

Deliberazione N. 0001827 del 13/12/2023

Struttura Proponente: UOSD Servizio Sicurezza Luoghi Lavoro e Lavoratori (S.P.P.)

Centro di costo: G0DG42JD1S

Proposta: 0001148 del 01/12/2023

Oggetto:

APPROVAZIONE DEL PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF) E DEL PIANO DI EMERGENZA EVACUAZIONE IN ESERCIZIO ED IN EMERGENZA

IL DIRETTORE GENERALE (*)
Narciso Mostarda

L'Estensore: **Eliana Casciato**

Data 01/12/2023

Il Responsabile del Budget: **Fabrizio Cinque**

Data 04/12/2023

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

Il Responsabile del Procedimento: **Fabrizio Cinque**

Data 04/12/2023

Il Direttore della Struttura Proponente: **Fabrizio Cinque**

Data 04/12/2023

Il Dirigente Addetto al Controllo di Gestione: **Miriam Piccini**

Data 07/12/2023

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

Direttore Amministrativo: **Paola Longo**

Data 07/12/2023

Parere: **FAVOREVOLE**

Direttore Sanitario: **Gerardo De Carolis**

Data 13/12/2023

Parere: **FAVOREVOLE**

Hash proposta: 1277df7bf33c48c6091cfee0a036a0c7544349f65de838f34987f293276ceac0

Il Direttore della UOSD Servizio di Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori

- VISTI** il Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
il Decreto Legislativo 30.03.2001, n. 165;
il vigente Atto Aziendale;
- VISTE** le deliberazioni n. 1286 del 30.11.2015, n. 642 del 18.05.2016, n. 1514 del 15.12.2016, n. 636 del 05.05.2017 e n. 846 del 14.06.2018, n. 1347 del 07.10.2019, n. 1897 del 15.12.2020, n. 1954 del 24.12.2020, n. 1779 del 17.12.2021; e n. 1912 del 21.12.2022
- VISTI** - il Piano di Emergenza di Emergenza Interna per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) revisione dicembre 2023, sottoscritto dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, del Gruppo Operativo Interdisciplinare GOI Emergenze e dal Responsabile Procedure ed Esercitazioni per le Emergenze, responsabile della stesura e diffusione intra e sovra aziendale del PEIMAF;
-il Piano Gestione delle Emergenze interno/evacuazione (PEVAC) revisione dicembre 2023, sottoscritto dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore della UOSD Servizio di Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori e dal Responsabile Procedure ed Esercitazioni per le Emergenze, responsabile della stesura e diffusione intra e sovra aziendale del PEVAC;
- CONSIDERATO** che è stato più volte segnalato dalla Regione Lazio la necessità di dotarsi con urgenza di adeguati piani di emergenza/maxi emergenza, al fine di fronteggiare un eventuale evento disastroso che potrebbe interessare la città metropolitana di Roma, ove sono presenti numerosi obiettivi sensibili;
- VISTI** - il D.P.R. 27.03.1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli assistenza sanitaria in emergenza” - G.U. n. 76 del 31 marzo 1992;
- il DM 15 maggio 1992 n. 121 “Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza” – G.U. n. 121 del 25/5/92.;
- l’Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle “Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria”, in applicazione del DPR 27 marzo 1992 - G.U. n. 114 del 17 maggio 1996;
- le “Linee guida sull’organizzazione sanitaria in caso di catastrofi sociali” emanate dal Dipartimento della Protezione Civile nel giugno 1997;
-il Provvedimento della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Protezione Civile “Pianificazione dell’Emergenza Intraospedaliera a fronte di una maxi-emergenza”, del 22 settembre 1998;
- il D.P.C.M. 13 febbraio 2001 “Adozione dei Criteri di massima per l’organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi” - G.U. n. 81 del 6 aprile 2001;

- la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 dicembre 2007 “Procedure e modulistica del triage sanitario nelle catastrofi” - G.U. n. 91 del 17 aprile 2008;
- il D.L. 81/2008 e s.m.i. - Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro che rende obbligatorio il piano di emergenza negli ospedali (PEVAC e PEIMAF).
- il Manuale Regionale triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici (numerici/colore) ed. 2022;
- le Linee di indirizzo Regione Lazio. Sistema dell'emergenza territoriale ed ospedaliera;

VISTI

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

DATO ATTO

che i predetti Piani devono essere revisionati il 31.12.2023 e/o quando necessario;

VERIFICATO

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

ATTESTATO

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

PROPONE

Proposizione il Piano di Emergenza Interna per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) revisione dicembre 2023 sottoscritto dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, del Gruppo Operativo Interdisciplinare GOI Emergenze e dal Responsabile Procedure ed Esercitazioni per le Emergenze, responsabile della stesura e diffusione intra e sovra aziendale del PEIMAF, atto che allegato al presente provvedimento ne forma parte integrante e sostanziale;

l'adozione il Piano Gestione delle Emergenze interno/evacuazione (PEVAC) – revisione dicembre 2023, sottoscritto dal Direttore Generale, dal Direttore della UOSD Servizio di Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori e dal Responsabile Procedure ed Esercitazioni per le Emergenze, responsabile della stesura e diffusione intra ed sovra aziendale del PEVAC atto che allegato al presente provvedimento ne forma parte integrante e sostanziale.

**Il Direttore della UOSD Servizio di Sicurezza
dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori
dott. Fabrizio Cinque**

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00198 del 28 ottobre 2021;
- VISTA** la propria deliberazione n. 1523 del 2 novembre 2021;
- LETTA** la proposta di delibera, avente per oggetto "Approvazione del piano di Emergenza Interno per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) e del piano di Emergenza Evacuazione in esercizio ed in emergenza" presentata dal Direttore della UOSD Servizio di Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

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

Adozione il Piano di Emergenza Interna per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF), revisione dicembre 2023, sottoscritto dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, del Gruppo Operativo Interdisciplinare GOI Emergenze e dal Responsabile Procedure ed Esercitazioni per le Emergenze, responsabile della stesura e diffusione intra e sovra aziendale del PEIMAF, atto che allegato al presente provvedimento ne forma parte integrante e sostanziale;

l'adozione il Piano Gestione delle Emergenze interno/evacuazione (PEVAC) – revisione dicembre 2023, sottoscritto dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore della UOSD Servizio di Sicurezza dei Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori e dal Responsabile Procedure ed Esercitazioni per le Emergenze, responsabile della stesura e diffusione intra ed sovra aziendale del PEVAC atto che allegato al presente provvedimento ne forma parte integrante e sostanziale.

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

La presente deliberazione è composta di n. _____ pagine di cui n. _____ pagine di allegati nei termini indicati.

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

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Narciso Mostarda)

Piano di Emergenza Interno Massiccio Afflusso di Feriti

Gestione dei luoghi di lavoro in esercizio ed in emergenza

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI



REGIONE
LAZIO

Cir.ne Gianicolense 87 - 00152 Roma | P.IVA/C.F 04733051009

Gestione delle maxi emergenze - Adempimenti piano di maxi emergenza		Sigla: A.Orelli cod. PEIMAF 027
Revisione n. 27 / Annuale	Data: 12/2023	Pagina 1 di 59
Distribuito in forma: Diffusione intra e sovra aziendale :	<input checked="" type="checkbox"/> cartacea <input checked="" type="checkbox"/> Dirigenti e Preposti P.E.I.M.A.F.  <small>Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso Feriti</small>	<input checked="" type="checkbox"/> informatica <input checked="" type="checkbox"/> All_Users interni (<i>la trasmissione via email ha l'effetto giuridico della presa d'atto</i>) <input checked="" type="checkbox"/> Ufficio Tecnico/Servizi appaltati <input checked="" type="checkbox"/> PEC Direzione Generale a: Direzione Sanitaria ARES 118 e Direzione Generale Sanità e integrazione Socio-Sanitaria, Regione Lazio.

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

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

Hospital disaster preparedness plan

Data stesura	Dicembre 2023	Firmato in originale
Revisione numero	27	Sigla: A.Orelli
Ultima esercitazione PEIMAF/Audit	21/10/2023 - Livello 3	Sigla: A.Orelli
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 <i>deliberazione N. 1912 del 21/12/2022</i>
Redazione	Angelo Orelli <i>Procedure ed esercitazioni per le emergenze</i>	
Revisione	Gruppo Operativo Interdisciplinare (GOI) emergenze/maxiemergenze.	<i>Deliberazione N. 1046 del 28/06/2022</i>
Verifica	Gerardo De Carolis <i>Direttore Sanitario</i>	
Approvazione e Validazione	Narciso Mostarda <i>Direttore Generale/Datore di Lavoro</i>	
Data prossima revisione	Dicembre 2024 http://www.scamilloforlanini.rm.it/gestione-emergenze	Sigla: A.Orelli

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.

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).....	8-18
Istruzione operativa “Accettazione - Identificazione pazienti MAF”	19-20
Triage intraospedaliero (il triage fast).....	21-23
Check list carrelli maxi emergenza (Kit Atrio e paziente)	24-25
Distibuzione ordinaria e straordinaria e percorsi MAF PS.....	26-28
Planimetria percorsi MAF.....	29
Gestione risorse interne in caso di MAF.....	30
Documentazione Massiccio Afflusso Feriti PS.....	31-32
Gestione area accoglienza parenti e/o visitatori.....	33
Gestione posti letto in MAF.....	34
Piano d’azione Blocchi Operatori.....	35-38
Piano d’azione Diagnostica per immagini.....	39-41
Piano d’azione Patologia Clinica.....	42-47
Piano d’azione Medicina Trasfusionale.....	48-56
Gestione evento non convenzionale.....	57
Indicazioni operativa di sicurezza.....	58
Esercitazioni Massiccio Afflusso di Feriti.....	59
Riferimenti normativi.....	59

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 maxiemergenza¹ 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 (tranne NBCR), 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;
- predispose 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	06/55554000-4003-4005
SQUADRA EMERGENZA INTERNA	06/55554493
SALA OPERATIVA VIGILANZA H.24	06/55553669
POSTO DI POLIZIA INTERNO	06/55553222
PRONTO SOCCORSO - AREA EMERGENZA	06/55554910-3114

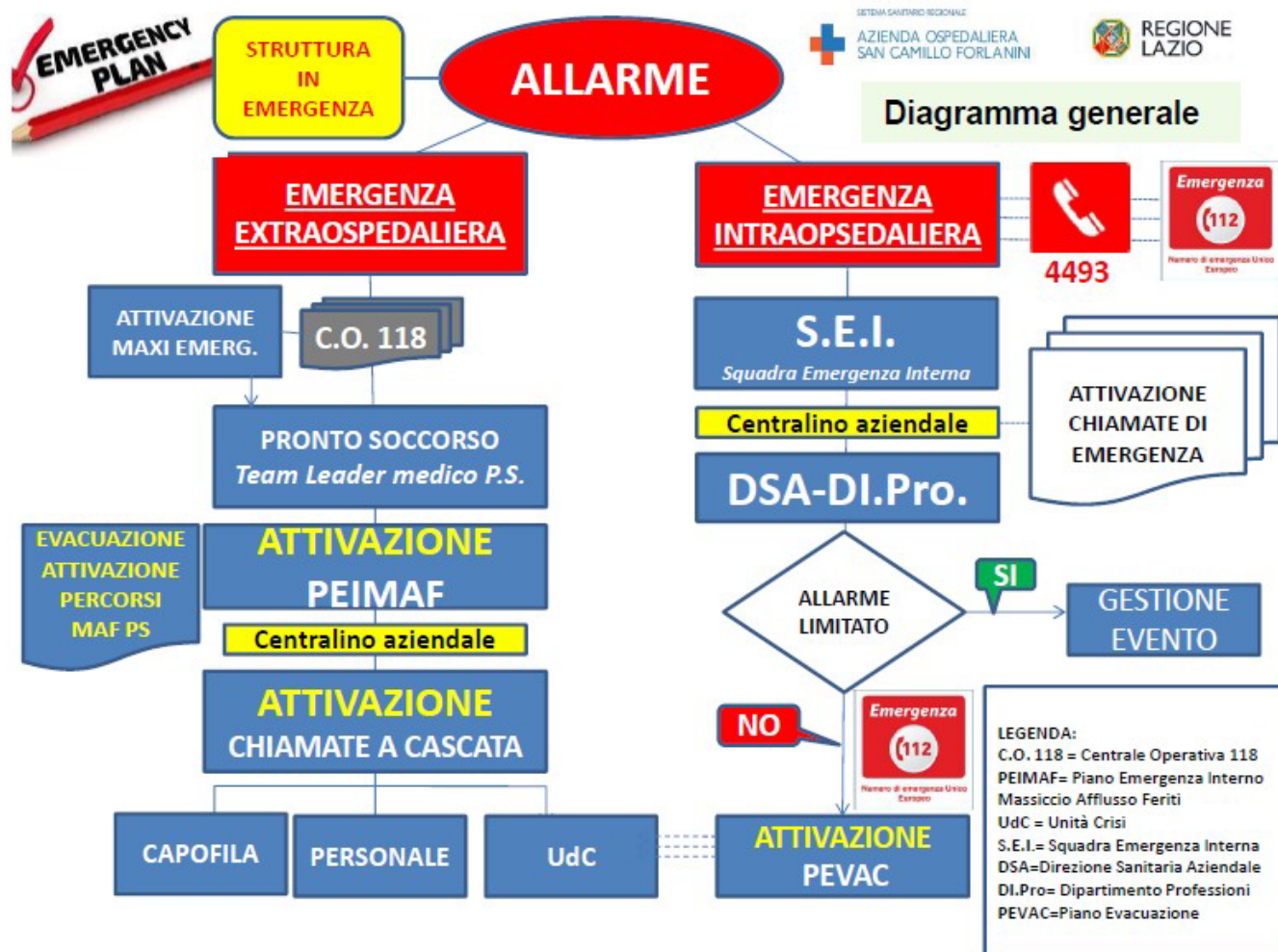
I NUMERI DELL' EMERGENZA ESTERNA



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.



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 (**Blocco Operatorio e Medicina alta intensità B, terzo piano Maroncelli/EVAC 1**).

IN CASO DI ATTIVAZIONE DI UNA MAXI EMERGENZA

Le cinque (5) sezioni di Medicina interna, in caso di attivazione di una maxi emergenza devono garantire la presa in carico di due pazienti ciascuna (per un totale di numero **10 pazienti presenti al PS - EVAC 1**)

Standard: pazienti NON MAF del PS - NEWS SCORE da 0 a 4

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

Personale medico di medicina interna.

ISTRUZIONE OPERATIVA

Rapporti con Enti esterni preposti alla gestione della maxi-emergenza **extra-ospedaliera**

TABELLA SINOTTICA LIVELLI DI ALLERTAMENTO ED ATTIVAZIONE

1. FASI DI PREALLARME-ALLARME-CESSATO ALLARME

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

TEMPI	COMPITI	CHI
T0 preallarme del 118	→ PREALLARME MAXI-EMERGENZA Il Team Leader P.S. medico (<i>Medico Coord. Disaster Manager</i>) RICEVE PREALLARME su numero dedicato 118 (telefono rosso) condividendo l'informazione con Rianimatore di PS di turno.	ARES 118 e/o altro Ente di Difesa Civile
T1 Reazione immediata	VALUTAZIONE EVENTO 1. RACCOGLIE i dati necessari per l'attivazione del livello di allarme (<i>Scheda Raccolta dati Allarme, pag. 6</i>). 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 (c.d. Flow-chart UU.OO.).	Team Leader P.S. medico COORD. --- Medico di Direzione Sanitaria di turno INFO.
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 del 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: <ul style="list-style-type: none">• ente preposto per la gestione della maxi-emergenza circa lo svolgimento delle operazioni di soccorso extra ospedaliero;• 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.	Team Leader P.S. medico COORD. --- Medico di Direzione Sanitaria INFO. --- Centralino

COORD. = Team leader medico in turno al Pronto Soccorso
INFO = Medico di Direzione Sanitaria di turno

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

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 (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 1
1	15 - 20 di cui:	4
2	21 - 30 di cui:	5-10
3	> 30 di cui:	> 10
COMPITI		CHI
<p style="text-align: center; color: red;">Livello di Allarme Ospedale</p> <p>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:</p> <p style="background-color: yellow; text-align: center;">L'attivatore del PEIMAF è il Team leader medico di Pronto Soccorso di turno, in collaborazione con il medico di Direzione Sanitaria di turno.</p> <p><i>Maxi-emergenza: emergenza il cui dimensionamento per gravità e complessità richiede un intervento di tipo interdisciplinare e spesso sovra-aziendale.</i></p>		<p>Team Leader P.S. medico <i>COORD.</i> ---</p> <p>Medico di Direzione Sanitaria <i>INFO</i> ---</p> <p>Centralino</p>

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

Presidio Ospedaliero	PRIMA ORA					SECONDA ORA					TERZA ORA				
	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)

SCHEDA RACCOLTA DATI 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	
Località dell'Evento	
Stima numero persone coinvolte	
N° persone da inviare presso Pronto Soccorso Adulti San Camillo	
Gravità delle persone in arrivo	<input type="checkbox"/> Patologie Traumatiche <input type="checkbox"/> No Traumi <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
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	<input type="checkbox"/> PRE ALLARME (comunicazione formale Ente preposto) <input type="checkbox"/> 1 (15/20 Vittime di cui 4 cod.1/ROSSI) <input type="checkbox"/> 2 (21/30 Vittime di cui 5-10 cod.1/ROSSI) <input type="checkbox"/> 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 RESPONSABILITA'

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

CRONOPROGRAMMA INTERVENTI

→ **TEMPI 0-30'**

FORMAZIONE 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/CR1 Shock e Trauma Shoch e Trauma	→ Rianimatore "Disaster Manager Rossi/Gialli"
5) Medico di Direzione Sanitaria di turno	→ Medico "Disaster Manager INFO/Logistica "
6) 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

In caso di attivazione di una maxiemergenza 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;	Direttore della UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management;
Polizia di Stato;	Direttore Anestesia e Rianimazione;
PO DIPRO Governo dei processi assistenziali in 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 Governo dei processi assistenziali BOE	Responsabile medico trasfusione Area SIMT;
Responsabile medico Igiene e Tecnica Ospedaliera;	Emergenza tecnica ditta affidatarie;
Direttore Struttura Organizzazione Sanitaria e Reti;	Responsabile medico Patologia Clinica;
Referenti medici PEIMAF Pronto Soccorso e Shock e Trauma;	Responsabile 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. 0655554017 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 (c.d. Flow-chart UU.OO.);
- 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 maxiemergenza 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 - RESPONSABILITA' "

ACTION CARD – MEDICO DISASTER MANAGER COORDINATORE

(Team Leader MEDICO in turno in PS)

ATTIVATORE PEIMAF

Tempi d'intervento	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
FASE DI PREALLARME	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 (raccolgere nome e cognome dell'interlocutore)	<p>Compila scheda di raccolta dati "preallarme-allarme"</p> <p>Condivide l'informazione con Rianimatore di PS, con il personale medico infermieristico presente in turno e Team Bed Management (3600)</p> <p>Condivide con Medico di Direzione sanitaria di guardia e con il Direttore di UOC MURG PS</p>	Attendibilità della informazione ricevuta e la possibile attivazione del PEIMAF aziendale
T0	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 (raccolgere nome e cognome dell'interlocutore)	Completa la scheda raccolta dati allarme	<p>Tipologia dell'evento</p> <p>Località dell'evento</p> <p>Stima N. persone coinvolte e da inviare in PS</p> <p>Tipologia e gravità</p> <p>Stima dei tempi di arrivo</p> <p>Livello di allarme</p>
T1 <30'	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)	<p>N° pazienti inviati in PS</p> <p>Condizioni</p> <p>Tempi di arrivo</p>
T1 <30'	Coordina rapporti PS-Ospedale	Attivazione PEIMAF e LIVELLO (1-2-3) di attivazione	<p>Designa Infermiere Disaster manager PS per Chiamata a cascata DEA e redistribuzione aree del PS</p> <p>Telefona al Centralino e comunica il livello di allarme e l'attivazione delle chiamate a cascata per mobilità personale e allertamento Unit di crisi aziendale</p>	<p>Ricezione dell'avvenuto allarme nelle rispettive aree di PS</p> <p>Conferma della riuscita telefonata a cascata</p>
T1 <30'	<p>Coordina Team operativo PEIMAF</p> <p>Gestisce ed evacua il P.S.</p>	<p>Forma e coordina il Team Operativo PEIMAF PS</p> <p>Organizza l'evacuazione dei pazienti a bassa priorità (NEWS SCORE 0-4) in attesa presso il Pronto Soccorso</p>	<p>Riunione operativa con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infermiere Disaster manager PS • Infermiere Disaster manager Triage • Rianimatore Disaster manager R/G <ul style="list-style-type: none"> • Medico DS di turno • Direttore UOC MURG PS 	Identificazione del TEAM PEIMAF attraverso fratini di riconoscimento

		<p>Gestisce la re-distribuzione delle aree del Pronto Soccorso in collaborazione con il personale del PS</p> <p>Collabora con l'infermiere triage al FAST triage</p>	<p>Individua il medico di PS per gestire eventuali dimissioni e/o trasferimento dei pazienti non MAF presenti in PS secondo procedura operativa allegata</p> <p>Definisce le aree assistenziali per i pazienti non MAF presenti in PS che non possono essere dimessi e/o trasferiti</p> <p>Partecipa in forma attiva al Fast Triage</p>	<p>Verifica l'avvenuta redistribuzione aree Pronto Soccorso</p> <p>Supervisiona la corretta esecuzione della procedura operativa di evacuazione della aree</p> <p>Supervisiona l'area Fast triage e gestisce gli eventuali codici neri</p>
T2 >30'	<p>Coordina area FAST triage</p> <p>Coordina le attività diagnostiche e terapeutiche dei pazienti MAF</p>	<p>Collabora con Infermiere Disaster manager PS e Triage al FAST triage</p> <p>Dispone la corretta assegnazione dei percorsi dei pazienti MAF R-G-V</p> <p>Supervisiona l'appropriatezza clinico-strumentale del paziente MAF</p>	<p>Gestisce eventuale constatazione di decesso</p> <p>Gestisce la scheda sinottica dei Pazienti nelle varie aree e la scheda clinica pazienti MAF</p> <p>Fornisce soluzioni alle eventuali criticità rilevate</p>	<p>Vigila sul corretto percorso del paziente MAF</p> <p>Vigila sulla corretta compilazione e completezza della scheda del paziente MAF</p>
T2 >30'	Fornisce informazioni all'Unità di Crisi aziendale	<p>Esponde 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)</p>	<p>Definisce i problemi operativi e collabora alle soluzioni con colloquio diretto</p>	<p>L'UdC è informata delle eventuali criticità non risolte</p>
T2 >30'	Da' il cessato allarme in collaborazione con il Medico Disaster manager INFO	<p>Attiva, tramite il Centralino aziendale, le chiamate a cascata per "Cessato Allarme"</p>	<p>Telefona al Centralino Aziendale per attivare le chiamate a cascata per "Cessato Allarme"</p>	<p>Verifica l'avvenuta comunicazione da parte del Centralino Aziendale</p>

ISTRUZIONE OPERATIVA EVACUAZIONE AREE

(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 avrà un diretto scambio con il TEAM BED MANAGEMENT sulle disponibilità dei PL per inviare a ricovero i pazienti ordinari. Successivamente identificherà tra i Medici presenti in turno chi si occuperà della evacuazione delle aree e chi della gestione dei pazienti NON MAF esistenti e non MAF in arrivo.

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

Medico in area Em1 (telefono 6940):runpower

- dimette i pazienti dimissibili
- ricovera i pazienti trasferibili in altre UU.OO in base a disponibilità dei PL ricevuti
- trasferisce i paz non MAF non dimissibili nelle altre aree di PS in base a disposizione condivise tra DM Coordinatore, Direttore UOC MURG PS e DS di turno (se NEWS <4)
- compila la lista dei pazienti evacuabili dall'area Emergenza1 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 NON MAF esistente e/o in arrivo in Em1

Medico in area Open (telefono 3107/3109):

- 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 3-4-5 usciranno dall'Ospedale utilizzando il corridoio del PS Pediatrico)
- collabora alla presa in carico dei pazienti NON MAF provenienti dalle aree evacuate
- dimette i pazienti dimissibili
- prosegue nella gestione clinica dei pazienti NON MAF esistenti e non trasferibili
- gestisce il paziente MAF cod. verde nell'area di assistenza dedicata individuata in base al piano aziendale PEIMAF

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

- ✓ Compilazione della lista dei pazienti identificati su un apposito foglio cartaceo (nome-cognome-NEWS)
- ✓ 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)

Informazione ai pazienti ed ai parenti/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”.

RIANIMATORE DISASTER MANAGER ROSSI/GIALLI MAF

(Rianimatore in turno in PS)

TEMPI	RIANIMATORI	COMPITI
PRE Allarme	DM ROSSI PS	<ol style="list-style-type: none"> <u>Preallerta</u> secondo Rianimatore CR1 Shock e Trauma (che a sua volta preallenterà i colleghi degli altri CR con chiamate a cascata: CR2->NCH) Individua i pazienti NON MAF, Codice 1 di propria competenza, da evacuare e non evacuabili (riferendo al TL Medico) Individua n. 4 postazioni di ROSSO MAF e inizia a dare disposizioni per eventuale allestimento
T0 Reazione immediata	DM ROSSI PS	<ol style="list-style-type: none"> <u>Attiva</u> secondo Rianimatore CR1 che scende immediatamente in PS (e colleghi dei CR resisi disponibili): dichiara la Maxiemergenza in atto Attiva il TRAUMA TEAM e Centro TRASFUSIONALE 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 Supervisiona e da indicazioni per allestimento postazioni ROSSO e GIALLO MAF individuate nell'area dedicata Collabora con l'Infermiere Disaster Manager di PS per organizzare il personale infermieristico da assegnare alle postazioni MAF Collabora e condivide le decisioni con il TL Medico PS Coordina il personale medico (Rianimatori e Consulenti)
T1 <30 min		<ol style="list-style-type: none"> Assegna 1 <u>Rianimatore</u> alle postazioni MAF nell'area dedicata (ROSSO e GIALLO) e individua 1 <u>Rianimatore</u> che si occuperà della gestione dell'ORDINARIO NON MAF di propria competenza (già presente o di nuovo accesso) Verifica il corretto allestimento e il personale (Rianimatore e infermieri) dedicato delle postazioni ROSSO MAF, in collaborazione con Infermiere DM di PS Vestizione (come previsto dal Piano Aziendale)
T2 > 30 min	DM ROSSI PS	<ol style="list-style-type: none"> Continua a coordinare il personale medico (Rianimatori e Consulenti) e a condividere decisioni con TL Medico 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. Gestisce i pazienti ROSSI MAF in Area Maxiemergenza (trattamento diagnostico-terapeutico) Compila e supervisiona la compilazione della modulistica, scheda assistenziale (modulo radiologia, esami ematochimici del sangue, urgente e urgentissimo, piastrene): corretta e completa Supervisiona il corretto Percorso Clinico-Assistenziale del paziente MAF Constata decesso
	ROSSI MAF e GIALLI MAF ORDINARIO	<p>Secondo Rianimatore CR1: (supporta DM ROSSI PS sui Rossi MAF): Collabora nella gestione 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.</p> <p>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 competenza</p> <p>In caso di estrema necessità (nelle ore notturne e nei giorni festivi) si occuperà di APRIRE la TERZA Sala Operatoria</p>

	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

MEDICO DS DISASTER MANAGER INFO E LOGISTICA

(Medico di direzione sanitaria in turno)

Tempi	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
T0 Reazione immediata	Si attiva dopo chiamata del Team leader medico PS di turno	<ol style="list-style-type: none"> Raccoglie informazioni e valuta l'evento; Giunge in Ospedale (PS), se non presente, nel più breve tempo possibile. 	<p><u>Riceve comunicazione dal Team leader del PS</u></p> <p>▼</p> <p>Subentra al team leader medico PS nella tenuta dei contatti con CORES ROMA 118, non appena giunto in Ospedale.</p>	<p>Dichiarazione dello stato di allarme maxi emergenza in atto e livello di attivazione di risposta dell'Ospedale alla maxi emergenza (1-2-3).</p> <p>Dati utili raccolti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Attendibilità e località; <input type="checkbox"/> n° persone coinvolte; <input type="checkbox"/> n° vittime da inviare in PS; <input type="checkbox"/> tempi di arrivo previsti.
T1 <30 min	Responsabile del piano delle comunicazioni aziendali	<ol style="list-style-type: none"> Partecipa e verifica che i membri del Team Operativo PEIMAF PS siano operativi e correttamente identificati (<i>fratino di riconoscimento</i>) presso il Pronto Soccorso. Tiene nota delle risorse attivate e disponibili. 	<p>Spunta la check-list del Team:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medico disaster manager PS <input type="checkbox"/> Infermiere disaster manager PS <input type="checkbox"/> Infermiere disaster manager triage <input type="checkbox"/> Rianimatore disaster manager Rossi/Gialli <input type="checkbox"/> Responsabile DIPRO 	<p>Verifica che il centralino aziendale ha attivato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chiamate a cascata Ospedale e comunicazione del livello di allarme. <input type="checkbox"/> Unità di crisi/ gruppo operativo emergenze/maxi emergenze/risorse disponibili;
T1 <30 min	Gestione aree MAF E NON MAF PS, camere operatorie e sezioni diagnostiche	<ol style="list-style-type: none"> Verifica l'avvenuta evacuazione dei pazienti NON MAF presenti in PS e visitatori e congruità delle aree MAF in rapporto al numero di pazienti MAF in arrivo. 	<p>Spunta la check-list delle aree MAF</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Area ROSSI MAF <input type="checkbox"/> Area GIALLI MAF <input type="checkbox"/> Area VERDI MAF <input type="checkbox"/> Area ACCOGLIENZA maxi emergenza (Piastra P.T.) <input type="checkbox"/> Sale operatorie MAF <input type="checkbox"/> Sezioni diagnostiche MAF 	<p>Valuta l'appropriatezza dei percorsi MAF e NON MAF in PS.</p> <p>Rileva e risolve le eventuali criticità</p>
	Informazioni	<ol style="list-style-type: none"> Gestisce le informazioni cliniche, insieme al Team leader medico PS. 	<p>Firma la scheda sinottica raccolta dati allarme 118.</p>	<p>Valuta l'appropriatezza dei dati della scheda sinottica.</p> <p>Rileva e risolve le eventuali criticità</p>
T2 30' >	Identifica e monitorizza la capacità recettiva dell' Ospedale	<ol style="list-style-type: none"> Verifica la dotazione delle apparecchiature per le necessità dei pazienti MAF e NON MAF 		Rileva disponibilità e risolve le eventuali criticità
		<ol style="list-style-type: none"> Verifica la dotazione del personale presente e/o da attivare. 		Rileva dotazione e risolve le eventuali criticità
		<ol style="list-style-type: none"> Verifica l'effettiva disponibilità di posti letto, in collaborazione con il Bed Management. 		Rileva disponibilità e risolve le eventuali criticità
T2 30' >	Da' il cessato allarme in collaborazione con il Team leader medico PS	<ol style="list-style-type: none"> Contatta il Centralino Aziendale per attivare le chiamate a cascata per "Cessato Allarme" 		<p>Verifica l'avvenuta attivazione del cessato allarme da parte del Centralino Aziendale.</p>

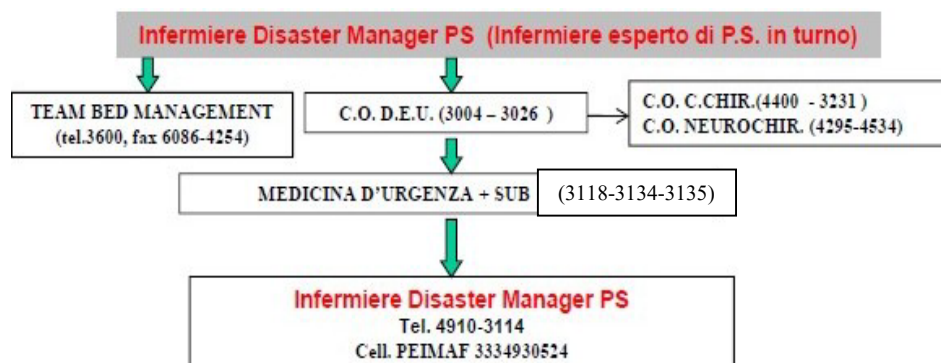
INFERMIERE DISASTER MANAGER PS

(Infermiere esperto in turno in PS)

Fasi e tempi d'intervento	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
FASE DI PREALLARME	Riceve notizia del PREALLARME	Valuta la riorganizzazione, nell'ipotesi che si stia verificando un evento critico che può coinvolgere un numero elevato di persone, con il Team Leader e Medico di PS.	Prende visione dei pz totali presenti in PS e della distribuzione del personale nelle aree del PS.	Verifica il numero dei pz che andranno a ricovero in altre UU.OO e relativi tempi contattando il Bad management. Controlla il materiale MAF e gli elettromedicali disponibili.
T0 FASE DI ALLARME (Reazione immediata)	Riceve notizia dell'allarme dal Team Leader medico PS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Divulga l'allarme: - a tutte le aree di PS, - al Bed Management 2. Attiva la chiamata a cascata (allegato 1). 3. Collabora per l'evacuazione dei visitatori presenti, coordina il team accoglienza PS. <p style="text-align: center;"><i>Durante la comunicazione dell'allarme presentarsi con nome e cognome e chiedere sempre il nome del ns. interlocutore</i></p>	<p>Allerta il personale presente e/o si reca personalmente/delega personale di fiducia nelle aree di PS.</p> <p>Comunica l'allarme telefonicamente al Bed Management (tel. 3600) o delega personale di fiducia che comunica fisicamente l'allarme (Bed Management Piastra 2° piano)</p> <p>Chiama la C.O DEA al 3004 o il 3026 per attivare la chiamata a cascata DEA</p>	<p style="text-align: center;">Verifica la corretta trasmissione dell'allarme</p> <p style="text-align: center;">Dà comunicazione al Medico Disaster Manager PS Coordinatore dell'avvenuta trasmissione dell'allarme.</p>
	Assume il ruolo di Disaster Manager PS per disposizione del Team Leader medico di PS	4. 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 NON MAF	Che i componenti del TEAM e il personale non medico abbiano capito il proprio ruolo e le azioni da mettere in campo.
T1 FASE DI PREPARAZIONE/ PIANIFICAZIONE < 30 min.	Re - distribuisce le aree del PS	5. Predisporre le aree del PS ad accogliere il Massiccio Afflusso di Feriti	Controlla la presenza della cartellonistica MAF: <input type="checkbox"/> Area di identificazione PZ MAF <input type="checkbox"/> Area FAST TRIAGE <input type="checkbox"/> Area Rossi-Gialli-Verdi MAF <input type="checkbox"/> Percorso C.O. DEA <input type="checkbox"/> Percorso radiologia	Verifica la destinazione d'uso delle aree di PS ed i percorsi MAF Supervisiona anche le aree PS NON MAF e i corridoi di evacuazione/trasferimento
	Re - distribuisce il Personale infermieristico e di supporto	6. Definisce il carico di lavoro delle postazioni MAF e NON MAF	Assegna il personale infermieristico e di supporto nelle aree dedicate al MAF e NON MAF	Le risorse umane sono presenti presso tutte le postazioni. Verifica che tutto il personale indossi i DPI adeguati
	Attiva il FAST Triage	7. 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 NON MAF che tutti i visitatori presentisiano stati accompagnati presso area accoglienza (ingresso Piastra)

T 1 FASE DI PREPARAZIONE/PIANIFICAZIONE < 30 min.	Coordina l'evacuazione delle aree di PS in collaborazione con il TL medico PS	8. Collabora con il medico di PS e il Bed management per il ricovero dei pazienti esistenti 9. Predispone le eventuali postazioni dedicate ai pz codice 1 esistenti NON MAF	Nomina un infermiere referente dell'area di PS da evacuare Assegna infermiere corridoio di trasferimento Dispone la corretta gestione della documentazione clinica dei pazienti esistenti NON MAF	Supervisiona le aree interessate dall'evacuazione e controlla il rispetto dei percorsi durante il trasferimento dei pz. Verifica elenco pazienti NON MAF trasferiti e presi in carico in altra area 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 FASE OPERATIVA (trattamento ospedaliero) > 30 min.	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, - la registrazione dei pz MAF sul "LIBRO MAF" - corretta assegnazione area 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
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. Controlla il riordino e il ripristino del materiale MAF.

Allegato1. Chiamate a cascata DEA



INFERMIERE DISASTER MANAGER TRIAGE

(Infermiere esperto in turno in PS)

Fasi e tempi d'intervento	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
T0 FASE DI ALLARME (Reazione immediata)	Viene designato dal Team leader medico in collaborazione con DM PS INF.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individua gli infermieri di supporto FAST TRIAGE 2. Riorganizza l'area triage entro 8 minuti per accogliere il massiccio afflusso di feriti 	<p>Dà disposizione per allestire n. 3 postazioni di triage (2 Triage MAF + 1 BOX triage NON MAF)</p> <p>Ricorda le procedure di identificazione pz MAF e Fast Triage e la registrazione del pz MAF sul LIBRO MAF</p> <p>Dà disposizioni per l'uso DPI</p>	<p>Controlla le postazioni di Triage</p> <p>Verifica che gli infermieri scelti indossino DPI e fratini identificativi</p>
T1 FASE DI PREPARAZIONE/ PIANIFICAZIONE < 30 min.	Attiva l'uso del KIT ATRIO e del KIT PAZIENTE	<ol style="list-style-type: none"> 3. Garantisce l'utilizzo KIT ATRIO e KIT PAZIENTE 	Dispone il materiale pronto all'uso	<p>Verifica l'integrità e la completezza dei KIT ATRIO e KIT PAZIENTE</p> <p>Controlla la documentazione MAF e il LIBRO MAF</p>
T2 FASE DI OPERATIVA (trattamento ospedaliero) > 30 min.	Attiva le procedure di accettazione ed identificazione paziente MAF	<ol style="list-style-type: none"> 4. Esegue corretta identificazione PZ MAF 5. Assegna PZ MAF alle postazioni triage 6. Identifica i PZ NON 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 	<p>Posiziona al collo del pz laccetto bianco con numero identificativo</p> <p>Esegue fotografia, associa volto/segno particolare pz e numero identificativo</p> <p>Affida eventuali parenti MAF a personale fidato affinché vengano accompagnati all'atrio principale della PIASTRA</p>	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	<ol style="list-style-type: none"> 9. Gestisce le postazioni di triage MAF e NON MAF, 10. Richiede al DM PS infermiere personale se necessita 	<p>Esegue il Fast Triage direttamente e/o con il supporto di infermieri scelti o destinati all'Area Triage</p> <p>Assegna personale se necessita</p>	Corretta attribuzione codice colore FAST per la priorità al trattamento a tutti i PZ MAF
	Vigila e controlla la sicurezza degli Operatori	<ol style="list-style-type: none"> 11. Vigila sulla sicurezza di TUTTI gli Operatori 	Ispeziona le postazioni ed i singoli lavoratori	<p>Verifica l'uso dei dispositivi individuali di protezione e la messa in sicurezza dei taglienti</p> <p>Supervisione del RSPP e/osuo delegato</p>
FASE DI CESSATO ALLARME	RIPRISTINO AREA TRIAGE	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Supervisiona la riorganizzazione delle attività ordinaria di triage</p> <p>Controlla il riordino e il ripristino del materiale</p>

Codice colore	Priorità	Descrizione
ROSSO	1	<i>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.</i>
GIALLO	2	<i>Considera tutti quei feriti con funzioni vitali alterate da lesioni potenzialmente pericolose ma che non mettono a rischio la vita del paziente nell'immediato.</i>
VERDE	3	<i>Riguarda tutti quei pazienti con funzioni vitali normali e con lesioni non gravi che possono avere un trattamento dilazionabile nel tempo.</i>
NERO	4	<i>Paziente deceduto (il codice colore in questione è attribuito dal medico che constata il decesso della vittima).</i>

DISASTER MANAGER DIPRO
(Coordinatore DIPRO in turno)

Tempi	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
T0	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: <input type="checkbox"/> Disaster manager P.S INF. <input type="checkbox"/> Disaster manager Triage INF.
T1 < 30'	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' >	Gestisce i trasporti in sicurezza dei pazienti NON MAF da evacuare dal PS, in collaborazione con il responsabile dello SLOT	4. Attiva SLOT e collabora con il Bed management <i>Le cinque sezioni di Medicina interna (Maroncelli), in caso di attivazione di una maxi emergenza devono garantire la presa in carico di due pazienti cadauna NON MAF (per un totale di numero 10 pazienti presenti al PS, se NEWS <4)</i>	Chiamata diretta allo SLOT	Vigila sui tempi di trasporto e risolve le eventuali criticità
	Gestisce trasporto cose e persone, 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

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 nell'area triage, deve:

- assegnare ad ogni paziente MAF una "busta kit paziente" già prenumerata,
- 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.

2. VALUTAZIONE FAST TRIAGE (*First Assessment and Sequential Triage*), metodo di triage applicabile nel contesto ospedaliero, che ci permette di:

- eseguire una rapida valutazione sequenziale dei parametri vitali del paziente,
- identificare la priorità di trattamento attraverso l'attribuzione di un codice colore (Fast Triage),
- stabilire i percorsi diagnostico-terapeutici.

3. IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE MAF IN RELAZIONE AL CODICE COLORE DI PRIORITA' 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 al 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 prenumerato 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 prenumerata
6. Avviare il paziente all'area assistenziale assegnata.

ISTRUZIONE OPERATIVA PER L'IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI MAF

<p align="center">Infermiere Disaster Manager TRIAGE <i>Inf. Esperto designato dal Medico DM COORDINATORE in collaborazione con l'infermiere DM PS</i></p>	<p align="center">Infermiere Triage MAF <i>Infermiere di supporto designato dall'infermiere DM TRIAGE</i></p>
<p align="center">AZIONI</p>	<p align="center">AZIONI</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Assegna BUSTA KIT PAZIENTE prenumerata 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 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; 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 prenumerato; 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 prenumerato 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.

TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

In caso di maxi emergenza, ogni paziente che accede al Pronto Soccorso necessita 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 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.

All'entrata del P.S., ogni paziente MAF viene identificato con un numero identificativo/progressivo ed inviato presso area triage MAF dove, dopo l'assegnazione di un codice colore di priorità viene destinato all'area di competenza con un braccialetto colorato corrispondente al codice colore attribuito e al numero identificativo.

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 più una postazione di triage ordinario.

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 "ABCDE" (metodo ATLS-Advanced Trauma Life Support).

La sequenza, ampiamente utilizzata per la valutazione ed il trattamento dei pazienti politraumatizzati, 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 ABCDE:

- **A:** indica **Airways**, e si realizza constatando la pervietà delle vie aeree, cercando di ripristinarla se assente, rispettando sempre l'allineamento del rachide cervicale;
- **B:** significa **Breathing** e si valuta controllando l'attività respiratoria;
- **C:** indica **Circulation**, fase in cui si ricerca l'attività circolatoria e l'eventuale presenza di emorragie esterne incontrollabili;
- **D:** indica **Disability**, e si espleta esaminando lo stato neurologico del paziente.
- **E:** significa **Exposure**, cioè la valutazione del paziente dalla testa ai piedi per controllare fratture, emorragie minori o nascoste, provvedendo inoltre in tempi rapidi alla protezione termica per evitare l'ipotermia del paziente stesso.

CODICI COLORE DI PRIORITA' FAST

Codice Colore	Priorità	Descrizione
ROSSO	1	<i>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.</i>
GIALLO	2	<i>Considera tutti quei feriti con funzioni vitali alterate da lesioni potenzialmente pericolose ma che non mettono a rischio la vita del paziente nell'immediato.</i>
VERDE	3	<i>Riguarda tutti quei pazienti con funzioni vitali normali e con lesioni non gravi che possono avere un trattamento dilazionabile nel tempo.</i>
NERO	4	<i>Paziente deceduto (il codice colore in questione è attribuito dal medico che constata il decesso della vittima).</i>

ESAME OBIETTIVO

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

STEPS	VALUTAZIONE FAST
1	Pervietà delle Vie Aeree
2	Frequenza respiratoria
	Ventilazione ridotta monolaterale
	Enfisema sottocutaneo
3	Ossimetria periferica (SpO2)
4	Frequenza cardiaca
5	Pressione arteriosa sistolica
6	Emorragia incontrollata
7	Stato neurologico AVPU (Alert - Vocal - Pain - Unresponsive) . A - vigile e parla, V con o senza segni di lato - occhi chiusi ma risponde agli stimoli, P - risposta solo al dolore, U - incosciente).

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 e analizzati per ognuno dei sette steps.

- **I parametri non Critici** (codice verde) indicano la presenza di parametri vitali alterati, ma tali da non comportare morte o danni cerebrali irreversibili in un breve lasso di tempo: **Tachipnea ≥ 25 atti/min, Tachicardia ≥ 130 bpm, AVPU: A;**
- **I parametri Sub critici** (codice giallo) indicano quei segni che possono comportare per il paziente il rischio di morte o di danno cerebrale irreversibile: **Moderata ipossia SpO2 da 90 a 94% compreso, Ipotensione < 100 mmHg, AVPU: V, senza segni di lato;**
- **I parametri Critici** (codice rosso) includono infine quei segni che possono rapidamente portare il paziente a morte o a danno cerebrale irreversibile: **Vie Aeree non pervie, Bradipnea < 9 atti/min., severa ipossia SpO2 $< 90\%$, Emorragia incontrollata, AVPU: P; U; V con segni di lato.**

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

PARAMETRI NON CRITICI (NC)	CODICE VERDE	<ul style="list-style-type: none"> - PERVIETA' VIE AEREE; - TACHIPNEA (F.R. ≥ 25); - TACHICARDIA (F.C. ≥ 130); - ASSENZA DI EMORRAGIE INCONTROLLABILI; - AVPU - A (vigile e parla). <p>Nessuna alterazione: CODICE VERDE.</p> <p>Alla presenza di una o più alterazioni NC: CODICE GIALLO</p> <p>Le alterazioni NC non determinano mai il codice ROSSO.</p>
PARAMETRI SUB CRITICI (SC)	CODICE GIALLO	<ul style="list-style-type: none"> - VENTILAZIONE RIDOTTA MONOLATERALE, ENFISEMA SOTTOCUTANEO - IPOSSIA MODERATA - SpO2 da 90 a 94% compreso - IPOTENSIONE (PAS < 100) - AVPU - V senza segni di lato (occhi chiusi ma risponde agli stimoli). <p>La presenza di un'alterazione NC + un alterazione SC: CODICE ROSSO</p> <p>Alla presenza della 1° alterazione sub-critica: GIALLO, associata ad un'eventuale 2° alterazione sub-critica: ROSSO.</p>
PARAMETRI CRITICI (C)	CODICE ROSSO	<ul style="list-style-type: none"> - NO PERVIETA' VIE AEREE; - BRADIPNEA (FR < 9); - IPOSSIA SEVERA (SpO2 $< 90\%$); - PAS < 80; - PRESENZA EMORRAGIE INCONTROLLABILI; - AVPU - V con segni di lato; P (risposta solo al dolore); U(incosciente); <p>1°alterazione critica: ROSSO</p>

REGOLE

- ⇒ 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**: determina il passaggio al codice GIALLO, due a codice ROSSO;
 - **CRITICO**: immediato codice ROSSO, fine triage.

N.B.:

- **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)	20	Piano superiore/ magazzino/area vestizione		
MASCHERINE FFP3	100	piano superiore/magazzino		
MASCHERINE CHIRURGICHE	100	piano superiore/magazzino		
GUANTI MONOUSO IN NITRILE - colore blu	400	piano superiore/magazzino		
OCCHIALI DI PROTEZIONE PER RISCHIO BIOLOGICO	20	secondo rip. /magazzino		
DOCUMENTAZIONE MAF				
DOCUMENTI DIPRO (in busta bianca con chiusura antimanomissione)	1 busta	cassetto carrello		
COPIA PIANO OPERATIVO PEIMAF	1 copia	cassetto carrello		
CHECK LIST CARRELLO KIT ATRIO	13 copie	cassette carrello		
MODULISTICA DI RISERVA FALDONE 1:		primo ripiano dall'alto		
- scheda raccolta dati allarme (10 copie nel faldone PEIMAF acquario E1)	20			
- scheda clinico assistenziale	50			
- scheda accettazione triage	50			
MODULISTICA DI RISERVA FALDONE 2:				
- 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		Gabbiotto VIGILANTES PS		
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 e fonedoscopio	5+5	Vigilantes/magazzino		

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 portabadge contenente braccialetto codice colore rosso/giallo/verde con num. 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 ATTIVITA' ORDINARIE	DISTRIBUZIONE STRAORDINARIA: AREE PS DEDICATE ALLA MAXIEMERGENZA	
BOX ACCOGLIENZA PS	AREA DEDICATA ALLE INFORMAZIONI AI DEGENTI ED AI PARENTI PRESENTI AL PS	
AREA ATTESA TAMPONI & PRETRIAGE (ex sala attesa parenti)	AREA PER IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI MAF IN ARRIVO AL PS	
AREA TRIAGE	AREA FAST TRIAGE & TRIAGE ORDINARIO	
AREA BOARDING (ex emergenza 1) attività ordinaria pz in attesa di ricovero	AREA PER IL TRATTAMENTO DEI CODICI ROSSI/GIALLI MAF	
AREA ALTRE PATOLOGIE INFETTIVE (ex emergenza 2 - 3)	AREA ISOLAMENTO PER PAZIENTI MAF CON PATOLOGIE INFETTIVE	
AREA NUOVA - EMERGENZA (attività ordinaria COD 1 - 2)	SETTORE	DESTINAZIONE D'USO
	A - B	COD 1 PAZIENTI NON MAF
	C - D	COD 2 PAZIENTI NON MAF
	E	PAZIENTI CODICE VERDE MAF
OPEN SPACE - AREA MEDICA (attività ordinaria COD 3 - 4 - 5)	AREA PAZIENTI ESISTENTI "NON MAF"	
CORRIDOIO DI TRASFERIMENTO (pazienti esistenti non MAF)	AREA EVACUAZIONE PAZIENTI ESISTENTI "NON MAF"	
AREA VESTIZIONE/SVESTIZIONE (ex Box ortopedico)	AREA VESTIZIONE (ex Box ortopedico)	
AREA SVESTIZIONE (locali dedicati: Area nuova/Area altre patologie infettive/locale adiacente all'area vestizione ex box orto)	AREA SVESTIZIONE (locali dedicati: Area nuova/Area altre patologie infettive/locale adiacente all'area vestizione ex box orto)	

Distribuzione ordinaria e straordinaria Pronto Soccorso adulti in MAXIEMERGENZA

ATTIVITA' ORDINARIA AREE PS	DISTRIBUZIONE ORDINARIA PERSONALE SANITARIO PER AREE	ATTIVITA' E DISTRIBUZIONE STRAORDINARIA PERSONALE SANITARIO PS <i>(nei primi 20' dall'attivazione del PEIMAF)</i>	ASSEGNAZIONE PERSONALE SANITARIO PIANO MOBILITA' IN MAF <i>(> 20' dall'attivazione PEIMAF)</i>
BOX TEAM ACCOGLIENZA PS (attività ordinaria informazioni di competenza infermieristica degenti/parenti)	1 Infermiere h 12	Durante le ore diurne: -gestisce parenti pazienti esistenti insieme ai Vigilantes su indicazione dell'infermiere DM PS. -invia i parenti all'atrio centrale della piastra	Durante le ore diurne: -gestisce eventuali parenti dei paz. MAF, inviandoli nella sala attesa presso Area accoglienza parenti e visitatori (Atrio centrale Piastra)
AREA PRETRIAGE <i>(identifica il percorso del pz in base ai sintomi e all'esito del test antigenico)</i>	- - - - -> 1 Infermiere BOX1 1 Infermiere BOX2	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 MAF" e le postazioni TRIAGE MAF e NON MAF.	ASSEGNARE INFER. DM TRIAGE Attivare pulizia e sanificazione delle aree
AREA TRIAGE n. 2 postazioni: Triage 1- BOX 1 Triage 2- BOX 2 <i>(attività ordinaria dei 5 codici triage)</i>	- - - - -> 1 Pers. di supporto	Attivazione di n. 3 postazioni triage di cui n.1 postazione triage NON MAF. 1 Infermiere triage MAF 1 Infermiere NON MAF Personale di supporto 1 presidio pulizie e sanificazione	ASSEGNARE 3 INFERMIERI DI TRIAGE MAF (di cui 1 Infermiere triage non MAF) PERSONALE DI SUPPORTO <i>Un Medico PS e l'infermiere DM TRIAGE supervisionano l'area triage</i>
AREA BOARDING <i>Attività ordinaria trattamento pazienti in attesa di ricovero</i>	1 Medico med interna h 12 2 infermieri Personale di supporto	- Identificazione dei pz. esistenti NON MAF che possono essere trasferiti in strutt. aziendali, anche in soprannumero e/o presso il corridoio di evacuazione "pulito" 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 2 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 gessista) + 1 INF. DIPRO PERS. SUPPORTO
EMERGENZA 2 AREA COVID+  AREA ALTRE PATOLOGIE INFETTIVE (ex emergenza 3)	1 infermieri 1 OSS	Il DM Medico Coordinatore PS identifica e dispone il trasferimento dei pazienti NON MAF presenti in strutture aziendali dedicate anche in soprannumero, se necessario ed in caso di presenza di pazienti MAF che richiedono isolamento. 1 Infermiere PS Personale di supporto	L'ASSEGNAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO DIPENDE DALLE INDICAZIONI DEL DM coordinatore medico e DM coordinatore infermiere.
AREA NUOVA-EMERGENZA <i>Attività ordinaria codici 1 e 2</i> SETTORE "E"	2 Medici PS 1 Rianimatore 4 infermieri Personale di supporto	- Trattamento ordinario dei pazienti esistenti e/o che accedono in PS durante la maxi emergenza - Identificazione dei pz. esistenti NON MAF che possono essere trasferiti in altre strutture aziendali o in altre aree PS come da disposizione del DM COORDINATORE MEDICO e il DS - evacuazione settore "E" 2 Medici PS - 1 Rianimatore - 4 infermieri - Personale di supporto	1 Medici PS 1 Rianimatore 2 infermieri + 2 infermieri DIPRO (di cui uno dedicato ai VERDI MAF/ SETTORE "E") Personale di supporto
OPEN SPACE-AREA MEDICA <i>Attività ordinaria codici 3-4-5</i>	2 Medici PS 3 Infermieri Personale di Supporto	Il DM Medico Coordinatore PS identifica personale medico per eventuale trasferimento/presa in carico dei paz. NON MAF presenti in altre aree di PS	1 Medici PS 1 Infermieri PS + 1 Infermieri DIPRO Personale di Supporto
CORRIDOIO DI TRASFERIMENTO Pazienti NON MAF		Preparare area per accogliere pazienti esistenti NON MAF in trasferimento presso altre UU.OO. delimitare l'area con dei paraventi. 1 infermiere PS	ASSEGNARE 1 infermiere DIPRO + Personale supporto Controllare la corretta identificazione del paz., 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 NON MAF ricoverabili nei reparti di competenza ortopedica anche in soprannumero - check list dei presidi ortopedici necessari per immobilizzazione degli arti 1 infermiere	Il personale sanitario dedicato al Box ortopedico raggiunge l'area Boarding/area MAXI EMERGENZA
AREA VESTIZIONE DPI Ex box ortopedico		Il DM INF PS consegna Fratini identificativi	SVESTIZIONE DPI: locale posteriore all'area nuova, area adiacente al Box ortopedico o area dedicata nell'area isolamento "AREA COVID"

Istruzione operativa
RIORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE NON MEDICO PS

ASSEGNAZIONE del personale NON MEDICO nei primi 20' dall'attivazione del PEIMAF gli infermieri esperti designati assumono il ruolo di Disaster Manager PS e Disaster Manager TRIAGE.

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

- l'infermiere assegnato all'area boarding che collaborerà con il medico dedicato all'evacuazione dell'area stessa,
- l'infermiere assegnato all'area boarding che si occuperà dell'allestimento delle postazioni codice rosso MAF,
- gli infermieri assegnati alle altre aree di PS che gestiranno insieme al medico di riferimento le eventuali dimissioni, il trasferimento dei pazienti esistenti non MAF, la presa in carico dei pazienti NON MAF provenienti dalle altre aree di PS e l'eventuale presa in carico e trattamento dei pazienti NON MAF che accedono in PS durante la Maxiemergenza
- l'infermiere dedicato al triage ordinario
- il personale di supporto che si occuperà del trasferimento dei pazienti

ASSEGNAZIONE del personale NON MEDICO dopo 20' dall'attivazione del PEIMAF

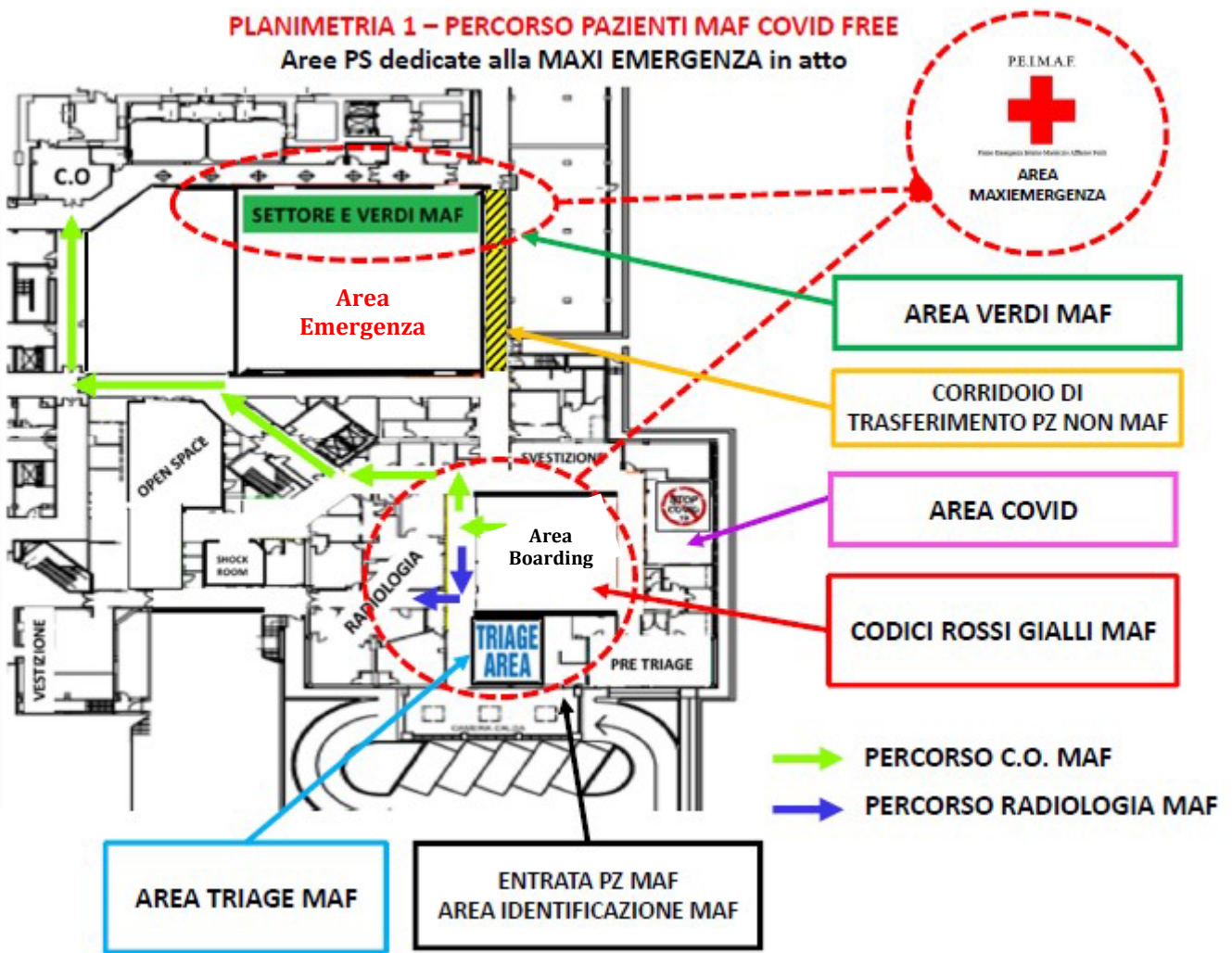
L'infermiere DISASTER MANAGER PS all'arrivo degli infermieri inviati dal DM DIPRO assegna:

- n. 5 infermieri PS in area boarding – AREA MAXI EMERGENZA, 2 infermieri già presenti, 3 infermieri PS, (tra i quali l'infermiere gessista), spostati dalle altre aree PS + n.1 infermiere DIPRO.
- n. 2 infermieri inviati dal DIPRO in area nuova – EMERGENZA ORDINARIA e 2 in open space – AREA MEDICA
- n. 1 infermiere inviato dal DIPRO al CORRIDOIO DI TRASFERIMENTO PAZ NON MAF
- si assicura che l'infermiere gessista presente al box ortopedico abbia raggiunto l'area boearding – AREA MAXIEMERGENZA
- SUPERVISIONA la corretta assegnazione del personale di supporto dedicato ai paz NON MAF e ai paz MAF nelle aree di PS

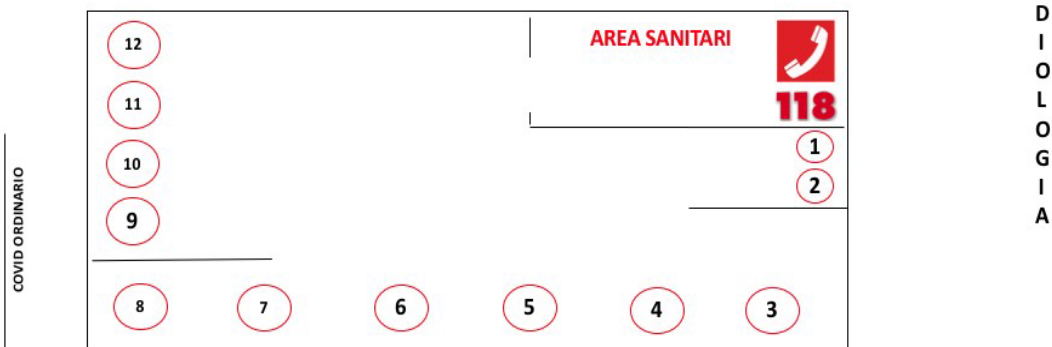
Planimetria 1- PERCORSO PAZIENTI MAF

PLANIMETRIA 1 – PERCORSO PAZIENTI MAF COVID FREE

Aree PS dedicate alla MAXI EMERGENZA in atto



DESCRIZIONE PARTICOLARE POSTAZIONI AREA MAXI EMERGENZA ROSSI/GIALLI PS



Postazioni singole di codice rosso: n.6 (di cui la n 1 – 8 – 12 rimangono necessariamente singole non è possibile raddoppiarle)

Postazioni di codice rosso raddoppiabili: n. 4 – 6 – 10

Totale postazioni di codice rosso 9 (delle quali 3 singole + 3 raddoppiabili)

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

CHI	COSA FARE	COME
AUSILIARI in servizio Pronto Soccorso	SEGUIRE INDICAZIONI del DM PS e del DM TRIAGE: <ul style="list-style-type: none"> - 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.	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborare con il personale sanitario del Pronto Soccorso. 	Su indicazione DM DIPRO/DM PS
OSS in servizio Pronto Soccorso	ESEGUIRE INDICAZIONI su indicazione 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 referenti indentificati 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 in servizio presso PS	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura di tutte le porte automatiche di accesso al Pronto Soccorso - Accompagnare le persone presenti nella sala attesa presso Area accoglienza parenti e visitatori (Atrio Centrale Piastra) - Garantire l'accessibilità dei mezzi di soccorso della rampe di accesso PS; - Garantire la sicurezza presso area Pronto Soccorso, in collaborazione con le Forze di Polizia presenti 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 del caso ai visitatori presenti nella sala di attesa - Divieto di parcheggio area antistante accesso P.S. - Potenziamento unità di vigilanza presso area PS.
URP -Ufficio Informazioni ----- PSICOLOGO DI TURNO	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire la viabilità dei mezzi di soccorso in entrata ed uscita per il P.S. - Vigilare le persone presenti presso Atrio Centrale Piastra in collaborazione con URP/Servizio di Psicologia - Grantire l'accessibilità alla sede dell'Udc (UdC) e alle rampe di accesso posteriori PS. <i>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</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Posizionarsi presso punti di percorrenza mezzi di soccorso: - Posizionarsi presso entrata accesso elisuperficie; - Invio immediato di unità di vigilanza per apertura sede Udc
SLOT	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire, attraverso i mezzi in dotazione, la completa evacuazione dei paz. NON 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	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica la salute e sicurezza dei lavoratori; - Verifica la presenza ed utilizzo DPI dei lavoratori e la in sicurezza dei taglianti. 	Attivare sorveglianza attiva in collaborazione con DM TRIAGE e DM P.S.
SERVIZI APPALTATI	<ul style="list-style-type: none"> - 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 emerg. 	Potenziamento mezzi ed unità.

DOCUMENTAZIONE MASSICCIO AFFLUSSO FERITI PRONTO SOCCORSO



ACCETTAZIONE E TRIAGE MASSICCIO AFFLUSSO FERITI PRONTO SOCCORSO

Cognome: _____ Nome: _____ nato a _____ / /

N.ID MAF: _____ / Et : _____ / M F Data evento: _____ / _____ / _____ / Ora: _____ : _____

Evento: _____ Area: _____

Mezzo trasporto: 118 Mezzi propr Altro: _____

All'arrivo	Nota
<p>Codice di trasporto: <input checked="" type="checkbox"/> EVGR</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Collare cervicale <input type="checkbox"/> Spinale <input type="checkbox"/> Immobilizzatore <input type="checkbox"/> Ambu/maschera O₂ <input type="checkbox"/> Tubo endotracheale <input type="checkbox"/> Mini cricotiridotomia <input type="checkbox"/> Drenaggio PNX: <input checked="" type="checkbox"/> DX <input checked="" type="checkbox"/> SX <input type="checkbox"/> Accesso venoso periferico <input type="checkbox"/> Accesso venoso centrale <input type="checkbox"/> Accesso Intra-osseo <input type="checkbox"/> Bendaggio compressivo <input type="checkbox"/> Fascia Ischemica/Tourniquet <input type="checkbox"/> Infusioni liquidi <input type="checkbox"/> Sondino nasogastrico <input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> Rianimazione cardiopolmonare 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Allergie: _____ <input type="checkbox"/> Patologie trasmissibili: _____ Ustioni: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> I grado <input type="checkbox"/> II grado <input type="checkbox"/> III grado <input type="checkbox"/> Altro: _____

TRIAGE		TRIAGE	TRIAGE	TRIAGE	TRIAGE	TRIAGE	TRIAGE	
STEP	PARAMETRI	LIMITI			VALORE	V	G	R
		Non critico	Sub critico	Critico				
1	Perviet� delle Vie Aeree			NO				
2	Ventilazione ridotta laterale		SI					
	Frequenza respiratoria	> 25		FR < 9	FR			
3	Enfisema sottocutaneo		SI					
		Ossimetria periferica (SpO ₂)		90-94%	< 90%	SpO ₂		
4	Frequenza cardiaca	> 130			FC			
5	Pressione arteriosa sistolica		< 100	< 80	PAS			
6	Emorragia incontrollata			SI				
7	Stato neurologico AVPU	V No segni lato		V-P-U SI segni lato	A V P U			

A = vigile e parla V = occhi chiusi ma risponde agli stimoli P = risponde solo al dolore U = incoinciente

Note:

Operatore di Triage: _____



SCHEDA CLINICO-ASSISTENZIALE MASSICCIO AFFLUSSO FERITI PRONTO SOCCORSO

Cognome: _____ Nome: _____ nato a _____ il ____/____/____
 N.ID MAF: _____ Età: _____ M F Data evento: ____/____/____ Ora: ____:____:____
 Evento: _____ Area: _____

ANAMNESI / ESAME OBIETTIVO

Terapia: _____ Patologie trasmissibili: _____
 Emorragie: sede _____ Allergie: _____
 Altro: _____

ATTIVITA' INFERMIERISTICHE	ATTIVITA' MEDICHE	RICHIESTE																																																																																										
<input type="checkbox"/> Collare cervicale <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> Spinale <input type="checkbox"/> T-pod <input type="checkbox"/> Immobilizzatori arti <input type="checkbox"/> Monitor /SpO2/ECG/PA <input type="checkbox"/> Bendaggio compressivo <input type="checkbox"/> Fascia ischemica/Tourniquet <input type="checkbox"/> Accessi venosi periferici <input type="checkbox"/> Routine ematica <input type="checkbox"/> Emogasanalisi <input type="checkbox"/> Sondino nasogastrico <input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> Medicazioni <input type="checkbox"/> Coperta termica <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Intubazione tracheale <input type="checkbox"/> Maschera laringea <input type="checkbox"/> Minicricotiroideotomia <input type="checkbox"/> Drenaggio toracico <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX <input type="checkbox"/> Vena centrale <input type="checkbox"/> Accesso Intra-osseo <input type="checkbox"/> Valutazione neurol.: <input type="checkbox"/> AVPU <input type="checkbox"/> Esposizione/Prev. ipotermia <input type="checkbox"/> Suture <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Sangue urgente n. <input type="checkbox"/> Sangue urgentissimo n. <input type="checkbox"/> Plasma n. <input type="checkbox"/> Plastrine n. <input type="checkbox"/> Altro: _____ CONSULENZE <input type="checkbox"/> Chirurgica <input type="checkbox"/> Neurochirurgica <input type="checkbox"/> Ortopedica <input type="checkbox"/> Altro: _____ DIAGNOSTICA <input type="checkbox"/> Tac total-body <input type="checkbox"/> Tac: _____ <input type="checkbox"/> RX: _____ <input type="checkbox"/> Eco fast <input type="checkbox"/> Eco: _____ <input type="checkbox"/> Ecocardio <input type="checkbox"/> Altro: _____																																																																																										
FARMACI SOMMINISTRATI	PARAMETRI VITALI	DIAGNOSI																																																																																										
<input type="checkbox"/> Tranex 2gr ev./20 <input type="checkbox"/> Altro: _____ <input type="checkbox"/> _____ <table border="1"> <thead> <tr> <th>TERAPIA</th> <th>h.</th> <th>Firma</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	TERAPIA	h.	Firma																									<table border="1"> <thead> <tr> <th>h.</th> <th>PAS</th> <th>FC</th> <th>SO₂</th> <th>FR</th> <th>TC</th> <th>GCS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	h.	PAS	FC	SO ₂	FR	TC	GCS																																																									_____ _____ _____ DESTINAZIONE <input type="checkbox"/> Camera Operatoria: _____ <input type="checkbox"/> Ricoverato: _____ <input type="checkbox"/> Trasferito: _____ <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Deceduto (ora) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Altro: _____
TERAPIA	h.	Firma																																																																																										
h.	PAS	FC	SO ₂	FR	TC	GCS																																																																																						

Data: ____/____/____ Ora: ____:____:____ Firma: _____

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 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 maxiemergenza = **a cura del personale del PS (Team triage)**
- Stanza per colloqui singoli e personali = **area SIO**.

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



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		

Gestione posti letto evento MAF (a cura del Team Bed Management)

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini - Organizzazione sanitaria e reti - Team Bed Management									
RILEVAZIONE DEL GIORNO sabato 4 novembre 2023									
UNITA' OPERATIVA	UBICAZIONE	☎	PZ COVID POSITIVI PRESENTI	POSTI LETTO		DIMISSIONI/ TRASFERIMENTI	IN ENTRATA		
				BASE	ORE 8 occupati disponibili				
MEDICINA 1° PIANO LATO A BASSA INTENSITA'	MARCONELLI 1° PIANO	6074		18				CHIUSA	
MEDICINA 1° PIANO LATO B BASSA INTENSITA'	MARCONELLI 1° PIANO	4335		18					
MEDICINA 2° PIANO LATO A MEDIA INTENSITA'	MARCONELLI 2° PIANO	4570		10					
REUMATOLOGIA				8					
MEDICINA 2° PIANO LATO B MEDIA INTENSITA'	MARCONELLI 2° PIANO	5661		18					
MEDICINA 3° PIANO LATO A ALTA INTENSITA'	MARCONELLI 3° PIANO	4220		18					
MEDICINA 3° PIANO LATO B ALTA INTENSITA'	MARCONELLI 3° PIANO	4290		14					
				4 AC					
HOLDING POLISPECIALISTICA COVID				24					
HOLDING POLISPECIALISTICA STROKE	PIASTRA PIANO TERRA	4942		4					
NEUROLOGIA	LANCEI 1° PIANO LATO SINISTRO	4349		14					
STROKE				6					
NEUROCHIRURGIA	LANCEI 1° PIANO	4537		15					
MALATTIE DEL FEGATO	BASE 1° PIANO	4369		18					
GASTROENTEROLOGIA	PLAZZA 2° PIANO	3293		20					
ONCOLOGIA				15					
NEFROLOGIA	BASE 1° PIANO	4580 - 4689		6					
BRONCOPNEUMO 2A	MARCONI ALVA 3° PIANO LATO SINISTRO	5224		12					
PNEUMONCOLOGIA				8					
BRONCOPNEUMO 2B	MARCONI ALVA 3° PIANO LATO SINISTRO	5227		16					
BRONCOPNEUMO 2B COVID				2					
S.T.I.R.S.	MARCONI ALVA PIANO TERRA	4333		8					
S.T.I.R.S. COVID									
SITUAZIONE PS ORE 8				ANNOTAZIONI					
Totale pazienti presenti in PS				Totale pazienti COVID in PS					
Totale pazienti destinati in PS				Totale barelle bloccate (da Gipse)					

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini - Organizzazione sanitaria e reti - Team Bed Management									
RILEVAZIONE DEL GIORNO sabato 4 novembre 2023									
UNITA' OPERATIVA	UBICAZIONE	☎	PZ COVID POSITIVI PRESENTI	POSTI LETTO		DIMISSIONI/ TRASFERIMENTI	ENTRATE		
				BASE	ORE 8 occupati disponibili				
EMATOLOGIA	CESALPINO - 2° PIANO	3476 / 3481		15					
UTIC	PUDDU 1° PIANO	4256		6 + TM					
UTIC SUB INTENSIVA		4419		8					
CARDIOLOGIA LONG	PUDDU 5° PIANO	4524 / 4525		20 con monitor 7 senza monitor					
CARDIOLOGIA WEEK	PUDDU 5° PIANO	4519		16					
OTORINO	PUDDU 3° PIANO	6748		11					
UROLOGIA				10					
CH MAXILLO FACCIALE	BACCELLI PIANO TERRA	6046		5					
CH PLASTICA				3					
ANNOTAZIONI									

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini - Organizzazione sanitaria e reti - Team Bed Management									
RILEVAZIONE DEL GIORNO sabato 4 novembre 2023									
UNITA' OPERATIVA	UBICAZIONE	☎	PZ COVID POSITIVI PRESENTI	POSTI LETTO		DIMISSIONI/ TRASFERIMENTI	ENTRATE		
				BASE	ORE 8 occupati disponibili				
CHIRURGIA D'URGENZA LATO A	PIASTRA PIANO TERRA	3025 / 6939		17					
CHIRURGIA D'URGENZA LATO B		3005		17					
CARDIOCHIRURGIA A (Incluso SUB)	BACCELLI 1° PIANO lato A	4414		16					
CARDIOCHIRURGIA B	BACCELLI 1° PIANO lato B	4510		18					
CHIRURGIA VASCOLARE (Incluso SUB)	BACCELLI 2° PIANO	4535		14 + 4					
CHIRURGIA TORACICA	BACCELLI 2° PIANO	3101		18					
CH ARTI / PLASTICA				4					
ORTOPEDIA	PIASTRA 2° PIANO LATO SN	3191		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 1	PIASTRA PIANO TERRA	3147		12					
TERAPIA INTENSIVA CCH	PIASTRA PIANO TERRA	4402		12					
TERAPIA INTENSIVA POLMONARE	PIASTRA 1° PIANO	5541		10					
RIANIMAZIONE CR 4	PUDDU 6° PIANO	3295		10					
TERAPIA INTENSIVA NCH	PIASTRA 1° PIANO	4208		10					

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 maxiemergenza (chiamate a cascata);
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.

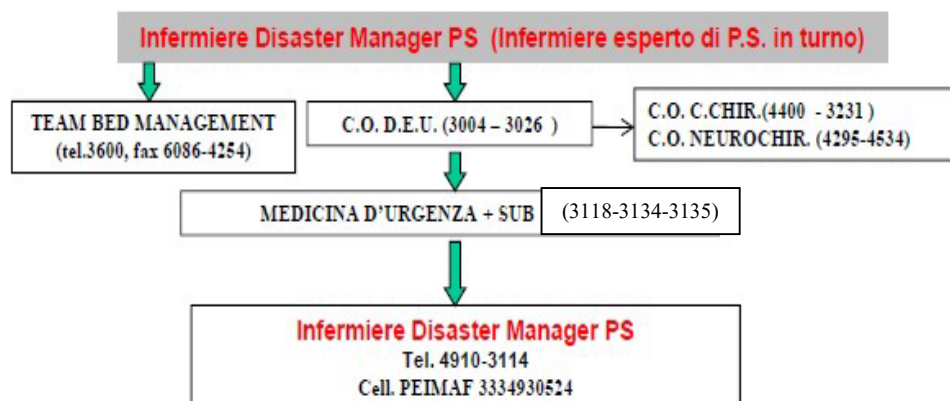
LIVELLO: SCENARIO MATTINA, POMERIGGIO, NOTTE

RICEZIONE ALLARME MAXIEMERGENZA E ATTIVAZIONE TRE SALE OPERATORIE

BLOCCO OPERATORIO

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 (<i>se non impegnato in attività chirurgiche</i>) rende disponibili le sale operatorie.	Valuta la check list compilata e si relaziona con l'anestesista di guardia e team leader medico P.S. per la disponibilità delle 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)	Presenza 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 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

**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)	<ul style="list-style-type: none"> – 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)	<ul style="list-style-type: none"> ▲ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ▲ 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 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)	<ul style="list-style-type: none"> - 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)	<ul style="list-style-type: none"> ▲ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ▲ 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

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

	Piano Emergenza Interno <i>Massiccio Afflusso Feriti</i> U.O.C. Patologia Clinica MAXIEMERGENZA AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI Sede Legale Piazza Carlo Forlanini,1 – 00151 Roma – P.IVA 04733051009	Rev. Annuale
--	---	--------------

T	EVENTI	CHI	ATTIVITA'	DOVE	NOTE
T1	ALLARME	Centralino	Comunica l'arrivo e l'entità dell'EVENTO	U.O.C. Patologia Clinica Malpighi 4429	Definizione del livello dell'allarme(1,2,3)
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	Modalità diverse se si tratta di ALLARME che avviene durante la mattina feriale, o in tutte le altre ore (pomeriggio, notte, festivi). Utilizzare la "tabella operativa Lab BC x MAF" seguendo la pagina con il turno/guardia in cui ci si trova TUTTO IL PERSONALE IN SERVIZIO E' COMANDATO A RIMANERE FINO A NUOVE DISPOSIZIONI
T3	QUALUNQUE LIVELLO di ALLARME (Livello 1/2/3) REALIZZAZIONE PROCEDURE x FRONTEGGIARE L'EVENTO	Il team leader	Attiva le telefonate al: <ul style="list-style-type: none"> ✦ Direttore UOC Biochimica Clinica ✦ Capotecnico Dà disposizioni operative ai tecnici presenti (solo in caso di livello 3): <ul style="list-style-type: none"> • 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 PATOLOGICALINICA. Tutta la strumentazione rimane utilizzata indifferentemente e contemporaneamente per tutto il lavoro MAF e GIPSE/URG	Il team leader effettua chiamate a cascata al personale dirigente e tecnico aggiuntivo secondo lo schema del Laboratorio (sarà compito del Capotecnico conservare in busta chiusa i recapiti di tutto il personale dell'U.O.C. Biochimica Clinica) CARTELLINA GIALLA STANZA CAPOTECNICO Tutto il personale è messo in condizione di conoscere l'ubicazione delle 2 buste chiuse Vedi tabella operativa MAF a seconda dell'orario in cui si verifica la maxiemergenza
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 (finché non vi sia il livello completo)	U.O.C. Patologia Clinica Malpighi	Riserva una linea telefonica alle comunicazioni per la maxiemergenza, (tel. 4384) ; quindi con il P.S. Tel 4429 Mantiene i contatti diretti e/o telefonici con il Team Leader PS Medico. In caso di black out telefonico utilizza il cellulare di servizio presente nella stanza del capotecnico (tutto il personale conosce la sua ubicazione) La postazione di Posta Pneumatica (PP) e il relativo telefono/fax (tel. 4249) vengono lasciati liberi per trasmissione eventuali fax o per qualunque evenienza extra.

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. Lavorazione campioni: la lavorazione può avvenire in contemporanea, se si verificasse "conflitto" tra apparecchiature: prima maxiemergenza, poi emergenza ordinaria	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)	ACCETTAZIONE MAF SOLO CARTACEA Divisione rapida delle richieste poiché la maxiemergenza utilizza moduli dedicati (I.P.S. dispone di kit paziente, dedicati alla maxiemergenza) <i>(Il MAF utilizza invio di modulo cartaceo, mentre gli altri no)</i>
T5	LAVORAZIONE RICHIESTE PROVENIENTI DA P.S.	Personale tecnico di laboratorio		U.O.C. Patologia Clinica Malpighi (varie stanze di lavoro)	Quando arrivano i tecnici di supporto, verificare la presenza sufficiente di reattivi
T6	VALIDAZIONE E REFERTAZIONE	Team leader	Valida tutti i referti man mano che i tecnici abbiano terminato il lavoro di loro competenza Qualora si verificano 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	Il Team Leader individua le priorità di refertazione, anche a seconda della tempistica di risultati analisi. Finchè è da solo referta tutto, quando arriva il dirigente di supporto, il TL continua solo la maxiemergenza, il 2° dirigente valida e referta GIPSE/urgenze
T7	INVIO REFERTI MAXIEMERGENZA	Team leader	Invio referti completi	Area Posta Pneumatica (PP) U.O.C. Patologia Clinica Malpighi	Il TL (eventualmente aiutato da un tecnico) INVIA per PP: <ul style="list-style-type: none"> ▲ stampa e spilla referto COMPLETO ▲ stampa e invia referto parziale, se lo ritiene indispensabile o su richiesta del TL, PS, scrivendo PARZIALE, su ogni foglio. Nella cartellina gialla PEIMAF sono contenuti due timbri con la dicitura "COMPLETO" e "PARZI

**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'Azienda 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 <u>ALLARME MAXI-EMERGENZA</u>			
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

GESTIONE DEI LIVELLI DI ALLARME INTERNI E DELL'UNITA DI CRISI REGIONALE PER EMERGENZA/MAXIEMERGENZA DELL'UOC MEDICINA TRASFUSIONALE E CELLULE STAMINALI

 <p> <small>ISTITUTO ONCOLOGICO REGIONALE</small> AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI SIMT UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali Direttore: Prof. L. Pierelli </p>	<p align="center"> GESTIONE DEI LIVELLI DI ALLARME INTERNI E DELL'UNITA DI CRISI REGIONALE PER EMERGENZA/MAXIEMERGENZA DELL'UOC MEDICINA TRASFUSIONALE E CELLULE STAMINALI </p>	<p align="center">PSQST 165</p>
---	---	---------------------------------

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

Data 04/09/2023	Rev 4	Pagina 1 di 10
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:

- 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 funzioni compensazione urgente in ambito regionale (livello 3 e 4 di emergenza e urgenza come da allegato 1).
- 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

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

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 è visualizzabile nell'allegato 1 della presente procedura e nella colonna C della tabella 1 sottostante. Al CRS è affidata l'attività 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:

- 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^aedizione giugno 2010 (TAB. 1 colonna A)
- 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)

Data 04/09/2023	Rev 4	Pagina 3 di 10
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.		


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

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

Data 04/09/2023	Rev 4	Pagina 4 di 10
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.		

 <p> SIIMT UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali Direttore: Prof. L. Pierelli </p>	<p> GESTIONE DEI LIVELLI DI ALLARME INTERNI E DELL'UNITA DI CRISI REGIONALE PER EMERGENZA/MAXIEMERGENZA DELL'UOC MEDICINA TRASFUSIONALE E CELLULE STAMINALI </p>	<p>PSQST 165</p>
---	---	------------------

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:
 - o supporto trasfusionale per trapianto di cellule staminali o chemioterapia, emopatie con livelli di Hb molto bassi
 - o 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 <u>non evacuabili</u> 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 SIIMT assume il ruolo di Team Leader (TL)
4. In caso di allarme il TL allerta il Responsabile dell'Emergenza (RE), il Direttore del SIIMT, il Coordinatore Tecnico (CT) o i loro sostituti in servizio.

 <p> <small>AREA CENTRO NORD</small> AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI SIMT UOC Medicina Traslazionale e Cellule Staminali Direttore: Prof. L. Pierelli </p>	GESTIONE DEI LIVELLI DI ALLARME INTERNI E DELL'UNITÀ DI CRISI REGIONALE PER EMERGENZA/MAXIEMERGENZA DELL'UOC MEDICINA TRASFUSIONALE E CELLULE STAMINALI	PSQST 165
---	---	-----------

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 LUNEDÌ 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.

Data 04/09/2023	Rev 4	Pagina 6 di 10
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.		

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

ALLARME IN ARRIVO DAL LUNEDÌ 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'afèresi 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'afèresi 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

Data 04/09/2023	Rev 4	Pagina 7 di 10
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.		

 <p> 3IMT UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali Direttore: Prof. L. Pierelli </p>	<p> GESTIONE DEI LIVELLI DI ALLARME INTERNI E DELL'UNITA DI CRISI REGIONALE PER EMERGENZA/MAXIEMERGENZA DELL'UOC MEDICINA TRASFUSIONALE E CELLULE STAMINALI </p>	<p>PSQST 165</p>
--	---	------------------

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 (addeito 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'afèresi 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'afèresi 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)

Data 04/09/2023	Rev 4	Pagina 8 di 10
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.		

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

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'afèresi 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'afèresi 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:

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

Data 04/09/2023	Rev 4	Pagina 9 di 10
Questo documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlani e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

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

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

- individua, per ogni codice rosso, i modi e tempi più opportuni della terapia trasfusionale;
- supporta la corretta compilazione della richiesta trasfusionale e il corretto invio dei campioni di sangue del paziente;
- 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.

GESTIONE EVENTO N.B.C.R. – MAXIEMERGENZE DI TIPO NON CONVENZIONALE


Un evento cosiddetto N.B.C.R. (la sigla NBCR è l'abbreviazione di **NUCLEARE - BIOLOGICO - CHIMICO - RADIOLOGICO**) sono situazioni eccezionali, quando esiste un fondato pericolo di contagio da sostanze nucleari, biologiche, chimiche o radiologiche che potrebbero provocare gravi danni a persone, animali o cose.

Il presente Piano non è riferito ad una Maxi Emergenza di tipo non convenzionale, in quanto non disponibile personale addestrato e Dispositivi Protezione Individuali per gli operatori nonché la possibilità di allestimento di tenda NBCR.

N.B. L'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, NON è in possesso di unità di decontaminazione e personale dedicato alla gestione di un evento N.B.C.R. .


L'Azienda Ospedaliera ha predisposto le *“Indicazioni operative di sicurezza per gli operatori sanitari sull'utilizzo delle misure di protezione per la prevenzione della diffusione del virus COVID-19”, documento od. Doc.: 901/ro/GoDG42/20/0.1 e l'istruzione operativa di sicurezza per rischio biologico “Uso di dispositivi di protezione individuale in caso di Massiccio Afflusso di Feriti presso il Pronto Soccorso (PEIMAF)” in allegato. .*

Tutto ciò che non è espressamente indicato in queste indicazioni operative di sicurezza, fa riferimento alle Procedure Operative Standard (POS) aziendali e specifiche di ogni settore, alle raccomandazioni, linee guida, legislazione ed evidenze scientifiche internazionali, nazionali e regionali in vigore.

PROCESSIONE VESTIZIONE	Procedura VESTIZIONE DA EFFETTUARE IN COPPIA	
0	<ul style="list-style-type: none"> Legare i capelli Rimuovere monili, anelli e oggetti personali Individuare l'ambiente ove eseguire le procedure Verificare l'integrità del DPI 	
1	LAVAGGIO DELLE MANI	come da PSQ-AZ.06
2	COPRISCARPE	Indossare da SEDUTI o APPOGGIATI AL MURO
3	<ul style="list-style-type: none"> Praticare IGIENE DELLE MANI con soluz idroalcolica Indossare il 1° paio di guanti 	
4	<ul style="list-style-type: none"> CAMICE TNT / TUTA GILET PEIMAF 	GILET PEIMAF : solo per i componenti Team Operativo
5	FILTRANTE FACCIALE FFP2/ FFP3	FFP2: 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.

Data: (è la data dell'inizio dell'utilizzo)
 Questo documento è di proprietà dell'Azieda Ospedaliera S.Carlo - Forlani e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

Pag. 1

PROCESSIONE VESTIZIONE	Procedura SVESTITIONE		AZIONI DI SICUREZZA / SMALTIMENTO
1	Rimuovere COPRISCARPE		Rimuovere da SEDUTI o APPOGGIATI AL MURO
2	Rimuovere il 2° PAIO DI GUANTI	<ul style="list-style-type: none"> Praticare IGIENE DELLE MANI con soluz idroalcolica 	ARRIOTOLANDOLI DAL POLSO. SMALTIRE NELL'APPOSITO CONTENITORE
3	Rimuovere VISIERA	<ul style="list-style-type: none"> Praticare IGIENE DELLE MANI con soluz idroalcolica 	
4	Togliere in progressione GILET PEIMAF, TUTA / CAMICE TNT		IL GILET DOVRA' ESSERE SANIFICATO.
5	<ul style="list-style-type: none"> Praticare IGIENE DELLE MANI con soluz idroalcolica 		TUTTAGARCE INT VANNO SMALTITI DOPO AVERLI ARRIOTOLATI DALLA PARTE INTERNA VERSO L'ESTERNO
6	Rimuovere la CUFFIA, abbassando il capo	<ul style="list-style-type: none"> Praticare IGIENE DELLE MANI con soluz idroalcolica 	
7	Rimuovere OCCHIALI per Rischio Biologico e Occhiali Personali	<ul style="list-style-type: none"> Praticare IGIENE DELLE MANI con soluz idroalcolica 	PRENDERE LE ASTE LATERALI DEGLI OCCHIALI PER RISCHIO BIOLOGICO E SMALTIRE NEL CONTENITORE.
8	Rimuovere il FILTRANTE FACCIALE FFP2/FFP3		APPOGGIARE SULL'APPOSITO PIANO GLI OCCHIALI PERSONALI E PULIRLI SMALTIRE NELL'APPOSITO CONTENITORE
9	Rimuovere 1° PAIO DI GUANTI (aderenti alla cute delle mani)		ARRIOTOLANDOLI DAL POLSO. SMALTIRE NELL'APPOSITO CONTENITORE
10	Praticare il LAVAGGIO DELLE MANI		

Data: (è la data dell'inizio dell'utilizzo)
 Questo documento è di proprietà dell'Azieda Ospedaliera S.Carlo - Forlani e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.

Pag. 2

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.

Normativa di riferimento

- D.P.R. 27.03.1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli assistenza sanitaria in emergenza" - G.U. n. 76 del 31 marzo 1992;
- DM 15 maggio 1992 n. 121 "Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza" - G.U. n. 121 del 25/5/92.
- Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle "Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria", in applicazione del DPR 27 marzo 1992 - G.U. n. 114 del 17 maggio 1996;
- "Linee guida sull'organizzazione sanitaria in caso di catastrofi sociali" emanate dal Dipartimento della Protezione Civile nel giugno 1997;
- Provvedimento della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della protezione Civile "Pianificazione dell'Emergenza Intraospedaliera a fronte di una maxi-emergenza", del 22 settembre 1998;
- 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;
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 dicembre 2007 "Procedure e modulistica del triage sanitario nelle catastrofi" - G.U. n. 91 del 17 aprile 2008;
- D.L. 81/2008 e s.m.i. - Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro che rende obbligatorio il piano di emergenza negli ospedali (PEVAC e PEIMAF).
- Manuale Regionale triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici (numerici/colore) ed. 2022;
- Linee di indirizzo Regione Lazio. Sistema dell'emergenza territoriale ed ospedaliera. <https://www.regione.lazio.it/enti/salute/sistemi-emergenza-territoriale-ospedaliera>




Per informazioni: Angelo Orelli (tel. ufficio 0655553387, cell. aziendale 3355681399, aorelli@scamilloforlanini.rm.it)


Il presente documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini.
Sede legale Circonvallazione Gianicolense 87 - 00152 Roma, **e non può essere riprodotto, neppure parzialmente, senza la preventiva autorizzazione scritta della stessa.**


	<p align="center">Piano di Emergenza ed Evacuazione <i>Gestione dei luoghi di lavoro in esercizio ed in emergenza</i></p> <p align="center">SISTEMA SANITARIO REGIONALE</p> <p> AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI  REGIONE LAZIO</p> <p align="center"><i>Sede Legale: Cir.ne Gianicolense 87 - 00152 Roma CF e PI 04733051009</i></p> <p align="center">SERVIZIO DI SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO E DEI LAVORATORI <i>Adempimenti Piano di emergenza - Gestione dell'emergenza</i></p>	<p>Redatto il: 12/2023 Numero rev.:22/annuale</p> <p>Cod. PEE – P./Evac</p> <p>Pagina 1 di 67</p> <p><i>Sigla: A.Orelli.</i></p>
<p>Distribuito in forma: Diffusione intra e sovra aziendale:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> cartacea <input checked="" type="checkbox"/> Dirigenti e Preposti</p> <p align="center">E M E R G E N Z A</p> <p align="center">  </p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> informatica <input checked="" type="checkbox"/> All_Users interni (la trasmissione via email ha l'effetto giuridico della presa d'atto) <input checked="" type="checkbox"/> Ufficio Tecnico/Servizi appaltati <input checked="" type="checkbox"/> PEC Direzione Generale a: Sala Operativa VV. F. di Roma</p>

<p align="center">PEE/P.EVAC</p>	<p align="center">PIANO GESTIONE EMERGENZE INTERNO/EVACUAZIONE IN ESERCIZIO ED IN EMERGENZA</p>
----------------------------------	---

Emergency Operations Plan (EOP).







4493

SALA OPERATIVA
H.24
VIGILANZA INTERNA
Tel. 3669

Numero emergenza esterno

Numero **emergenza** interno

Data stesura	Dicembre 2023	Siglato in originale
Revisione numero	22	
Esercitazioni PEE	Cadenza mensile	
Modifica/revisione proposta e sua motivazione	Verifica periodica e aggiornamento per cambiamenti che hanno ricadute non trascurabili nelle condizioni di pericolo grave e immediato ipotizzabili e comunque nelle condizioni di gestione dei luoghi di lavoro in esercizio ed in emergenza.	Sostituisce <i>deliberazione N. 1912 del 21/12/2022</i>
Redazione	<i>Angelo Orelli</i> Procedure ed esercitazioni per le emergenze	
Verifica	<i>Gerardo De Carolis- Direttore Sanitario</i> <i>Fabrizio Cinque - Direttore di struttura semplice dipartimentale</i> <i>UOSD Servizio di Sicurezza Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori</i>	
Approvazione e Validazione	<i>Narciso Mostarda - Direttore Generale/Datore di lavoro</i>	
Data prossima revisione	Dicembre 2024 http://www.scamilloforlanini.rm.it/gestione-emergenze	

Il presente piano di emergenza contiene le azioni che i lavoratori devono mettere in atto in caso di emergenza; le procedure per l'evacuazione del luogo di lavoro che devono essere attuate dai lavoratori e dalle altre persone presenti; le disposizioni per chiedere l'intervento dei vigili del fuoco e per fornire le necessarie informazioni al loro arrivo; le specifiche misure per assistere le persone con esigenze speciali. DM 02 settembre 2021 (G.U. 04 ottobre 2021, n. 237).

INDICE

Caratteristiche generali della struttura ed obiettivi del piano.....	3-4
Linee di indirizzo Gestione Emergenze e tipologia dei rischi presenti.....	5-12
Elementi di rischio e misure di sicurezza da adottare.....	13-15
Ordine di evacuazione per emergenza.....	16
Istruzioni operative delle principali funzioni aziendali.....	17-19
Diagramma generale- Gestione emergenze e maxi emergenze intraospedaliere; *disposizioni per chiedere l'intervento dei Vigili del fuoco.....	20
Istruzione operativa segnalazione e comunicazione allarme.....	21-22
Diagrammi funzionali e fasi operative.....	23
Fase 1: ricezione e diramazione allarme.....	24
Fase 2: primo intervento.....	25
2.1. Tecnica d'impiego Estintori, Naspi e Idranti.....	26-30
Fase 3: evacuazione.....	31
Schede operative PEE (action card)	32-33
Rapporto d'intervento squadra antincendio aziendale.....	34-35
Procedura operativa per emergenza incendio importante/estesa.....	36-37
Istruzioni per il personale, pazienti e visitatori in caso di incendio.....	38-39
Opuscolo informativo "Cosa fare in caso di emergenza-cosa sapere e cosa fare"	40
Pericolo di incendio in atmosfere arricchite con ossigeno.....	41-42
*Pericolo di incendio in zone con impianto automatico di spegnimento a gas estinguente	43
*Pericolo di incendio in sala operatoria ed aree critiche.....	44-45
*Prevenzione e gestione degli incendi chirurgici.....	46- 50
Primo soccorso in caso di evento sinistro.....	51-53
Raccomandazioni di comportamento per le persone disabili.....	54-55
Esercitazioni antincendio.....	56-58
Designazione degli addetti antincendio e planimetrie antincendio.....	59
Istruzioni operative e check list "Sorveglianza antincendio"	60-63
Riferimenti normativi.....	64
Cartelli segnaletici.....	65-67

**EVIDENZA news*

Disposizioni per chiedere l'intervento dei Vigili del fuoco

Pericolo di incendio in zone con impianto automatico di spegnimento a gas estinguente

Pericolo di incendio in sala operatoria ed aree critiche

Prevenzione e gestione degli incendi chirurgici e nelle vie aeree

Generalità

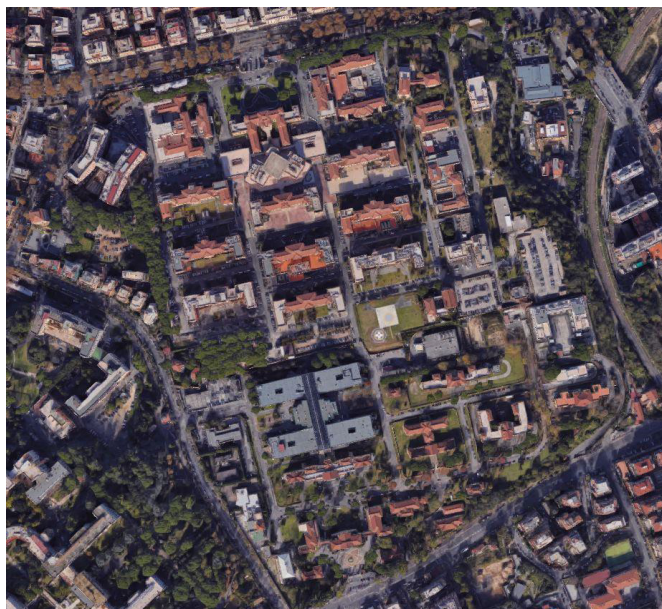
Le strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, rientrano nelle attività soggette alle visite e ai controlli di prevenzione incendi (*allegato I DPR 1/08/2015, n. 151*), nei casi sopraelencati il datore di lavoro predispone e tiene aggiornato un piano di emergenza in cui sono riportate le misure di gestione della sicurezza antincendio in esercizio ed in emergenza.

Il presente documento, contiene la raccolta delle informazioni necessarie all'attuazione del piano di emergenza del complesso ospedaliero "San Camillo" e si può definire come una procedura di mobilitazione di mezzi e persone atte a fronteggiare una determinata condizione di emergenza attribuibile allo sviluppo anomalo e incontrollato di un processo e/o lavorazione e/o deposito (*c.d. situazione di emergenza*)¹.

Caratteristiche generali della struttura

Il Complesso Ospedaliero "San Camillo" sito in circ.ne Gianicolense 87, C.A.P. 00152 Roma, realizzato tra il 1929 ed il 1931, è stato concepito secondo la tipologia a padiglioni ovvero struttura sanitaria composta da più edifici, ognuno utilizzato per ogni singola patologia. Attualmente questi edifici, ai fini antincendio, sono da considerarsi isolati ma collegati superficialmente da un sistema di gestione di servizi e trasporto che permette il trasferimento di un paziente da un padiglione all'altro al fine di sottoporlo alle visite specialistiche e/o agli interventi chirurgici. Nel corso degli anni l'Azienda Ospedaliera è stata oggetto di varie ristrutturazioni, in particolare negli anni 2000 è stato realizzato l'edificio "Piastra" ovvero un nuovo edificio che mette in comunicazione il padiglione Baccelli con il padiglione ex Direzione Sanitaria. L'incremento delle attività ospedaliere ha comportato come conseguenza la realizzazione di nuovi impianti tecnologici (gruppi elettrogeni, centrali gas medicali ecc.) e di attività a servizio degli utenti (autorimesse interrato ecc.) oltre a quelle già esistenti. Infine l'Azienda Ospedaliera, essendo D.E.A. di II Livello, è provvista di una elisuperficie. Il Complesso Ospedaliero è composto da attività soggette agli adempimenti di prevenzione incendi in quanto rientranti nell'allegato I al D.P.R. 151/2011 ed è dotato del Manuale del Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio (SGSA), in base a quanto prevede il D.M. 19.03.2015, depositato presso il Responsabile del Servizio di Sicurezza Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori (RSPP), sede del Responsabile Tecnico Antincendio (RTA).

La struttura degli edifici è organizzata in padiglioni, dove sono distribuiti i reparti e le sedi dei servizi.



Inquadramento territoriale.

N	Denominazione	Superficie lorda mq
1	Piastra e Baccelli	25.654,11
2	Maroncelli	8.650,21
3	Bassi	6.729,57
4	Cesalpino	8.686,80
5	Malpighi	7.164,08
6	Flajani	7.953,24
7	Sala-Maternità	8.719,41
8	Busi	7.414,25
9	Lancisi	10.376,58
10	Puddu-Cardiologia	24.094,20
11	Morgagni	8.535,22
12	Marchiafava	8.575,61
13	Antonini	6.905,53
14	Farmacia	1.731,58
15	Morgue-Camera mort.	1.238,99
16	ex asilo nido	619,17
17	ex casa suore	2.506,17
18	Centrale termica	1.556,57
19	Chiesa	1.080,38
20	Cucina	2.625,92
21	ex Direzione Sanitaria	7.256,95
22	Mensa	3.479,52

¹condizione nell'ambito della quale, per errore umano, guasto, calamità naturale, o altra circostanza negativa, impreveduta o imprevedibile, vengano a mancare parzialmente o totalmente, le condizioni atte a garantire la sicurezza delle persone, a qualsiasi titolo presenti nella struttura e/o della struttura stessa (R_{vita}).

Premessa

Il Piano di Emergenza ed Evacuazione (PEE) si predispone per poter far fronte a quelle emergenze complesse nelle quali una o più strutture possono essere direttamente coinvolte, o quando la situazione di emergenza ha origine all'interno delle stesse, condizionandone in tutto o in parte la funzionalità (es. un incendio). L'evacuazione di un ospedale o parte di esso, per la particolare tipologia di persone presenti (pazienti, personale e visitatori), richiede un notevole impegno organizzativo da parte dei responsabili. Inoltre, in una struttura in cui è presente un'alta densità di persone, molte delle quali non autosufficienti e non deambulanti, è abbastanza frequente che si verifichino condizioni che potrebbero facilmente sfociare in situazioni di panico e di pericolo.

Il Piano di Emergenza indica preventivamente e dettagliatamente le azioni da compiere ed è coerente con i sistemi di prevenzione e protezione, le vie di esodo presenti e rispetto al numero degli occupanti contemporaneamente a qualsiasi titolo presenti all'interno dell'attività.

Le azioni e le responsabilità presenti nel Piano di Emergenza, sono disposizioni di servizio per tutto il personale coinvolto nello stesso.

Obiettivi

Le finalità del piano sono:

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

Misure organizzative

- ⇒ Le misure organizzative, in caso di emergenza interna sono demandate al Piano di Emergenza Interno/Evacuazione (c.d. PEE/Pevac).
- ⇒ L'organizzazione ospedaliera dei soccorsi in caso di una maxi emergenza è demandata al Piano di emergenza per massiccio afflusso di feriti (c.d. PEIMAF).

Principi generali

All'esito della valutazione dei rischi d'incendio, *DVR (Documento Valutazione dei Rischi) depositato presso il Responsabile del Servizio di Sicurezza Luoghi di Lavoro e dei Lavoratori (RSPP)*, sede del Responsabile Tecnico Antincendio (RTA), e sulla base delle misure di gestione della sicurezza in esercizio ed in emergenza, incluso il piano di emergenza, si sono designati i lavoratori incaricati, dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze, di seguito denominati "addetti di compartimento" e gli addetti della "Squadra antincendio".

Gli addetti di compartimento assicurano il primo intervento immediato e possono svolgere altre funzioni sanitarie o non; **la Squadra antincendio** si occupa dei controlli preventivi e dell'intervento in caso di incendio, anche in supporto agli addetti di compartimento (*D.M. 19 marzo 2015 in materia di strutture sanitarie - Indirizzi applicativi*).




Le Linee guida per la pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una emergenza (*Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Protezione Civile, Servizio Emergenza Sanitaria, 22 settembre 1998*), individuano nel Direttore Sanitario la figura del "Coordinatore dell'Emergenza" per le strutture ospedaliere. Il Direttore Sanitario può nominare uno o più sostituti nell'ambito della Direzione Sanitaria. Il "Coordinatore dell'Emergenza" sarà coadiuvato, qualora ritenuto necessario, dal Responsabile del Servizio di sicurezza dei luoghi di lavoro e dei lavoratori, o suo sostituto, e da tutte le figure professionali inserite nel presente piano o ritenute necessarie da parte del "Coordinatore dell'Emergenza" per lo svolgimento delle misure organizzative presenti nel piano.




LINEE DI INDIRIZZO GESTIONE EMERGENZE E TIPOLOGIE DI RISCHIO

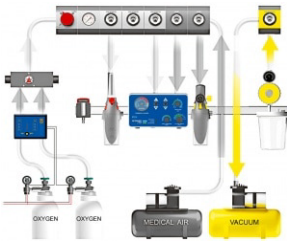


TERMINI E DEFINIZIONI




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


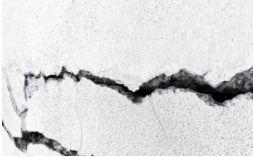
TIPOLOGIE DI RISCHIO E RACCOMANDAZIONI DI COMPORTAMENTO IN ESERCIZIO ED IN EMERGENZA


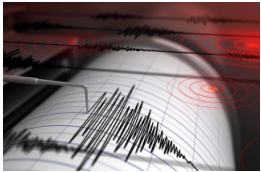
RISCHIO INCENDIO		
GRAVITA'	EVOLUZIONE	RACCOMANDAZIONI
<p align="center">INCENDIO 1</p> <p align="center">EMERGENZA MINORE E/O LIMITATA</p> 	<p align="center">LENTA EVOLUZIONE ED ENTITA' LIMITATA</p> <p><i>Incendio circoscritto ad oggetti, in aree limitate (es. un locale) con modesta presenza di fumo, senza coinvolgimento degli impianti tecnologici.</i></p> <p>Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e potenzialmente esposti a rischio i degenti/utenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il personale presente DEVE segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza per l'attivazione delle chiamate di emergenza interne; • Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (<i>Medico di Direzione Sanitaria di guardia</i>); • Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; • Senza mettere a rischio la propria incolumità, il personale presente (addetti di compartimento) e gli addetti Squadra Antincendio, intervengono utilizzando i presidi antincendio presenti (es. estintori); • Il controllo e la risoluzione dell'evento, in genere, non richiede l'intervento dei soccorsi esterni, quali i Vigili del Fuoco.
<p align="center">INCENDIO 2</p> <p align="center">EMERGENZA IMPORTANTE</p> 	<p align="center">POTENZIALE EVOLUZIONE DELL'EVENTO</p> <p><i>Incendio che coinvolge oggetti, in aree circoscritte (due o più locali), con significativa presenza di fumo ed interessamento parziale degli impianti tecnologici.</i></p> <p>Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e possono essere esposti a rischio i degenti/utenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il personale presente DEVE segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza per l'attivazione delle chiamate di emergenza interne; • Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (<i>Medico di Direzione Sanitaria di guardia</i>); • Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; • Attivare il segnale d'allarme dal più vicino pulsante di allarme incendio; • Predisporre le azioni per l'esodo orizzontale progressivo dei degenti/visitatori presenti nell'area interessata dall'evento; • Avvisare il personale presente nelle aree limitrofe alla zona interessata; • Intervenire utilizzando, in condizioni di sicurezza, i presidi antincendio presenti (es. estintori) e attivare le operazioni di trasferimento; • Tale evento deve essere immediatamente segnalato al fine di garantire un tempestivo intervento tecnico degli enti di soccorso esterni. <p>In genere, vengono attivati gli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco).</p>
<p align="center">INCENDIO 3</p> <p align="center">EMERGENZA RILEVANTE E/O ESTESA</p>  <p><u>Procedura operativa pag. 36</u></p>	<p align="center">RAPIDA EVOLUZIONE</p> <p><i>Incendio che coinvolge oggetti, in aree estese (reparto, servizio, piano, etc.), con massiccia presenza di fumo ed interessamento significativo degli impianti tecnologici.</i></p> <p>Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.</p>	<p>Tale situazione ha luogo come conseguenza di quanto indicato nell'emergenza importante, ma che interessa un'area estesa; tale evento richiede l'immediato intervento di tutte le risorse disponibili e l'intervento tempestivo degli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco)</p> <p>Dar luogo all'immediato esodo orizzontale progressivo e/o all'evacuazione.</p>

RISCHIO TECNOLOGICO		
GRAVITA'	EVOLUZIONE	RACCOMANDAZIONI
<p>BLACK OUT ELETTRICO</p> <p>EMERGENZA IMPORTANTE</p> 	<p>RAPIDA EVOLUZIONE</p> <p><i>Evento improvviso che coinvolge tutta o parte della struttura, provocando l'interruzione di energia elettrica situazione <u>che può compromettere</u> il regolare svolgimento dell'attività lavorativa.</i></p> <p>Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.</p> <p>La mancanza di alimentazione elettrica delle apparecchiature e degli impianti provoca situazioni di alto rischio.</p> <p>La conoscenza delle diverse tipologie di fornitura di alimentazione elettrica (rete, gruppi elettrogeni, gruppi di continuità) e la necessità di mantenimento delle condizioni di alimentazione è l'elemento indispensabile che ogni lavoratore deve conoscere.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il personale presente DEVE segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza per l'attivazione delle chiamate di emergenza interne. Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (<i>Medico di Direzione Sanitaria di guardia</i>); Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; Fino all'entrata in funzione dei sistemi di emergenza (gruppi di continuità, gruppi elettrogeni, etc.) gli operatori devono contenere le situazioni di panico che potrebbero insorgere. Fornire immediata assistenza ai degenti/visitatori che ne necessitano, utilizzando, se necessario, i dispositivi manuali presenti. <p>La tipologia del guasto o il perdurare della situazione possono far variare la gravità dell'emergenza.</p>
<p>BLOCCO ASCENSORI, MONTALETTIGHE</p> <p>EMERGENZA IMPORTANTE</p> 	<p>RAPIDA EVOLUZIONE</p> <p><i>Evento improvviso, provocato da interruzione di energia elettrica o da guasto tecnico <u>che compromette</u> il regolare svolgimento dell'attività lavorativa.</i></p> <p>Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gli operatori sanitari bloccati all'interno dell'ascensore devono restare calmi e tranquillizzare i presenti nonché prestare assistenza ai degenti/visitatori. Attivare il pulsante di allarme e comunicare al personale preposto (<i>remotizzazione allarme ascensori presso sala operativa h.24 Vigilanza</i>) matricola e sede dell'ascensore bloccato e rimanere in attesa dell'intervento del personale tecnico per le manovre di "sblocco" per riportare l'ascensore al piano. <p>In genere, il controllo e la risoluzione dell'evento si risolve con l'intervento del personale tecnico.</p> <p>La tipologia del guasto o il perdurare della situazione possono far variare la gravità dell'emergenza.</p>
<p>INTERRUZIONE EROGAZIONE OSSIGENO</p> <p>EMERGENZA IMPORTANTE</p> 	<p>RAPIDA EVOLUZIONE</p> <p><i>Evento improvviso, provocato da interruzione dell'erogazione a seguito di un guasto dell'impianto, al serbatoio o alle rampe di distribuzione, <u>che compromette</u> il regolare svolgimento dell'attività lavorativa.</i></p> <p>Condizione nella quale sono coinvolti i degenti/utenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il personale presente DEVE segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (<i>Medico di Direzione Sanitaria di guardia</i>); Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; Fornire assistenza ai degenti che ne necessitano mediante l'utilizzo delle bombole previste ai fini dell'emergenza (es. carrello emergenza). <p>La tipologia del guasto o il perdurare della situazione possono far variare la gravità dell'emergenza.</p>

RISCHIO TECNOLOGICO		
GRAVITA'	EVOLUZIONE	RACCOMANDAZIONI
<p>INTERRUZIONE EROGAZIONE ARIA MEDICALE/VUOTO</p> <p>EMERGENZA IMPORTANTE</p> 	<p>RAPIDA EVOLUZIONE</p> <p><i>Evento improvviso, provocato da interruzione dell'erogazione a seguito di un guasto ai compressori.</i></p> <p>Condizione nella quale sono coinvolti i degenti/utenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il personale presente DEVE segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; Gli operatori presenti devono fornire assistenza ai degenti che ne necessitano mediante l'utilizzo di sistemi manuali. Attuare tutte le possibili misure compensative in attesa di un tempestivo intervento tecnico di ripristino. <p>La tipologia del guasto o il perdurare della situazione possono far variare la gravità dell'emergenza.</p>
<p>INTERRUZIONE ALIMENTAZIONE IDRICA</p> <p>EMERGENZA IMPORTANTE</p> 	<p>RAPIDA EVOLUZIONE</p> <p><i>Evento improvviso, legato al guasto dell'impianto di distribuzione che compromette il regolare svolgimento dell'attività lavorativa</i></p> <p>Genera emergenza sanitaria in particolare in alcuni reparti/servizi (es. emodialisi) e emergenza tecnologica in altri (es. impianto antincendio).</p> <p>Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e degenti/utenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il personale presente DEVE segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; Gli operatori presenti devono fornire assistenza ai degenti che ne necessitano mediante l'utilizzo di sistemi alternativi. Attuare tutte le possibili misure compensative in attesa di un tempestivo intervento tecnico di ripristino. <p>La tipologia del guasto o il perdurare della situazione possono far variare la gravità dell'emergenza.</p>
<p>INTERRUZIONE COMUNICAZIONI (telefonia, allarmi, ecc.)</p> <p>EMERGENZA IMPORTANTE</p> 	<p>RAPIDA EVOLUZIONE</p> <p><i>Evento improvviso, provocato dal guasto alla centrale telefonica, black-out sull'erogazione del servizio da parte di terzi ecc.: che compromette il regolare svolgimento dell'attività lavorativa.</i></p> <p>Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e degenti/utenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il personale presente DEVE segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; Il personale presente per le comunicazioni interne utilizzerà misure alternative (es. sistemi radio, comunicazioni verbali, ecc.) mentre verso l'esterno, se funzionanti, utilizzerà i telefoni cellulari. <p>La tipologia del guasto o il perdurare della situazione possono far variare la gravità dell'emergenza.</p>

RISCHIO TECNOLOGICO		
GRAVITA'	EVOLUZIONE	RACCOMANDAZIONI
<p>INTERRUZIONE COMUNICAZIONI TELEMATICHE TRASMISSIONI DATI ecc.</p> <p>EMERGENZA IMPORTANTE</p> 	<p>RAPIDA EVOLUZIONE</p> <p><i>Evento improvviso, provocato dal guasto al ponte radio, server, virus informatici ecc. che compromette il regolare svolgimento dell'attività lavorativa ed in particolare per alcuni servizi/reparti fra cui: laboratorio analisi, radiologie, accettazione ecc.</i></p> <p>Condizione nella quale sono coinvolti tutti i lavoratori e degenti/utenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il personale presente DEVE segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; Gli operatori presenti devono fornire assistenza ai degenti che ne necessitano mediante l'utilizzo di sistemi manuali. <p>La tipologia del guasto o il perdurare della situazione possono far variare la gravità dell'emergenza.</p>
<p>INTERRUZIONE SISTEMA RISCALDAMENTO E/O TRATTAMENTO ARIA</p> <p>EMERGENZA IMPORTANTE</p> 	<p>RAPIDA EVOLUZIONE</p> <p><i>Evento dovuto a un guasto che può compromettere il regolare svolgimento dell'attività lavorativa.</i></p> <p>Condizione nella quale sono coinvolti tutti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il personale presente DEVE segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza; Si deve cercare di mantenere le condizioni microclimatiche interne adottando misure compensative quali chiusura/apertura finestre o fornire coperte ecc. <p>La tipologia del guasto o il perdurare della situazione possono far variare la gravità dell'emergenza.</p>
<p>ALLAGAMENTO 1</p> <p>EMERGENZA MINORE LIMITATA</p> 	<p>LENTA EVOLUZIONE ED ENTITA' LIMITATA</p> <p><i>Evento circoscritto alla rottura di una porzione della rete idrica o fognaria, e/o modesti reflussi impianti/reti di scarico che può compromettere il regolare svolgimento il regolare svolgimento dell'attività lavorativa.</i></p> <p>Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e possono essere esposti a rischio i degenti/utenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il personale presente DEVE segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza. <p>In genere, il controllo e la risoluzione dell'evento si risolve con le risorse interne.</p>

RISCHIO TECNOLOGICO		
GRAVITA'	EVOLUZIONE	RACCOMANDAZIONI
<p>ALLAGAMENTO 2</p> <p>EMERGENZA IMPORTANTE</p> 	<p>RAPIDA EVOLUZIONE</p> <p><i>Evento che coinvolge parzialmente gli impianti tecnologici provocando l'impraticabilità di parte della struttura.</i></p> <p>Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e possono essere esposti a rischio i degenti/utenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il personale presente DEVE segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza. Tale evento deve essere immediatamente segnalato al fine di garantire un tempestivo intervento tecnico degli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco). In attesa, se vi sono rischi concreti, procedere all'esodo orizzontale progressivo e/o evacuare l'area e, se possibile sganciare l'interruttore elettrico generale. <p>In genere, vengono attivati gli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco).</p>
RISCHIO STRUTTURALE		
GRAVITA'	EVOLUZIONE	RACCOMANDAZIONI
<p>CEDIMENTO STRUTTURALE <i>anche a seguito di allagamento, frana, sisma, esplosione, evento catastrofico.</i></p> <p>EMERGENZA RILEVANTE</p> 	<p>RAPIDA EVOLUZIONE</p> <p><i>Evento che coinvolge tutta la struttura o parte di essa (muri, solai, controsoffitti, ecc.) provocando in funzione dell'entità dell'evento cedimento o impraticabilità della stessa che compromette il regolare svolgimento dell'attività lavorativa.</i></p> <p>Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il personale presente DEVE segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza. Tale evento, può richiedere l'intervento tempestivo degli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco) al fine di garantire un tempestivo intervento tecnico degli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco). Tutto il personale deve restare calmo, tranquillizzare i degenti/visitatori e prepararsi all'esodo orizzontale progressivo o all'evacuazione verticale, allontanandosi con estrema cautela dalla zona interessata dal cedimento strutturale, recandosi in un luogo sicuro (reparto adiacente, punto di raccolta). In attesa, se vi sono rischi concreti, procedere all'esodo orizzontale progressivo e/o evacuare l'area. Deve essere verificato che all'interno dell'area interessata all'evento non sia rimasto nessuno e, se possibile, sezionare/chiedere gli impianti tecnologici presenti nell'area (acqua, energia elettrica, gas medicali ecc.) agendo sugli appositi dispositivi di intercettazione.

RISCHIO DA EVENTI NATURALI		
GRAVITA'	EVOLUZIONE	RACCOMANDAZIONI
<p>ESONDAZIONE, ALLUVIONE, FRANA</p> <p>EMERGENZA RILEVANTE</p> 	<p>RAPIDA EVOLUZIONE</p> <p><i>Eventi improvvisi e/o catastrofici che coinvolgono tutta o parte della struttura provocandone l'impraticabilità che compromette la sicurezza dei lavoratori, degenti/visitatori.</i></p> <p>Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e <u>sono</u> esposti a rischio i degenti/utenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il personale presente DEVE segnalare al numero telefonico di emergenza interno (tel.4493/Squadra Antincendio) lo stato di emergenza. Dare immediata comunicazione dell'evento al Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia); Comunicare al Servizio Tecnico lo stato di emergenza. Tale evento deve essere immediatamente segnalato al fine di garantire un tempestivo intervento tecnico degli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco). In attesa, se vi sono rischi concreti, procedere all'esodo orizzontale progressivo e/o evacuare l'area. <p>In genere, vengono attivati gli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco).</p>
<p>SISMA</p> <p>EMERGENZA RILEVANTE</p> 	<p>RAPIDA EVOLUZIONE</p> <p><i>Eventi improvvisi e/o catastrofici che coinvolgono tutta o parte della struttura provocandone l'impraticabilità che compromette la sicurezza dei lavoratori, degenti/utenti.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Tutto il personale presente deve prepararsi a fronteggiare la possibilità di ulteriori scosse riparandosi sotto gli architravi delle porte o in prossimità dei muri portanti; in relazione alla gravità dell'evento gli operatori devono attuare le operazioni di evacuazione dei degenti/visitatori muovendosi con estrema prudenza ed avanzando lungo i muri. Una volta all'esterno devono allontanarsi dalla struttura e recarsi nel punto di raccolta.

Opuscolo informativo e operativo:

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

RISCHIO CHIMICO		
GRAVITA'	EVOLUZIONE	RACCOMANDAZIONI
<p>SVERSAMENTO, SPANDIMENTO DI SOSTANZE CHIMICHE PERICOLOSE</p> <p>EMERGENZA MINORE</p>	<p>LENTA EVOLUZIONE ED ENTITA' LIMITATA</p> <p><i>Evento circoscritto, che non coinvolge impianti tecnologici e senza formazione di vapori; può compromettere il regolare svolgimento dell'attività lavorativa.</i></p> <p>Condizione nella quale sono coinvolti i lavoratori e possono essere esposti a rischio i degenti/utenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il personale presente, se adeguatamente formato, e se in grado di intervenire in condizioni di sicurezza, interviene utilizzando le tecniche, i materiali ed i DPI previsti nelle schede di sicurezza delle sostanze.
<p>NUBE TOSSICA</p> <p>EMERGENZA RILEVANTE</p>	<p>RAPIDA EVOLUZIONE</p> <p><i>Evento derivante da una contaminazione generata da un evento esterno alla struttura che compromette la sicurezza di lavoratori, degenti e utenti.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Il personale presente deve provvedere alla chiusura delle porte e finestre, disattivare i sistemi di condizionamento dell'aria, evitare che degenti/utenti e visitatori escano all'esterno e rimanere in attesa di istruzioni da parte degli enti di soccorso esterni. <p>In genere, vengono attivati gli enti di soccorso esterni (Vigili del Fuoco).</p>

RISCHIO SOCIALE		
GRAVITA'	EVOLUZIONE	RACCOMANDAZIONI
<p>MINACCIA ARMATA/RAPINA</p> <p>EMERGENZA IMPORTANTE</p>	<p>RAPIDA EVOLUZIONE</p> <p><i>Eventi improvvisi che coinvolgono tutta o parte della struttura.</i></p>	<p>Il personale presente all'evento, deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eseguire le istruzioni impartite dall'attentatore e in caso di domande rispondere con calma; • Restare al proprio posto, con la testa china, se la minaccia è diretta, offrire la minore superficie ad azioni di una eventuale offesa fisica; • Evitare di contrastare con i propri comportamenti le azioni compiute dall'attentatore; • Eseguire con naturalezza e con calma ogni movimento (non si devono compiere azioni che possano apparire furtive o movimenti che possano apparire una fuga o una reazione di difesa); • Il personale presente, non direttamente coinvolto e senza mettere a rischio la propria incolumità, deve dare immediata comunicazione dell'evento alle Forze dell'Ordine.
<p>TELEFONATA MINATORIA ANNUNCIO ORDIGNI ESPLOSIVI</p> <p>EMERGENZA IMPORTANTE</p>	<p>RAPIDA EVOLUZIONE</p> <p><i>Eventi improvvisi che coinvolgono tutta o parte della struttura.</i></p>	<p>Il personale presente all'evento, deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ascoltare con calma e cortesia e NON interrompere il chiamante; • Ottenere il massimo numero di informazioni, tenendo il chiamante in linea il maggior tempo possibile; • Informare immediatamente, al termine della telefonata, il Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di guardia), il quale valutata la situazione: richiederà l'immediato intervento delle Forze dell'Ordine. <p>Il personale presente, non direttamente coinvolto, deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificare la presenza di oggetti (valigie, bagagli, pacchi e simili) abbandonati nei corridoi dopo aver verificato che questi non risultino appartenere a nessuno tra il personale dipendente ed utenti; • Verificare che nessuno sposti l'oggetto dal punto esatto ove si trova in attesa dell'arrivo delle Forze dell'Ordine allertate; • Attenersi strettamente alle disposizioni del Coordinatore dell'Emergenza poiché potrebbe essere dato anche l'ordine di evacuazione.
<p>AGGRESSIONE</p> <p>EMERGENZA IMPORTANTE</p>	<p>RAPIDA EVOLUZIONE</p> <p><i>Eventi improvvisi che coinvolgono tutta o parte della struttura.</i></p>	<p>Il personale, deve eseguire le istruzioni presenti nella procedura aziendale atti di violenza operatori sanitari.</p>

Elementi di rischio - Identificazione e valutazione dei rischi e pericoli derivanti dall'attività

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

Materiali infiammabili e sorgenti d'innescio

Elementi di Rischio	Misure di sicurezza
<p>Gas infiammabili</p>	<ul style="list-style-type: none"> • I lavoratori che manipolano il gas infiammabile devono essere adeguatamente addestrati sulle misure di sicurezza da osservare. • I lavoratori devono essere anche a conoscenza delle proprietà del gas infiammabile e delle circostanze che possono incrementare il rischio di incendio. • Il recipiente del gas infiammabile deve essere allontanato immediatamente dai luoghi di utilizzo e depositato preferibilmente in un'area idonea fuori dall'edificio. • Immagazzinare i gas infiammabili in locali realizzati con strutture resistenti al fuoco. • In caso di probabile formazione di miscela esplosiva, usare gas inerti per uscire dai limiti di infiammabilità. • Rimuovere o ridurre il gas infiammabile ad un quantitativo richiesto per la normale conduzione dell'attività. • Rimuovere o sostituire i materiali di rivestimento che favoriscono la propagazione dell'incendio.
<p>Grandi quantitativi di carta, materiali di imballaggio e materiali plastici.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • I lavoratori che lavorano con quantitativi di carta e materiali di imballaggio devono essere adeguatamente addestrati sulle misure di sicurezza da osservare. • Immagazzinare i quantitativi di carta e materiali di imballaggio in locali realizzati con strutture resistenti al fuoco. • Rimuovere o ridurre quantitativi di carta e di materiali di imballaggio ad un quantitativo richiesto per la normale conduzione dell'attività. • Rimuovere o sostituire i materiali di rivestimento che favoriscono la propagazione dell'incendio.
<p>Prodotti chimici che possono essere da soli infiammabili o che possono reagire con altre sostanze provocando un incendio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dividere i prodotti ossidanti da quelli riducenti. • I lavoratori che manipolano i prodotti chimici devono essere adeguatamente addestrati sulle misure di sicurezza da osservare. • I lavoratori devono essere anche a conoscenza delle proprietà dei prodotti chimici e delle circostanze che possono incrementare il rischio di incendio. • I materiali di pulizia, se combustibili, devono essere tenuti in appositi ripostigli o locali. • Immagazzinare i prodotti chimici in locali realizzati con strutture resistenti al fuoco, e, dove praticabile, conservare la scorta per l'uso giornaliero in contenitori appositi. • Rimuovere o ridurre i prodotti chimici ad un quantitativo richiesto per la normale conduzione dell'attività. • Rimuovere o sostituire i materiali di rivestimento che favoriscono la propagazione dell'incendio. • Separare gli acidi dalle basi. • Sostituire i prodotti chimici pericolosi con altri meno pericolosi.

<p>Attrezzature elettriche non installate ed utilizzate secondo le norme di buona tecnica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adottare, dove appropriato, un sistema di permessi di lavoro nei confronti di addetti alla manutenzione ed appaltatori. • Controllare la conformità degli impianti elettrici alle normative tecniche vigenti. • Controllare la corretta manutenzione di apparecchiature elettriche e meccaniche. • Divieto dell'uso di fiamme libere nelle aree ad alto rischio. • Formare i lavoratori sull'utilizzo delle attrezzature elettriche. • Identificare le aree dove è proibito fumare e regolamentare il fumo nelle altre aree. • Installare e mantenere in efficienza i dispositivi di protezione. • Nel caso debba provvedersi ad una alimentazione provvisoria di una apparecchiatura elettrica, il cavo elettrico deve avere la lunghezza strettamente necessaria ed essere posizionato in modo da evitare possibili danneggiamenti. • Pulire e riparare i condotti di ventilazione e le canne fumarie. • Rimuovere le attrezzature non necessarie. • Riparare e sostituire le apparecchiature danneggiate. • Sostituire le attrezzature elettriche non idonee.
<p>Fiamme libere</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A fine lavoro il luogo ove si effettuano i lavori che utilizzano fiamme libere, eseguire un sopralluogo per accertare che ogni materiale combustibile sia stato rimosso o protetto contro calore e scintille. • Adottare, dove appropriato, un sistema di permessi nei confronti di addetti alla manutenzione ed appaltatori, per i lavori da effettuarsi a fiamma libera. • Controllare la conformità degli impianti elettrici alle normative tecniche vigenti in modo da evitare incendi e sviluppo di fiamme libere. • Controllare la corretta manutenzione di apparecchiature elettriche e meccaniche. • Depositare le bombole di gas, quando non sono utilizzate, fuori dal luogo di lavoro. • Depositare le sostanze infiammabili in luogo sicuro e ventilato. I locali ove tali sostanze vengono utilizzate devono essere ventilati e tenuti liberi da sorgenti di ignizione. • Dopo l'ultimazione dei lavori, ispezionare ogni area dove sono stati effettuati i lavori medesimi per assicurarsi che non ci siano materiali accesi o braci. • Formare i lavoratori sul rischio dovuto all'utilizzo delle fiamme libere. • Identificare le aree dove è proibito fumare e regolamentare il fumo nelle altre aree. • Installare e mantenere in efficienza i dispositivi di protezione. • Mettere a disposizione estintori portatili ed informare gli addetti al lavoro sul sistema di allarme antincendio esistente. • Proibire l'uso di fiamme libere nelle aree ad alto rischio. • Pulire e riparare i condotti di ventilazione e le canne fumarie. • Riparare e sostituire le apparecchiature danneggiate. • Se si devono utilizzare le fiamme libere, schermare le sorgenti di calore valutate pericolose tramite elementi resistenti al fuoco.
<p>Fiamme o scintille dovute a processi di lavoro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A fine lavoro il luogo ove si effettuano lavori che provocano scintille fare il sopralluogo per accertare che ogni materiale combustibile sia stato rimosso o protetto contro calore e scintille. • Adottare, dove appropriato, un sistema di permessi di lavoro nei confronti

	<p>di addetti alla manutenzione ed appaltatori.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controllare la conformità degli impianti elettrici alle normative tecniche vigenti. • Controllare la corretta manutenzione di apparecchiature elettriche e meccaniche. • Controllare l'utilizzo delle attrezzature che possono provocare le scintille secondo le istruzioni dei costruttori. • Depositare le bombole di gas, quando non sono utilizzate, fuori dal luogo di lavoro. • Depositare le sostanze infiammabili in luogo sicuro e ventilato. I locali ove tali sostanze vengono utilizzate devono essere ventilati e tenuti liberi da sorgenti di ignizione. • Divieto dell'uso di attrezzi che possono provocare scintille o fiamme nelle aree ad alto rischio. • Formare i lavoratori sul rischio dovuto alla presenza di scintille in un ambiente di lavoro. • Identificare le aree dove è proibito fumare e regolamentare il fumo nelle altre aree. • Installare e mantenere in efficienza i dispositivi di protezione. • Ispezionare ogni area dove è stato effettuato un lavoro dopo l'ultimazione dei lavori medesimi per assicurarsi che non ci siano materiali accesi o braci. • Mettere a disposizione estintori portatili ed informare gli addetti al lavoro sul sistema di allarme antincendio esistente. • Pulire e riparare i condotti di ventilazione e canne fumarie. • Riparare e sostituire le apparecchiature danneggiate. • Schermare le sorgenti di scintille o di fiamme valutate pericolose tramite barriere ad acqua. • Schermare le sorgenti di scintille o fiamme valutate pericolose tramite elementi resistenti al fuoco.
<p>Sorgenti di calore</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adottare, dove appropriato, un sistema di permessi di lavoro nei confronti di addetti alla manutenzione ed appaltatori. • Controllare la conformità degli impianti elettrici alle normative tecniche vigenti. • Controllare la corretta manutenzione di apparecchiature elettriche e meccaniche. • Controllare l'utilizzo dei generatori di calore secondo le istruzioni dei costruttori. • Divieto dell'uso sorgenti di calore nelle aree ad alto rischio. • Formare i lavoratori sul rischio specifico delle sorgenti di calore. • Identificare le aree dove è proibito fumare e regolamentare il fumo nelle altre aree. • Installare e mantenere in efficienza i dispositivi di protezione. • Pulire e riparare i condotti di ventilazione e canne fumarie. • Rimuovere le sorgenti di calore non necessarie. • Riparare e sostituire le apparecchiature danneggiate. • Schermare le sorgenti di calore valutate pericolose tramite elementi resistenti al fuoco. • Sostituire le sorgenti di calore con altre più sicure.

Ordine di evacuazione per emergenza

Il Direttore Sanitario, o suo sostituto, rappresenta l'unica figura che, insieme al Funzionario/Capo Squadra dei Vigili del Fuoco, può diramare l'ordine di evacuazione totale per la salvaguardia delle persone presenti (c.d. emergenza rilevante/importante/estesa)².

In caso di necessità, il dirigente e/o personale della struttura interessata all'evento emergenziale, in collaborazione con gli addetti antincendio di compartimento e con il personale della squadra antincendio, può diramare l'ordine di evacuazione parziale per la salvaguardia delle persone presenti (c.d. emergenza minore/limita)³. Per la valutazione sulla necessità dell'evacuazione, il personale presente, acquisirà ogni elemento utile dal Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria) e da tutte le figure professionali inserite nel presente piano o ritenute necessarie.

In caso di diramazione dell'allarme agli organi competenti ed arrivo nel luogo oggetto d'intervento dei VV. F (Vigili del Fuoco), il comando delle operazioni viene assunto dal Funzionario/Capo Squadra dei VV.F. al quale gli addetti di compartimento, della squadra antincendio e personale dovranno fornire idonea collaborazione ed opportune informazioni.

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



² Situazione che necessita della mobilitazione di gran parte (ovvero di tutti) i lavoratori presenti, degli incaricati alla gestione delle emergenze e l'intervento degli enti di soccorso esterni (es. Vigili del Fuoco, 118, Forze dell'Ordine, ecc.).

³ Situazione che necessita della mobilitazione parziale dei lavoratori presenti, l'attivazione degli incaricati della gestione delle emergenze e solo se necessità, l'allertamento degli enti di soccorso esterni (es. Vigili del Fuoco, 118, Forze dell'Ordine, ecc.).

- **DIRETTORE SANITARIO**

“Coordinatore aziendale dell’Emergenza”.

Il Direttore Sanitario, o suo sostituto, assume il ruolo di Coordinatore aziendale delle emergenze. In fase di emergenza, il medico di Direzione Sanitaria di guardia, in condivisione con il Direttore Sanitario coordina l’attività sanitaria dell’Ospedale. Dispone gli interventi tecnici utili alla risoluzione di eventuali problematiche sopraggiunte. Mantiene i contatti con tutte le figure presenti nel presente Piano. Il Direttore Sanitario, se attivata, coordina l’Unità di Crisi Aziendale (UdC). Il Direttore Sanitario, o suo sostituto, rappresenta l’unica figura che, insieme al funzionario/capo squadra dei Vigili del Fuoco, può diramare l’ordine di evacuazione totale (c.d. emergenza estesa). È evidente che la presenza del Direttore Sanitario, o del suo sostituto, risulta indispensabile, per cui la sua reperibilità, e/o del suo sostituto deve essere h. 24.

- **SQUADRA ANTINCENDIO**

Squadra composta da unità appositamente addestrate (*Attestato di idoneità tecnica Comando Provinciale Vigili del Fuoco di Roma*) per effettuare operazioni di primo intervento in caso di emergenza. La squadra antincendio composta da addetti alla gestione delle emergenze, dell’evacuazione, della lotta antincendio, del primo soccorso si occupa dei controlli preventivi e dell’intervento in caso di incendio, anche in supporto agli addetti antincendio di compartimento.

Sono professionisti antincendio dotati di mezzi e DPI adeguati all’attività, in possesso dell’abilitazione antincendio in attività ad alto rischio (livello 3) e presenti h. 24.

I compiti principali degli addetti della squadra antincendio dedicata sono principalmente i seguenti:

- sorveglianza antincendio sulle aree di pertinenza ospedaliera e sul comportamento dei dipendenti e degli utenti;
- collaborazione con gli enti di soccorso esterni in caso di emergenza e di sorveglianza;
- sorveglianza degli impianti, delle attrezzature e degli altri sistemi di sicurezza antincendio, in collaborazione con gli addetti antincendio di compartimento;
- segnalazione attraverso la redazione di rapporti d’intervento al servizio di Sicurezza dei luoghi di lavoro e dei lavoratori, al Responsabile Tecnico Antincendio, al Servizio Ingegneria e alla Direzione Sanitaria, in caso di interventi di propria competenza;
- verifica della funzionalità del PEE, in particolare delle fruibilità dei percorsi d’esodo, che devono essere sgombri ed efficienti, con porte REI non bloccate ed efficienti. A ciò si aggiunge il primo intervento per la messa in sicurezza o la segnalazione attraverso rapporti all’Unità Operativa, al SPP o all’RTA, come la possibilità di rimuovere le sorgenti di calore non autorizzate, di mantenere l’efficienza dei dispositivi di protezione e di controllare il limite del carico d’incendio consentito nelle varie aree;
- primo intervento di spegnimento incendi con estintori, naspi e/o idranti in ausilio agli addetti antincendio di compartimento;
- segnalazione di eventuali danneggiamenti e del malfunzionamento dei componenti dell’impianto elettrico e delle apparecchiature elettriche;
- segnalazione in caso di malfunzionamenti evidenti agli impianti antincendio, di gas medicali, di condizionamento e ventilazione, di distribuzione dei gas tecnici o della manomissione degli stessi;
- segnalazione di eventuali usi impropri di fiamme libere;
- azione di vigilanza in occasione di lavorazioni di ditte esterne che dovessero fare uso di fiamme libere o attrezzi con produzione di scintille;
- in caso di ordine di evacuazione, guidano l’evacuazione degli occupanti secondo le procedure presenti nel seguente piano e secondo le indicazioni delle planimetrie di evacuazione, offrono assistenza agli addetti antincendio di compartimento e personale presente.

- **ADDETTI DI COMPARTIMENTO**

Gli addetti di compartimento, assicurano il primo intervento immediato e svolgono altre funzioni sanitarie o non. Tale personale, in possesso dell'abilitazione come addetti antincendio in attività ad alto rischio (livello 3), rilasciato dal Comando Provinciale dei VVF, dovrà sempre essere presente in numero congruo rispetto al minimo previsto *dall'SGSA (Sistema di Gestione della Sicurezza finalizzato all'adeguamento Antincendio)*.

I compiti principali degli addetti di compartimento sono principalmente i seguenti:

- ⇒ Primo intervento in caso di principio di incendio;
- ⇒ Primo intervento in casi di emergenza per il ripristino delle condizioni standard;
- ⇒ Collaborazione con gli enti di soccorso esterni preposti in caso di emergenza grave.

Gli addetti alla lotta antincendio di compartimento, designati attraverso delibera aziendale sono identificabili attraverso banda di colore rosso sulla divisa aziendale, effettuano il primo intervento in caso di principio d'incendio e sono gli incaricati della sorveglianza antincendio.

Gli addetti antincendio di compartimento, in prevalenza personale sanitario, sono tenuti ad adottare le istruzioni operative di sicurezza.

Gli addetti di compartimento, nell'espletamento degli interventi in situazioni critiche devono operare senza mettere a repentaglio la propria e l'altrui incolumità.

- **DIRETTORE DEL SERVIZIO DI SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO E DEI LAVORATORI/RTA/GESTORE ELISUPERFICIE**

Responsabile degli aspetti legati alla sicurezza di cui al d.lgs.81/2008, per la prevenzione e protezione del personale, provvede alle verifiche e agli interventi che si rendessero necessari nel campo della sicurezza dei lavoratori.

In qualità di Responsabile Tecnico Antincendio (RTA) svolge le mansioni di pianificazione, coordinamento e verifica dell'adeguamento antincendio in conformità con quanto disposto dalla politica per la sicurezza antincendio.

In qualità di Gestore Elisuperficie assicura la sicurezza, fruibilità e l'efficienza dell'Elisuperficie Aziendale, in caso di necessità di trasporti in Eliambulanza.

Coadiuvierà il Coordinatore dell'Emergenza nei casi che quest'ultimo lo ritenga necessario. Partecipa all'UdC.

- **RESPONSABILE PROCEDURE ED ESERCITAZIONI PER LE EMERGENZE**

Vigila sulla corretta attivazione/operatività del Piano di Emergenza Evacuazione (PEE).

Garantisce la redazione, verifica e diffusione intra e sovra-aziendale del Piano Emergenza Evacuazione (PEE) e la predisposizione dei relativi corsi di formazione ed esercitazioni alla gestione delle emergenze e maxi emergenze intra ed extra ospedaliera. Collabora con il RTA, mettendo a disposizione le informazioni di sua competenza utili per la corretta gestione delle emergenze.

In collaborazione con L'Unità di Crisi Aziendale assicura la corretta applicazione del Piano di emergenza, nel caso di accadimento di scenari di emergenza.

Coordina il Gruppo Operativo Interdisciplinare (GOI) emergenze/maxi emergenze aziendale.

- **DIRETTORE UFFICIO TECNICO PATRIMONIO E PROGRAMMAZIONE/SVILUPPO DELL'EDILIZIA OSPEDALIERA**

Responsabile delle necessità tecnico/impiantistiche e degli interventi urgenti da mettere in atto direttamente e con l'ausilio dei servizi tecnici appaltati, coordina le attività per garantire l'efficienza e la sicurezza degli impianti e dei servizi. Si avvale di tutte le strutture ed uffici che ritiene opportuno. Progetta e realizza gli ambienti di lavoro, secondo le norme di Prevenzione Incendi, le linee guida per l'edilizia sanitaria ed ospedaliera e le norme tecniche specifiche nonché obiettivi e traguardi di adeguamento per la Sicurezza Antincendio. Identifica, installa e gestisce la manutenzione ed aggiornamento della segnaletica di sicurezza, emergenza, obbligo, e divieto e garantisce il mantenimento in stato di efficienza dei percorsi d'esodo e di fuga, la loro illuminazione, nonché le compartimentazioni e i punti di raccolta. Partecipa all'UdC.

- **EMERGENZA TECNICA:** in fase di esercizio ed in emergenza, il personale afferente all'ufficio tecnico patrimonio e programmazione-sviluppo dell'edilizia ospedaliera con l'ausilio dei servizi tecnici appaltati, garantisce, per quanto di competenza, l'intervento in sicurezza sulle attrezzature, impianti ed apparecchiature ed il ripristino in sicurezza di luoghi di lavori, in caso di emergenza.
- **SERVIZIO DI VIGILANZA INTERNA**
Dovrà garantire, in fase di emergenza, la sicurezza e viabilità interna ed esterna dei mezzi di soccorso in arrivo sul luogo dell'emergenza e verificare che tutte le aree siano libere per permettere l'accostamento dei mezzi di soccorso. Dovrà collaborare con i soccorritori interni ed esterni e fornire tutte le informazioni del caso. Garantirà, in collaborazione con i soccorritori esterni ed interni, la sicurezza della zona in emergenza. Può attuare eventuali variazioni della viabilità interna e nelle zone di parcheggio, in collaborazione con gli enti istituzionali esterni.
- **DIRETTORE PROFESSIONI SANITARIE**
Il Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie e/o suo sostituto si metterà a disposizione del Coordinatore dell'Emergenza e garantirà la presenza delle risorse umane necessarie del comparto per l'eventuale evacuazione in sicurezza delle persone ed assistenza nel luogo di raccolta, coinvolte dall'emergenza (Squadra evacuazione sanitaria).
Garantirà l'invio di personale aggiuntivo per la gestione delle fasi di emergenza e gestirà lo SLOT. Partecipa all'UdC.
- **UNITA' DI CRISI AZIENDALE (UdC)**
L'UdC, rappresenta il nucleo direzionale e decisionale durante le fasi operative, con il compito di garantire la massima operatività a quanto dettagliato nel presente Piano di Emergenza Evacuazione (PEE). Rappresenta la forza di intervento in caso di emergenza estesa e maxi emergenza interna e/o esterna. Viene attivata, dal Coordinatore dell'Emergenza o suo sostituto, a seconda della tipologia dell'emergenza, e secondo le indicazioni presenti nel presente Piano. Viene allertata e convocata, dal Centralino aziendale, tramite cellulari aziendali. I componenti dell'UdC devono recarsi automaticamente, una volta convocati, presso la sede dell'UdC. Sede UdC : sala riunione Direzione Generale, Padiglione Busi piano terra (lato Circ.ne Gianicolense) e/o altro luogo individuato dal Direttore Sanitario, a seconda delle esigenze emergenziali. L'Unità di crisi, presieduta dal Direttore Sanitario e/o suo sostituto, assume collegialmente la responsabilità delle decisioni.

Composizione UdC:

- Direttore Generale;
 - Direttore Sanitario (che la coordina);
 - Direttore Amministrativo,
 - Direttore dell'Ufficio Tecnico Patrimonio e programmazione/sviluppo dell'edilizia ospedaliera;
 - Direttore Dipartimento Emergenza Accettazione e Area Clinica;
 - Dirigente del Servizio di Sicurezza dei Luoghi di lavoro e dei lavoratori;
 - Direttore Dipartimento Professioni;
 - Responsabile Procedure ed esercitazioni per le emergenze.
- **RAPPORTI E COMUNICAZIONI ESTERNE**
Il Direttore Generale e/o suo delegato mantiene i rapporti con le autorità ed i mezzi di informazione.

DIAGRAMMA GENERALE GESTIONE EMERGENZE E MAXI EMERGENZE INTRAOSPEDALIERE



<p align="center">ALLARME/Emergenza Minore/Limitata SITUAZIONE CONTROLLATA DALLE RISORSE INTERNE</p>	<p align="center">ALLARME/Emergenza Rilevante/Importante/Estesa SITUAZIONE NON CONTROLLABILE DALLE RISORSE INTERNE</p>
<p>ATTIVAZIONE CHIAMATE DI EMERGENZA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medico di Direzione sanitaria reperibile; - Coordinatore Di. Pro reperibile; - Sala operativa Vigilanza interna h.24; - Reperibile Ufficio Tecnico; - Presidio posto di polizia interno h.24; - Referente Servizio di Psicologa; - Emergenza tecnica ditte affidatarie. - Strutture limitrofe all'emergenza. 	<p>ATTIVAZIONE CHIAMATE DI EMERGENZA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medico di Direzione sanitaria reperibile; - 112 - Vigili del Fuoco; - Coordinatore Di. Pro reperibile; - Sala operativa Vigilanza interna h.24; - Reperibile Ufficio Tecnico; - Presidio posto di polizia interno h.24; - Referente Servizio di Psicologa; - Emergenza tecnica ditte affidatarie. - Strutture limitrofe all'emergenza.

ISTRUZIONE OPERATIVA SEGNALAZIONE E COMUNICAZIONE DELL'ALLARME

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

**Istruzioni Operative
SEGNALAZIONE E COMUNICAZIONE ALLARME**

A. Istruzione in caso di EMERGENZA

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

LE TRE REGOLE FONDAMENTALI A CUI CI SI DEVE ATTENERE

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

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

I NUMERI DELL' EMERGENZA INTERNA ED ESTERNA

CENTRALINO AZIENDALE	06/55554000-4003-4005 - CELL.3484894328
SQUADRA ANTINCENDIO	06/55554493 - CELL. 3406536543
SALA VIGILANZA INTERNA H.24	06/55553669 - CELL. 3483212137
POSTO DI POLIZIA INTERNO	06/55553222
EMERGENZA TECNICA DITTA AFFIDATARIA	800946462 PIN 11260
PRONTO SOCCORSO - AREA EMERGENZA	06/5555- 3114-4910
UNITA' DI CRISI	0675555-4017



Squadra Antincendio

4493

Numero emergenza interno



ISTRUZIONI OPERATIVE / FASI OPERATIVE/DIRAMAZIONE ALLARME

GESTIONE DELLE FASI DI SEGNALAZIONE E COMUNICAZIONE DELL'ALLARME

La comunicazione di situazioni di emergenza interna e la conseguente diramazione dell'allarme costituiscono **l'avvio automatico** delle operazioni previste dal PEE.

Chiunque sia testimone della situazione di emergenza, per avviare la procedura operativa di intervento ha a disposizione i seguenti sistemi di segnalazione equivalenti, e dovrà utilizzare quella che si rende disponibile con più immediatezza.

Strumenti di segnalazione e comunicazione allarme

1



Sistema di comunicazione con telefonia mobile (cellulari aziendali).

2



Sistema di comunicazione con telefonia fissa (telefonia aziendale).

3



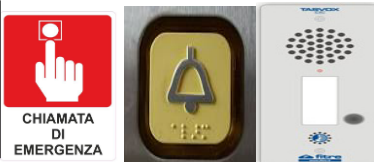
Sistema di impianto di rivelazione fumi e pulsanti di allarme.

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

ISTRUZIONE OPERATIVA REMOTIZZAZIONE ALLARMI

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

4



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

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

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

5



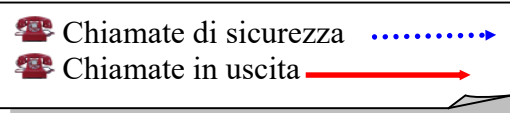
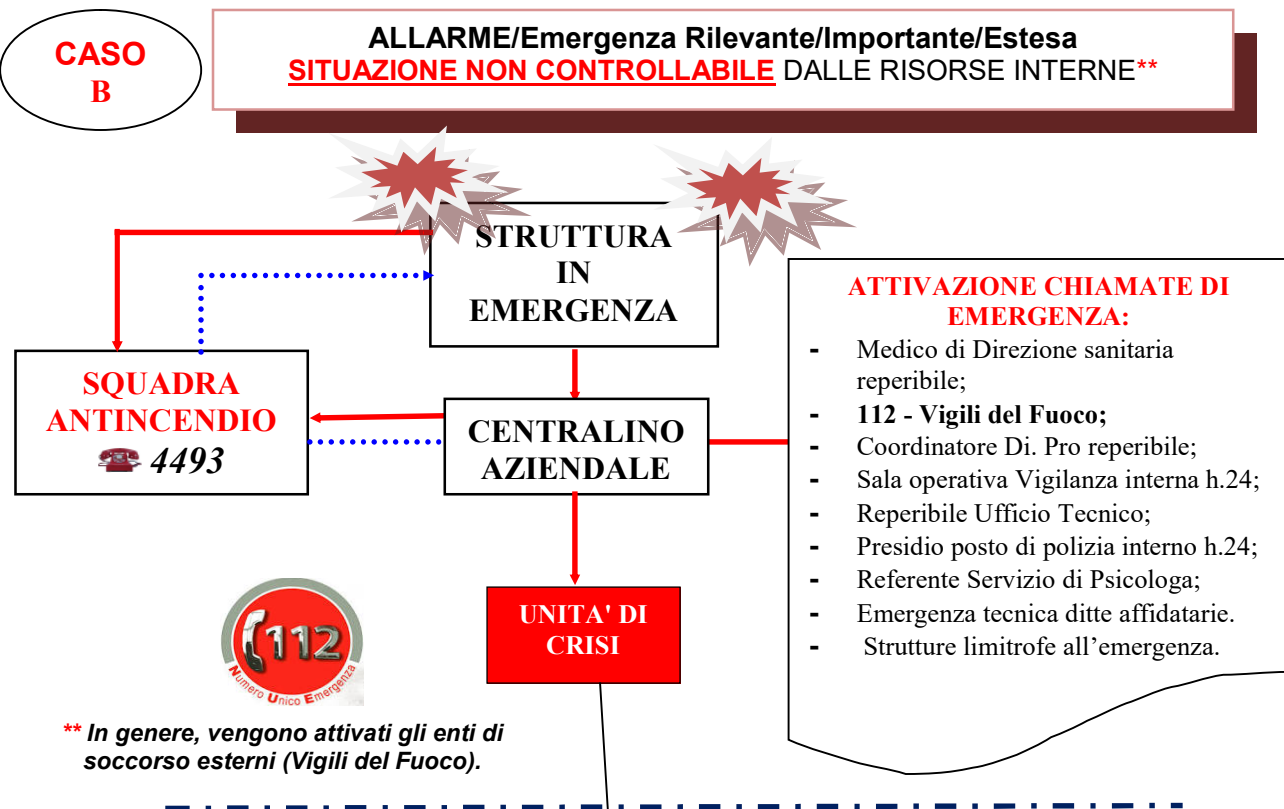
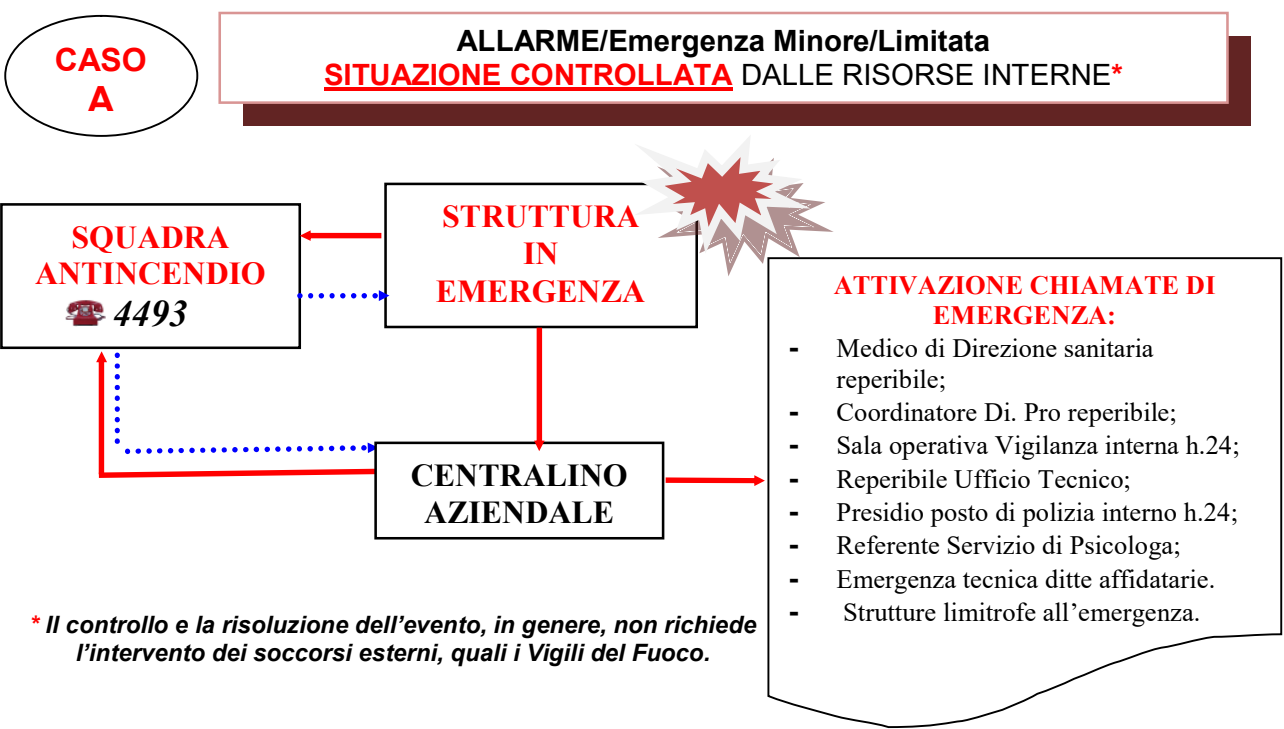
Sistemi di allarme vocale EVAC - Emergency Voice Alarm Communication.

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

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

Diagrammi funzionali sequenziali

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



Si attiva su richiesta del Direttore Sanitario

FASE 1. GESTIONE DELLE FASI DI RICEZIONE E DIRAMAZIONE DELL'ALLARME		
Fase di ricezione dell'allarme		
Chi	Cosa fare	Cosa chiedere / dire
<ul style="list-style-type: none"> • Centralino aziendale • Squadra Antincendio 	Rispondere con immediatezza alla chiamata	Chiedere le 6 informazioni basilari per la localizzazione e le caratteristiche dell'evento.
Fase di diramazione dell'allarme		
Chi	Cosa fare	Cosa chiedere / dire
<p>Chiunque</p> <p><i>In caso di ricezione allarme da parte del</i></p> <p>Centralino Aziendale</p>	<p>Allertare immediatamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Squadra Antincendio ed effettuare le chiamate di emergenza. <p>PER ALLARME ESTESO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Chiamare reparti vicini a quello in emergenza che devono ospitare e fornire personale di supporto 3. Allertare 112, in collaborazione con il medico di Direzione Sanitaria di guardia. <p>In caso di necessità e su richiesta del Coordinatore dell'emergenza:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Allertare immediatamente l'unità di crisi aziendale 	<p>Chiedere e Dare le 6 informazioni basilari per la localizzazione e le caratteristiche dell'evento</p> <p><u>Attivare chiamate Unità di Crisi</u></p>
<p>Chiunque</p> <p><i>In caso di ricezione allarme da parte della</i></p> <p>Squadra Antincendio</p>	<p>Recarsi sul luogo dell'emergenza e verificare se l'emergenza è effettivamente presente, se presente, allertare Centralino Aziendale per chiamate di emergenza e gestire l'emergenza.</p> <p>In caso di emergenza estesa (non gestibile dalle risorse interne) allertare 112 e garantire la sicurezza dell'area interessata all'emergenza e la vibilità interna dei mezzi di soccorso.</p> <p>In caso di diramazione dell'ordine di evacuazione parziale e/o totale da parte degli organi competenti, collaborare all'evacuazione sanitaria e garantire la sicurezza e accessibilità presso i punti di raccolta.</p>	<p>Chiedere le 6 informazioni basilari per la localizzazione e le caratteristiche dell'evento</p> <p>Dare le 6 informazioni basilari per la localizzazione e le caratteristiche dell'evento agli enti di soccorso esterni.</p> <p>Suggerire di adottare le tecniche di evacuazione sanitaria e conteggio persone (pazienti, visitatori e lavoratori) presenti nei punti di raccolta.</p>
<p>Chiunque</p> <p><i>In caso di ricezione allarme da parte della</i></p> <p>Sala Operativa H.24 Vigilanza Interna</p>	<p>Recarsi sul luogo dell'emergenza e verificare se l'emergenza è effettivamente presente, se presente, allertare Squadra Antincendio e/o Centralino Aziendale per chiamate di emergenza e gestire l'emergenza.</p> <p>In caso di emergenza estesa (non gestibile dalle risorse interne) allertare 112 e garantire la sicurezza dell'area interessata all'emergenza e la vibilità interna dei mezzi di soccorso.</p> <p>In caso di diramazione dell'ordine di evacuazione parziale e/o totale da parte degli organi competenti, collaborare all'evacuazione e garantire la sicurezza e accessibilità presso i punti di raccolta.</p>	<p>Chiedere le 6 informazioni basilari per la localizzazione e le caratteristiche dell'evento e garantire le azioni previste.</p> <p>Dare le 6 informazioni basilari per la localizzazione e le caratteristiche dell'evento agli enti di soccorso esterni.</p> <p>Conteggio, in collaborazione con la Squadra Evacuazione/Antincendio delle persone presenti nei punti di raccolta⁴.</p>

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

⁴ Luogo situato all'aperto, al sicuro, nelle vicinanze della struttura presso il quale è necessario dirigersi, riunirsi e stazionare fino al termine dell'emergenza o di altra indicazione. Rimanere nel punto di raccolta è necessario al fine di consentire la verifica della presenza di tutti gli occupanti della struttura e dichiarare l'avvenuto totale sgombero della struttura.

FASE 2-FASE DI PRIMO INTERVENTO

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

Chi	Cosa fare	Come
ALLARMARE-SALVARE-SPEGNERE		
Chiunque	<ul style="list-style-type: none"> - ALLERTARE E DIRAMARE ALLARME - Messa in sicurezza persone presenti: • Allontanare i pazienti ed eventuali visitatori dal pericolo spostandoli nei luoghi sicuri (aree protette, uscite di sicurezza, ala opposta del reparto o due piani sotto l'evento), qualora necessario. 	<p>Preferire l'evacuazione orizzontale progressiva⁵ utilizzare barelle, carrozzine, comode, letti o, in assenza, di materiale di fortuna per trasportare i pazienti allettati servirsì di materassi, lenzuola e/o copriletto, coperte, sedie o quant'altro si renda utile per spostare i degenti nell'area sicura. In seguito se necessario, eseguire evacuazione verticale dei degenti.</p> <p><i>Allegato 1. Tecniche di Evacuazione. Istruzioni per il trasporto a mano di persone aventi mobilità ridotta.</i> http://www.scamilloforlanini.rm.it/html/generale_emergenza.pdf</p>
Personale presente	<p style="text-align: center;"><u>SEGUIRE LE INDICAZIONI DELLE PLANIMETRIE ANTINCENDIO.</u></p>	
Addetti antincendio di compartimento - Addetti squadra antincendio	<ul style="list-style-type: none"> - Se possibile, allontanare eventuali fonti di ossigeno (esp. bombole) dalla zona limitrofa l'incendio e sospendere l'erogazione dei flussometri di ossigeno dell'area interessata, previa autorizzazione del medico di guardia. - È ASSOLUTAMENTE VIETATO DEPOSITARE LE BOMBOLE IN LUOGHI NON AUTORIZZATI. - Eseguire intervento sul principio d'incendio. - Messa in sicurezza area interessata dall'incendio: Limitare la propagazione del fumo e dell'incendio chiudendo porte e finestre di accesso/compartimenti; - Iniziare l'opera di estinzione se esiste la possibilità di estinguere immediatamente l'incendio con i mezzi a portata di mano e la garanzia di una via di fuga sicura alle proprie spalle e con l'assistenza di altre persone. 	<p>Allontanare, se possibile, il materiale combustibile che si trova tra l'incendio e le aree protette.</p> <p style="text-align: center;"><u>NON USARE GLI ASCENSORI</u> <u>UTILIZZARE LE VIE DI ESODO SEGUENDO LA SEGNALETICA!</u></p> <p>Chiudere la porta e se possibile le finestre dei locali coinvolti dall'incendio, l'apertura delle finestre per "dare aria" ai locali dovrà avvenire nelle zone più prossime all'area coinvolta dall'incendio.</p> <p>Utilizzare gli estintori* (togliere sicura, dirigere la bocchetta alla base delle fiamme, non sui pazienti, premere la maniglia).</p> <p style="text-align: center;"><u>Non aprire mai le porte che comunicano con vani scala e ascensori per far defluire il fumo.</u></p> <p><i>*in allegato istruzioni operative per la sicurezza antincendio.</i></p>
EMERGENZA TECNICA *	Intervenire sugli impianti ed attrezzature per garantire il funzionamento e/o ripristino degli stessi, se sospesi per incendio, al fine di evitare incidenti o alimentazione dell'incendio o esplosioni e garantire il ripristino in sicurezza di luoghi di lavoro.	Recarsi sul luogo dell'emergenza e garantire la messa in sicurezza degli impianti (pre e post emergenza).
<i>* personale dell'ufficio tecnico patrimonio e programmazione-sviluppo dell'edilizia ospedaliera con l'ausilio dei servizi tecnici appaltati.</i>		

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

FASE 2.1 - ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA SICUREZZA ANTINCENDIO



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

PRIMA DELL'UTILIZZO

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



CARTELLINO DI MANUTENZIONE

Può essere strutturato in modo tale da potersi utilizzare per più interventi e per più anni. Sul cartellino deve essere obbligatoriamente riportato:

- numero di matricola o altri estremi di identificazione dell'estintore;
- ragione sociale e indirizzo completo e altri estremi di identificazione del manutentore;
- massa lorda dell'estintore;
- carica effettiva;
- tipo di fase effettuata;
- data dell'ultimo intervento (mese/anno nel formato mm/aa);
- firma leggibile o punzone identificativo del manutentore.

TECNICA D'IMPIEGO

1. Prelevare l'estintore dal proprio supporto;
2. Estrarre dalla propria sede il dispositivo di sicurezza tirando con decisione verso l'esterno
3. Impugnare saldamente l'estintore dalla parte bassa della maniglia di erogazione senza premere in quella superiore;
4. Dirigersi verso l'incendio, analizzando al contempo l'entità dell'incendio, la direzione del vento e la tipologia del materiale che brucia;
5. Azionare l'estintore alla giusta distanza (variabile con l'intensità del calore emanata dalla fiamma stessa) per colpire il focolare con la massima efficacia del getto;

6. Dirigere il getto dell'agente estinguente alla base della fiamma. Se si tratta di incendio di un materiale liquido, operare in modo che il getto non causi la proiezione, del liquido che brucia, al di fuori del recipiente; ciò potrebbe causare la propagazione dell'incendio.
7. Durante l'erogazione muovere leggermente a ventaglio l'estintore avvicinandosi al fuoco lentamente e tenendo sempre l'estintore in azione;
8. Operare sempre sopra vento rispetto al focolare, per evitare di essere investiti dai fumi della combustione;
9. In caso di contemporaneo impiego di due o più estintori gli operatori non devono mai operare da posizione contrapposta, ma muoversi preferibilmente verso un'unica direzione o operare da posizioni che formino un angolo (rispetto al fuoco) non superiore a 90°;
10. Prima di abbandonare il luogo dell'incendio verificare che il focolaio sia effettivamente spento e sia esclusa la possibilità di una riaccensione;
11. Abbandonare il luogo dell'incendio, in particolare se al chiuso, non appena possibile;
12. Riposizionare l'estintore al proprio posto e avvisare l'Ufficio Tecnico per la ricarica dello stesso.

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

NOTE

Addestramento

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

CLASSI		TIPO DI ESTINTORE			
		POLVERE	CO2	IDRICO	SCHIUMA
MATERIALI SOLIDI A LEGNO CARTA TESSUTI PAGLIA SUGHERO LANA COTONE CARTONE ECC		SI	NO	SI	SI
MATERIALI LIQUIDI B BENZINE OLI BENZOLIO NAFTA SOLVENTI VERNICI ALCOLI ECC		SI	SI	NO	SI
GAS C ACETILENE IDROGENO G.P.L. PROPANO BUTANO METANO ECC		SI	SI	NO	NO
SOSTANZE METALLICHE D * CARBURIO DI CALCIO POTASSIO MAGNESIO ALLUMINIO SODIO ECC		SI	NO	NO	NO
IMPIANTI E ATTREZZATURE ELETTRICHE E MOTORI TRASFORMATORI INTERRUTTORI QUADRI (anche sotto tensione) ECC		SI	SI	NO	NO

N.B. LE INDICAZIONI DELLA TABELLA SONO DI CARATTERE GENERALE: ACCERTARSI CHE SULL'ESTINTORE COMPAIA LA CLASSE DI INCENDIO ALLA QUALE E' DESTINATO L'APPARECCHIO.
* PER INCENDI DI CLASSE D: OCCORRE UTILIZZARE DELLE POLVERI SPECIALI ED OPERARE CON PERSONALE PARTICOLARMENTE ADDESTRATO.





NASPO ANTINCENDIO

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

PRIMA DELL'UTILIZZO

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

TECNICA D'IMPIEGO

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

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

DOPO L'UTILIZZO

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

NOTE

Addestramento

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



IDRANTE A MURO ANTINCENDIO con cassetta UNI e Safe Crash

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

PRIMA DELL'UTILIZZO

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

TECNICA D'IMPIEGO

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

DOPO L'UTILIZZO

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

NOTE

Addestramento

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



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

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

FASE 3-FASE EVACUAZIONE

Chi	Cosa fare	Come
Chiunque	<p>Valutare se occorre dare l'ordine di evacuazione parziale per la salvaguardia delle persone presenti.</p> <p>Coordinamento degli operatori sulle modalità sanitarie per il trasporto e l'assistenza alle persone presenti (pazienti, visitatori e persone disabili*).</p> <p><i>*Tecniche per Il soccorso alle persone disabili</i></p>	<p>Per la valutazione sulla necessità dell'evacuazione, il personale acquisirà ogni elemento utile dal Coordinatore dell'Emergenza (Medico di Direzione Sanitaria di turno) e dalla Squadra Antincendio.</p> <p>Il Direttore Sanitario, o suo sostituto, rappresenta l'unica figura che, insieme al funzionario/capo squadra dei Vigili del Fuoco, può diramare l'ordine di evacuazione totale.</p> <p>Al momento dell'arrivo dei VV.F, il comando delle operazioni viene assunto dal funzionario/capo squadra dei VV.F. al quale gli addetti della squadra antincendio, di compartimento e personale sanitario dovranno fornire idonea collaborazione ed opportune informazioni.</p>
PERSONALE PRESENTE		
<ul style="list-style-type: none"> • PERSONALE PRESENTE • ADDETTI DI COMPARTIMENTO • SQUADRA ANTINCENDIO • VIGILI DEL FUOCO 	<p>Trasporto aree protette ed assistenza alle persone presenti.</p> <p>Allontanare, se possibile, il materiale combustibile che si trova tra l'incendio ed il rifugio temporaneo dei pazienti.</p>	<p>Preferire l'evacuazione orizzontale progressiva⁶ utilizzare barelle, carrozzine, comode, letti o, in assenza, di materiale di fortuna per trasportare i pazienti allettati servirsi di materassi, lenzuola e/o copriletto, coperte, sedie o quant'altro si renda utile per spostare i degenti nell'area sicura. In seguito, se necessario, eseguire evacuazione verticale dei degenti.</p>
ADDETTI DI COMPARTIMENTO SQUADRA ANTINCENDIO VIGILI DEL FUOCO	<p>Contenimento dell'evento e/o spegnimento con l'uso di mezzi estinguenti.</p> <p>Messa in sicurezza dell'area in emergenza</p>	<p>Utilizzare i mezzi estinguenti appropriati per la tipologia d'incendio.</p> <p>Sigillare e controllare zona di sicurezza.</p>
EMERGENZA TECNICA *	<p>Intervenire sugli impianti elettrici, di climatizzazione e gas medicali per garantire il funzionamento e/o ripristino degli impianti, se sospesi per incendio, al fine di evitare incidenti o alimentazione dell'incendio o esplosioni e garantire il ripristino normale delle attività post emergenza.</p>	<p>Recarsi sul luogo dell'emergenza e garantire la messa in sicurezza delle attrezzature ed impianti ed il ripristino in sicurezza di luoghi di lavoro, in caso di emergenza.</p>

** personale dell'ufficio tecnico patrimonio e programmazione-sviluppo dell'edilizia ospedaliera con l'ausilio dei servizi tecnici appaltati.*

⁶ Modalità di esodo che prevede lo spostamento dei degenti in un compartimento adiacente capace di contenerli e proteggerli fino a quando l'incendio non sia stato domato o fino a che non diventi necessario procedere ad una successiva evacuazione verso un luogo sicuro.

SCHEDE OPERATIVE - ACTION CARD PEE - PIANO EVACUAZIONE

INDICE

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

ATTIVITÀ'	CHI	TEMPI
1. FASE ALLARME E PRIMO INTERVENTO		
EVENTO / Presenza di fiamme o fumo		
Attivazione Allarme centralino aziendale e/o squadra antincendio: <ul style="list-style-type: none"> • Telefonia fissa e mobile • Pulsanti allarme manuale ed impianto di rivelazione automatica allarme incendio; • Dispositivi bidirezionali per remotizzazione allarme. 	Chi avvista per primo	Reazione immediata
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gridare per dare l'allarme a tutti i presenti; 2. Allontanare i pazienti ed eventuali visitatori dal pericolo spostandoli nei luoghi sicuri⁷ ; 3. Chiudere porta e finestre, se possibile, dei locali interessati all'incendio; 4. Allontanare fonti di ossigeno e sospendere l'erogazione dei flussometri di ossigeno dell'area interessata, previa autorizzazione del medico; 5. Rimozione materiale infiammabile (carta, plastica e tessuti) limitrofo all'incendio; 6. Tentare di "soffocare" le fiamme; 7. Utilizzare gli estintori (togliere sicura, dirigere la bocchetta alla base delle fiamme, non sui pazienti, premere la maniglia). <p><i>Non dirigere mai il getto contro le persone se avvolte dalle fiamme, dato che l'azione delle sostanze estinguenti su parti ustionate potrebbe provocare conseguenze peggiori delle ustioni, è preferibile ricorrere all'acqua o, nel caso questa non fosse disponibile, a coperte o indumenti per soffocare le fiamme.</i></p>	Chi avvista per primo Personale presente Addetti di compartimento Squadra Antincendio	Reazione immediata
EVENTO / In caso di spegnimento		
<ul style="list-style-type: none"> • Dare il cessato allarme al centralino aziendale; • Informare Medico di Direzione Sanitaria di guardia; • Informare Ufficio Tecnico. 	CHI Personale presente Addetti di compartimento Squadra Antincendio	TEMPI Reazione immediata
EVENTO / In caso di insuccesso attivare il piano evacuazione		
<ul style="list-style-type: none"> • Diramazione Ordine di Evacuazione Parziale/Totale • Evacuazione orizzontale persone presenti ed in seguito, se necessario, evacuazione verticale. 	CHI Personale presente Direzione Sanitaria Addetti di compartimento Squadra Antincendio	TEMPI Dopo ordine di evacuazione reazione immediata

⁷ Luogo dove le persone possono ritenersi al sicuro dagli effetti di un incendio. Spazio scoperto ovvero compartimento antincendio, separato da altri compartimenti mediante spazio scoperto o filtri a prova di fumo, avente caratteristiche idonee a ricevere e contenere un predeterminato numero di persone o a consentirne il movimento ordinato.

2. FASE INIZIALE PIANO EVACUAZIONE		
EVENTO / Ordine di evacuazione	CHI	TEMPI
1. Conteggio persone (pazienti, visitatori e lavoratori) presenti nell'area interessata dall'incendio.	Personale presente e squadre di soccorso	Prima dell'evacuazione
2. Garantire la via di fuga dalla struttura mantenendo le vie di esodo libere (porte accessibili e aperte per il trasferimento delle persone)	Personale presente e squadre di soccorso	Prima dell'evacuazione Persone
3. In presenza di monitor, pompe e rampe da infusioni disconnetterle dall'alimentazione elettrica e dai supporti e posizzarle sul letto.	Personale presente e squadre di soccorso	Prima dell'evacuazione
4. Evacuare i pazienti con la propria cartella clinica cominciando da quello più prossimo alla fonte di pericolo (utilizzo delle tecniche di evacuazione sanitaria).	Personale presente e squadre di soccorso	Dopo ordine di evacuazione reazione immediata
5. In caso di pazienti che necessitino di supporto ventilatorio durante l'evacuazione usare pallone di Ambu in aria-ambiente fino all'allontanamento dall'area interessata dall'incendio.	Personale presente e squadre di soccorso	Durante trasporto persone
3. FASE OPERATIVA PIANO EVACUAZIONE		
EVENTO / Evacuazione dalla struttura	CHI	TEMPI
6. Uscire da reparto seguendo le vie di uscita ⁸ descritte in planimetria. Salvo diverse indicazioni, dirigersi verso punto di raccolta.	Personale presente e squadre di soccorso	Reazione immediata
EVENTO / Sicurezza persone evacuate		
7. Assistenza pazienti in area ricezione o punto di raccolta.	Personale presente e squadre di soccorso	Reazione immediata dopo evacuazione dalla struttura
EVENTO / Intervento sull'incendio		
8. Contenimento dell'evento e/o spegnimento	Addetti di compartimento Squadra Antincendio Vigili del Fuoco	All'arrivo nella struttura Reazione immediata
4. FASE VERIFICA		
EVENTO / Rapporto finale	CHI	TEMPI
9. Rapporti d'intervento, di messa in sicurezza degli impianti (elettrici, di climatizzazione e gas medicali) ed eventuale analisi delle cause*. <i>*il "sequestro" delle apparecchiature responsabili deve essere effettuato unicamente dal funzionario dei VV.F. o da un funzionario appartenente agli organi di polizia mediante provvedimento dell'autorità giudiziaria.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Squadra antincendio • Direzione Sanitaria • Ufficio Tecnico • Vigili del fuoco • Autorità giudiziaria. 	Al termine dell'evento

⁸ percorso senza ostacoli necessario al deflusso degli occupanti della struttura per raggiungere un luogo sicuro (da utilizzare in caso di emergenza).

	RAPPORTO D'INTERVENTO <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small>   REGIONE LAZIO SERVIZIO DI SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO E DEI LAVORATORI <i>Adempimenti Piano di emergenza - Gestione dell'emergenza</i>	Redatto il 09/2022 - Rev. 05
		Cod. PEE – PEA Sigla: A.Orelli
		Rapporto numero:
		Pag. 1 di _____
Data:		

**A
ALLARME
B
SALVARE
E
SPEGNERE
C**

A cura di: nome e cognome addetto squadra antincendio	Matricola

DATI RICEZIONE E DIRAMAZIONE ALLARME:

Giorno/Mese/Anno	Ora e minuti

RICHIEDENTE:

Nome e Cognome	Qualifica

TIPOLOGIA INTERVENTO ED EVENTUALI PERSONE COINVOLTE:

Tipologia intervento	Numero persone coinvolte	di cui non autosufficienti

LUOGO DELL'INTERVENTO:

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

DIRAMAZIONE ALLARME CENTRALINO AZIENDALE PER CHIAMATE DI EMERGENZA INTERNA:

SI	Ora e minuti:	Operatore centralino:	NO

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

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

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

1.	2.
3.	4.

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

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

AUTOMEZZI ED ATTREZZATURE UTILIZZATE:

Automezzi: <input type="checkbox"/> Automezzo antincendio (Pick-up) <input type="checkbox"/> Automezzo trasporto attrezzature (FIAT Doblò) <input type="checkbox"/> Altro:	DPI utilizzati: <input type="checkbox"/> Stivale antifiamma <input type="checkbox"/> Completo antifiamma (giaccone e sovra pantalone) <input type="checkbox"/> Guanti antifiamma <input type="checkbox"/> Elmo da intervento <input type="checkbox"/> Sotto casco <input type="checkbox"/> Maschera a pieno facciale <input type="checkbox"/> Filtro polivalente <input type="checkbox"/> Altro:	Agente estinguente utilizzato: <input type="checkbox"/> Acqua <input type="checkbox"/> Polvere <input type="checkbox"/> CO2 <input type="checkbox"/> Schiuma <input type="checkbox"/> Altro: Classificazione dei fuochi: <input type="checkbox"/> A -Solidi <input type="checkbox"/> B -Liquidi o solidi liquefacibili <input type="checkbox"/> C -Gas <input type="checkbox"/> D -Metalli <input type="checkbox"/> Incendio di impianti ed attrezzature elettriche sotto tensione***	Attrezzature utilizzate: <input type="checkbox"/> Estintori <input type="checkbox"/> Idranti <input type="checkbox"/> Naspi <input type="checkbox"/> Manichetta UNI 45 <input type="checkbox"/> Manichetta UNI 70 <input type="checkbox"/> Illuminazione/Lampada <input type="checkbox"/> Piccozza <input type="checkbox"/> Megafono <input type="checkbox"/> Coperte ignifughe <input type="checkbox"/> Funi in kevlar <input type="checkbox"/> Telo e sedia Evac. <input type="checkbox"/> Altro:
--	---	--	--

Intervento dei Vigili del Fuoco : **SI** **Ora e minuti arrivo:** _____ **NO**

FINE INTERVENTO E DIRAMAZIONE CESSATO ALLARME:

Giorno/Mese/Anno	Ora e minuti rientro in sede	Operatore centralino

Invio a: Direzione Sanitaria Servizio di Prevenzione e Protezione Ingegneria Altro: _____

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



RAPPORTI D'INTERVENTO SQUADRA ANTINCENDIO

Il *Rapporto d'Intervento* è una **scheda** contenente i dati salienti dell'intervento effettuato (data, ora, indirizzo, richiedente, ecc..) unita ad una **breve relazione descrittiva** dello stesso. Viene compilato dall'addetto antincendio della squadra intervenuta, al suo rientro presso la sede di servizio. **Non può essere rilasciato sul posto.** La copia del *Rapporto d'Intervento* può essere trasmessa telematicamente per e-mail, fax o direttamente a mano a chi abbia un interesse diretto, concreto ed attuale collegato all'intervento stesso.

I principali dati, sono contenuti in tre macro aree:

A

Caratteristiche dell'intervento

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

B

Informazioni principali dell'intervento

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

C

Fine intervento e cessato allarme

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

SCENARI DI EMERGENZA RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI

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

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

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

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

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

1 - FASE DI ALLARME

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

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

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

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

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

LE TRE REGOLE FONDAMENTALI ALLARMARE – SALVARE - SPEGNERE

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

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

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

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

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

- verificare l'origine dell'incendio e a dare l'allarme al centralino aziendale;
- rimuovere il paziente o i pazienti immediatamente esposti alle fiamme, se i capelli o i vestiti non stanno bruciando; se stanno bruciando, prima estinguere le fiamme;
- soccorrere altre eventuali persone in pericolo di vita immediato;
- verificare la chiusura delle porte tagliafuoco per confinare lo sviluppo di fumo e calore;
- togliere l'alimentazione elettrica nella zona coinvolta dall'incendio (emergenza tecnica);
- bloccare l'impianto di climatizzazione (emergenza tecnica);
- chiudere le valvole di intercettazione delle condotte di alimentazione dei gas medicali e tecnici verificando che ciò non comporti rischi a degenti in trattamento (emergenza tecnica);
- verificare che non vengano utilizzati gli ascensori per l'esodo.

- utilizzare, qualora le condizioni lo permettano, i mezzi mobili di estinzione: estintori e manichette;
 - iniziare l'evacuazione dei degenti dal locale coinvolto e dai locali adiacenti ponendo particolare attenzione a limitare la trasmissione del fumo e del calore ai reparti adiacenti;
 - verificare che non vi sia propagazione di fumo e di calore ai reparti adiacenti;
 - effettuare la conta del personale e dei degenti;
 - fornire informazioni chiare e precise ai degenti;
 - predisporre quanto necessario per l'assistenza al personale evacuato.
- Il personale dei reparti adiacenti, deve:
- verificare che non vi sia propagazione di fumo e calore nel proprio reparto;
 - verificare la chiusura delle porte tagliafuoco;
 - predisporre eventualmente lo spostamento graduale dei degenti dalle stanze che si trovano più vicine al reparto coinvolto dall'incendio;
 - mettersi a disposizione per l'evacuazione dei degenti del reparto coinvolto dall'incendio;
 - verificare la presenza di tutto il personale in servizio e di tutti i degenti;
 - raccogliere informazioni precise e riferirle con chiarezza ai degenti del proprio reparto.

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

Il Servizio di Vigilanza interna:

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

Il personale del reparto:

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

Il personale dei reparti adiacenti, deve:

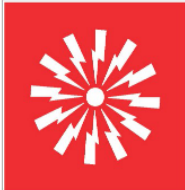







- Qualora non sia già stato impiegato in ausilio al personale del reparto coinvolto, resterà a disposizione nel proprio reparto per eventuali ulteriori misure da mettere in atto;
- Garantire la presenza costante di una persona all'apparecchio telefonico del reparto per ogni comunicazione urgente.

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

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



ISTRUZIONI PER IL PERSONALE IN CASO DI INCENDIO

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



INDICAZIONI PER PAZIENTI E VISITATORI IN CASO DI INCENDIO

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

IN CASO DI EMERGENZA

cosa sapere - cosa fare

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

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

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



COSA FARE IN CASO DI INCENDIO

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

06.5555.4493 segnalando:

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



Azionare il pulsante di allarme incendio.

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



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

NUMERI UTILI *attivi 24 ore su 24*

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



06.5555.4493

SQUADRA ANTINCENDIO

06.5555.3669

SERVIZIO VIGILANZA

Per ulteriori informazioni, consultare:

www.scamilloforlanini.rm.it - Gestione Emergenze



COSA FARE IN CASO DI EVACUAZIONE

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

SEGNALETICA DI SICUREZZA



IN CASO DI EMERGENZA

cosa sapere - cosa fare

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



COSA FARE IN CASO DI SISMA

DURANTE LA SCOSSA

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

TERMINATA LA SCOSSA

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

PERICOLO DI INCENDIO IN ATMOSFERE ARRICCHITE CON OSSIGENO

Fire hazards of oxygen and oxygen-enriched atmospheres

Premessa

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

Scopo

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

• I gas atmosferici

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

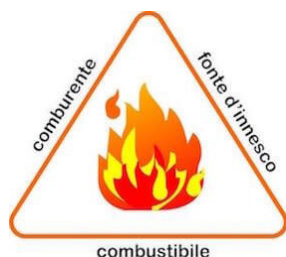
I gas atmosferici non sono tossici. Se la loro concentrazione varia, tuttavia, evidenziano un impatto sui processi vitali e di combustione (in particolare nel caso dell'ossigeno).

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

• Condizioni necessarie per un incendio

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

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



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

• Proprietà dell'Ossigeno

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

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

• Norme generali di comportamento per rischio di sovraossigenazione

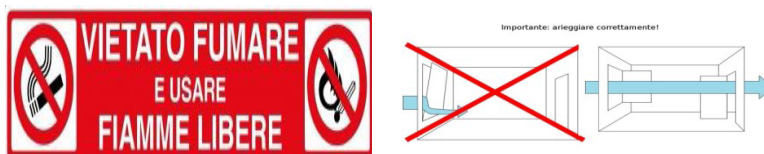
In tutti i locali dell'Azienda Ospedaliera, dove si somministra ossigeno ai pazienti e dove sono impiegate o detenute bombole di ossigeno, si devono adottare le seguenti cautele in caso di sovraossigenazione:

- in caso di sovraossigenazione del locale, per perdita di ossigeno da una valvola o per altra causa, è necessario procedere immediatamente alla ventilazione del locale ed attivare le chiamate di emergenza come da Piano di Emergenza Interno;
- occorre ventilare molto bene anche gli abiti indossati, in quanto l'ossigeno tende ad infiltrarsi negli indumenti e a stabilizzarsi fino a saturarli. A questo punto può bastare poco per provocarne l'incendio;
- se la perdita è dovuta ad una bombola, portarla all'esterno del locale ed effettuare le chiamate di emergenza;
- se la perdita è dovuta all'impianto centralizzato occorre procedere immediatamente ad avviare le chiamate di emergenza come da Piano di Emergenza Interno, la chiusura della valvola di intercettazione principale, con sospensione dell'erogazione in più punti dell'impianto, **DEVE** essere eseguita **SOLO** in seguito all'autorizzazione del Dirigente medico responsabile di turno della struttura interessata, in collaborazione con il Coordinatore delle emergenze (Medico di Direzione Sanitaria di turno), al fine di non disalimentare apparecchiature o dispositivi medici collegati a pazienti per funzioni vitali;
- controllare periodicamente che non vi siano perdite nelle tubazioni nei raccordi di ossigeno;
- su specifica autorizzazione dell'autorità sanitaria competente, è consentito che la distribuzione dei gas medicali avvenga mediante singole bombole, munite di idoneo sistema di riduzione della pressione;
- è vietato l'utilizzo di gas in bombole in locali con presenza di visitatori non autorizzati all'assistenza salvo per quei locali, ove per disposizioni sanitarie, è obbligatoria la presenza di bombole/stroller per emergenza (terapia intensiva, trasporto malati, pronto soccorso, ecc.);
- proteggere le bombole di ossigeno dagli urti e dalle eventuali cadute accidentali;
- è vietato depositare, anche in via temporanea, le bombole lungo qualsiasi via di esodo;
- le bombole, posizionate sull'apposito carrello, devono essere posizionate in modo da non risultare d'intralcio per l'esodo;
- i materiali o le attrezzature che possono entrare in contatto con l'ossigeno o con atmosfere sovraossigenate non devono mai essere lubrificati con oli o grassi.
- in caso di principio incendio si deve fare il possibile per evacuare le bombole di ossigeno dal locale interessato, se l'operazione presenta pericoli, irrorare, se possibile e senza rischiare la propria incolumità, le bombole con acqua per tutto il periodo di lotta contro l'incendio al fine di evitare che l'elevata temperatura provochi lo scoppio della bombola stessa con conseguente violenta sovraossigenazione dell'ambiente.

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

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

Bisogna quindi evitare qualunque possibile innesco!



Divieti e misure precauzionali

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

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

Numero emergenza interno: **4493** Numero emergenza esterno



ZONA CON IMPIANTO DI SPEGNIMENTO AUTOMATICO A GAS ESTINGUENTE
IL LOCALE È PROTETTO DA UN SISTEMA DI RIVELAZIONE INCENDI E SPEGNIMENTO INCENDIO AUTOMATICO CON GAS ESTINGUENTE DI TIPO: FK-5-1-12
Dodecafluoro-2-methylpentan-3-one, Perfluoro (2-Methyl-3-Pentanone), NOVEC1230™

PROCEDURA DI EMERGENZA IN CASO DI PRESENZA DI FUMO E INCENDIO

FASE 01 PREALLARME
In presenza di fumo nel locale la rivelazione di un solo sensore antincendio o la pressione del pulsante ROSSO fa scattare l'ALLARME ANTINCENDIO.

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

FASE 02 ALLARME
In presenza di fumo quando anche un secondo sensore antincendio e pulsante di allarme intervengono in contemporanea si attiva la procedura di spegnimento automatico.
e contemporaneamente si attiva il segnale acustico di allarme e si accendono gli avvisatori con la dicitura:

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

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

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

ALLARME GUASTO IMPIANTO
In caso di segnalazione di "guasto impianto":

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



Prevenzione e gestione degli incendi in sala operatoria ed aree critiche ⁹

Premessa

La necessità di una pianificazione dell’Emergenza interna nelle aree critiche nasce dall’esigenza di ridurre al minimo le conseguenze di un incendio, sia riferite alle persone presenti (pazienti, operatori, frequentatori, studenti, manutentori, specialisti, ecc...), sia riferite a strutture, impianti ed attrezzature sanitarie e di servizio. Tale pianificazione trova ulteriore utilizzo anche in caso di emergenze a vario titolo.

La predisposizione di tutta la catena di interventi da attuare all’interno delle aree critiche è di pertinenza del personale presente e del personale appositamente addestrato come Addetti di Compartimento (*partecipazione e superamento, con profitto, del corso per addetti antincendio e gestione delle emergenze – rischio alto-livello 3*), nonché della Squadra di Emergenza Antincendio Aziendale e di quelle di soccorso esterno (Vigili del Fuoco).

Gli addetti di compartimento sono abilitati ed addestrati ad eseguire lo spegnimento dei principi di incendio mediante l’uso dei diversi presidi disponibili.

Gli addetti di compartimento assicurano il primo intervento immediato e possono svolgere altre funzioni sanitarie o non; **la squadra antincendio aziendale** si occupa dei controlli preventivi e dell’intervento in caso di incendio, anche in supporto agli addetti di compartimento.

Segnalazione incendio

Nelle aree critiche l’allarme per incendio può essere dato da:

Avvistamento diretto - visivo

Il principio d’incendio viene “visto” direttamente dal personale presente.

Avvistamento indiretto

Il principio d’incendio viene “identificato” poiché si sente un rumore, un odore di fumo o puzza di bruciato ovvero, ancora, si vede del fumo fuoriuscire da un’apparecchiatura/locale.

Segnalazione tramite rivelatori di fumo o incendio

Avviene automaticamente tramite appropriati meccanismi di segnalazione (sirena – pannelli ottici, ecc.)

Avvistamento termico

Avviene quando il personale viene a contatto con superfici calde, quali muri, porte ecc...

Con “**principio d’incendio**” si intende la fase iniziale di un incendio, dove il focolare è di dimensioni ridotte e i prodotti della combustione (fumi, gas e vapori, calore) non si sono ancora sviluppati in quantità tali da rendere necessaria l’immediata evacuazione del locale.

In caso di principio d’incendio e/o incendio all’interno e/o all’esterno di tutte le strutture ospedaliere, deve essere attivato il Piano di Emergenza Interno dell’AOSF.

Gli incendi chirurgici invece sono incendi dati da materiali che si infiammano sul paziente o al suo interno e prevedono una prevenzione e gestione dell’evento incendio in maniera simultanea da tutti i membri del team.

Introduzione

Il termine “incendio” definisce “il fenomeno di combustione che si manifesta con luce, fiamme e calore”.

Il triangolo del fuoco (fig.1) è un semplice modello che dimostra i principi chimici fisici che stanno alla base di un incendio ed aiuta a capire meglio gli elementi che devono essere presenti affinché ne scaturisca uno. Il triangolo è composto da tre elementi separati: una fonte d’innesco, un ossidante e una fonte di combustione.

Sono considerati sicuri quando separati l’uno dall’altro, ma sono pericolosi se uniti!

⁹ Fonte: JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization), Food and Drug Administration (FDA), ECRI (Emergency Care Research Institute), American Society of Anesthesiologists, Task Force on Operating Room Fires, Best practice for fire prevention in perioperative settings, Health Devices, Anesthesia Patient Safety Foundation, Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco.

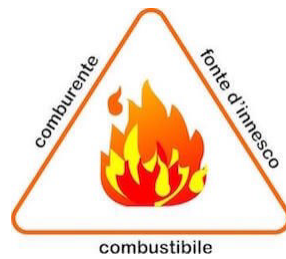


Fig.1. Il triangolo del fuoco

La conoscenza dei tre elementi di un incendio (ossidante, innesco e combustibile) e delle loro fonti sono fondamentali per ridurre il rischio di incendio in sala operatoria ed aree critiche.

I tre elementi di un incendio sono presenti praticamente in tutte le procedure chirurgiche: **un ossidante** (ossigeno, protossido di azoto), **una fonte di ignizione** (sonde per elettrochirurgia, strumenti per elettrocauterizzazione, laser e sorgenti luminose a fibre ottiche) e **un combustibile** (teli, garze, materassi, spugne chirurgiche, tubi, camici, disinfettanti, pomate per la preparazione, peli del corpo, ecc.).

Valutazione del rischio di incendio: la completa eliminazione del rischio di incendio è impossibile in quanto questi componenti (ossidante, innesco e combustibile) sono fondamentali per la buona riuscita di un intervento chirurgico; tuttavia, il rischio può essere ridotto al minimo mediante un'attenta separazione degli elementi del triangolo di fuoco.

Definizioni

Gli incendi chirurgici sono definiti come un incendio che si verifica presso o vicino a pazienti sottoposti a cure anestetiche, inclusi incendi su paziente in sala operatoria e incendi che si verificano nelle vie aeree o nel circuito respiratorio collegato al paziente.

Un incendio chirurgico può portare a conseguenze serie o addirittura disastrose quali: la morte del paziente, gravi lesioni che richiedono una gestione sanitaria a lungo termine, stress psicologico al paziente, ai suoi familiari ed allo staff chirurgico, implicazioni legali e pubblicità negativa per la struttura ospedaliera.

Le fonti d'innescò più comuni

- presidi elettrochirurgici (68%)
- laser (13%)

Altre fonti d'innescò sono:

- l'elettrocauterizzatore;
- la sorgente luminosa a fibre ottiche;
- i cavi a fibre ottiche;
- gli elettrodi del defibrillatore;
- il coagulatore argon-plasma;
- tutti i presidi elettrici che possono produrre scintille.

Sito d'incendio più comune:

- 34% vie aeree
- 28% testa e collo del paziente
- 14% altri siti corporei

Frequenza incendi chirurgici

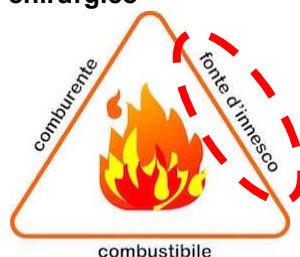
- chirurgia delle vie aeree e per via endoscopica (27%)
- chirurgia orofaringea (24%)
- chirurgia cutanea o transcutanea (23%)
- tracheostomia (18%)

Obiettivo della presenta istruzione operativa

Prevenire e/o gestire efficacemente un incendio chirurgico in sala operatoria ed aree critiche.

La prevenzione degli incendi chirurgici

- Le fonti di innesco di un incendio chirurgico



L'energia chirurgica è la fonte di innesco nel 90% degli incendi chirurgici.

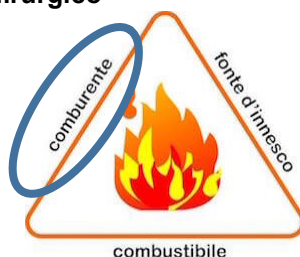
Gli elettrobisturi monopolari e bipolari, i coagulatori argon-plasma producono calore!

Indipendentemente dalla tecnica, è il riscaldamento del tessuto o il dispositivo energetico stesso che funge da fonte di accensione per il fuoco.

Un'ulteriore fonte di innesco è il laser ed il cavo luminoso a fibre ottiche, utilizzati negli interventi di chirurgia estetica, oculistica e orale, tutte aree al di sopra dello xifoide considerate ad alto rischio.

In sintesi, le principali raccomandazioni di comportamento, includono: la vigilanza chirurgica ed infermieristica per identificare potenziali fonti di ignizione, utilizzare sempre la modalità standby quando i presidi non vengono utilizzati, la scelta di dispositivi a basso rischio è fondamentale in chirurgia, selezionare il voltaggio minimo necessario per la realizzazione della procedura, la punta dell'elettrobisturi deve essere tenuta pulita per minimizzare la probabilità di scintille o di incendio di detriti di tessuto, gli elettrodi dell'elettrobisturi, quando non utilizzati, devono essere posti in una fondina o in un altro luogo lontano dal paziente, l'elettrobisturi deve essere attivato solo quando la punta è sotto la visione diretta della persona che lo maneggia, disattivare sempre l'elettrobisturi prima che sia rimosso dal sito chirurgico, quando possibile, evitare l'utilizzo di una fonte aperta di ossigeno.

- Gli ossidanti di un incendio chirurgico



Il rischio d'incendio aumenta proporzionalmente all'aumento della concentrazione d'ossigeno!

Quasi tutti gli oggetti possono diventare combustibili per un incendio una volta che la concentrazione di ossigeno presente in aria aumenta oltre il 30%.

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

Il protossido di azoto è l'altro principale ossidante.

La concentrazione presente di ossigeno è fondamentale non solo a causa della crescente infiammabilità, ma anche a causa dell'alta probabilità di rischio incendio presente quando si opera vicino a una fonte di ossigeno e/o alle vie aeree.

Circa l'85% degli incendi chirurgici si verifica nella testa, nel collo o nella parte superiore del torace e l'81% dei casi si verifica durante le procedure di anestesia.

La causa dell'incendio è sempre stata attribuita all'aumento della percentuale di ossigeno nel sito chirurgico.

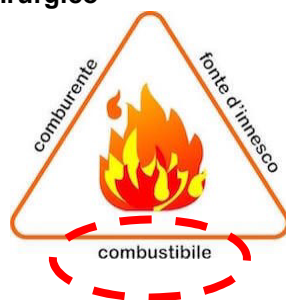
Ciò che è più importante, è il contenuto di ossigeno nel sito della procedura!

Un esempio pratico è l'erogazione di ossigeno tramite cannula nasale. Le concentrazioni locali di ossigeno possono aumentare di oltre il 5% a basse portate (meno di 4 L/min) e possono diventare pericolose con livelli fino al 60-70% a portate più elevate.

L'interruzione del ricambio d'aria da parte dei teli chirurgici influisce in modo significativo sulla concentrazione di ossigeno, è consigliato utilizzare il sistema di respirazione aperto, tendendo i teli si permette all'aria di circolare evitando l'accumulo di ossigeno sotto di essi.

In sintesi, si può ridurre il rischio di incendi chirurgici mantenendo la percentuale di ossigeno a meno del 30%. Anche piccoli aumenti della concentrazione di ossigeno dovuti all'ossigeno supplementare e/o ai teli chirurgici comportano un aumento del rischio di incendio.

- **I combustibili di un incendio chirurgico**



I combustibili sono qualsiasi cosa che possa bruciare.

Si possono classificare in due gruppi: dipendenti dal paziente e non dipendenti dal paziente.

Dipendenti dal paziente

I comuni "combustibili" dipendenti dal paziente includono capelli, tessuti molli e persino contenuti lumenali (ad esempio, gas metano). Il gas combustibile nel tratto gastrointestinale è la fonte più comune di combustibile per un incendio o un'esplosione.

Non dipendenti dal paziente

I fattori indipendenti dal paziente includono teli, spugne e lenzuola associati alla creazione di un campo operatorio sterile, nonché la preparazione antisettica della cute. I dispositivi per le vie aeree, inclusi i tubi endotracheali (ETT), sono tutti composti da materiali combustibili.

I dispositivi per le vie aeree possono essere la fonte di combustibile negli incendi delle vie aeree superiori.

Il cloruro di polivinile (PVC) che è uno dei materiali che costituiscono i tubi endotracheali ed altri presidi, s'incendia ad una concentrazione di ossigeno pari al 26%.

Anche teli e camici di carta sono spesso implicati negli incendi chirurgici. Sebbene questi articoli siano spesso classificati come "resistenti alla fiamma" e/o "non infiammabili", possono comunque incendiarsi in condizioni operative normali. I comuni materiali chirurgici (camici chirurgici, garze per laparotomia, tra gli altri) diventano tutti infiammabili con piccoli aumenti del contenuto di ossigeno nella stanza.

Le soluzioni a base alcolica per la preparazione della cute alimentano gli incendi chirurgici!

L'alcool è infiammabile e il ristagno di soluzioni alcoliche su telerie e superfici cutanee può potenzialmente comportare un rischio di incendio, particolarmente in caso di utilizzo di elettrobisturi e di laser chirurgico, e tale evenienza deve essere attentamente prevenuta evitando lo spargimento dell'antisettico e assicurandosi dell'avvenuta evaporazione.

In sintesi, si può ridurre il rischio di incendi chirurgici utilizzando soluzioni non a base di alcol o, se non possibile, evitare lo spargimento dell'antisettico e rispettare i tempi di evaporazione dello stesso raccomandati dal produttore, utilizzare garze chirurgiche inumidite quando possibile.

Gestione di un incendio chirurgico

Un incendio chirurgico sul paziente o al suo interno è un evento che può e deve essere fermato rapidamente con una tempestiva identificazione e gestione da parte del team sanitario!

Oltre ad una valutazione del rischio di incendio e la separazione dei componenti del triangolo del fuoco è necessario conoscere le fasi per una gestione corretta dell'incendio stesso.

Quando vi è il sospetto di un principio di incendio sul paziente o al suo interno da parte di qualsiasi membro del team, **l'intervento chirurgico deve essere interrotto immediatamente!**

L'identificazione rapida è fondamentale e oltre all'evidente calore e fumo, gli incendi possono anche essere preceduti da suoni, odori insoliti o lamenti dei pazienti.

In molti casi la rimozione degli ossidanti, disconnettendo il circuito respiratorio, porta allo spegnimento dell'incendio o almeno alla diminuzione della sua intensità, inoltre la disconnessione del paziente dai circuiti respiratori facilita un suo rapido trasferimento.

L'unico modo per proteggere il paziente dal calore provocato dal materiale bruciato e da quello in fiamme, è rimuoverlo, dopo aver estinto l'incendio!

In caso di pazienti che necessitino di supporto ventilatorio durante l'evacuazione usare pallone di Ambu in aria-ambiente fino all'allontanamento dall'area interessata dall'incendio.

⇒ **Fasi operative.** La procedura da seguire per la gestione degli incendi chirurgici è diversa a seconda che l'incendio sia di piccole dimensioni, di grandi dimensioni o che coinvolga le vie aeree.

In entrambi i casi, devono essere attivate le fasi del Piano di emergenza aziendale (diramazione allarme, primo intervento ed eventuale evacuazione).

La gestione di un incendio chirurgico di piccole dimensioni

- Restare calmi.
- **Piccoli incendi sul paziente**, come quelli causati quando un elettrobisturi caldo infiamma i teli stesi sul paziente, o quando il manipolo di un elettrocauterizzatore infiamma una spugna, **possono essere estinti coprendoli con una mano guantata, con un asciugamano, con un telo chirurgico, e rimuovendo orizzontalmente il materiale in fiamme dal paziente per poi estinguerlo immediatamente**, preferibilmente immergendo il materiale in fiamme in acqua.
- Rimuovere tutti i materiali in fiamme e bruciati dal paziente orizzontalmente perché sollevandoli verticalmente il fuoco si propaga ad esempio sui teli chirurgici e camici chirurgici;
- Molti teli chirurgici sono resistenti all'acqua e respingono l'acqua e devono essere immersi dopo la loro rimozione per estinguere completamente le fiamme;
- L'uso di una coperta ignifuga può concentrare sia il calore che l'ossigeno sul paziente, aggravando potenzialmente l'incendio e se utilizzata in modo improprio l'incendio si ripresenterà;
- In caso di incendi che si verificano all'interno di una cavità corporea usare acqua salina o sterile per lo spegnimento e non devono essere usati gli estintori;
- Gli estintori sono di scarso valore per gli incendi chirurgici perché nel momento in cui viene recuperato un estintore, il paziente sarebbe già gravemente ferito dall'incendio e non sono stati progettati per essere usati sulle persone dato che l'azione delle sostanze estinguenti su parti ustionate potrebbe provocare conseguenze peggiori delle ustioni, tra cui problemi relativi alla non sterilità della sostanza che utilizzano con contaminazione della Sala Operatoria e dell'effetto irritante dei componenti sul paziente.
- Dopo aver spento le fiamme, valutare le condizioni del paziente, trattare le lesioni e, a discrezione del chirurgo, procedere con l'intervento chirurgico o, se necessario, rimuovere il paziente;
- **Non va rimosso niente** e va lasciato tutto al suo posto per il personale che investigherà sull'incidente.

La gestione di un incendio chirurgico di grandi dimensioni

- Restare calmi.
- Nel caso si verifichi un **incendio di grandi dimensioni**, sospendere immediatamente il flusso di tutti i gas delle vie aeree e scollegare il circuito respiratorio del paziente e gettare acqua sterile o soluzione salina sul fuoco (in questa fase si deve porre la massima attenzione alla presenza di eventuali macchine e apparecchi elettrici sotto tensione, in quanto l'acqua è un buon conduttore elettrico e non deve essere usata per spegnere incendi di apparecchiature elettriche);

- In molti casi la rimozione degli ossidanti, disconnettendo il circuito respiratorio, porta allo spegnimento dell'incendio o almeno alla diminuzione della sua intensità, inoltre la disconnessione del paziente dai circuiti respiratori facilita un suo rapido trasferimento.
- **L'unico modo per proteggere il paziente dal calore provocato dal materiale bruciato e da quello in fiamme, è rimuoverlo, dopo aver estinto l'incendio!**
- Rimuovere orizzontalmente i teli ed il materiale in fiamme dal paziente per proteggerlo dalle scottature e dall'inalazione di gas tossici ed estinguere il materiale in fiamme rimosso dal paziente o ancora presente su di esso.
- In caso di incendi che si verificano all'interno di una cavità corporea usare acqua salina o sterile per lo spegnimento e non devono essere usati gli estintori;
- Fatto questo, si rivolgono immediatamente le attenzioni al paziente.
- Infatti il calore può continuare a causare lesioni termiche. L'attenzione va immediatamente al paziente in quanto probabilmente non sta respirando, può avere una grave emorragia in atto e può trovarsi ancora a contatto con materiale infiammato.
- Il personale di anestesia deve ripristinare immediatamente la respirazione del paziente.
- Il personale sanitario deve trattare le lesioni del paziente ed eventuali emorragie.
- **Non va rimosso niente** e va lasciato tutto al suo posto per il personale che investigherà sull'incidente.

La gestione di un incendio chirurgico nelle vie aeree

- I tubi endotracheali possono essere una pericolosa fonte d'incendio, agiscono come una "fiamma ossidrica" mandando fiamme e fumo all'interno delle vie aeree del paziente. Al primo segnale di un incendio nelle vie aeree, disconnettere immediatamente il circuito respiratorio dal tubo endotracheale e rimuovere il tubo e versare soluzione fisiologica nelle vie aeree.
- Il cloruro di polivinile (PVC) che è uno dei materiali che costituiscono i tubi endotracheali ed altri presidi, s'incendia ad una concentrazione di ossigeno pari al 26%.
- **Non va rimosso niente** e va lasciato tutto al suo posto per il personale che investigherà sull'incidente.



I diversi presidi disponibili per estinguere un incendio

In caso di principio d'incendio, ma che non coinvolge necessariamente il paziente, possono essere usati i diversi presidi disponibili per estinguere un incendio.

Gli addetti di compartimento sono abilitati ed addestrati ad eseguire lo spegnimento dei principi di incendio mediante l'uso dei diversi presidi disponibili.

I tipi di presidi per l'estinzione degli incendi comunemente presenti sono a base d'acqua (idranti e nspi), estintori ad anidride carbonica ed estintori a polvere.

La procedura corretta per utilizzare un estintore è riassunta dall'acronimo PASS:

1. Pull: togliere la sicura.
2. Aim: puntare il tubo alla base delle fiamme.
3. Squeeze: premere la leva di erogazione.
4. Sweep: muovere il tubo da un lato all'altro.



Se si decide di utilizzare un estintore, si devono conoscere le seguenti raccomandazioni d'uso:

- **Estintore a CO₂:** l'anidride carbonica, oltre ad essere asfissiante, appena fuoriuscita dall'estintore può causare ustioni da freddo (-78°C) e, se si colpisce un occhio, può causare la cecità. Utilizzare un movimento ampio per ridurre l'esposizione alla CO₂. Utilizzare l'impugnatura apposita, per evitare all'operatore eventuali ustioni da freddo.
- **Estintore a polvere:** proteggersi sempre il viso e dirigere il getto dell'estinguente verso la base delle fiamme, facendo attenzione a non ostacolare le vie respiratorie. La polvere lascia un residuo che potrebbe corrodere le eventuali apparecchiature presenti.
- **L'acqua** in quanto buon conduttore elettrico non deve essere usata per spegnere incendi di apparecchiature elettriche sotto tensione, è controindicata nei fuochi da metalli e da polveri particolarmente reattive perché potrebbe dare origine a reazioni pericolose.

CLASSI		TIPO DI ESTINTORE			
		POLVERE	CO ₂	IDRICO	SCHIUMA
MATERIALI SOLIDI A LEGNO CARTA TESSUTI PAGLIA SUGHERO LANA COTONE CARTONE ECC		SI	NO	SI	SI
MATERIALI LIQUIDI B BENZINE OLI BENZOLO NAFTA SOLVENTI VERNICI ALCOLI ECC		SI	SI	NO	SI
GAS C ACETILENE IDROGENO G.P.L. PROPANO BUTANO METANO ECC		SI	SI	NO	NO
SOSTANZE METALLICHE D * CARBURO DI CALCIO POTASSIO MAGNESIO ALLUMINIO SODIO ECC		SI	NO	NO	NO
IMPIANTI E ATTREZZATURE ELETTRICHE  MOTORI TRASFORMATORI INTERRUTTORI QUADRI (anche sotto tensione) ECC		SI	SI	NO	NO

N.B. LE INDICAZIONI DELLA TABELLA SONO DI CARATTERE GENERALE: ACCERTARSI CHE SULL'ESTINTORE COMPAIA LA CLASSE DI INCENDIO ALLA QUALE E' DESTINATO L'APPARECCHIO.
 * PER INCENDI DI CLASSE D: OCCORRE UTILIZZARE DELLE POLVERI SPECIALI ED OPERARE CON PERSONALE PARTICOLARMENTE ADDESTRATO.

Primo soccorso in caso di evento sinistoso

PRIMO SOCCORSO

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

In caso di folgorazioni:

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

In caso di ferite profonde con emorragia esterna:

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

Per distorsioni, strappi e lussazioni:

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

In caso di svenimenti:

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

In caso di convulsioni:

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

In caso di inalazione di fumi:

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



Figura 1

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

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

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

In caso di ferimenti alla testa:

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

In caso di lesioni da schiacciamento:

Arrestare ogni eventuale emorragia e trattare tutte le ferite con i medicinali disponibili nella cassetta di pronto soccorso. Se l'arto può essere liberato subito rimuovere il peso che lo comprime; qualora l'arto dovesse rimanere schiacciato per più di 30 minuti, attendere il soccorso medico prima di estrarlo o, per estrema necessità, apporre un laccio tra la parte schiacciata e la radice dell'arto prima della rimozione del peso che lo comprime. Quando possibile, le lesioni da schiacciamento devono essere lasciate scoperte. Se l'infortunato perde conoscenza ma respira, va messo in posizione laterale di sicurezza; se si arrestano il battito cardiaco e la respirazione, praticare immediatamente la rianimazione. Riferire sempre al personale del soccorso medico la durata dello schiacciamento.

TECNICHE DI EVACUAZIONE

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

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

Metodo stampella umana

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



Figura 2

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

Metodo della slitta

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



Figura 3

Metodo del pompiere

Si ricorre a questo metodo quando il soccorritore vuole mantenersi sempre disponibile almeno una mano per compiere altre operazioni durante l'evacuazione (esempio: aprire chiudere una porta, trasportare altri oggetti). Aiutare l'infortunato ad alzarsi. Se è incapace di alzarsi, mettersi in piedi

davanti alla testa e sollevare l'infortunato utilizzando le braccia intorno o alle ascelle di quest'ultimo (figura 4).

Afferrare il polso dell'infortunato con la mano dello stesso lato e caricare sulla propria spalla il corpo dell'infortunato a livello della zona addominale. Mettere l'altro braccio tra o intorno alle gambe del trasportato. La sequenza è mostrata qui sotto.

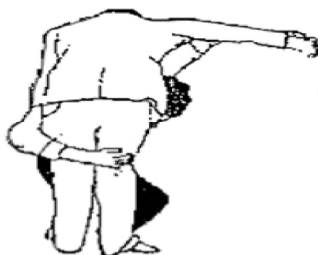
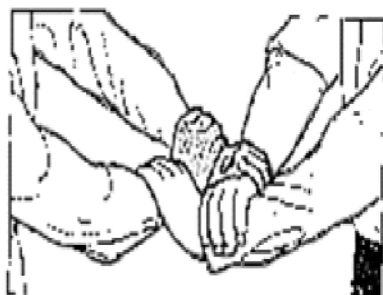


Figura 4

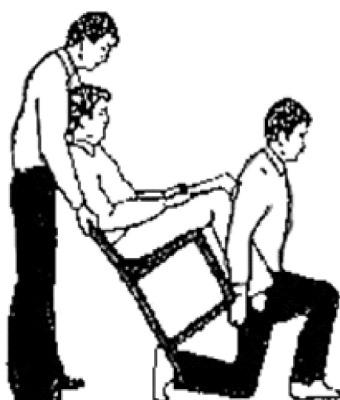
Metodo del seggiolino

La figura visualizza chiaramente il metodo.



Metodo della sedia

Le figure visualizzano chiaramente il metodo.



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

Premessa

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

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

Soccorrere un disabile motorio

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

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

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



Soccorrere un disabile sensoriale Persone con disabilità dell'udito

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

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

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



Persone con disabilità della vista

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



In caso di presenza di persona non vedente con cane guida

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

Soccorrere un disabile cognitivo

Ricorda che persone con disabilità di apprendimento:

potrebbero avere difficoltà nell’eseguire istruzioni complesse, superiori ad una breve sequenza di azioni semplici;

in situazioni di pericolo possono mostrare atteggiamenti di parziale o nulla collaborazione verso chi attua il soccorso.

Perciò:

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



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



Premessa

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

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

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

Obiettivi

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

Campo di applicazione

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

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

Raccomandazioni di comportamento

In caso di diramazione dell'allarme di evacuazione:

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

SCHEMA PER LO SVOLGIMENTO

FASI ESERCITAZIONE ANTINCENDIO

1. Fase 0 - Prima dell'esercitazione

- A. Invio comunicazione al Dirigente e Preposto della struttura interessata, contenente: data, orari e disposizioni di servizio inerenti l'esercitazione antincendio;
- B. Invio piano emergenza interno/P.Evac;
- C. Acquisizione e studio planimetria antincendio della struttura;
- D. Sopralluogo presso struttura interessata all'esercitazione per eventuali criticità presenti.

2. Fase 1 – Fase preliminare

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

3. Fase 2 – Svolgimento dell'esercitazione

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

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

N° verbale:

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

<u>Nome e Cognome dei partecipanti:</u>	<u>Nome e Cognome Addetti Antincendio:</u>

Alle ore si è svolto un briefing sulle raccomandazioni di comportamento del Piano di Emergenza Interno, precedentemente inviato al Dirigente e Preposto della struttura, valutando eventuali casi pratici, soffermandosi sugli atteggiamenti corretti da tenere.

In seguito, terminata la fase teorica, si procedeva con il personale ad una valutazione generale dei presidi di prevenzione incendi e gestione delle emergenze presenti in sede.

Al termine di tale fase si pianificava una simulazione di evacuazione per incendio, eseguendo le tre fasi principali, in caso di pericolo d'incendio: **allarmare, salvare e spegnere**.

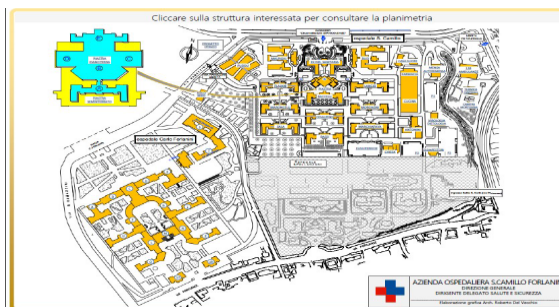
L'esito della prova è stato:

- 1 (molto negativo)
- 2 (negativo)
- 3 (positivo)
- 4 (molto positivo)

Non conformità rilevate	Azioni correttive
1. Fase ALLARME	1. REMIND PROCEDURE OPERATIVE
2. Fase SALVATAGGIO	2. REMIND PROCEDURE OPERATIVE
3. Fase SPEGNIMENTO	3. REMIND PROCEDURE OPERATIVE

Informazione e formazione principi base prevenzione incendi e azioni in caso di incendio.

Data:



- **Designazione degli addetti** dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze
Deliberazione aziendale di nomina
- **Planimetrie antincendio:** <https://www.scamilloforlanini.rm.it/web/guest/gestione-delle-emergenze>
 - **All'interno del collegamento ipertestuale è possibile accedere alle planimetrie** di tutta la struttura ospedaliera per la pronta individuazione delle aree in condizione di emergenza, sull'edificio e sul piano interessato.

ISTRUZIONI SORVEGLIANZA ANTINCENDIO

Premessa

Oltre all'attività di controllo periodico e alla manutenzione le attrezzature, gli impianti e i sistemi di sicurezza antincendio devono essere sorvegliati con regolarità dai lavoratori normalmente presenti, adeguatamente istruiti, mediante la predisposizione di idonee liste di controllo (DECRETO 1° settembre 2021, art.1).

Per sorveglianza antincendio s'intende l'insieme di controlli visivi atti a verificare, nel tempo che intercorre tra due controlli periodici, che gli impianti, le attrezzature e gli altri sistemi di sicurezza antincendio siano nelle normali condizioni operative, siano correttamente fruibili e non presentino danni materiali evidenti.

Scopo dell'attività di sorveglianza, è quello di rilevare qualunque causa, deficienza, danno od impedimento che possa pregiudicare il corretto funzionamento ed uso dei presidi antincendio.

La registrazione di avvenuta sorveglianza deve essere effettuata mensilmente (una volta al mese) a cura dei lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro e di gestione dell'emergenza per struttura, **denominati addetti antincendio** (art. 18 comma 1 lettera b. del D.lgs. 09 aprile 2008 n. 81 e s.m.i).

L'attività di controllo periodico e la manutenzione deve essere eseguita da personale competente e qualificato (*ditta incaricata della manutenzione antincendio*).

Responsabilità:

- **gli addetti antincendio** sono gli incaricati della sorveglianza antincendio.
- **la ditta incaricata della manutenzione antincendio** è responsabile del controllo e manutenzione periodica.

Gli addetti antincendio, presenti all'interno delle strutture dell'Azienda Ospedaliera, hanno conseguito l'idoneità tecnica presso il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco per ricoprire il ruolo di Addetto Antincendio livello 3 (ex rischio alto), D.M. 2/09/2021.

Presidi antincendio oggetto di sorveglianza:

- ESTINTORI
- NASPI ED IDRANTI
- RIVELATORI E PULSANTI DI ALLARME INCENDIO
- VIE DI ESODO E PORTE TAGLIAFUOCO

Per accedere al sistema di gestione “*Sorveglianza periodica presidi antincendio*”, cliccare sul seguente link ed inserire i dati:

<https://forms.office.com/r/iUMDVdydLW>

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

NOTE	
Addestramento	Le persone abilitate all’uso dei naspi e idranti devono essere in possesso dell’attestato di idoneità tecnica per l’espletamento dell’incarico di Addetto alla Lotta Antincendio.

ISTRUZIONI OPERATIVE ATTREZZATURE ED IMPIANTI ANTINCENDIO





ESTINTORI

Per contenere e combattere un incendio è necessario intervenire subito.

Il mezzo più efficace per questo primo intervento è rappresentato dagli estintori portatili. L’estintore è un apparecchio contenente un agente estinguente che può essere espulso per effetto della pressione interna e diretto su un incendio.

Occorre quindi che l'estintore sia messo in una posizione opportuna, affinché quando serve possa essere trovato subito; che sia controllato periodicamente; che sia impiegato correttamente.



ESTINTORI PORTATILI	
Requisiti Oggetto della sorveglianza	Verificare che:
1. Cartello segnaletico	 l'estintore sia presente e segnalato con apposito cartello e che il cartello sia chiaramente visibile.
2. Visibilità ed utilizzo	 l'estintore sia immediatamente utilizzabile e l'accesso allo stesso sia libero da ostacoli.

3. Indicatore di pressione		l'indicatore di pressione, se presente, indichi un valore di pressione compreso all'interno del campo verde.
4. Cartellino di manutenzione		il cartellino di manutenzione sia presente sull'estintore e che non sia stata superata la data per il controllo periodico (6 mesi).
5. Collocazione estintore		l'estintore portatile sia affisso a muro e/o su piantana e non sia collocato a pavimento.



NASPI E IDRANTI

I **naspi** e gli **idranti** sono dei presidi antincendio che hanno lo scopo di domare ed estinguere fiamme libere e incendi.
 Un impianto idrico antincendio si compone di un sistema di alimentazione idrica, rete di tubazioni fisse, valvole di intercettazione, attacco per autopompa VV.F., **dispositivi idranti e/o naspi**.

IMPIANTI IDRICI FISSI (IDRANTI E NASPI)	
Requisiti Oggetto della sorveglianza	Verificare che:
6. Cartello segnaletico	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>IDRANTE</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>NASPO ANTINCENDIO</p> </div> </div> <p data-bbox="909 1590 1425 1713">l'idrante sia segnalato con apposito cartello e che il cartello sia chiaramente visibile.</p>
7. Visibilità ed utilizzo	<div style="text-align: center;">  <p>IDRANTE</p> </div> <p data-bbox="742 1825 1425 1892">l'idrante sia immediatamente utilizzabile e l'accesso allo stesso sia libero da ostacoli.</p>

<p>8. Stato di conservazione</p>		<p>la cassetta, manichetta, lancia e guarnizioni sono esenti da segni di deterioramento, corrosione o perdite e la manichetta è correttamente avvolta.</p>
---	---	--



RIVELATORI E PULSANTI DI ALLARMI

“L’impianto di rivelazione” può essere definito come un insieme di apparecchiature fisse utilizzate per rilevare e segnalare un principio d’incendio. Lo scopo di tale tipo d’impianto è quello di segnalare tempestivamente ogni principio d’incendio, evitando al massimo i falsi allarmi, in modo che possano essere messe in atto le misure necessarie per circoscrivere e spegnere l’incendio.

Un dispositivo di rilevamento fumi e incendi è tipicamente costituito da apparecchiature elettroniche che rilevano la presenza di fumi o di variazioni di calore o di principio di incendio, in base ai fenomeni fisici connessi allo sviluppo dell'incendio.

I pulsanti manuali di allarme hanno lo scopo di consentire a chiunque di attivare una segnalazione di allarme in caso di necessità. Sono ubicati di norma vicino alle uscite, nei vani scale, nei corridoi.

IMPIANTO DI RIVELAZIONE FUMI E PULSANTI DI ALLARME		
Requisiti Oggetto della sorveglianza		Verificare che:
<p>9. Stato di conservazione</p>		<p>il rivelatore di fumo sia integro, la spia luminosa funzionante e non sia presente polvere e/o coperture su di esso.</p>
<p>10. Stato di conservazione</p>		<p>il pulsante di allarme sia integro (integrità della scatoletta e del vetrino), visibile e facilmente accessibile ed il LED rosso sia acceso.</p>



VIE DI ESODO E PORTE TAGLIAFUOCO

Le **vie di esodo** consistono in un insieme di vie di uscita “disposte per garantire alle persone presenti l'abbandono in sicurezza del posto di lavoro”.

Le **porte tagliafuoco** sono un sistema ideato per contrastare il diffondersi di incendi in luoghi dove l'arrivo delle fiamme potrebbe risultare letale per la sicurezza delle persone, beni ed ambiente.

Queste speciali porte sono realizzate con appositi materiali in grado di resistere al calore delle fiamme e di impedire la propagazione del fuoco.

Il controllo dell'agibilità delle vie di esodo “corridoi, scale, percorsi” e porte di emergenza e/o tagliafuoco “controllo della funzionalità delle maniglie antipánico e della corretta chiusura dell'anta o se a due ante della corretta sequenza di chiusura delle due ante”, richiedono **una sorveglianza giornaliera**.

Per queste **NON** viene richiesto di apporre la registrazione di avvenuta sorveglianza tutti i giorni, **ma solo mensilmente**.

AGIBILITA' VIE DI FUGA E PORTE DI EMERGENZA E/O TAGLIAFUOCO	
Requisiti Oggetto della sorveglianza	Verificare che:
11. Mantenimento in sicurezza di vie di esodo e uscite di emergenza	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>Vani scale, corridoi, uscite e vie di circolazione che servono da vie di fuga siano sempre liberi da ostacoli e non siano adibiti ad altri usi.</p> </div> </div>
12. Stato di conservazione	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>le porte di emergenza e/o taglia fuoco siano funzionanti ed esenti da manomissioni varie, compresa la corretta sequenza di chiusura delle ante.</p> </div> </div>

Normativa di riferimento

Nel documento sono presenti riferimenti ai seguenti atti legislativi:

- Documento della **Presidenza del Consiglio dei Ministri del settembre 1998** – Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera;
- **D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81** “Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro” ;
- **D.M 3 agosto 2015** “Approvazione di norme tecniche di prevenzione incendi, ai sensi dell'articolo 15 del decreto legislativo 8 marzo 2006, n. 139”

Nota: Il D.M 3 agosto 2015 è generalmente denominato “codice di prevenzione incendi”

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

Riferimenti

1	OHSAS 18001	Emergency preparedness and response – Punto 4.4.7
2	UNI ISO 45001	Preparazione e risposta alle emergenze – Punto 8.2
3	Linee di indirizzo SGSL-AS	Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro nelle Aziende Sanitarie pubbliche della Regione Lazio. Gestione della sicurezza antincendio e delle emergenze – Punto 11.13
4	D.Lgs. n. 81/2008 e S.M.I.	Art. 18, co. 1, lett. “b”; Art. 18, co. 1 lett “h”; Art. 18, co. 1 lett “i”; Art. 18 co. 1 lett. “l”; Art. 36, co. 1; Art. 43, co. 1, lett. “b”; Art. 43, co. 1, lett. “c”; Art. 43, co. 1 lett “a,b,c,d,e,e-bis”; Art. 46, co. 2;
7	D.M. 3 agosto 2015.	Preparazione all'emergenza - S.5.7.4 - S.5.7.6
8	DM 02/09/2021	Gestione della sicurezza antincendio in esercizio ed in emergenza – Art. 2 co. 1-2-3, Art. 2 co. 1, Art. 4 co. 1-2.

Collegamenti ipertestuali di riferimento

- ✓ <https://www.vigilfuoco.it>; <https://www.vigilfuoco.it/sitivvf/roma/>
- ✓ www.protezionecivilecomuneroma.it;
- ✓ <https://www.inail.it/cs/internet/attivita/prevenzione-e-sicurezza/promozione-e-cultura-della-prevenzione/sgsl/modelli-applicativi/linee-di-indirizzo-sgsl-as.html>



Il presente documento è di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini. Sede legale Circonvallazione Gianicolense 87 - 00152 Roma, e non può essere riprodotto, neppure parzialmente, senza la preventiva autorizzazione scritta della stessa.

PRESCRIZIONI GENERALI PER I CARTELLI SEGNALETICI

Cartelli da utilizzare

Cartelli di divieto

Caratteristiche intrinseche:

- ⇒ forma rotonda,
- ⇒ pittogramma nero su fondo bianco; bordo e banda (verso il basso da sinistra a destra lungo il simbolo, con un'inclinazione di 45°) rossi (il rosso deve coprire almeno il 35% della superficie del cartello).



Vietato fumare



Vietato fumare o usare fiamme libere



Vietato ai pedoni



Divieto di spegnere con acqua



Acqua non potabile



Divieto di accesso alle persone non autorizzate



Vietato ai carrelli di movimentazione



Non toccare

Cartelli di avvertimento

Caratteristiche intrinseche:

- ⇒ forma triangolare,
- ⇒ pittogramma nero su fondo giallo, bordo nero (il giallo deve coprire almeno il 50% della superficie del cartello).



Materiale infiammabile o alta temperatura



Materiale esplosivo



Sostanze velenose



Sostanze corrosive



Materiali radioattivi



Carichi sospesi



Carrelli di movimentazione



Tensione elettrica pericolosa



Pericolo generico



Raggi laser



Materiale comburente



Radiazioni non ionizzanti



Campo magnetico intenso



Pericolo di inciampo



Caduta con dislivello



Rischio biologico



Bassa temperatura

Cartelli di prescrizione

Caratteristiche intrinseche:

- ⇒ forma rotonda,
- ⇒ pittogramma bianco su fondo azzurro (l'azzurro deve coprire almeno il 50% della superficie del cartello).



Cartelli di salvataggio

Caratteristiche intrinseche:

- ⇒ forma quadrata o rettangolare,
- ⇒ pittogramma bianco su fondo verde (il verde deve coprire almeno il 50% della superficie del cartello).



Cartelli per le attrezzature antincendio

Caratteristiche intrinseche:

- ⇒ forma quadrata o rettangolare,
- ⇒ pittogramma bianco su fondo rosso (il rosso deve coprire almeno il 50% della superficie del cartello).



Lancia antincendio



Scala



Estintore



Telefono per
interventi antincendio



Direzione da seguire

(Cartelli da aggiungere a quelli che precedono)

CIRCOLARI

Circolare n. 30/2013 del 16/07/2013 -Oggetto: Segnaletica di sicurezza - D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., Allegato XXV - Prescrizioni generali. Uso e rispondenza dei pittogrammi con la norma UNI EN ISO 7010:2012 - Chiarimenti.

Richiami all'Allegato XXV, punto 3:

- ALL. XXIV, punto 12 - ALL. XXV, punto 1.1 - ALL. XXV, punto 1.3 - ALL. XXVII, punto 4

Richiami all'Allegato XXV:

- Art. 163, co. 1 - Art. 163, co. 2 - ALL. XXIV, punto 1.1 - ALL. XXVI, punto 1