

# PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER LA GESTIONE DI MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)

## DOCUMENTO COLLEGATO AL PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO

### Gruppo di Lavoro:

- Direttore DEA Viganò Giovanni
- Direttore PS Viganò Giovanni
- Coordinatore DEA AFD Ferrari Giacomina
- Coordinatore PS AFD Mantoan Claudia
- Direttore SITRA Bona Anna Maria
- Dirigente Medico DMP Sinatra Maria Lidia
- Direttore DMPO Sfogliarini Roberto (Coordinatore)

Redazione			Validazione			Approvazione		
Data	Funzione	Visto	Data	Funzione	Visto	Data	Funzione	Visto
21.12.2018	Gruppo Multidisciplinare		21.12.2018	Direttore DMP	f.to	Delibera n°555 del 28.12.18	DG	

### MODIFICHE

REV.	PAGINE O DOCUMENTI MODIFICATI	TIPO/ NATURA DELLA MODIFICA	DATA approvazione modifica	FUNZIONE che ha approvato la modifica
1	Tutte	Revisione generale	10/10/2013	Dr. R. Sfogliarini f.to
2		Cambio logo aziendale	08/04/2016	Dr. R. Sfogliarini f.to
3	Tutte	Revisione generale	21.12.2018	Dr. R. Sfogliarini f.to

### SOMMARIO

MODIFICHE .....	2
PREMESSA .....	3
NORMATIVA DI RIFERIMENTO E DOCUMENTAZIONE CORRELATA .....	4
GLOSSARIO DELLA MAXIEMERGENZA .....	5
SCOPO E OBIETTIVI .....	7
PREMESSE METODOLOGICHE AL PIANO PER LE MAXIEMERGENZE DELL' OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA .....	8
FASE ORGANIZZATIVA .....	9
AREA TRIAGE .....	15
AREA DI TRATTAMENTO .....	18
AREE DI RICOVERO .....	20
FASE OPERATIVA .....	29

## **PREMESSA**

L'organizzazione dei soccorsi sanitari, necessaria ad affrontare situazioni di emergenza caratterizzate da un elevato numero di feriti, rappresenta un elemento strategico che mette alla prova il sistema di emergenza territoriale e la rete dell'emergenza ospedaliera.

Nella medicina d'urgenza si distinguono tre gradi di situazioni patologiche secondo la gravità ed il numero di soggetti interessati:

- **URGENZE**: condizioni patologiche attuali o potenziali che in assenza di intervento conducono a morte o a lesioni permanenti nel giro di alcune ore (es. peritonite);
- **EMERGENZE**: condizioni patologiche attuali o potenziali che in assenza di trattamento immediato (minuti) conducono a morte o a lesioni permanenti (es. arresto cardiocircolatorio, insufficienza respiratoria acuta grave, ecc.);
- **MAXIEMERGENZE**: evento catastrofico che determina una netta sproporzione quantitativa e qualitativa fra i bisogni assistenziali delle vittime e la disponibilità di risorse sanitarie.

Nello specifico, Le maxiemergenze rappresentano eventi caratterizzati da:

- elevato numero di persone coinvolte/feriti/vittime o comunque persone che hanno subito danni diretti o indiretti;
- improvviso, temporaneo squilibrio tra le richieste delle persone coinvolte e gli aiuti/assistenza immediatamente disponibili.

Per Piano di Emergenza per il Massiccio Afflusso di Feriti di un ospedale si intende quell'insieme di disposizioni organizzative e procedurali che consente ad un ospedale di far fronte ad una Maxi-emergenza traumatologica mantenendo uno standard di trattamento dei pazienti paragonabile a quello garantito al paziente singolo

E' obbligo di legge per tutti gli Ospedali dotarsi di Piani di Emergenza sia esterna che interna (legge 626/1994); le emergenze e le Maxi-emergenze sanitarie devono essere gestite secondo livelli assistenziali che devono lavorare in rete e successivo DPR 27 Marzo 1992, Linee Guida sul Sistema di Emergenza Sanitaria, note come Linee Guida Guzzanti.

La Protezione Civile è responsabile della risposta alle Maxi-emergenze (Legge 225/1992 – che istituisce la nascita del Dipartimento di Protezione Civile) e ne delinea i “criteri di massima” (Dipartimento della Protezione Civile, Servizio Emergenza Sanitaria, pubblicazione n. 54 settembre 1998).

Tenuto presente che un evento catastrofico richiede l'integrazione delle varie componenti dedicate all'assistenza in emergenza, risulta necessario seguire, nella gestione delle conseguenze di una maxiemergenza, criteri univoci e condivisi in quanto efficaci.

In caso di disastro, l'ospedale rappresenta l'ultimo anello della catena dei soccorsi e deve funzionare malgrado qualsiasi difficoltà, con un'attenta gestione delle risorse disponibili, le quali, per evitare appunto il collasso della struttura, devono essere distribuite secondo un ordine preconstituito ed in relazione alla numerosità e tipologia di vittime afferenti.

La redazione di un piano d'emergenza, che contempli l'insieme delle procedure operative d'intervento da attuarsi nel caso si verifichi un evento, rappresenta lo strumento che consente di coordinare i soccorsi, a tutela sia dei ricoverati sia del personale, al fine di mantenere livelli di assistenza efficaci ed efficienti anche in occasione di situazioni di emergenza straordinarie interne o

All.to 2 alla PO07

esterne alle strutture ospedaliere, quando il numero di persone cui garantire assistenza, cura ed eventuale ricovero ecceda le normali capacità ricettive.

In ottemperanza alle linee di indirizzo organizzative introdotte dalle disposizioni del Dipartimento di Protezione Civile e delle LG “Indicazioni per un Piano di risposta ospedaliera ad una Maxi-emergenza di carattere traumatico” della SICUT (Società Italiana di Chirurgia d’Urgenza e del Trauma), citate in Normativa, la responsabilità giuridico-organizzativa del PEIMAF è del Direttore Medico del Presidio Ospedaliero.

Tutte le funzioni coinvolte in primis, Dipartimento DEA, SITRA, e tutte le funzioni di supporto, hanno la responsabilità di concorrere alla predisposizione ed alla attuazione del Piano ed al suo aggiornamento.

### **Caratteristiche del Presidio Ospedaliero di Crema**

Il Presidio Ospedaliero di Crema, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sede DEA di Primo livello, è classificato come Centro trauma di zona (CTZ) e garantisce H24, il trattamento in modo definitivo di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità.

In ottemperanza al DM 70 del 2015 è dotato dei seguenti standard:

- Personale addestrato alla gestione del trauma
- Area attrezzata di accettazione per il trauma (shock room), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie
- Chirurgia generale
- Anestesia e Rianimazione
- Medicina d'urgenza
- Ortopedia
- Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di teleconsulenza previste nell'ambito del SIAT
- Laboratorio d'urgenza e Centro trasfusionale
- Due sale operatorie contigue multifunzionali, per interventi di Chirurgia generale d'urgenza, Chirurgia ortopedica e eventuali interventi connessi con il trattamento del traumatizzato

### **NORMATIVA DI RIFERIMENTO E DOCUMENTAZIONE CORRELATA**

- D.M. 15 maggio 1992 n. 121 “Serie Generale Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza”;
- Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992 (n. 1/1996);
- D.L. 626/94 e 242/96, individuano misure per l’organizzazione dell’emergenza interna degli ospedali e affidano al DEA anche la predisposizione di piani finalizzati all’accettazione contemporanea di un massiccio afflusso di pazienti;
- Dipartimento della Protezione Civile: “Linee guida sull'organizzazione sanitaria in caso di Catastrofi sociali” – 1998;
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Protezione Civile – “Pianificazione dell’Emergenza intraospedaliera a fronte di una Maxi-emergenza” – Settembre 1998;
- “Linee Guida sulla Pianificazione dell’emergenza intraospedaliera a fronte di una maxiemergenza elaborate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Protezione Civile Servizio Emergenza Sanitaria del Settembre 1998

All.to 2 alla PO07

- DDG n. 941 del 23 settembre 2005- Dipartimento Protezione Civile, Presidenza del Consiglio dei Ministri: Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle Catastrofi. 2001;
- Decreto Direzione generale Sanità della Regione Lombardia n. 11524 del 15/07/2005;
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 dicembre 2007 "Procedure modulistica del triage sanitario nelle catastrofi" ;
- Procedure e modulistica del triage sanitario nelle catastrofi. (G.U. Serie Generale n. 91 del 17 aprile 2008) - Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 dicembre 2007;
- D.L. 81/2008 Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro che rende obbligatorio il piano di emergenza negli ospedali (PEIVAC e PEIMAF);
- Dipartimento Protezione Civile – "Direttiva per il Coordinamento delle iniziative e delle misure finalizzate a disciplinare gli interventi nelle catastrofi anche ad effetto limitato" ;
- Dipartimento Protezione Civile, Presidenza del Consiglio dei Ministri: Direttiva concernente "indirizzi operativi per l'attivazione e la gestione di moduli sanitari in caso di catastrofe" – Rep. 3290 del luglio 2011;
- Nota prot. H1.2014.0020016 del 5 giugno 2014 Ricognizione dei Piani di Emergenza Interno per la gestione di Massiccio Afflusso di Feriti (P.E.I.M.A.F.);
- Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- "Indicazioni per un Piano di risposta ospedaliera ad una Maxi-emergenza di carattere traumatico" \_Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma (SICUT), 18 maggio 2017.
- IO "IL FLUSSO DEI PAZIENTI RICOVERI IN EMERGENZA URGENZA ED ATTIVITÀ ELETTIVA NELL' OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA" Versione 02 del 15 marzo 2018.

## **GLOSSARIO DELLA MAXIEMERGENZA**

### **1 INCIDENTE MAGGIORE:**

un qualsiasi incidente in cui collocazione, numero, gravità o tipo di feriti ancora vivi richieda risorse straordinarie per affrontarlo, con una prevedibile estensione nel tempo in genere < 12 ore.

- 1 **Compensato:** quando l'utilizzo di risorse aggiuntive consente di gestire le vittime (carico < capacità).
- 2 **Scompensato:** quando le risorse aggiuntive mobilitate sono ancora insufficienti a fare fronte al numero di feriti (carico > capacità).
- 3 **Semplice:** incidente in cui le infrastrutture sociali sono integre.
- 4 **Composito:** incidenti in cui le infrastrutture sociali sono danneggiate (esempio: vie di trasporto e sistemi di comunicazione fuori uso, servizio sanitario inefficace).

### **Ordine di grandezza:**

- 1 **tra 10 e 100 feriti gravi in uno spazio confinato, con infrastrutture integre.**

### **1 CATASTROFE:**

evento inopinato e improvviso, di grandi dimensioni, (incidente maggiore scompensato), che provoca danni umani e materiali importanti, e determina, almeno temporaneamente, una inadeguatezza tra i mezzi di soccorso immediatamente disponibili e le necessità generate dalle conseguenze dell'avvenimento.

### **Ordine di grandezza:**

- 1 Catastrofe di **medie** dimensioni: **tra 100 e 1000 feriti gravi.**
- 2 Catastrofe di dimensioni **maggiori:** **oltre 1000 feriti gravi.**

### **3 CLASSIFICAZIONE:**

- a) CATASTROFI NATURALI

All.to 2 alla PO07

- Fenomeni geologici (terremoti, eruzioni vulcaniche, etc.)
  - Eventi meteorologici (piogge estese, trombe d'aria, neve, etc.)
  - Fenomeni idrogeologici (alluvioni, esondazioni, frane, valanghe, etc.)
  - Varie (es. epidemie animali)
- b) **CATASTROFI TECNOLOGICHE o ANTROPICHE**
- Incidenti rilevanti in attività industriali (incendio, esplosione, radioattività, rilascio di sostanze inquinanti o tossiche, etc.)
  - Incidenti nei trasporti (aerei, ferroviari, stradali, di navigazione, etc.)
  - Collasso dei sistemi tecnologici (black-out elettrico, black-out informatico, interruzione rifornimento idrico, etc.)
  - Incendi (boschivi e urbani)
  - Varie (es. crollo di immobili)
- c) **CATASTROFI CONFLITTUALI E SOCIOLOGICHE**
- Atti terroristici
  - Sommosse
  - Conflitti armati internazionali
  - Uso di armi chimiche, biologiche e naturali
  - Epidemie
  - Carestie
  - Migrazioni forzate di popolazioni (campi profughi)
  - Incidenti durante spettacoli, feste e manifestazioni sportive.

## **SCOPO E OBIETTIVI**

Il Piano (PEIMAF) ha lo scopo di definire le responsabilità e le modalità di gestione nelle situazioni di maxiemergenza:

- l'accettazione contemporanea di un elevato, improvviso e impreveduto numero di pazienti, compatibile con le ordinarie attività ospedaliere;
- l'integrazione con la rete dei soccorsi sul territorio;
- l'erogazione di cure quanto più possibile qualificate, calibrate sulla base della domanda e comunque adeguate alla gravità delle lesioni dei soggetti ricoverati e alle risorse a disposizione;
- l'attivazione dell'Unità di Crisi Aziendale che ha il compito di governare l'intero processo;
- l'integrazione con altri piani di emergenza aziendali quale ad esempio Piano di gestione del Sovraffollamento, Piano Pandemico;
- il trasferimento del paziente nel reparto più idoneo, all'interno del Presidio ospedaliero stesso o in un'altra struttura preidentificata.

Inoltre, il presente Piano di emergenza:

- assegna le responsabilità;
- prevede come coordinare le azioni;
- descrive le relazioni fra strutture diverse;
- predispone l'organizzazione per la protezione dei ricoverati e del personale;
- identifica il personale, le competenze, le procedure e le risorse disponibili da mettere in atto durante le operazioni di risposta;
- garantisce la necessaria flessibilità per essere utilizzato in tutte le emergenze, incluse quelle imprevedute, e la semplicità di applicazione in modo da divenire rapidamente operativo.

Il presente Piano va considerato in modo dinamico, prevedendo la necessità di aggiornamenti periodici in relazione alle variazioni della strutturazione architettonica degli ospedali e del rischio di catastrofe, ma anche in rapporto al turnover del personale ed alla fisiologica necessità di verifiche continue.

## **PREMESSE METODOLOGICHE AL PIANO PER LE MAXIEMERGENZE DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA**

Dal punto di vista generale il presente Piano per le maxiemergenze si suddivide in due parti o fasi principali: la **fase organizzativa** e la **fase operativa**.

### **Fase organizzativa (Fase preparatoria del Piano)**

La fase organizzativa ha lo scopo di identificare, valutare, e **decidere i seguenti elementi** fondamentali per l'organizzazione di una risposta efficace ed efficiente al massivo arrivo di feriti nel nostro ospedale:

1. Analisi dei Rischi
2. Analisi delle Risorse
3. Determinazione della Capacità Ricettiva, della Surge Capacity ed infine della Massima Capacità Ricettiva
4. Predisposizione delle Action card

### **La Fase operativa (Fase di attuazione del Piano)**

La fase operativa è quella che scatta quando si verifica un reale disastro e si svolge essenzialmente su due fronti:

#### **1. Area Emergenza Clinica:**

- Pronto Soccorso;
- Blocco Operatorio;
- Terapia Intensiva e rianimazione.

#### **2. Area Coordinamento Logistico**

- Direzione Medica di Presidio
- SITRA
- Degenze Mediche
- Ambulatori
- Servizi.

**PIANO PER LE MAXIEMERGENZE DELL' OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA**

**FASE ORGANIZZATIVA**

Nella fase organizzativa vengono predefinite le seguenti misure organizzative valide in generale per tutte le tipologie di eventi seppur suscettibili di modifiche e/o integrazioni che potrebbero rendersi necessarie a seconda del contesto e/o della natura dell'emergenza:

- A.** Valutazione dei rischi;
- B.** Determinazione della Massima capacità ricettiva
- C.** Surge Capacity:
  - Staff;
  - Stuff (Materiali, Strumenti, Farmaci, Dispositivi, Materiale di Consumo, Materiale di Conforto)
  - Structure (Struttura):
    - Area di Triage,
    - Aree di Trattamento
    - Percorsi
  - Preparazione delle Sale Operatorie e Terapie Intensive
  - Aree accessorie:
    - Area Pediatrica
    - Area accoglienza Parenti
    - Area Comunicazioni con i Media
- D.** Systems:
  - Catena di Comando e Controllo;
  - Coordinamento con le funzioni non sanitarie;
  - Comunicazione e flusso delle informazioni
- E.** Disposizioni operative: le Action Card

## **A. VALUTAZIONE DEI RISCHI**

Oltre ai principali eventi **catastrofici comuni** a tutto il territorio cittadino e rurale (es. terremoti, incendi, crolli ed esplosioni in abitazioni o luoghi pubblici, manifestazioni pubbliche, incidenti stradali e ferroviari, intossicazioni collettive, ecc.), l'Ospedale Maggiore di Crema può essere chiamato a far fronte a disastri legati al funzionamento di alcune strutture operanti sul territorio, o eventi conseguenti a caratteristiche del territorio quali:

- **industrie chimiche** (incidenti chimici o fisici)
- **statale 415 Milano-Cremona "Paullese"** (maxi-incidenti stradali)
- **rotte aeree civili** (incidenti ad aeromobili)
- Eventi meteorologici (gelicidio, piogge estese, trombe d'aria, neve, etc.)
- Fenomeni idrogeologici (alluvioni, esondazioni)
- Fenomeni geologici (es. terremoti)

Gli effetti patologici che i suddetti eventi catastrofici producono sulle vittime sono, nonostante le differenze fra i tipi di eventi, sostanzialmente riconducibili a due tipologie principali, anche se spesso coesistenti:

- effetti di natura **traumatica**
- effetti di natura **tossica**

Non va in ogni caso sottovalutato il rischio sempre possibile di un'eventuale psicosi collettiva post-incidente che può aggravare una situazione di per sé precaria.

## **B. DETERMINAZIONE DELLA MASSIMA CAPACITA' RICETTIVA**

### **Identificazione delle capacità di ricezione e trattamento ospedaliero dei pazienti critici**

*(Hospital Treatment Capacity - HTC)*

Le variabili considerate per la capacità di risposta alla maxiemergenza sono:

- il numero di operatori (medici, infermieri e personale di supporto) in servizio, reperibili e/o eventualmente rintracciabili con chiamata diretta a cascata
- il numero delle equipe chirurgiche (chirurgia generale, traumatologia, etc) rapidamente attivabili
- il numero delle postazioni per pazienti critici (codici rossi e gialli) immediatamente attivabili in PS
- il numero delle sale operatorie disponibili e dedicabili esclusivamente alla maxiemergenza;
- i posti letto immediatamente disponibili nei reparti – o spazi individuati ad hoc – ad alta intensità di cure e nei reparti chirurgici e medici

Il PEIMAF della SICUT attinge dal modello israeliano i dati percentuali derivanti dalla consolidata esperienza israeliana, relativi alle percentuali di:

- grado di severità (codice colore) dei traumatizzati
- interventi chirurgici attesi per i codici rossi

All.to 2 alla PO07

Pertanto, si riserverà ai traumatizzati un **numero di posti letto** pari al **quintuplo dei codici rossi** che possono essere accolti in relazione alle seguenti risorse:

- postazioni rosse
- sale operatorie staffate
- strumentazione ecografica e radiologica convenzionale (Rx torace, Rx bacino, E-FAST) per eseguire la prima valutazione/trattamento secondo i dettami ATLS
- immediata disponibilità di TC
- immediata disponibilità di sangue
- risorse umane, di seguito specificate:
  - o Medici (Chirurghi d'Urgenza, Rianimatori, Medici dell'Emergenza-Urgenza)
  - o Infermieri di Area Critica
  - o Radiologi
  - o Tecnici di Radiologia
  - o Personale di supporto

Le suddette risorse debbono tenere in debito conto anche il fatto che il 30% del totale dei traumatizzati sarà costituito da codici gialli, così come atteso nel modello israeliano.

La **DOTAZIONE OTTIMALE** di ciascuna **Postazione Rossa** è composta da:

- presa di O<sub>2</sub> e aspiratore
- ventilatore
- monitor/defibrillatore
- risorse umane:
  - o 2 medici (1 Anestesista oppure Medico dell'Emergenza-Urgenza; 1 Chirurgo)
  - o 2 Infermieri di Area Critica
  - o 1 Operatore di supporto

In condizioni di criticità numerica le risorse di ciascuna Postazione Rossa potranno contrarsi fino a:

- o 1 medico
- o 1 Infermiere di Area Critica
- o 1 Operatore di supporto

Nel modello SICUT il rapporto ottimale tra il numero di Sale Operatorie prontamente disponibili H24 e adeguatamente staffate (A) e il numero di postazioni rosse (B) è di 1 a 10, riassumibile nel seguente insieme: (A + 10B). Questo insieme ottimale può essere replicato da ciascun ospedale per un numero di volte (n) in base alle proprie risorse.

Moltiplicando l'insieme (A + 10B) per il numero di volte (n) individuato da ciascun ospedale si ottiene la Massima Capacità Ricettiva per Codici Rossi.

**Formula per il calcolo della Massima Capacità Ricettiva Ottimale per Codici Rossi:**

$$X = n \cdot (A + 10B)$$

X = massima capacità ricettiva ottimale per codici rossi

n = numero moltiplicatore variabile in relazione alle risorse di ciascun Ospedale

A = Sala Operatoria immediatamente disponibile H24, attrezzata per interventi di Chirurgia Generale e adeguatamente staffata

B = Postazioni Rosse

All.to 2 alla PO07

Il numero di postazioni rosse, tuttavia, non esprime da solo quanti codici rossi accettare, dovendo tenere in debito conto anche il numero delle sale operatorie staffate e prontamente disponibili (rapporto 10/1 nel modello israeliano).

### **Formula per il calcolo delle risorse umane ottimali per i Codici Gialli attesi**

Per i Codici Gialli le risorse umane consigliate sono le seguenti:

- Rapporto *Medico dell’Emergenza-Urgenza* / paziente Codice Giallo → 1/4
- Rapporto *Infermiere di Area Critica* / paziente Codice Giallo → 1/2
- Rapporto *Operatore di supporto* / paziente Codice Giallo → 1/2

Lo STAFF di una **Sala Operatoria** immediatamente disponibile H24 è costituito da:

- almeno 2 Chirurghi, di cui almeno uno in grado di eseguire la “Damage Control Surgery”
- 1 Anestesista/Rianimatore con esperienza nella gestione del trauma
- 2 Infermieri (1 strumentista e 1 assistente all’anestesia)
- 1 Operatore di supporto

### **Formula per il calcolo di eventuale inadeguato rapporto (Y) tra Sale Operatorie d’Urgenza (A) e Postazioni Rosse (B)**

$$Y = (A \cdot 10) - B$$

Y = eventuale inadeguato rapporto tra Sale Operatorie d’Urgenza e Postazioni Rosse

A = Sala Operatoria immediatamente disponibile H24, attrezzata per interventi di Chirurgia Generale e adeguatamente staffata

B = Postazioni Rosse

Se il risultato della formula è un numero positivo (preceduto cioè dal segno più), esso esprime l’entità del deficit di Postazioni Rosse rispetto al rapporto ottimale con le Sale Operatorie d’Urgenza H24 staffate

Se il risultato della formula è un numero negativo (preceduto cioè dal segno meno), esso esprime l’entità del deficit di Sale Operatorie d’Urgenza H24 staffate rispetto al rapporto ottimale con le Postazioni Rosse

Se il risultato della formula è zero, Sale Operatorie d’Urgenza H24 staffate e Postazioni Rosse sono in rapporto ottimale.

Per il mantenimento di uno standard qualitativo adeguato di trattamento non è possibile accettare codici rossi oltre il numero di postazioni rosse disponibili, pur se le sale operatorie staffate fossero sufficienti per un maggior numero di codici rossi.

Viceversa, un numero limitato di sale operatorie staffate prontamente disponibili può vanificare una eccedente disponibilità (rispetto al suddetto rapporto 10/1) di postazioni rosse allestite per l’accoglienza dei traumatizzati.

Oltre le suddette postazioni rosse e sale operatorie staffate debbono essere tenute in debito conto le risorse strutturali, tecnologiche e umane richieste dall’iter diagnostico-terapeutico non soltanto dei codici rossi ma anche dei codici gialli.

La tabella sottostante indica quali siano le risorse umane (medici, medici specialisti, infermieri di area critica e operatori di supporto) necessarie per i codici rossi e gialli.

All.to 2 alla PO07

PERSONALE SANTARIO	CODICE	SPECIALITÀ	RAPPORTO SPECIALISTA/PAZIENTE
MEDICI	ROSSO	1 Anestesista <i>oppure</i> Medico Emergenza-Urgenza 1 Chirurgo	2 / 1
	GIALLO	Medico Emergenza-Urgenza	1 / 4
INFERMIERI	ROSSO	Area Critica	2 / 1
	GIALLO	Area Critica	1 / 2
AUSILIARI	ROSSO		1 / 1
	GIALLO		1 / 2

**Il rapporto numerico ottimale medico-paziente codice rosso è di 2/1:**

- l'Anestesista o il Medico dell'Emergenza-Urgenza si occuperà primariamente della gestione delle vie aeree;
- il Chirurgo avrà come obiettivi prioritari l'arresto dell'emorragia e la gestione dello shock emorragico, quest'ultimo in cogestione con lo Specialista di Area Medica

In **condizioni di criticità numerica** del personale, il rapporto *medico-paziente* codice rosso potrà contrarsi fino a **1/1**, ma mai al di sotto, al fine di garantire al traumatizzato un livello assistenziale adeguato.

**Il rapporto numerico ottimale infermiere di area critica-paziente** codice rosso è di **2/1**.

In **condizioni di criticità numerica** del personale, il rapporto *infermiere di area critica -paziente* codice rosso potrà contrarsi fino a **1/1**, ma mai al di sotto, al fine di garantire al traumatizzato un livello assistenziale adeguato.

Gli *operatori di supporto* dovranno sempre essere in rapporto **1/1** rispetto ai pazienti codice rosso.

La tabella a seguire esprime le risorse diagnostiche strumentali (ecografia, radiologia convenzionale e TC) e i tempi necessari in riferimento ai codici rossi e gialli

CODICE	Risorse diagnostiche	Tempo necessario
ROSSO	E-FAST + Rx torace + Rx bacino	15 minuti
	TC	15 minuti
GIALLO	E-FAST + Rx torace + Rx bacino	15 minuti

La **capacità immediata** di ciascun ospedale di ricevere codici rossi è pertanto limitata, in quanto condizionata dal personale già esistente in ospedale nel momento di attivazione del PEMAFA.

Tuttavia, **con il trascorrere dei minuti** la disponibilità di risorse umane va aumentando per l'arrivo dei reperibili.

Al contempo può accadere che con il trascorrere dei minuti arrivino codici rossi in esubero rispetto al suddetto rapporto ottimale paziente/medici/infermieri/operatori di supporto: questo potrebbe costringere a ridurre il numero dei medici e infermieri a disposizione di ciascun codice rosso, senza però mai scendere al di sotto di un medico, di un infermiere e di un operatore di supporto per ciascun codice rosso.

Dal censimento delle risorse disponibili in riferimento alle suddette indicazioni, ogni ospedale può definire quanti **codici rossi e gialli può realmente accettare** in caso di Maxi-emergenza, **senza far scendere lo standard di assistenza** al di sotto di quello che è garantito al singolo paziente traumatizzato al di fuori di una Maxi-emergenza.

All.to 2 alla PO07

Conseguentemente può essere presumibilmente definito anche il **numero totale dei traumatizzati** da accogliere, dal momento che le percentuali del modello israeliano indicano i **codici verdi pari alla somma dei codici rossi e gialli**.

L'emotività suscitata dall'evento può rappresentare una ricchezza nella messa a disposizione di risorse umane che accorrono in ospedale volontariamente ma, al contempo, un intralcio pericoloso se non correttamente incanalato.

Si potrà prevedere l'aiuto da parte di personale aggiuntivo volontario soltanto nel caso in cui sia stato predisposto e verificato un sistema di allertamento e reclutamento ad hoc.

Ogni ospedale si colloca nella **Rete Regionale per le Maxi-Emergenze**. Essa deve essere in grado di soddisfare nel suo insieme il fabbisogno del bacino territoriale di competenza, relativamente ai rischi del territorio.

Allorquando dall'analisi di strutture, tecnologie e risorse umane emergano carenze che impediscano di far fronte a potenziali Maxi-emergenze del bacino territoriale, il **Coordinamento Regionale delle Maxi-emergenze** dovrà apportare adeguati correttivi.

Per altro verso, ogni Amministrazione ospedaliera, al fine di non scendere al di sotto dei rapporti ottimali prima descritti, dovrà sollecitare il **Coordinamento Regionale delle Maxi-emergenze** a dotare l'ospedale di adeguate risorse strutturali e umane allorquando siano carenti.

### **C. SURGE CAPACITY**

#### **STAFF**

Ogni U.O. deve compilare, oltre che le normali liste del personale reperibile, degli **Elenchi Speciali** del personale medico, infermieristico e personale di supporto da richiamare in caso di **Maxiemergenza**. Questi Elenchi Speciali vanno formulati in modo che, ad eccezione dei **responsabili medico, infermieristico, tecnico**, siano posti all'inizio dell'elenco **coloro che risiedono più vicino all'ospedale e alla fine le persone più lontane**.

Tali elenchi porteranno di fianco al nome e cognome della persona da convocare sia i **numeri telefonici delle abitazioni** sia quelli dei **telefoni cellulari, inviandone copia alla Direzione Medica di Presidio e al SITRA**.

Il SITRA infatti, procederà a **richiamare in servizio**, dopo i reperibili, tutto il personale che l'Unità di Crisi ritiene necessario, seguendo l'**ordine prestabilito** dagli Elenchi Speciali.

Gli elenchi devono essere tenuti **aggiornati dalla U.O. Personale** rendendo disponibile in Intranet le informazioni indicate; la Direzione Medica di Presidio ne verificherà la utilizzabilità ogni 3 mesi.

#### **STUFF (Materiali, Strumenti, Farmaci, Dispositivi, Materiale di Consumo, Materiale di Conforto)**

Le scorte del materiale per emergenza devono essere disponibili presso il Pronto Soccorso e la Farmacia Ospedaliera.

Tali scorte devono essere revisionate almeno ogni sei mesi a cura dei Coordinatori delle UU.OO. P. Soccorso, Anestesia e Farmacia, che ne sono individualmente responsabili della conservazione e ripristino.

Alle altre UU.OO. e Servizi compete l'approvvigionamento e la gestione dei materiali, farmaci e presidi che dovranno essere raccolti e stoccati nell'eventualità di una maxiemergenza in relazione al loro possibile coinvolgimento.

Il grande numero di pazienti intossicati o feriti da assistere rende necessario il potenziamento delle scorte di materiale normalmente adoperato nell'ambito dell'urgenza nel DEA (**materiali per incannulazione vasale, intubazione, disinfezione, drenaggi, set di sutura, medicazione, ecc.**) che sono stoccati nei consueti armadi e depositi del DEA. Un carrello ad hoc contenente esclusivamente **biancheria (lenzuola/federe)**

All.to 2 alla PO07

Per quanto riguarda i **farmaci**, si farà uso quasi esclusivamente di presidi per l'urgenza, quali quelli normalmente in uso in P.S.

Per poter accogliere l'elevato numero di feriti è necessario disporre di **almeno 30 sedie a rotelle, 20 aste portaflebo telescopiche, 20 lettini a rotelle, e 40 barelle da montare.**

I pazienti "neri" o "blu" saranno sistemati in **30 sacchi-teli impermeabili.**

Oltre a ciò saranno predisposti **1 "Kit-atrio"** e **40 "Set-paziente"** dalla seguente composizione:

**Kit-atrio:**

- n. 1 megafono
- n. 2 torce elettriche
- n. 3 forbici taglia-abiti
- n. 5 forbici normali
- chiave magazzino 2S RIA
- n. 180 braccialetti suddivisi per colore con striscia di nastro adesivo (rosso, giallo, verde, nero, arancio, bianco), in contenitore multiposto.
- Macchina fotografica a sviluppo istantaneo (per identificazione dei pz. comatosi e dei bambini; una foto in cartella; una foto all'Unità di Crisi).

**Set-paziente (pre-numerato):**

- n. 1 scheda paziente (da numerare)
- n. 1 coperta metallina
- n. 1 sacchetto per effetti personali (sul quale riportare il numero della scheda del paziente)
- n. 1 laccio emostatico con 1 sistema per prelievo (tipo Vacutainer)
- n. 5 provette per esami di laboratorio (emocromo, chimica, coagulazione, gruppo sanguigni e prove crociate)

Dopo aver eseguito il prelievo ematico le provette saranno concentrate in un punto di raccolta rappresentato da un carrello in acciaio della Rianimazione .

**Tutti i materiali sopra descritti sono stoccati, in contenitori provvisti di ruote e su carrelli, al piano 1S del monoblocco (magazzino Cardio).**

**AREA TRIAGE**

Al momento dell'arrivo in ospedale i pazienti dovranno essere registrati sul sistema informatizzato con i dati personali, se noti e quando possibile, oppure attraverso la procedura **"ignoto n°"** e tali dati vanno riportati anche sulla scheda di Triage.

La scheda deve seguire il paziente durante tutto il percorso diagnostico-terapeutico.

Al paziente verrà inoltre applicato il bracciale di colore corrispondente al codice di gravità.

La scheda predefinita è allegata di seguito.

In tutti i casi sulla scheda saranno registrati:

- **Generalità del paziente (quando possibile rilevarli, altrimenti fa fede il numero dell'ignoto);**

All.to 2 alla PO07

- **Codice colore del Triage extraospedaliero (se comunicato dalla CO o se presente sul paziente);**
- **Prima valutazione clinica**
- **Codice colore assegnato dal Triage ospedaliero;**
- **Diagnosi orientativa**

La **scheda di Triage** deve sempre **seguire il paziente in ogni suo spostamento** fra i vari ambienti di cura (aree colorate, S.O., reparti) e dovrà via via essere completata con le **informazioni essenziali**:

- **Diagnosi aggiuntive;**
- **Interventi terapeutici eseguiti;**
- **Accertamenti richiesti, i cui risultati vanno allegati alla scheda;**
- **Destinazione finale del paziente.**

Una copia della scheda di Triage sarà conservata in archivio.  
Nell'esito del sistema informatico verrà riportata la dicitura: "vedi scheda cartacea".

L'area di Triage continuerà ad essere gestita dal personale infermieristico. E' importante presidiare l'area antistante la postazione del triade con un infermiere e personale di supporto (OSS, Ausiliari e/o volontari)

Per Triage s'intende la **classificazione e lo smistamento dei pazienti** giunti in P.S. in base alla **gravità** della loro patologia al fine di determinare la priorità di inquadramento diagnostico e di trattamento; il Triage ha quindi l'obiettivo di distribuire le **risorse umane e materiali** disponibili sui **pazienti** che ne necessitano maggiormente e che presentano **buone possibilità di recupero**, evitando così di disperdere energie su pazienti in condizioni lievi (che non necessitano di cure immediate o complesse) o in condizioni troppo gravi per beneficiare di trattamenti diversi da quelli palliativi (moribondi, ecc.).

Le priorità di trattamento sono quelle classiche dell'**ATLS modificate** per adattarle alla Maxiemergenza:

- **A Airways + C Cervical Spine**
- **B Breathing**
- **C Circulation Control hemorrhage**
- **D Drugs**
- **E Exposure**

Sulla base di una delle classificazioni più accettate a livello internazionale, ciascun paziente viene suddiviso in una delle seguenti **classi** contraddistinte da un **colore** specifico, molto utile per il riconoscimento visivo immediato dell'ammalato da parte di tutti coloro che operano nel loro recupero, soccorso, trasporto e trattamento ospedaliero.

Il trattamento è quello classicamente dettato dal **primary survey** (immediato), **secondary survey** (il più precoce possibile), **terziary survey** (> le prime 24 ore).

Il sistema START è un **processo dinamico**, cioè è continuo e progressivo poiché inizia sul luogo dell'evento e continua durante tutti i passaggi della "catena dell'emergenza" (luogo dell'evento, Posto Medico Avanzato, trasferimento, arrivo in ospedale, varie fasi del trattamento ospedaliero) divenendo via via più approfondito e completo.

Nella **Maxiemergenza-Intossicazione da sostanze chimiche** il Triage deve essere preceduto dalla **decontaminazione, che deve avvenire sul luogo dell'evento** prima dell'evacuazione dei pazienti,

All.to 2 alla PO07

in modo da prevenire la ulteriore contaminazione di operatori sanitari, mezzi di soccorso ed ambienti dell'edificio ospedaliero. (Vedi piani specifici Centrale Operativa 118 Cremona).

### **CODICE ROSSO - CLASSE I - EMERGENZE - TRATTAMENTO IMMEDIATO**

I pazienti "rossi" sono soggetti che presentano una **compromissione delle funzioni vitali** e che pertanto necessitano di un **immediato trattamento di supporto delle funzioni vitali e/o di un intervento chirurgico d'urgenza (presumibilmente entro le due ore)**.

Questi pazienti possono richiedere specifiche cure intensive anche nelle ore successive alla stabilizzazione attuata all'ingresso in ospedale.

Nel Triage eseguito secondo il **metodo START** (Simple Triage And Rapid Treatment) i pazienti "rossi" sono quelli che:

- ◆ **non rispondono al comando verbale**
- ◆ **ventilano solo dopo aver controllato le vie aeree**
- ◆ **ventilano con una frequenza respiratoria > 30/min. o con evidente difficoltà**
- ◆ **hanno un tempo di riempimento capillare > 2 secondi**
- ◆ **non hanno un polso radiale percettibile**

Pertanto i **pazienti "rossi"** più comuni sono ad esempio:

- Insufficienze respiratorie gravi
- Emo/pneumotorace o pneumotorace iperteso
- Shock emorragico da fonte controllabile (da lesioni degli organi toraco-addominali)
- Ferite emorragiche o ischemiche degli arti
- Fratture esposte delle ossa lunghe
- Lesioni cerebrali con GCS > 8
- Ustioni 2° < 40%
- Intossicazioni da CO con HbCO < 40%

### **CODICE GIALLO - CLASSE II - URGENZE - TRATTAMENTO DIFFERIBILE**

I pazienti gialli sono soggetti senza alterazioni in atto delle funzioni vitali ma che presentano la necessità di trattamenti medici in tempi relativamente brevi e/o di un **intervento chirurgico differibile nelle successive 18 ore**. Questi pazienti sono da **tenere in osservazione** poiché potrebbero in ogni momento, diventare "rossi" per un possibile peggioramento delle condizioni cliniche con comparsa di compromissione di una o più funzioni vitali.

Nel Triage secondo il metodo START i pazienti "gialli" sono tutti quelli che:

- ◆ **non sono né "rossi" né "verdi"**

Pertanto esempi di **pazienti "gialli"** potrebbero essere:

- lesioni del SNC con GCS > 11
- Traumi maxillofacciali senza ostruzione delle vie aeree
- Traumi addominali stabili
- Fratture chiuse degli arti e della pelvi
- Traumi non mielici della colonna vertebrale
- Ustioni di 1° e 2° < 20%
- Intossicazioni da CO con HbCO < 20%

### **CODICE VERDE - CLASSE III - URGENZE MINIME - TRATTAMENTO DI MINIMA**

I pazienti "verdi" sono quelli il cui **trattamento è sicuramente differibile** (ad es. in cui l'intervento chirurgico può essere ritardato oltre le 18 ore, quando cioè si suppone che sia terminata la fase di

All.to 2 alla PO07

emergenza), oppure sono pazienti ambulatoriali come i contusi, i feriti leggeri, ecc..., eventualmente da rivedere nei giorni successivi.

Nel Triage secondo il metodo START i pazienti verdi sono quelli che:

- ◆ **possono e riescono a camminare**
- ◆ **possono collaborare all'assistenza di altri infortunati (mantenere la pervietà delle vie aeree, tamponare le emorragie esterne, ecc.)**

I pazienti “verdi” sono soggetti che ad esempio hanno le seguenti lesioni:

- Traumi che permettono la deambulazione
- Lesioni dei tessuti molli
- Intossicazioni da CO con HbCO < 5%
- Ustioni di 1° e 2° poco estese

#### **CODICE NERO - CLASSE IV - IRRECUPERABILI - TRATTAMENTO PALLIATIVO**

I pazienti “neri” sono pazienti definiti irrecuperabili poiché o sono già deceduti e lo saranno sicuramente a breve termine per la particolare gravità delle loro lesioni.

Nel Triage secondo il metodo START i pazienti neri sono:

- ◆ **tutti i deceduti**
- ◆ **i feriti o intossicati con assenza di ventilazione dopo un controllo delle vie aeree**

I soggetti “neri” o “blu” sono soggetti che ad esempio hanno le seguenti lesioni:

- lesioni gravissime dell'encefalo
- lesioni mieliche alte della colonna vertebrale
- lesioni gravissime e multiple di più organi o sistemi
- ustioni di 2° e 3° estese a più del 40% della superficie cutanea
- intossicazioni da CO con HbCO > 40%

I pazienti “neri” non richiedono nessuna trattamento se sono già deceduti o solo un trattamento palliativo (compassionevole) volto a togliere il dolore o altri fattori di sofferenza se sono agonizzanti (pazienti classificabili come “blu”).

#### **CODICE ARANCIO - PATOLOGIA PSICHIATRICA - TRATTAMENTO PSICHIATRICO**

I pazienti “arancio” sono privi di lesioni organiche ma in preda a grave stato di panico o di agitazione psicomotoria o di catatonia.

Questi pazienti vanno concentrati in un luogo tranquillo in cui possano essere sorvegliati adeguatamente.

#### **CODICE BIANCO – NESSUNA NECESSITA' DI TRATTAMENTO SANITARIO**

Trattasi di infortunati che non presentano necessità di trattamenti sanitari significativi, ma che possono arrivare in ospedale intralciando le operazioni sanitarie o esponendosi a pericoli (bambini, anziani, modesti stati d'ansia, ritardi mentali, ecc.).

**CODICE BLU**– Urgenza “depassé”; il trattamento non influisce sulla sopravvivenza.

#### **AREA DI TRATTAMENTO**

All.to 2 alla PO07

Questa classificazione di Triage per codice colore (o classe), come qualunque altra classificazione di Triage, richiede che ognuna di questa categorie debba essere raccolta in zone separate e trattata da persone specifiche, per evitare confusione e sovrapposizioni.

Dall'attribuzione del codice colore da parte del triagista, il paziente viene quindi destinato all'area corrispondente all'interno del Pronto Soccorso, come di seguito individuata:

Localizzazione delle aree per il Pronto Soccorso per maxiemergenza		
Area	Gravità del quadro clinico	Ubicazione c/o Ospedale
Rossa	Pazienti che necessitano di un trattamento immediato con compromissione delle funzioni vitali o con emorragia esterna	In successione: -Sala shock room del PS (2 posti) -Letti della UO. Rianimazione e T.I. con attivazione 7° letto RIA -Se necessario per far posto trasferire Paziente con Insuff Resp in UTIR o in Recovery room del blocco operatorio;  Il Rianimatore decide per livello di gravità la collocazione del paziente nei setting sopra indicati
Gialla	Pazienti che non presentano compromissione delle funzioni vitali, ma che richiedono un trattamento non differibile	Ambulatori del PS (aree ambulatoriali e OBI) Ricovero nei Reparti (vedi tabella successiva)
Verde	Pazienti non urgenti	Sala Attesa della segreteria della Radiologia se insufficiente la capienza delle Sale del PS (superamento limiti del PGS)
Nera	Pazienti deceduti	Camera mortuaria
Arancio	Paziente in preda a grave agitazione psicomotoria o a panico	Reparto di Psichiatria
Bianca	Non necessitando di cure mediche	Sala Polenghi
Blu	Trattamento non influisce sulla sopravvivenza.	Reparto del monoblocco nell'ordine ( OrL, ecc)

## AREE DI RICOVERO

### DEI PAZIENTI AL SUPERAMENTO DEI POSTI PRESSO IL PRONTO SOCCORSO

Le aree individuate sono le stesse di quelle previste nel Piano di Gestione del sovraffollamento ma hanno **PROGRESSIONE DI ATTIVAZIONE DIVERSA IN RAGIONE DELLA ECCEZIONALITA' DEL FENOMENO**

L' ampliamento è condizionato dai lavori di ristrutturazione in corso al piano secondo.

Tabella Aree di ricovero dei pazienti GIALLI e VERDI nel Presidio di Crema e ordine di attivazione			
	N° posti	priorità	
<b>FASE 1 – FINO AL completamento piano secondo</b>			
PIANO TERZO MONOBLOCCO - se ore diurne spostamento pazienti presenti su posti letto del dip chirurgico senza/con riduzione attività chirurgica di Day Surgery	13	<b>1</b>	
PIANO UNO MONOBLOCCO adiacente MAU) con spostamento terapia antalgica in Ostetricia	6	<b>2</b>	
Appoggio area Chirurgica	4	<b>3</b>	
Ampliamento area medica 2° Piano Oncologia (-3 MAC) - Blocco Ricoveri programmati	3	<b>4</b>	
POSTI LETTO Palazzina 1° Piano se non già occupati (fino a 12)	NP	<b>4</b>	
Blocco Ricoveri programmati			
NP=non prevedibili			
<b>FASE 2 – Dopo completamento piano secondo</b>			
SECONDO PIANO MONOBLOCCO (ALA A + B) (diurno: interruzione MAC e BIC non ancora avviate)		<b>1</b>	
TERZO PIANO MONOBLOCCO (ORTOPEDIA)	13	<b>1</b>	
PIANO PRIMO MONOBLOCCO – MAU (PZ DA MONITORARE)	6	<b>2</b>	
Appoggio area Chirurgica	4	<b>2</b>	
Ampliamento area medica 2° Piano Oncologia (-3 MAC) Blocco Ricoveri programmati	3	<b>4</b>	
POSTI LETTO Palazzina 1° Piano se non già occupati (fino a 12)	NP	<b>4</b>	
NP=non prevedibili			

L' ambiente più idoneo per compiere la selezione e lo smistamento dei pazienti (area di Triage) è il corridoio compreso tra la camera calda e il Triage, scelto per l'immediato accesso dei mezzi di soccorso territoriale, le sufficienti dimensioni e la vicinanza con il PS, la rianimazione, l'UCC, la radiologia e il laboratorio analisi.

In questa area staziona un infermiere e personale di supporto che ha il compito di facilitare lo smistamento dei pazienti nell'area triage; supportare pazienti e accompagnatori con problematiche lievi che accederanno all'area di triage in un secondo momento.

All' Area triage sono dedicati due infermieri abilitati con il compito di classificare per codice colore i pazienti, effettuare la registrazione nel sistema informatico e smistarli nelle varie aree colorate corrispondenti. I due infermieri saranno posizionati: 1 nell'area abituale e l'altro nella attuale sala attesa barellati del triage.

L'équipe del Triage sarà ben identificabile da una pettorina con la scritta Triage sulla divisa che rappresenta l'autorizzazione ad entrare nell'area specifica. Infatti tale area va tenuta sgombra da parenti, curiosi e sanitari non direttamente coinvolti nell'assistenza.

Dalla prima valutazione si attribuisce il codice colore e la diagnosi orientativa compilando la scheda di Triage che deve seguire il percorso del paziente e viene posizionato il braccialetto con identificativo. L'équipe di Triage deve inoltre inserire nel sistema informatizzato i dati personali del

All.to 2 alla PO07

paziente e se non noti va aperta la scheda con la procedura “ignoto n°”. I dati personali o la scheda “ignoto n°” vanno riportati anche sulla scheda di Triage.

Il trasporto dei pazienti dall’area di Triage alle aree colorate sarà effettuato dallo stesso equipaggio del mezzo di soccorso che li ha portati in ospedale o dal personale di PS, poichè il medico e l’infermiere dedicati devono di norma rimanere nell’area dedicata Triage per ricevere i successivi arrivi.

Poichè il **flusso dei pazienti deve essere unidirezionale**, i pazienti usciti dal Triage vanno indirizzati in ambienti predefiniti di colore corrispondente al colore assegnato nel Triage; in tali aree saranno trattati fino al loro invio in S.O. o al ricovero nell’Unità Operativa di competenza o con disponibilità di posti letto liberi.

Sono pertanto state scelte delle aree di ricezione e trattamento definite **AREE COLORATE** (o Aree di Maxiemergenza) così distribuite:

- ⇒ **AREA ROSSA**: è rappresentata **dalla Sala Antishock (o Codice Rosso) del P.S. e dalla attigua sala arancio**, a seguire dai **letti liberi in Rianimazione** poiché sono gli ambienti più idonei per effettuare il trattamento intensivo da parte degli anestesisti-rianimatori (se possibile coadiuvati da chirurghi) grazie ad un accesso facilitato a tutti i pazienti “rossi” e alla concentrazione delle strumentazioni e dei materiali necessari; la **recettività** dell’area rossa è **difficilmente stimabile** poiché fortemente dipendente dal numero di pazienti già in trattamento al momento della Maxiemergenza;
- ⇒ **AREA GIALLA**: è rappresentata dall’**Astanteria-OBI, Sala Visita adiacente all’O.B.I. e area gialla del P.S.**; la **recettività** dell’area gialla è **stimabile in 12 nuovi pazienti** provenienti dal territorio.
- ⇒ **AREA VERDE**: è rappresentata dalle **sale d’attesa delle aree ambulatoriali interne al PS (Internistica, Chirurgica e Ortopedica) e dal corridoio**. Queste aree possono accogliere complessivamente circa **30 – 35 pazienti collocati su sedie e 3/4 posti barella (area internistica) e 7 / 8 in corridoio**  
a seguire:  
**Sala Attesa della segreteria della Radiologia, dagli Ambulatori siti al piano 1 S (sottostante il vecchio P.S.) e dalla sala attesa dell’ecografia**  
ove vi è spazio sufficiente per accogliere molti pazienti sistemati su **barelle impilabili** e sulle **poltroncine** ridistribuite lungo i muri dell’atrio della Sala Attesa. Qualora fosse necessario i pazienti possono essere sistemati nei vari locali degli ambulatori, che possono essere utilizzati per medicazioni, suture, ecc.. La vicinanza dell’Area Verde con la Radiologia permette di eseguire agevolmente gli esami radiologici ai pazienti “verdi”, una volta che i pazienti “rossi” e “gialli” avranno completato i loro accertamenti. La **recettività** dell’area verde è stimabile in **30 – 35 posti barella**.  
Dall’area di Triage i pazienti arrivano all’area verde tramite il corridoio che unisce la Piastra E/U al monoblocco ed il corridoio che costeggia la Radiologia (ove è sita la RMN).
- ⇒ **AREA NERA** per **deceduti in ospedale o giunti cadavere**: è rappresentata dal **corridoio del piano 2s sottostante la Piastra a dx degli ascensori a cui si accede con il montacarichi e non con l’ascensore**; i pazienti “neri” vengono sistemati per terra su **sacchi-teli impermeabili** lungo il muro, partendo dall’ascensore e via via andando verso l’area semicircolare. Qualora il numero di deceduti fosse superiore alle capacità recettive

All.to 2 alla PO07

di tale corridoio i soggetti “neri” vanno sistemati, nell’attesa di essere trasportati dal necroforo in **Camera Mortuaria**, negli altri corridoi vicini del piano 2s, allineandoli contro il muro per non intralciare il transito di carrelli e lettini. Se i pazienti vengono classificati come “neri” sul luogo del disastro (dal Triage extraospedaliero a livello PMA), essi devono essere direttamente convogliati in Camera Mortuaria. La **recettività** dell’area nera è stimabile in **25 posti**. L’obitorio ha una **recettività** di almeno altri **25 posti** (2 camere mortuarie, cappella, corridoio), estensibile secondo l’utilizzo di altre camere e corridoi dell’edificio.

- ⇒ **AREA ARANCIO**: è localizzata nel **reparto di psichiatria**, ove i pazienti “arancio” in preda a grave agitazione psicomotoria o a panico possono essere sorvegliati e trattati in un ambiente protetto. La **recettività** dell’area arancio è di circa **16 posti**.
- ⇒ **AREA BIANCA**: è localizzata in **sala Polenghi** e qui saranno concentrati tutti gli infortunati che, pur non necessitando di cure mediche, possono comunque arrivare in ospedale; essi vanno pertanto raccolti in un luogo protetto e sorvegliati (bambini, modesti stati di ansia o agitazione, età avanzate, ecc.).
- ⇒ **AREA BLU**: Accoglie i pazienti in codice blu. In quest’area si assistono i pazienti con condizioni cliniche estremamente gravi e prognosi quasi certamente infausta. Ad essi non bisogna far mancare la terapia palliativa e il conforto. Deve essere quindi previsto in quest’area personale dedicato. Reparto del monoblocco nell’ordine ( Orl, ecc)

#### ALTRE AREE:

- ⇒ **AREA PEDIATRICA**: L’area pediatrica sarà allestita soltanto nel caso in cui tra le vittime ci siano bambini e, pertanto, soltanto a PEIMAF attivato.
- ⇒ **AREA ACCOGLIENZA PARENTI**: Al fine di sgomberare il Triage e le sale attese del P.S., i **parenti ed accompagnatori** dei pazienti dovranno allontanarsi per lasciare liberi i locali e si recheranno in area bianca (Sala Polenghi)
- ⇒ **AREA COMUNICAZIONE CON I MEDIA** Il diritto all’informazione va tenuto in considerazione nella pianificazione della risposta ospedaliera, soprattutto in un momento in cui un gran numero di cittadini è coinvolto in un incidente di tale gravità. Pertanto, il Direttore Medico di Presidio informerà i media sull’andamento dei soccorsi in un’area distante dalle aree di soccorso (Sala riunioni della DMPO).

#### PERCORSI

In ogni AREA interessata dal Piano saranno permanentemente esposti dei **cartelli segnaletici** indicanti il colore dell’area in questione e si provvederà a segnalare preventivamente con **delle strisce colorate sul pavimento** i percorsi che portano dall’area di Triage alle rispettive aree di trattamento, affinché tutti, anche i soccorritori volontari e altre forze di aiuto all’ospedale, ne siano a conoscenza e riescano a smistare correttamente e tempestivamente i pazienti in uscita dall’area Triage.

Le strisce colorate di colore rosso e giallo non sono ritenuti necessari perché le aree rosse e gialle sono site all’interno del Pronto Soccorso.

All.to 2 alla PO07

Le **ambulanze** e gli altri mezzi di soccorso entreranno ed usciranno dall'ospedale dall'**ingresso ed uscita usuali** della Piastra E/U. L'**eliambulanza** utilizzerà la normale piazzola d'atterraggio.

Le ambulanze che trasportano pazienti da trasferire in altri ospedali (**trasporti secondari**) utilizzeranno le **rampe frontali** del monoblocco che saranno sgombrare dai mezzi privati impiegati per evacuare il P.S. la Radiologia, gli Ambulatori, ecc.. Nelle fasi non immediatamente iniziali tali rampe saranno pertanto usate sia per i trasporti secondari sia per l'**invio a domicilio di pazienti dimessi dai reparti** (per liberare posti letto al fine di accogliere i feriti provenienti dalle aree gialla e verde).

Nel caso di inagibilità delle suddette verrà utilizzata la rampa di accesso alla camera calda del vecchio PS.

Il **personale richiamato in servizio** dovrà utilizzare l'**ingresso fornitori** (situato dopo l'ingresso esterno della camera mortuaria), in modo da non incrociare il flusso dei mezzi di soccorso ed evitare il probabile ingorgo che si verificherà all'incrocio fra via Macallè e la "Paulese" e anche davanti all'ospedale.

I pazienti che non necessitano di visita urgente, insieme ad eventuali accompagnatori, devono abbandonare il P.S. attraverso un **percorso** diverso da quello programmato per l'arrivo dei mezzi di soccorso provenienti dal luogo del disastro; pertanto usciranno dall'ospedale utilizzando **l'atrio dell'ospedale e le scalinate o le rampe frontali**.

Analoghe considerazioni vanno fatte per tutti gli altri ambienti che dovranno accogliere il flusso massivo di feriti; pertanto dovranno essere sgomberate, in modo ordinato ma nel più breve tempo possibile, anche le seguenti aree:

- **Radiologia**
- **Ambulatori**
- **eventuali altri locali**

L'evacuazione di tali locali va effettuata cercando di **non usufruire degli ascensori** (chi può camminare *deve* utilizzare le scale); la **via obbligata** per uscire dall'ospedale è rappresentata **dall'atrio principale e dalle scalinate o rampe frontali**. Le persone con vetture parcheggiate nel **parcheggio antistante il P.S.** dovranno rapidamente **rimuovere l'auto** per lasciare spazio ai mezzi di soccorso ed uscire dall'ospedale secondo il normale percorso.

#### **D. SYSTEM:**

### **CATENA DI COMANDO E CONTROLLO**

#### **Struttura organizzativa: Unità di Crisi (UC)**

L'UC è costituita con l'approvazione del presente piano, rappresenta il nucleo decisionale sia nella fase di preparazione che nella fase operativa della maxiemergenza.

Nello specifico, svolge funzioni di indirizzo nella fase di pianificazione, di coordinamento e integrazione nella fase di organizzazione e preparazione alle maxiemergenze, di raccordo organizzativo e interfaccia istituzionale nella fase operativa

L'Unità di Crisi nella fase organizzativa si riunisce di norma almeno ogni anno per definire nuovi assetti in conseguenza di variazioni logistico-strutturali, rimodulazioni migliorative del piano o valutare le esigenze formative del personale ospedaliero; in fase operativa l'Unità di Crisi si insedia solo in caso di attivazione del PEIMAF. (allarme livello 2).

All.to 2 alla PO07

In tutti i casi i componenti vengono convocati dal Direttore del Presidio, o suo delegato, in qualità di presidente e si riuniscono presso la Direzione Medica o in altro locale all'uopo indicato in fase di convocazione.

### **Gruppo permanente di lavoro**

A livello di Presidio è stato individuato un nucleo di base (Componenti dell' Unità di Crisi e livelli direttivi del DEA), che viene integrato all'occorrenza da altre figure professionali in relazione alle necessità correlate alla tipologia della maxiemergenza.

### **Unità di Crisi**

I nominativi dei componenti coincidono con quelli dei soggetti titolari dei rispettivi incarichi direzionali al momento in essere e, in caso di loro assenza o impedimento, con i responsabili f.f. o delegati individuati dai titolari.

Per ogni ruolo è previsto un titolare e almeno un sostituto ed i nominativi devono essere tenuti sempre aggiornati a cura dei Direttori/Responsabili delle strutture individuate e comunicati al Direttore del Presidio con relativi recapiti telefonici.

L'attuale composizione dell'Unità di Crisi del Presidio è di seguito rappresentata

- **Direttore Medico di Presidio o Medico reperibile della Direzione Medica di Presidio (Coordinatore della U. di Crisi);**
- **Medico di PS;**
- **Direttore SITRA o Responsabile Assistenziale reperibile SITRA**
- **Reperibile dell'Ufficio Tecnico (o Responsabile dell'Ufficio Tecnico);**
- **unità amministrativa**

Ogni componente dell'UC deve nominare e comunicare formalmente un sostituto e adottare uno schema di mobilitazione del proprio organico.

### **COORDINAMENTO CON LE FUNZIONI NON SANITARIE**

Nell'emergenza non è purtroppo possibile fare affidamento sull'utilizzo delle normali 30 linee telefoniche dell'ospedale poiché esse risulteranno intasate ed inutilizzabili per le comunicazioni esterne.

Risulta così necessario ricorrere all'impiego di mezzi straordinari che assicurino in qualunque istante la possibilità di mettersi in contatto con figure o istituzioni di fondamentale importanza; tali mezzi sono:

- **linea dedicata con la C.O. 118 di Cremona (SOREU Area della Pianura a Pavia con AAT di Cremona, Lodi, Mantova e Pavia)**
- **numero 5 radio ricetrasmittenti portatili** (utilizzo del ponte radio dell'Ufficio Tecnico modificato con la creazione di un canale dedicato al DEA); le radio sono interconnesse fra di loro;
- **telefoni cellulari aziendali DEA**
- **telefono cellulare** della Direzione Medica
- **Per le comunicazioni con il centralino utilizzare il 55 55**

### **COMUNICAZIONE E FLUSSO DELLE INFORMAZIONI**

Il diritto all'informazione va tenuto in considerazione nella pianificazione della risposta ospedaliera, soprattutto in un momento in cui un gran numero di cittadini è coinvolto in un incidente di tale gravità

All.to 2 alla PO07

Per un corretto svolgimento delle operazioni di Triage e d'assistenza nelle varie aree "colorate" è indispensabile che sia **impedito in tutti i modi l'accesso** sia ai **parenti** dei feriti (che immancabilmente accorreranno in massa con richiesta d'informazioni riguardo ai loro familiari), sia ai **giornalisti, fotografi ed operatori televisivi**.

Vista la topografia del nostro ospedale è fondamentale che sia i parenti sia i giornalisti **siano bloccati all'ingresso in ospedale** poiché una volta superata la portineria ben difficilmente si potrà impedire loro di entrare nell'Area di Triage e nelle Aree Colorate per l'impossibilità di presidiarle da parte di personale della sicurezza interna o delle forze dell'ordine cui, sono peraltro assegnati altri compiti più importanti.

Pertanto i parenti, i giornalisti e tutte le persone non coinvolte nell'assistenza dovranno essere **bloccati in Portineria dal Portinaio** (nelle primissime fasi) e, nelle fasi successive, da almeno un **agente del 1° equipaggio delle Forze dell'Ordine** arrivato in ospedale. I parenti, i giornalisti e tutte le altre persone non coinvolte nell'assistenza saranno deviate nell'ampia sala d'attesa sita a fianco della Portineria; le **auto private** di queste persone saranno immediatamente **deviate verso il parcheggio del Tribunale** per non ingombrare gli ingressi dell'ospedale.

Sarà cura del Direttore Medico di Presidio informare i Media frequentemente sull'andamento dei soccorsi (Vedi area comunicazioni con i media).

I parenti e i giornalisti raccolti nella sala attesa saranno tenuti **informati ad intervalli regolari da un incaricato della Unità di Crisi** che si recherà in tale sala con le informazioni ufficiali (controllate) disponibili.

#### **E. DISPOSIZIONI OPERATIVE: LE ACTION CARD**

Le "Action Cards" sono delle **procedure operative personali ma non nominali**, scritte precedentemente per **ogni operatore** coinvolto nel Piano di emergenza per ottenere il più rapido e sicuro raggiungimento di una piena operatività.

Nelle "Action Cards" sono scritti con la maggior chiarezza possibili **il ruolo ed i compiti** che ogni operatore dovrà svolgere dal momento in cui scatta la fase operativa del Piano.

Le "Action Cards" devono essere conservate (in **busta chiusa** identificata per il **tipo di operatore**) in un luogo sicuro, noto a tutti e prontamente accessibile; nello stesso luogo deve essere conservato un **elenco del materiale** (farmaci, presidi, biancheria, ecc.) utilizzabile per la Maxiemergenza.

Nel momento in cui scatta la fase operativa del Piano il **Leader in loco** (responsabile medico, caposala, responsabile tecnico, figura più esperta o anziana presente in servizio) prende le "Action Cards" e le distribuisce ad ogni operatore presente e a quelli che arriveranno su chiamata.

Si ritiene che siano tenuti a compilare le proprie "**Action Cards**" le seguenti **U.O.**:

- \* Pronto Soccorso
- \* Rianimazione e T.I.
- \* Sale operatorie
- \* Cardiologia e U.C.C.
- \* Chirurgie Generali
- \* Ortopedia e Traumatologia
- \* Radiologia
- \* Laboratorio Analisi
- \* Servizio Immuno-Trasfusionale
- \* Medicina
- \* MAU
- \* Oncologia Medica
- \* Gastroenterologia
- \* Nefrologia

- \* Neurologia
- \* Pneumologia, T. Sub-Intensiva Respiratoria, Riabilitazione Respiratoria
- \* Pediatria
- \* Ostetricia e Ginecologia
- \* ORL e Oculistica
- \* Urologia
- \* SPDC
- \* Farmacia
- \* Direzione Medica di Presidio
- \* S.I.T.R.A.
- \* Anatomia Patologica (camera mortuaria)
- \* Ufficio Tecnico
- \* Portineria
- \* Centralino telefonico
- \* Servizi Alberghieri (guardaroba, lavanderia, trasporti materiale, cucina, personale sanificazione, ecc.)

Ogni singola U.O. provvederà alla compilazione delle proprie “Action Cards” in modo che, nel rispetto dei principi organizzativi del presente Piano generale, si tenga conto delle procedure operative e delle abitudini di lavoro che esistono quotidianamente in ciascuna U.O.

Poiché le “Action Cards” rappresentano, a tutti i livelli, il miglior ausilio per limitare l’improvvisazione e ridurre la confusione, è fondamentale che in ogni U.O. esse siano **compilate** da un gruppo di persone composto, oltre che dai responsabili medico, infermieristico e tecnico, anche da altre figure in modo da comprendere le **varie professionalità**.

Una volta che le “Action Cards” sono state compilate, devono **essere distribuite in copia ad ogni operatore dell’U.O.** in modo che ciascuno sappia quale sarà il suo ruolo in caso di Maxiemergenza; in particolare ogni nuovo operatore che entra nell’équipe dovrà essere adeguatamente informato.

A titolo esemplificativo segue facsimile di “Action Card.” che può essere utilizzato come traccia per compilare la propria Action Card; nello scrivere la “Action Card” bisogna tenere ben presente che molti punti del facsimile possono sembrare ovvi e inutili, ma si deve ricordare che ogni Maxiemergenza genera uno stato di grande confusione e tensione che impedisce la formulazione di una risposta efficace ed efficiente salvo che non si seguano e si rispettino, nel limite del possibile per quel singolo evento, procedure scritte note a tutti.

### **“ACTION CARD”**

1. Il **Leader in loco** (caposala, l’infermiere anziano o il medico) presente deve distribuire le “action cards” ai medici, infermieri ausiliari, tecnici e operatori vari presenti e a quelli che arriveranno su chiamata;
2. **Allontanare i visitatori, i parenti** non necessari per l’assistenza, e le persone estranee al reparto, **indicando il percorso di uscita** dall’ospedale (scale, atrio, scalinate frontali, ecc.); (chi lo fa?, ecc.)
3. Consultare il medico presente in reparto o reperibile per **dimettere i pazienti dimissibili o per trasferirli in altre U.O.**; (quali U.O.? per quali tipi di pz.? come? ecc.);
4. Contattare le U.O. interessate ai trasferimenti e **organizzare il loro trasferimento**; (quale documentazione per trasferire velocemente i dati clinici? chi lo esegue? con quali letti o sedie a rotelle? con quali ascensori? ecc.);

All.to 2 alla PO07

5. Incaricare un infermieri . affinché provveda alla **disponibilità della scorta** di farmaci, materiale per infusione, presidi, biancheria, lettini, piantane, ecc. secondo l'**elenco predisposto** per la Maxiemergenza; (quale materiale? in quale armadio o magazzino? chi lo distribuisce?, con quali carrelli?, ecc.);
6. Incaricare il personale di supporto presente di occuparsi del **recupero dei letti** provvisori (lettini-barella, ecc.), della biancheria per il rifacimento di tali letti e di quelli lasciati liberi; (chi? dove? come?)
7. Incaricare il personale di supporto della preparazione, **invio e ritiro di materiale** chirurgico sterilizzabile; (chi?, dove? come?)
8. Tenere i contatti con il P.S. **segnalando il numero dei posti letto disponibili** e redigere un **elenco dei nuovi ingressi** oltre che dei **dimessi e trasferiti**; (chi?, come ?)
9. Organizzare gli eventuali interventi del volontariato (parenti, associazioni, ecc.);

Per i sanitari che operano entro l'Area di Triage è essenziale che, insieme con la propria "Action Card", dentro la busta sia presente una pettorina con la **scritta "Triage"** ; questo scritta costituisce l'autorizzazione ad entrare nell'area di Triage. Tutto ciò è fondamentale per permettere che l'area di Triage sia tenuta sgombra da parenti, curiosi, sanitari che non sono direttamente impegnati nell'assistenza; queste persone non devono per nessun motivo aggirarsi nell'area di Triage, e in P.S. perché ostacolano l'inquadramento ed il trattamento dei pazienti senza apportare alcun aiuto.

I sanitari che sono liberi da incombenze assistenziali vanno dirottati, sotto la direzione del Coordinatore Operativo o dell'Unità di Crisi, verso le aree dove possono rendersi utili (area verde, radiologia, U.O. più sovraccaricate, ecc.).

**ALL. LA SCHEDA DI TRIAGE**

**1** **SCHEDA TRIAGE**

*Emergenza* \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

M  F  Et  \_\_\_\_\_

extraospedaliero **N R G A V B**

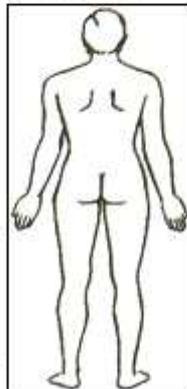
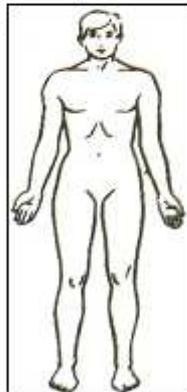
Risponde al comando verbale	Si	No
Ventila solo dopo controllo vie aeree	Si	No
Ventila con frequenza respiratoria > 30 atti/min o con difficolt�	Si	No
Tempo di riempimento capillare > 2 secondi	Si	No
Polso radiale presente	Si	No

**Parametri**

PA	FC	SpO2	FR
----	----	------	----

**GCS Extraospedaliero**

Apertura occhi	Spontanea	4
	A Comando	3
	Al Dolore	2
	Nessun	1
Risposta Verbale	Orientata	5
	Confusa	4
	Parole sconnesse	3
	Suoni incomprens.	2
	Nessuna	1
Risposta Motoria	Obbedisce	6
	Localizza	5
	Retrae	4
	Flette	3
	Estende	2
Nessuna	1	
<b>Totale GCS</b>		



**Presidi Applicati**

Asse spinale	
Collare cerv.	
Steccobende	

**Deambulazione**

Seduta	
Sdraiata	
Autonoma	

**SCHEDA TRIAGE** **1**

*Emergenza* \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

M  F  Et  \_\_\_\_\_

intraospedaliero **N R G A V B**

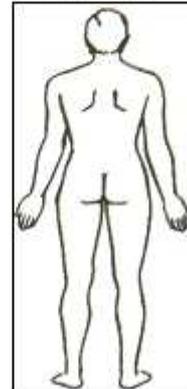
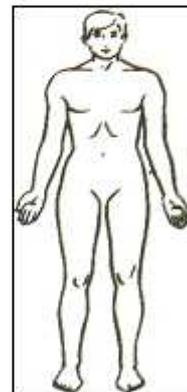
Risponde al comando verbale	Si	No
Ventila solo dopo controllo vie aeree	Si	No
Ventila con frequenza respiratoria > 30 atti/min o con difficolt�	Si	No
Tempo di riempimento capillare > 2 secondi	Si	No
Polso radiale presente	Si	No

**Parametri**

PA	FC	SpO2	FR
----	----	------	----

**GCS Intraospedaliero**

Apertura occhi	Spontanea	4
	A Comando	3
	Al Dolore	2
	Nessun	1
Risposta Verbale	Orientata	5
	Confusa	4
	Parole sconnesse	3
	Suoni incomprens.	2
	Nessuna	1
Risposta Motoria	Obbedisce	6
	Localizza	5
	Retrae	4
	Flette	3
	Estende	2
Nessuna	1	
<b>Totale GCS</b>		



**Presidi Applicati**

Asse spinale	
Collare cerv.	
Steccobende	

**Deambulazione**

Seduta	
Sdraiata	
Autonoma	

*Prima diagnosi Orientativa*

.....

.....

## **FASE OPERATIVA**

Il Piano si articola in 4 fasi:

- 1. Fase di allarme**
- 2. Fase di attivazione**
- 3. Fase operativa**
- 4. Fase di cessato allarme**

### **1 – FASE DI ALLARME**

La fase di ricezione dell'allarme costituisce un momento estremamente delicato poiché da essa dipende l'attivazione del PEIMAF. L'emergenza scatta quando l'afflusso di feriti che giunge al Pronto Soccorso eccede la normale routine, o quando la Centrale Operativa 118 segnala un evento che coinvolge un elevato numero di vittime. Sulla base della descrizione dello scenario dell'evento e della quantificazione dei danni forniti dal 118 vengono infatti innescate l'allerta e la mobilitazione ospedaliera.

Nell'allertamento saranno comunicati i seguenti dati:

- Tipologia di incidente
- Numero stimato dei pazienti coinvolti e loro gravità (numero di codici rossi e gialli)
- Tempo stimato arrivo primi feriti
- Durata prevista dell'emergenza

L'operatore di Triage del Pronto Soccorso attiverà immediatamente il Medico in servizio presso il Pronto Soccorso, che assumerà il ruolo di Team Leader fino all'arrivo del Direttore di Pronto Soccorso che, confermato l'allarme con la CO118 e verificata l'entità dell'afflusso atteso nonché la presunta tipologia di evento e di pazienti in arrivo, attiverà il piano stesso.

Dell'eventuale attivazione autonoma del piano dovrà essere informata anche la C.O. 118.

### **2 – FASE DI ATTIVAZIONE**

La fase di attivazione compete, almeno inizialmente, al Medico/team leader del Pronto Soccorso.

Il livello di attivazione sarà determinato dal numero complessivo di pazienti presenti in P.S. e/o attesi nella prima ora dall'allarme e dal numero di codici gialli e/o rossi. I livelli di attivazione sono 3:

- **1° livello di attivazione:: 2 pz. "rossi" + 5 pz. "gialli" (oppure > 6 pz. "gialli)**  
Il numero stimato di pazienti critici (codici gialli e rossi) che affluiranno al PS è tale da poter essere gestito con le risorse ordinarie del PS. **-Non viene attivata l'Unità di Crisi.**

Qualora il flusso di infortunati prosegua, verranno dichiarati i successivi livelli di Maxiemergenza che indurranno l'attivazione dell'Unità di Crisi e, l'attivazione progressiva di un numero di operatori crescente fino alle massime possibilità di ricerca e richiamo; in particolare il **2° e 3° livello** scatteranno quando il numero di pazienti critici (codici gialli e rossi) in arrivo è previsto superiore alla quantità stimata superiore alle ricette/gestionali ordinarie del PS:

- **2° livello di attivazione: 3 pz. “rossi” + 6 pz. “gialli” + 6 pz. “verdi”**
- **3° livello di attivazione: 5 pz. “rossi” + 10 pz. “gialli” + 15 pz. “verdi”**

Pertanto la massima capacità di accettazione del ns. ospedale può essere individuata in circa 30 pz. di cui 5 rossi e 25 tra gialli e verdi.

Oltre questo livello gli altri pazienti recuperati dal luogo del disastro andranno preventivamente deviati verso altri ospedali vicini in quanto altrimenti non riceverebbero un'assistenza adeguata.

Il Piano entra nella fase operativa quando si raggiunge il numero minimo di infortunati in grado di far scattare il 1° livello di emergenza e quindi **quando in P.S. sono attesi o arrivano più di:**

- **1 pz. “rosso” e 5 gialli (oppure 2 pz. “rossi” e 2 pz. “gialli”; oppure più di 6 pz. “gialli”).**

Questo livello prevede che il Direttore Medico dei Presidi o suo delegato entro 30 min dall'allerta del medico di PS provveda a :

- **confermare l'attivazione del piano di emergenza;**
- **attivare l'Unità di Crisi.**

#### **DISPONIBILITA' SALE OPERATORIE**

La disponibilità è descritta nel Piano di Gestione del Sovraffollamento e di seguito riporta.

Nel caso di maxi emergenza:

- 1- **L' anestesista responsabile delle Sale Operatorie sospende gli interventi chirurgici programmati non in corso e non urgenti, lasciando sempre disponibile la sala e l' equipe per far fronte ad un eventuale parto cesareo in emergenza;**
- 2- **Organizza ulteriori equipe chirurgiche in relazione alle necessità che il Pronto soccorso gli chiede;**
- 3- **Evento Notturmo o in giorno festivo: la attività si concentra nel reperimento di reperibili chirurghi ed infermieri di sala per costituire almeno 2 Equipe chirurgiche in grado di eseguire interventi di traumatologia e chirurgia generale;**

## RISPOSTA INTERVENTISTICA

### Fattori critici: Intervento chirurgico-Anestesista-equipe chirurgica-Trasporto secondario

<b>RISPOSTA INTERVENTISTICA</b>		
<b>dalle ore 07.00 alle ore 17.00 LUN-VEN</b>		
	<b>Scenario A</b>	<b>Scenario B</b>
1° INTERVENTO CHIRURGICO	<b>SI</b>	<b>SI</b>
2° INTERVENTO CHIRURGICO	<b>SI</b>	<b>NO</b>
SALA ANGIOGRAFICA CON ANESTESISTA	<b>NO</b>	<b>SI</b>
SALA ANGIOGRAFICA SENZA ANESTESISTA	<b>SI</b>	NO
EMODINAMICA-anestesista nel presidio-	<b>SI</b>	<b>SI</b>
TRASPORTO SECONDARIO	<b>SI</b>	<b>SI</b>
<b>FATTORE CRITICO</b>	ANESTESISTA/RIANIMATORE POSTI LETTO RIA	

<b>RISPOSTA INTERVENTISTICA</b>			
<b>dalle ore 17.00 alle ore 7.00 e nei giorni di SABATO E FESTIVI</b>			
	<b>Scenario C</b>	<b>Scenario D</b>	<b>Scenario E</b>
1° INTERVENTO CHIRURGICO	<b>SI</b>	SI	SI
2° INTERVENTO CHIRURGICO	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO</b>
SALA ANGIOGRAFICA CON ANESTESISTA	<b>NO</b>	SI	<b>NO</b>
SALA ANGIOGRAFICA SENZA ANESTESISTA	<b>SI</b>	//	SI
EMODINAMICA-anestesista nel presidio-	<b>SI</b>	SI	SI
TRASPORTO SECONDARIO	<b>NO</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
<b>FATTORE CRITICO</b>	ANESTESISTA/RIA	ANESTESISTA/RIA	ANESTESISTA/RIA
<b>SCENARIO CRITICO: E</b>	<p align="center">           La richiesta di attivazione del Trasporto secondario svolto da AO riduce significativamente la capacità di risposta dell' AO perché può essere attivata una sola equipe chirurgica         </p>		

### 3 – FASE DI OPERATIVA

Per **fase operativa** si intende l'effettiva realizzazione della fase organizzativa e quindi l'avvio concreto di tutte le fasi finora descritte che vengono attivate in successione a partire dal momento in cui il chirurgo di P.S. dichiara lo stato di allarme "Maxiemergenza".

La fase operativa si avvia **quando viene superata la normale capacità** di far fronte all'assistenza **contemporanea** di più pazienti; in particolare, in condizioni normali, nel nostro ospedale possono essere contemporaneamente gestiti **1 pz. "rosso" + 4 pz. gialli**. Questi pazienti sono infatti gestiti dal medico e infermieri rianimatori (il pz. "rosso") e dai 2 medici e 2-3 infermieri di P.S. (i 4 pz. gialli) con l'ausilio dei consulenti (ortopedico, ecc.) e dei servizi diagnostici (Radiologia, Laboratorio, Servizio Trasfusionale, ecc.) presenti in servizio o reperibili.

#### A) MOBILITAZIONE NEL 1° LIVELLO DI ATTIVAZIONE

Solitamente nei tempi immediatamente successivi all'evento catastrofico l'ospedale più vicino viene avvertito (di regola dalla C.O. 118) dell'accaduto. **Le informazioni fornite dalla C.O. o da altre fonti ufficiali** (se possibile *confermate* dal personale sanitario presente sul luogo dell'evento) ed **il grado di disponibilità in quel momento** ad accettare un numero iniziale di infortunati permettono al **medico di P.S.** di **decidere il livello di Maxiemergenza**.

In questa prima fase il **medico di P.S.** diventa pertanto il **coordinatore** di tutte le procedure organizzative previste nel 1° livello.

Il 1° livello di Maxiemergenza viene gestito direttamente nei locali del DEA (P.S., Rianimazione) e Ambulatori interni e prevede l'immediato rinforzo dell'organico attingendo a personale già in servizio; pertanto in P.S. si recheranno immediatamente su chiamata del centralino:

- n. 1 medico + 1 infermieri. Rianimazione
- n. 1 medico + 1 infermieri Cardiologia
- 1 Anestesista di guardia
- n. 1 OSS Medicina
- n. 1 OSS Sala Parto
- n. 1 medico di guardia internistica DEA
- n. 1 infermieri PNL
- n. 1 infermieri Medicina
- n. 1 infermieri ORL
- n. 1 infermieri Chirurgia Generale
- n. 1 infermieri Urologia
- n. 1 operaio polo tecnologico

Il **medico di P.S.** dispone pertanto:

- ◆ la dichiarazione del 1° livello di Maxiemergenza
- ◆ la chiamata in P.S. , tramite centralino, degli operatori in servizio sopraelencati e l'allertamento delle UU.OO. di tutto il Presidio ospedaliero
- ◆ il blocco delle accettazioni non urgenti
- ◆ lo sgombero immediato dei locali di P.S. (sale attesa e astanteria- i familiari dei pazienti in OBI )

All.to 2 alla PO07

- ◆ **l'avvio delle chiamate al personale reperibile secondo le 2 Liste Speciali: "Elenco chiamate reperibili per Maxiemergenza-Trauma o per Maxiemergenza-Intossicazione" in base al livello di maxiemergenza;**
- ◆ **la sospensione degli interventi chirurgici non urgenti.**
- ◆ **Prende contatto personalmente con le Forze dell'Ordine per concordare strategie di ordine pubblico**

**Questo livello definisce le seguenti azioni/competenze:**

- a) Sgombero immediato del PS;**
- b) Chiamate i reperibili e/o alle UO secondo elenchi (trauma e intossicazione)**
- c) Compiti dell'operaio del polo tecnologico/reperibile ufficio tecnico**
- d) Compiti dell'autista reperibile e della vigilanza interna e presente**
- e) Compiti della portineria/centralino**
- f) Funzioni Unità di Crisi (UC)**
- g) Distribuzione del personale nelle aree colorate (aree di Maxiemergenza).**

#### **a) SGOMBERO IMMEDIATO DEL P.S.**

Tutti i locali del P.S. (**sala attesa, sale visita, astanteria-**) vanno immediatamente liberati dai pazienti e dai loro accompagnatori seguendo le indicazioni del punto "E" della fase organizzativa. Anche la **Camera Calda** va liberata da veicoli di soccorso o privati.

#### **Maxiemergenza-Trauma**

L'evacuazione del P.S. è affidata al **medico di guardia internistica DEA** che, con l'aiuto degli infermieri di **Cardiologia, PNL, ORL, Urologia e Medicina**, organizzano l'invio a domicilio o l'immediato ricovero dei pazienti nei reparti di competenza o li trasportano **nell'Area di Astanteria Temporanea**, facendosi aiutare da parenti ed accompagnatori.

Non appena completato il trasferimento in questa area, **gli infermieri della cardiologia, PNL e dell'ORL torneranno immediatamente in P.S.** per assumere il loro ruolo finale nell'**Area Rossa**, mentre i pazienti saranno gestiti **dal medico di guardia internistica DEA e dal solo infermieri dell'Urologia**, fino a che non potranno essere dimessi o ricoverati nel reparto di competenza; i parenti e gli accompagnatori vanno ridotti ad 1 per paziente, salvo che non siano utilizzabili per scopi assistenziali.

#### **Maxiemergenza-Intossicazione**

L'evacuazione del P.S. è affidata al **medico di guardia internistica DEA** che verrà sostituito dall'internista reperibile o di reparto durante le ore diurne, in modo che il medico di guardia internistica DEA può ritornare in **P.S. e gestire l'Area Gialla**.

#### **b) CHIAMATE AI REPERIBILI E/O ALLE U.O. SECONDO I 2 ELENCHI (TRAUMA E INTOSSICAZIONE)**

Per far sì che il personale del P.S. sia libero di predisporre le immediate azioni programmate, tutte le telefonate ai reperibili e/o alle U.O. devono essere fatte dal centralinista (numero telefonico: 9) secondo i **2 Elenchi Speciali**: "Elenco chiamate reperibili per **Maxiemergenza-Trauma**" o "Elenco chiamate reperibili per **Maxiemergenza-Intossicazione**".

All.to 2 alla PO07

I reperibili vanno chiamate secondo il seguente ordine progressivo; nella seconda parte degli elenchi ove sta scritto “*(secondo necessità)*” le chiamate saranno a discrezione del **medico di P.S.** (nelle primissime fasi), nelle fasi successive dall’**Unità di Crisi** o dal **Coordinatore Operativo** (Responsabile del DEA o del P.S. o della RIA).

Per risparmiare tempo e togliere ogni possibilità di fraintendimenti, ciascuna comunicazione telefonica al personale reperibile va fatta pronunciando la seguente **frase chiave**:

*“Questo è uno stato di emergenza (es. è crollato un palazzo)! Venga immediatamente in ospedale entrando dall’ingresso fornitori, quello dopo la camera mortuaria”.*

Tale **cancello** verrà **aperto dall’operaio** presente **nel Polo Tecnologico** bloccando la fotocellula con un birillo a cono, un sacchetto nero o uno straccio fissato attorno alla colonnina.

## **Elenco chiamate reperibili per Maxiemergenza-Trauma**

- 1 infermieri. DEA reperibile
- 2 infermieri. Cardio reperibile
1. Rianimatore/ Anestesista
1. infermieri. anestesia
1. Medico ORL
1. Direzione Medica di Presidio e SITRA
1. Chirurghi generali (entrambi) e infermieri di Sala Operatoria Chir. Generale
1. Medico internista reperibile
1. Medici radiologi (entrambi) e i 2 Tecnici di Radiologia
1. Medico di Laboratorio
1. Medico e Tecnico del Servizio Trasfusionale
2. Medico Ortopedico e i 2 infermieri. di Sala Operatoria ORT/OFT/ORL
3. Autista reperibile
1. Ufficio Tecnico
1. Responsabile del DEA
1. Responsabile di P.S Caposala P.S.
2. Responsabile Rianimazione
3. Caposala Rianimazione
4. Reperibile Servizi Sanificazione
5. Medico Pediatra (secondo necessità)
1. Medico Neurologo (secondo necessità)
1. Medico Nefrologo (secondo necessità) e infermieri.Dialisi.
1. Medico Cardiologo (secondo necessità)
1. Medico Urologo (secondo necessità)
1. Medico Pneumologo (secondo necessità)
1. Medico e infermieri Endoscopia Digestiva (secondo necessità)
1. Medico Psichiatra (secondo necessità)
1. Medico Ginecologo (secondo necessità) e 1 infermieri. della S.O. Ostetricia
1. Farmacista (secondo necessità)
1. Necroforo (secondo necessità)

## **Elenco chiamate reperibili per Maxiemergenza-Intossicazione**

- 1 infermiere DEA reperibile
1. infermiere CARDIO reperibile
2. Direzione Medica Presidio e SITRA
3. Medico Internista
4. Medico Pneumologo
5. Medico Rianimatore/Anestesia
6. infermiere Anestesista
7. 2 infermieri di Sala Operatoria ORT/OFT/ORL
8. Medico Pediatria
9. Medico di Laboratorio
10. Medici radiologi ( 1 o 2) e i 2 Tecnici di Radiologia
11. Chirurghi generali (entrambi) e infermieri di Sala Operatoria Chir. Generale
12. Autista reperibile
13. Ufficio Tecnico
14. Responsabile DEA
15. Responsabile P.S. .
16. Caposala P.S.
17. Responsabile Rianimazione
18. Caposala Rianimazione
19. Reperibile Servizi Sanificazione
20. Medico e Tecnico del Servizio Trasfusionale (secondo necessità)
21. Medico ORL (secondo necessità)
22. Medico Ortopedico (secondo necessità)
23. Medico Neurologo (secondo necessità)
24. Medico Nefrologo (secondo necessità) e infermiere Dialisi
25. Medico Cardiologo (secondo necessità)
26. Medico Urologo (secondo necessità)
27. Medico e infermiere Endoscopia Digestiva (secondo necessità)
28. Medico Psichiatra (secondo necessità)
29. Medico Ginecologo e 1 infermiere della S.O. Ostetricia (secondo necessità)
30. Farmacista (secondo necessità)
31. Necroforo (secondo necessità)

**c) COMPITI DELL'AUTISTA REPERIBILE E DELLA VIGILANZA INTERNA SE PRESENTE :**

- **sgombero del P.S.**
- **blocco dell'ingresso (a livello dell'ingresso ambulanze della Piastra E/U) di pedoni e veicoli non coinvolti nell'assistenza, nella attesa dell'arrivo della 1° pattuglia delle forze dell'ordine.**

**d) COMPITI DELLA PORTINERIA/CENTRALI NO**

Il compito fondamentale dei portinai è quello di:

- **bloccare le telefonate in arrivo,**
- **deviare** le richieste di comunicazioni ufficiali tra Istituzioni e Unità di Crisi al nr.0373/280223
- **telefonare al personale in servizio o ai reperibili/U.O. secondo gli elenchi predisposti;** le telefonate saranno fatte secondo l'ordine progressivo degli elenchi e secondo le indicazioni del Medico di P.S. (che decide fin dove attivare i nominativi in elenco secondo le necessità del momento);
- **bloccare gli accessi** a parenti, visitatori e giornalisti (coadiuvati eventualmente dalle forze dell'ordine);
- **rifiutare ogni richiesta di informazione** da parte di estranei

**e) COMPITI DELL'OPERAIO DEL POLO TECNOLOGICO/REPERIBILE UFFICIO TECNICO**

- **Aprire e fare in modo che rimanga aperto il cancello elettrico dei fornitori** per permettere l'ingresso del personale richiamato in ospedale.
- **Rimuovere la recinzione di accesso alla rampa del monoblocco**
- **Aprire e fare in modo che rimangano aperte le barre in entrata e il cancello elettrico + barra in uscita**
- **Aprire la Sala Polenghi**
- **Aprire gli ambulatori interni area verde.**
- Subito dopo darà la propria disponibilità per l'allestimento dell'area verde e l'eventuale fornitura di bombole di ossigeno.

**f) FUNZIONI UNITA' DI CRISI (UC)**

FASE DI COMPETENZA DI AREU

Il **coordinamento esterno** della Maxiemergenza è di pertinenza della **C.O. AREU** che dispone l'invio del numero e del tipo di mezzi più adeguati a prestare soccorso sul luogo dell'evento.

Il moderno assetto del primo soccorso sul luogo dell'evento prevede una prima fase di recupero dei feriti, una seconda fase in cui vengono effettuati un Triage ed una prima assistenza, che dovrebbero effettuarsi nel cosiddetto "Posto Medico Avanzato (P.M.A.)", e quindi la terza fase di evacuazione con l'invio "ordinato" dei feriti classificati con il codice colore negli ospedali vicini secondo la loro possibilità di riceverli e trattarli adeguatamente.

**FASE DI COMPETENZA DI ASST**

**Coordinamento generale:** è assunto, nelle primissime fasi dal **medico di P.S.** fino all'arrivo del **medico reperibile della Direzione Medica**, che al suo arrivo assumerà la funzione.

Il Resp Unità di Crisi è coadiuvato dal **Reperibile SITRA** e successivamente dal **direttore Sitra** e costituiscono il nucleo centrale di presidio di coordinamento.

**Coordinamento operativo:** è assunto in primis dal **medico di P.S.** fino all'arrivo del **Responsabile del P.S o del DEA**, che al suo arrivo assumerà la funzione, a tal punto il medico di PS potrà dedicarsi totalmente all'assistenza nelle aree a lui.

I componenti dell'UC allertati, si recano repentinamente presso i locali destinati all'UC. La sede di convocazione e di insediamento dell'UC è nella Direzione Medica di Presidio ove dispone di tutti gli ausili di segreteria per essere operativa e la possibilità di disporre di documenti reperibili come planimetrie, elenco numeri di telefono utili.

Le funzioni dell'UC:

1. verificare l'allerta con la Centrale Operativa 118/Protezione Civile per avere informazioni aggiornate utili al dimensionamento dell'evento;
2. confermare l'attivazione del Piano di emergenza;
3. nominare il **Coordinatore dei Soccorsi** nella figura del Medico di PS; coordinare tutti i servizi/soggetti che possono essere coinvolti in funzione della tipologia dell'evento che si può verificare;
4. valutare e autorizzare le attività sanitarie e amministrative straordinarie utili a fronteggiare l'emergenza (risorse umane e tecnologiche, presidi, farmaci e beni di consumo attività in service);
5. controllare l'avvenuto allestimento dell'area di ricezione (area Triage e vie di accesso);
6. notificare l'attivazione dell'UC alla CO 118;
7. collaborare con tutte le istituzioni con le quali si dovranno porre in essere le azioni di risposta integrate es. Prefettura, Protezione Civile, Vigili del Fuoco...;
8. gestire 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 la Direzione Medica di Presidio;
9. decretare la cessazione dello stato di allarme ed il ritorno alle normali attività dell'Ospedale.

Nello specifico:

**Compiti del Direttore Medico di presidio**

**1° livello**

- verificare la reale attendibilità dell'allarme mediante contatto telefonico con il 118 o altre istituzioni,
- assumere da queste fonti indispensabili informazioni circa le caratteristiche della catastrofe (causa e numero probabile di vittime);
- confermare l'attivazione del piano di emergenza.

**2°-3° livello.**

- Oltre alle azioni precedenti
- Si reca alla sede dell'UC;
- Attiva l'UC per il tramite della portineria;
- Informa il Direttore sanitario;
- Convoca tutte le figure dirigenziali e non, necessarie a fronteggiare l'emergenza in funzione della tipologia dell'evento che si può verificare;

All.to 2 alla PO07

- Adotta provvedimenti per supportare l'emergenza in termini di risorse ulteriori (umane tecnologiche, trasporti, materiale di consumo, presidi, farmaci...)
- Definisce e fa applicare le disposizioni dell'UC in merito alla rimodulazione (riduzione o sospensione) dell'attività assistenziale di ricovero programmato e ambulatoriale (consulenze, diagnostica per immagini, diagnostica di laboratorio) sino al rientro della situazione di emergenza;
- individua nel medico di guardia il referente di ciascuna area di ricovero e servizio di supporto;
- definisce le necessità di personale medico/infermieristico/OSS ecc e la destinazione in considerazione delle risorse reperite e delle priorità di impiego;
- verifica la disponibilità dei posti letto con i Medici di guardia dei reparti e dei reperibili/bed manager SITRA;
- richiede ai medici di guardia nei reparti la dimissione del maggior numero di pazienti presenti nei reparti;
- richiede il trasferimento di pazienti stabilizzati verso altri presidi Aziendali;
- richiede il trasferimento di pazienti dalle Terapie Intensive verso reparti a minor intensità di cura, laddove possibile;
- richiede il trasferimento di pazienti stabilizzati verso altri presidi strutture convenzionate non coinvolte nell'emergenza per il trasferimento dei pazienti meno critici;
- collabora con il Servizio Tecnico per il potenziamento di aree già attrezzate e dotate di sistemi di monitoraggio e sostegno delle funzioni vitali (semi intensive – Terapia Intensiva, TIN, sale operatorie non impegnate in attività chirurgiche, antisale o sala risveglio)>;
- richiede al Servizio Tecnico il potenziamento dei servizi trasporti interni (pazienti e presidi ecc>);
- organizza il reperimento dei farmaci e dei presidi necessari, materiali di consumo, potenziamento delle forniture in service con la collaborazione di farmacista, referente del Servizio Acquisti e Dirigente delle professioni sanitarie;
- mantiene i contatti con Centrale Operativa 118 o altre istituzioni, comunicando l'attivazione dello stato di emergenza, e notificando l'attivazione dell'UC;
- riceve dal coordinamento dei soccorsi costanti aggiornamenti della situazione;
- aggiorna l'ufficio stampa sulla risposta alla maxiemergenza.

#### Compiti del Coordinatore dei Soccorsi (Medico del PS nominato dalla UC)

Il Coordinatore dei Soccorsi, si reca nella sede dell'UC e provvede a:

- verifica gli spazi di accettazione
- organizza l'attività del personale già presente e attivare le procedure per il reclutamento di eventuale altro personale di supporto;
- tenere rapporti con il Direttore Medico di Presidio con periodico aggiornamento circa il numero, natura e gravità feriti, nonché fornire informazioni sul quadro generale della situazione;
- monitorare la necessità di posti letto e trasmettere il dato UC.

#### **g) DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE NELLE AREE COLORATE (Aree di Maxiemergenza)**

La **distribuzione del personale** medico e infermieristico nelle varie aree colorate (o aree di Maxiemergenza) **non** può essere considerata **rigida** poiché, secondo le necessità operative e del tipo di infortunati, si deve prevedere una **mobilità e/o un'intercambiabilità**.

All.to 2 alla PO07

Il Piano presenta però una **disposizione iniziale del personale** al fine di assegnare **una dotazione “basale”** di forze ad ogni area che ne permetta l’operatività e prevenga l’incertezza e la confusione tipica delle fasi iniziali delle maxiemergenze; con il proseguimento dell’azione la distribuzione delle persone sarà via via calibrata sulle necessità emergenti.

Il **pediatra ed il neurologo** (reperibili o di guardia) non sono stati assegnati a nessuna area specifica poiché destinati a **ruotare su tutte le aree** colorate ed in Radiologia secondo le necessità; gli ortopedici sono stati invece assegnati alle aree rossa e gialla anche se è previsto anche per loro di svolgere assistenza su tutte le suddette aree.

Per tutti i **chirurghi** (generali e specialisti) è prevista un’assegnazione di area, che però viene meno nel momento in cui vi è la necessità di attivare una o più S.O..

## **AREA TRIAGE**

(Sala attesa P.S.)

- **2 Infermieri**

## **AREA ROSSA**

(Sala Antishock o Codice Rosso + letti liberi in Rianimazione):

Maxiemergenza di **1° livello**

- **1 medico e 1 infermiere Rianimazione (guardia)**
- **1 medico di PS e 1 Infermiere di PS**
- **1 infermiere P.S. sala rossa (guardia)**
- **1 OSS**
- 

**I medici presenti attiveranno, secondo le necessità, gli specialisti**

Maxiemergenza di **2° livello**

- **1 medico Anestesista di guardia e 1 infermiere Anestesia (reperibili)**
- **1 medico Rianimatore reperibile**
- **1 ortopedico e 1 infermiere Sala Gessi (reperibili)**
- **1 OSS**

## **AREA GIALLA**

(Astanteria-OBI. + Sala visita Medica del P.S.)

Maxiemergenza **1° livello**

- **medico di P.S.**
- **ortopedico guardia**
- **1 infermiere di P.S. (OBI)**
- **1 infermiere Chirurgia Gen. (Sitra)**
- **1 infermiere PNL (Sitra)**
- **1 OSS**

**Consulenti su individuazione del Medico di PS secondo le necessità**

**Maxiemergenza 2° livello**

**In aggiunta al personale del livello 1 la UC ravvisata la insufficienza della risposta attiva ulteriori medici e infermieri fra i seguenti:**

**1 ortopedico (reperibile)**

**1 chirurgo (reperibile)**

**1 internista (reperibile)**

**1 nefrologo**

**1 pneumologo**

**Infermieri e OSS dalle dotazioni da parte del SITRA**

**L'OSS DEA è disponibile per l'AREA ROSSA.**

**AREA VERDE**

(Ambulatori)

- **2 Medici di PS da reperire**
- **1 Infermiere di PS**
- **1 Infermiere inviato da Sitra**
- **Personale di supporto da dedicare ai trasporti definito da Sitra**

**AREA OSSERVAZIONE**

- **1 Medico di Guardia Internistica DEA**
- **Infermieri ed OSS reperiti da Sitra**

**AREA NERA**

(Corridoio piano 2S sottostante la Piastra E/U)

- **necroforo**
- **sacerdote**

**AREA ARANCIO**

(Psichiatria)

- **2 infermieri in servizio**
- **psichiatra (reperibile)**

**AREA BIANCA**

(Sala Polenghi)

- **1 infermiere psichiatria (reperibile)**
- **eventuale personale reperito dall'unità di crisi**
- **volontari se presenti o attivabili**

**AREA BLU**

**Sono riservati posti letto in adiacenza alla area di degenza scelta per il ricovero secondo lo schema previsto dal piano;**

## **B) MOBILITAZIONE DI 2° LIVELLO**

Il 2° livello di mobilitazione può essere attivato successivamente alla mobilitazione del 1° livello e solo quando questa risposta si è dimostrata insufficiente per le dimensioni della Maxiemergenza in corso.

La mobilitazione del 2° livello comporta l'avvio delle seguenti procedure operative:

1. **estensione delle chiamate telefoniche ai reperibili** non ancora attivati perché **classificati** come **“secondo necessità”**; al loro arrivo in ospedale verranno distribuiti nelle varie aree colorate secondo i criteri precedentemente esposti;
2. **richiamo in ospedale**, per opera dell'Unità di Crisi, tramite centralino, di **operatori non reperibili** (turni di riposo), secondo il fabbisogno effettivo di quel momento e loro distribuzione nelle varie aree colorate;
3. **distribuzione delle “Action Cards”** in tutte le U.O. dell'ospedale a tutti gli operatori in servizio e quelli convocati;
4. **aumento della disponibilità di letti** in tutte le U.O. con la creazione di **letti provvisori** (barelle) e/o l'invio a domicilio di quelli dimissibili da parte del medico presente o reperibile;
5. **sospensione di tutti gli interventi chirurgici d'elezione o non di emergenza** e l'immediata riattivazione di tutte le S.O.
6. la composizione delle **équipes chirurgiche** va decisa al momento dai chirurghi più anziani reperibili in base alla necessità dei pazienti e al tipo di specialisti chirurghi presenti in quel momento; è probabile che si debbano fare **équipe miste** in cui vari specialisti (es. urologo, ORL, oculista, ortopedico, ostetrico) affianchino il chirurgo generale;
7. **attivazione dei magazzini della Farmacia e dei magazzini Economali** (guardaroba) per rifornimento di materiali;
8. **Forze dell'Ordine** nel presidiare l'**ingresso della portineria** e l'**incrocio stradale** antistante l'ospedale;
9. attivazione delle **Associazioni di Volontariato** con impiego intraospedaliero di persone da destinare a vari compiti: trasporto pazienti, trasporto materiali, aiuto nell'assistenza nelle aree colorate di maggior impegno, ecc.;

## **C) MOBILITAZIONE DI 3° LIVELLO**

Il 3° livello di mobilitazione viene raggiunto solo quando il disastro è di dimensioni e gravità tali da generare un **numero molto elevato di feriti**. Pertanto al superamento del numero prefissato per il 2° livello (3 pz. “rossi” + 6 pz. “gialli” + 6 pz. “verdi”) scatta il 3° livello.

Poiché il 3° livello comporta una grandissimo sforzo assistenziale, sia nelle aree colorate sia in S.O. e nei reparti, sarà compito dell'Unità di Crisi, tramite il centralino, attivare con l'adeguata rapidità il **maggior numero di persone possibile**.

Al superamento della presunta massima capacità di accettazione (5 pz. “rossi” + 10 pz. “gialli” + 15 pz. “verdi” per un totale di 30 pz.) si provvederà a far **dirottare dalla C.O. 118 gli altri infortunati** che escono dal Triage extraospedaliero (PMA).

Se ciò non fosse possibile si deve prevedere una mobilitazione massiva del personale anche tramite la radio e le televisioni locali; se lo stato di Maxiemergenza dovesse durare ormai da giorni si dovrà prevedere all'integrazione o alla sostituzione del personale e del materiale con altro proveniente dagli ospedali vicini non coinvolti nell'emergenza.

#### **4 – FASE DI ALLARME CESSATO**

Verificato il rientro a condizioni di normalità cioè ricoverato l'ultimo codice rosso, può essere dichiarato il cessato allarme. Tale dichiarazione compete al responsabile/team leader del Pronto Soccorso se l'attivazione del PEIMAF è stata di livello 1, al Direttore dell'Unità di Crisi se l'attivazione ha interessato il livello 2 e 3.

In entrambi i casi bisognerà prima accertarsi (CO 118, Protezione Civile, ecc.) della effettiva cessazione dell'emergenza e poi provvedere per il tramite del centralino o portineria a darne informazione a tutte le UU.OO e servizi ospedalieri coinvolti.

Qualora l'emergenza esterna non sia conclusa, ma il Presidio non sia più in grado di accettare e trattare ulteriori feriti per saturazione o esaurimento delle risorse disponibili, il Direttore dell'Unità di Crisi, coordinandosi con il Responsabile del Pronto Soccorso né darà tempestiva comunicazione al 118/AREU, alla Direzione Sanitaria Aziendale e alle Direzioni degli altri Presidi.

Ad emergenza chiusa l'Unità di Crisi detterà tempi e modalità di ritorno alla normalità, rendendo disponibile il supporto psicologico agli operatori in caso di necessità.

I Responsabili e Coordinatori delle strutture coinvolte provvederanno al ripristino del materiale, dei farmaci e dei presidi utilizzati e invieranno le *action card* utilizzate nella circostanza all'Unità di Crisi.

Il Direttore dell'Unità di Crisi, organizzerà il “*debriefing*” con i Responsabili delle varie UU.OO e Servizi coinvolti al fine di valutare la reale gestione della maxiemergenza accaduta anche valutando le criticità emerse dalle singole *action card*.

Al termine dovrà essere redatto ed emesso il verbale del *debriefing*, copia del quale dovrà essere trasmessa alla Direzione Sanitaria Aziendale.

#### **REVISIONI PERIODICHE DEL PIANO**

**Il Piano deve essere revisionato almeno una volta all' anno in coerenza con la revisione del Piano di Gestione del Sovraffollamento.**

Il presente Piano è suscettibile di variazioni periodiche in relazione alle modifiche strutturali e/o funzionali del Presidio.

Nel caso che tali variazioni interessino una sola UO o Servizio, verrà aggiornata solo la *action card* di quest'ultima. Nel caso le variazioni coinvolgano più strutture, sarà cura della Direzione del Presidio, di concerto con l'Unità di Crisi predisporre e divulgare, in fase organizzativa, l'aggiornamento del PEIMAF.

Il Piano dovrà essere altresì rimodulato qualora dal *debriefing* post-fase operativa per una maxiemergenza reale o simulata sia emersa la necessità di apportare variazioni

#### **15) ALLEGATI AL PIANO**

- **Action card Unità di Crisi**
- **Schema planimetrico dei percorsi al Pronto Soccorso;**
- **Schema planimetrico delle aree interessate**

**PIANO PER LA GESTIONE DEL MASSICCIO AFFLUSSO  
DI FERITI  
PEIMAF**

**REVISIONE 2018**

**ACTION CARD**

**- Unità di Crisi -**

Allegato al PEIMAF- VERS 2018

## **PROCEDURE OPERATIVE DI EMERGENZA PER UNITA' DI CRISI E DIREZIONE MEDICA** Unità di Crisi

L'unità di crisi è composta da un Responsabile e dai collaboratori e si occupa di gestire in prima persona l'emergenza grave.

L'Unità di Crisi è composta dalle seguenti figure:

- **Medico di PS:** immediatamente sostituito dal Medico di Direzione Medica subentrato in servizio
- **Dirigente Medico di Presidio/Sostituto** (Medico Reperibile) Responsabile Unità di Crisi
- **Responsabile U.O. TecnicoPatrimoniale** (Ufficio Tecnico)/Reperibile Ufficio Tecnico
- **Direttore S.I.T.R.A./Reperibile SITRA**
- **1 Unità amministrativa**

- L'Unità di Crisi è attivata dal Responsabile Unità di Crisi – Medico di PS o Dirigente Medico di Presidio (Medico Reperibile), su segnalazione del centralino/portineria a seguito dell'emergenza in atto.
- Il Responsabile, può cooptare nell'Unità di Crisi stessa, qualsiasi altra figura professionale necessaria alla gestione dell'emergenza/evacuazione, oltre a quelle sopra citate.

### **COMPITI dell'Unità di Crisi**

#### FASE DI COMPETENZA DI AREU

Il **coordinamento esterno** della Maxiemergenza è di pertinenza della **C.O. AREU** che dispone l'invio del numero e del tipo di mezzi più adeguati a prestare soccorso sul luogo dell'evento. Il moderno assetto del primo soccorso sul luogo dell'evento prevede una prima fase di recupero dei feriti, una seconda fase in cui vengono effettuati un Triage ed una prima assistenza, che dovrebbero effettuarsi nel cosiddetto "Posto Medico Avanzato (P.M.A.)", e quindi la terza fase di evacuazione con l'invio "ordinato" dei feriti classificati con il codice colore negli ospedali vicini secondo la loro possibilità di riceverli e trattarli adeguatamente.

#### FASE DI COMPETENZA DI ASST

**Coordinamento generale:** è assunto, nelle primissime fasi dal **medico di P.S.** fino all'arrivo del **medico reperibile della Direzione Medica**, che al suo arrivo assumerà la funzione.

Il Resp Unità di Crisi è coadiuvato dal **Reperibile SITRA** e successivamente dal **Direttore Sitra** e costituiscono il nucleo centrale di presidio di coordinamento.

**Coordinamento operativo:** è assunto in primis dal **medico di P.S.** fino all'arrivo del **Responsabile del P.S o del DEA**, che al suo arrivo assumerà la funzione, a tal punto il medico di PS potrà dedicarsi totalmente all'assistenza nelle aree a lui destinate (area Triage nella Maxiemergenza-Intossicazione; area Gialla nella Maxiemergenza-Trauma).

L'UNITA' DI CRISI SVOLGERA' I SEGUENTI COMPITI :

- **tenere i contatti con le Autorità (Prefettura, Protezione Civile, Forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco, Vigilanza Urbana, ecc.);**
- **decidere il progressivo richiamo di operatori sanitari e tecnici, reperibili e non reperibili, secondo le necessità;**
- **monitorare i posti letto liberi e della distribuzione dei pazienti**
- **mantenere il controllo generale dell'andamento della Maxiemergenza, soprattutto mirato all'equilibrio fra le necessità operative e la disponibilità di risorse umane e materiali;**

I componenti dell'UC allertati, si recano repentinamente presso i locali destinati all'UC. La sede di convocazione e di insediamento dell'UC è nella Direzione Medica di Presidio ove dispone di tutti gli ausili di segreteria per essere operativa e la possibilità di disporre di documenti reperibili come planimetrie, elenco numeri di telefono utili.

Le funzioni dell'UC:

- verificare l'allerta con la Centrale Operativa 118/Protezione Civile per avere informazioni aggiornate utili al dimensionamento dell'evento;
- confermare l'attivazione del Piano di emergenza;
- nominare il Coordinatore dei Soccorsi nella figura del Medico di PS;
- coordinare tutti i servizi/soggetti che possono essere coinvolti
- coordinare tutti i servizi/soggetti che possono essere coinvolti in funzione della tipologia dell'evento che si può verificare;
- valutare e autorizzare le attività sanitarie e amministrative straordinarie utili a fronteggiare l'emergenza (risorse umane e tecnologiche, presidi, farmaci e beni di consumo attività in service);
- controllare l'avvenuto allestimento dell'area di ricezione (area triade e vie di accesso);
- notificare l'attivazione dell'UC alla CO 118;
- collaborare con tutte le istituzioni con le quali si dovranno porre in essere le azioni di risposta integrate es. Prefettura, Protezione Civile, Vigili del Fuoco...;
- gestire 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 la Direzione Medica di Presidio;
- decretare la cessazione dello stato di allarme ed il ritorno alle normali attività dell'Ospedale.

Nello specifico:

Compiti del Direttore Medico di presidio

1° livello

- verificare la reale attendibilità dell'allarme mediante contatto telefonico con il 118 o altre istituzioni,
- assumere da queste fonti indispensabili informazioni circa le caratteristiche della catastrofe (causa e numero probabile di vittime);
- confermare l'attivazione del piano di emergenza.

2°-3° livello.

- Oltre alle azioni precedenti
- Si reca alla sede dell'UC;
- Attiva l'UC per il tramite della portineria;

All.to 2 alla PO07

- Informa il Direttore sanitario;
- Convoca tutte le figure dirigenziali e non, necessarie a fronteggiare l'emergenza in funzione della tipologia dell'evento che si può verificare;
- Adotta provvedimenti per supportare l'emergenza in termini di risorse ulteriori (umane tecnologiche, trasporti, materiale di consumo, presidi, farmaci...)
- Definisce e fa applicare le disposizioni dell'UC in merito alla rimodulazione (riduzione o sospensione) dell'attività assistenziale di ricovero programmato e ambulatoriale (consulenze, diagnostica per immagini, diagnostica di laboratorio) sino al rientro della situazione di emergenza;
- individua nel medico di guardia il referente di ciascuna area di ricovero e servizio di supporto;
- definisce le necessità di personale medico/infermieristico/OSS ecc e la destinazione in considerazione delle risorse reperite e delle priorità di impiego;
- verifica la disponibilità dei posti letto ora per il tramite dei Medici di guardia dei reparti e dei Responsabile SITRA;
- richiede ai medici di guardia nei reparti la dimissione del maggior numero di pazienti presenti nei reparti;
- richiede il trasferimento di pazienti stabilizzati verso altri presidi Aziendali;
- richiede il trasferimento di pazienti dalle Terapie Intensive verso reparti a minor intensità di cura, laddove possibile;
- richiede il trasferimento di pazienti stabilizzati verso altri presidi strutture convenzionate non coinvolte nell'emergenza per il trasferimento dei pazienti meno critici;
- collabora con il Servizio Tecnico per il potenziamento di aree già attrezzate e dotate di sistemi di monitoraggio e sostegno delle funzioni vitali (semi intensive – Terapia Intensiva, TIN, sale operatorie non impegnate in attività chirurgiche, antisale o sala risveglio)>;
- richiede al Servizio Tecnico il potenziamento dei servizi trasporti interni (pazienti e presidi ecc);
- organizza il reperimento dei farmaci e dei presidi necessari, materiali di consumo, potenziamento delle forniture in service con la collaborazione di farmacista, referente del Servizio Acquisti e Dirigente delle professioni sanitarie;
- mantiene i contatti con Centrale Operativa 118 o altre istituzioni, comunicando l'attivazione dello stato di emergenza, e notificando l'attivazione dell'UC;
- riceve dal coordinamento dei soccorsi costanti aggiornamenti della situazione;
- aggiorna l'ufficio stampa sulla risposta alla maxiemergenza.

#### Compiti del Coordinatore dei Soccorsi

Il Coordinatore dei Soccorsi, reca nella sede dell'UC e provvedere a: provvede a:

- verifica gli spazi di accettazione
- organizza l'attività del personale già presente e attivare le procedure per il reclutamento di eventuale altro personale di supporto;
- tenere rapporti con il Direttore Medico di Presidio con periodico aggiornamento circa il numero, natura e gravità feriti, nonché fornire informazioni sul quadro generale della situazione;
- monitorare la necessità di posti letto e trasmettere il dato UC.

**LOGISTICA: Sede c/o Direzione Medica + Sitra**

**IL N° TELEFONICO** indicato deve essere utilizzato solo per i contatti con le autorità **tel. 2223**

**ALTRE ESIGENZE** **tel. 2244**

**NUMERI TELEFONICI UTILI**

<b>Prefettura</b>	<b>0372.4881</b>	
<b>Protezione Civile Sala Operativa - Lombardia</b>	<b>800.061160</b>	
<b>Vigili Urbani</b>	<b>0373.250867</b>	
<b>VVFF</b>	<b>112</b>	<b>Numero Unico Emergenze</b>
<b>Carabinieri</b>	<b>112</b>	

**LIVELLI DI MOBILIZZAZIONE**

<b>Livello</b>	<b>Attivatori</b>
Mobilizzazione 1° Livello	Medico PS
Mobilizzazione 2°/3° Livello	Medico Unità Crisi

**Livelli:** vedi Riferimenti allegati

Doc. Allegati:

1. RIF 1 Elenco chiamati Maxi-trauma, Maxi-intox
2. RIF 2 Tabella dei 3 Livelli di Maxi-emergenza 1°-2°-3°
3. RIF 3 Modalità di richiamo degli operatori reperibili

**FLOW CHART DECISIONALE**

- Assicurarsi che il centralino abbia chiamato in PS tutti gli operatori di cui a **pag. 35** del piano.
- Assicurarsi dell'avvio delle chiamate da parte del centralino del personale reperibile secondo le due liste

**MAXI TRAUMA**

**MAXI INTOX**

- Assicurarsi dell'avvenuto sgombero del PS;
- VERIFICA PERIODICA del livello di MAXIEMERGENZA chiedendo riscontro al Pronto Soccorso
- Preparare le azioni necessarie all'attivazione del 2° livello e 3° livello:
  - verificare elenco reperibili se disponibile al centralino;
  - verificare l'elenco "tutti gli operatori disponibili" per figura professionale;
- Verifica costante dei posti letto liberi (SITRA)
- Valutare se (mobilitazione di 2° livello):

	SI	NO
<b>Estensione delle chiamate telefoniche ai reperibili non ancora attivati perché classificati come "secondo necessità";</b> al loro arrivo in ospedale verranno distribuiti nelle varie aree colorate		
<b>Richiamo in ospedale,</b> tramite centralino, di <b>operatori non reperibili</b> (turni di riposo), secondo il fabbisogno effettivo di quel momento e loro distribuzione nelle varie aree colorate		
<b>Distribuzione delle "Action Cards"</b> in tutte le U.O. dell'ospedale a tutti gli operatori in servizio e quelli convocati		
<b>Aumento della disponibilità di letti</b> in tutte le U.O. con la creazione di <b>letti provvisori</b> (barelle) e/o l'invio a domicilio di quelli dimissibili da parte del medico presente o reperibile		

<p><b>Sospensione di tutti gli interventi chirurgici d'elezione o non di emergenza</b> e immediata riattivazione di tutte le S.O. La composizione delle <b>équipes chirurgiche</b> va decisa al momento dai chirurghi più anziani reperibili in base alla necessità dei pazienti e al tipo di specialisti chirurghi presenti in quel momento; è probabile che si debbano fare <b>équipe miste</b> in cui vari specialisti (es. urologo, ORL, oculista, ortopedico, ostetrico) affianchino il chirurgo generale</p>		
<p><b>Attivazione dei magazzini della Farmacia e dei magazzini Economali</b> (guardaroba) per rifornimento di materiali</p>		
<p><b>Attivazione Forze dell'Ordine</b> nel presidiare l'<b>ingresso della portineria e l'incrocio stradale</b> antistante l'ospedale</p>		
<p>Attivazione delle <b>Associazioni di Volontariato</b> con impiego intraospedaliero di persone da destinare a vari compiti: trasporto pazienti, trasporto materiali, aiuto nell'assistenza nelle aree colorate di maggior impegno, ecc</p>		

## RIF 1 - Elenco chiamate reperibili per **Maxiemergenza-Trauma e Maxiemergenza-Intossicazione**

<b>MAXI TRAUMA</b>	<b>MAXI INTOX</b>
Infermiere DEA reperibile	Infermiere DEA reperibile
Infermiere. Cardio reperibile	Infermiere CARDIO reperibile
Rianimatore	Direzione Medica Presidio e SITRA
1 Anestesista e i 2 Infermieri anestesia	Medico Internista
Medico ORL	Medico Pneumologo
Direzione Medica di Presidio e SITRA	Medico Rianimatore
Chirurghi generali (entrambi) e i 2 Infermieri. di Sala Operatoria Chir. Generale	Medico Anestesista e i 2 Infermieri di anestesia
Medico internista reperibile	2 Infermieri di Sala Operatoria ORT/OFT/ORL
Medici radiologi (entrambi) e i 2 Tecnici di Radiologia	Medico Pediatria
Medico di Laboratorio	Medico di Laboratorio
Medico e Tecnico del Servizio Trasfusionale	Medici radiologi ( 1 o 2) e i 2 Tecnici di Radiologia
Medico Ortopedico e i 2 Infermieri. di Sala Operatoria ORT/OFT/ORL	Chirurghi generali (entrambi) e i 2 Infermieri di Sala Operatoria Chir. Generale
Autista reperibile	Autista reperibile
Ufficio Tecnico	Ufficio Tecnico
Direttore DEA	Direttore DEA
Direttore P.S. tel: 6775)	Direttore P.S. tel: 6775)
Coordinatore P.S. tel: 3281857583)	Coordinatore P.S. tel: 3281857583 )
Responsabile Rianimazione	Responsabile Rianimazione
Coordinatore Rianimazione	Coordinatore Rianimazione
Reperibile Servizi Sanificazione	Reperibile Servizi Sanificazione
Medico Pediatra reperibile (secondo necessità)	Medico e Tecnico del Servizio Trasfusionale reperibili (secondo necessità)

All.to 2 alla PO07

Medico Neurologo reperibile (secondo necessità)	Medico ORL reperibile (secondo necessità)
Medico Nefrologo (secondo necessità) e Infermiere Dialisi reperibili	Medico Ortopedico reperibile (secondo necessità)
Medico Cardiologo reperibile (secondo necessità)	Medico Neurologo reperibile (secondo necessità)
Medico Urologo reperibile (secondo necessità)	Medico Nefrologo (secondo necessità) e Infermiere Dialisi reperibili
Medico Pneumologo reperibile (secondo necessità)	Medico Cardiologo reperibile (secondo necessità)
Medico e Infermiere Endoscopia Digestiva reperibile (secondo necessità)	Medico Urologo reperibile (secondo necessità)
Medico Psichiatra reperibile (secondo necessità)	Medico e Infermiere Endoscopia Digestiva reperibile (secondo necessità)
Medico Ginecologo (secondo necessità) e 1 Infermiere della S.O. Ostetricia reperibili	Medico Psichiatra reperibile (secondo necessità)
Farmacista reperibile (secondo necessità)	Medico Ginecologo e 1 Infermiere della S.O. Ostetricia reperibile (secondo necessità)
Necroforo reperibile (secondo necessità)	Farmacista reperibile (secondo necessità)
	Necroforo reperibile (secondo necessità)

## RIF 2 – LIVELLI DI MAXIEMERGENZA

**Il medico di P.S. fa quindi scattare il 1° livello di “Maxiemergenza”** allorché sono in arrivo o sono già presenti in P.S. queste combinazioni di pazienti:

- **1° livello : 2 pz. “rossi” + 5 pz. “gialli” (oppure più di 6 pz. “gialli”)**

Qualora il flusso di infortunati prosegua, verranno dichiarati i successivi livelli di Maxiemergenza che indurranno l’attivazione progressiva di un numero di operatori crescente fino alle massime possibilità di ricerca e richiamo; in particolare il **2° e 3° livello** scatteranno quando saranno in arrivo o presenti le seguenti combinazioni di pazienti:

- **2° livello : 3 pz. “rossi” + 6 “gialli” + 6 pz. “verdi”**
- **3° livello : 5 pz. “rossi” + 10 pz. “gialli” + 15 pz. “verdi”**

## RIF 3 - MODALITA’ DI RICHIAMO DEGLI OPERATORI

Ogni U.O. deve compilare degli **Elenchi Speciali** del personale medico, infermieristico e personale di supporto da richiamare in caso di **Maxiemergenza, inviandone copia alla Direzione Medica di Presidio e al SITRA.**

Questi Elenchi Speciali sono formulati in modo che, ad eccezione dei **responsabili medico, infermieristico, tecnico**, siano posti all’inizio dell’elenco **coloro che risiedono più vicino all’ospedale e alla fine le persone più lontane.**

Tali elenchi porteranno di fianco al nome e cognome della persona da convocare sia **i numeri telefonici delle abitazioni** sia quelli dei **telefoni cellulari**

Il SITRA avrà il compito di **richiamare in servizio**, dopo i reperibili, tutto il personale che l’Unità di Crisi ritiene necessario, seguendo **l’ordine prestabilito** dagli Elenchi Speciali.

Gli elenchi devono essere tenuti **aggiornati dalla U.O. Personale** rendendo disponibile in Intranet le informazioni indicate; la Direzione Medica di Presidio ne verificherà la utilizzabilità ogni 3 mesi.