità rilevate	**Azioni correttive**
1. Fase **ALLARME**	1. REMIND PROCEDURE OPERATIVE
2. Fase **SALVATAGGIO**	2. REMIND PROCEDURE OPERATIVE
3. Fase **SPEGNIMENTO**	3. REMIND PROCEDURE OPERATIVE

Informazione e formazione principi base prevenzione incendi e azioni in caso di incendio.

Data: …….

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI

REGIONE LAZIO

Esercitazioni in scala reale PEIMAF 2025

Date esercitazioni PEIMAF/Audit 2025	29/11/2025 – Livello 2 - maxi esercitazione città di Roma - Prefettura di Roma

Esercitazioni in scala reale PEVAC 2025

N. Esercitazioni	N. Strutture	N. lavoratori addestrati	N. AI (Addetti Antincendio) di compartimento presenti	% tot. AI su partecipanti	N. verbali
25	**25**	**448**	**171**	**38,2**	**25**

Registro addestramento pratico (art.37, comma 5, D.Lgs n. 81/2008 smi)

Caratteristiche dei luoghi di lavoro (vie di esodo) , numero di addetti antincendio, numero persone presenti e livello di informazione e formazione lavoratori.

Planimetrie per l'emergenza

Le planimetrie, sono strumenti utili sia per la prevenzione che per la gestione efficace di eventuali situazioni di emergenza. Sono rappresentazioni grafiche e dettagliate degli ambienti di un edificio o di una struttura, realizzate con l'obiettivo di illustrare le misure di sicurezza e prevenzione contro il rischio di incendio. Queste planimetrie sono uno strumento fondamentale per garantire la sicurezza delle persone e per gestire in modo efficace le situazioni di emergenza.
In particolare, le planimetrie antincendio contengono informazioni essenziali, come:

1. Vie di esodo e percorsi di fuga: indicano i percorsi che le persone devono seguire per uscire in sicurezza dall'edificio durante un'emergenza.
2. Posizione degli estintori e degli altri dispositivi di spegnimento: estintori, idranti, porte tagliafuoco, sistemi di allarme e altre attrezzature per la sicurezza antincendio.
3. Punti di raccolta: aree sicure dove le persone devono radunarsi una volta evacuato l'edificio.
4. Compartimentazione: divisione dell'edificio in compartimenti antincendio per limitare la propagazione del fuoco.
5. Uscite di emergenza: porte, uscite e finestre da utilizzare in caso di evacuazione.
6. Impianti di rilevazione e allarme antincendio: indicazioni riguardo a sistemi automatici per rilevare la presenza di fumo o calore.

Planimetrie : https://www.scamilloforlanini.rm.it/web/guest/gestione-delle-emergenze
All'interno del collegamento ipertestuale è possibile accedere alle planimetrie di tutta la struttura ospedaliera per la pronta individuazione delle aree in condizione di emergenza, sull'edificio e sul piano interessato.

L'AOSCF dispone complessivamente di 976 posti letto.

Di seguito si riporta la tabella sinottica indicante il numero di addetti antincendio livello 3 assegnati a ciascun compartimento, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente.

ANATOMIA PATOLOGICA	15
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	25
ANESTESIA E RIANIMAZIONE DIP.TO CARDIO-TORACO-VASCOLARE	20
ANESTESIA E RIANIMAZIONE DIP.TO TESTA COLLO E DELLE NEUROSCIENZE	4
BLOCCO OPERATORIO LEGGE 194/78	5
BLOCCO OPERATORIO POLISPECIALISTICO LANCISI	21

BLOCCO OPERATORIO POLISPECIALISTICO PIASTRA BOE/DEA	24
BRONCOPNEUMOLOGIA	2
CARDIOCHIRURGIA E TRAPIANTO DI CUORE	3
CARDIOLOGIA	14
CARDIOLOGIA - U.T.I.C.-PRONTO SOCCORSO	12
CENTRO REGIONALE TRAPIANTI	6
CHIRURGIA GENERALE E DEI TRAPIANTI D'ORGANO	9
CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA E DELLE NUOVE TECNOLOGIE	6
CHIRURGIA PEDIATRICA	2
CHIRURGIA TORACICA	2
CHIRURGIA VASCOLARE	9
COORDINAMENTO AREE TEMPO DIPENDENTI BED MANAGEMENT E INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	1
DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO EMATOLOGIA	3
DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1
DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	2
DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO MALATTIE DEL FEGATO	1
DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO ONCOLOGIA MEDICA	4
DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO PNEUMOLOGICO E INTERSTIZIOPATIE POLMONARI	5
DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO PNEUMONCOLOGIA	4
DAY HOSPITAL POLISPECIALISTICO CHIRURGICO	1
DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO NEFROLOGIA (ABILITAZIONE TRAPIANTO RENE)	1
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - ELEZIONE	12
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - URGENZA EMERGENZA	17
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI IN SENOLOGIA	1
DIREZIONE GENERALE	1
DIREZIONE SANITARIA	1
EMATOLOGIA	15
EMODIALISI	15
ENDOSCOPIA TORACICA	3
FARMACIA	2
FISICA SANITARIA	1
FORMAZIONE	4
GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	6
GESTIONE BLOCCHI OPERATORI	1
GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA	3
GESTIONE INTEGRATA CARDIOLOGIE	2
GESTIONE INTEGRATA MEDICINE	6
GESTIONE INTEGRATA MULTISPECIALISTICA CHIRURGICA LONG	5
GESTIONE INTEGRATA MULTISPECIALISTICA CHIRURGICA LONG PIASTRA	2
INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA - L. 194/78	1

LABORATORIO GENETICA MEDICA	10
MALATTIE DEL FEGATO	3
MEDICINA D'URGENZA - PRONTO SOCCORSO - OSSERVAZIONE BREVE	23
MEDICINA INTERNA	12
MEDICINA NUCLEARE	3
MEDICINA TRASFUSIONALE E CELLULE STAMINALI	9
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	4
NEONATOLOGIA E T.I.N. - PATOLOGIA NEONATALE	3
NEUROCHIRURGIA	12
NEUROLOGIA E NEUROFISIOPATOLOGIA	3
NEURORADIOLOGIA	4
NIDO E OSSERVAZIONE ROOMING IN	5
NUTRIZIONE CLINICA	2
OCULISTICA	4
ONCOLOGIA MEDICA	1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	6
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	21
OTORINOLARINGOIATRIA	4
PATOLOGIA CLINICA	11
PEDIATRIA	5
POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	1
PROFESSIONE OSTETRICA ED INFERMIERISTICA	4
PROFESSIONE SANITARIA TECNICO DELLA RIABILITAZIONE	6
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E CONTROLLO DI GESTIONE E RENDICONTAZIONE SOCIALE	2
RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	12
RADIOTERAPIA	5
SERVIZIO DI SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO E DEI LAVORATORI (SPPR)	19
SERVIZIO LOGISTICO TRASPORTI	13
SHOCK E TRAUMA	7
STIRS	8
STROKE UNIT	5
UNITA' DI DEGENZA A GESTIONE INFERMIERISTICA - UDI	2
PERSONALE IN ASSENZA PROLUNGATA	13
Totale complessivo	**543**

Gli addetti antincendio sono anche responsabili della sorveglianza periodica degli impianti di sicurezza e della partecipazione a esercitazioni di simulazione incendio, al fine di mantenere alta la prontezza operativa e garantire la sicurezza di tutti gli occupanti.

Livello di informazione e formazione lavoratori.

Per garantire un adeguato livello di informazione e formazione antincendio, è stato adottato un approccio strutturato che copra tutti gli aspetti legati alla sicurezza antincendio, dalle normative di riferimento fino alla preparazione pratica del personale.
Questo approccio include le seguenti aree chiave:

1. Formazione iniziale e periodica del personale

- Corsi di formazione: ogni dipendente, indipendentemente dal suo ruolo, riceve una formazione iniziale specifica sui rischi di incendio, sulle procedure di evacuazione e sull'uso dei dispositivi di sicurezza, quali estintori, idranti e porte tagliafuoco.
- Aggiornamenti periodici: la formazione viene regolarmente aggiornata per mantenere alta la consapevolezza dei rischi e delle corrette procedure operative.
- Formazione avanzata per i responsabili e gli addetti antincendio: gli addetti con compiti specifici nella gestione delle emergenze antincendio partecipano a corsi avanzati e simulazioni pratiche, al fine di gestire le situazioni di emergenza con efficienza e tempestività.

2. Simulazioni ed esercitazioni pratiche

- Esercitazioni antincendio: vengono organizzate simulazioni regolari di evacuazione e scenari d'emergenza per testare la prontezza operativa del personale e l'efficacia delle procedure. Le esercitazioni coinvolgono tutti i dipendenti, con particolare attenzione a quelli più vulnerabili, come pazienti o persone con disabilità.
- Test di evacuazione: i percorsi di esodo e il piano di evacuazione vengono testati periodicamente per garantire che ogni dipendente conosca esattamente cosa fare durante un'emergenza.

3. Comunicazione e diffusione delle informazioni

- Affissione di piani di emergenza e segnaletica: le planimetrie antincendio, contenenti indicazioni chiare sui percorsi di fuga, le uscite di emergenza e la posizione dei dispositivi di sicurezza, sono esposte in modo visibile in tutte le aree dell'ospedale.
- Materiale informativo: vengono distribuiti opuscoli, video e altri materiali informativi riguardo alla prevenzione degli incendi, alle procedure da seguire in caso di emergenza e all'uso degli strumenti di sicurezza.
- Comunicazioni interne: i canali di comunicazione interna, come email, intranet e bacheche digitali, sono utilizzati per informare regolarmente il personale su modifiche alle procedure antincendio e per comunicare dettagli riguardo a eventi di formazione o esercitazioni.

4. Sviluppo di procedure operative standard (SOP)

- Procedure specifiche per reparto: il Piano di Emergenza Evacuazione (PEE) prevede procedure personalizzate in base ai rischi specifici e alle necessità di ciascun ambiente ospedaliero, garantendo che ogni reparto sia adeguatamente preparato a rispondere a situazioni di emergenza.

5. Monitoraggio e miglioramento continuo

- Audit periodici: vengono condotti audit interni regolari per valutare l'efficacia delle procedure antincendio, la qualità della formazione del personale e la disponibilità dei dispositivi di sicurezza.
- Feedback e miglioramenti: dopo ogni esercitazione o emergenza, vengono raccolti feedback dal personale per identificare aree di miglioramento, che vengono poi implementate nel sistema di gestione della sicurezza.
- Formazione continua: si promuove una cultura della sicurezza antincendio, incoraggiando i dipendenti a partecipare a corsi di aggiornamento e a rimanere informati sugli sviluppi delle normative e delle migliori pratiche antincendio.

6. Coinvolgimento delle figure di coordinamento

- Addetti alla sicurezza antincendio: gli addetti antincendio e i responsabili della sicurezza svolgono un ruolo attivo nella formazione continua del personale e nel monitoraggio dell'efficacia delle procedure antincendio.
- Comunicazione con i soccorritori esterni: è previsto un canale di comunicazione costante con i vigili del fuoco e altri enti di emergenza locali, per garantire che le procedure siano sempre aggiornate e rispondano alle necessità reali durante le emergenze.

ISTRUZIONI SORVEGLIANZA ANTINCENDIO

Premessa

Oltre all'attività di controllo periodico e alla manutenzione le attrezzature, gli impianti e i sistemi di sicurezza antincendio devono essere sorvegliati con regolarità dai lavoratori normalmente presenti, adeguatamente istruiti, mediante la predisposizione di idonee liste di controllo (DECRETO 1° settembre 2021, art.1).

Per sorveglianza antincendio s'intende l'insieme di controlli visivi atti a verificare, nel tempo che intercorre tra due controlli periodici, che gli impianti, le attrezzature e gli altri sistemi di sicurezza antincendio siano nelle normali condizioni operative, siano correttamente fruibili e non presentino danni materiali evidenti.

Scopo dell'attività di sorveglianza, è quello di rilevare qualunque causa, deficienza, danno od impedimento che possa pregiudicare il corretto funzionamento ed uso dei presidi antincendio.

La registrazione di avvenuta sorveglianza deve essere effettuata mensilmente (una volta al mese) a cura dei lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro e di gestione dell'emergenza per struttura, **denominati addetti antincendio** *(art. 18 comma 1 lettera b. del D.lgs. 09 aprile 2008 n. 81 e s.m.i).*

L'attività di controllo periodico e la manutenzione deve essere eseguita da personale competente e qualificato *(ditta incaricata della manutenzione antincendio)*.

Responsabilità:
- gli addetti antincendio sono gli incaricati della sorveglianza antincendio.
- la ditta incaricata della manutenzione antincendio è responsabile del controllo e manutenzione periodica.

Gli addetti antincendio, presenti all'interno delle strutture dell'Azienda Ospedaliera, hanno conseguito l'idoneità tecnica presso il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco per ricoprire il ruolo di Addetto Antincendio livello 3 (3-FOR), D.M. 2/09/2021.

Presidi antincendio oggetto di sorveglianza:
- ESTINTORI
- NASPI ED IDRANTI
- RIVELATORI, PULSANTI E CENTRALINE ANTINCENDIO
- SCALE DI EMERGENZA
- VIE DI ESODO E PORTE TAGLIAFUOCO

Per accedere al sistema di gestione ***"Sorveglianza periodica presidi antincendio"***, cliccare sul seguente link ed inserire i dati:

https://forms.office.com/r/iUMDVdydLW

NOTE	
Addestramento	Gli Addetti alla Prevenzione Incendi, Lotta Antincendio e Gestione delle Emergenze in possesso dell'attestato di idoneità tecnica sono abilitati ed addestrati ad eseguire lo spegnimento dei principi di incendio mediante l'uso di estintore portatile.
NOTE	
Addestramento	Le persone abilitate all'uso dei naspi e idranti devono essere in possesso dell'attestato di idoneità tecnica per l'espletamento dell'incarico di Addetto alla Lotta Antincendio.

ESTINTORI

Per contenere e combattere un incendio è necessario intervenire subito.
Il mezzo più efficace per questo primo intervento è rappresentato dagli estintori portatili. L'estintore è un apparecchio contenente un agente estinguente che può essere espulso per effetto della pressione interna e diretto su un incendio.
Occorre quindi che l'estintore sia messo in una posizione opportuna, affinché quando serve possa essere trovato subito; che sia controllato periodicamente; che sia impiegato correttamente.

ESTINTORI PORTATILI	
Requisiti Oggetto della sorveglianza	**Verificare che:**
1. Cartello segnaletico	l'estintore sia presente e segnalato con apposito cartello e che il cartello sia chiaramente visibile.
2. Visibilità ed utilizzo	l'estintore sia immediatamente utilizzabile e l'accesso allo stesso sia libero da ostacoli.
3. Indicatore di pressione	l'indicatore di pressione, se presente, indichi un valore di pressione compreso all'interno del campo verde.
4. Cartellino di manutenzione	il cartellino di manutenzione sia presente sull'estintore e che non sia stata superata la data per il controllo periodico (**6 mesi**).
5. Collocazione estintore	l'estintore portatile sia affisso a muro e/o su piantana e non sia collocato a pavimento

I **naspi e** gli **idranti** sono dei presidi antincendio che hanno lo scopo di domare ed estinguere fiamme libere e incendi.
Un impianto idrico antincendio si compone di un sistema di alimentazione idrica, rete di tubazioni fisse, valvole di intercettazione, attacco per autopompa VV.F., **dispositivi idranti e/o naspi.**

IMPIANTI IDRICI FISSI (IDRANTI E NASPI)	
Requisiti **Oggetto della sorveglianza**	**Verificare che:**
6. Cartello segnaletico	l'idrante sia segnalato con apposito cartello e che il cartello sia chiaramente visibile.
7. Visibilità ed utilizzo	l'idrante sia immediatamente utilizzabile e l'accesso allo stesso sia libero da ostacoli.
8. Stato di conservazione	la cassetta, manichetta, lancia e guarnizioni sono esenti da segni di deterioramento, corrosione o perdite e la manichetta è correttamente avvolta

“L’impianto di rivelazione” può essere definito come un insieme di apparecchiature fisse utilizzate per rilevare e segnalare un principio d’incendio. Lo scopo di tale tipo d’impianto è quello di segnalare tempestivamente ogni principio d’incendio, evitando al massimo i falsi allarmi, in modo che possano essere messe in atto le misure necessarie per circoscrivere e spegnere l’incendio.
Un dispositivo di rilevamento fumi e incendi è tipicamente costituito da apparecchiature elettroniche che rilevano la presenza di fumi o di variazioni di calore o di principio di incendio, in base ai fenomeni fisici connessi allo sviluppo dell'incendio.
I pulsanti manuali di allarme hanno lo scopo di consentire a chiunque di attivare una segnalazione di allarme in caso di necessità. Sono ubicati di norma vicino alle uscite, nei vani scale, nei corridoi.

IMPIANTO DI RIVELAZIONE FUMI E PULSANTI DI ALLARME	
Requisiti **Oggetto della sorveglianza**	**Verificare che:**
9. Stato di conservazione	il rivelatore di fumo sia integro, la spia luminosa funzionante e non sia presente polvere e/o coperture su di esso.
10. Stato di conservazione	il pulsante di allarme sia integro (integrità della scatoletta e del vetrino), visibile e facilmente accessibile ed il LED rosso sia acceso.

VIE DI ESODO E PORTE TAGLIAFUOCO

Le **vie di esodo** consistono in un insieme di vie di uscita *"disposte per garantire alle persone presenti l'abbandono in sicurezza del posto di lavoro".*
Le **porte tagliafuoco** sono un sistema ideato per contrastare il diffondersi di incendi in luoghi dove l'arrivo delle fiamme potrebbe risultare letale per la sicurezza delle persone, beni ed ambiente.
Queste speciali porte sono realizzate con appositi materiali in grado di resistere al calore delle fiamme e di impedire la propagazione del fuoco.

Il controllo dell'agibilità delle vie di esodo "corridoi, scale, percorsi" e porte di emergenza e/o tagliafuoco "controllo della funzionalità delle maniglie antipanico e della corretta chiusura dell'anta o se a due ante della corretta sequenza di chiusura delle due ante", richiedono **una sorveglianza giornaliera**.
Per queste **NON** viene richiesto di apporre la registrazione di avvenuta sorveglianza tutti i giorni, **ma solo mensilmente**.

AGIBILITA' VIE DI FUGA E PORTE DI EMERGENZA E/O TAGLIAFUOCO	
Requisiti **Oggetto della sorveglianza**	**Verificare che:**
11. Mantenimento in sicurezza di vie di esodo e uscite di emergenza	Vani scale, corridoi, uscite e vie di circolazione che servono da vie di fuga siano sempre liberi da ostacoli e non siano adibiti ad altri usi.
12. Stato di conservazione	le porte di emergenza e/o taglia fuoco siano funzionanti ed esenti da manomissioni varie, compresa la corretta sequenza di chiusura delle ante.

Normativa di riferimento

Nel documento sono presenti riferimenti ai seguenti atti legislativi:

- Decreto Ministeriale 18 ottobre 2019, Codice di Prevenzione Incendi, 2019 (sostituisce la versione del Codice di Prevenzione Incendi del 2015);
- Decreto Ministeriale 3 agosto 2015 Approvazione di norme tecniche di prevenzione incendi, ai sensi dell'articolo 15 del decreto legislativo 8 marzo 2006, n. 139;
- Decreto del Presidente della Repubblica del 1 agosto 2011, n. 151 Regolamento recante semplificazione della disciplina dei procedimenti relativi alla prevenzione degli incendi, a norma dell'articolo 49, comma 4-quater, del decreto-legge 31 maggio2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122;
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- Documento della Presidenza del Consiglio dei Ministri del settembre 1998 – Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera;
- D.M 1 settembre 2021 "Criteri generali per il controllo e la manutenzione degli impianti, attrezzature ed altri sistemi di sicurezza antincendio, ai sensi dell'articolo 46, comma 3, lettera a), punto 3, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81"
- D.M 2 settembre 2021 "Criteri per la gestione dei luoghi di lavoro in esercizio ed in emergenza e caratteristiche dello specifico servizio di prevenzione e protezione antincendio, ai sensi dell'articolo 46, comma 3, lettera a), punto 4 e lettera b) del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81"
- D.M 3 settembre 2021 "Criteri generali di progettazione, realizzazione ed esercizio della sicurezza antincendio per luoghi di lavoro, ai sensi dell'articolo 46, comma 3, lettera a), punti 1 e 2, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81"

Riferimenti

1	**OHSAS 18001**	Emergency preparedness and response – Punto 4.4.7
2	**UNI ISO 45001**	Preparazione e risposta alle emergenze – Punto 8.2
3	**Linee di indirizzo SGSL-AS**	Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro nelle Aziende Sanitarie pubbliche della Regione Lazio. Gestione della sicurezza antincendio e delle emergenze – Punto 11.13
4	**D.Lgs. n. 81/2008 e S.M.I.**	Art. 18, co. 1, lett. "b"; Art. 18, co. 1 lett "h"; Art. 18, co. 1 lett "i"; Art. 18 co. 1 lett. "l"; Art. 36, co. 1; Art. 43, co. 1, lett. "b"; Art. 43, co. 1, lett. "c"; Art. 43, co. 1 lett "a,b,c,d,e,e-bis"; Art. 46, co. 2;
7	**D.M. 3 agosto 2015.**	Preparazione all'emergenza - S.5.7.4 - S.5.7.6
8	**DM 02/09/2021**	Gestione della sicurezza antincendio in esercizio ed in emergenza – Art. 2 co. 1-2-3, Art. 2 co. 1, Art. 4 co. 1-2.

Collegamenti ipertestuali di riferimento

- ✓ https://www.vigilfuoco.it;https://www.vigilfuoco.it/sitivvf/roma/ https://www.vvfroma.it/consigli/consigli.asp;
- ✓ www.protezionecivilecomuneroma.it;
- ✓ https://www.inail.it/cs/internet/attivita/prevenzione-e-sicurezza/promozione-e-cultura-della-prevenzione/sgsl/modelli-applicativi/linee-di-indirizzo-sgsl-as.html

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI

REGIONE LAZIO

Il presente documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini.
Sede legale Circonvallazione Gianicolense 87 - 00152 Roma, *e non può essere riprodotto, neppure parzialmente, senza la preventiva autorizzazione scritta della stessa.*

Per informazioni: Angelo Orelli (tel. ufficio 0655553387, cell. aziendale 3355681399, aorelli@scamilloforlanini.rm.it)

PRESCRIZIONI GENERALI PER I CARTELLI SEGNALETICI

Cartelli da utilizzare

Cartelli di divieto

Caratteristiche intrinseche:

⇒ forma rotonda,

⇒ pittogramma nero su fondo bianco; bordo e banda (verso il basso da sinistra a destra lungo il simbolo, con un'inclinazione di 45°) rossi (il rosso deve coprire almeno il 35% della superficie del cartello).

Cartelli di avvertimento

Caratteristiche intrinseche:

⇒ forma triangolare,

⇒ pittogramma nero su fondo giallo, bordo nero (il giallo deve coprire almeno il 50% della superficie del cartello).

Cartelli di prescrizione

Caratteristiche intrinseche:

⇒ forma rotonda,

⇒ pittogramma bianco su fondo azzurro (l'azzurro deve coprire almeno il 50% della superficie del cartello).

Cartelli di salvataggio

Caratteristiche intrinseche:

⇒ forma quadrata o rettangolare,

⇒ pittogramma bianco su fondo verde (il verde deve coprire almeno il 50% della superficie del cartello).

Cartelli per le attrezzature antincendio

Caratteristiche intrinseche:

⇒ forma quadrata o rettangolare,

⇒ pittogramma bianco su fondo rosso (il rosso deve coprire almeno il 50% della superficie del cartello).

CIRCOLARI

Circolare n. 30/2013 del 16/07/2013 -Oggetto: Segnaletica di sicurezza - D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., Allegato XXV - Prescrizioni generali. Uso e rispondenza dei pittogrammi con la norma UNI EN ISO 7010:2012 - Chiarimenti.

Richiami all'Allegato XXV, punto 3:

- ALL. XXIV, punto 12 - ALL. XXV, punto 1.1 - ALL. XXV, punto 1.3 - ALL. XXVII, punto 4

Richiami all'Allegato XXV:

- Art. 163, co. 1 - Art. 163, co. 2 - ALL. XXIV, punto 1.1 - ALL. XXVI, punto 1