

AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE - CUNEO

Ente di rilievo nazionale e di alta specializzazione D.P.C.M. 23.4.1993

MR/lp

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 225-2021 DEL 04/05/2021

OGGETTO: AGGIORNAMENTO “PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI – P.E.I.M.A.F. IN CASO DI EVENTO PANDEMICO – P.E.I.M.A.I. – PIANO EMERGENZA INTERNA MALATTIE INFETTIVE” DELL’AZIENDA OSPEDALIERA S.CROCE E CARLE DI CUNEO.

In data 04/05/2021 presso la sede amministrativa dell’Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle – Ufficio del Direttore Generale in Cuneo, corso C. Brunet n.19/A,

IL DIRETTORE GENERALE – dott. Corrado Bedogni
(nominato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 19-6938 del 29 maggio 2018)

Su proposta del Direttore Sanitario di Presidio ff

- Premesso che con deliberazione n.509 del 27.12.2017 questa Azienda stabiliva di modificare il “Piano di Emergenza Intraospedaliero per massiccio afflusso di feriti” – PEIMAF, rev. 04, nominando l’Unità di Crisi Organizzativa del Piano stesso e l’Unità di Crisi Operativa Aziendale sia per il Piano di Emergenza Interno e di Evacuazione (PEIE) che per il PEIMAF;
- Premesso altresì che il citato provvedimento individuava un Gruppo di Lavoro dedicato per tutte le attività connesse al mantenimento dell’efficienza e dell’efficacia del PEIMAF e

identificava quali Referenti per i Piani di Emergenza intraospedalieri PEIE e PEIMAF, i Responsabili e i Coordinatori di ogni singola Struttura;

- Tenuto conto che a seguito della nota DIRMEI prot. 171156 del 28.10.2020 “Risposta all'emergenza pandemica COVID-19. Disposizioni Urgenti”; l'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle ha provveduto ad attivare il PEIMAF come MODALITÀ ORGANIZZATIVA TEMPORANEA, con nota prot. 35209 del 29.10.2020;

- Rilevato che, alla luce delle molteplici comunicazioni pervenute da parte del DIRMEI, questa Azienda ha provveduto a rivedere le Procedure previste dal PEIMAF, individuando delle Macro attività di risposta all'attivazione del Piano stesso, e ad aggiornare il Piano, con inserimento della sezione dedicata al PEIMAI – Piano Emergenza Interno Malattie Infettive, nel mese di novembre 2020 - revisione 05;

- Tenuto conto che questa Azienda con nota prot. 39146 del 25.11.2020 trasmetteva al DIRMEI la versione aggiornata del PEIMAF per evento pandemico – PEIMAI, rev. 05;

- Ricordato altresì che questa Azienda provvedeva a dare opportuna diffusione del PEIMAF – PEIMAI a tutto il personale dipendente mediante la pubblicazione del citato documento sul Portale INTRANET e conseguente formazione con relativo Corso FAD obbligatorio;

- Vista la D.G.R. 21-2701 del 29.12.2020 “D.G.R. 23 settembre 2020 n. 1-1979. Approvazione secondo aggiornamento del Piano Pandemico Operativo COVID-19 territoriale e ospedaliero e formulazione di ulteriori indicazioni al Dipartimento Interaziendale a valenza regionale Malattie ed Emergenza Infettive e alle Aziende Sanitarie e alle Strutture del SSR”, con la quale si stabilisce, fra l'altro, che le Aziende Sanitarie Regionali debbano provvedere alla Revisione e Integrazione dei Piani di Emergenza (PEIMAF, PEVAC, PGS);

- Ritenuto opportuno modificare ed integrare, con la revisione 06 del mese di aprile 2021, allegato alla presente deliberazione sotto la lettera “A”, il “Piano di Emergenza intraospedaliero per massiccio afflusso di feriti”, ricompreso nella Scheda “Procedurale n. 49 – *Revisione e integrazione dei Piani di Emergenza (PEIMAF, PEVAC, PGS)*” del Piano Pandemico COVID Aziendale;

- Ritenuto di modificare i componenti dell'**Unità di Crisi Organizzativa** del “Piano di Emergenza Intraospedaliero per il massiccio afflusso di feriti (PEIMAF)”, organo deputato all'elaborazione e predisposizione del PEIMAF, composto dai Responsabili dell'Azienda e delle Strutture maggiormente coinvolte nella risposta ad una eventuale emergenza;

- Data la necessità di aggiornare l'**Unità di Crisi Operativa Aziendale** per il Piano di Emergenza interno e di evacuazione (PEIE) e per il PEIMAF, deputata all'attivazione dello stesso, quando non già autonomamente attivato dal Direttore Sanitario di Presidio, nonché responsabile della gestione e del coordinamento dello stato di emergenza;

- Rilevata l'esigenza di modificare il **Gruppo di Lavoro**, delegato dall'Unità di Crisi organizzativa alla stesura pratica del Piano, composto da professionisti appartenenti a varie strutture e da esperti che, di volta in volta, il Gruppo di Lavoro riterrà necessario coinvolgere, con funzioni di stesura, aggiornamento, informazione e formazione del Personale e verifica dell'applicazione del PEIMAF - PEIMAI;

- Considerato altresì di confermare, quali Referenti per i Piani di Emergenza intraospedalieri PEIE e PEIMAF, i Responsabili e i Coordinatori di ogni singola Struttura;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo ai sensi dell'art.3, comma 1 quinquies del decreto leg.vo 19/6/1999 n.229;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Sanitario a sensi dell'art.3, comma settimo, del decreto legislativo 30/12/1992 n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7/12/1993 n. 517;

ADOTTA LA SEGUENTE DELIBERAZIONE:

1) di approvare il **“Piano di Emergenza Interno per il Massiccio afflusso di Feriti - PEIMAF - PEIMAI” – revisione 06 – aprile 2021**, allegato al presente provvedimento sotto la lettera “A”;

2) di modificare i componenti dell'**Unità di Crisi Organizzativa** del “Piano di Emergenza Intraospedaliero per il massiccio afflusso di feriti (PEIMAF) come di seguito indicato:

Direttore Generale
Direttore Amministrativo
Direttore Sanitario d'Azienda
Direttore Sanitario di Presidio
Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera
Direttore SCI Acquisti Beni e Servizi
Responsabile SS Interaziendale Comunicazione e Ufficio Stampa
Responsabile SS Dapo e Logistica
Responsabile SS Formazione e Valutazione Operatori
Responsabile SS Patrimonio e Attività Amministrative Trasversali
Responsabile SS Prevenzione e Protezione
Responsabile SS Medico Competente
Direttore SCI SID
Direttore SC Tecnico
Coordinatore di Area – Direzione Sanitaria di Presidio
Responsabile SS DIPSA
Coordinatore di Area – Area Diurna DIPSA
Direttore Dipartimento di Area Chirurgica

CdC Dipartimento di Area Chirurgica
Direttore Dipartimento di Emergenza e delle Aree Critiche
CdC Dipartimento di Emergenza e delle Aree Critiche
Direttore Dipartimento di Area Medica
CdC Dipartimento di Area Medica
Direttore Dipartimento Interaziendale dei Servizi
CdC Dipartimento Interaziendale dei Servizi
Direttore Progetto Dipart. Inter. Materno Infantile
Coordinatore Progetto Dipart. Inter. Materno Infantile
Direttore SSD Rianimazione
Direttore S.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza
Responsabile SS. Pronto Soccorso
Coordinatore Infermieristico SS Pronto Soccorso
Direttore SC Anestesia e Organizzazione Sale BOP
Direttore SC Chirurgia Generale e Oncologica
Direttore SCI Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
Direttore SCI Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia
Direttore SC Radioterapia
Direttore SC Ortopedia
Direttore SC Pediatria
Direttore SC Radiodiagnostica
Referente Amministrativo PEIMAF

3) di aggiornare la composizione dell'**Unità di Crisi Operativa Aziendale** per il PEIE e per il PEIMAF - PEIMAI, come segue:

- **Direttore Sanitario di Presidio** o suo sostituto (Medico reperibile di Direzione Sanitaria di Presidio)
- **Direttore DEAC:** Dr. Alessandro LOCATELLI o suo sostituto
- **Referente DEA:** Direttore S.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza: Dr. Giuseppe LAURIA
Sostituti: Dr. Andrea SCIOLLA
Dr. Giampiero MARTINI
- **Referente di Attività di Anestesia:** Direttore di SC Anestesia e Organizzazione Sale BOP: Dr. Giuseppe COLETTA
Sostituto: Dr. Matteo BOSSOLASCO
- **Referente di Attività di Rianimazione** – Direttore S.S. Terapia Intensiva Cardio-Toraco-Vascolare: Dr.ssa Nicoletta BARZAGHI o suo sostituto
- **Direttore S.C. Tecnico:** Ing. Paola Maria ARNEODO
Sostituti: Ing. Giuseppe STUMPO

Ing. Gian Mario RAMELLO

- **Responsabile DIPSA:** Dr.ssa Simonetta POLANSKI
Sostituti: Dr.ssa Martina PEANO
Dr.ssa Giuseppina SEPPINI

- 4) di modificare, altresì, i componenti del **Gruppo di Lavoro** di cui in premessa, come segue:
- **Coordinatore del Gruppo e Componente:** Dr. Mauro Giraudo;
 - **Componenti:** Dr.Alessandro Garibaldi, Dr.Paolo Pellegrino, Dr.Alessandro Locatelli, Dr.Giuseppe Lauria, Dr.Andrea Sciolla, Dr.Valerio Del Bono, Dr. Alessandro Raviolo, Dr. Piegiorgio Benso, Dr.Gianluigi Guano, Dr.ssa Luciana Gorla, Dr.ssa Manuela Rosso, Sig.a Rosa Agata Bonaccorso;
- 5) di confermare, quali Referenti per i Piani di Emergenza Intraospedalieri PEIE e PEIMAF - PEIMAI, i Responsabili e i Coordinatori di ogni singola Struttura;
- 6) di dare atto che il suddetto Piano prevede controlli operativi e simulazioni periodiche.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Corrado BEDOGNI

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Avv. Piero Giuseppe REINAUDO

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Monica REBORA

 A.O. S. Croce e Carle Cuneo	Piano di Emergenza Interno per il Massiccio Afflusso di Feriti P.E.I.M.A.F	Data prima emissione: 1996 Approvato con Determinazione n. 1328 del 29 novembre 1996 dal Commissario delegato dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle Data ultima revisione: aprile 2021 Approvato con Delibera n. del Revisione n. 06
--	--	--

**PIANO DI EMERGENZA ELABORATO PER
AFFRONTARE IN AMBITO OSPEDALIERO LE
CONSEGUENZE SANITARIE DI UN
MASSICCIO AFFLUSSO DI VITTIME**

Stesura		
Funzione	Cognome e Nome	Firma
Coordinatore Gruppo di Lavoro	GIRAUDO Mauro	<i>(firmato in originale)</i>
Coordinatore S.S Pronto Soccorso		
Direttore f.f S.C Direzione Sanitaria di Presidio	GARIBALDI Alessandro	<i>(firmato in originale)</i>
S.C Direzione Sanitaria di Presidio	RAVIOLO Alessandro	<i>(firmato in originale)</i>
Direttore Dipartimento Emergenza ed Aree Critiche	LOCATELLI Alessandro	<i>(firmato in originale)</i>
Direttore S.C Medicina e Chirurgia d'Urgenza	LAURIA Giuseppe	<i>(firmato in originale)</i>
Responsabile S.S Pronto Soccorso	SCIOLLA Andrea	<i>(firmato in originale)</i>
Direttore S.C Tecnico	ARNEODO Paola Maria	<i>(firmato in originale)</i>
Responsabile S.S Controllo di Gestione	GUANO Gianluigi	<i>(firmato in originale)</i>
Funzione Qualità ed Accreditamento	ROSSO Manuela	<i>(firmato in originale)</i>

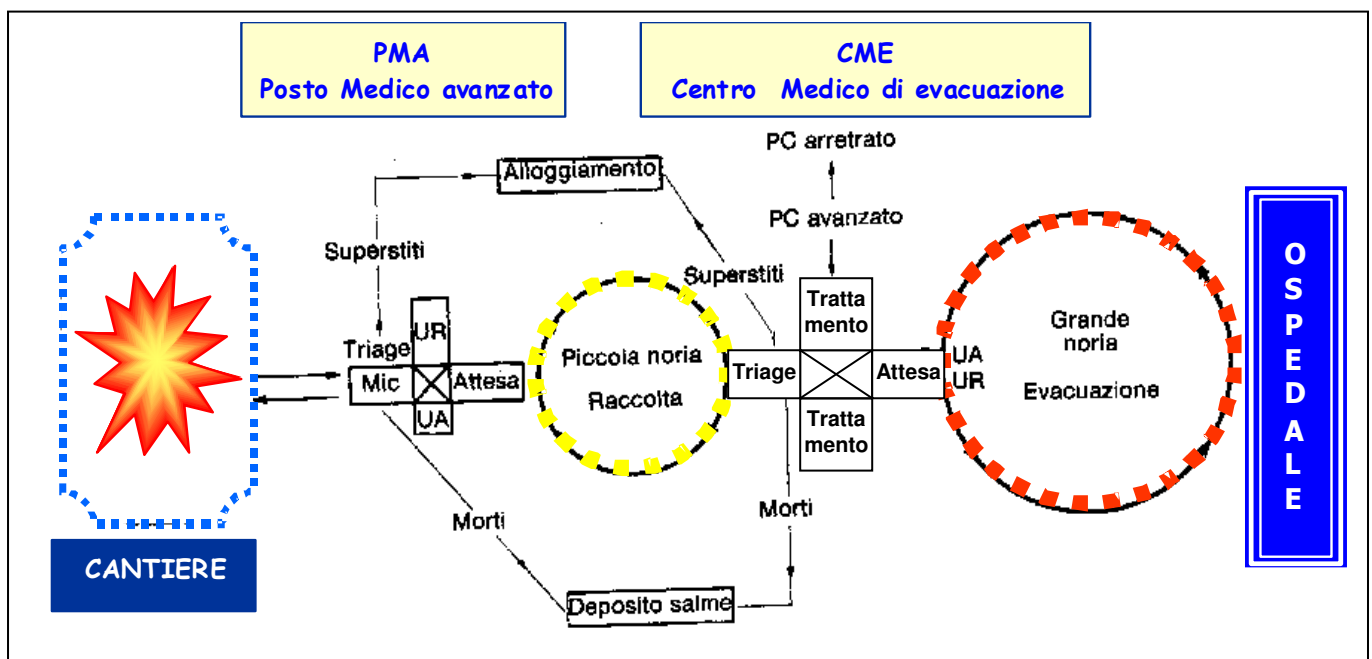
INDICE

<i>Principi generali</i>		<i>pagina</i>
Introduzione		3
Riferimenti legislativi e bibliografia		4
Monitoraggio e mantenimento del PEIMAF		4
Organizzazione del PEIMAF	<i>Attivazione</i>	6
	<i>Obiettivi -</i>	5
	<i>Requisiti-Risorse</i>	
	<i>Unità di crisi organizzativa</i>	
	<i>Gruppo di lavoro</i>	6
	<i>Unità di crisi operativa (compiti, componenti)</i>	8
	<i>Unità di crisi operativa (sede, dotazioni)</i>	
	<i>Istruzioni operative</i>	9
	<i>Referenti</i>	
	<i>Risorse materiali (materiali, farmaci, ecc.)</i>	
	<i>Servizi di supporto</i>	10
	<i>Area di accoglienza e trattamento</i>	
	<i>Risorse Umane</i>	
	<i>Allertamento del personale</i>	11
	<i>Percorsi esterni ed interni- ascensori</i>	
	<i>Segnaletica</i>	
Attivazione del PEIMAF	<i>Informazioni</i>	12
	<i>Comunicazioni</i>	
	<i>Allarme</i>	12
	<i>Attivazione del Piano</i>	12
	<i>Messaggio di attivazione</i>	12
	<i>Cascata di allertamento</i>	13
	<i>Area di accoglienza e Triage</i>	14
	<i>Scheda Clinica e di Triage</i>	
	<i>Codici di Triage</i>	15
	<i>Triage Sieve e Sort</i>	16
	<i>Area di trattamento codici verdi</i>	
	<i>Area di trattamento codici gialli</i>	17
	<i>Area di trattamento codici rossi</i>	
	<i>Area di trattamento codici verdi pediatrici</i>	18
	<i>Area di trattamento codici neri</i>	
	<i>Area di trattamento codici blu</i>	19
Procedure in caso di incidenti nucleari	<i>Sale operatorie</i>	
	<i>Premessa</i>	19
	<i>Preparazione del Pronto Soccorso</i>	20
	<i>Attivazione Squadra di decontaminazione</i>	
	<i>Arrivo del paziente</i>	21
	<i>Decontaminazione del paziente</i>	
	<i>Allontanamento del paziente</i>	22
	<i>Uscita della Squadra di decontaminazione</i>	
Procedure in caso di evento pandemico	<i>Decontaminazione della sala</i>	23
	<i>Macro attività di risposta alla attivazione del PEIMAF per evento pandemico</i>	
Attivazione del PEIMAF per evento improvviso in concomitanza ad un evento pandemico	<i>Procedure specifiche che devono essere elaborate dalle strutture coinvolte dall'Unità di Crisi secondo le caratteristiche dell'evento pandemico</i>	24
	<i>Premesse</i>	25
Elenco delle istruzioni operative PEIMAF presenti nelle Strutture dell'AO	<i>Aree di trattamento</i>	25
		27

INTRODUZIONE

In caso di emergenza sanitaria massiva l'Ospedale costituisce l'anello finale del sistema organizzato di soccorso, qui di seguito schematicamente indicato:

1. *Fase di allarme*: l'allarme può essere dato da testimoni dell'evento, dal 118, dalle forze dell'ordine. La Centrale operativa 118 di riferimento svolge le funzioni di ricezione dell'allarme, valutazione dell'attendibilità, dimensionamento dell'evento ed invio modulato dei soccorsi.
2. *Fase di soccorso sul luogo dell'evento*: ricognizione della zona, valutazione dell'entità, settorializzazione per distribuire meglio le risorse umane e materiali (quando necessario), integrazione delle varie componenti (Forze dell'ordine, Vigili del fuoco, Volontari, Personale sanitario, ecc.), recupero e raccolta delle vittime, attivazione di équipes di Triage con compiti di selezione delle vittime in base alla gravità, attivazione dei primi trattamenti sanitari possibili sul campo, organizzazione dell'assistenza ai sopravvissuti (non feriti).
3. *Fase di medicalizzazione del soccorso*: attivazione delle strutture di soccorso campale:
 - P.M.A. (Posto Medico Avanzato), centro di soccorso avanzato a cui devono essere indirizzate tutte le vittime. Nel PMA si effettua un triage più completo, si inizia il trattamento e la stabilizzazione delle vittime e si definiscono le modalità di evacuazione. Deve essere localizzato in prossimità della zona dell'evento, vicino a vie di comunicazione stradale.
 - C.M.E. (Centro Medico di Evacuazione), attivato solo per catastrofi di grandi proporzioni; nel CME vengono attuati anche i primi trattamenti chirurgici urgenti e viene stabilita la destinazione definitiva delle vittime, consentendo quindi agli Ospedali di riferimento di prepararsi all'arrivo delle vittime. Per il C.M.E. si utilizzano strutture preesistenti (ospedali zonali) oppure si creano appositamente (Ospedali da campo), con materiali ed attrezzature forniti dalle Forze armate o da altri Enti.
4. *Fase di ricovero delle vittime*: attivazione negli Ospedali del Piano di Emergenza Interno per massiccio afflusso di feriti (PEIMAF). L'ospedale, quale ultimo anello della catena dei soccorsi sanitari in caso di catastrofe, deve garantire le condizioni migliori per attuare il trattamento definitivo ed efficace alle vittime; a tal fine il PEIMAF deve prevedere:
 - La preparazione strutturale dell'Ospedale: gestione di percorsi e spazi interni.
 - Il rinforzo del personale: allertamento "a cascata".
 - Le riserve di materiali e presidi.



Legenda: **Cantiere**: zona dell'evento catastrofico

Mic: luogo di arrivo delle vittime

UA: Urgenza assoluta (codice rosso)

-- **UR**: Urgenza relativa (codice verde)

PC avanzato: Posto di comando avanzato

-- **PC arretrato**: Posto di comando arretrato

Noria: modalità di raccolta e trasporto delle vittime

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

- Legge 9 dicembre 1970, n° 996
- D.P.R. 6 febbraio 1981, n° 60
- D.P.R. 68/1981
- D.M. 14 settembre 1984
- D.M. 16 ottobre 1984
- Decreto 15 ottobre 1985
- Legge 23 ottobre 1985, n° 595
- L.R. 3 settembre 1986, n° 41 Regione Piemonte
- L.R. 13 marzo 1990, n° 10 Regione Piemonte
- Documento 2 dicembre 1991 Gruppo di lavoro Stato-Regioni
- D.G.R. 101/18190 del 7 settembre 1992
- Legge 24 febbraio 1992, n° 225
- D.M. Sanità 15 maggio 1992
- Adozione Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi – G.U. 12/05/2001 n. 109
- D.G.R. Regione Piemonte n. 615-30627 del 30/11/1993
- D.P.R. 107 del 1 marzo 1994 (G.U. 171 del 23 luglio 1994)
- D.P.R. 27 marzo 1992
- Elementi di indirizzo – Regione Piemonte- prot. n. 1723/49/773 del 10/04/1996
- Indicazioni Operative Regione Piemonte prot. n. 4398/48/768 del 25/06/1997
- Documento di indirizzo Regione Piemonte prot. n. 6967/28.2 del 18/06/1998
- Pianificazione Emergenza Intraospedaliera a fronte di una maxiemergenza – Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Protezione Civile – 09/1998
- L. 300/99
- Linee guida Regione Piemonte prot. n. 3877/28.2 del 7/04/1999
- Linee guida Regione Piemonte prot. n. 3943/28.2 del 23/03/2000
- Comunicato relativo al Decreto Ministero Interno delegato per coordinamento protezione civile 13/02/2001 concernente l'adozione "Criteri di massima per organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi" – G.U. 12/5/2001 n. 116
- Informativa su agenti chimici negli attacchi terroristici - Ministero della Salute – Unità di Crisi - prot. n. 400.3/120.33/4545 del 12/10/2001
- Accordo sancito tra il Governo, le Regioni, e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano del 5 agosto 2014 "Linee di indirizzo sull'organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate"
- Criteri di Massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi - Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 13/06/2006
- Procedure e modulistica del triage sanitario nelle catastrofi - Direttiva Presidente del Consiglio dei Ministri 13/12/2007
- Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015, n.70 Regolamento di definizione degli standard qualitativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera
- DPR 12 gennaio 2017 recante Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502
- Ministero della Salute Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso. 28.05.2019

Il coordinamento dei soccorsi è attuato dalla Prefettura competente per territorio a norma della Legge 24.02.92 n° 225, integrata dalle indicazioni contenute nella pubblicazione n° 27 dell'aprile 93, edita dal Dipartimento della Protezione Civile – Presidenza del Consiglio dei Ministri, e successive modifiche ed integrazioni.

MONITORAGGIO E MANTENIMENTO DEL PEIMAF

Il Piano prevede controlli operativi, simulazioni periodiche e aggiornamenti in base alle variazioni organizzative dell'Azienda.

Il personale presente in azienda viene informato e formato all'applicazione del PEIMAF nel proprio servizio dal Referente di Struttura per i Piani di Emergenza.

In seguito a modifiche del PEIMAF il personale aziendale è sottoposto a formazione obbligatoria.

Organizzazione del P.E.I.M.A.F.

Al fine di ridurre al minimo il divario tra risorse indispensabili e disponibili, è necessario codificare prima dell'evento soluzioni organizzative – logistiche - operative che consentano un adeguato trattamento e ricovero delle vittime in caso di catastrofe circoscritta o estesa che coinvolga il territorio limitrofo; a tal fine il Piano di emergenza interno per massiccio afflusso feriti (PEIMAF) dell'Azienda Ospedaliera (A.O.) S. Croce e Carle di Cuneo prevede:

- *Prima dell'evento:*
 - Pianificazione ospedaliera
 - Preparazione di strutture e materiali
 - Realizzazione di istruzioni operative
 - Formazione degli operatori
- *Durante l'evento:*
 - Attivazione della risposta organizzata
 - Coordinamento delle operazioni
 - Analisi e risoluzione dei problemi
 - Comunicazioni con operatori, autorità, utenti, mass media
- *Dopo l'evento:*
 - Verifica dei risultati e correzione delle anomalie

ATTIVAZIONE

Il PEIMAF viene attivato quando il numero e/o la gravità delle vittime eccede la capacità di risposta intrinseca alla normale operatività del Pronto Soccorso (P.S.) già potenziata con l'applicazione del Piano di Gestione Sovraffollamento in Pronto Soccorso.

OBIETTIVI

- Accettare contemporaneamente un elevato numero di vittime.
- Erogare cure complete, qualificate e adeguate al tipo di lesioni.
- Incidere il meno possibile sulle attività programmate dell'Ospedale.

REQUISITI / RISORSE

È basato sulle strutture e sugli organici esistenti. Solo nel caso in cui l'attività di emergenza dovesse protrarsi per più giorni, potrà essere concordata l'integrazione o sostituzione di personale con operatori provenienti da altri ospedali.

Garantisce lo stesso standard di assistenza anche nei periodi in cui possono verificarsi flessioni nel numero del personale a causa di ferie, di festività o di fascia oraria (notte).

È adattabile a qualunque tipo di emergenza e idoneo a garantire l'assistenza al maggior numero possibile di vittime.

UNITA' DI CRISI ORGANIZZATIVA¹

È deputata all'elaborazione e predisposizione del PEIMAF; è composta dai Responsabili dell'Azienda Ospedaliera e delle Strutture maggiormente coinvolte nella risposta a una eventuale emergenza.

Direttore Generale	Direttore SC Tecnico	Direttore Rianimazione
Direttore Amministrativo	Coordinatore di Area – Dir. Sanitaria di Presidio	Direttore Medicina e Chirurgia d'Urgenza
Direttore Sanitario d'Azienda	Responsabile Di.P.Sa.	Responsabile Pronto Soccorso
Direttore Sanitario di Presidio	Coordinatore di Area - Area Diurna Di.P.Sa.	Coordinatore Infermieristico Pronto Soccorso
Direttore Farmacia Ospedaliera	Direttore Dipartimento di Area Chirurgica	Direttore Anestesia e Organizzazione Sale BOP
Direttore Acquisti Beni e Servizi	C.d.C. ² Dipartimento di Area Chirurgica	Direttore Chirurgia Generale e Oncologica
Responsabile Comunicazione e Ufficio Stampa	Direttore Dipartimento di Emergenza e delle Aree Critiche	Direttore Immunoematologia e Med. Trasfusionale
Responsabile DAPO e Logistica	C.d.C. ² Dip. di Emergenza e delle Aree Critiche	Direttore Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia
Responsabile Formazione e Valutazione operatori	Direttore Dipartimento di Area Medica	Direttore Radioterapia
Responsabile Patrimonio e Attività Amm. trasversali	C.d.C. ² Dipartimento di Area Medica	Direttore Ortopedia
Responsabile Prevenzione e protezione	Direttore Dipartimento Interaziendale dei Servizi	Direttore Pediatria
Responsabile Medico Competente	C.d.C. ² Dipartimento Interaziendale dei Servizi	Direttore Radiodiagnostica
Direttore Sistema Informativo Direzionale	Direttore Progetto Dip. Interaz. Mat. Infantile	Referente amministrativo PEIMAF
	Coordinatore Progetto Dip. Interaz. Materno Infantile	

GRUPPO DI LAVORO³

¹ Allegato n. 1 – Deliberazione A.O.

² Coordinatore Dipartimentale di Comparto

Delegato dall'Unità di crisi organizzativa alla stesura pratica, aggiornamento, verifica dell'applicazione del Piano ed interventi di formazione/informazione del personale; è composto da un gruppo ristretto di persone di diversa estrazione professionale appartenenti a varie Strutture e dagli esperti che di volta in volta il gruppo di lavoro riterrà necessario coinvolgere.

UNITA' DI CRISI OPERATIVA³

È deputata **all'attivazione del PEIMAF** quando non già autonomamente attivato dal Direttore Sanitario di Presidio; **è responsabile della gestione e del coordinamento dello stato di emergenza**, mantiene i rapporti con la Prefettura e le autorità di Protezione Civile e stabilisce, se indispensabile, **l'attivazione del codice blu al Triage**; decide inoltre quando comunicare il **rientro dello stato di emergenza al termine delle operazioni**.

E' costituita dai seguenti membri:

- **Direttore Sanitario di Presidio** o suo sostituto (Medico Reperibile Direzione Sanitaria di Presidio)

funzioni e compiti:

- (1) Ricezione dell'allarme e verifica attendibilità
- (2) Attivazione del PEIMAF
- (3) Coordinamento dell'Unità di crisi operativa
- (4) Collegamento tra 118 e Ospedale
- (5) Blocco dei ricoveri ordinari
- (6) Blocco delle attività ambulatoriali
- (7) Gestione delle informazioni e rapporti con l'esterno e l'autorità giudiziaria

- **Direttore Dipartimento di Emergenza e delle Aree Critiche** o suo sostituto

funzioni e compiti:

- (1) Valutazione delle conseguenze "cliniche" dell'evento
- (2) Gestione dei posti letto in collaborazione con il Medico Responsabile del Pronto Soccorso
- (3) Gestione dei trasferimenti verso altri Ospedali

Referente per le attività DEA o suo sostituto

- (1) Valutazione delle conseguenze "cliniche" dell'evento
- (2) Variazione del profilo di esami ematochimici di Laboratorio, in base alla tipologia dell'evento
- (3) Verifica dell'attivazione aree di triage e trattamento
- (4) Gestione dei trasferimenti verso altri Ospedali

- **Referente per le attività di Rianimazione** o suo sostituto

funzioni e compiti:

- (1) Gestione dei posti letto di Rianimazione in Azienda
- (2) Coordinamento con il 118 per eventuali trasferimenti protetti verso altri Ospedali

Referente per le attività di Anestesia o suo sostituto

funzioni e compiti:

- (1) Verifica dell'attivazione area di trattamento vittime codice rosso e della disponibilità di Anestesisti
- (2) Gestione dei letti operatori nel Blocco Operatorio Aziendale

- **Direttore S.C. Tecnico** o suo sostituto

funzioni e compiti:

- (1) Allertamento dei Vigili Urbani per regolamentazione viabilità esterna
- (2) Gestione delle comunicazioni telefoniche – radio ricetrasmittenti
- (3) Attivazione dei servizi di supporto
- (4) Attivazione dei servizi economici e amministrativi

- **Responsabile Direzione Professioni Sanitarie (Di.P.Sa.)** o suo sostituto

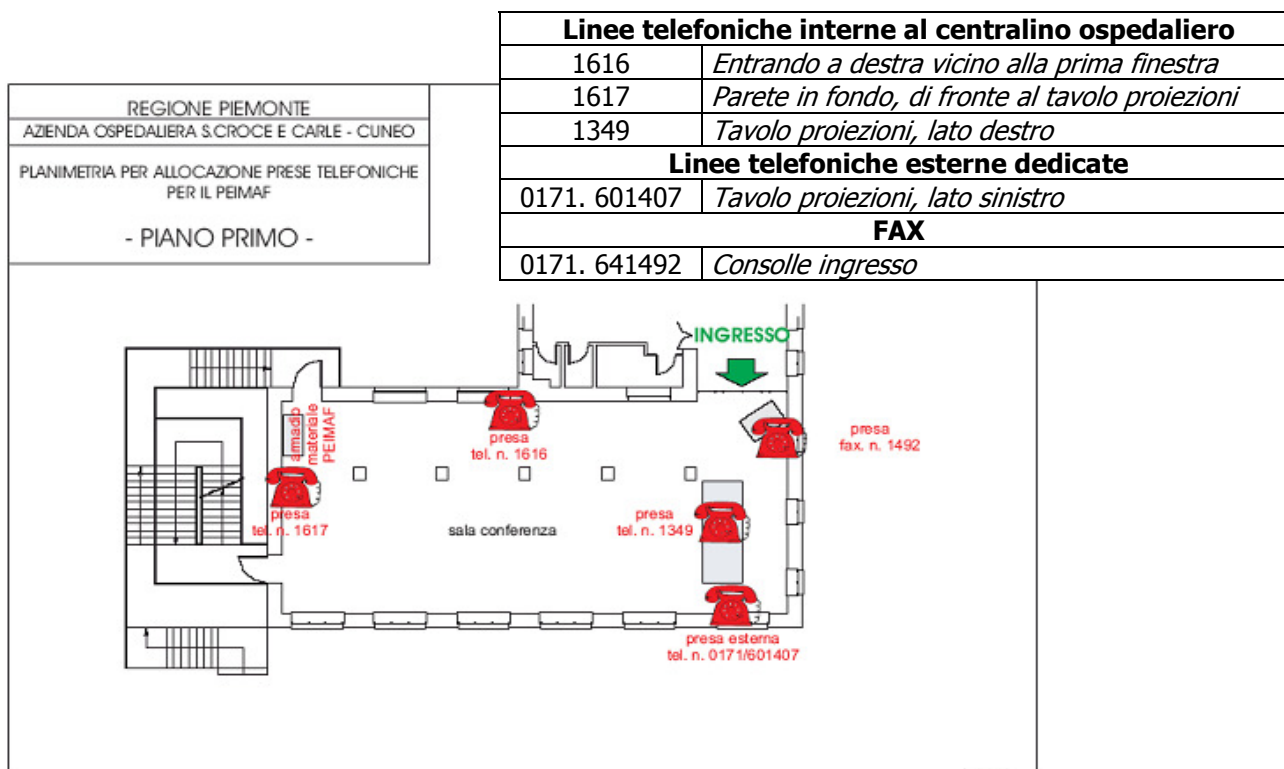
³ Allegato n. 1 – Deliberazione A.O.

funzioni e compiti:

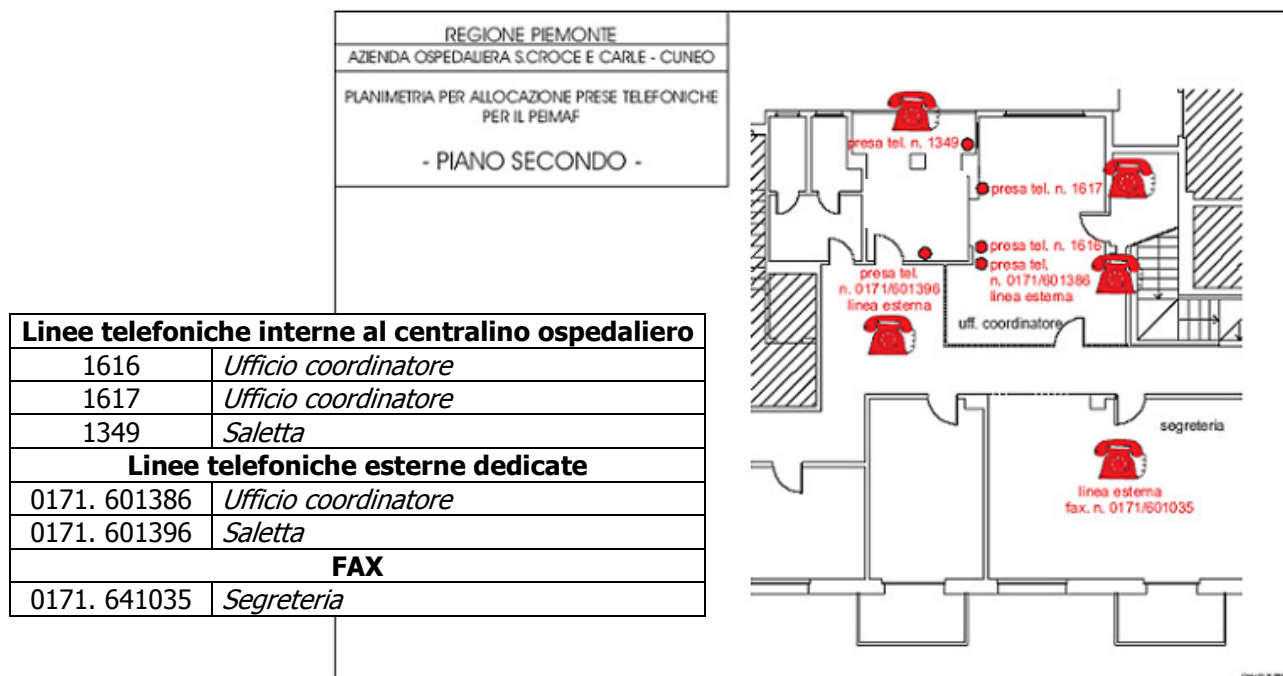
- (1) Ricezione delle chiamate telefoniche provenienti dalle Strutture per la registrazione su apposite schede del numero di operatori allertati e trovati e dei posti letto liberi
- (2) Verifica del flusso della cascata di allertamento e del reperimento degli operatori competenti per il tipo di emergenza in atto
- (3) Gestione del personale in collaborazione con i CdC e Coordinatori di Area/Progetto: integrazione e/o sostituzione degli operatori necessari in ogni area.

SEDI DELL'UNITA' DI CRISI OPERATIVA

A) Sede INTERNA al Presidio S. Croce SALONE DI RAPPRESENTANZA - Via M. Coppino n. 26



B) Sede ESTERNA al Presidio S. Croce : Ufficio Coordinatore Segreteria della Direzione Sanitaria Via Monte Zovetto n. 18



Tutte le linee sopraelencate sono abilitate alle chiamate verso l'esterno (sia nazionali che cellulari).

Le due sedi sono dotate di:

- 3 linee telefoniche esterne (1 nella sede interna e 2 nella sede esterna)
- 3 linee telefoniche interne - 1 fax - 1 computer
- Un armadio contenente: piani di emergenza - planimetrie delle sedi ASO - apparecchi telefonici - valigette per i componenti Ucop - cancelleria

ISTRUZIONI OPERATIVE

Per garantire l'esecuzione delle attività previste nel piano e un'adeguata conoscenza di compiti e funzioni, sono elaborate delle istruzioni operative specifiche per ogni Struttura dell'A. O.; ogni istruzione è contenuta in apposita busta collocata in un posto ben visibile e noto a tutti; prevede le modalità di allertamento degli operatori e la possibilità che le singole "competenze" possano essere allargate, secondo quanto indicato nelle istruzioni e quanto richiesto dall'emergenza stessa.

Tutto il personale Ospedaliero viene periodicamente formato e aggiornato: ogni operatore è a conoscenza che in caso di attivazione del PEIMAF verrà diramato l'allarme tramite altoparlante, dovrà aprire la busta "PEIMAF" ed eseguire le istruzioni in essa contenute.

REFERENTI di Struttura per i PIANI di EMERGENZA⁴

Sono identificati come referenti per i Piani di Emergenza i Responsabili e i Coordinatori delle Strutture; i compiti affidati sono i seguenti:

- Collegamento tra gruppo di lavoro PEIMAF e Struttura
- Stesura istruzioni operative specifiche della Struttura
- Aggiornamento delle istruzioni operative ogni qualvolta sia necessario e verifica periodica
- Coordinamento attività della propria Struttura in caso di attivazione del PEIMAF
- Formazione e aggiornamento del personale

RISORSE MATERIALI

- In ogni area di accoglienza e trattamento delle vittime sono predisposti arredi, attrezzature, biancheria, strumentario chirurgico, farmaci, materiale sanitario ed economale, per permettere il soccorso di almeno 100 vittime⁵. Le dotazioni di uso ordinario sono integrate da:
 - un carrello di farmaci e materiale sanitario per l'area rossa, predisposto su indicazione del Direttore della S.C. Anestesia e Rianimazione e collocato nel locale "sosta salme" del P.S.; il controllo e la verifica dell'efficienza è affidata al personale del P.S.⁵;
 - un carrello di farmaci e materiale sanitario per l'area verde, predisposto su indicazione del Responsabile della S.S. Pronto Soccorso e collocato in un ambulatorio del Centro per la salute della Donna; il controllo e la verifica dell'efficienza è affidata al personale del P.S.⁵;
 - tre carrelli di materiale di magazzino economale (guanti, contenitori per rifiuti, cestelli per flebo, ecc.), collocati nei locali del Punto unico di ricevimento (P.U.R.) dell'A.O. presente all'interno dell'Ospedale⁶;
 - venti barelle pieghevoli per emergenza, cento set di biancheria monouso, presidi d'immobilizzazione per arti, collocati in un Magazzino del P.S.⁵;
 - un armadio per l'area di Triage, collocato nella sala d'attesa del P.S. contenente⁵:
 - Un Kit atrio: forbici, registro accettazione, penne biro, braccialetti colorati per codici colore, torce elettriche, bollini verdi per percorsi, dispositivi di protezione individuale.
 - Cento "set paziente" numerati contenenti: scheda sanitaria Clinica e di Triage, braccialetto di identificazione, sacco effetti personali e per valori, richieste e provette per esami ematochimici e prove crociate, sacchetto per trasporto provette, richiesta per esami radiologici, referto di pubblica sicurezza, coperta termica.
 - Presidi e medicazioni di primo intervento: sfigmomanometri e fonendoscopi, collari cervicali, garze, bende, cerotti, cannule orofaringee, ghiaccio sintetico.
- Il Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) ha dichiarato la quantità e la qualità di emocomponenti sempre disponibili⁷.
- Il Laboratorio Analisi ha concordato le modalità di esecuzione di esami ematochimici d'emergenza⁸.
- Il Servizio di Radiologia ha predisposto la procedura di attivazione dei vari settori (Radiodiagnostica tradizionale – TC – Ecografia)⁹.
- La Centrale di Sterilizzazione garantisce la sterilizzazione della strumentazione necessaria¹⁰.
- La Farmacia¹¹ e gli operatori del P.U.R.⁶ garantiscono la fornitura e il reintegro di farmaci, presidi medico-chirurgici e altri materiali di consumo.

⁴ Allegato n. 1 – Deliberazione A.O.

⁵ Istruzioni operative Pronto Soccorso

⁶ Istruzioni operative D.A.P.O. e Logistica - P.U.R. Ospedale S. Croce

⁷ Istruzioni operative Immunoematologia e Trasfusionale

⁸ Istruzioni operative Laboratorio Analisi

⁹ Istruzioni operative Radiodiagnostica

¹⁰ Istruzioni operative Centrale di sterilizzazione

¹¹ Istruzioni operative Farmacia

SERVIZI DI SUPPORTO

- RISTORAZIONE: è garantita la preparazione di 250 pasti caldi entro mezz'ora dalla chiamata.
- LAVANDERIA: è in grado di fornire biancheria per duecento posti letto.
- PULIZIA, TRASPORTI INTERNI ed ESTERNI: è possibile l'attivazione a richiesta, per tutte le Strutture coinvolte nell'emergenza.

AREE DI ACCOGLIENZA E TRATTAMENTO

Sono identificate le aree di accoglienza e trattamento delle vittime nei seguenti locali:

- AREA DI TRIAGE per l'accoglienza e il triage delle vittime:
 - Sala d'attesa del Pronto Soccorso.
- AREA ROSSA per il trattamento delle vittime codice rosso:
 - Osservazione Breve Intensiva (OBI) del P.S. – 8 posti letto per adulti/bambini e 1 per neonati 0-28 gg.
- AREA GIALLA per il trattamento delle vittime codice giallo:
 - Sale visita del Pronto Soccorso - 8 posti letto per adulti
- AREA VERDE per il trattamento delle vittime codice verde, "vittime che camminano":
 - Ambulatori del Centro per la salute della Donna - 5 posti letto per adulti
- AREA BLU per il trattamento delle vittime "non salvabili":
 - Locali del Centro Alte Energie - 3/5 posti letto
- AREA PEDIATRICA per il trattamento delle vittime codice verde di età pediatrica:
 - Sala visita del Pronto Soccorso pediatrico in Pediatria
- SALE OPERATORIE possibilità di attivazione di nove letti operatori
 - Blocco operatorio polivalente e specialistico – Sala operatoria di Ostetricia

RISORSE UMANE:

Per ogni area di accoglienza e trattamento è stato previsto il personale necessario che può essere reperito da varie Strutture dell'ASO, a supporto degli operatori in servizio delle strutture d'Emergenza, secondo il seguente schema:

AREA	LOCALI	LETTI	MEDICI	INFERMIERI	OSS	ALTRI
Rossa	Pronto Soccorso: OBI	8 adulti / bambini	3 Anestesisti	3 Rianimazione 1 Nurse BOP 2 T.I.C.	1 Rianimazione 1 U.T.I.C.	1 Pediatra 1 Inf. Pediatria
		1 neonati	1 Neonatologo	1 T.I.N.		
Gialla	Pronto Soccorso: 7 sale visita	8	3 Med. d'Urgenza 1 Chirurgo	7 P. Soccorso	2 P. Soccorso 1 Med. d'Urgenza	1 Pediatra 1 Inf. Pediatria
Verde	Centro salute Donna: 5 ambulatori	5	1 Internista 1 Neurologo 1 Ortopedico	2 Pronto Soccorso 1 Medicina d'Urg. 1 Ortopedia	1 Neurochirurgia 1 Ginecologia	1 Amministrativo P. Soccorso
Blu	Centro Alte Energie	3/5	1 Radioterapista	1 Algologia	1 Rianimazione	
Area di triage	Sala attesa DEA			2 Pronto Soccorso	1 Pronto Soccorso 1 Chirurgia 1 Med. Interna	1 Amministrativo P. Soccorso
P.S. pediatrico	Pediatria: 1 sala visita	1	1 Pediatra	2 Pediatria	1 Pediatria	

ALLERTAMENTO del PERSONALE

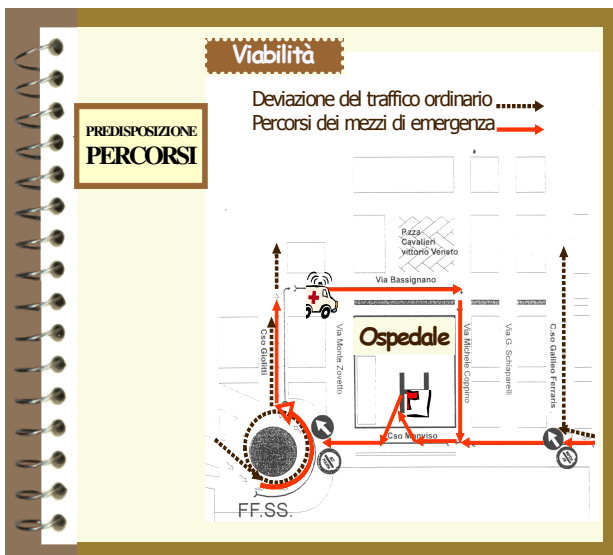
La necessità di potenziare la capacità ricettiva della struttura ospedaliera richiede l'aumento degli operatori a supporto di quelli in servizio al momento della catastrofe. Sono indispensabili tutte le categorie di personale (Medici, Farmacisti, Infermieri, OSS, Personale Amministrativo, Tecnici, ecc.) in modo da assicurare le varie attività (accettazione ospedaliera sanitaria ed amministrativa, trattamenti clinici, attività alberghiere).

L'allertamento del personale prevede in prima istanza la chiamata di operatori reperibili, poi altri non reperibili, secondo i seguenti criteri:

- ↳ Attivare le specialità necessarie in emergenza
- ↳ Attivare gli operatori necessari nelle aree di accoglienza e trattamento
- ↳ Attivare gli operatori necessari nelle sale operatorie
- ↳ Attivare gli operatori per garantire l'organizzazione durante lo "stato di emergenza"
- ↳ Attivare gli operatori necessari in ogni Struttura dell'ASO

Nelle strutture maggiormente coinvolte nell'accoglienza e trattamento delle vittime sono definiti quanti e quali operatori chiamare a supporto dei presenti in turno, mentre nelle Strutture di degenza sono stabiliti i seguenti criteri: chiamare un Infermiere se è presente il turno minimo festivo, un OSS se nessun OSS è presente in servizio, il Direttore di Struttura, il Coordinatore, così come indicato in ogni istruzione operativa specifica.

PERCORSI



- **VIABILITÀ ESTERNA:** I Vigili Urbani del Comune di Cuneo hanno previsto la chiusura di Corso Monviso nel tratto antistante l'ingresso del Pronto Soccorso per garantire la circolazione dei mezzi di soccorso. Qualora si rendesse necessario un ulteriore intervento verrà attivata una circolazione a senso unico intorno all'Ospedale, riservata alle autoambulanze, per razionalizzare il flusso dei mezzi di soccorso in ingresso e in uscita dal Pronto Soccorso. Conseguentemente il traffico ordinario verrà deviato in Corso Giolitti e Corso G. Ferraris. Anche il personale Ospedaliero non potrà accedere alle strade e ai parcheggi interni e intorno all'Ospedale.
- **PERCORSI INTERNI:** sono evidenziati al momento dell'attivazione del Piano con adesivi colorati sul pavimento per indicare il collegamento tra l'area di Triage e le aree di trattamento¹².

- **ASCENSORI**: quelli riservati al trasporto delle vittime non deambulanti sono contrassegnati da apposita targa segnaletica:

E 1: n. 6 Blocco **A** **E 2: n. 3** Blocco **C** **E 3: n. 17** Blocco **B** **E 4: n. 33** Blocco **E**

Ad ogni punto di sbarco/imbarco degli ascensori dedicati è affisso un cartello che ne vieta l'uso ordinario¹³.

SEGNALETICA

Nelle aree deputate all'accoglienza e al trattamento delle vittime, in ogni sala sono affisse delle targhe specifiche, caratterizzate da un numero e da un colore: la prima cifra e il colore corrispondono alla classe di triage, la seconda alla numerazione progressiva del locale.

INFORMAZIONI

Il Direttore Sanitario Aziendale è responsabile della gestione e organizzazione delle informazioni verso l'esterno. Per questa funzione si avvale del Direttore Sanitario di Presidio e della collaborazione della S.S. Interaziendale Comunicazione, anche al fine di attivare un ufficio informazioni e un ufficio stampa nella sala riunioni della Direzione Sanitaria di Presidio in Via Monte Zovetto.

I rapporti con le autorità coinvolte nell'emergenza sono mantenuti direttamente dall'Unità di Crisi Operativa.

I familiari delle vittime vengono accolti nell'area ambulatoriale del Blocco E dell'Ospedale con la collaborazione degli Psicologi aziendali, dell'Assistente Sociale e delle Associazioni di volontariato che si sono rese disponibili.

Targhe PEIMAF

11	
21	
31	
41	

¹² Istruzioni operative Pronto Soccorso

¹³ Istruzioni operative C.O.G.E. e Servizio di vigilanza e sicurezza interna

COMUNICAZIONI

La possibilità di comunicare tempestivamente ed efficacemente con gli operatori durante l'emergenza è essenziale, pertanto è previsto l'utilizzo di:

- **ALTOPARLANTE**: per avvisare dell'attivazione del PEIMAF **tutto il personale presente in servizio** (nelle ore diurne tramite operatore di centralino, nelle ore notturne tramite personale del Servizio di accoglienza). Le aree non raggiunte da altoparlante saranno allertate telefonicamente, così come previsto nelle istruzioni operative delle Strutture interessate.
- **TELEFONI**: linee dedicate esterne e interne per l'Unità di Crisi Operativa; apparecchi abilitati alle telefonate esterne, presenti in ogni Struttura (al fine di non sovraccaricare il personale del centralino), per l'allertamento del personale non presente.
- **CELLULARI PER EMERGENZE**: in dotazione a tutte le guardie attive presenti in Ospedale (localizzati nelle Strutture interessate) e tre apparecchi destinati alle emergenze localizzati in Centralino. L'Unità di Crisi Operativa decide in merito al loro eventuale utilizzo.
- **CORRIERI**: personale in servizio non essenziale per le aree di accoglienza e trattamento, che all'occorrenza potrà portare messaggi nei vari settori dell'ospedale, su indicazione dell'Unità di crisi operativa.
- **RADIO RICETRASMITTENTI**: in caso di black-out telefonico. Nel Salone di Rappresentanza sono sistemate le apparecchiature per l'utilizzo di queste radio, che verranno messe a disposizione dal Servizio di Protezione Civile, allertato dal Responsabile della SC Tecnico.

Attivazione del P.E.I.M.A.F.

ALLARME

L'allarme diffuso dalla Centrale operativa del 118, giunge in Pronto Soccorso e immediatamente viene trasmesso al Direttore Sanitario di Presidio.

Nel tempo intercorrente tra l'allarme e l'operatività dell'Unità di Crisi Operativa, il coordinamento compete al **MEDICO d'URGENZA di PRONTO SOCCORSO RESPONSABILE DEL TURNO**.

ATTIVAZIONE

Il PEIMAF viene attivato quando il numero o la gravità delle vittime eccede la capacità di risposta intrinseca alla normale operatività del Pronto Soccorso.

Durante l'attivazione del PEIMAF tutte le **attività ordinarie differibili vengono sospese**.

Ricevuto l'allarme, il Direttore Sanitario di Presidio o suo sostituto (Medico Reperibile di D.S.P.) può decidere di:

- **attivare immediatamente il PEIMAF**
- **convocare l'Unità di crisi operativa (UcOp), raccogliere tutte le informazioni utili e decidere congiuntamente ai componenti dell'UcOp l'attivazione del PEIMAF.**

La comunicazione dell'attivazione viene diramata a tutto il personale tramite altoparlante o telefono, secondo le istruzioni operative predisposte.

MESSAGGIO di ATTIVAZIONE del PEIMAF

TRASMESSO all'ALTOPARLANTE e/o TELEFONICAMENTE alle STRUTTURE

ATTENZIONE! COMUNICAZIONE DI SERVIZIO

È STATO ATTIVATO IL PEIMAF

ESEGUIRE LE ISTRUZIONI RICEVUTE

MESSAGGIO TRASMESSO TELEFONICAMENTE a CASA

ATTENZIONE! È STATO ATTIVATO IL PIANO DI MAXIEMERGENZA

VENGA SUBITO IN OSPEDALE

CONFERMA LA RICEZIONE DEL MESSAGGIO?

Chi effettua le chiamate telefoniche deve ignorare ogni richiesta di ulteriori informazioni, per poter proseguire l'allertamento senza perdere tempo e per lasciare le linee telefoniche libere.

N.B. L'ORGANIZZAZIONE DESCRITTA IN QUESTO PIANO VIENE CONCRETIZZATA CON LE FUNZIONI E I COMPITI ASSEGNATI AGLI OPERATORI DI OGNI STRUTTURA / SERVIZIO OSPEDALIERO, COSÌ COME PREVISTO NELLE ISTRUZIONI OPERATIVE SPECIFICHE DEFINITE IN OGNI SETTORE (ELENCO A PAG. 23)

CASCATA di ALLERTAMENTO TELEFONICO e dove indicato, con altoparlante

Chiamante	→ Riceve / inoltra				
CENTRALE OPERATIVA 118 ↓ PRONTO SOCCORSO (Inf. di Triage) ↓ DIREZIONE SANITARIA di PRESIDIO (Medico reperibile)	→ DIREZIONE SANITARIA di PRESIDIO (Medico reperibile)	→ C.O.G.E. (Centrale operativa gestione emergenze)		→ Coordinatore Pronto Soccorso	→ Infermieri e Amministrativi, <i>reperibili e non, secondo istruzione operativa</i>
			→ Direttore D.E.A.C.	→ Coordinatore Blocco operatorio polivalente	→ Infermieri e OSS, <i>reperibili e non, secondo istruzione operativa</i>
				→ Medico Responsabile del Pronto Soccorso	
			→ Referente per le attività di Anestesia e Rianimazione		
			→ Resp. SC Tecnico	→ Responsabile AMOS attività di supporto OSS e barellieri	
				→ Responsabili appalti Servizi di Sicurezza e vigilanza, Lavanderia, Ristorazione, Pulizie e sanificazioni	
				→ Responsabili DAPO e Logistica, Tecnico Ing. Clinica, S.P.P.	
				→ Vigili urbani	
				→ Responsabile Servizio Radio Protezione Civile <i>(se necessario)</i>	
			→ Responsabile Di.P.Sa. (Direzione Professioni Sanitarie)	→ Coordinatori Di.P.Sa., CdC e Coordinatori di Area/Progetto	
				→ Operatori Ufficio Di.P.Sa.	
			→ Operatore Accoglienza ingresso Ospedale	→ Orario diurno: Centralino telefonico	→ Medici, Infermieri, OSS, Tecnici, Amministrativi (<i>reperibili e non, secondo istruzione operativa</i>)
				→ Orario notturno: guardie attive e personale in servizio in ogni Struttura <i>(con altoparlante)</i>	
				→ Operatori U.R.P.	
			→ Operatori addetti alla vigilanza		
		→ Coordinatore di Area D.S.P.	→ Coordinatore Centrale di Sterilizzazione	→ Altri operatori <i>(secondo istruzione operativa)</i>	
			→ Altri operatori DSP (Coordinatori, Infermieri, Amministrativi, Ass. Sociale)		
		→ Responsabile Comunicazione e Ufficio stampa			
		→ Direttore Generale, Dir. Amministrativo, Dir. Sanitario aziendale, Dir. Sanitario di Presidio			
	→ PRONTO SOCCORSO (Inf. di Triage)	→ Rianimazione	→ Medici, Infermieri, OSS, <i>(reperibili e non, secondo istruzione operativa)</i>		
		→ Farmacia (Medico reperibile)	Operatori Farmacia		
			Responsabile AMOS Servizi di logistica e supporto		
			Operatore impresa fornitura e distribuzione Ossigeno		
		→ Immuno-Trasfusionale	→ Altri operatori <i>(secondo istruzione operativa)</i>		
		→ Personale in servizio in PS (con altoparlante)	Medico di guardia in Medicina d'Urgenza		
			Chirurgo consulente DEA		
			→ Tecnico e Medico RX PS	→ Altri operatori, <i>reperibile e non, secondo istruzione operativa</i>	
			→ Ortopedia <i>(se non presente l'Ortopedico in PS)</i>	→ Medici reperibili	
			→ Tecnico Laboratorio Analisi	→ Altri operatori, <i>secondo istruzione operativa</i>	

AREA DI ACCOGLIENZA E TRIAGE

E' prevista nell'attuale sala d'attesa del Pronto Soccorso; le vittime accedono dal corridoio di collegamento con la "camera calda", dove transitano le autoambulanze che giungono in Pronto Soccorso.

Le vittime, già sottoposte a Triage sul territorio, all'arrivo in P.S. vengono nuovamente valutate dagli Infermieri dedicati all'area di Triage, al fine di determinare le priorità di trattamento e l'invio all'area di trattamento idonea.

Personale previsto:

- due Infermieri di Pronto Soccorso;
 - un Amministrativo di Pronto Soccorso;
 - tre OSS (Pronto Soccorso, Chirurgia, Medicina Interna);
- inoltre, **in caso di attivazione dell'area per codici blu:** un Medico di Medicina d'Urgenza.

I **Medici e gli Infermieri** incaricati dell'accoglienza, svolgono le seguenti funzioni:

- **VALUTAZIONE**
- **PRIMO TRATTAMENTO DI MINIMA:** posizionamento cannula orofaringea, collare, tamponamento emorragie
- **ASSEGNAZIONE** del codice colore secondo un sistema integrato di Triage SIEVE e SORT¹⁴ (pag. 14)
- **REGISTRAZIONE** (Nome – Numero)
- **UTILIZZO** Set paziente numerato **INVIO** nell'area idonea per il trattamento

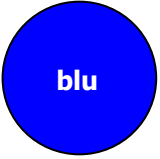
SCHEDA CLINICA E DI TRIAGE

Se durante l'emergenza si verificano problemi tecnici o se l'elevato numero di vittime sopraggiunte richiede di ridurre al minimo le attività burocratiche, si utilizza una Scheda clinica e di Triage predisposta in sostituzione della procedura informatica in uso.

Se invece non ci sono impedimenti e l'evento non è di elevate proporzioni, si utilizza la normale procedura DEA, inserendo nella pagina di accettazione un codice dedicato all'emergenza, anche al fine di consentire una rapida raccolta dati.

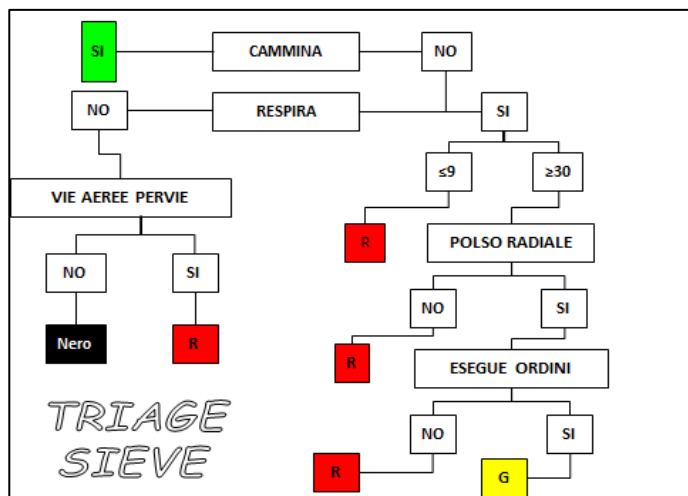
The form is a detailed medical triage and clinical assessment tool. It includes sections for patient identification, vital signs, physical examination (head, neck, chest, abdomen, extremities), and specific clinical assessments like Glasgow Coma Scale, pupillary response, and vital signs. It also features a color-coded triage system (SIEVE) and a SORT system for prioritization. The form is divided into multiple columns and rows, with checkboxes and numerical scales for various clinical parameters.

¹⁴ SIEVE: setaccio – SORT: ordinare. Da H-MIMMS (Hospital major incident medical management and support), in bibliografia.

Codici di Triage				
				
Urgenza differibile "vittime che camminano"	Urgenza Lesioni severe evolutive e critiche	Emergenza Compromissione delle funzioni vitali	Deceduto	Morituro
Necessità di cure minime o differibili	Trattamento urgente	Priorità assoluta		

TRIAGE

Le vittime già valutate sul territorio giungono in ospedale con un cartellino corrispondente al triage effettuato dal personale 118 al PMA (Posto Medico Avanzato) vengono **rivalutate con un sistema di Triage integrato SIEVE – SORT** (utilizzo di una valutazione fisiologica con punteggio, derivato dal trauma score).



TRIAGE REVISED TRAUMA SCORE		
variabile fisiologica	valore misurato	punteggio
frequenza respiratoria	10-29	4
	>29	3
	6-9	2
	1-5	1
	0	0
pressione arteriosa sistolica	>90	4
	76-89	3
	50-75	2
	<49	1
	0	0
Glasgow coma scale	13-15	4
	9-12	3
	6-8	2
	4-5	1
	3	0

In casi particolari, se l'incidente diventa "scompensato", è prevista la possibilità di adottare il codice BLU (expectant), che corrisponde al paziente giudicato non salvabile in base alle condizioni cliniche e alle risorse disponibili in un determinato momento

Priorità	TRTS
T3, immediate, rosso	1-10
T2, urgent, giallo	11
T1, delayed, verde	12
Morto, nero	0

LA DECISIONE DI ATTIVAZIONE DELL'AREA PER I CODICI BLU SPETTA ESCLUSIVAMENTE ALL'UNITÀ DI CRISI OPERATIVA, VALUTATO L'EVENTO, IL NUMERO DI VITTIME CHE GIUNGONO IN OSPEDALE, LE RISORSE UMANE E MATERIALI DISPONIBILI E PUÒ ESSERE REVOCATA IN QUALSIASI MOMENTO, SE LA SITUAZIONE DIVENTA PIÙ FAVOREVOLE.

AREE DI TRATTAMENTO

Per ogni classe di triage è prevista un'area di trattamento; ogni locale predisposto è contrassegnato con una relativa targa .

Piano Terra 5 AMBULATORI Centro per la salute della Donna

Necessità di cure minime e/o differibili

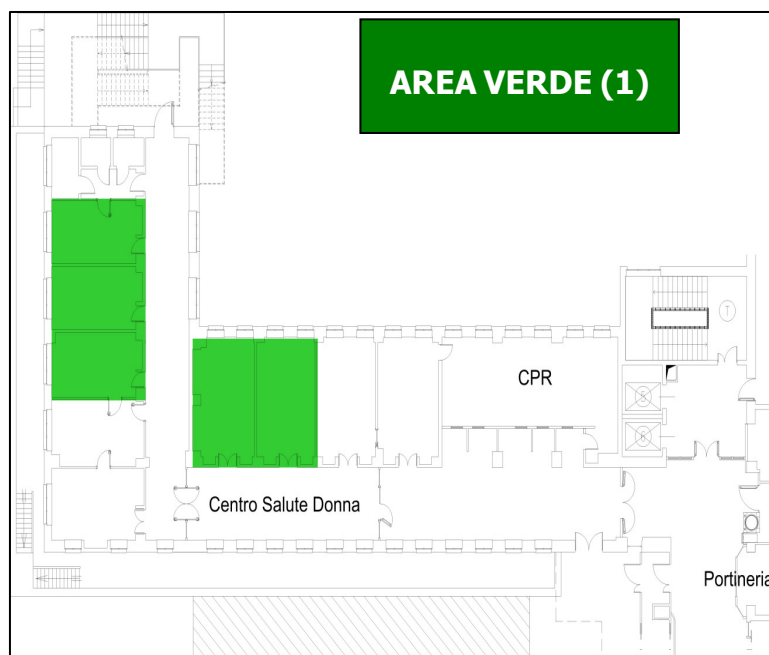
- Traumi cranici senza perdita di coscienza, ferite non complicate, contusioni e escoriazioni, ustioni I e II grado < 15 %, fratture semplici

Attivazione di cinque posti letto per adulti.

Attività garantite: rilevazione PA, prelievi venosi, incannulamento venoso periferico, medicazione, cateterismo vescicale, immobilizzazione rachide cervicale e arti, sutura chirurgica.

Personale previsto:

- Tre Medici (Internista, Ortopedico, Neurologo)
- Quattro Infermieri (due Pronto Soccorso, uno Medicina d'Urgenza, uno Ortopedia)
- Due OSS (Neurochirurgia, Ginecologia)
- Un Amministrativo DEA





Pronto Soccorso SALE VISITA

Necessità di trattamento urgente

- lesioni cranio-encefaliche, politraumi, emorragie, ustioni di 2°-3° grado > 15%, lesioni addominali, fratture multiple

Attivazione di otto posti letti per adulti e bambini.

Attività garantite: defibrillazione, monitoraggio PA – ECG, aspirazione, EGA, prelievi venosi, incannulamento venoso centrale e periferico, infusioni a velocità controllata, drenaggio toracico, drenaggio gastrico, immobilizzazione rachide cervicale, sutura chirurgica, medicazione, cateterismo vescicale.

Personale previsto::

- Cinque Medici (tre Medici d'Urgenza, un Chirurgo, un Pediatra)
- Otto Infermieri (sette Pronto Soccorso, uno Pediatria)
- Tre OSS (due Pronto Soccorso, uno Medicina d'Urgenza)

Pronto Soccorso Osservazione breve intensiva

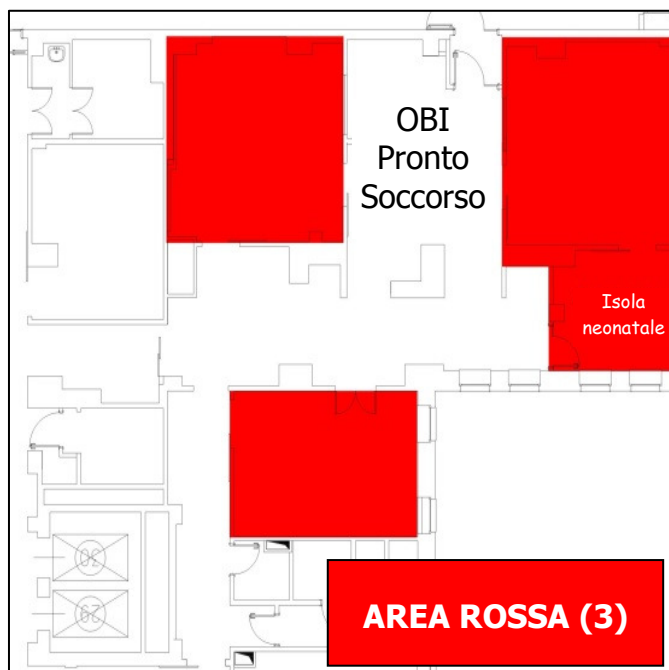
Necessità di trattamento immediato

Attivazione di otto nuovi posti letto di Rianimazione per adulti e bambini e uno per neonati.

Attività garantite: intubazione oro-tracheale, ventilazione polmonare, defibrillazione, aspirazione, incannulamento arterioso, monitoraggio PA - ECG, EGA, prelievi venosi, incannulamento venoso centrale e periferico, infusioni a velocità controllata, drenaggio toracico, drenaggio gastrico, sutura chirurgica, immobilizzazione rachide cervicale, medicazione, cateterismo vescicale.

Personale previsto:

- Tre Medici (Anestesisti) integrati da Neonatologo e Pediatra se presenti vittime in età pediatrica)
- Sei Infermieri (tre Rianimazione, un Nurse Blocco Op. polivalente, due T. Int. Cardio vascolare), integrati da uno Pediatria e uno /Pat. Neonatale, (se necessario)
- Due OSS (Rianimazione, U.T.I.C.).





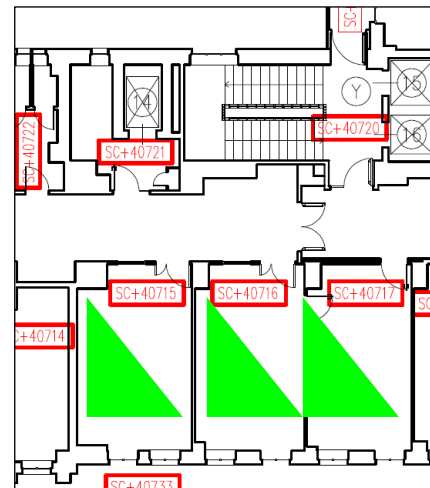
Area di trattamento per vittime in età pediatrica codice verde

Attivazione di più posti, in base alle necessità.

Attività garantite: come per gli adulti.

Personale previsto:

- Un Pediatra
- Due Infermieri
- Un OSS



AREA NERA (4) DECEDUTI

Utilizzo delle camere mortuarie e se non sufficienti, dei locali del servizio di Recupero e Rieducazione funzionale.

Centro Alte Energie Ingresso e ambulatori

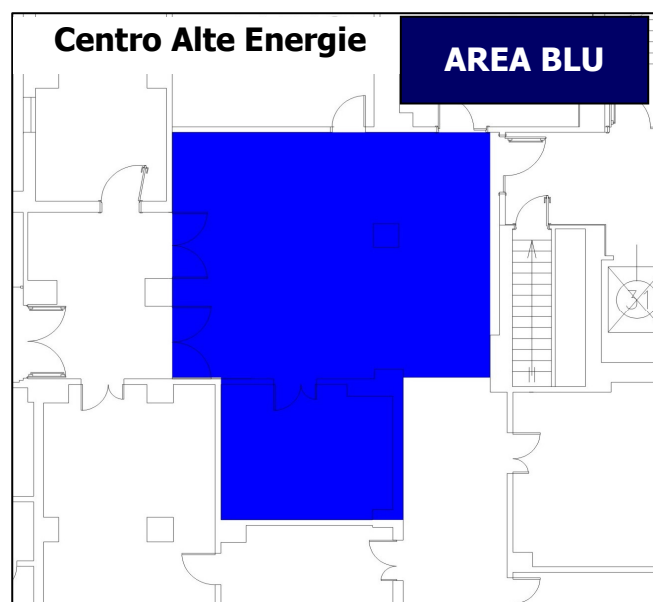
Vittime irrecuperabili con prognosi infausta a breve termine

Attivazione di tre/cinque letti

Attività garantite: rilevazione PA, aspirazione, incannulamento venoso periferico, medicazione semplice, sutura chirurgica, sedazione del dolore.

Personale previsto:

- Un Radioterapista
- Un Infermiere Algologia
- Un OSS Rianimazione



SALE OPERATORIE

In base al personale e alle strutture esistenti è possibile l'attivazione contemporanea di nove letti operatori, così ripartiti:

Sala operatoria	Letti operatori attivabili	Interventi possibili
Blocco operatorio polivalente	6 letti	Chirurgia Generale e Maxillo facciale - Ortopedia - Otorinolaringoiatria – Neurochirurgia - Oculistica - Urologia
Blocco operatorio specialistico	2 letti	Chirurgia vascolare - Chirurgia Toracica
Ostetricia	1 letto	Ostetricia

Personale previsto: è definito nelle istruzioni operative specifiche delle Sale operatorie.

PROCEDURE IN CASO DI INCIDENTI NUCLEARI

Le operazioni correlate ad **ACCOGLIMENTO – TRATTAMENTO – ALLONTANAMENTO** di pazienti contaminati sono codificate secondo un protocollo in cui le singole azioni sono da compiersi in scrupolosa coerenza e successione, contrassegnando ogni azione effettuata.

L'UNITÀ di CRISI è integrata da:

- Direttore SC Fisica Sanitaria
- Direttore SC Medicina Nucleare (che attiverà il TSRM reperibile)
- Direttore SC Radiodiagnostica
- Direttore SC Radioterapia
- Fisico Sanitario

(Chiamati dal Medico di Direzione Sanitaria di Presidio)

PREMESSA

È opportuno distinguere tra incidenti nucleari che possono coinvolgere un'ampia porzione di territorio con un elevato numero di potenziali contaminati e incidenti localizzati con pochi pazienti contaminati.

In questa procedura viene presa in considerazione la seconda evenienza, in quanto per la prima è ipotizzabile l'intervento di unità specializzate (Esercito, Vigili del fuoco).

Sono identificati due locali destinati alla decontaminazione:

- ✓ **Docce con scarico controllato** poste nei locali di ingresso del ciclotrone: da utilizzare per pazienti autosufficienti in grado di provvedere autonomamente al lavaggio decontaminante.
- ✓ **Locale di decontaminazione biologica** del DEA: per pazienti barellati.

NB. Le operazioni di decontaminazione sono atte a ridurre l'esposizione del paziente e degli operatori, ma non devono compromettere la sicurezza del paziente.

1. PREPARAZIONE DEL PRONTO SOCCORSO

1.1	Isolamento: Allontanare tutte le persone non coinvolte nelle operazioni di emergenza che si trovano sul percorso e in prossimità del locale di decontaminazione che si intende utilizzare.
1.2	Percorso : Ricoprire il percorso compreso tra l'ingresso dell'ambulanza e la sala di decontaminazione "doccia ciclone", con il tappeto assorbente delle sale operatorie. Nel caso si utilizzi la stanza di decontaminazione biologica, l'autoambulanza può trasferire il paziente direttamente dall'esterno.
1.3	Sala di decontaminazione : Ricoprire il pavimento con il tappeto assorbente. Ricoprire gli interruttori della luce e le maniglie delle porte con nastro adesivo. Rimuovere tutte le attrezzature non necessarie.
1.4	Barella per decontaminazione : Allestire una barella idonea alla decontaminazione nel modo seguente: a) arrotolare delle lenzuola e metterle lungo i lati e la testa della barella; b) ricoprire le lenzuola arrotolate con telo di plastica rimboccandolo ai lati e alla testa, lasciandolo scendere ai piedi in un contenitore per rifiuti speciali (nero di plastica); c) porre la barella declive in modo che l'acqua defluisca nel contenitore.
1.5	Addetto al monitoraggio : Individuare una persona (a cura del Fisico medico) che, all'interno della sala, controlli con contaminometro tutto ciò che esce dalla sala stessa (persone, attrezzi, oggetti...).
1.6	Addetto al rifornimento : Individuare una persona (a cura del Coordinatore del PS) che, all'esterno della sala, fornisca strumenti e attrezzi alla squadra di decontaminazione.
1.7	Rifiuti : Preparare contenitori per rifiuti speciali (neri di plastica) per raccogliere tutto il materiale contaminato (abiti, garze, etc.)
1.8	Fisico medico: interagisce con il Responsabile delle operazioni di soccorso per capire il tipo di incidente nucleare occorso

2. SQUADRA DI DECONTAMINAZIONE

2.1	Medico: è responsabile dei problemi clinici del paziente e dirige le operazioni di decontaminazione.
2.2	1° Infermiere: assiste e monitorizza (dal punto di vista sanitario) il paziente, è responsabile della raccolta dei vari campioni da analizzare (sangue, urine, campioni di aree contaminate).
2.3	Fisico medico: monitorizza (in senso protezionistico) il paziente e la squadra di decontaminazione durante l'assistenza al paziente; si occupa della valutazione della dose al paziente e agli operatori.
2.4	2° Infermiere: etichetta i campioni, registra su carta le aree e i livelli di contaminazione misurati, assiste in generale la squadra di decontaminazione.
2.5	OSS: è addetto al lavaggio del paziente non autosufficiente (decontaminazione su barella), dopo aver indossato i dispositivi di protezione individuale indicati dal Fisico medico.

Preparazione della squadra di decontaminazione

Il fisico medico informa velocemente il personale sul rischio di radiazioni e le procedure di minima da tenere per ridurre l'eventuale esposizione. Ogni operatore deve:

- Attaccare il dosimetro agli indumenti.
- Indossare la tuta in tyvec, sovrascarpe, doppio paio di guanti, maschera chirurgica con visiera, utilizzando la procedura di vestizione già in uso per il rischio "Ebola".
- Attaccare il dosimetro esterno (a lettura immediata) all'altezza del collo, in modo che difficilmente si contaminino.

3. ARRIVO DEL PAZIENTE

Medico e Fisico esaminano il paziente in ambulanza

3.1	Medico: stabilisce le condizioni del paziente.
3.2	Fisico medico: stabilisce lo stato o meno di contaminazione del paziente e valuta i potenziali rischi per gli operatori.
3.3	Dipendentemente dalle condizioni cliniche e dalla stato di contaminazione, se il paziente: • nessita di cure urgenti e il dose rate è maggiore di 100 mSv/h a 1 m: viene portato immediatamente in sala di decontaminazione "biologica", senza svestirlo e si inizia il trattamento. - Solo gli operatori necessari possono rimanere nella sala e devono rimanere il più possibile distanti dal paziente; - tutti gli operatori devono essere sostituiti ogni 30 minuti; (questa procedura è adottata anche fino a quando il fisico medico non sia ancora giunto al PS). • nessita di cure urgenti: viene portato immediatamente in sala di decontaminazione "biologica", senza svestirlo e sottoposto alle procedure del caso adottando le normali procedure di precauzione per la contaminazione biologica; • non necessita di cure urgenti: viene svestito in ambulanza e successivamente accompagnato nel locale doccia del ciclotrone.

La barella attrezzata per la decontaminazione è portata presso l'ambulanza

3.4	Paziente: viene posizionato sulla barella.
-----	---

Controllo dell'ambulanza

3.5	Operatori ambulanza: attendono il controllo di contaminazione sia su se stessi che sull'automezzo; • se non vi è contaminazione, possono allontanarsi; • se esiste contaminazione, seguono le istruzioni di decontaminazione fornite dal Fisico medico.
-----	--

4. DECONTAMINAZIONE DEL PAZIENTE

4.1	Valutazione e stabilizzazione del paziente e valutazione dello stato di contaminazione: • rimuovere gli abiti e metterli in sacco di plastica; • prelevare campioni da bocca, orecchie, naso; effettuare un prelievo di sangue, e prelevare un campione di qualsiasi escreto (feci, urina, vomito, etc..), segnalando sul contenitore nome, natura del materiale, ora del prelievo); • mettere le provette in un contenitore schermato e inviarle al locale ciclotrone per la misurazione; • Fisico medico: monitorizza completamente il paziente se necessario; • 2° Infermiere: registra le zone contaminate e il relativo valore di contaminazione.
<i>Contestualmente a tali operazioni, l'operatore individuato dal Fisico medico effettua la procedura di Smear test sulle provette.</i>	
4.2	Se è necessario per definire il tipo di contaminante radioattivo il paziente viene accompagnato in medicina nucleare dove viene eseguito un esame su gamma camera con collimatore rimosso.
4.3	Decontaminazione delle zone contaminate: • In caso di paziente autosufficiente, questi sarà invitato a lavarsi accuratamente (in particolare piccole ferite, occhi, orecchie, naso e bocca, pelle, capelli) con il detergente neutro fornitogli e con acqua a temperatura corporea. Se necessario l'operazione andrà ripetuta più volte, secondo le indicazioni del Fisico medico. • In caso di paziente non autosufficiente (su barella), sarà lavato accuratamente dall'addetto (in particolare ferite, occhi, orecchie, naso e bocca, pelle, capelli) con detergente neutro e con acqua a temperatura corporea. Se necessario l'operazione andrà ripetuta più volte, secondo le indicazioni del Fisico medico.

5. ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE

5.1	Asciugare il paziente
5.2	Riprendere i campioni nelle zone in precedenza risultate contaminate
5.3	Il Fisico medico monitorizza tutto il corpo del paziente
5.4	Allontanamento del paziente : • stendere nuovamente il tappeto assorbente dalla porta fino al paziente; • viene introdotta una nuova barella nella stanza; • il paziente viene posto sulla nuova barella da personale che non ha effettuato la decontaminazione; • il Fisico medico monitorizza la barella e le ruote all'uscita dalla sala di decontaminazione.; • il fisico medico fornisce al Medico una valutazione della dose al paziente.

6. USCITA DELLA SQUADRA DI DECONTAMINAZIONE

6.1	Ogni membro si reca nella zona filtro dei locali del ciclotrone e rimuove gli indumenti <u>protettivi</u> utilizzati gettandoli in un contenitore con l'indicazione "contaminato": • rimuove i guanti esterni rovesciandoli; • consegna il dosimetro al Fisico medico e fornisce le sue generalità per la registrazione; • toglie il camice rovesciandolo e senza scuoterlo; • rimuove un copriscarpa: se al monitoraggio la scarpa non è contaminata appoggia il piede nell'area non contaminata e ripete l'operazione sull'altra scarpa; • toglie i guanti interni; • utilizza il contaminometro mani-piedi (e la sonda vesti) nel locale per misurare i livelli di radioattività.
	<i>Se il contaminometro dà indicazioni di contaminazione:</i>
6.2	• l'operatore esegue una doccia (possibilmente in quella non usata dal paziente); • effettua nuovamente la misurazione; • segue le indicazioni del Fisico medico.
6.3	Se necessario il Fisico medico dispone la raccolta delle urine di tutti gli operatori.

7. DECONTAMINAZIONE DELLA SALA

7.1	Il Fisico medico coordina le operazioni di decontaminazione svolte dal personale ausiliario
7.2	Tutto il materiale utilizzato deve essere rimosso: • se materiale monouso viene raccolto nei contenitori di rifiuti radioattivi; • se trattasi di biancheria viene distrutta se la sostanza contaminante ha lunga emivita; diversamente viene lasciata decadere, quindi o restituita al paziente o inviata alla lavanderia dell'ospedale.
7.3	Il Fisico medico monitorizza tutta la zona e dispone la eventuale decontaminazione
7.4	Il Fisico medico dispone la rimozione di tutta la segnaletica
7.5	Tutti i rifiuti radioattivi seguono la procedura prevista per lo stoccaggio, decadimento e smaltimento, sotto controllo del Fisico medico
7.6	Il fisico medico stila una relazione dell'incidente e fornisce tutti i dati dosimetrici all'esperto qualificato per la valutazione della dose agli operatori.

PROCEDURE IN CASO di EVENTO PANDEMICO

L'UNITÀ di CRISI è integrata da: Direttore SC Malattie INFETTIVE e Tropicali
 Direttori di tutti i Dipartimenti
 Responsabile Unità Prevenzione Rischio Infettivo
(Chiamati dal Medico di Direzione Sanitaria di Presidio)

1. Macro attività di risposta all'attivazione del PEIMAF per evento pandemico.

1.1	Apertura della attività di Pre Triage: all'ingresso del presidio i pazienti vengono valutati secondo i criteri epidemiologici e sintomatici definiti dall'unità di crisi in base alla malattia infettiva causa della pandemia. Personale infermieristico con un operatore di supporto dotati di DPI Adeguati.
1.2	Pronto Soccorso: Realizzazione di due aree di pronto soccorso distinte operativamente equivalenti, una dedicata ai pazienti non positivi ai criteri di valutazione al pre triage e una per i pazienti positivi ai criteri di valutazione al pretriage.
1.2.1	I percorsi devono garantire le seguenti attività: 1. Triage e post triage 2. attività clinica appropriata per tutti i livelli di priorità e gravità. 3. osservazione
1.3	Destinazione prioritaria delle aree di ricovero in base alle caratteristiche cliniche e necessità assistenziali: 1. degenza ordinaria SC Malattie infettive 2. Degenza semiintensiva SC Medicina d' Urgenza 3. Degenza Intensiva SS Rianimazione Carle
1.4	Modalità di implementazione di posti letto 1. Adeguamento strutturale, conversione e riorganizzazione delle aree di degenza ordinaria per il ricovero dei pazienti affetti dalla patologia pandemica a bassa intensità con localizzazione prioritaria presso il Presidio Carle 2. Adeguamento strutturale, conversione e riorganizzazione delle aree di degenza intensiva per il ricovero dei pazienti affetti dalla patologia pandemica a elevata Intensità con localizzazione prioritaria presso il Presidio Carle e Santa Croce 3. Adeguamento strutturale, conversione e riorganizzazione di aree da dedicare alla degenza sub intensiva per il ricovero dei pazienti affetti dalla patologia pandemica a intensità medio elevata con localizzazione prioritaria presso il Presidio Carle e Santa Croce
1.5	Personale sanitario: il reperimento del personale sanitario aggiuntivo necessario in rapporto all'andamento della patologia pandemica, sarà garantito dalla conversione/riduzione / chiusura delle attività cliniche non essenziali alla gestione dell'evento pandemico in base alle indicazioni emanate dall'unità di crisi Regionale/Aziendale L'attivazione può comportare la sospensione parziale o totale dei congedi ordinari. Direzione Generale, SC. Direzione Sanitaria, SS. DipSA, SS Personale
1.6	Risorse materiali: il reperimento delle risorse materiale necessarie per affrontare la pandemia sarà assicurato mediante apposite procedure e su indicazione dell'Unità di Crisi da: SC. Acquisti beni e servizi SS DAPO per gli aspetti logistici SC. Farmacia Ospedaliera SCI. SID SS Ing. Clinica SC. Tecnico
1.7	Formazione personale dovrà essere finalizzata a: Prevenzione e protezione del personale Gestione clinica assistenziale della patologia pandemica La formazione è a cura delle: SS Formazione e valutazione operatori, SS Prevenzione e Protezione

	avvalendosi della collaborazione del SS Medico Competente, delle SC Cliniche e dei servizi
1.8	<u>Definizione dei livelli massimi di risposta (inteso come disponibilità di risorse umane e materiali) all' emergenza:</u> ricognizione delle risorse attualmente impegnate nella risposta alla pandemia ricognizione delle risorse eventualmente convertibili nella gestione della pandemia definizione delle risorse NON convertibili nella risposta alla pandemia (emodinamica, sale operatorie per la gestione delle emergenze urgenze es. trattamenti terapeutici che procrastinabili pena l'aumento degli eventi avversi maggiori) La responsabilità della decisione è affidata all' Unità di Crisi che potrà avvalersi delle collaborazioni di esperti aziendali.

Procedure Specifiche che devono essere elaborate dalle strutture coinvolte e condivise dall' Unità di Crisi secondo le caratteristiche dell'evento pandemico

- Procedure di pre-triage generali
- Procedure di pre-triage di PS
- Procedure di riorganizzazione dell'attività di Pronto Soccorso e OBI
- Procedure di riorganizzazione delle attività di degenza ordinaria
- Procedure di riorganizzazione delle attività di degenza semi intensiva
- Procedure di riorganizzazione delle attività di degenza intensiva
- Procedure di riorganizzazione delle attività ordinarie non correlate all' attività pandemica.

In caso di superamento della capacità massima di risposta alle esigenze della pandemia, l'unità di crisi potrà elaborare delle proposte di collaborazione con altri soggetti istituzionale e/o privati per garantire le risorse umane e materiali necessarie per aumentare la risposta all' evento pandemico.

ATTIVAZIONE DEL PEIMAF PER EVENTO IMPROVVISO IN CONCOMITANZA AD UN EVENTO PANDEMICO.

Premesse

- ✓ un evento pandemico può permanere per un lungo periodo quantificabile in mesi o anni;
- ✓ le riorganizzazioni delle attività modificano la disponibilità di spazi previsti nel PEIMAF generale.

Aree di trattamento

AREA ROSSA

- ✓ i posti attivabili scendono da 8 a 6;
- ✓ l'area viene allestita nel PS ordinario e occupa:
 - sala AS con due postazioni;
 - camera 3 – 4 - 5 e 7 ognuna con una postazione.

Tutte le sale visita sono di gruppo I e sono dotate di attacchi O2, Vuoto e Aria

L'isola neonatale, se necessaria, verrà allestita all'interno di un locale dotato di gas medicali

AREA GIALLA

- ✓ i posti attivabili scendono da 8 a 7;
- ✓ l'area occupa:
 - sala visita 1 e 2 nel PS ordinario;
 - area di post- triage;
 - locale bonifica.

AREA VERDE: nulla di invariato rispetto al PEIMAF attivato in assenza di evento pandemico

AREA BLU: nulla di invariato rispetto al PEIMAF attivato in assenza di evento pandemico

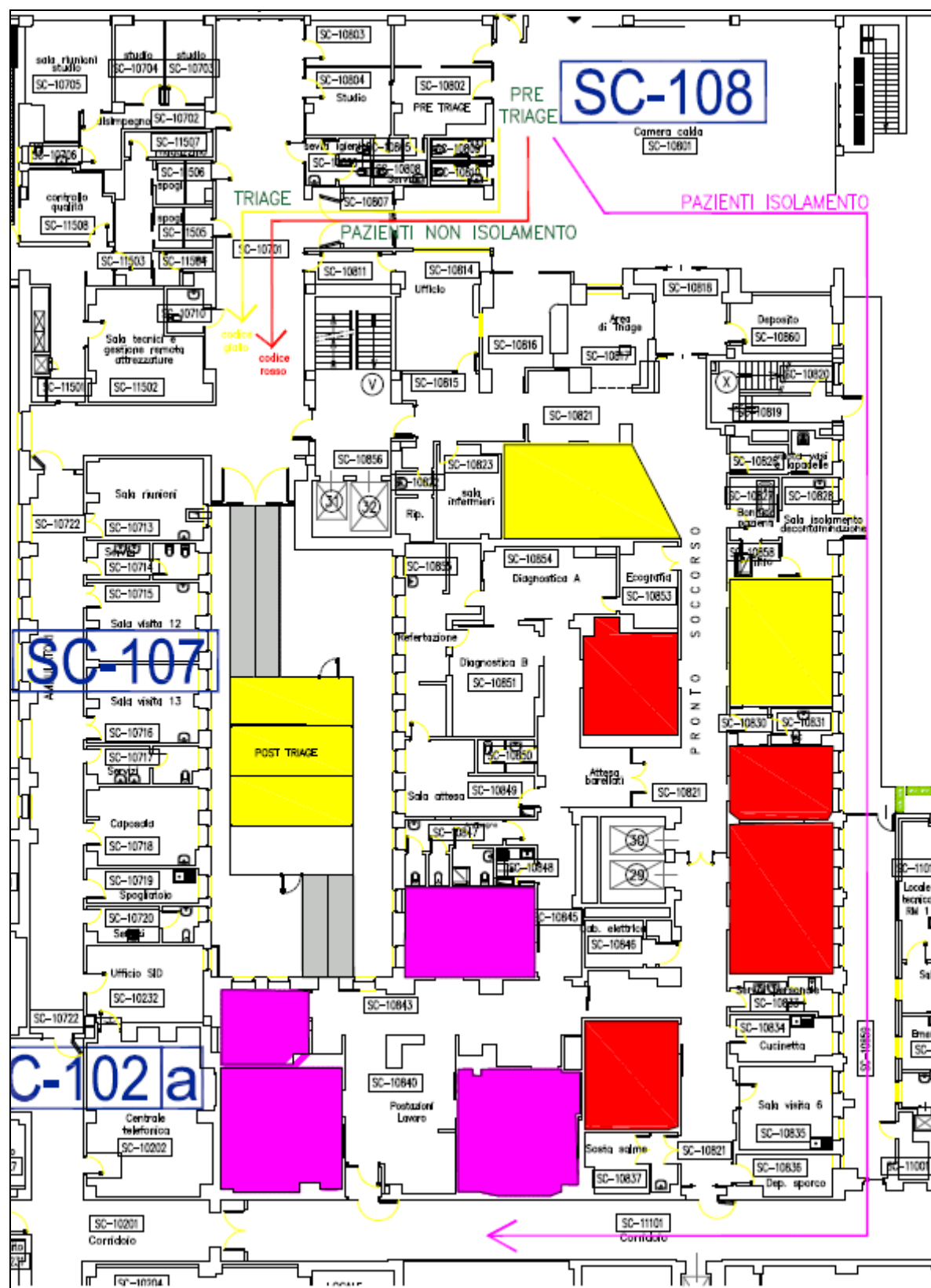
AREA NERA: nulla di invariato rispetto al PEIMAF attivato in assenza di evento pandemico

AREA DI TRIAGE: nulla di invariato rispetto al PEIMAF attivato in assenza di evento pandemico; si utilizza lo spazio dei container (ex cortile) per far attendere eventuali pazienti barellati con codice di priorità giallo.

Nella condizione sopra descritta, tutto il personale deve indossare i DPI previsti per la gestione dei pazienti colpiti dalla pandemia in corso.

Le aree individuate per accogliere i pazienti PEIMAF devono essere considerate come potenzialmente infette.

La planimetria sotto riportata illustra la ridistribuzione degli spazi per garantire la presenza dell'area rossa e dell'area gialla in caso di attivazione del PEIMAF con evento pandemico in corso.



ELENCO ISTRUZIONI OPERATIVE P.E.I.M.A.F. presenti nelle Strutture dell'AO S.Croce e Carle

1	UNITÀ DI CRISI OPERATIVA	Direttore Sanitario di Presidio o suo sostituto (Medico reperibile di Dir. Sanitaria di Presidio)	
2		Direttore D.E.A.C	
3		Referente per le attività DEA	
4		Referente per le attività di Rianimazione	
5		Referente per le attività di Anestesia	
6		Direttore Tecnico	
7		Responsabile Di.P.Sa.	
8	STAFF E STRUTTURE DI SUPPORTO	Coordinatori dipartimentali di Comparto e di Area	
9		C.O.G.E. - Servizio di vigilanza e sicurezza interno	
10		Accoglienza	
11		Centralino telefonico	
12		Centrale di Sterilizzazione	
13		Comunicazione e Ufficio Stampa	
14		D.A.P.O. e Logistica – P.U.R. Ospedale S. Croce	
15		Farmacia Ospedaliera	
16		Immunoematologia e Medicina Trasfusionale	
17		Laboratorio Analisi	
18		Parco macchine	
19		Radiodiagnostica	
20		Radioterapia – CAE	
21		U.R.P.	
	DEGENZE E AMBULATORI PRESIDIO S. CROCE		STRUTTURE SANITARIE
22	Anestesia e Rianimazione generale e Cardiovascolare - Algologia	35	Medicina e Chirurgia d’Urgenza
23	Area ambulatoriale del S. Croce e personale amministrativo collegato	36	Medicina S. Croce
24	Blocco operatorio polivalente e specialistico	37	Neonatologia
25	Cardiochirurgia	38	Neurochirurgia
26	Cardiologia	39	Neurologia
27	Casa di cura	40	Oculistica
28	Centro per la salute della donna	41	ORL
29	Chirurgia Cervico-facciale Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia	42	Ortopedia e traumatologia
30	Chirurgia generale e oncologica	43	Ostetricia degenza e sala parto
31	Chirurgia toracica	44	Pediatria
32	Chirurgia vascolare	45	Pronto Soccorso
33	Day e week surgery	46	Recupero e riabilitazione funzionale
34	Ematologia	47	Terapia intensiva neonatale
35	Gastroenterologia e Endoscopia digestiva	48	Urologia
36	Ginecologia	49	U.T.I.C. e Cardiologia interventistica
50	PRESIDIO OSPEDALIERO CARLE	Accoglienza	
51		Area ambulatoriale - diurna e personale amministrativo	
52		Strutture di degenza	
		Terapia intensiva (vedi istruzione n. 20)	
		Radiodiagnostica (vedi istruzione n. 17)	