

**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO “Nostra Signora della Mercede”**

## Sommaro

1	Premessa .....	2
2	Scopo .....	2
3	Campo di applicazione .....	3
4	Terminologia ed abbreviazioni.....	3
5	Modalità operative .....	4
5.1	Livelli di allerta e relativo stato di attivazione del PEIMAF .....	4
5.1.1	Livello I Preallarme .....	4
5.1.2	Livello II Attivazione parziale .....	4
5.1.3	Livello III Attivazione totale .....	5
5.2	Unità di crisi aziendale (UCA).....	5
5.2.1	Attivazione, composizione, sede .....	5
5.2.2	Funzioni.....	6
5.3	Fasi operative.....	7
5.3.1	Fase di attivazione.....	7
5.3.2	Costituzione del contingente di personale .....	8
5.3.3	Disposizione dei feriti nel PS .....	12
6	Strumenti e materiali.....	15
7	Responsabilità e compiti.....	16
8	Archiviazione .....	21
9	Modulistica ed allegati .....	21
10	Criteri e strumenti di valutazione .....	21

Rev.	Data di approvaz.	Causale modifica	Redatto da	Approvato da	Validato da	Codificato da	
0.0	30.09.2016	Prima stesura	Gruppo di Lavoro	Direttori UUOO del PO	Direttore Sanitario	Direzione Generale	
Trasmesso il		30/09/2016	Codificato il		30/09/2016	Distribuito il	05.10.2016
Destinatari							
Direzione di PO, UUOO del PO, Direzione SPS, Direzione di Distretto, Direzione del DSMD, Direzione DP							



**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO “Nostra Signora della Mercede”**

## 1 Premessa

Non è un'evenienza rara che un ospedale si trovi a dover improvvisamente soccorrere un gran numero di pazienti/feriti, a seguito di calamità naturali e/o provocate con conseguente inadeguatezza di servizi calibrati per situazioni usuali di urgenza/emergenza.

Altrettanto frequente è la possibilità che la struttura ospedaliera subisca dei danneggiamenti a causa di eventi naturali e non, e che questo comporti ancora una volta la diminuzione della sua operatività, fino ad arrivare a casi estremi di evacuazione parziale o totale dei degenti.

Il presentarsi di una maxi emergenza rende insufficiente la risposta che quotidianamente può essere fornita dai sistemi di soccorso territoriali ed ospedalieri.

Risulta pertanto evidente come sia necessario costruire una strategia organizzativa che consenta di integrare le risorse e di coordinare gli interventi.

Il D.P.R 27 marzo 1992 impone, infatti, ad ogni ospedale di predisporre un piano per affrontare situazioni di maxi emergenza, al fine di rendere rapide ed efficaci tutte le fasi della gestione dell'evento.

Il presente piano è stato predisposto a seguito di:

- verifica delle ipotesi di rischio presenti sul territorio (traumatismi da incidente stradale, politraumi, incendi, disastro navale, calamità naturali);
- identificazione delle capacità ricettive dell'ospedale;
- definizione delle aree d'accesso e di accettazione;
- individuazione del personale da impegnarsi nel primo intervento;

ed è stato articolato tenendo conto delle attuali caratteristiche strutturali e organizzative del Presidio Ospedaliero “Nostra Signora della Mercede” e risponde ad alcuni requisiti di base:

- è adattabile a qualunque tipo di emergenza;
- consente di garantire l'assistenza al più elevato numero di pazienti;
- consente di garantire un immutato standard di assistenza anche nei periodi in cui possono verificarsi flessioni sulla presenza di personale (a causa di ferie, festività o fascia oraria notturna);
- prevede una riprogrammazione dell'attività di ricovero ordinaria e ambulatoriale al fine di assicurare prioritariamente la gestione dell'emergenza.

## 2 Scopo

Scopo del presente Piano è quello di provvedere ad offrire, in caso di ammissione ospedaliera di un notevole numero di pazienti per evento incidentale/catastrofe extra-ospedaliero, la migliore risposta operativa possibile



**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO “Nostra Signora della Mercede”**

per i pazienti, i visitatori e l'intera comunità mediante una identificazione puntuale dei compiti individuali, di Unità operativa, di dipartimento e dei servizi amministrativi. Assicurare, quindi, in particolare::

- l'accettazione contemporanea di un elevato numero di pazienti;
- l'erogazione di cure quanto più possibile qualificate e comunque adeguate alla gravità delle lesioni dei soggetti ricoverati così da bloccare il progredire degli eventi destabilizzanti le funzioni vitali dei singoli pazienti, impedire l'insorgere di fenomeni aggravanti e supportare e mantenere le funzioni vitali.

### 3 Campo di applicazione

Il presente Piano si applica nel PO “Nostra Signora della Mercede” in situazione di maxi emergenza.

### 4 Terminologia ed abbreviazioni

<b>Maxi emergenza</b>	Qualsiasi incidente comporti un elevato numero di vittime e sia in grado di mettere in difficoltà il sistema di risposta istituzionale.
<b>Catastrofe</b>	Maxi emergenza in cui il numero delle vittime e la gravità dell'evento superano la capacità di risposta dei servizi di emergenza locali.
<b>Disastro</b>	Maxi emergenza nel corso della quale è compromessa l'operatività dell'ospedale per il sovvertimento del tessuto sociale e la distruzione dei sistemi d'emergenza
<b>Allarme</b>	Si parla di allarme per la struttura ospedaliera allorché si preveda l'affluenza al Pronto Soccorso di un numero elevato di pazienti/feriti in tempi relativamente brevi o con codice giallo o rosso (maxi emergenza)
<b>Maxi Emergenza di livello I</b>	Emergenza con accesso in Pronto Soccorso di un numero di codici rossi o gialli compresi tra 3-5 /ora
<b>Maxi Emergenza di livello II</b>	Emergenza con accesso in Pronto Soccorso di più di 3 codici rossi o gialli/ora ed elevato numero di pazienti in differenti condizioni cliniche.
<b>PEIMAF</b>	Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti
<b>Attivazione parziale</b>	Coinvolgimento del Pronto Soccorso, Terapie Intensive, Radiologia, Laboratorio, Centro Trasfusionale e Sala Operatoria (in caso di maxi emergenza di livello I)
<b>Attivazione totale</b>	Coinvolgimento di tutto l'Ospedale (in caso di maxi emergenza di livello II)
<b>UCA</b>	Unità di crisi aziendale





**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO "Nostra Signora della Mercede"**

<b>HDM</b>	Hospital Disaster Manager
<b>Personale della struttura</b>	Operatori dei ruoli sanitari in servizio
<b>PO</b>	Presidio ospedaliero "Nostra Signora della Mercede"
<b>SPS</b>	Servizio delle Professioni Sanitarie
<b>Vittima</b>	Qualunque persona che, coinvolta in un incidente, ne subisce i danni (di qualsiasi entità sia di tipo biologico sia di tipo psicologico e sociale) o addirittura la morte.

## 5 Modalità operative

Una efficace azione di controllo della maxi emergenza presuppone la mobilitazione immediata di risorse adeguate, quantitativamente e qualitativamente, allo scenario incidentale.

### 5.1 Livelli di allerta e relativo stato di attivazione del PEIMAF

#### 5.1.1 Livello I Preallarme

Qualora sia prevista l'affluenza al Pronto Soccorso del PO "Nostra Signora della Mercede" di un numero elevato di pazienti/feriti in tempi relativamente brevi o con codice giallo o rosso, l'allarme può arrivare da:

- Centrale Operativa del 118;
- Prefettura/Protezione Civile;
- altre fonti Istituzionali.

In caso di pre-allarme non vi è ancora alcuna certezza riguardo all'impatto dell'evento e all'effettiva necessità di mutare l'assetto organizzativo dell'ospedale, ma è necessario che l'**Hospital Disaster Manager (HDM) Direzione sanitaria** provveda a disporre affinché si inizino a liberare le risorse che richiedono più tempo per la loro disponibilità: sale operatorie, tac, ricoveri programmati nei reparti, si velocizzino le dimissioni già previste e si pre-allertino i reperibili dell'area d'emergenza.

#### 5.1.2 Livello II Attivazione parziale

Qualora si preveda una emergenza con accesso in Pronto Soccorso di un numero di codici rossi o gialli compresi tra 3 rossi/ora, con la specifica dell'equivalenza tra 1 codice rosso e 2 codici gialli, si può prevedere che l'evento provochi un significativo impatto sul Pronto Soccorso e sull'area critica, ma non sulle restanti attività che non subiranno se non accettabili incrementi nei carichi di lavoro. L'**Hospital Disaster Manager (HDM) Direzione Sanitaria** attiva le UUOO di Pronto Soccorso, Anestesia e Rianimazione, Radiologia, Centro Trasfusionale e Laboratorio.

**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO "Nostra Signora della Mercede"**

### 5.1.3 Livello III Attivazione totale

Qualora si preveda una emergenza con accesso in Pronto Soccorso di un numero di codici rossi o gialli superiori a 3 rossi/ora, con la specifica dell'equivalenza tra 1 codice rosso e 2 codici gialli, ed elevato numero di pazienti in differenti condizioni cliniche, è prevedibile che l'evento provochi un impatto tale sull'ospedale da richiedere la disponibilità di cospicue risorse, come anche nel caso dell'arrivo in Pronto Soccorso di un elevato numero di vittime in differenti condizioni cliniche. È probabile che tale scenario impedisca la quasi totalità delle normali attività. L'attivazione dell'intero PO richiede quasi sempre una revisione dei turni di servizio e può dar luogo alla presenza in ospedale di un numero di operatori fino al 50% della pianta organica complessiva dell'ospedale.

### 5.2 Unità di crisi aziendale (UCA)

L'UCA rappresenta il nucleo decisionale sia nella fase di preparazione che nella fase operativa della maxiemergenza.

#### 5.2.1 Attivazione, composizione, sede

E' allertata in caso di attivazione parziale e resa operativa in caso di attivazione totale.

In fase di emergenza, è attivata dall'**Hospital Disaster Manager (HDM) Direzione Sanitaria** su comunicazione del **medico del Pronto Soccorso** o **della Centrale Operativa 118**, o della **Prefettura/Protezione Civile** o da parte di **altre fonti istituzionali**.

La lista dei componenti dell'UCA è costantemente aggiornata, ed è sempre disponibile in Direzione di Presidio, in Pronto Soccorso e in Portineria del PO.

L'Unità di Crisi è composta da:

- Il Direttore Sanitario Aziendale o suo delegato/sostituto, che la presiede
- Il Direttore di Presidio, o suo delegato/sostituto
- Il Direttore del Servizio di Anestesia e Rianimazione o suo delegato/sostituto
- Il Responsabile del Pronto Soccorso, o suo delegato/sostituto
- Il Coordinatore SPS dell'Area dei Servizi o suo delegato/sostituto
- Il Coordinatore SPS dell'Area Ospedaliera o suo delegato/sostituto
- Il Direttore del S. Tecnico Logistico o suo delegato/sostituto
- L'Addetto stampa
- Il Direttore del Servizio Farmaceutico o suo delegato/sostituto



**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO "Nostra Signora della Mercede"**

- Il Direttore del S. Programmazione e Controllo - Sistemi Informativi o suo delegato/sostituto
- Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione o Suo delegato/sostituto

Ogni componente dell'UCA nomina e comunica formalmente alla Direzione Generale il proprio delegato/sostituto e adotta uno schema di mobilitazione del proprio organico.

L'Unità di Crisi ha sede presso la direzione del PO dove sono tenuti funzionanti una duplice linea telefonica esterna e interna, eventuali ricetrasmittenti, fax, PC in rete con applicativi informatici aziendali e regionali e fotocopiatori.

L'UCA dispone dei necessari documenti di supporto all'attività: copia del presente piano, planimetrie aggiornate del PO, elenco dei numeri telefonici utili.

### 5.2.2 Funzioni

In fase preliminare l'UCA provvede:

- a identificare un'area da adibire a zona triage secondo requisiti ottimali per ampiezza, illuminazione, riscaldamento, facile accessibilità ai mezzi di soccorso e maggiore vicinanza possibile ai servizi d'emergenza (rianimazione, sala operatoria, radiologia) (**Allegato 1**);
- a identificare specifiche ulteriori vie preferenziali di accesso al PS presidiate per il transito di autoambulanze e vetture;
- ad assicurare scorte adeguate di presidi (es. barelle, letti, carrozzine) e di materiale di consumo (es. lenzuolini monouso, farmaci, biancheria) da tenere stoccate in depositi facilmente accessibili;
- a predisporre la lista nominale del personale facente parte dell'Unità di Crisi Aziendale da convocare con relativi recapiti;
- a che sia tenuto aggiornato l'elenco del personale delle UUOO con relativi numeri di telefono;
- a verificare che nei turni di servizio delle UU.OO. del personale medico ed infermieristico sia sempre indicato il ruolo assegnato in caso di maxi emergenza;
- ad assicurare la disponibilità del PEIMAF a tutti gli interessati;
- ad organizzare le attività di formazione, addestramento e simulazione necessarie ad assicurare che tutti gli interessati siano in grado di attuare il PEIMAF qualora si verifichi una maxi emergenza.

In fase operativa assicura:

- la tempestiva costituzione nella sede propria (direzione PO);



**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO "Nostra Signora della Mercede"**

- l'allestimento delle vie d'accesso;
- i rapporti con l'esterno (118 - protezione civile- forze dell'ordine- unità di soccorso sul territorio);
- la comunicazioni con altre strutture interessate;
- il coordinamento dei responsabili d'area;
- la gestione delle informazioni al pubblico ed alla stampa;

inoltre

- verifica l'allerta, con la Centrale Operativa 118 /Protezione civile ed altre eventuali fonti istituzionali, per avere informazioni aggiornate utili al dimensionamento dell'evento;
- conferma l'attivazione del piano di emergenza;
- nomina Coordinatore dei Soccorsi un medico di Pronto Soccorso (HDM Coordinatore);
- coordina tutti i servizi/soggetti che possono essere coinvolti in funzione della tipologia dell'evento che si può verificare;
- valuta e autorizza le attività sanitarie e amministrative straordinarie necessarie per fronteggiare l'emergenza (risorse umane – risorse tecnologiche – presidi – farmaci - beni di consumo - attività in service);
- definisce l'entità (% e tempi) della rimodulazione dell'attività di ricovero ordinaria e diurna e ambulatoriale (consulenze-diagnostica per immagini e di laboratorio) sino al rientro della situazione di emergenza (% riduzione, sospensione);
- controlla l'avvenuto allestimento dell'area di ricezione (area triage e vie di accesso);
- notifica l'attivazione dell'UCA alla Centrale Operativa 118;
- collabora con tutte le altre Istituzioni con le quali si dovranno porre in essere le azioni di risposta integrate es. Prefettura, Protezione Civile, Vigili del Fuoco, ecc.;
- gestisce le relazioni con i mass-media e con i parenti, attraverso la predisposizione di un ufficio informazioni straordinario rivolto ai parenti dei pazienti ed ai mezzi di informazioni ubicato presso l'Ufficio Cartelle Cliniche della Direzione di PO;
- decreta la cessazione dello stato di allarme ed il ritorno alle normali attività dell'Ospedale.

### 5.3 Fasi operative

#### 5.3.1 Fase di attivazione

La fase di attivazione compete, almeno inizialmente, al **medico in turno in Pronto Soccorso**.





**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO "Nostra Signora della Mercedes"**

Il livello di attivazione è determinato dal numero complessivo di pazienti presenti in Pronto Soccorso e/o attesi nella prima ora dall'allarme e dal numero di codici Gialli e/o Rossi (come indicato nel punto 5.1.2):

- in caso di emergenza di livello II, il medico in turno in Pronto Soccorso attiva l'**HDM Direzione Sanitaria** che provvede, a sua volta, ad attivare le UU.OO. di Pronto Soccorso, Rianimazione, Radiologia, Centro Trasfusionale e Laboratorio;
- in caso di emergenza di livello III, il medico in turno in Pronto Soccorso attiva l'**HDM Direzione Sanitaria** che, entro 30 minuti dall'allerta del medico del PS, provvede a:
  - confermare l'attivazione del piano d'emergenza,
  - attivare l'Unità di Crisi Aziendale (UCA).

Il primo intervento è garantito dagli operatori già presenti in turno e reperibili, pertanto nella primissima fase gli attori sono: il **medico del P.S.** che assumerà la funzione di coordinatore dei soccorsi, **HDM Coordinator**), **l'infermiere di PS** e il **medico rianimatore** in turno.

Nella fase di allertamento gli incarichi sono distribuiti come segue:

<b>HDM Coordinatore</b>	1° medico di PS
<b>HDM INFO</b>	1° IP di PS
<b>HDM Triage</b>	2° IP di PS
<b>HDM STABILIZZATORE</b>	2° medico di PS
<b>HDM Area Rossa</b>	Rianimatore
<b>HDM Area Gialla</b>	Chirurgo di guardia
<b>HDM Area Verde</b>	Ortopedico
<b>HDM DEA</b>	Coordinatore infermieristico/ IP di PS
<b>HDM Direzione Sanitaria</b>	Direttore PO/Dirigente medico direzione PO con il supporto del Coordinatore SPS dell'area ospedaliera
<b>HDM Trasferimenti</b>	
<b>HDM Ricoveri</b>	

L'**HDM Coordinatore** dispone affinché le barelle siano portate dalle UU.OO in Pronto Soccorso e affinché i pazienti presenti in Pronto Soccorso siano ricoverati nelle UU.OO o dimessi.

### 5.3.2 Costituzione del contingente di personale

Il personale non in servizio, necessario per la risposta alla maxi emergenza, deve essere immediatamente allertato. Questo compito è svolto attraverso le modalità di seguito indicate





**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO "Nostra Signora della Mercede"**

### 5.3.2.1 Allertamento interno (in caso di livello III)

L'HDM Direzione Sanitaria informa le Unità Operative dello stato di maxi emergenza per il tramite del Centralino o direttamente.

### 5.3.2.2 Chiamata dei reperibili da centralino (in caso di livello II e III)

Il **centralinista** dispone dei turni di reperibilità di alcune UU OO. In caso di attivazione del Piano per Maxi emergenza, dovrà effettuare le chiamate specificando che si tratta di una situazione di maxi emergenza.

### 5.3.2.3 Chiamata del personale fuori servizio rintracciabile (in caso di livello III)

Le chiamate partono anche da ciascuna Unità Operativa clinica o dei servizi. Il **personale in servizio in ogni Unità Operativa** chiama inizialmente 2 operatori per ciascun profilo professionale attingendo i numeri dalle liste che in ogni Reparto sono state approntate; si eseguono in caso di necessità altre chiamate fino a raggiungere il numero di persone necessario.

Il personale viene convocato, secondo le modalità normalmente in uso, sulla base delle liste predisposte e costantemente aggiornate, con il sistema di chiamata a cascata. Questo sistema evita che alcune persone vengano allertate più volte mentre altre non vengano chiamate affatto.

La procedura delle chiamate a cascata viene innescata dal coordinatore dei soccorsi e dall'HDM Coordinatore secondo lo schema sequenziale sotto riportato.

Per la comunicazione si deve usare sempre il seguente messaggio standard:

"E' stato attivato il piano della maxi emergenza."

Ogni richiesta di ulteriori informazioni deve essere evitata.

**Il medico del PS- HDM Coordinatore** attiva immediatamente la seguente chiamata a cascata:

- il Responsabile del PS;
- l'HDM Direzione Sanitaria con la richiesta di attivazione dell'UCA (in caso di livello III) ;
- il medico di PS in servizio nel turno successivo per anticipare l'arrivo, in caso di mancata risposta, il collega di riposo o in ferie;
- il medico rianimatore di guardia, che dopo aver allertato il suo direttore e i reperibili (medico, infermiere, OSS) si recherà in PS sino al momento in cui non arriveranno i medici di pronto soccorso allertati, al fine di garantire la presenza contemporanea di più medici;
- il medico di guardia dell'Area di Medicina;

**l'infermiere del PS- HDM Info** chiama:

**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO “Nostra Signora della Mercede”**

- il Coordinatore SPS dell'Area dei servizi;
- il Coordinatore SPS dell' U.O. di Anestesia e Rianimazione;
- l'infermiere reperibile dell'UO di Anestesia e Rianimazione;

Negli orari in cui non sono presenti reperibili si chiederà agli operatori in servizio nel turno successivo di anticipare l'arrivo; in caso di mancata risposta si richiameranno i colleghi di riposo o in ferie. Il personale in turno (medico, infermiere, OSS) rimarrà in servizio sino all'arrivo degli operatori richiamati, o oltre se necessario.

Nel caso in cui, per diversi motivi (assenza di personale in servizio, contemporanea attività di emergenza in corso, ecc.), si riscontri una carenza di operatori disponibili, sarà l'**HDM Coordinatore** a ridisegnare l'allocazione delle risorse umane attraverso, ad esempio, l'accorpamento di alcuni ruoli.

Il personale reperibile/convocato, giunto in ospedale, deve presentarsi all'**HDM Coordinatore**, o all'**HDM Info**, il quale, in base alla situazione e alle esigenze, provvede ad assegnare loro un ruolo ed un compito.

Alcuni ruoli, inizialmente, potrebbero essere assegnati a operatori non formati secondo i criteri HDM. All'arrivo dei reperibili e del personale da casa, l'HDM Coordinatore dovrà valutare se sostituire questi operatori, che comunque, nella maggior parte dei casi, dovranno rimanere nel team che hanno gestito.

Se la maxi emergenza si verifica in corrispondenza di un cambio turno, si chiede al personale smontante di prolungare il proprio turno lavorativo, fino al sopraggiungere degli operatori da casa o fino a quando disposto dall'**HDM Direzione Sanitaria**.

Per ciascun reparto di cura, è necessario prevedere un rinforzo di turno di un medico e due infermieri (chiamati dall'UO tra i reperibili prima e poi i rintracciabili), al fine di procedere ai ricoveri in sovrannumero previsti dalla pianificazione.

I trasferimenti nei reparti saranno a carico del personale di reparto e saranno disposti dagli **HDM Area Rossa, Gialla o Verde in accordo con HDM Coordinatore** in maniera insindacabile.

L'**HDM Trasferimenti** attiva a cascata il team per i trasporti secondari, costituito dal personale del "gruppo trasporti" e dagli autisti, che si metteranno a disposizione di **HDM Area Rossa, Gialla o Verde**.

Di seguito il prospetto dell'organizzazione del personale (in rosso HDM con funzioni di coordinamento, in verde HDM con funzioni cliniche)



**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO "Nostra Signora della Mercede"**

Ruolo	Coordinatore	Team T0	Team T1	Note
<b>HDM Coordinatore</b>	1° medico di PS			
<b>HDM INFO</b>	1° IP di PS			
<b>HDM DEA</b>	Coordinatore infermieristico/IP di PS	1° IP PS 1° OSS PS OSS ginecologia	1° IP PS 1° OSS PS OSS ginecologia	
<b>HDM Direzione Sanitaria HDM Trasferimenti HDM Ricoveri</b>	Dirigente medico DPO/Coordinatore SPS area ospedaliera			Collaborano quanti non sono stati coinvolti direttamente in PS
<b>HDM STABILIZZATORE</b>	2° medico di PS	2° medico di PS 3° IP PS 1° IP UTIC	2° medico di PS 3° IP PS 1° IP UTIC	
<b>HDM Area Rossa</b>	Rianimatore	Rianimatore 1° IP Rianimazione 1° IP UTIC	Rianimatore rep. IP Rianimazione reperibile IP UTIC	
<b>HDM Area Gialla</b>	Chirurgo di guardia	Chirurgo 1° IP Chirurgia 1° IP Ginecologia	Medico PS convocato IP PS 1° IP Nefrologia	
<b>HDM Area Verde</b>	Ortopedico	Ortopedico 1° IP Ortopedia 2° IP Chirurgia	Ortopedico rep./conv IP area chir. convocato IP area chir. Convocato	

Per evitare che il personale ospedaliero coinvolto nell'emergenza possa risentire in modo grave di psicotraumatismi da stress, con inevitabili conseguenze negative anche sull'efficienza del sistema, i compiti sono suddivisi in modo equilibrato, si effettua il monitoraggio del livello di stress dei singoli membri dello staff dell'ospedale ed al termine dell'emergenza si programma il debriefing per alleggerire la tensione accumulata e per discutere sui problemi emersi nell'emergenza.



**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO "Nostra Signora della Mercedes"**

### 5.3.3 Disposizione dei feriti nel PS

#### 5.3.3.1 Allestimento area di accettazione-ricezione-trattamento dei pazienti.

L'area del Pronto Soccorso è liberata dai pazienti stazionanti o eventualmente degenti in OBI mediante trasferimento nei reparti o, quando possibile, mediante invio a domicilio secondo le indicazioni del responsabile del Pronto Soccorso, o suo delegato.

L'area di accettazione/ricezione-trattamento dei pazienti prevede:

- un'area di **triage** o verifica del triage precedentemente effettuato, da allestirsi nella *camera calda*;
- un'area per pazienti che necessitano di osservazione, individuata nel *disimpegno interno dell'area clinica del Pronto Soccorso*;
- un'area per pazienti gravi, **area "rossa"**, il più vicino possibile alla rianimazione, alla radiologia e alle sale operatorie, individuata nella *sala codici rossi* (se necessario, si può prevedere il potenziamento della funzionalità delle aree già attrezzate e dotate di sistemi di monitoraggio e sostegno delle funzioni vitali quali: *stanze di degenza della UO di Anestesia e rianimazione, presale operatorie, sale operatorie non impegnate direttamente in attività chirurgiche, UTIC*).
- un'area per pazienti a trattamento differibile, **area "gialla"**, individuata nelle *stanze dell'OBI*;
- un'area per pazienti con lesioni trattabili ambulatorialmente, **area "verde"**, da allestirsi nello *spazio di supporto del Pronto Soccorso*;
- un locale per pazienti deceduti, **area "nera"**, qualora vengano saturate le capacità di accoglimento della camera mortuaria, individuata nella *stanza deposito salme del Pronto Soccorso*.

Si deve prevedere la disponibilità di:

- un ecografo e di un apparecchio radiologico portatile nell'area "rossa" per consentire diagnostica di primo livello tempestiva nei pazienti da stabilizzare, evitando il trasporto in Radiologia dei pazienti critici;
- un ecografo e di un apparecchio radiologico portatile nell'area "gialla" per consentire diagnostica di primo livello evitando "congestione" della Radiologia da riservarsi alla diagnostica di II livello e le indagini dei pazienti stabilizzati.

#### 5.3.3.1.1 Istruzioni per il Triage

All'arrivo in Ospedale i feriti/pazienti sono suddivisi secondo una delle quattro classi di gravità ai fini di una immediata identificazione con i nastri colorati già predisposti.





**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO "Nostra Signora della Mercede"**

Nella fase immediatamente successiva all'ingresso dei pazienti/feriti nei locali del pronto soccorso, si compila una cartella clinica semplificata con i seguenti dati:

- dati anagrafici e numero di accesso,
- classe definita di triage,
- un indirizzo diagnostico orientativo,
- i risultati degli accertamenti diagnostici,
- l'eventuale destinazione del ferito/paziente,
- il reparto ospedaliero di destinazione,
- l'ospedale di seconda destinazione (in caso di trasferimento presso altra struttura)

E' importante ricordare che il triage procede a diversi livelli; dopo quello fatto all'arrivo occorre:

- effettuare ulteriori controlli da parte del coordinatore dei soccorsi o da altro specialista a seconda della patologia preminente,
- effettuare controlli il più possibile ravvicinati nel tempo al fine di individuare precocemente eventuali lesioni latenti o l'aggravamento di quelle manifeste.

### 5.3.3.2 Aree di backup

E' importante che le aree di trattamento non vadano incontro a un fenomeno di rapida saturazione. Questo provocherebbe una caduta della qualità di cura per le vittime. Il percorso dei pazienti, successivamente al loro passaggio nelle aree rossi, gialli e verdi, può prevedere quattro possibilità:

- *ricovero nei reparti di degenza o in Rianimazione;*
- *passaggio in Sala Operatoria per esecuzione di intervento chirurgico urgente;*
- *trasferimento presso altro ospedale;*
- *decesso.*

I trasferimenti nei reparti sono a carico del personale di reparto, i trasferimenti in Sala Operatoria sono a carico del personale delle UUO di Chirurgia e Ortopedia e saranno disposti, dagli **HDM Area Rossa, Gialla o Verde** in accordo con l'**HDM Coordinatore**, in maniera insindacabile.

Il ricovero presso reparti di degenza o in Rianimazione può risultare difficile qualora anche a questo livello le capacità ricettive siano esaurite. Per questa ragione, è importante prevedere un piano specifico per incrementare la recettività dei reparti e la presenza di aree di back-up che possano fungere da ulteriore serbatoio di riserva per la collocazione dei pazienti provenienti dalle aree di trattamento.

**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO “Nostra Signora della Mercedes”**

Le aree di backup sono identificate nella *hall* del PO e nella *sala d'attesa della Radiologia* in contiguità con l'area del Pronto Soccorso.

### 5.3.3.3 Strategia di utilizzo delle aree di accettazione-ricezione-trattamento-backup

Nella fase iniziale, per ottimizzare l'utilizzo delle risorse, è necessario concentrare i pazienti in uno spazio limitato.

Con l'arrivo del personale in supporto, s'incrementa la capacità di ricovero da parte dei reparti di degenza e si allestiscono le aree di backup.

Il trasferimento dei pazienti che hanno terminato il loro percorso diagnostico urgente ai reparti o alle aree di backup, consente di liberare risorse in Pronto Soccorso per altre vittime.

Le aree di trattamento del Pronto Soccorso non sono stazioni di prolungata permanenza per i pazienti, ma tappe di passaggio verso la sistemazione definitiva.

Viceversa, nelle aree di backup le vittime possono permanere più a lungo, in attesa di trovare posto nei reparti o in altri ospedali.

### 5.3.3.4 Reparti di degenza

Tutti i reparti sono da considerati un unico bacino di posti letto ed i pazienti sono assegnati ai reparti cercando di rispettare, fin dove possibile, la competenza nosologica, ma considerandola secondaria in caso di necessità. I pazienti vittime della maxi emergenza occuperanno, quindi, indifferentemente i posti letto liberi di qualsiasi reparto. In caso di elevato afflusso di traumatizzati si individuano come reparti di riferimento per il ricovero delle vittime della maxi emergenza l'Ortopedia e Chirurgia. I pazienti stabili già degenti in questi reparti verranno trasferiti negli altri reparti di degenza, liberando progressivamente letti.

Nei primi 30 minuti i reparti dovranno limitarsi ad accettare i pazienti già in Pronto Soccorso per i quali, nelle operazioni di rivalutazione, sia stato giudicato necessario il ricovero.

I trasferimenti nei reparti saranno a carico del personale di reparto e saranno disposti dai **Coordinatori delle Aree Rossa, Gialla o Verde** in accordo con **HDM Coordinatore** in maniera insindacabile.

Alla conferma dello stato d'allarme l'**HDM Coordinatore**:

- recepisce dai medici di PS in turno i nominativi dei pazienti da trasferire nelle UUOO;
- compila l'elenco in cui sono specificati: dati anagrafici, età, diagnosi;
- esegue la chiusura delle schede dei pazienti, stampa il foglio di ricovero e lo allega con la documentazione clinica del paziente;
- si avvale della collaborazione di **HDM Ricoveri** per effettuare il trasferimento



**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO "Nostra Signora della Mercede"**

### 5.3.3.5 Emocomponenti

Gli emocomponenti devono essere richiesti solo per situazioni di reale necessità e non per generiche ragioni di prudenza o per disporre di scorte "nel caso in cui potessero servire".

La richiesta deve riportare, se disponibile, nome e cognome del paziente; tuttavia, davanti al cognome, si dovrà indicare il numero progressivo del paziente (assegnato al momento del triage).

La validazione delle unità prima della trasfusione sarà effettuata in tre passi:

- controllo del numero dell'unità,
- controllo del numero progressivo del paziente,
- controllo anagrafico (se dati disponibili).

L'attivazione di altri centri trasfusionali deve essere immediata, a cura del personale del Centro Trasfusionale, qualora si intraveda la possibilità che insorgano situazioni di carenza di emoderivati.

### 5.3.3.6 Richiesta esami radiologici

Le richieste sono predisposte sul modulo di richiesta cartacea già in uso in Pronto Soccorso con numero progressivo maxi emergenza, bollino di colore verde rosso o giallo, identificativo del paziente su cui riportare: numero progressivo, identificativo, diagnosi e dati anagrafici, prestazione radiologica richiesta

Il referto è riportato su modulo della radiologia in uso

Interlocutore unico del Radiologo è l'HDM Coordinatore. Le richieste d'esame dovranno essere consegnate a mano al Radiologo Coordinatore (HDM Radiologia).

Successivamente si provvede alla riconciliazione del numero di Maxi emergenza con i dati anagrafici del paziente.

## 6 Strumenti e materiali

### Materiale necessario allo stato di emergenza pre assemblato in kit

**Luogo di conservazione:** deposito del Pronto Soccorso

**Contenuto:**

Coperta "metalline"
Sacchetto nero per effetti personali
Provette numerate per esami del sangue
Richieste numerate per esami
Numero progressivo adesivo (N.B. I numeri progressivi vanno dal n. 1 al n. 20) .



**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO “Nostra Signora della Mercede”**

forbici taglia abiti
forbici normali
casacche di identificazione
torce elettriche
50 mollette colorate (o nastri colorati)
3 zaino per emergenza (utilizzare quelli presenti nel PO)

**Dotazioni**

Farmaci	Presidi	Ausili	Carrelli emergenza
Soluzione Fisiologica fl – EV	Kit per sutura	n. 8 barelle del PS n. 5 nelle UUOO n. 2 in SO	n. 3 avanzati
Atropina fl -SC IMEV	H <sub>2</sub> O <sub>2</sub>	n. 3 Barelle a cucchiaio	
Midazolam fl - IM EV	Betadine	n. 10 barelle spinali	
Xilocaina 2% flaconi topico fl	Telini sterili	n. 1 Materassino a depressione	
Novesina collirio flaconi	Garze sterili		
Efedrina Adrenalina fl - IM EV	Garza non sterile	n. 20 carrozzine	
Flebocortid - Soluz . fl – EV	Benda Grassa		
Medrol - Bentelan fl-EV- IM - SC			
Morfina o similari fl- EV –IM			
Lixidol fl –EV			
Propofol fl –EV in frigorifero			
Salbutamolo spray			
Curaro			
Antidoti			

**7 Responsabilità e compiti**

L'**HDM Coordinatore** ha la responsabilità di:

- identificare il livello di attivazione e attivare la risposta ospedaliera alla maxiemergenza;
- attivare il sistema di allarme;
- assegnare i compiti e convocare i vari HDM Pronto Soccorso;





**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO "Nostra Signora della Mercede"**

- compilare la lista "dimissibili" e dimettere dal Pronto Soccorso;
- compilare lista "trasferibili" e trasferire;
- compilare lista "in Pronto Soccorso" e assegnare agli ambulatori;
- ricevere gli operatori provenienti dalle UUOO e da casa e assegnarli alle varie aree;
- gestire la fase di impatto della maxi emergenza, limitando il più possibile i rischi per operatori e pazienti, ed evitando una inaccettabile caduta della qualità di trattamento erogato;
- ricordare l'importanza della sicurezza per gli operatori e per i pazienti;
- identificare immediatamente un potenziale rischio evolutivo correlato all'evento;
- analizzare le criticità e le risorse e ridistribuire queste ultime in base alle necessità;
- gestire le rotazioni nei team;
- mantenere continuamente il contatto con HDM DS e Unità di Crisi Aziendale.

**L'HDM INFO** ha la responsabilità di:

- compilare la TABELLA OPERATORI così da mantenere un quadro aggiornato delle risorse disponibili;
- compilare la TABELLA RISORSE così da contribuire alla corretta gestione delle risorse in base alle necessità ed indicazioni;
- compilare il REGISTRO EVENTI;
- chiedere continui aggiornamenti dalle Aree, dalla radiologia, dalla Sala Operatoria, dalle UUOO;
- gestire i flussi dei pazienti in collaborazione con HDM DEA;
- operare una funzione di filtro verso le richieste indirizzate ad HDM Coordinatore, in particolare gestire il flusso di esecuzione degli esami radiologici, in accordo con HDM Radiologia, la priorità di accesso alle Sale Operatorie, il flusso di trasferimento dei pazienti stabilizzati nelle UUOO, in collaborazione con HDM Ricoveri, e dei pazienti da trasferire presso altri Ospedali, con HDM Trasferimenti;
- comunicare i dati ad HDM DS, quando viene richiesto;
- sostituire HDM Coordinatore qualora fosse impossibilitato a continuare la sua attività.

**L'HDM DEA** ha la responsabilità di:

- consegnare i kit a HDM Coordinatore;
- tracciare i percorsi per le varie aree con i nastri colorati;
- allestire le aree Rossi-Triage-Stabilizzazione-Gialli-Verdi insieme ai vari HDM di riferimento



**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO "Nostra Signora della Mercedes"**

- monitorare le scorte e provvedere ai ripristini;
- fornire i dispositivi di protezione individuali;
- assicurare l' approvvigionamento di acqua e generi alimentari;
- gestire le salme con la camera mortuaria.

**L'HDM Direzione Sanitaria/HDM Trasferimenti/HDM Ricoveri** ha la responsabilità di:

**HDM Direzione Sanitaria**

- attivare l'Unità di Crisi;
- predisporre l'area di riunione dell'Unità di Crisi;
- interrompere l'attività di elezione di radiologia., laboratorio, trasfusionale, ambulatori;
- attivare il numero telefonico di riferimento per le comunicazioni al pubblico;
- attivare l'area per l'accesso dei parenti delle vittime;
- attiva l'area "Sala Stampa";
- approntare il primo comunicato stampa;
- contattare altri ospedali per l'attivazione di un sistema di vicariamento;
- contattare fornitori e ditte per garantire i rifornimenti e gli equipaggiamenti necessari;
- dichiara la fine dello stato di maxi emergenza dopo aver ricevuto comunicazione da HDM Coordinatore

**HDM Ricoveri** (con il supporto dei medici ed infermieri delle UUOO che non sono direttamente chiamati ad operare in Area Emergenza):

- T0: acquisire da HDM Coordinatore/Info elenco dei pazienti da trasferire;
- T0: organizzare con le risorse presenti nelle UUOO il trasferimento di questi pazienti;
- T1: recepire dalle UUOO l'elenco dei pazienti dimissibili e coordinare le dimissioni;
- T1: organizzare il trasferimento dei pazienti da Chirurgia e Ortopedia verso le altre UUOO;
- T1: acquisire l'elenco dei pazienti della maxi emergenza da trasferire nelle UUOO e organizzare il loro trasporto;
- aggiornare HDM Info sulla reale disponibilità di posti letto nelle UUOO;
- preparare le UUOO a dare il loro contributo per affrontare la maxi emergenza;
- coordinare i flussi di accesso ai vari reparti con particolare riferimento ai trasporti.

**HDM Trasferimenti (secondari)**

- TO: comunicare lo stato di emergenza alle UUOO e agli ambulatori;





**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO "Nostra Signora della Mercede"**

- T0: accertare che il Servizio Ambulanze sia stato allertato;
- T0: predisporre quanti più posti letto possibile per accogliere i pazienti;
- T1: mantenere il contatto e aggiornare HDM Info sulla situazione posti letto;
- T1: recepire da HDM Coordinatore o Info l'elenco dei pazienti da trasferire in altri ospedali (indicazione anagrafica ove possibile, diagnosi);
- T1: contattare negli ospedali di riferimento gli specialisti e accordarsi sulla tempistica;
- T1: organizzare gli equipaggi per i vari trasferimenti.

**HDM STABILIZZATORE** ha la responsabilità di:

- predisporre l'Area Stabilizzazione per trattare fino a due pazienti contemporaneamente;
- ricevere i pazienti che giungono dal Triage accompagnati dall'equipaggio del 118 che li ha portati in ospedale;
- stabilire con HDM Coordinatore il destino di eventuali pazienti presenti in sala;
- compilare il "Registro Stabilizzazione";
- gestire le risorse necessarie al primissimo trattamento dei pazienti di codice rosso così da:
  - intercettare immediatamente problemi potenzialmente fatali eseguendo una valutazione ABCD;
  - mettere in atto trattamenti il più possibile semplici e rapidi per far fronte a tali problemi;
  - filtrare ulteriormente i pazienti individuati come codici rossi, ed eventualmente in assenza di problemi delle funzioni vitali riassegnarli alla classe gialla;
- assegnare codice triage nero ai pazienti deceduti;
- comunicare il trasferimento a HDM Info;
- assicurare il trasferimento del paziente in Area Rossi a cura di un componente del team, insieme a un OSS gestito da HDM DEA, o, quando possibile, da due membri del team Stabilizzazione.

**HDM Area Rossa** ha la responsabilità di:

- predisporre l'Area Rossi, allestendo:
  - OBI uomini;
  - OBI donne;
- prendere in consegna la documentazione ed occuparsi dei pazienti di PS se rimasti che non possono essere ricoverati in Rianimazione o UTIC;



**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO “Nostra Signora della Mercede”**

- controllare i carrelli;
- compilare il “Registro Area Rossi”;
- gestire le risorse necessarie al trattamento dei pazienti codice rosso fino alla fine del loro percorso diagnostico urgente;
- stabilire i livelli di priorità per l'utilizzo di risorse quali radiologia, sala operatoria e comunicare a HDM Info;
- controllare che la documentazione del paziente sia compilata;
- comunicare ad HDM Info gli spostamenti dei pazienti;
- assicurare il trasferimento dei pazienti per esecuzione di esami diagnostici mediante il proprio team;
- comunicare tempestivamente la saturazione dell'area;
- assicurare che la procedura di dimissione sia svolta in modo completo e che sia consegnata con il documento informativo al paziente.

**HDM Area Gialla** ha la responsabilità di:

- predisporre l'Area Gialli, allestendo:
  - Area Gialli 1;
  - Area Gialli 2;
- prendere in consegna la documentazione dei pazienti di PS se rimasti;
- controllare i carrelli;
- compilare il “Registro Area Gialli” ;
- controllare che la documentazione del paziente sia compilata \_
- rivalutare i pazienti che presentano instabilità ed eventualmente inviali in Stabilizzazione \_
- comunicare ad HDM Info gli spostamenti dei pazienti;
- gestire le risorse necessarie al trattamento dei pazienti codici gialli fino alla fine del loro percorso diagnostico;
- stabilire i livelli di priorità per pazienti che necessitano della stessa risorsa (diagnostica, sala operatoria, posto letto) e rapportarsi con HDM Info;
- assicurare il trasferimenti dei pazienti per indagini diagnostiche a cura del proprio team;
- comunicare tempestivamente la saturazione dell'area.

**Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  
nel PO “Nostra Signora della Mercede”**

**HDM Area Verde** ha la responsabilità di:

- predisporre l'Area Verdi;
- controllare il carrello e i presidi
- compilare il “Registro Area Verdi”;
- controllare che la documentazione del paziente sia compilata;
- rivalutare i pazienti che presentano instabilità ed eventualmente inviarli in Stabilizzazione;
- comunicare ad HDM Info gli spostamenti dei pazienti;
- gestire le risorse necessarie al trattamento dei pazienti codice verde fino al ricovero o alla dimissione;
- stabilire i livelli di priorità per pazienti che necessitano della stessa risorsa (diagnostica, sala operatoria, posto letto) e rapportare con HDM Info;
- assicurare i trasferimenti dei pazienti per indagini diagnostiche a cura del proprio team;
- comunicare tempestivamente la saturazione dell'area;
- assicurare che la procedura di dimissione sia svolta in modo completo e che sia consegnata con il documento informativo al paziente.

## 8 Archiviazione

Il presente Piano è archiviato nei manuali di tutte le UU.OO. nella sezione terza “Procedure Organizzative Generali”.

## 9 Modulistica ed allegati

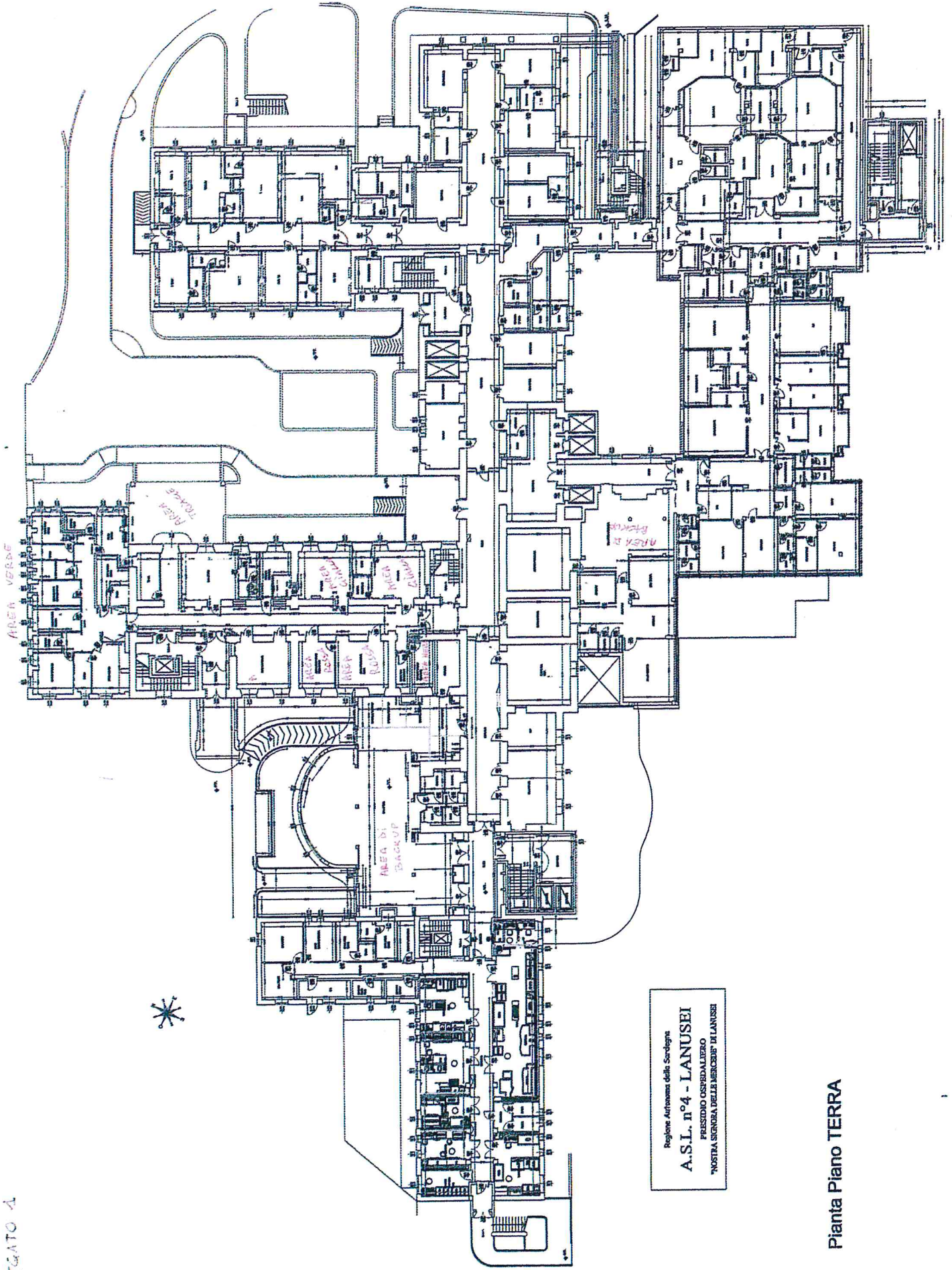
Planimetria con indicazione delle aree d'interesse

## 10 Criteri e strumenti di valutazione

Il presente Piano è soggetto a valutazione in ordine all'attuazione della stessa assicurata dai soggetti aventi responsabilità.

In particolare I Direttori, i Dirigenti Medici ed i Coordinatori SPS delle UU.OO assicurano la vigilanza in ordine allo stato di attuazione della presente procedura e l'eventuale registrazione e trasmissione al responsabile per la qualità delle non conformità rilevate.





Regione Autonoma della Sardegna  
**A.S.L. n°4 - LANUSEI**  
PRESIDIO OSPEDALIERO  
"NOSTRA SIGNORA DELLE MERCEDI" DI LANUSEI

Pianta Piano TERRA