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

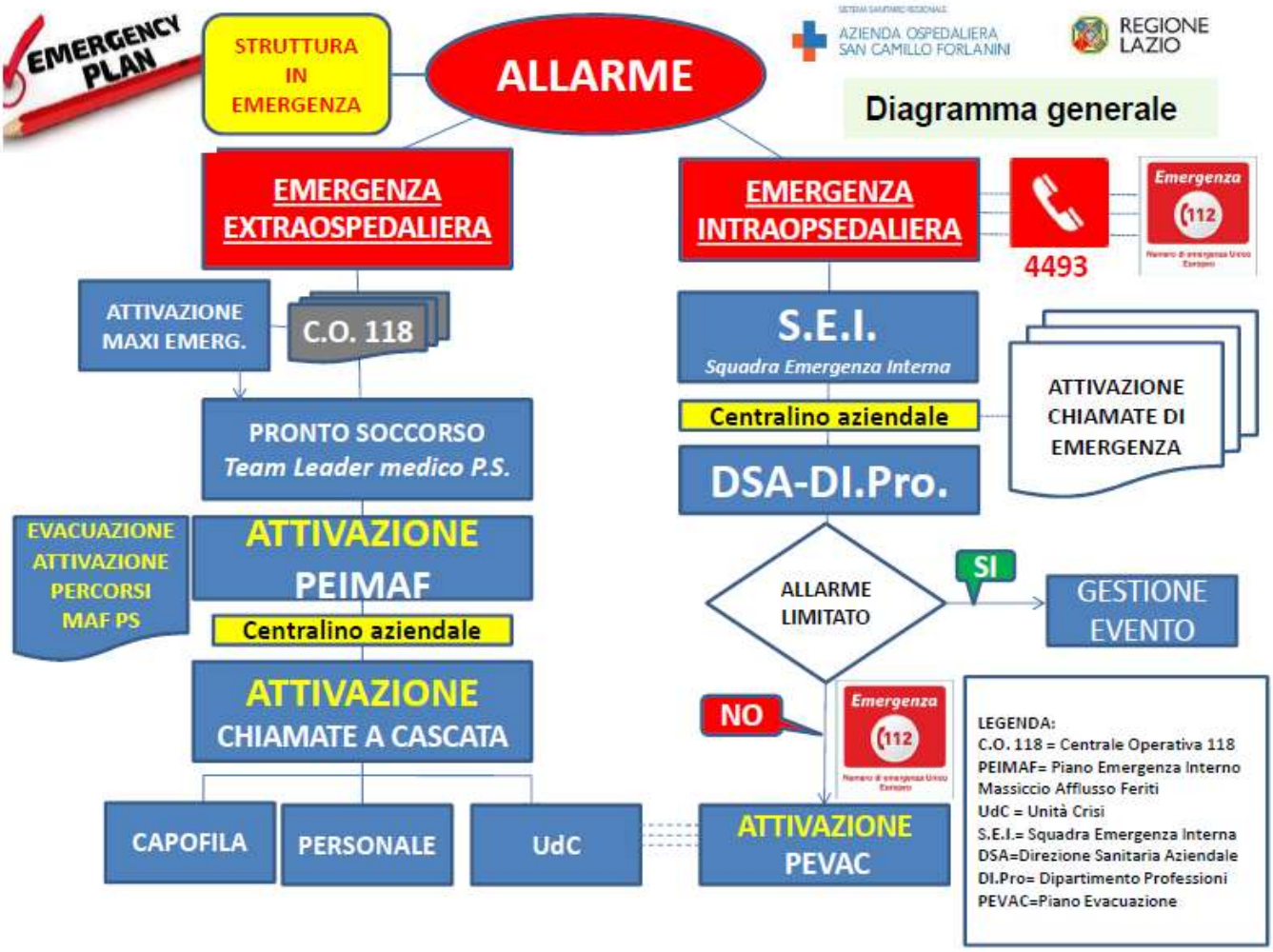
I NUMERI DELL' EMERGENZA ESTERNA

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

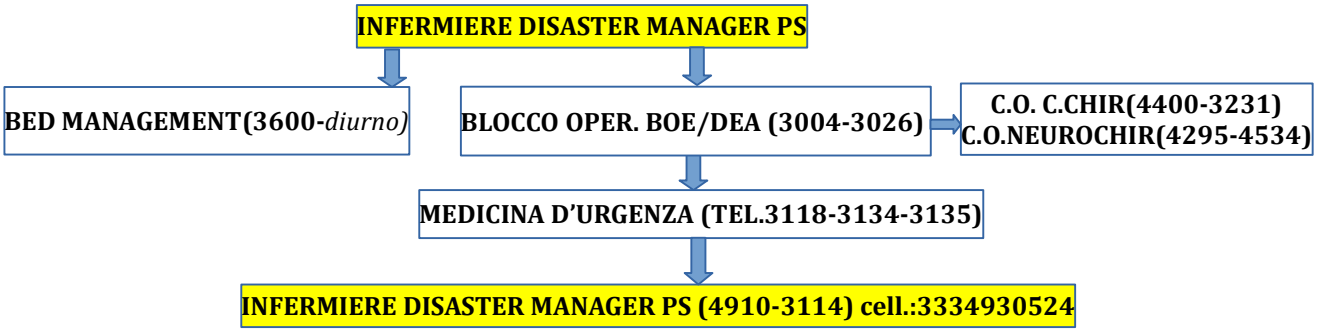
ACTION CARD MEDICO DS DISASTER MANAGER INFO E LOGISTICA
(Medico di direzione sanitaria in turno)

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**:

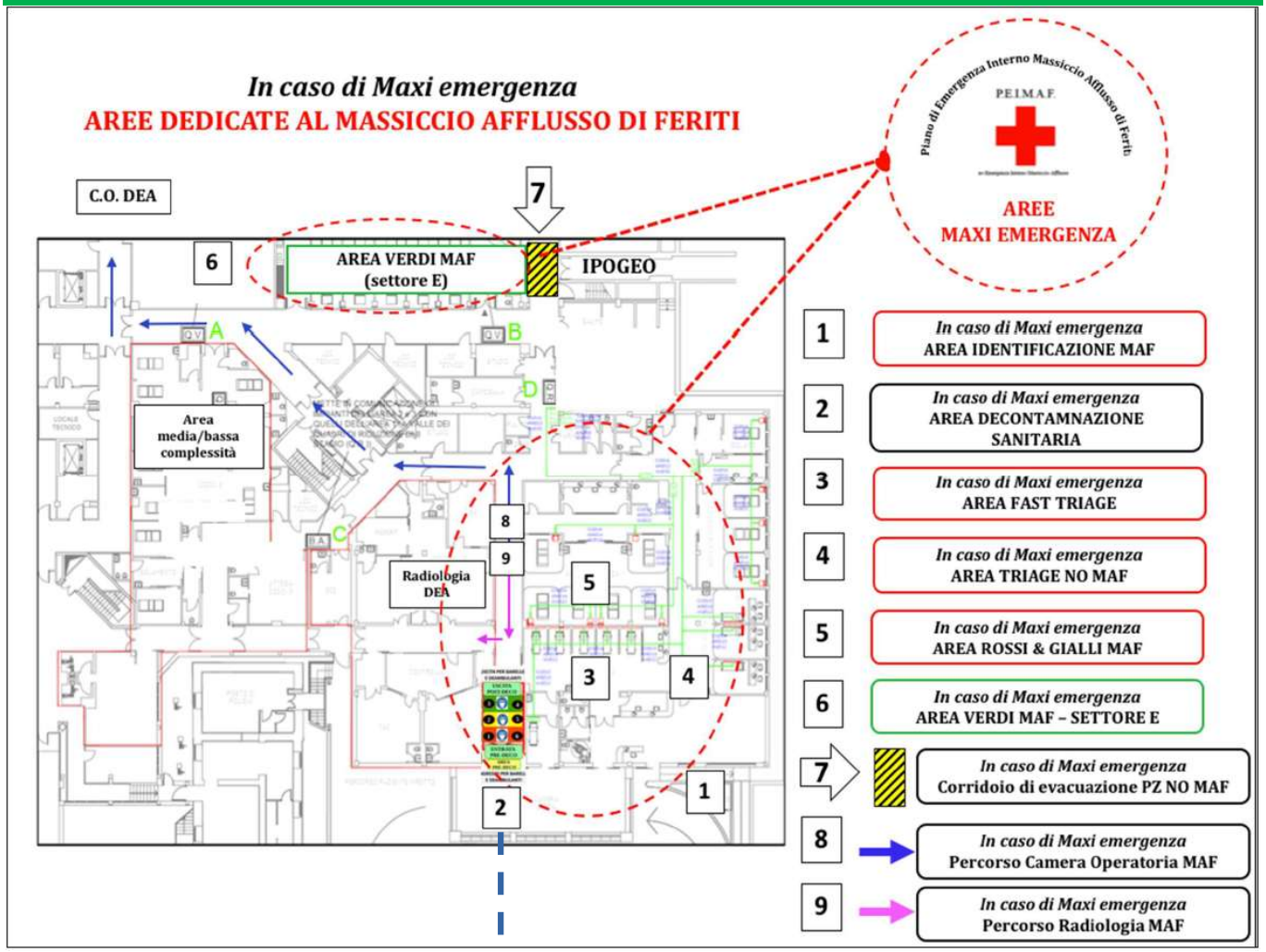
- n. 5 infermieri PS in area emergenza, (AREA MAXI EMERGENZA per il trattamento dei codici rosso, giallo MAF):
  - 2 infermieri PS già presenti,
  - 3 infermieri di pronto soccorso spostati dalle altre aree PS;
- n. 2 infermieri (inf UTIC + inf stroke) inviati dal DIPRO in area nuova per la presa in 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;

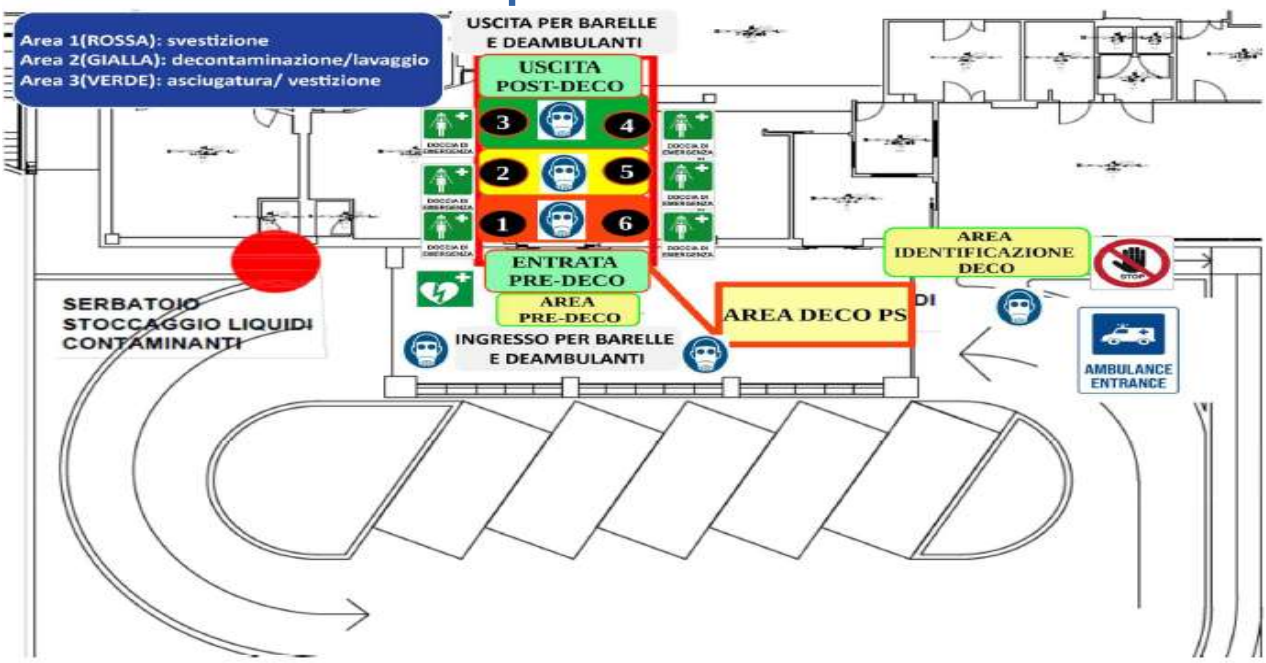
<u>Nota bene</u>

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.*

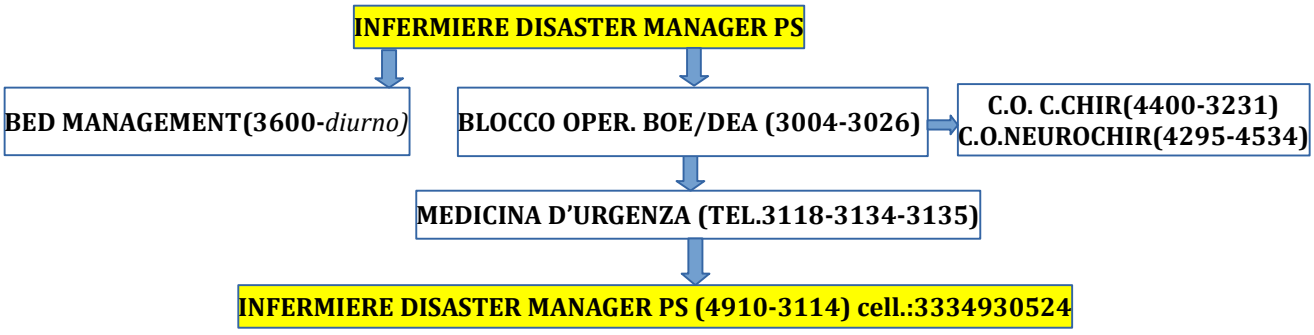
LIVELLO:SCENARIO MATTINA, POMERIGGIO, NOTTE

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.

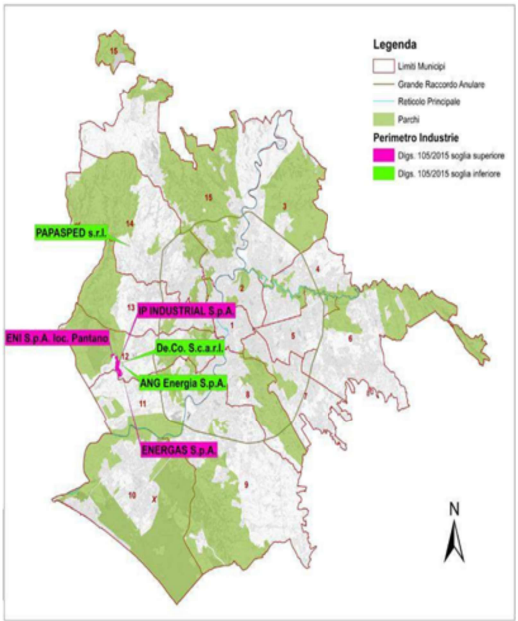
Obiettivo prioritario: tutela della salute e sicurezza del personale e dei pazienti, prevenendo la diffusione del contaminante all'interno della struttura.

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

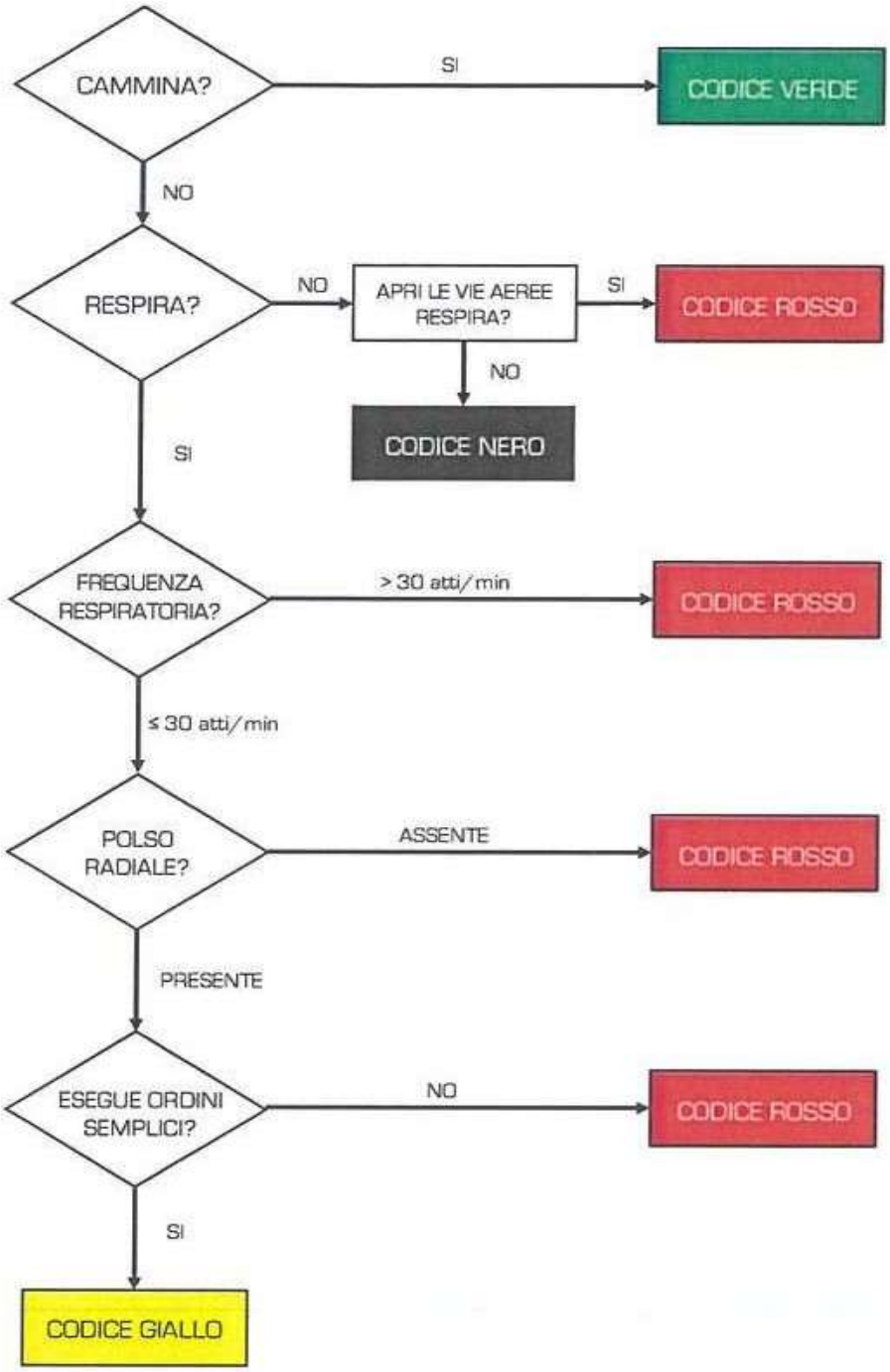


Fig. 1 – Protocollo triage START

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