

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

PIANO di EMERGENZA INTERNO per MASSICCIO AFFLUSSO FERITI

10-02-2017

(con specifica applicabilità ad eventi critici conseguenti a manifestazioni di massa/piazza – vedi G7)

INDICE

1. Premessa	3
2. Riferimenti normativi	4
3. Abbreviazioni e definizioni	6
4. Analisi del rischio sul territorio	9
5. Gruppi di lavoro, Unità di Crisi, Mobilitazione settori	11
6. Mobilitazione personale	14
7. Fasi operative PEIMAF	17
8. Identificazione spazi e percorsi	20
9. Risorse materiali ed umane	22
10. Allegati :	
1. Tipologia di emergenze	
2. Protocollo START	
3. Protocollo FAST	
4.	
a. compiti del personale	
b. indicazioni in busta con suball. 4 b1 scheda accettazione triage e suball. 4 b2 documentazione clinico assistenziale	
5. Compiti del centralino	
6. Planimetria	
7. Gestione codici neri	
8. Decontaminazione in caso di evento NBC	
9. Vie di accesso	
10. Presidi	
11. Dotazioni farmacologiche	
12. Materiale di magazzino	

2. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

a) Riferimenti Normativi		
Autore	Titolo	Data
Legge	L. 24 febbraio 1992, n° 225 "Istituzione del Servizio nazionale della protezione civile"	24.02.1992
Decreto del Presidente della Repubblica	D.P.R. 27 marzo 1992, "Atto di indirizzo e di coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza"	27.03.1992
	<i>Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dip. Protezione Civile</i> Pianificazione di emergenza esterna per impianti industriali a rischio di incidente rilevante	Gennaio 1994
Decreto Legislativo	D.Lgs. 19 settembre 1994, n° 626 "Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE; 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, e 90/679/CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.	19.09.1994
	Atto di Intesa fra Stato e Regioni di approvazione delle Linee Guida 1/96 sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione al DPR 27/3/92	1996
	<i>Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dip. Protezione Civile</i> Linee-guida sull'organizzazione sanitaria in caso di catastrofi sociali [pubblicate sulla G.U. il 10.07.1997]	Giugno 1997
Decreto Legislativo	D.Lgs. 31 marzo 1998, n° 112 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n° 59".	31.03.1998
	<i>Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dip. Protezione Civile</i> Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi-emergenza	Settembre 1998
Decreto Ministero dell'Interno	Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dip. Protezione Civile Decreto del Ministro dell'Interno "Adozione dei «Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi». [GU n°86 del 06.04.2001]	13.02.2001
Allegato al D.M. 13.02.2001	12/05/2001 - Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Protezione Civile: «Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi» [S.O. alla G.U. n°109 del 12.05.2001]	12.05.2001
Deliberazione	Deliberazione 22 maggio 2003, Accordo tra Governo, regioni, [...] sui «Criteri di massima sulla dotazione di farmaci e dispositivi medici di un posto medico avanzato di II livello utilizzabile in caso di catastrofe». [S.O. n°139 alla Gazzetta Ufficiale n° 196 del 25 Agosto 2003].	22.05.2003

1. PREMESSA

Il Piano costituisce l'anello terminale delle operazioni di soccorso sanitario a seguito di maxi-emergenze, siano esse di origine naturale, accidentale o dolosa. Il suo obiettivo è quello di ridurre le conseguenze negative dovute ad un improvviso sovraccarico di attività sanitaria conseguenti al verificarsi di maxi-emergenze nel territorio di competenza del AOUC Policlinico di Bari.

La stesura di un Piano di Emergenza Interno per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) segue le Linee Guida del Dipartimento della Protezione Civile Nazionale e Regionale.

Il piano deve essere "*flessibile*" per essere utilizzato in tutte le emergenze, incluse quelle impreviste, e "*semplice*" in modo da divenire rapidamente operativo.

La preparazione del personale, tramite l'attivazione di corsi di formazione specifici, la messa in atto di simulazioni ed esercitazioni pratiche presso l'area del Dipartimento Emergenza ed Accettazione (DEA), permetteranno di validare i contenuti del piano e di valutare le capacità gestionali ed operative del personale operante nella struttura ospedaliera coinvolta.

3. ABBREVIAZIONI e DEFINIZIONI

a) Abbreviazioni	
ATLS	<i>Advanced Trauma Life Support®</i>
DSS	<i>Direttore Soccorsi Sanitari</i>
FAST	<i>First Assessment and Sequential Triage</i>
HDM	<i>Hospital Disaster Manager</i>
PEIMAF	<i>Piano di Emergenza Interno per Massiccio Afflusso di Feriti</i>
PMA	<i>Posto Medico Avanzato</i>
START	<i>Simple Triage And Rapid Treatment</i>

b) Definizioni	
Triage	Operazione di classificazione dei pazienti e di assegnazione della classe di priorità. Si tratta di un processo dinamico che deve essere effettuato più volte con sempre maggiore accuratezza.
Area decontaminazione	area dedicata alle operazioni di rimozione e bonifica di sostanze contaminanti (chimiche o biologiche) presenti sui pazienti in ingresso. DEVE essere posizionata a monte dell'ingresso in ospedale.
Area di stabilizzazione	Zona situata all'ingresso dell'ospedale in cui viene verificato il triage pre-ospedaliero e vengono effettuate le sole manovre salvavita necessarie per ottenere una sufficiente autonomia di sopravvivenza che consenta al paziente di raggiungere una delle successive aree di trattamento.
Area Nera	area di raccolta salme
Area Rossi	area di raccolta feriti critici,
Area Gialli	area di raccolta feriti gravi,
Area Verdi	area di raccolta feriti lievi,
Area Bianchi	area di raccolta indenni
ATLS	Acronimo di Advanced Trauma Life Support®. Identifica uno specifico corso di formazione brevettato dall'American College of Surgeons. Costituisce di fatto lo standard di riferimento per il trattamento iniziale dei pazienti traumatizzati.
Catena di comando	Insieme delle figure e dei ruoli previsti dal Piano di Emergenza per assicurare un migliore coordinamento e le facoltà decisionali necessarie.
Classi di Triage	<p>(Codici Rossi) Lesioni potenzialmente letali; pazienti instabili; trattamento immediato</p> <p>(Codici Gialli) Moderatamente critico; presenza di rischio evolutivo</p> <p>(Codici Verdi) Poco critico. Prestazione differibile</p> <p>(Codici Bianchi) Non critico</p> <p>(Codici Neri) Deceduti oppure pazienti non salvabili</p>
Classificazione dell'emergenza e tipologia (all. 1)	Criterio per dimensionare in prima approssimazione l'entità e le caratteristiche principali dell'evento catastrofico, in modo da facilitare la modulazione della risposta. È rappresentata da una codifica a 3 caratteri (2

a) Riferimenti Normativi		
Autore	Titolo	Data
Decreto del Presidente della Repubblica	D.P.R. 23 maggio 2003 - Approvazione del PSN 2003-2005 (cfr punto 4.8. " Pianificazione e risposta sanitaria in caso di eventi terroristici ed emergenze di altra natura "). [in S.O. n°95 alla G.U. n. 139 del 18.06.2003]	23.05.2003

b) Definizioni	
	<p>lettere e 1 numero) secondo il seguente schema:</p> <p>Tipologia</p> <p>T (prevalenza di pazienti traumatizzati) Sottotipo C "Crash" (Contusione, Schiacciamento) Sottotipo U "Ustioni", Sottotipo B "Blast" (Esplosione)</p> <p>M (prevalenza di pazienti internistici o intossicati) Sottotipo R "Respiratorio", Sottotipo H "Intossicazione"</p> <p>Livello 1 = da 10 a 20 pazienti 2 = da 21 a 30 pazienti 3 = oltre 30 pazienti</p> <p>Oppure segnalazione di arrivo contemporaneo di</p> <p>Livello 1 = 4 Rossi 2 = da 5 a 10 Rossi 3 = oltre 10 Rossi</p> <p>L'apposizione di un quarto carattere di codifica "X" indica la presenza di contaminazione (accertata o molto probabile) dei pazienti da parte di sostanze chimiche.</p> <p>L'apposizione di un quarto carattere di codifica "Z" indica la presenza di contaminazione (accertata o molto probabile) dei pazienti da parte di sostanze VIRALI o BATTERICHE.</p>
DSS	Direttore Soccorsi Sanitari; medico responsabile del coordinamento dei soccorsi sul luogo fino alla conclusione dell'emergenza. Non deve essere coinvolto nell'assistenza diretta ai pazienti. Opera in stretto contatto con il responsabile sul campo di Vigili del Fuoco e Forze dell'Ordine.
HDM	(Hospital Disaster Manager) Operatore sanitario in possesso di requisiti di formazione specifica per la gestione intraospedaliera di situazioni di maxiemergenza; comprende tre Team e diverse "specializzazioni".
PMA	Posto Medico Avanzato. Struttura funzionale intesa a realizzare un primo momento di diagnosi, classificazione e trattamento dei pazienti PRIMA del loro invio verso gli ospedali.
Salvataggio	Insieme di operazioni volte principalmente ad allontanare i feriti dal luogo in cui si è verificato l'evento incidentale o da aree esposte a rischio evolutivo (fumi tossici, fiamme, cedimenti strutturali, ecc.)
Scorta intangibile	Riserva di materiali, attrezzature e presidi farmacologici dimensionati per sopperire alle necessità di trattamento simultaneo di almeno 60 pazienti. Può essere strutturata in moduli: <ul style="list-style-type: none"> • disponibilità immediata (T0) • disponibilità differita (T1) entro 1 ora • disponibilità tardiva (T2) entro 3 ore
Soccorso	Insieme di operazioni volte ad correggere o arginare le conseguenze

b) Definizioni	
	patologiche causate dall'evento incidentale sui singoli individui coinvolti.
START (all. 2)	<i>(Simple Triage And Rapid Treatment)</i> Algoritmo di triage utilizzato prevalentemente nelle prime fasi del soccorso a pazienti vittime di maxiemergenza con la finalità di classificare rapidamente i pazienti utilizzando codici colore (rosso = grave; giallo = meno grave; verde = indenne; nero = deceduto; blu = non salvabile)
FAST (all. 3)	<i>(First Assessment and Sequential Triage)</i> Algoritmo di triage intraospedaliero proposto dall'Associazione Italiana Medicina delle Catastrofi per completare la valutazione dei pazienti provenienti da scenari di maxiemergenza, tenendo conto delle necessità operative e dei limiti imposti dalla condizione di massiccio afflusso di feriti in ospedale.
Unità di crisi	Gruppo di operatori dirigenti, responsabile della gestione globale dell'ospedale in funzione delle esigenze originate dalla maxiemergenza e dei rapporti con l'esterno (altri ospedali, istituzioni, mass media, famigliari delle vittime, fornitori e servizi di approvvigionamento).

4. Analisi dei rischi nel territorio

Analisi dei rischi nel territorio di competenza dell'AOUC Policlinico

Atti terroristici	Possibile
Attentato con armi biologiche	Possibile
Attentato con armi chimiche	Possibile
Crollo di edifici e manufatti	Possibile
Epidemia virale	Possibile
Evacuazione di altri ospedali	Possibile
Eventi atmosferici e/o idrogeologici	Possibile
Fuga di gas/vapori	Possibile
Incendio boschivo	Poco probabile
Incendio e incidente in impianti industriali	Possibile
Incendio in abitazioni	Possibile
Incendio in edifici pubblici:	Possibile
cinematografi, teatri, ristoranti, locali notturni, alberghi, musei	Possibile
impianti sportivi,	Possibile
ospedali, case di riposo	Possibile
parcheggi sotterranei	Possibile
scuole,	Possibile
stazioni,	Possibile
supermercati,	Possibile
Incidente aereo al di fuori dell'ambito aeroportuale	Possibile
Incidente aereo al di fuori dell'ambito aeroportuale con ammaraggio	Possibile
Incidente aereo in ambito aeroportuale	Possibile
Incidente della circolazione connesso al trasporto di sostanze pericolose	Possibile
Incidente ferroviario	Possibile
Incidente ferroviario in galleria	Possibile
Incidente navale al di fuori dell'ambito portuale	Possibile
Incidente navale in ambito portuale	Possibile
Incidente stradale in galleria	Poco probabile
Incidente stradale su viabilità ordinaria e autostradale	Possibile
Intossicazione alimentare collettiva	Possibile
Massiccio afflusso di immigrati clandestini via mare	Possibile
Ondata di calore	Possibile
Ondata di gelo	Possibile
Rinvenimento accidentale di ordigni bellici	Possibile

Inoltre, si segnala che a parte gli eventi citati sopra, è possibile in situazioni contingenti episodiche che si possano verificare eventi critici conseguenti a conflitti militari e manifestazioni di massa/piazza che includono atti terroristici, conflitti armati, sommosse, accidenti durante spettacoli, feste e manifestazioni sportive. Nella maggior parte delle situazioni suddette, la tipologia dell'evento è riferibile alla tipologia T (trauma) con i sottotipi C (crush), U (ustioni) e B (blast) e con ulteriore possibile classificazione in eventi X (ovvero contaminazione chimica) e Z (contaminazione biologica). Tale tipologia non prevede un'organizzazione difforme dallo schema comune, ma, eventualmente, implica la prevalenza di alcuni percorsi specifici (in particolare di competenza chirurgica), comunque già presenti all'interno del PEIMAF generale.

Ai fini delle valutazioni organizzative va tenuto conto nel caso specifico anche di alcune variabili che includono: configurazione (zona urbana o extraurbana) ed estensione geografica del territorio interessato, numero delle vittime ed effetti sulla comunità (alterazione dell'organizzazione sociale per danneggiamento delle vie di comunicazione, dei sistemi radiotelefonici, della rete elettrica ed idrica e delle strutture pubbliche incluse quelle ospedaliere),

5. Gruppi di lavoro, Unità di Crisi, Mobilitazione settori

Gruppo di lavoro per realizzazione PEIMAF ed UNITA' DI CRISI

Su delega del D.G. e proposta motivata del Direttore pro-tempore del DAI Emergenza Urgenza prof. Gianfranco Favia è stato configurato un gruppo di lavoro misto universitario-ospedaliero preposto alla pianificazione della risposta necessaria a fronteggiare eventuali stati di emergenza derivanti da un improvviso massiccio afflusso di persone con immediata necessità di assistenza sanitaria.

La composizione del gruppo di lavoro è la seguente:

1. Direttore sanitario o suo delegato (Dott. Marra e Dott. Lisena)
2. Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza (Prof. Favia)
3. Direttore Centrale Operativa 118 (Dott. Dipietro)
4. Direttore UOC Anestesia e Rianimazione I (Prof. Brienza)
5. Direttore UOC Medicina e Chirurgia Accettazione ed Urgenza (Dott.ssa Melodia)
6. Coordinatore Infermieri Centrale Operativa 118 (Dott. Calamita)
7. Coordinatore Infermieri UOC Medicina e Chirurgia Accettazione ed Urgenza (Dott.ssa Giorgio)
8. Direttore UOC Medicina Legale Universitaria (Prof. Introna)
9. Referente Risk Management (Prof. Dell'Erba).
10. Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (Dott. Fucilli)

Compiti del gruppo di lavoro:

stesura del piano di emergenza, dei protocolli operativi, dei piani di informazione e formazione;
fase preparatoria con le seguenti funzioni:

- identificazione delle capacità di ricezione dell'ospedale
- individuazione delle vie di accesso preferenziali
- identificazione delle aree di accettazione
- identificazione delle procedure di *triage*
- identificazione dei settori da mobilitare
- individuazione dei contingenti di personale
- definizione delle procedure di mobilitazione del personale

predisposizione di scorta intangibile

preparazione di una modulistica semplificata

addestramento del personale.

Nell'ambito del PEIMAF si propone al D.G. l'istituzione di una **Unità di crisi** con la seguente composizione:

1. Direttore Generale
2. Direttore Sanitario Aziendale
3. Delegato/i Direzione Sanitaria Gestione Emergenze
4. Direttore Area Gestione Tecnica
5. Direttori UU.OO.CC. Anestesia e Rianimazione
6. Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza
7. Direttore UOC Medicina e Chirurgia Accettazione ed Urgenza
8. Referente Infermieristico Direzione Sanitaria
9. Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione

10. Direttore U.O.C. Medicina Trasfusionale
11. Coordinatore Infermieristico U.O.C. Medicina e Chirurgia Accettazione ed Urgenza
12. Direttore UOC Medicina Legale Universitaria
13. Responsabile Risk Management
14. Direttore U.O.C. Farmacia
15. Segretario Amministrativo

L'Unità di Crisi ha il compito di coordinare l'emergenza tramite:

- blocco delle attività ambulatoriali e ricoveri di elezione
- attivazione delle procedure per incrementare ricettività attraverso la dimissione anticipati dei pazienti
- rimodulazione degli spazi
- mobilitazione dei reparti e del personale
- coordinamento attività sanitarie
- allestimento delle vie di accesso/evacuazione
- gestione dei rapporti con l'esterno ovvero relazioni con strutture pubbliche e mass-media
- attivazione dei servizi di supporto (ufficio informatico, vigilanza, et cet).

L'Unità di Crisi decreta la cessazione dello stato di emergenza ed il ritorno alla normale attività.

Le modalità di attivazione dell'Unità di crisi sono dettagliatamente descritte in seguito.

La sede operativa è ubicata presso la Sala Riunioni della Direzione Sanitaria.

SETTORI che potranno essere MOBILITATI in caso di emergenza

- ANATOMIA PATOLOGICA
- APPROVVIGIONAMENTI/ECONOMATO
- CARDIOLOGIA
- CENTRALE OPERATIVA 118
- CHIRURGIA PLASTICA
- CHIRURGIA GENERALE
- CHIRURGIE SPECIALISTICHE
- FARMACIA
- LABORATORIO ANALISI
- MALATTIE INFETTIVE
- MEDICINA GENERALE E D'URGENZA
- MEDICINA LEGALE
- MICROBIOLOGIA
- NEUROCHIRURGIA
- NEURORADIOLOGIA
- OBITORIO
- ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
- PEDIATRIA
- PNEUMOLOGIA
- PORTINERIA
- PRONTO SOCCORSO
- PSICHIATRIA/PSICOLOGIA

- RADIOLOGIA
- RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA
- SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE
- SERVIZIO INFORMATICO
- SERVIZIO PULIZIE
- SERVIZIO RELIGIOSO
- SERVIZIO TRASPORTO INFERMI
- UFFICIO TECNICO
- URP
- VIGILANZA

6. Mobilitazione personale

Definizione di procedure di mobilitazione del personale

I reparti ed i servizi, preventivamente individuati, sono tenuti a stilare elenco del proprio personale con le seguenti informazioni:

- cognome e nome
- profilo professionale
- domicilio o altro recapito
- numero di telefono/cellulare

Medici, infermieri, personale tecnico ed amministrativo vengono contattati con un sistema di chiamata a cascata; questo evita che una persona venga allertata due volte, mentre altre non vengano chiamate affatto. Le modalità di attivazione in base alla tipologia di evento, potranno riguardare alcuni reparti (*Piano ridotto*) o l'intera struttura (*Piano completo*).

Personale Necessario

Personale del Dipartimento di Emergenza, comprendente varie figure di coordinamento.

Team di Coordinamento

Team di Triage e Stabilizzazione, affiancati dal personale necessario allo svolgimento delle operazioni specifiche.

Team di Trattamento (Area Gialla, Area Verde-Bianca, Area Nera) affiancati dal personale necessario allo svolgimento delle operazioni specifiche.

Team di supporto psicologico.

Team di Coordinamento
Medico MeChAU A (Coordinatore)-Direttore U.O. MeChAU
Segretario MeChAU A (Coordinatore Informazioni)
Infermiere MeChAU A (Coordinatore infermieristico U.O. MeChAU)
Triage (Team di Primo Impatto)
Medico MeChAU -B (Coordinatore – medico di AMBULATORIO I)
Infermiere Triage MeChAU -B (team leader infermieristico in turno)
Infermiere Triage MeChAU -C
Infermiere Triage MeChAU -D
OSS MeChAU -A

Triage Accessorio
Infermiere Triage Hosp A (da attivare da altro Pronto Soccorso)
Area Rossa: Stabilizzazione
Medico MeChAU -C (medico di servizio in Sala Rossa)
Medico Hosp -A (da attivare da altro reparto; Chirurgia e/o Ortopedia e/o altro)
Medico RIAN -A (Coordinatore stabilizzazione)
Infermiere RIAN -A
Infermiere MeChAU- E (Sala Rossa)
Infermiere MeChAU -F (Sala Rossa)
OSS MeChAU -B
Area Rossa Aggiuntiva
Medico MeChAU -D (Coordinatore zona rossi)
Medico MeChAU -E (medico di supporto)
Medico Hosp -B (da attivare da altro reparto; Chirurgia e/o Ortopedia e/o altro)
Medico RIAN -B (da attivare dall'U.O. AR II)
Infermiere RIAN -B (U.O. AR II)
Infermiere MeChAU -G (da Area Gialli)
OSS MeChAU -C
Area Nera
Medico Legale (coordinatore Area nera)
n. 1 Medico Legale per n. 2 salme
Tecnici di autopsia
Tecnico di radiologia
Personale obitorio
Personale di supporto psicologico

Area Gialla
Medico MeChAU -F (Coordinatore zona gialli)
Medico MeChAU -G
Medico Hosp -C (da attivare da altro reparto)
Infermiere MeChAU -H
Infermiere Hosp -B (da altro reparto)
OSS MeChAU E
Area Verde-Bianca
Infermiere HOSP -C (da attivare da altro PS - Coordinatore zona verdi)
Infermiere HOSP -D (da attivare da altro reparto)
Supporto psicologico
Infermiere MeChAU I
Psicologo -A (chiamati dall'Unità di Crisi)
Psicologo -B (chiamati dall'Unità di Crisi)

Le figure sono menzionate con progressione alfabetica esclusivamente ai fini di un computo generale delle figure necessarie.

Il Coordinatore Medico MeChAU-A, valutati i carichi di lavoro effettivi, può disporre, con il supporto dell'Unità di Crisi, l'avvicendamento degli operatori (personale reperibile o richiamato in servizio, personale in arrivo per cambio turno ecc.), può attivare o meno il Triage Accessorio e avvalersi del Medico di Guardia Internistica Interdivisionale Strutturato per integrare alcune aree di trattamento che risultino sovraccaricate.

7. Fasi operative

Fase 0 – Pre-Allarme

Alla ricezione di una richiesta di intervento per evento a potenzialità di “Incidente Maggiore”, la Centrale Operativa 118 notifica l’evento al MeChAU.

In attesa della conferma, si attiva una fase di preallarme e si prosegue fino alla fase 2.A.

N.B. La fase di preallarme si attiva anche in caso di informazione di Incidente Maggiore/Catastrofe pervenuta per altra via che faccia prevedere l’arrivo di oltre 10 pazienti riconducibili ad uno stesso evento e prosegue fino alla fase 2.A, con contestuale contatto con CO 118 per le verifiche del caso che porteranno o ad un “cessato allarme” o all’attivazione completa del piano.

In ogni caso, il passaggio alla fase di Attivazione deve essere preceduto dalla conferma qualificata dell’evento.

Fase 1 – Allarme (All. 4)

Comunicazione della reale condizione di “Massiccio Afflusso di Feriti” e della classificazione del livello e della tipologia di emergenza effettuata dalla C.O 118. che rende necessaria l’attivazione del piano.

Fase 2 – Attivazione (0-30 minuti) (All. 4a e 4b)

A. Attivazione immediata da parte del Medico MeChAU B (Coordinatore Medico Ambulatorio 1) del Coordinatore Medico di MeChAU e del Medico di Direzione Sanitaria (DS) in servizio o reperibile (specificando se trattasi di preallarme).

B. In caso di Allarme, comunicazione da parte del Medico della D.S. al Responsabile dell’Unità di Crisi (Direttore Generale) che provvederà ad attivare l’Unità di Crisi e comunicazione al centralino che attiverà l’Unità di Crisi con invio di SMS multipli e verifica di ricezione (all. 5).

C. Verifica dell’attivazione del Piano di Gestione Extra-ospedaliera per Maxi-emergenza sul luogo del disastro tramite Centrale Operativa 118.

Fase 3 – Trattamento

- Ricezione delle vittime e re-triage. Si svolge nei locali identificati per lo scopo (vedi all. 6)
- Stabilizzazione. Si svolge nei locali identificati per lo scopo (vedi all. 6)
- Trattamento. Si svolge nei locali identificati per lo scopo (vedi all. 6)

- Trasporti interni
 - Verso la Radiologia (vedi all. 6)
 - Verso le Sale Operatorie e le Zone destinate ad accogliere paziente in codice rosso
 - Verso l’obitorio

Zone destinate ad accogliere pazienti in codice rosso in sovrannumero rispetto alla disponibilità delle Terapie Intensive dopo stabilizzazione in Area Rossa:

Sala Arcobaleno (adiacente a Sale Operatorie piano terra Asclepios; da attivare): posti letto 4

Sale Operatorie piano terra Asclepios: posti letto 2

Sala Gialla (quartiere operatorio primo piano Asclepios; da attivare): posti letto 4

Quartiere Operatorio Asclepios: posti letto 4

Quartiere Operatorio Cardiochirurgia (secondo piano Asclepios): posti letto 1.

Attivazione successiva delle altre Sale Operatorie al di fuori di Asclepios.

- Trasferimenti. Degenti trasferiti ad altri ospedali per liberare posti letto. Vittime della maxi-emergenza che non possono essere ospedalizzate direttamente o che richiedono trattamenti non disponibili in loco (trasporto secondario).

Fase 4 – Normalizzazione

- A. Ripristino dei locali del Pronto Soccorso.
- B. Migrazione dalle Zone di Back-up.
- C. Perfezionamento delle procedure amministrative.
- D. Ripristino del materiale ed igiene dei locali

La fase di Normalizzazione inizia con l'afflusso in Ospedale del personale di rinforzo e si conclude con il completamento delle cure all'ultimo paziente, presente in area PEIMAF e proveniente dalla zona della maxi-emergenza. La dichiarazione di "cessata emergenza" diramata dalla D.S. tramite la Centrale Operativa 118 NON costituisce elemento valido per la conclusione delle operazioni PEIMAF. Il personale addetto a tali operazioni non deve quindi abbandonare le aree PEIMAF fino a quando non sia rimpiazzato o fino a notifica di conclusione delle operazioni PEIMAF fatta dall'HDM Coordinatore. Comunicazione agli altri Ospedali della fine delle operazioni PEIMAF e del dirottamento delle emergenze territoriali.

Fase 5 – Revisione

Si svolge entro 10 giorni dall'evento mediante de-briefing che coinvolga possibilmente tutti gli operatori che hanno partecipato ai soccorsi.

Viene effettuata mediante sessioni di audit dipartimentale revisionando la documentazione raccolta durante le operazioni di soccorso e utilizzando gli indicatori previsti dallo standard di prodotto per valutare gli aspetti quantitativi dell'accaduto:

- o Tempo di predisposizione degli ambienti e dei materiali ≤ 30 minuti
- o Rapporto tra N° pazienti correttamente classificati nelle varie categorie di triage / N° totale di pazienti trattati in conseguenza della maxiemergenza $\geq 85\%$ come da risultanze delle schede di triage FAST.

o N° pazienti trattati in “Area Rossi” secondo lo standard previsto dalla “secondary survey” dell’ATLS® in 1 ora \geq 6

o N° di pazienti di categoria “Rosso” e/o di categoria “Giallo” avviati al trattamento definitivo in 1 ora \geq 3% dei posti letto dell’ospedale

Per realizzare le simulazioni a grandezza naturale minimizzando le interferenze con la normale attività di assistenza, il Gruppo di Manutenzione del Piano di Emergenza potrà individuare alcune esercitazioni, organizzate da Enti qualificati di Protezione Civile, a cui il personale medico ed infermieristico prenderà parte come aggiornamento obbligatorio.

In ogni caso, è previsto che il personale partecipi ad almeno una esercitazione all’anno.

Fase 6 – Comunicazione e informazione

Il compito di informare il pubblico dell’esistenza di un Piano di Emergenza Interno per Massiccio Afflusso di Feriti e delle sue caratteristiche è affidato al preposto Ufficio Relazioni Esterne.

Il personale della nostra azienda viene messo a conoscenza delle caratteristiche principali del Piano attraverso seminari di informazione e mediante la distribuzione di un opuscolo illustrativo specifico.

La funzione di comunicare con gli organi di informazione, nonché con il pubblico e gli altri enti istituzionali coinvolti in caso di maxiemergenza è affidata all’Unità di Crisi che si avvale della collaborazione dell’Ufficio Relazioni Esterne.

8. Identificazione spazi e percorsi

IDENTIFICAZIONE DEGLI SPAZI DISPONIBILI PER L'ATTIVAZIONE DEL PIANO DI EMERGENZA E PERCORSI PREDEFINITI

Spazi necessari alle operazioni di "prima linea"

Si trovano tutti nei locali del MeChAU, salvo ove precisato diversamente.

- A. **Area di triage:** (vedi all. 6); possibilità di spostarsi in camera calda nel caso di ulteriore afflusso di feriti.
- B. **Area di stabilizzazione:** (4 posti) Sala Rossa (vedi all. 6)
- C. **Area codici rossi:** Sala Rossa
- D. **Area codici rossi aggiuntivi:** OBI (vedi all. 6)
- E. **Area per codici gialli:** (vedi all. 6)
- F. **Area per codici verdi-bianchi:** (vedi all. 6)
- H. **Area per codici neri:** Medicina Legale, Obitorio e spazio antistante con tendoni per accoglienza parenti e spazi retrostanti per camion refrigerati per stivaggio salme (vedi all. 7).
- I. **Area Info:** Info point Policlinico
- L. **Area Unità di Crisi:** Direzione Sanitaria
- K. **Area di decontaminazione:** area antistante il CUP (vedi all. 8).

Spazi necessari alle operazioni di "retrovia"

Aree dell'ospedale in cui è garantita l'alimentazione elettrica, l'alimentazione idraulica, gas medicali (ossigeno) come presupposto per unificare procedure volte a garantire il superamento di problemi di differente origine ma di uguale criticità.

L'identificazione di aree di "retrovia" può trovare giustificazione, in caso di Massiccio Afflusso di pazienti, nella contemporanea necessità di ricoverare le vittime della maxiemergenza e nella difficoltà di disporre immediatamente dei posti letto definitivi.

All'interno di queste aree dovrebbe essere prevista:

- AREA CHIRURGICA (dove concentrare pazienti chirurgici)
- AREA MEDICA (dove realizzare un'unità intensiva di *back-up*)
- Altro

In tali ultime aree, al momento della attivazione del Piano di Emergenza, il personale in servizio si predispose al trasferimento interno o alla dimissione dei pazienti, allo scopo di garantire il deflusso di pazienti dalla zona del MeChAU, una volta terminata la fase di primo trattamento.

Tale operazione viene confermata dal Coordinatore, qualora l'attivazione dell'Unità di Crisi non sia possibile prima di 30 minuti.

Zone di *back-up*

La modularità del Piano impone di predisporre delle aree in cui sia possibile replicare alcune delle funzioni principali sulle quali si basa il Piano stesso.

In tal modo sarà possibile fronteggiare situazioni in cui, ad esempio, la stima iniziale del flusso di pazienti in arrivo risulti notevolmente inferiore alla realtà, oppure eventi inattesi vengano a sovrapporsi alla maxiemergenza in corso (esempio: seconda maxiemergenza oppure inattivazione delle strutture fino a quel momento operative per contaminazione dei locali, black-out, incendio o altro danno strutturale).

Percorsi

I percorsi proposti per ottimizzare il flusso di pazienti all'interno dell'area PEIMAF sono rappresentati nelle planimetrie in allegato (vedi allegato 6). Le vie di accesso in caso di attivazione del PEIMAF nonché la viabilità interna al Policlinico sono descritte in all. 9.

Al momento dell'attivazione del Piano tali percorsi saranno resi evidenti mediante l'apposizione di apposita segnaletica estemporanea, disponibile nel materiale di primo impiego.

Il compito dell'allestimento di tale segnaletica è dell'Ufficio Tecnico.

9. Risorse materiali ed umane

RISORSE MATERIALI

Allo scopo di garantire un adeguato rifornimento dei materiali di immediata necessità, sono state stilate tre liste (vedi all. 10, 11 e 12), una relativa ai presidi (all. 10), l'altra relativa alle dotazioni farmacologiche (all. 11) ed una ai materiali di magazzino (all. 12), ciascuna differenziata secondo i tempi di approvvigionamento garantiti dall'attuale organizzazione dell'ospedale. Tale liste prevedono risorse disponibili in tempi differenti e così identificati:

- o T0 (tempo zero) = materiale immediatamente disponibile presso il magazzino e/o la farmacia interna
- o T1 (tempo 1 ora) = materiali disponibili entro 1 ora.
- o T2 (tempo 3 ore) = materiali disponibili entro 3 ore.

Il materiale è reperibile in magazzino e farmacia predisposto secondo indicazioni dell'UO di appartenenza.

RISORSE UMANE

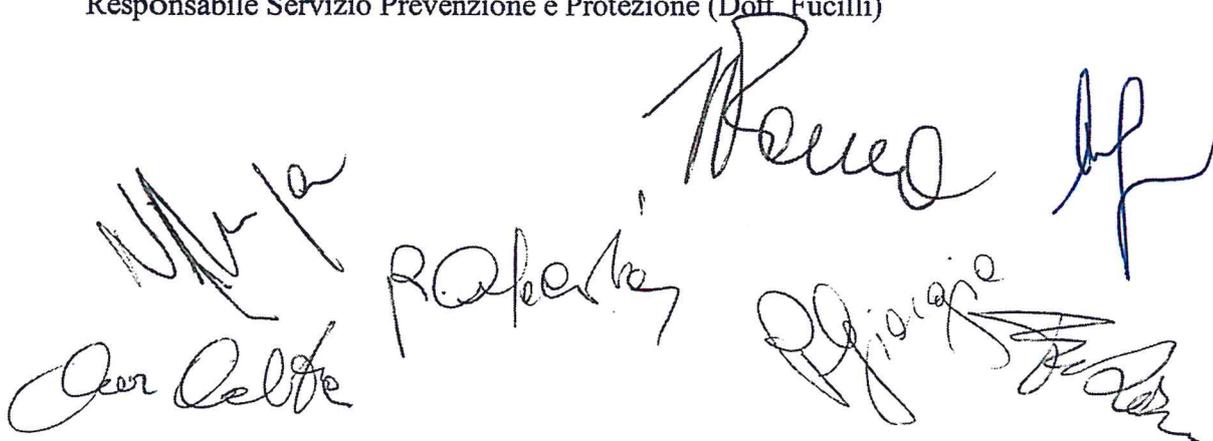
La mappatura e la eventuale attivazione del **personale infermieristico, tecnico ed ausiliario di supporto** in servizio e non durante le varie fasi della giornata è riservata alla Direzione Sanitaria.

TELECOMUNICAZIONI

Chiamate telefoniche a cascata (vedi all. 5). Ricetrasmittenti, Cellulari, Telefoni dedicati con numero breve, Megafoni (1 fuori dal MeChAU, 1 in triage, 2 di scorta), Staffette a piedi.

Gruppo di lavoro misto ospedaliero-universitario trans dipartimentale DAIEU ed unità esterne per allestimento bozza PEIMAF

Direttore sanitario o suo delegato (Dott. Marra e Dott. Lisena)
Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza (Prof. Favia)
Direttore Centrale Operativa 118 (Dott. Dipietro)
Direttore UOC Anestesia e Rianimazione I (Prof. Brienza)
Direttore UOC MeChAU (Dott.ssa Melodia)
Coordinatore Infermieri Centrale Operativa 118 (Dott. Calamita)
Coordinatore Infermieri UOC MeChAU (Dott.ssa Giorgio)
Direttore UOC Medicina Legale Universitaria (Prof. Intronà)
Referente Risk Management (Prof. Dell'Erba)
Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (Dott. Fucilli)



The image shows several handwritten signatures in blue ink, corresponding to the list of names above. The signatures are: 'Marra', 'Lisena', 'Favia', 'Dipietro', 'Brienza', 'Melodia', 'Calamita', 'Giorgio', 'Intronà', 'Dell'Erba', and 'Fucilli'.

Allegato 1

Classificazione delle Emergenze e Tipologie

Tipologia TnC (Trauma/numero vittime/Crash)

Comprende tutti gli incidenti della circolazione (terrestre e aerea), gli effetti di eventi sismici o alluvionali, i cedimenti strutturali di immobili sia primitivi (non causati da esplosioni o incendio) che dovuti a impatto di mezzi di trasporto.

Patologie preminenti attese:

Ferite, fratture, lesioni di organi interni, raddomiolisi, ipotermia, shock emorragico.

Triage Verifica del Triage effettuato sul campo <u>Obiettivo:</u> aggiornamento della valutazione del paziente.	<i>Procedure da impiegare in Ospedale:</i> Protocollo FAST <i>Materiale necessario:</i> Bracciali da triage; pennarelli indelebili, etichette con codice colore; utili torce elettriche possibilmente frontali (mani libere)
Stabilizzazione	<i>Procedure diagnostiche principali:</i>
Trattamento Manovre diagnostiche e terapeutiche per rendere possibile il trasferimento alla struttura di cura definitiva (Rianimazione, Sala Operatoria, Reparto). <u>Obiettivo:</u> autonomia di sopravvivenza di circa 3 ore	<i>Procedure diagnostiche principali:</i> <u>Pervietà vie aeree:</u> Esame fisico; aspirazione di secrezioni e/o sangue. <u>Respiro:</u> Esame fisico; frequenza respiratoria, saturimetria, Rx torace AP. <u>Circolo:</u> Esame fisico; parametri vitali, Pressione arteriosa, frequenza cardiaca, refill capillare, elettrocardiogramma. <u>Altro:</u> emogasanalisi. Ecografia FAST <i>Procedure di assistenza principali:</i> <u>Pervietà vie aeree:</u> Posizionamento di tubi tracheali; tracheotomie di emergenza; aspirazione di secreti ed altro <u>Respiro:</u> ossigenoterapia in maschera o tramite raccordi a "T"; drenaggio toracico; ventilazione assistita. <u>Circolo:</u> infusione di cristalloidi; amine vasoattive, emotrasfusione. <u>Altro:</u> infusione continua di analgesici (non FANS); drenaggio gastrico; drenaggio vescicale. <i>Materiale necessario:</i> <u>Pervietà vie aeree:</u> Cannule orotracheali (varie misure); cannule nasotracheali; combitube; maschere laringee; kit per tracheotomia

	<p>d'emergenza; aspiratori.</p> <p><u>Respiro:</u> maschere con reservoir (adulti e bambini); raccordi e tubazioni per somministrazione ossigeno; palloni autoespansibili con reservoir; ventilatori; venturi mask oxy mask, ipnotici; curari; bombole di ossigeno e flussimetri/riduttori.</p> <p><u>Circolo:</u> cateteri venosi 16 e 14G; cateteri 8F; raccordi con rubinetto a 3 vie; materiale di fissaggio; bende elastiche adesive; tamponi di garza; aghi intraossei; sacche da infusione e spremisacca; fissatore esterno da bacino; dopamina.</p> <p><u>Altro:</u> pompe siringa (amine); siringhe da emogasanalisi; SNG; cateteri vescicali; sacche di raccolta; schede di triage ospedaliero (FAST); indumenti e dispositivi di protezione individuale. Stabilizzatore di bacino (tipo T-pod).</p>
--	--

Tipologia Tn(U/B) (Trauma/numero vittime/Ustionati-Blast)

Comprende tutti gli incidenti in cui la componente principale sia costituita dal rilascio di un'onda d'urto, associata o meno a incendio.

Può essere associata ad altre tipologie.

Patologie preminenti attese: Ustioni; insufficienza respiratoria; rotture di organi cavi; shock (emorragico, ipovolemico o cardiogeno); ipotermia; amputazioni; fratture.

<p>Triage</p> <p>Verifica del Triage effettuato sul campo</p> <p><u>Obiettivo:</u> aggiornamento della valutazione del paziente.</p>	<p>Procedure da impiegare:</p> <p>Protocollo FAST</p> <p><i>Materiale necessario:</i></p> <p>Bracciali da triage; pennarelli indelebili; torce elettriche frontali, etichette con codice colore</p>
<p>Stabilizzazione</p> <p>Manovre per rendere possibile il successivo trattamento.</p> <p><u>Obiettivo:</u> autonomia di sopravvivenza di circa 30 minuti</p>	<p>Procedure diagnostiche principali:</p> <p><u>Pervietà vie aeree:</u> Esame fisico, aspirazione di secrezioni e/o sangue.</p> <p><u>Respiro:</u> Esame fisico, frequenza respiratoria, saturimetria.</p> <p><u>Circolo:</u> Esame fisico, parametri vitali, Pressione arteriosa, Frequenza cardiaca, refill capillare, elettrocardiogramma.</p> <p><u>Altro:</u> Pulsiossimetria.</p> <p>Procedure di assistenza principali:</p>

	<p><u>Pervietà vie aeree</u>: Posizionamento di dispositivi semplificati (cannule oro-naso/faringee; combitube; maschere laringee); procedure invasive di emergenza; aspirazione di secreti.</p> <p><u>Respiro</u>: ossigenoterapia in maschera o tramite raccordi ai dispositivi semplificati; ventury mask oxy mask; toracentesi decompressiva (agocannula 14G)</p> <p><u>Circolo</u>: bendaggi compressivi; riduzione fratture e splinting; contenimento/riduzione del volume della pelvi (amaca o similari); posizionamento di almeno 1 via venosa 16-14G con otturatore o ago intraosseo con otturatore; set per drenaggio toracico CON circuito semplificato di recupero del sangue.</p> <p><u>Altro</u>: infusione continua di analgesici (non FANS).</p> <p>Materiale necessario:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Pervietà vie aeree</u>: Cannule orotracheali (varie misure); cannule nasotracheali; combitube; maschere laringee; kit per tracheotomia d'emergenza; aspiratori portatili. 2. <u>Respiro</u>: maschere con reservoir (adulti e bambini); raccordi e tubazioni per somministrazione ossigeno; palloni autoespansibili con reservoir; bombole di ossigeno e riduttori. 3. <u>Circolo</u>: cateteri venosi 16 e 14 G con otturatore; cateteri 8F per vene femorali; raccordi con rubinetto a 3 vie; materiale di fissaggio; bende elastiche adesive; tamponi di garza; sacchetti di sabbia; immobilizzatori a vuoto (arto inferiore, arto superiore, bacino); aghi intraossei. 4. <u>Altro</u>: pompe elastomeriche; bracciali di triage; etichette con codice a barre; schede di triage ospedaliero (FAST); coperte in alluminio; indumenti e dispositivi di protezione.
<p>Trattamento</p> <p>Manovre diagnostiche e terapeutiche per rendere possibile il trasferimento alla struttura di cura definitiva (Rianimazione, Sala Operatoria, Reparto).</p> <p><u>Obiettivo</u>: autonomia di sopravvivenza di circa 3 ore</p>	<p>Procedure diagnostiche principali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Pervietà vie aeree</u>: Esame fisico; laringoscopia; aspirazione di secreti. 2. <u>Respiro</u>: Esame fisico; frequenza respiratoria, saturimetria, Rx torace AP. 3. <u>Circolo</u>: Esame fisico; parametri vitali, Pressione arteriosa, Frequenza cardiaca, refill capillare, elettrocardiogramma. 4. <u>Altro</u>: Pulsiossimetria; emogasanalisi ecografia polmonare, eco adome FAST <p>Procedure di assistenza principali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Pervietà vie aeree</u>: Posizionamento di tubi tracheali; tracheotomie di emergenza; aspirazione di secreti. 2. <u>Respiro</u>: ossigenoterapia in maschera o tramite raccordi a "T"; drenaggio toracico; ventilazione assistita. 3. <u>Circolo</u>: infusione di cristalloidi; amine vasoattive, emotrasfusione in emergenza. 4. <u>Altro</u>: infusione continua di analgesici (non FANS); drenaggio gastrico; drenaggio vescicale.

Materiale necessari:

1. Pervietà vie aeree: Cannule orotracheali (varie misure); cannule nasotracheali; combitube; maschere laringee; kit per tracheotomia d'emergenza; aspiratori.
2. Respiro: maschere con reservoir (adulti e bambini); raccordi e tubazioni per somministrazione ossigeno; palloni autoespansibili con reservoir; ventilatori; ipnotici; curari; bombole di ossigeno e flussimetri/riduttori.
3. Circolo: cateteri venosi 16 e 14G; cateteri 8F; raccordi con rubinetto a 3 vie; materiale di fissaggio; bende elastiche adesive; tamponi di garza; Kit per intraossea; sacche da infusione e spremi-sacca; fissatore esterno da bacino; dopamina.
4. Altro: pompe siringa (amine); siringhe da emogasanalisi; SNG; cateteri vescicali; sacche di raccolta; schede di triage ospedaliero (FAST); indumenti e dispositivi di protezione individuale.

Tipologia Mn(R/H)X (Medico/numero vittime/Respiratorio-Intossicazione e/o contaminati chimici)

Comprende tutti gli incidenti in cui sia implicato il rilascio (accidentale o doloso) di sostanze tossiche di vario genere.

Patologie preminenti attese:

Insufficienza respiratoria; aritmie cardiache; paralisi muscolare; disidratazione; ipotermia.

<p>Triage</p> <p>Verifica del Triage effettuato sul campo</p> <p><u>Obiettivo:</u> aggiornamento della valutazione del paziente.</p>	<p>Procedure da impiegare:</p> <p>Protocollo FAST; verifica decontaminazione; decontaminazione.</p> <p>Materiale necessario:</p> <p>Bracciali da triage; pennarelli indelebili; torce elettriche frontali; struttura di decontaminazione; indumenti di riserva; abbigliamento protettivo (maschere con filtro e/o autorespiratori inclusi).</p>
<p>Stabilizzazione</p> <p>Manovre per rendere possibile il successivo trattamento.</p> <p><u>Obiettivo:</u> autonomia di sopravvivenza di circa 30 minuti</p>	<p>Procedure diagnostiche principali:</p> <p><u>Pervietà vie aeree:</u> Esame fisico; laringoscopia; aspirazione di secreti.</p> <p><u>Respiro:</u> Esame fisico, frequenza respiratoria, saturimetria</p> <p><u>Circolo:</u> Esame fisico, parametri vitali, Pressione arteriosa, Frequenza cardiaca, refill capillare, elettrocardiogramma</p> <p><u>Altro:</u> emogasanalisi, Pulsiossimetria; decontaminazione.</p>
<p>Attenzione: questo scenario implica l'avanzamento dell'area di stabilizzazione verso la soglia dell'ospedale nel caso in cui la decontaminazione non sia stata effettuata sul terreno !!</p>	<p>Procedure di assistenza principali:</p> <p><u>Pervietà vie aeree:</u> Posizionamento di dispositivi semplificati (cannule oro-naso/faringee; <i>combitube</i>; maschere laringee); intubazione tracheale; procedure invasive di emergenza; aspirazione di secrezioni.</p> <p><u>Respiro:</u> ossigenoterapia in maschera o tramite raccordi ai dispositivi semplificati; ventilazione assistita.</p>
	<p><u>Circolo:</u> posizionamento di almeno 1 via venosa 16-14G con otturatore o ago intraosseo con otturatore.</p> <p><u>Altro:</u> decontaminazione (eventuale); sedazione.</p> <p>Materiale necessario:</p> <p><u>Pervietà vie aeree:</u> Cannule oro-tracheali (varie misure); cannule naso-tracheali; <i>combitube</i>; maschere laringee; kit per tracheotomia</p>

	<p>d'emergenza.</p> <p><u>Respiro:</u> maschere con reservoir (adulti e bambini); raccordi e tubazioni per somministrazione ossigeno; laringoscopi; tubi tracheali (varie misure); filtri; palloni autoespansibili con reservoir; bombole di ossigeno; aspiratori portatili; ventilatori portatili.</p> <p><u>Circolo:</u> cateteri venosi 16 e 14 G con otturatore; cateteri 8F per vene femorali; raccordi con rubinetto a 3 vie; materiale di fissaggio; aghi intraossei.</p> <p><u>Altro:</u> pompe elastomeriche; ipnotici; bracciali di triage; etichette con codice a barre; schede di triage ospedaliero (FAST).</p>
<p>Trattamento</p> <p>Manovre diagnostiche e terapeutiche per rendere possibile il trasferimento alla struttura di cura definitiva (Rianimazione, Sala Operatoria, Reparto).</p> <p><u>Obiettivo:</u> autonomia di sopravvivenza di circa 3 ore</p>	<p><i>Procedure diagnostiche principali:</i></p> <p><u>Pervietà vie aeree:</u> Esame fisico; laringoscopia; aspirazione di secreti.</p> <p><u>Respiro:</u> Esame fisico; frequenza respiratoria, saturimetria, Rx torace AP.</p> <p><u>Circolo:</u> Esame fisico; parametri vitali, Pressione arteriosa, Frequenza cardiaca, refill capillare, elettrocardiogramma.</p> <p><u>Altro:</u> Pulsiossimetria; emogasanalisi, monitoraggio ECG.</p> <p><i>Procedure di assistenza principali:</i></p> <p><u>Pervietà vie aeree:</u> Posizionamento di tubi tracheali; tracheotomie di emergenza; aspirazione di secreti.</p> <p><u>Respiro:</u> ossigenoterapia in maschera o tramite raccordi a "T"; ventilazione assistita.</p> <p><u>Circolo:</u> infusione di cristalloidi; antiaritmici; antagonisti specifici.</p> <p><u>Altro:</u> infusione continua di ipnotici; drenaggio gastrico; drenaggio vescicale.</p> <p><i>Materiale necessario:</i></p> <p><u>Pervietà vie aeree:</u> Cannule oro-tracheali (varie misure); cannule naso-tracheali; combitube; maschere laringee; kit per tracheotomia d'emergenza; aspiratori.</p> <p><u>Respiro:</u> maschere con reservoir (adulti e bambini); raccordi e tubazioni per somministrazione ossigeno; palloni autoespansibili con reservoir; ventilatori (portatili ?); ipnotici; curari; bombole di ossigeno e flussimetri/riduttori.</p> <p><u>Circolo:</u> cateteri venosi 16 e 14G; cateteri 8F; raccordi con rubinetto a 3 vie; materiale di fissaggio; bende elastiche adesive; aghi intraossei; sacche da infusione e spremisacca; dopamina.</p> <p><u>Altro:</u> pompe siringa (amine); siringhe da emogasanalisi; SNG; cateteri</p>

vescicali; sacche di raccolta; schede di triage ospedaliero (FAST);
indumenti e dispositivi di protezione individuale.

Tipologia Mn(R/H)Z (Medico/numero vittime/ Respiratorio - Intossicazione e/o contaminati biologici)

Comprende tutti i casi in cui ci sia ragione di sospettare il rilascio di materiale virale o microbico con caratteristiche di elevata diffusività.

Patologie preminenti attese:

Sindromi respiratorie; ipertermia; sindromi emorragiche; disidratazione.

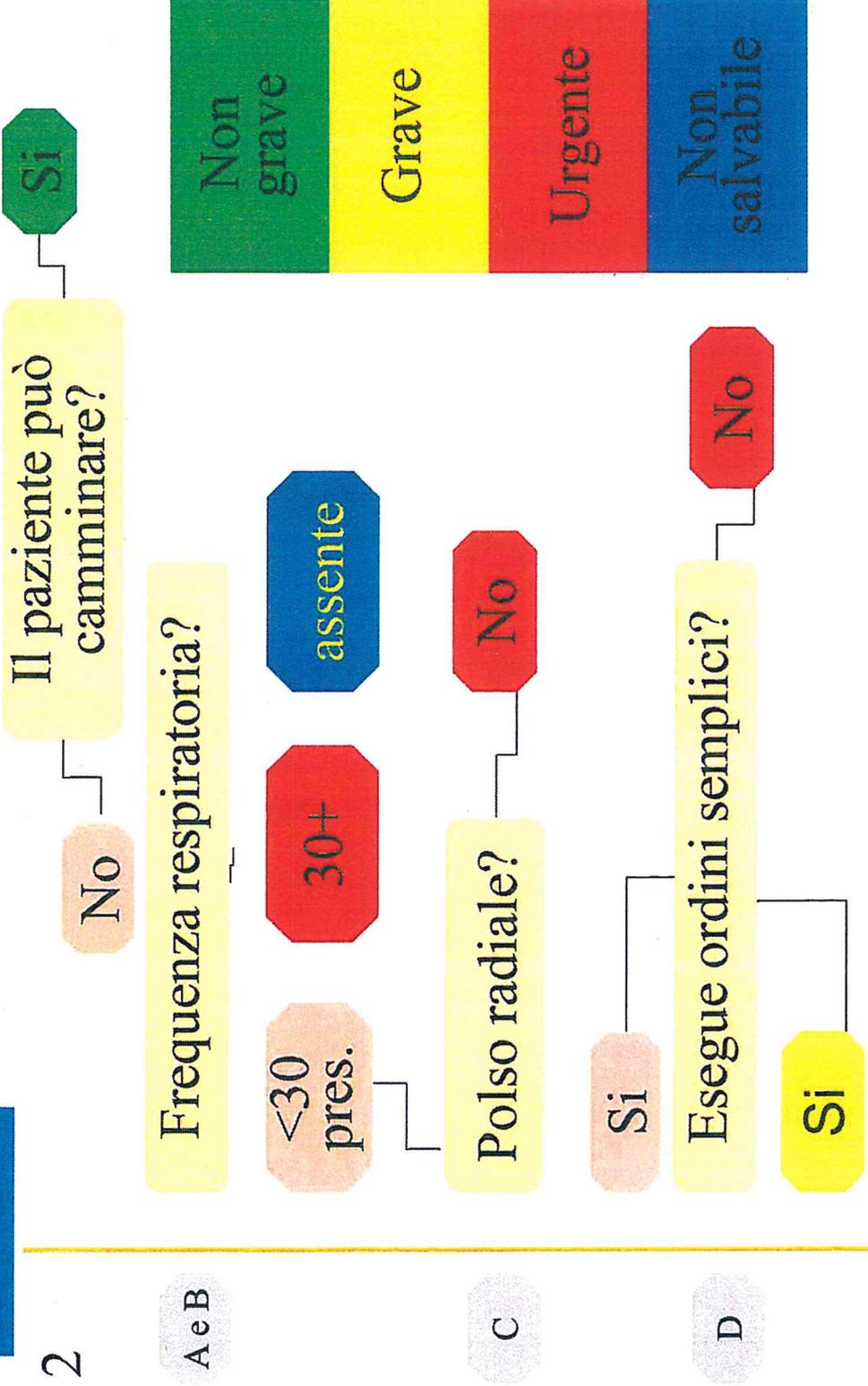
<p>Triage</p> <p>Verifica del Triage effettuato sul campo</p> <p><u>Obiettivo:</u> aggiornamento della valutazione del paziente.</p>	<p>Procedure da impiegare:</p> <p>Protocollo FAST; verifica decontaminazione; decontaminazione.</p> <p><i>Materiale necessario:</i></p> <p>Bracciali da triage; pennarelli indelebili; torce elettriche frontali; struttura di decontaminazione; indumenti di riserva; abbigliamento protettivo (maschere con filtro e/o autorespiratori inclusi).</p>
<p>Stabilizzazione</p> <p>Manovre per rendere possibile il successivo trattamento.</p> <p><u>Obiettivo:</u> autonomia di sopravvivenza di circa 30 minuti</p>	<p>Procedure diagnostiche principali:</p> <p><u>Pervietà vie aeree:</u> Esame fisico; laringoscopia; aspirazione di secreti.</p> <p><u>Respiro:</u> Esame fisico; saturimetria, emogasanalisi.</p> <p><u>Circolo:</u> Esame fisico; pressione arteriosa, frequenza cardiaca, ECG.</p> <p><u>Altro:</u> monitoraggio ECG, Pulsiossimetria; decontaminazione.</p>
<p>Attenzione: questo scenario implica un'area di stabilizzazione isolata sulla soglia dell'ospedale!!</p>	<p>Procedure di assistenza principali:</p> <p><u>Pervietà vie aeree:</u> Posizionamento di dispositivi semplificati (cannule oro-naso/faringee; combitube; maschere laringee); intubazione tracheale; procedure invasive di emergenza; aspirazione di secrezioni.</p>
	<p><u>Respiro:</u> ossigenoterapia in maschera o tramite raccordi ai dispositivi semplificati; ventilazione assistita.</p> <p><u>Circolo:</u> posizionamento di almeno 1 via venosa 16-14G con otturatore o ago intraosseo con otturatore.</p> <p><u>Altro:</u> decontaminazione (eventuale); sedazione.</p> <p>Materiale necessario:</p> <p>1. <u>Pervietà vie aeree:</u> Cannule oro-tracheali (varie misure); cannule naso-tracheali; combitube; maschere laringee; kit per tracheotomia d'emergenza.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 2. <u>Respiro</u>: maschere con reservoir (adulti e bambini); raccordi e tubazioni per somministrazione ossigeno; laringoscopi; tubi tracheali (varie misure); filtri; palloni autoespansibili con reservoir; bombole di ossigeno; aspiratori portatili; ventilatori portatili. 3. <u>Circolo</u>: cateteri venosi 16 e 14 G con otturatore; cateteri 8F per vene femorali; raccordi con rubinetto a 3 vie; materiale di fissaggio; aghi intraossei. 4. <u>Altro</u>: pompe elastomeriche; ipnotici; bracciali di triage; etichette con codice a barre; schede di triage ospedaliero (FAST).
<p>Trattamento</p> <p>Manovre diagnostiche e terapeutiche per rendere possibile il trasferimento alla struttura di cura definitiva (Rianimazione, Sala Operatoria, Reparto).</p> <p><u>Obiettivo</u>: autonomia di sopravvivenza di circa 3 ore.</p>	<p>Procedure diagnostiche principali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Pervietà vie aeree</u>: Esame fisico; laringoscopia; aspirazione di secreti. 2. <u>Respiro</u>: Esame fisico; frequenza respiratoria, emogasanalisi; 3. <u>Circolo</u>: Esame fisico; frequenza cardiaca, pressione arteriosa, ECG 4. <u>Altro</u>: Pulsiossimetria; monitoraggio ECG, Rx torace, ECO fast. <p>Procedure di assistenza principali:</p> <p><u>Pervietà vie aeree</u>: Posizionamento di tubi tracheali; tracheotomie di emergenza; aspirazione di secreti.</p> <p><u>Respiro</u>: ossigenoterapia in maschera o tramite raccordi a "T"; ventilazione assistita.</p> <p><u>Circolo</u>: infusione di cristalloidi; antiaritmici; antagonisti specifici.</p> <p><u>Altro</u>: infusione continua di ipnotici; drenaggio gastrico; drenaggio vescicale.</p>
<p>Attenzione: questo scenario implica un'area di stabilizzazione isolata sulla soglia dell'ospedale!!</p>	
	<p>Materiale necessario:</p> <p><u>Pervietà vie aeree</u>: Cannule oro-tracheali (varie misure); cannule naso-tracheali; combi-tube; maschere laringee; kit per tracheotomia d'emergenza; aspiratori.</p> <p><u>Respiro</u>: maschere con reservoir (adulti e bambini); raccordi e tubazioni per somministrazione ossigeno; palloni autoespandibili con reservoir; ventilatori; ipnotici; curari; bombole di ossigeno e flussimetri/riduttori.</p> <p><u>Circolo</u>: cateteri venosi 16 e 14G; cateteri 8F; raccordi con rubinetto a 3 vie; materiale di fissaggio; bende elastiche adesive; aghi intraossei; sacche da infusione e spremisacca; dopamina.</p> <p><u>Altro</u>: pompe siringa (amine); siringhe da emogasanalisi; SNG; cateteri vescicali; sacche di raccolta; schede di triage ospedaliero (FAST); indumenti e dispositivi di protezione individuale.</p>

Protocollo START

Simple Triage And Rapid Treatment

Allegato 2



Allegato 3 PROTOCOLLO F.A.S.T.

First Assessment Sequential Triage

Valutazione ABCD:

1. A → *Perietà vie aeree* =
2. B → *Frequenza respiratoria* =
3. B → *Saturimetria periferica* =
4. B → *Ipoventilazione destra o sinistra* =
5. C → *Frequenza cardiaca* =
6. C → *Pressione arteriosa* =
7. C → *Presenza di importanti emorragie* =
8. D → *AVPU* =

IEP	PAKAMEIKU	LIMII		critico	😊	😐	😡	😟	😞	😱
		non critico	subcritico							
1	perietà vie aeree	si		no						
2	frequenza respiratoria	<25	<12 >25	<8						
		15-40	40-60	<15 >60						
3	ventilazione ridotta o monolaterale		si							
4	saturimetria periferica	>94	94-90	<90						
		>96*	92-96*	<92*						
5	frequenza cardiaca	<130	130-150	<40 / >150						
		<110*	110-160*	<60 / >160*						
6	PAS	>100	80-100	<80						
	Refil* [†]	<2 sec*	2-3 sec*	>3 sec*						
7	importante emorragia	no		si						
8	Stato neurologico AVPU	A	V no lato	PU V lato						

Allegato 4 a

TEMPI	AZIONI	COMPITI	ISTRUZIONE OPERATIVE
T0	Il medico medicina d'Urgenza in turno al P.S in ambulatorio 1 riceve l'allarme		
T1 <30 min	Coordina il rapporto con 118 e D.S.	Il medico del MeChAU dopo aver sentito il medico del 118 sul numero e condizioni dei pazienti in arrivo, contatta il reperibile della Direzione Sanitaria	
	Coordina rapporti DEA- Ospedale	<p>1. Allerta il Direttore dell'Unità Operativa di MeChAU</p> <p>2. In accordo con il Medico di turno della Direzione Sanitaria provvede alla attivazione dello stato di pre-allarme o allarme</p> <p>PRE-ALLARME</p> <p>ALLARME di LIVELLO (1-2-3) di attivazione e risposta dell'Ospedale alla Maxiemergenza</p>	<p>ATTIVAZIONE UNITA' DI CRISI PEIMAF e della cascata DEA per chiamata TRAMITE CENTRALINO ATTIVATO dal Medico Reperibile di DS</p> <p>Il Centralino, dopo disposizione della DS, comunica il livello di allarme e l'attivazione delle chiamate a cascata, mobilità personale e UNITA' DI CRISI SECONDO PROCEDURA</p>
	Gestisce ed	<p>Forma il Team Operativo IN CASO DI ALLARME 1-2-3</p> <p>Organizza le aree di trattamento secondo procedura DA LIVELLO DI ALLARME 2</p> <p>Individua il responsabile di triage di</p>	

<p>T1 <30 min</p>	<p>evacua il P.S.</p>	<p>TRIAGE AVANZATO</p> <p>Individua nei locali /sale codici VERDI/GIALLI i Dirigenti Medici che gestiranno le DIMISSIONI e/o lo SMISTAMENTO dei codici VERDI/GIALLI secondo la PROCEDURA in allegato</p> <p>CONTATTA DIRETTAMENTE IL MEDICO DI TURNO DELLA RIANIMAZIONE ASCLEPIOS PER SUPPORTO IN SALA ROSSA CON INFERMIERE DI TURNO</p> <p>ATTIVA LA CHIAMATA A CASCATA PER IL PERSONALE DEL TURNO SUCCESSIVO DELLA MeChAU e di ALTRE UNITA OPERATIVE tramite centralino</p> <p>COLLABORA con IL DIRETTORE DI MeChAU, LO SUPPORTA O LO SOSTITUISCE IN SUA ASSENZA NEL COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE</p>	<p>Tramite centralino</p> <p>SECONDO PROCEDURA ALLARME 2-3</p> <p>1. VENGONO ALLERTATI TUTTI I DIRETTORI DI UNITA' OPERATIVE COMUNICANDO I LIVELLO DI ALLARME E LA NECESSITA' DI RICOVERO DI PAZIENTI ANCHE IN SOVRANNUMERO RISPETTO ALLA DOTAZIONE DI POSTI LETTO ORDINARI.</p> <p>2. ALLERTA I SERVIZI DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO E SERVIZIO TRASFUSIONALE</p>
<p>T2 >30 min</p>	<p>Il Direttore MeCh AU</p> <p>Coordina le attività diagnostiche e terapeutiche IN MeChAU</p> <p>Partecipa alla Unità di Crisi</p>	<p>SE LIVELLO DI ALLARME 2-3 ED IN BASE ALLA TIPOLOGIA DI ALLARME, ATTIVA le modalità operative di diagnostica e terapeutiche secondo procedura</p> <p>Espone alla UNITA' di CRISI lo stato delle attività operative e le SOLUZIONI DI CRITICITA'</p>	<p>Compila la scheda raccolta dati allarme</p> <p>EVIDENZIA LA SOLUZIONE DELLE CRITICITA'</p> <p>Definisce i problemi operativi e collabora alle soluzioni</p>

		GESTISCE LE INFORMAZIONI CLINICHE	Raccoglie informazioni nelle varie Aree DI MECHAU e fornisce informazioni relativamente al n.ro pazienti/utenti pervenuti al PS, eventuali generalità anagrafiche e codice di gravita'
		CONCORDA IL CESSATO ALLARME CON L'UNITA' DI CRISI	

SCHEDE OPERATIVE "COMPITI - STRUMENTI - RESPONSABILITA'"

- 1) (Team Leader - MEDICO Medicina d'Urgenza in turno al P.S. ambulatorio 1)
ATTIVATORE E COORDINATORE PEIMAF IN MECHAU
- 2) (Direttore UOC MeChAU) COORDINATORE PEIMAF >30'

Medico di Direzione Sanitaria di Turno

Tempi	Azioni	Compiti	Istruzioni operative
T0	Si attiva dopo chiamata del medico Medicina d'Urgenza in turno al MeChAU ambulatorio 1	Valuta l'evento Giunge in Ospedale nel più breve tempo possibile Mantiene i contatti con 118 e/o altro ente, non appena giunto in Ospedale	Il medico di Direzione Sanitaria congiuntamente con il medico MeChAU valuta l'evento e le informazioni per l'ATTIVAZIONE DELLO STATO DI ALLARME e comunica al centralino lo stato di allarme per l'attivazione delle chiamate a cascata del personale secondo procedura
T1 <30m	Gestisce i rapporti con Ente Preposto Mantiene i rapporti con Prefettura, Protezione Civile ed altri Enti	Aggiorna il quadro degli eventi	Collabora con Unità' di Crisi fornendo informazioni: Attendibilità, località, n° persone coinvolte, n° pazienti accertati, tempi di arrivo previsti N° pazienti inviati, condizioni, tempi di arrivo
T1 >30m	Collabora con UNITA' di CRISI per verifica attivazione PEIMAF e per il PIANO delle COMUNICAZIONI	Controlla che il Centralino abbia svolto il proprio compito: comunicazione del livello di allarme, attivazione delle chiamate a cascata, mobilità personale e allertamento Comitato PEIMAF	
	Partecipa con Unità di crisi	Verifica lo stato delle attività operative e le	

T2 >30m		eventuali criticità non risolte	
	Controlla le Aree assistenziali	Vigila sulla congruità delle Aree in rapporto al numero di Pazienti da assistere	
	Informazioni all'URP/Addetto stampa Identifica e monitorizza la capacità recettiva dell'Ospedale	Gestisce le informazioni cliniche, Si rapporta con tutte le UU.OO. raccogliendo le informazioni su posti letto compresi quelli sovrannumero	Verifica la disponibilità dei posti letto attraverso la raccolta di informazioni mediante l'apposito modulo secondo procedura
	Verifica attività blocchi operatori e servizi diagnostici	Attiva ulteriori CAMERE OPERATORIE o Sezioni Diagnostiche	Verifica la attività blocchi operatori mediante l'apposito modulo secondo procedura
	Da' il cessato allarme in collaborazione con L'Unità di crisi PEIMAF	Telefona al Centralino Aziendale per attivare le chiamate a cascata per "Cessato Allarme"	Verifica l'avvenuta comunicazione da parte del Centralino Aziendale

Team leader infermieristico di Pronto Soccorso in turno in MeChAU

Tempi	Azioni	Istruzioni operative
T0	Riceve notizia dell'allarme dal MEDICO COORD. AMB.1	Ricevuta disposizione dal Coordinatore, attiva il Team Accoglienza Allerta la farmacia per la distribuzione del materiale secondo procedura
T1 <30m	GESTISCE MATERIALI E KIT DI EMERGENZA Allerta il Personale di PS	IN BASE AL LIVELLO DI EMERGENZA DISPONE LA CONSEGNA DEI KIT ED IL LORO USO COORDINANDO LA DISTRIBUZIONE DEL MATERIALE DI EMERGENZA SECONDO DISPOSIZIONI DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO PS PER IL REPERIMENTO DEI KIT SI AVVALE DI UN AUSILIARIO del REPARTO/SERVIZIO Farmacia (SOLO IN CASO DI ALLARME 2-3) Dispone della chiamata a cascata degli infermieri , aus, oss TRAMITE CENTRALINO
T2 >30m	Verifica periodicamente la postazione di TRIAGE/ TRIAGE AVANZATO	

Triage (Infermiere esperto designato)

T0	Viene designato Dal TEAM LEADER COORDINATORE	Individua gli Operatori che con lui collaboreranno e ricorda ad essi le procedure da seguire	Procedura Identificazione e trriage pazienti PEIMAF
	Attiva l'uso del KIT ATRIO e KIT PAZIENTE.	Distribuisce KIT ATRIO E KIT PAZIENTI	Dispone il materiale pronto all'uso
T1 <30m	Attiva la procedura di identificazione dei Pazienti	Utilizza correttamente la numerazione di identificazione e i supporti fotografici	
	Provvede all'esecuzione del Fast Triage	Esegue il Fast Triage direttamente e/o con l'ausilio di Infermieri scelti o destinati all'Area	Compila schede FAST per tutti i pazienti e controlla materiale

PROCEDURA Identificazione dei pazienti PEIMAF

Tempi	FUNZIONI	COMPITI	COME
<p align="center">T1 < 30MIN</p>	<p align="center">Triage</p>	<p>Riportare cognome e nome sulla scheda triage; Applicare al collo del paziente il laccetto corrispondente al codice colore assegnato e numero identificativo. Posizionare lo stesso numero identificativo sulla scheda triage del paziente. Posizionare lo stesso numero identificativo sul torace del paziente. Posizionare lo stesso numero identificativo sulla barella e/o carrozzina del paziente.</p> <p>Posizionare il nastro adesivo colorato, corrispondente al codice colore di triage, al polso o altra sede;</p> <p>Posizionare con cerotto la scheda triage sulla barella o altra sede. Posizionare effetti personali, vestiario nel sacco nero con lo stesso numero identificativo.</p>	<p align="center">Kit Triage e Kit Atrio</p>

ISTRUZIONI INDIVIDUALI

**Coordinatore dell'emergenza
CASACCA GIALLA**

1. In qualità di esperto dei Piani e delle Procedure, qualora sia presente in Ospedale, collabora con la Direzione Sanitaria nella gestione del PEIMAF. Il suo ruolo sarà definito da apposita Delibera, e in pratica, dovrà gestire le problematiche organizzative di concerto con le esigenze operative, coordinando le fasi del soccorso intraospedaliero.
2. Sarà coadiuvato da un operatore esperto che si occuperà di tutte le comunicazioni che giungeranno dal Sistema 118 e di quelle che dovranno giungere alle Unità Operative e dal coordinatore infermieristico.
3. La sua sede d'azione sarà l'Unità di Crisi, pur operando in collegamento con il D.E.A. e le altre aree.

Compiti nella prima fase dell'Emergenza

- A) **Attivare lo stato di emergenza**, se il numero dei feriti gravi giunti al D.E.A. supera il numero di dieci se non già fatto dalle altre figure a tal scopo previste.
- B) **Avvertire** il Dirigente Sanitario del Presidio se non già informato da altri (118 o direttamente)
- C) **Avvertire:**
 - il personale in turno
 - il rianimatore di guardia
 - il coordinatore infermieristico del MeChAU

- D) **Nominare** gli altri responsabili del Team di gestione del PEIMAF impartendo gli ordini che consentano di predisporre attraverso un breve briefing:

Definizione dei ruoli e dei compiti

Gestione delle informazioni

Predisposizione circuiti per il trattamento e ricovero delle vittime.

Organizzazione del supporto logistico

Creazione (eventuale) di procedure speciali (decontaminazione chimica)

**Compiti del Coordinatore di informazioni
CASACCA ARANCIONE**

1. Terrà tutti i collegamenti telefonici e/o radio attinenti lo Stato di Emergenza.
2. Opererà nei locali del P.S. denominati accettazione, ma potrà doversi spostare lungo tutta l'area stabilizzazione e triage.
3. Dovrà ritirare un supporto cartaceo per registrare le comunicazioni più importanti avvenute sia con l'esterno che con l'interno dell'ospedale annotandovi sopra l'ora e l'argomento.

Il compito sarà quello di mantenere il coordinamento di tutte le richieste che arriveranno:

- dall'esterno (Centrale Operativa 118, Prefettura, altri Ospedali)
- dall'interno (Reparti di Degenza e Diagnostica, Unità di Crisi) e
- verso l'esterno (C.O. 118, altri Ospedali),

filtrando e riferendo le informazioni più importanti al Coordinatore dell'Emergenza. Controllerà inoltre l'efficacia dei flussi informativi con le varie aree operative, verificando l'attuazione delle decisioni prese.

Compiti del Coordinatore Infermieristico di MeChAU

1. Allerta la farmacia per la distribuzione del materiale secondo disposizioni procedurali.
2. Verifica i flussi di materiale evitandone curandone il rifornimento.
3. Ispeziona le postazioni di triage ed i singoli operatori.
4. Coadiuvava il Coordinatore dell'emergenza.
5. Verifica chiamata a cascata del personale.
6. Fa registrare o registra sia i dati dei feriti sia quelli del personale impiegato, al fine di conoscere l'esatta situazione.

Compiti del Coordinatore medico di Pronto Soccorso CASACCA ROSSA

1. Coordina il personale del Pronto Soccorso.
2. Si interfaccia con la DS ed il 118, in assenza del Coordinatore dell'Emergenza.
3. Allerta il Direttore della UO MeChAU
4. Forma il team operativo in caso di allarme 1, 2, 3.
5. Organizza le aree di trattamento secondo protocollo a partire da livello di allarme 2 avvertendo le figure previste (chirurgo, ortopedico, altro) Individua il team leader infermieristico.
6. Assegna il compito di segnare i percorsi (Verde Giallo Rosso) a un Operatore S.S.
7. Affianca il Responsabile del Triage qualora insorgessero difficoltà in tale sede.

Compiti del Team leader infermieristico in turno CASACCA BIANCA

1. Individua gli operatori che con lui collaboreranno allo svolgimento del triage.
2. Assegna gli incarichi agli infermieri professionali che giungono in supporto dai reparti annotandone il nome e il compito.
3. Predisporre tutti i set per le aree Gialla e Stabilizzazione
4. Con i propri collaboratori, esegue un rapido triage delle persone in attesa, non vittime della catastrofe, allontanando i pazienti che non necessitano assistenza medica urgente, e facendo entrare gli altri.
5. Verifica che la sede e il materiale in dotazione per il triage siano pronti.
6. Tempo permettendo, tiene un brevissimo briefing con i suoi collaboratori per rivedere le procedure operative.

7. Esegue il triage dei pazienti (protocollo FAST) coi propri collaboratori utilizzando le apposite schede di triage (suball. 4 b 1), assegna ad ogni paziente il numero di identificazione e apre la scheda sanitaria individuale (suball 4 b 2).

Compiti del Rianimatore di guardia

- 1) **Trasferisce** i pazienti ricoverati in rianimazione e in terapia post intensiva, che non necessitano di terapia strettamente rianimatoria.
- 2) **Ordina** al personale della Rianimazione la predisposizione dei posti letto aggiuntivi utilizzando le risorse d'emergenza (ventilatori, da trasporti, monitoraggio d'emergenza)
- 3) **Sovrintende** la fase dei soccorsi immediati:
 - si occupa della stabilizzazione dei pazienti di codice più elevato
 - è aiutato in questo compito dagli altri anestesisti/rianimatori presenti in ospedale.
- 4) **Effettua** la stabilizzazione dei pazienti nell'area rossa (Terapia intensiva di 1° e 2° livello)
- 5) **Allerta il Direttore dell'UO e il responsabile di reparto e il responsabile anestesista della Sala operatoria di Asclepios per eventuale arruolamento di ulteriore personale.** Chiama gli anestesisti reperibili.

Compiti del Chirurgo di guardia d'urgenza

1. **Si porta in P.S.** ove agisce in funzione di consulente, o delega questa funzione ad altro chirurgo intervenuto, cioè stila una lista operatoria in relazione alle sale operatorie disponibili e alla gravità dei feriti sottoposti a triage e trattamento di stabilizzazione.
 2. **Avverte:**
 - i chirurghi reperibili o rintracciabili, seguendo le indicazioni relative al Livello di Risposta
 - la strumentista e gli infermieri reperibili della sala operatoria
 - il capo sala del blocco chirurgico se rintracciabile.
- In caso di situazione critica questi compiti dovranno essere delegati ad un Infermiere del Reparto di Chirurgia di guardia, con verifica dell'esecuzione.

Compiti del primo anestesista arrivato in Ospedale

1. **Avverte:**
 - gli altri anestesisti reperibili, seguendo le indicazioni relative al Livello di Risposta.
2. **Coordina** la suddivisione dei compiti in sala operatoria degli anestesisti giunti in ospedale, in attesa del responsabile.

Compiti del telefonista dell'ospedale

E' avvisato dalla Direzione Sanitaria o dal Coordinatore dell'Emergenza.

1. Avverte tutti gli operatori medici ed infermieristici presenti in servizio di aprire le buste individuali di emergenza.
2. Allerta i Vigili Urbani per attivare la regolamentazione degli accessi (Telefono: 080.5491331) e la sicurezza interna dell'Ospedale.
3. Avverte tutti i medici reperibili, seguendo le indicazioni relative al livello di emergenza, ovvero attiva l'Unità di Crisi con invio di SMS multipli e verifica di ricezione (all. 5) secondo elenco di numeri telefonici mantenuto aggiornato.

Componenti dell'Unità di Crisi:

- Direttore Generale

- Direttore Sanitario Aziendale
- Delegato/i Direzione Sanitaria Gestione Emergenze
- Direttore Area Gestione Tecnica
- Direttori UU.OO.CC. Anestesia e Rianimazione
- Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza
- Direttore UOC Medicina e Chirurgia Accettazione ed Urgenza
- Referente Infermieristico Direzione Sanitaria
- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione
- Direttore U.O.C. Medicina Trasfusionale
- Coordinatore Infermieristico U.O.C. Medicina e Chirurgia Accettazione ed Urgenza
- Direttore UOC Medicina Legale Universitaria
- Responsabile Risk Management
- Direttore U.O.C. Farmacia
- Segretario Amministrativo

Sempre, in base al livello a prescindere dal tipo (M o T)

- | | | |
|---|--------------------------------------|-----------------|
| • | il capo portineria o altro portinaio | Emergenza 1-2-3 |
| • | altri 2 centralinisti | Emergenza 1-2-3 |
| • | gli autisti in servizio o reperibili | Emergenza 1-2-3 |
| • | il reperibile dell'Ufficio tecnico | Emergenza 1-2-3 |

4. **Declina ogni richiesta telefonica** di informazioni da parte di estranei.
5. **Compila**, durante il turno di notte, la **scheda con i numeri telefonici del personale reperibile** per il giorno successivo, in modo da averla pronta in caso di necessità.

Compiti del Dirigente Medico di Direzione Sanitaria in servizio

E' avvisato dal Coordinatore dei soccorsi, dal 118 o da altre fonti certificate.

- 1) **Attiva il Piano di Emergenza Ospedaliero.**
- 2) **Attiva i Dirigenti Medici di Direzione Sanitaria referenti per le 3 aree di competenza (il referente di DS per il servizio autisti allerverà tutti gli autisti).**
- 2) **Riceve** dal coordinatore dei soccorsi tutte le informazioni relative a numero, natura e gravità dei feriti, nonché il quadro generale della situazione.
- 3) **Aggiorna il quadro degli eventi.**
- 4) **Attiva l'Unità di Crisi.**
- 5) **Attiva su richiesta quanto necessario per svolgimento procedure del piano.**
- 6) **Tiene i contatti con:**
 - ufficio stampa
 - autorità giudiziaria (polizia ecc.)
 - altri Ospedali ed Enti Istituzionali

Compito del medico di guardia di area medica

1. E' avvisato dal Coordinatore dell'Emergenza o dal Centralino.
2. Avverte i colleghi reperibili di portarsi in Reparto.
3. Si trasferisce, su richiesta, nell'area di primo intervento.
4. Verifica possibilità di dimissione di pazienti degenti nel reparto partendo da quelli la cui dimissione è prevista per il giorno successivo e di ricovero per trasferimento da aree più critiche, nonché dal MeChAU.
5. Verifica il materiale a disposizione in funzione della tipologia dell'evento eventualmente approvvigionandolo con altro dai vari reparti.
6. Coordina il personale a sua disposizione facendo precedere l'azione da un breve briefing se il

tempo lo consente.

Compiti dei chirurghi generali e di ogni specialità in turno di guardia

1. E' avvisato dal Coordinatore dell'Emergenza o dal Centralino.
2. Avverte i colleghi reperibili di portarsi in Reparto o Sala operatoria.
3. Allerta le Sale Operatorie di propria competenza nonché il personale di comparto nel numero di almeno 2 unità per SO.
4. Si trasferisce, su richiesta, nell'area di primo intervento.
5. Verifica possibilità di dimissione di pazienti degenti nel reparto partendo da quelli la cui dimissione è prevista per il giorno successivo e quelli in attesa di intervento liberando quanti più posti letto possibili predisponendosi al ricovero per trasferimento da aree più critiche, nonché dal MeChAU.
6. Verifica il materiale a disposizione in funzione della tipologia dell'evento eventualmente approvvigionandolo con altro dai vari reparti.
7. Coordina il personale a sua disposizione facendo precedere l'azione da un breve briefing se il tempo lo consente.

Compiti del coordinatore infermieristico di Rianimazione o infermiere più esperto

E' avvisato dal rianimatore di guardia.

1. **Avverte** il personale non operante nel turno successivo, avvisa tutti gli OSS di Reparto di portarsi in Ospedale
2. **Predisporre** ogni respiratore disponibile ivi compresi quelli di scorta
3. **Prepara:**
 - farmaci e infusioni secondo protocollo
 - strumentario (incannulazione, intubazione ecc.)
 - materiale ed il monitoraggio d'emergenza (set trasporti).

Compiti del coordinatore di Sala operatoria o infermiere di Sala più esperto

E' avvisato dal chirurgo intervenuto per primo.

1. Avverte il personale del reparto non in turno, seguendo le indicazioni relative al Livello di Risposta fino a completamento delle equipe richieste.
2. Si accerta del completo funzionamento del blocco operatorio.
3. Predisporre strumentario chirurgico

Compiti del personale del D.E.A. in assistenza ai medici codici giallo e rosso

- 1) Predisporre lo strumentario di emergenza e di rianimazione.
- 2) Allestisce le aree di trattamento e predisporre i percorsi dei feriti, posizionando le strisce colorate adesive (rosso — giallo — verde — nero) sul pavimento del D.E.A., per indicare le aree funzionali dove sistemare i feriti.
- 3) Predisporre i farmaci e le fleboclisi secondo protocollo.
- 4) Accoglie i feriti, li sveste e li pulisce il più rapidamente possibile (completando il lavoro del personale all'ingresso).
- 5) Raccoglie ogni oggetto del ferito in un sacchetto di plastica contrassegnato con lo stesso

numero di identificazione del paziente (contenuto nel set paziente).

Compiti del medico radiologo di guardia

- E' avvisato dal Coordinatore dell'Emergenza o dal Centralino.
- Avverte i medici radiologi e i tecnici reperibili e decide se potenziare il turno rintracciando ulteriore personale ad esclusione di quelli del turno successivo.
Avvisa il neuroradiologo di guardia.
Avvisa il Direttore dell'UO.
- Fa preparare tutte le sale diagnostiche disponibili con i farmaci ed il materiale necessario per gli esami e per l'emergenza. Potenzia lo strumentario diagnostico necessario nelle sale del MeChAU.
- Assegna, se necessario, uno o più tecnici di radiologia esclusivamente per le sale operatorie.

Compiti del medico del centro trasfusionale di guardia

- E' avvisato dal Coordinatore dell'Emergenza o dal Centralino.
- Avverte i medici e i tecnici reperibili e decide se potenziare il turno rintracciando ulteriore personale ad esclusione di quelli del turno successivo.
Avvisa il Direttore dell'UO.
- Riserva una linea telefonica dedicata.
Da' disposizioni operative ai tecnici presenti sulla base del numero previsto di richieste in arrivo sulla base del livello di emergenza. Verifica presenza sufficiente di scorte di emoderivati ed in base al livello di allarme si attiva per il reperimento di emocomponenti aggiuntive.
- Allerta sul potenziale arrivo di campioni numerati ma privi di identificativo nominale come da codifica stabilita dal MeChAU (vedi kit paziente).

Compiti del medico di laboratorio di guardia

- E' avvisato dal Coordinatore dell'Emergenza o dal Centralino.
- Avverte i medici e i tecnici reperibili e decide se potenziare il turno rintracciando ulteriore personale ad esclusione di quelli del turno successivo.
Avvisa il Direttore dell'UO.
- Riserva una linea telefonica dedicata.
Da' disposizioni operative ai tecnici presenti sulla base del numero previsto di campioni in arrivo sulla base del livello di emergenza. Verifica presenza sufficiente di reattivi ed eventualmente riattiva apparecchiature in stand by.
Procrastina la diagnostica di routine prevista, in base al livello di emergenza.
- Allerta sul potenziale arrivo di campioni numerati ma privi di identificativo nominale come da codifica stabilita dal MeChAU (vedi kit paziente).

Note di Carattere Generale

- Il personale è rintracciato con il sistema "a cascata".
- Il centralino e ogni reparto e servizio allerta un numero di operatori in base al Livello di Allarme.
- Tutti i medici che non sono impegnati direttamente nei soccorsi si tengono a disposizione del coordinatore dei soccorsi nei propri reparti.
- I medici dei reparti di degenza non impegnati al D.E.A. dimettono quanti più pazienti è possibile, al fine di liberare i posti letto per i feriti in arrivo.
- I pazienti ricoverati in condizioni lievi ma non dimissibili, se necessario, possono essere sistemati provvisoriamente in aree di back up inclusi spazi comuni.
- E' indispensabile che nei contatti telefonici (ad esempio per rintracciare il personale) si usi, onde evitare malintesi, una frase convenuta tipo:

“Questo è uno Stato di Emergenza”

I plichi o buste contenenti le istruzioni riguardanti i compiti del personale coinvolto nell'emergenza devono essere tenute nel cassetto della scrivania della capo sala del reparto e nella stanza del medico interessato, **comunque sempre facilmente accessibili e rintracciabili.**

**MASSICCIO AFFLUSSO FERITI
SCHEDA ACCETTAZIONE E TRIAGE**

SCHEDA NR.	NR. Identificativo PEIMAF
------------	---------------------------

DATA: _____/_____/_____ h _____ m _____
 ORA ACCETTAZIONE: _____

DATI ANAGRAFICI

Nome e Cognome: _____ Sesso: M F

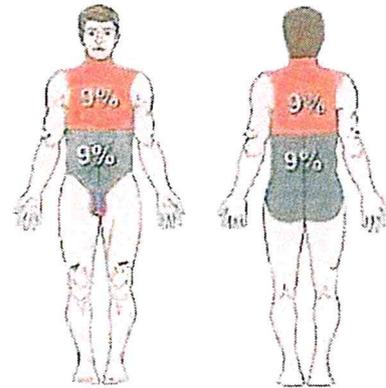
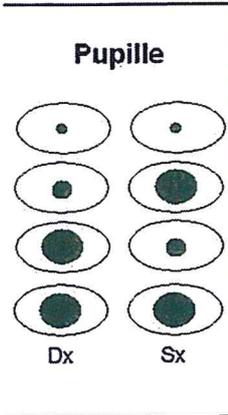
Luogo e data di nascita: _____/_____/_____

Provenienza: 118 MEZZI PROPRI ALTRO: _____

INGRESSO	DOPO VALUTAZIONE
<input type="checkbox"/> Collare cervicale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Spinale immobil.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Monitor	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ambu/maschera	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tubo ET	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tracheostomia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Drenaggio Torac.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vena periferica	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vena centrale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Accesso IO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fascia ischemica	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infusioni liquidi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sondino NG	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Catetere urinario	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aree anatomiche interessate dal trauma; simboli da utilizzare:

Contusione ✓ Abrasione // Ferita X
 Frattura Sospetta ≠ Frattura esposta # Ustione O



TRIAGE FAST

STEP	VALUTAZIONE	Norm.	Critico	R G V	Parametri
1	Emorragie gravi	NO	SI		dove:
2	Vie aeree pervie	SI	NO		<input type="checkbox"/> Cannula <input type="checkbox"/> Ventilaz.ass. <input type="checkbox"/>
3	Frequenza resp	9-25	Assente		atti/min.:
4	Saturazione O2	95-100	<90%		%:
5	Frequenza card.	< 130			batt./min.:
6	P.A. sistolica	> 100			MmHg:
7	Coscienza (AVPU)	A-V	P-U		A V P U

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

Invio in: AREA VERDE AREA GIALLI AREA ROSSI

NOTE:

Suballegato 4 b2

**MASSICCIO AFFLUSSO FERITI
DOCUMENTAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE**

COGNOME: **NOME:** **N° ID PEIMAF:** **ETA':** **M** **F**

DATA: **ORA:** **SCHEDA NR.** **CODICE TRIAGE**

ESAME OBIETTIVO:

ATTIVITA'		TERAPIA			
Vena periferica	SI	NO	Terapia	Q.ta	Posologia
Vena centrale	Sin.	Dx			
Catetere urinario	SI	NO			
Collare cervicale					
Spinale immobil.	SI	NO			
Maschera laringea	SI	NO			
Intubazione tracheale	SI	NO			
Tracheotomia	SI	NO			
Drenaggio toracico	SI	NO			
Monitor	SI	NO			
Fascia ischemica	SI	NO			
Accesso intra-osseo (IO)	SI	NO			
Sondino NG	SI	NO			
Medicazioni	SI	NO			
Suture	SI	NO			
Richiesta sangue universale	SI	N° unità:			
	NO				
Richiesta sangue Iso Gruppo	SI	N° unità:			
	NO				
Richiesta piastrine	SI	N° unità:			
	NO				
Richiesta plasma	SI	N° unità:			
	NO				
DIAGNOSTICA			CONSULENZE		
RX Torace	SI	NO			
Tac Cranio	SI	NO			Chirurgica
Tac Total Body	SI	NO			Neurochirurgica
ECO fast	SI	NO			Ortopedica
Altro (specificare):					Altro (specificare):
Routine ematica	SI	NO			

DIAGNOSI/ESITO

REPARTO/AREA DI DESTINAZIONE

Note:

Allegato 5

Per PEIMAF

Procedure di competenza del Centralinista di turno

Procedura 1. Attiva l'Unità di Crisi tramite SMS multipli con verifica di ricezione.

<i>Azione</i>	<i>Cosa avviene</i>	<i>Cosa deve fare</i>
1	Riceve l'avviso di allarme dal Medico di Direzione Sanitaria o dal Coordinatore del Medico MeChAU B	Attivare l'Unità di Crisi Avvertire tutti gli operatori medici e di comparto presenti in servizio di aprire le buste individuali di emergenza.

Componenti dell'Unità di Crisi:

1. Direttore Generale
2. Direttore Sanitario Aziendale
3. Delegato/i Direzione Sanitaria Gestione Emergenze
4. Direttore Area Gestione Tecnica
5. Direttori UU.OO.CC. Anestesia e Rianimazione
6. Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza
7. Direttore UOC Medicina e Chirurgia Accettazione ed Urgenza
8. Referente Infermieristico Direzione Sanitaria
9. Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione
10. Direttore U.O.C. Medicina Trasfusionale
11. Coordinatore Infermieristico U.O.C. Medicina e Chirurgia Accettazione ed Urgenza
12. Responsabile Risk Management
13. Direttore U.O.C. Farmacia
14. Segretario Amministrativo

Procedura 2. Attivazione a cascata del personale.

<i>Azione</i>	<i>Cosa avviene</i>	<i>Cosa deve fare</i>
2	Riceve le indicazioni dal Medico di Direzione Sanitaria o dal Coordinatore del Medico MeChAU B o dall'Unità di Crisi	Avvertire tutti gli operatori medici e di comparto previsti dal piano secondo il livello e la tipologia di emergenza

Sempre, in base al livello per il tipo M

APPROVVIGIONAMENTI/ECONOMATO
CARDIOLOGIA
CHIRURGIA GENERALE
FARMACIA
LABORATORIO ANALISI
MALATTIE INFETTIVE
MEDICINA GENERALE E D'URGENZA
MEDICINA LEGALE
MICROBIOLOGIA
NEURORADIOLOGIA
OBITORIO
PEDIATRIA
PNEUMOLOGIA
PSICHIATRIA/PSICOLOGIA
RADIOLOGIA
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA
SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE
SERVIZIO TRASPORTO INFERMI
UFFICIO TECNICO

Sempre, in base al livello per il tipo T

APPROVVIGIONAMENTI/ECONOMATO
CARDIOLOGIA
CHIRURGIA PLASTICA
CHIRURGIA GENERALE
CHIRURGIA SPECIALISTICA (Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica,
Chirurgia Pediatrica, Ostetricia e Ginecologia, Urologia et cet)
FARMACIA
LABORATORIO ANALISI
MEDICINA LEGALE
NEUROCHIRURGIA
NEURORADIOLOGIA
OBITORIO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PSICHIATRIA/PSICOLOGIA
RADIOLOGIA
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA
SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE
SERVIZIO TRASPORTO INFERMI
UFFICIO TECNICO

Urgenze T ed M , in base a livello d'intervento

Livello 1 T ed M (qualunque livello)

- i 3 reperibili di Ch. Generale
- i 2 reperibili di Ortopedia
- il reperibile ORL

Livello 2 T

- i 3 reperibili di Ch. Generale
- i 2 reperibili di Ortopedia
- il reperibile ORL
- il reperibile Odontoiatria
- il reperibile Urologo
- il reperibile Ginecologo
- il reperibile di Ch. pediatrica

Livello 3 T

- i 3 reperibili di Ch. Generale
- i 2 reperibili di Ortopedia
- il reperibile ORL
- il reperibile Odontoiatria
- il reperibile Oculistica
- il reperibile Urologo
- il reperibile Ginecologo
- i 2 reperibili di Chirurgia mano
- il reperibile di Ch. Pediatrica

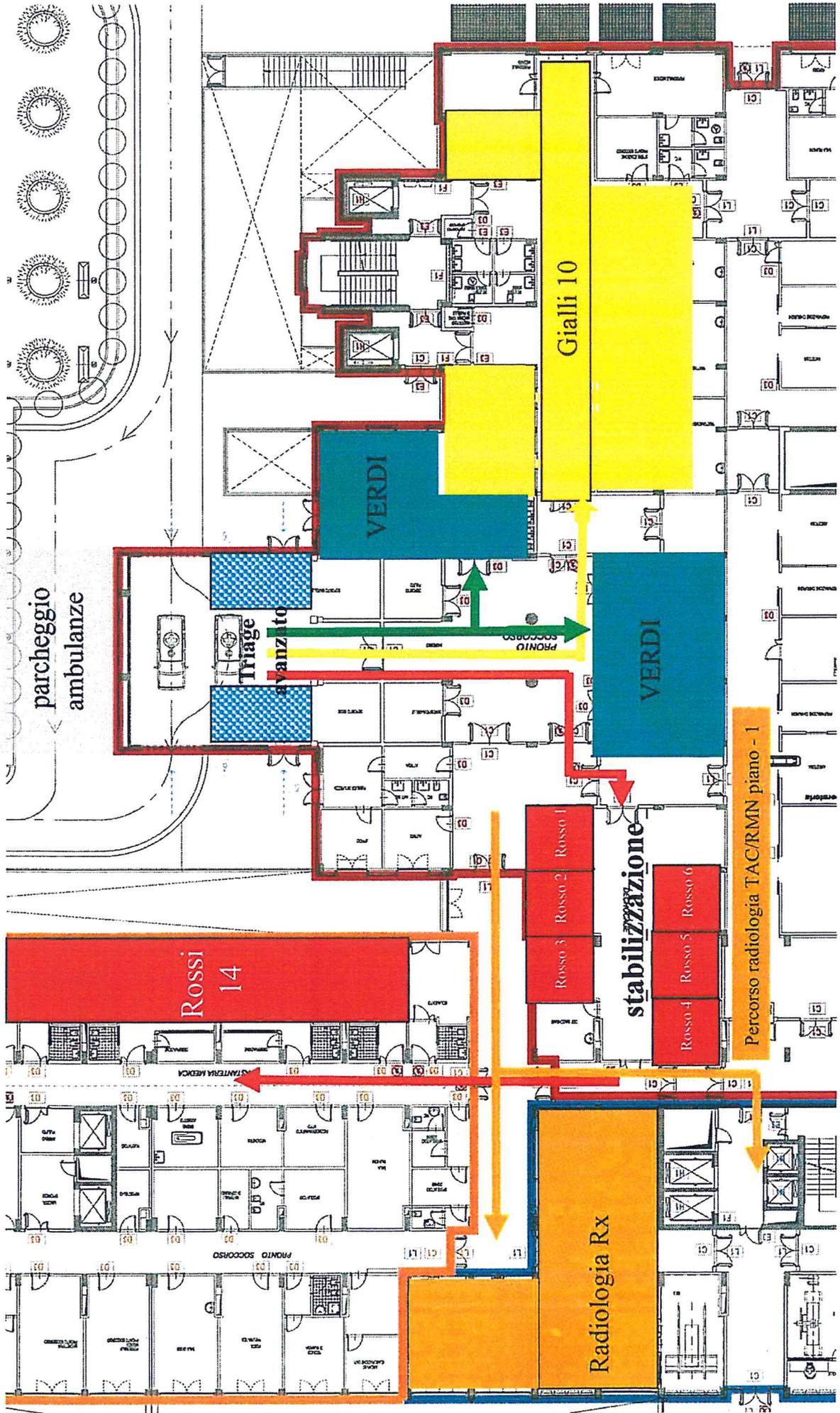
Livello M 2 e 3

- come livello 2 T

Procedura 3. Declina ogni richiesta telefonica di informazioni da parte di estranei.

Procedura 4. Compila, durante il turno di notte, la scheda con i numeri telefonici del personale reperibile per il giorno successivo, in modo da averla pronta in caso di necessità.

Allegato 6



Allegato 7

Gestione codici neri

Team composto da 1 medico legale per n. 2 salme

- obitorista
- Tecnico di autopsia
- Tecnico di radiologia
- Odontoiatra forense
- Genetista
- n. 1 psicologo ogni due famiglie di vittime
- personale di supporto

L'obiettivo principale è quello di effettuare una corretta identificazione e ricognizione cadaverica, nei tempi più brevi possibili. Tutte le salme o frammenti di esse, dovranno pervenire in un unico centro di raccolta medico legale adeguatamente organizzato per il trattamento di disastri, nella specie identificato nella UOC di Medicina legale universitaria del Policlinico di Bari. Priorità collaterale è quella di accogliere e supportare i familiari delle vittime che necessitano massima considerazione.

Il percorso per il raggiungimento dell'area nera prevede il trasporto delle salme dal Pronto Soccorso e/o reparto all'Obitorio e/o direttamente dall'esterno, previa informativa telefonica con il responsabile della medicina legale per lo stivaggio temporaneo della salma che potrà avvenire all'obitorio, nel camion frigorifero o nella medicina legale.

Ciascuna salma all'arrivo dovrà essere esaminata dal medico legale che ne documenterà anche fotograficamente lo stato (depezzamento, carbonizzazione, lesioni varie), rilevando effetti personali, peso, altezza e quant'altro utile al processo identificativo. Tutto sarà computerizzato in file e catalogato. La salma sarà quindi registrata, numerata e stivata.

La documentazione sarà esposta ai supposti parenti, in caso di riscontro positivo si esporrà la salma per la identificazione solo ai parenti che hanno riconosciuto gli effetti personali. La salma identificata sarà quindi sottoposta a TAC. Per le salme non identificate o depezzate si procederà ad indagini immunogenetiche, di odontoiatria forense ed antropologia forense, in attesa di una possibile identificazione secondo le norme ministeriali in vigore.

Terminato il processo medico legale volto a stabilire l'epoca di morte (importante per le commorienze) e la causa di morte, espletate tutte le indagini suddette la salma potrà essere rilasciata, ovvero sottoposta ad autopsia giudiziaria ove richiesto dalla magistratura o ove non sia ben definita la causa di morte.

Tutto il Policlinico dispone di n. 8 vecchie celle frigorifere funzionanti (2 all' obitorio, 6 presso la UOC di Medicina legale). Non vi sono celle in Anatomia patologica e non tutte le celle sono sempre disponibili. In considerazione quindi delle operativita' previste riteniamo opportuno per la corretta gestione di un disastro con piu' di 20 deceduti (anche depezzati) che siano realizzate le seguenti necessita':

l'implementazione delle celle frigorifere, ovvero la creazione di ambienti refrigerati.

la disponibilita' di ambienti di strutture limitrofe (anatomia patologica) per accoglienza parenti

la rapida disponibilita' di camion frigoriferi

la destinazione nella UOC di Medicina legale di una TAC

la realizzazione nella UOC di Medicina legale universitaria di almeno due sale settorie e due sale osservazione-esposizione salme

Materiale d'uso nella specie rappresentato da sacche mortuarie, materiale e strumenti di autopsia, beni di conforto per parenti delle vittime.

POLICLINICO DI BARI- DECONTAMINAZIONE OSPEDALIERA IN CASO DI EVENTO NUCLEARE- BATTERIOLOGICO-CHIMICO (NBC)

allegato 8 al PEIMAF

PREMESSA

L'attacco terroristico con utilizzo di sostanze chimiche nell'anno 1995 a Tokio a causa del quale vi furono 12 morti ma, cosa ancora più problematica, 5.500 persone che necessitarono di valutazione e trattamento nelle strutture ospedaliere, ha fatto sì che molti ospedali si siano dotati di piani specifici e di attrezzature e dispositivi idonei.

SITUAZIONE INIZIALE

Fino ad oggi l'Italia non ha mai subito attacchi NBC se non nel periodo delle buste all'antrace. La presenza, però, nel territorio di competenza del Policlinico di numerose Industrie a rischio di Incidente Rilevante, unita al pericolo derivante da possibili trasporti pericolosi per strada, ferrovia, mare o aerea, rende tali eventi potenzialmente reali.

OBIETTIVI DEL PROTOCOLLO

- Evitare la contaminazione dei reparti dell'Azienda Ospedaliera (quindi, protezione di pazienti, personale, visitatori, ecc. oltre che delle strutture).
- Evitare che le vittime subiscano ulteriori danni a seguito degli effetti continuati di sostanze nocive garantendo la migliore assistenza sanitaria possibile.
- Decontaminare le vittime prima dei trattamenti medici successivi.

Pertanto la decontaminazione diviene parte integrante del piano di massiccio afflusso di feriti dell'ospedale. Al fine di evitare la diffusione di sostanze pericolose nell'ospedale è fondamentale che i pazienti vengano svestiti prima di accedere alla stazione di decontaminazione (decontaminazione sommaria). A tale scopo occorre individuare ed allestire una struttura fissa/mobile quale protezione dalle intemperie e copertura visiva all'interno della quale la vittima viene poi portata al punto di decontaminazione disponibile (p. es. bagno, doccia, ecc.) per la decontaminazione approfondita.

L'equipaggiamento di protezione personale deve essere depositato in un locale in prossimità del punto decontaminazione. Bisogna fare in modo che il personale non debba attraversare eventuali settori contaminati.

Per l'attuazione del protocollo NBC è necessario che l'Ospedale si fornisca di:

Struttura di decontaminazione (anche mobili ed estemporanee)

Antidoti

Reparto di medicina nucleare (per competenza)

Reparto di Malattie Infettive

Laboratorio di Tossicologia

PROCEDURA

I pazienti contaminati vengono accompagnati nella struttura dove vengono provvisoriamente registrati e svestiti. Ai pazienti in attesa deve essere data la possibilità di rivestirsi provvisoriamente con vestiti di ricambio (Tute in tessuto non tessuto). Togliendo i vestiti si rimuove già gran parte della sostanza dannosa. L'ulteriore decontaminazione viene eseguita sotto la doccia. Il processo di decontaminazione vero e proprio viene eseguito da personale adeguatamente formato in materia di decontaminazione.

In seguito, asciugare il paziente con panni e dopo averlo rivestito si procede alla registrazione definitiva e al trasferimento in triage.

I DPI DEL PERSONALE E TUTTO IL MATERIALE D'IMPIEGO DEVONO SEMPRE ESSERE DEPOSITATI NELLA ZONA NON CONTAMINATA.

Le misure immediate salvavita (emostasi, controllo cardiovascolare e della respirazione, ecc.) durante la decontaminazione vengono eseguite da personale medico con una formazione specifica in materia di decontaminazione adeguatamente protetti.

Sequenza applicativa

- Svestire il paziente e conservare in sacchi di plastica trasparenti, ma ermetici, i vestiti, le scarpe, gli effetti personali e gli oggetti di valore di ogni persona/paziente (sistema di gestione dei pazienti).

- Se possibile prevedere due percorsi di lavaggio, uno per le persone in grado di camminare e uno per quelle che invece non lo sono.

- Separare i locali per i trattamenti di persone contaminate che non possono essere posticipati (misure immediate salvavita) e proteggerli da eventuali contaminazioni (rimuovere il materiale superfluo o ricoprire il locale, p. es. con pellicole di protezione).

- I pazienti in grado di lavarsi da soli (fare la doccia per 1 minuto, insaponarsi per 3 minuti, fare la doccia per 2 minuti) di regola vengono diretti e sorvegliati dal personale adeguatamente istruito. È consigliabile lavarsi da capo a piedi. Lavare le articolazioni, le pieghe cutanee, i canali uditivi esterni e i capelli con particolare attenzione. Il taglio dei capelli è sicuramente consigliato, tuttavia tale misura va concordata con la persona interessata.

Per l'esecuzione di tale passo della procedura sono necessari:

- docce con temperatura ottimale attorno i 30°C;
- apparecchi di misurazione e di decontaminazione;
- dispenser di sapone (non pH neutro);
- spugne, strofinacci per asciugare e asciugamani di ricambio;
- istruzioni di lavaggio e timer presso ogni doccia
- evitare l'uso di alcol per disinfettare le ferite.

- Rivestire il paziente decontaminato con

- Biancheria di ricambio;
- Calzari di ricambio;
- Protezione contro le intemperie (p. es. metalline, coperte di lana).

- Interrogare / rilevare (rilevamento dei dati per il tracciamento) il paziente, le persone che lo accompagnano e il personale addetto al trasporto.

- Valutazione di triage.

- Trattamento del paziente

Osservazione o trattamento in regime di ricovero, o dimissione. Se è colpito il sistema respiratorio (p. es. inalazione di sostanza tossica) potrà essere necessario il ricorso alla respirazione artificiale in reparto di cure intensive. Le persone decontaminate che non presentano alcun sintomo possono essere dimesse solo se l'agente è conosciuto (attenzione agli effetti tardivi).

SMALTIMENTO (ACQUE REFLUE E MATERIALE CONTAMINATO)

- Le acque di scarico contaminate vengono trattenute, solo se possibile dal punto di vista tecnico, ovvero del personale e del tempo a disposizione (vedi sacche collassabili).

- La relativa procedura deve essere concordata con le autorità locali (VVF, ARPA, etc).

- Poiché per una doccia si consumano circa 10 litri di acqua al minuto ovvero circa 60 litri per doccia, va prevista capacità delle sacche collassabili di smaltimento adeguata al numero di pazienti che si prevede debbano essere decontaminati.

In caso di eventi NBC, le acque di scarico dal punto di decontaminazione possono, di regola, essere smaltite versandole direttamente nella canalizzazione pubblica, solo se:

- gran parte della sostanza dannosa si trova sui vestiti dei pazienti (possibile fino al 90%);
- il mezzo di decontaminazione diluisce fortemente la contaminazione delle persone;
- le acque di scarico si diluiscono ulteriormente nella canalizzazione.

Tutto il materiale di protezione contaminato nonché i vestiti, gli abiti di ricambio, gli effetti personali e gli oggetti di valore delle persone/pazienti decontaminati devono essere imballati in modo opportuno e restituiti o smaltiti seguendo le istruzioni delle autorità/dei servizi specializzati competenti (VVF, ARPA, etc).

PIANIFICAZIONE DEL PERSONALE/FORMAZIONE

Il personale preposto alla procedura deve adeguatamente essere formato in materia di decontaminazione.

Il Centro di competenza NBCR interforze, con sede a Rieti, garantisce un livello d'istruzione omogeneo a livello nazionale. I partecipanti al corso di decontaminazione sono in grado di pianificare, avviare e accompagnare la realizzazione dei protocolli di decontaminazione NBC nel loro territorio di competenza. In alternativa l'addestramento del personale può essere affidato ai VVF.

Per la decontaminazione di persone in grado di camminare non è necessaria alcuna assistenza medica. La decontaminazione di persone che non possono muoversi autonomamente deve essere eseguita da personale sanitario adeguatamente formato.

PUNTO DI DECONTAMINAZIONE PRESSO IL POLICLINICO

Per persona contaminata non deambulante

1 medico

2 infermieri

2 figure non sanitarie adeguatamente formate

Per Massiccio Afflusso di Feriti

2 medici (uno con funzioni di coordinamento)

4 infermieri

4 figure non sanitarie adeguatamente formate

2 membri del personale ausiliario

MATERIALE DI PROTEZIONE NBC: ESIGENZE / STANDARD

Principi / obiettivi

- Se possibile, utilizzare materiale di protezione NBC simile per tutte le forze d'intervento civili, nel rispetto degli standard tecnici minimi previsti dalla normativa che regola i DPI.

Allegato n° 9 al P.E.I. M.A.F.

Vie di accesso

Sulla base della configurazione attuale, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari riconosce un'unica via di accesso e di uscita per i mezzi di soccorso attualmente ubicata in viale Ennio. Pertanto sono necessarie le seguenti misure:

1. Attivazione tempestiva delle forze dell'ordine per il mantenimento della viabilità.
2. Apertura del varco di Via Storelli utilizzabile solo in uscita dai mezzi di soccorso.
3. Eventuale apertura, in caso di necessità, del I varco di Viale Ennio utilizzabile solo in entrata dai mezzi di soccorso.
4. Mantenimento della viabilità all'interno mediante potenziamento del personale di sorveglianza.
5. I mezzi di soccorso in codice rosso e giallo (con lampeggianti e sirene in funzione) verranno indirizzati verso l'area del Pronto Soccorso e dopo aver consegnato i feriti al personale sanitario dell'area di triage, usciranno dall'ingresso di Via Storelli.
6. Tutto il personale sanitario e non, interessato nella gestione del PEIMAF, potrà usufruire gratuitamente degli autosilo adiacenti il Policlinico previo accordo specifico fra le parti.
7. I rifornimenti di materiale ospedaliero provenienti dall'esterno utilizzeranno le vie di accesso destinate ai mezzi di soccorso.
8. L'area di atterraggio dell'elicottero dovrà essere illuminata e presidiata fino a completamento PEIMAF dal personale in convenzione ALIDAUNIA secondo le modalità previste.

ALLEGATO 10: PRESIDI

- Barelle a ruote complete di asta portaflebo e cestello
- Barelle da decontaminazione
- Barelle impilabili di emergenza
- Bombole di ossigeno con manometro-riduttore per trasporto e per back-up
- Carrelli dell'emergenza
- Collari cervicali
- Coperte metalline
- Defibrillatori semiautomatici
- Dispositivi Protezione Individuali
- Glucometri
- Kit paziente composto da 100 unità Set Paziente, ciascuno contenente il seguente materiale:
 - Sacchetto effetti personali numerato
 - Scheda sanitaria per Triage FAST
 - Braccialetto colorato di identificazione codice di priorità
 - Provette numerate per esami ematici ed emogruppo
 - Numero progressivo identificativo adesivo
 - Coperta Metalline
- Materiale da sutura preconfezionato
- Pompe da infusione
- Pulsossimetri portatili
- Rampe di distribuzione ossigeno con attacchi multipli polivalenti (ossigenoterapia e alimentazione respiratori)
- Respiratori portatili
- Shelter pieghevole da decontaminazione con accessori
- Stabilizzatori di bacino
- Tavole spinali con ferma capo e imbragature
- Teli da trasporto portafertiti
- Termometri
- Tute in Tyveck con cappucci

Allegato 11 dotazioni farmacologiche

Cassa colore rosso (reintegro volemico)

da destinare 1 in area rossa e 1 in area gialla ogni 25 feriti

Tipo materiale	Confezione da	Numero unità per cassa
Emagel	500 ml	25
Soluzione fisiologica 0,9%	250 ml in sacca	50
Deflussori	1 deflussore	100
Aghi cannula G20 - 18	1 ago	50
Aghi cannula G16 - 14	1 ago	50
Aghi per intraossea		25
Braunoderm	1 flacone	5
Batuffoli di garza	Sacco da 100	2
Spremisacca pneumatico		10
Siringhe da ml 10 - 5 - 2,5	1 monouso	100
Provette per laboratorio	Colori vari	100
Lacci emostatici	Tubo in Caucciù da m.3	1
Elettrodi adulti	50 pezzi	3
Elettrodi pediatrici	50 pezzi	1
Glucosata 5%	250 ml in sacca	25
Sfigmomanometri aneroidi	1 sfigmomanometro	3
Fonendoscopio	1 fonendoscopio	3
Tourniquet	1 tourniquet	3

Cassa colore blu (respirazione)

da destinare 1 in area rossa e 1 in area gialla ogni 25 feriti

Tipo materiale	Confezione da	Numero unità per cassa
Maschere O2 di Venturi	1 maschera con reservoir	25
Cannule di Guedel	1 Misure 1-2-3-4-5	30
Tubi nasofaringei	1 tubo Misure 5-6-7-8	10
Tubi endotracheali	1 tubo Misure 4-5-6-6.5-7-7.5-8	25
Combitube	1 tubo con relative siringhe	3
Filtri antibatterici	1 filtro	25
Tubi a T	1 corrugato	25
Palloni autoespandibili adulti	1 pallone	10
Palloni autoespandibili pediatrici	1 pallone	2
Maschere per pallone autoespandibile	1 maschera misure 1-3-5	10
Manico per laringoscopia	1 manico	3
Lame per laringoscopia Adulto	n° 3-4	5
Lame per laringoscopia Pediatrico	n° 1-2	3
Pinza Magill Adulti	1 pinza	3
Pinza Magill pediatrica	1 pinza	2
Mandrini per tubi adulti	1 mandrino	5
Mandrini per tubi pediatrici	1 mandrino	2
Siringhe da 10 cc senza ago	1 siringa	5

Cerotto in nastro da 2,5 mm	1 rotolo	3
Garze sterili	1 garza confezionata	10
Pleurocath con valvola di Heimlich	1 set completo	3
Braunoderm disinfettante	1 flacone	1
Sondini di aspirazione	Vario calibro	25
Guanti sterili	1 paio misure 7,5-8	25
Guanti non sterili misura grande	1 pacco da 100	2
Guanti non sterili misura media	1 pacco da 100	2

Cassa colore verde (presidi di medicazione)

da destinare 1 in area rossa e 1 in area gialla ogni 25 feriti

Tipo materiale	Confezione da	Numero unità per cassa
Pacco T	2 Teli	5
Pacco IN	2 Teli	5
Pacco MP	3 ferri chirurgici	10
Pacco MT	3 ferri chirurgici	10
Garze sterili medie	Singola garza	25
Garze sterili grandi	Singola garza	25
Batuffoli di garza	Pacco da 50	1
Guanti sterili misure 7,5-8	1 paio	25
Guanti non sterili misura grande	1 confezione da 100	1
Guanti non sterili misura media	1 confezione da 100	1
Halibox	1 scatola	5
Porta aghi	1 pinza	10
Aghi e fili di sutura non riassorbibili misura 3 tagliente	1 ago montato	100
Cerotti medicati leucoplast misure varie	50 pezzi	4
Siringhe da 5-10 ml	100 pezzi	1
Braunoderm disinfettante	1 flacone	3
Forbici di Lister	1 forbice	3
Coperte termiche	1 coperta	25
Teli sterili grandi	1 telo	3
Sacca fisiologica da 5000 ml	1 sacca	3
Mascherine chirurgiche con visiera	25 pezzi	1
Camici sterili grandi	1 pezzo	5
Set chirurgico (klemmer, porta bisturi, mosquito, ferma teli)	1 pezzo per tipo	5
Lame bisturi 15-18-21	25 pezzi	3
Cerotto in rotolo da 2,5 mm	1 rotolo	10
Fixomull	1 rotolo da 2 m x 20 cm	2
Kit intraossei		

Contenitore termico di colore giallo (farmaci)

da destinare 1 in area rossa e 1 in area gialla ogni 25 feriti

Tipo materiale	Confezione da	Numero unità per cassa
Adrenalina fiala 1mg	10 fiale 1ml	5
Atropina fiala 1mg	10 fiale 1ml	5
Contramal fiala	5 fiale 2ml	2
Dopamina fiala 200 mg	10 fiale 5ml	2
Lasix fiala 20 mg	10 fiale 2ml	2
Lidocaina 2% flacone	1 flacone 50ml	5
Morfina solfato fiala 10 mg	5 fiale 1ml	10
Noradrenalina fiala 1 mg	5 fiale 1 ml	10

Allegato 12. Materiale di magazzino

- Cartoncini colorati con elastico
- Casacche e caschi identificativi
- Coperte di lana
- Etichette con codice a barre
- Evidenziatori
- **Kit Atrio** che contiene il necessario per ricevere e registrare le vittime:
 - 5** forbici taglia abiti
 - 5** forbici normali
 - 1** megafono
 - 7** casacche di identificazione (gilet) colorate
 - Gialla:** Coordinatore dell'Emergenza
 - Arancione:** Responsabile delle Informazioni
 - Bianco:** Responsabile del Triage
 - Rosso:** Responsabile delle attività del DEA
 - Blu:** Stabilizzazione
 - Verde:** Area Rossi e area Gialli
 - 2** torce elettriche
 - 30** penne biro
 - 50** fascette colorate (rosse, gialle, verdi)
- Lettini da campo
- Macchina fotografica digitale
- Materiale per segnaletica interna e delimitazione aree funzionali
- Ricetrasmittente
- Sacchi salma
- Sedie a rotelle
- Tavole portamodulistica
- Tende pneumatiche o gazebo
- Torce elettriche frontali