

**PIANO DI EMERGENZA
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA
"S. GIUSEPPE MOSCATI"
DI AVELLINO**

*In caso di calamità
o
di massiccio afflusso di feriti*

Stesura del piano di emergenza a cura del Dr.R.Bettelli

PIANO DI ATTIVAZIONE OSPEDALIERA

Si definisce Piano di attivazione ospedaliera l'insieme di procedure necessarie alla mobilitazione delle energie presenti nel Presidio ospedaliero sulla base delle caratteristiche strutturali e della tipologia dei servizi erogati e modulate, sulle esigenze poste dalla situazione in atto. Il Piano di attivazione, perfettamente conosciuto da tutto il personale e verificato tramite esercitazioni periodiche, deve prevedere i seguenti elementi:

- a. Programma per l'allarme e la designazione del personale;
- b. Allestimento di aree speciali;
- c. Comunicazioni radiotelefoniche;
- d. Attrezzature ed equipaggiamento speciale;
- e. Materiale per la registrazione clinica ed anagrafica;
- f. Programma per l'alleggerimento del carico ordinario d'assistenza;
- g. Programma per l'evacuazione del Presidio ospedaliero;
- h. Programmi di addestramento.

a. Programma per l'allarme e la designazione del personale

L'estensione dell'allarme a tutti gli operatori da parte di un unico centralino può comportare il rischio di bloccare tutte le comunicazioni dell'ospedale con l'esterno e di rallentare la mobilitazione delle Unità Operative indispensabili per un intervento sanitario coordinato. Sembra pertanto più opportuno che l'attivazione della struttura avvenga secondo la cosiddetta tecnica "a cascata" tramite i responsabili di alcune funzioni "chiave" precedentemente individuate in base alle caratteristiche ed alla complessità organizzativa del Presidio ospedaliero. In tal modo il medico addetto alla Centrale Operativa del 118, verificata la veridicità dell'allarme avvisa il Medico del Pronto Soccorso che darà avvio alla mobilitazione, procedendo ad allertare il personale per blocchi. I soggetti allertati, sia sanitari che amministrativi e tecnici, provvederanno ad adeguare le potenzialità operative della propria Unità Operativa alla situazione in atto. Questo tipo di attivazione permette quindi un coinvolgimento progressivo e realmente proporzionato delle Unità Operative e dei Servizi necessari allo svolgimento degli interventi richiesti.

Il personale con responsabilità di coordinamento deve essere dotato di una scheda operativa in cui siano elencati con chiarezza i compiti attribuiti. Queste schede sono redatte rispettando al massimo la logica delle sequenze adottate abitualmente in condizioni ordinarie in modo da favorire l'automaticità di comportamento nelle inevitabili situazioni di stress psicofisico correlate all'emergenza.

b. Allestimento di aree speciali

Se è logico rispettare, anche nelle situazioni di notevole impegno, le consuetudini seguite nelle condizioni ordinarie, pur tuttavia la previsione di un lavoro massivo e straordinario impone la necessità di allestire delle aree speciali destinate a far fronte alle esigenze sanitarie ed amministrative proprie della grande emergenza.

Si possono così individuare le seguenti aree:

- centro di controllo sanitario, che rappresenta il nucleo direzionale sanitario per la gestione ospedaliera dell'emergenza;
- centro di controllo amministrativo, deputato alle attività documentali relative ai pazienti accettati ed alla raccolta dei dati epidemiologici che saranno trasmessi periodicamente alle Forze dell'Ordine ed ai mass media;
- area del triage, nella quale avviene l'accettazione degli infortunati ed il conseguente loro smistamento verso le aree delle Unità Operative più idonee;
- area per il trattamento ambulatoriale dei feriti, creata allo scopo di evitare che i soggetti con lesione di scarsa rilevanza clinica intralcino il trattamento delle vere emergenze;
- area per l'attesa protetta, prevista per l'assistenza di pazienti in condizioni cliniche non critiche prima del loro trasferimento in strutture dove potranno ricevere le cure definitive;
- sala di aspetto per i parenti, concepita al fine di fornire una corretta informazione ed un'assistenza completa ai familiari delle vittime;
- locale per pazienti deceduti, qualora siano saturate le capacità di accoglimento della camera mortuaria.

c. Comunicazioni radiotelefoniche

La disponibilità di una rete efficiente di comunicazioni radiotelefoniche risulta elemento determinante per la funzione dell'assistenza sanitaria d'emergenza in quanto è necessario connettere in modo continuo l'ospedale con gli altri presidi sanitari e con i servizi di Protezione Civile. E' importante ricordare la maggiore affidabilità dell'impiego dei sistemi radio rispetto alla rete telefonica in quanto quest'ultima presenta un'elevata vulnerabilità in caso di calamità.

d. Attrezzature ed equipaggiamento speciale

Il piano di attivazione deve individuare un locale idoneo ad accogliere le attrezzature e l'equipaggiamento utilizzati durante le fasi dell'emergenza quali ad esempio i cartelli segnaletici per l'indicazione delle aree speciali, le sacche per il vestiario e gli effetti personali, ecc.. Parallelamente devono essere mantenute sufficienti scorte di materiali (ad es. letti, barelle, aste portaflebo, ecc.), di farmaci e di presidi sanitari per far fronte all'improvviso aumento del carico di assistenza.

e. Materiale per la registrazione clinica ed anagrafica

La compilazione delle normali cartelle cliniche in condizione di emergenza richiede tempi eccessivi non proporzionati alla importanza contingente dei dati raccolti. D'altra parte l'adozione di sistemi di documentazione riservati esclusivamente a queste situazioni può creare disagi per la mancanza di consuetudine. Sembra pertanto più opportuno l'impiego della modulistica, con caratteristiche di rapida compilazione e facile lettura, in uso quotidiano presso il Pronto Soccorso.

f. Programma per l'alleggerimento del carico ordinario di assistenza

Un Piano di attivazione deve prevedere, qualora le dimensioni del disastro lo impongano, una fase di alleggerimento del carico ordinario di assistenza al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili nel fronteggiare lo stato di emergenza. Tale programma deve pertanto comprendere il blocco dell'ammissione dei soggetti con patologia non urgente; la sospensione di alcune attività ambulatoriali ed il trasferimento verso altri Presidi di pazienti non dimissibili.

g. Programma per l'evacuazione del Presidio ospedaliero

Una corretta programmazione deve tener conto di situazioni in cui lo stesso Presidio ospedaliero possa essere coinvolto direttamente nell'evento calamitoso. Per questa eventualità il Piano deve prevedere la necessità di una pronta e sicura evacuazione dei superstiti.

h. Programmi di addestramento

Al fine di saggiare la validità di un Piano di attivazione ed il livello di addestramento raggiunto è indispensabile effettuare esercitazioni periodiche simulanti uno stato di emergenza. In queste attività addestrative si dovranno verificare i tempi di attivazione e l'esistenza di eventuali inconvenienti evitando di intervenire con l'operatività ordinaria per non arrecare disagi ai pazienti.

PIANO DI EMERGENZA INTERNO
AZIENDA OSPEDALIERA
"S. GIUSEPPE MOSCATI" DI AVELLINO
(In caso di calamità o di massiccio afflusso di feriti)

NOTE DI CARATTERE GENERALE

SMISTAMENTO SELEZIONE TRIAGE

Tra le attività Sanitarie che il personale deve garantire in caso di emergenza, un momento fondamentale è rappresentato dallo SMISTAMENTO dei feriti, che consente nell' invio degli stessi in reparti adeguati alle necessità o il loro trasferimento in alle strutture sanitarie più idonee per un completo trattamento delle lesioni.

Il criterio base per lo smistamento è rappresentato dall'urgenza terapeutica.

La SELEZIONE è definibile come la valutazione pronta e sintetica di tutti i pazienti, allo scopo di determinare la reale natura del problema, il livello d'urgenza, il tipo di assistenza necessaria e la precedenza nella terapia e nel trasferimento.

Il TRIAGE è una metodica applicabile alle situazioni in cui si verifichi il contemporaneo afflusso di feriti in numero elevato ed a tutte le emergenze che, pur coinvolgendo un numero minore di pazienti, questi afferiscono in strutture o presidi sanitari non idonei o comunque non pronti ad affrontarle, per organizzazione, mezzi e personale.

Tutti i medici che non sono impegnati direttamente nei soccorsi si tengono a disposizione del **COORDINATORE DEI SOCCORSI** nei propri Reparti. I medici dei reparti di degenza non impegnati nel D.E.A. dimettono quanti più pazienti è possibile al fine di liberare posti letto per i feriti in arrivo. I pazienti ricoverati in condizioni non gravi ma non dimissibili, se necessario, possono essere sistemati nei locali liberi. E' indispensabile che nei contatti telefonici (ad esempio per rintracciare il personale) si usi, onde evitare malintesi, una frase convenuta tipo:

“QUESTO E' UNO STATO DI EMERGENZA”

I plichi o buste contenenti le istruzioni riguardanti i compiti del personale coinvolto nell'emergenza devono essere tenuti nel cassetto della scrivania della Caposala del reparto e nella stanza del medico interessato, comunque sempre facilmente accessibili e rintracciabili. Il personale che non ha l'obbligo di reperibilità, se non potrà essere rintracciato, sarà sostituito da altri colleghi presenti con decisione del Coordinatore dei Soccorsi.

COMPITI DEL DIRIGENTE ASSISTENZA INFERMIERISTICA (D.A.I.)

Allerta appena giunto in Ospedale:

- A) Le infermiere degli ambulatori
- B) Le assistenti sociali.

- 1) Valuta il numero degli infermieri presenti e li destina secondo le esigenze segnalate dalle Caposala dei reparti interessati (D.E.A. - P.S. - Rianimazione)
- 2) Valuta il numero degli infermieri che occorrono ad integrare quelli in servizio convocandoli in ospedale.
- 3) Coordina l'attività infermieristica equilibrando le mansioni secondo le priorità.
- 4) Supervisiona il lavoro delle Caposala.
- 5) Valuta il numero dei posti letto ed effetti lettereschi necessari.

COMPITI DEL DIRIGENTE DI LABORATORIO

- 1) E' avvisato dalla portineria dell'Ospedale
- 2) Avverte tutti i tecnici ed i medici di laboratorio rintracciabili
- 3) Fa predisporre i presidi e lo strumentario necessario

COMPITI DEL MEDICO RADIOLOGO

- 1) E' avvisato dalla portineria dell'ospedale.
- 2) Avverte tutti i tecnici ed i medici radiologi rintracciabili.
- 3) Fa preparare tutte le sale diagnostiche con i farmaci ed il materiale necessario per gli esami e per l'emergenza.
- 4) Assegna uno o più tecnici di Radiologia esclusivamente per le sale operatorie.

COMPITI DEGLI ALTRI MEDICI SPECIALISTI :

MEDICO ORTOPEDICO: avvisa il personale della Sala Gessi e gli altri ortopedici rintracciabili e fa preparare la Sala Operatoria dell'Ortopedia

MEDICO GINECOLOGO: fa preparare la Sala Operatoria dell'Ostetricia e Ginecologia

MEDICO NEFROLOGO: avvisa il personale della Sala Dialisi e fa preparare gli apparecchi di dialisi

MEDICO DELLA MEDICINA NUCLEARE : avvisa tutto il personale e dispone per l'operatività delle sale diagnostiche

MEDICO DELLA MEDICINA D'URGENZA: avvisa i medici del reparto per potenziare i turni

MEDICO NEUROLOGO: avvisa i tecnici dell'E.E.G. ed i colleghi di reparto

MEDICO OTORINO dimette i pazienti non urgenti dell'O.R.L., cura con i chirurghi i feriti di classe 1 -

MEDICO ODONTOIATRA: si reca di servizio in P.S.

MEDICO PEDIATRA: dimette i piccoli pazienti che non necessitano di cure ospedaliere in modo da liberare camere di degenza

MEDICO ANATOMO-PATOLOGO: avvisa il personale delle Sale Mortuarie; predispone per le procedure di identificazione

MEDICO TERAPIA IPERBARICA: avverte il personale rintracciabile; garantisce sedute di ossigenoterapia iperbarica nelle sindromi da schiacciamento, nei politraumatizzati, nelle ustioni gravi, ecc.

MEDICO CARDIOLOGO: avvisa medici e tecnici per potenziare le capacità assistenziali del reparto e per le indagini E. C. G. grafiche

DIRETTORE FARMACIA: predispone e procura i farmaci e presidi; predispone le riserve di bombole di ossigeno

DIRIGENTE REPERIBILE DI DIREZIONE SANITARIA: coordina l'utilizzo di volontari affluiti, tiene i contatti con il personale amministrativo, collabora con il Direttore ed i Vice Direttori Sanitari

MEDICO PSICHIATRA: prende in cura i pazienti di sua competenza.

COMPITI DEL CAPO PORTINERIA O PORTINAIO ANZIANO

E' avvisato dal COORDINATORE DEI SOCCORSI

Avverte tutti i portinai che riesce a rintracciare

Avverte e/o fa avvertire:

il Dirigente dell'attività infermieristica (D.A.I.)
il Direttore amministrativo o suo sostituto
il Primario Anatomia Patologica o sostituto
il Capo ripartizione economato o sostituto
il Capo ripartizione tecnica o sostituto
il Dirigente di laboratorio
il medico radiologo
il medico ortopedico
il medico della medicina Nucleare
il medico reperibile della Medicina d'Urgenza (reperibilità ordinaria)
il medico internista (reperibilità di Medicina Generale)
il medico ginecologo
il medico neurologo
il medico O.R.L.
il medico nefrologo
il medico odontoiatra
il medico pediatra
il medico neonatologo
il direttore della farmacia od il farmacista
il medico della terapia iperbarica
il medico cardiologo
il medico neurochirurgo
il medico cardiocirurgo

Declina ogni richiesta di informazione da parte di estranei.

Il Capo Ripartizione Tecnica convocherà tutto il personale tecnico che riesce a rintracciare.

Fa tenere liberi gli accessi dell'ospedale (pedonali e carrabili)

Chiude l'accesso all'ospedale agli estranei (compresi i parenti ed i visitatori occasionali)

Dispone il controllo sull'uso degli ascensori

Contatta i vigili urbani o la polizia per controllare il traffico veicolare e pedonale privato sulla rampa del D.E.A. ed agli ingressi dell'ospedale.

COMPITI DELLA CAPOSALA DI RIANIMAZIONE OD INFERMIERE PROFESSIONALE ANZIANO

E' avvisato dall'Anestesista Rianimatore di turno.

Avverte tutto il personale che riesce a rintracciare, predisporre ogni respiratore artificiale disponibile, predisporre:

- farmaci secondo protocollo
- fleboclisi
- strumentario
- materiale monouso

- chiede alla farmacia provviste integrative di quanto sopra

COMPITI DELLA CAPOSALA BLOCCO OPERATORIO O STRUMENTISTA ANZIANA

E' avvisata dal chirurgo di turno.

Avverte tutto il personale del reparto che riesce a rintracciare, avverte la centrale termica (fornitura vapore per autoclave), si accerta del completo funzionamento del blocco operatorio, predispone:

- farmaci per emergenza (secondo protocollo)
- Strumentario chirurgico
- fleboclisi
- materiale monouso
- chiede provviste integrative di quanto sopra
- controlla apparecchi di anestesia e di monitoraggio

COMPITI DEI CHIRURGHICI NON INCLUSI NEI TURNI DI GUARDIA E REPERIBILITA'

Sono avvisati dai chirurghi di guardia

- 1) Il chirurgo di turno degli ambulatori rinvia a casa in attesa di prestazioni ambulatoriali e coordina i preparativi per accogliere i feriti di classe 1 negli ambulatori
- 2) I chirurghi affluiti in ospedale non si occupano del triage ma svolgono attività di assistenza e cure ai feriti delle classi 1 - II

COMPITI DEL CAPOSALA DEL D.E.A. OD INFERMIERE PROFESSIONALE ANZIANO

E' avvisato dal Coordinatore dei soccorsi

1. Avverte tutto il personale del D.E.A. che riesce a rintracciare.
2. Prepara i biglietti di identificazione ed i moduli di richiesta per gli esami di laboratorio e radiologici urgenti.
3. Collabora con il coordinatore dei soccorsi nel compito di evacuare i degenti nei locali del D.E.A.

COMPITI DEL DIRETTORE SANITARIO DEL DIRETTORE DI PRESIDIO E/O DEI VICE DIRETTORI SANITARI

E' avvisato dal coordinatore dei soccorsi o dalla prefettura.

Fa scattare il piano d'emergenza ospedaliero.

1. Tiene i contatti con:
 - Stampa
 - Autorità giudiziaria, Polizia, etc.

- Centrale operativa ambulanze
- Altri ospedali

2. E' il solo autorizzato a rilasciare comunicati e/o dichiarazioni
3. Riceve dal coordinatore dei soccorsi tutte le informazioni relative a: numero, natura e gravità dei feriti, nonché il quadro della situazione.

COMPITI DEL COORDINATORE DEL D.E.A.

E'avvisato dal Medico del Pronto Soccorso anziano di guardia (COORDINATORE DEI SOCCORSI)

- 1) Con la collaborazione del Medico della Medicina d'Urgenza anziano di guardia, assume la responsabilità del coordinamento dei soccorsi
- 2) Avvisa la centrale operativa dello STIE-118 al fine di smistare ad altri ospedali pazienti urgenti con patologia non legata all'evento che ha fatto scattare l'emergenza
- 3) Tiene i contatti con la centrale operativa 118, con quella di Elisoccorso regionale per eventuali trasferimenti ed evacuazioni di feriti verso altri ospedali della città o della regione
- 4) Dirama lo stato di allarme ai reparti di degenza ed eventualmente il trasferimento momentaneo di infermieri dei reparti stessi al D.E.A. per far fronte ai soccorsi immediati
- 5) Nel caso in cui il coordinatore del D.E.A. non possa essere rintracciato, i suoi compiti devono essere espletati dal Responsabile del P.S. Medico.
- 6) Avvisa il medico del servizio Immunotrasfusionale dell'ospedale che avverte gli altri tecnici e medici del Servizio.

COMPITI DELL'ANESTESISTA DI GUARDIA

Avverte:

il personale della sala di rianimazione
 il Primario (se non presente)
 gli altri anestesisti rintracciabili

2. Collabora con il P.S. per l'attività rianimatoria dei feriti giunti in P.S.
3. Trasferisce dalla Rianimazione i pazienti che non necessitano di terapia strettamente rianimatoria.

COMPITI DEL CHIRURGO D'URGENZA ANZIANO DI GUARDIA

1. Coordina l'assistenza chirurgica ai feriti che giungono al D.E.A.
2. Avverte.
 - i chirurghi reperibili
 - lo strumentista e gli infermieri della sala operatoria
 - la capo sala del blocco chirurgico

3. Dispone l'urgenza chirurgica, cioè stila una lista operatoria, in relazione alle sale operatorie disponibili ed alla gravità dei feriti
4. Dispone dei chirurghi afferiti in ospedale e li destina secondo le necessità del momento
5. Sarà assistito da una infermiera del D.E.A. che si occuperà di compilare il biglietto di classificazione del triage e di assegnare il numero progressivo di identificazione del ferito.

COMPITI DEL MEDICO DELL'UNITA' OPERATIVA DI PRONTO SOCCORSO (COORDINATORE DEI SOCCORSI)

Il medico anziano di turno al P.S. ATTIVA LO STATO DI EMERGENZA se il numero di feriti

gravi in arrivo al D.E.A. supera le DIECI UNITA', informando il Direttore ed i Vice Direttori

Sanitari. Se lo Stato di emergenza è preannunciato dalla Prefettura, sarà il Direttore Sanitario a farlo scattare.

Avverte:

- Il Responsabile del P.S.
- Il portiere dell'ospedale
- I chirurghi della Chirurgia d'Urgenza rintracciabili
- I medici della Medicina d'Urgenza rintracciabili
- Il direttore Sanitario
- Il coordinatore del D.E.A.
- Il capo sala del P.S. od infermiere professionale anziano
- Gli impiegati della Direzione Sanitaria.

1. E' responsabile del triage dei feriti

2. Fa evacuare in collaborazione col coordinatore del D.E.A. i locali di urgenza dai malati ritenuti dimissibili o trasferibili nei reparti di elezione

3. Accompagnato da un impiegato amministrativo, fa registrare sia i dati dei feriti sia quelli del personale impiegato al fine di conoscere l'esatta situazione

4. Sovrintende la fase dei soccorsi immediati.

5. Dispone la destinazione dei feriti

1 deceduti (classe IV) saranno trasferiti subito nei locali dell'obitorio ubicati lontano dalle aree destinate ai soccorsi ed alle medicazioni, dove potranno essere riconosciuti dai familiari.

COMPITI DEL RESPONSABILE DELLA CENTRALE OPERATIVA

1 Può disporre l'intervento sul luogo ove è avvenuto l'evento che ha fatto scattare l'emergenza di una unità mobile con personale medico e paramedico come POSTO MEDICO AVANZATO CON COMPITO DI EFFETTUARE UN PRIMO TRIAGE SUL POSTO, STABILIRE UNA PRIMA DESTINAZIONE DEI FERITI (in accordo con la C.O. - 118) E DI MANTENERE I COLLEGAMENTI CON LA CENTRALE OPERATIVA.

Coordina tutti i mezzi impegnati nei soccorsi, indirizzando i pazienti nei vari Ospedali, secondo la possibilità di ricezione e le varie specialità presenti negli stessi.

Coordina l'eventuale trasferimento dei feriti presso altre strutture ad alta specialità. 4. Avvisa le altre Centrali Operative Provinciali e quella Regionale.

SCORTE DI MATERIALI E PRESIDII

Occorre predisporre le scorte di materiali e farmaci almeno nei seguenti reparti: P.S./D.E.A. - RIANIMAZIONE - SALA OPERATORIA

Dette scorte devono essere controllate e riciclate almeno ogni sei mesi.

Infine occorre predisporre una elisuperficie per gli elicotteri ed attuare con i Vigili Urbani e le Forze dell'Ordine un piano per cercare di mantenere libere vie di accesso preferenziali per le ambulanze,

Occorre definire la sede di un ufficio informazioni per i parenti e per i mezzi di informazione lontano dall'area coinvolta dall'emergenza.

Detto ufficio può trovare sede in un locale amministrativo.

L'Unità di Crisi opererà nei locali della Direzione Sanitaria che dispongono di linea telefonica interna e diretta.

E' necessario che gli elenchi del personale (indirizzi e numeri telefonici) sia tenuto aggiornato almeno ogni sei mesi da parte della direzione sanitaria, tramite le caposala. Il personale è reperito con il sistema "a cascata".

UTILIZZO DEI LOCALI DELL'OSPEDALE NELLE FASI DI SOCCORSO

Occorre designare uno o più locali con caratteristiche il più possibile idonee ad accogliere un gran numero di feriti e cioè:

- Entrata ed uscita del locale possibilmente separate
- Possibilità di controllo su chi accede e su chi esce dal locale in modo da conoscere il numero dei pazienti trattati
- I locali devono essere vicini all'ingresso delle ambulanze.

Nell'ospedale la destinazione dei feriti in relazione alla classificazione e quindi alla loro gravità avviene nel modo seguente:

I feriti di classe III vengono ricoverati in sala Rianimazione previo compenso delle funzioni vitali effettuato nel locale di emergenza del D.E.A., fino ad un numero di 12 complessivamente, limite fisico legato allo spazio disponibile, oltre il quale e' d'obbligo il trasferimento dei feriti in questione ad altri ospedali. Comunque l'anestesista di guardia avrà cura di trasferire nei reparti di degenza quei

pazienti della Rianimazione che non necessitano di terapia di assoluta competenza rianimatoria per recuperare posti letto.

- 1 feriti di classe II saranno riuniti nei locali adiacenti al Pronto Soccorso utilizzando al bisogno le sale di attesa, locali sufficientemente ampi, riscaldati, adiacente al D.E.A., attrezzati con bombole do 02 previo sgombero delle panche e di ogni altro ostacolo.
- I feriti di classe I saranno medicati nei locali del poliambulatorio ospedaliero al piano terreno, ed in caso di necessità anche nei locali degli ambulatori dell'U.O. di Medicina d'urgenza.
- I locali degli ambulatori, in orario di servizio, saranno evacuati dai pazienti giunti per le normali prestazioni. Questi saranno invitati a lasciare l'ospedale ed i loro interventi rinviati a situazione normalizzata.

IL TRIAGE

Ogni classe è contraddistinta da un colore diverso del bordo del biglietto di classificazione:

- I : VERDE**
- II: GIALLO**
- III: ROSSO**
- IV: NERO**

Tutti i feriti in arrivo sono suddivisi secondo una di queste 4 classi: la loro condizione clinica è segnalata, ai fini di una immediata identificazione, dai biglietti già predisposti. Nella fase immediatamente successiva all'ingresso dei feriti nei locali del D.E.A., occorrerà compilare una cartella clinica semplificata contenente:

- la classe definita del triage
- un indirizzo diagnostico orientativo
- i risultati degli accertamenti diagnostici
- l'eventuale destinazione del ferito, cioè:
 - a) il reparto ospedaliero di destinazione, oppure
 - b) l'ospedale di seconda destinazione.

E' importante ricordare che, dopo il triage fatto all'arrivo occorre:

- un secondo controllo da parte del coordinatore dei soccorsi o da un secondo specialista secondo la patologia preminente;
- effettuare controlli il più possibile ravvicinati nel tempo al fine di evitare lesioni latenti od in fase di ingravescenza.

UNITA'DI CRISI

Risulta composta da:

- **Direttore Sanitario (che la presiede)**
- **Responsabile del Pronto Soccorso**
- **Direttore dell'U.O. di Anestesia e Rianimazione**
- **Direttore del D.E.A.**
- **Responsabile della Centrale Operativa 118**
- **Direttore Ufficio Tecnico**
- **Dirigente Direzione di Presidio**

Dr. Vincenzo Castaldo
 Dr. Mario Raimo
 Dr. Giuseppe Galasso
 Dr. Giampaolo Palumbo
 D.ssa Annamaria Santamaria
 Ing. Sergio Casarella
 Dr. Roberto Bettelli

Ogni componente effettivo dell'unità di crisi deve avere almeno due sostituti. La lista completa dei componenti deve essere tenuta aggiornata. Prima di esporre nei dettagli i compiti di ciascun membro dell'Ospedale è opportuno chiarire alcuni problemi inerenti l'emergenza:

- 1) **IL TRIAGE**
- 2) **LOCALI PER IL TRATTAMENTO DEI FERITI**
- 3) **SCORTE DI MATERIALI E PRESIDIO**

Per TRIAGE s'intende la classificazione dei feriti in base alle loro condizioni cliniche.

Una classificazione attuabile è quella che suddivide i feriti in classi:

- I CLASSE : feriti leggeri da ricoverare o che possono essere dimessi dopo le prime valutazioni e cure.
 II CLASSE: feriti gravi che necessitano di cure immediate e/o di intervento chirurgico a breve scadenza.
 III CLASSE: feriti con compromissione delle funzioni vitali.
 IV CLASSE: deceduti

PIANO DI EMERGENZA INTERNO DELL'OSPEDALE

OBIETTIVO

Predisporre un adeguato trattamento e ricovero dei feriti, in caso di catastrofe limitata od estesa che coinvolga il territorio limitrofo.

Il piano di emergenza scatta quando l'afflusso dei feriti che giungono al dipartimento di emergenza ed accettazione (D.E.A.) eccede la normale routine.

Per una struttura zonale come la nostra, il piano entra in vigore quando il numero dei feriti gravi supera le dieci unità.

Afflussi di feriti superiori alle trenta unità dovranno, se la situazione lo consente, essere dirottati in altri ospedali.

STATO DI ALLARME

Lo stato di allarme viene comunicato dalla Prefettura a mezzo fonogramma indirizzato alla Direzione Sanitaria oppure al Medico del Pronto Soccorso anziano di guardia (Coordinatore dei soccorsi), qualora sussistano le condizioni su esposte. Allorché si verificano le condizioni per uno stato di

emergenza, il medico della Medicina d'Urgenza anziano di guardia avvisa immediatamente il Coordinatore del Pronto Soccorso, il Primario della Medicina d'Urgenza, il Primario della Chirurgia d'Urgenza ed il Responsabile del DEA, che assume il ruolo di Responsabile del Coordinamento dei soccorsi.

DIREZIONE SANITARIA

La Direzione Sanitaria dell'ospedale allertato è la sola referente con la prefettura; il suo compito è attivare l'unità di crisi dell'ospedale ed informare la Direzione Generale.

STRUMENTARIO DI EMERGENZA:

SET INCANNULAZIONE

(Agocannule, set succlavie, deflussori, lacci, guanti sterili, siringhe)

SET INTUBAZIONE

(Laringoscopi, tubi, raccordi, mandrini, pinza Magil, xilo spray)

SET MEDICAZIONE

(Telini, bende, garze, cerotti)

SET DISINFEZIONE

(Betadine, Citrosil, Rifocin)

SET DRENAGGI

(Trocar, Heimlich, cateteri vescicali, sondini nasogastrici, sacchetti)

VARI

(Sondini aspirazione, cannule Guedel, Ambu, maschere per ossigenoterapia)

PROTOCOLLO FARMACI DI EMERGENZA

- Atropina
- Adrenalina
- Farganesse o Polamin f
- Flectadol o Lixidol/Toradol fiale
- Largactil fiale
- Solumedrol 500 mg- Igr. - 2 gr. fiale
- Flebocortid Igr. fiale
- Valium fiale
- Lidocairia 2% flac.
- Mepivacaina, Norapina flac.
- Sol. Fisiologiche 250-500 ml
- Glucosate 5%-10%-20% 250-500 ml
- Emagel 500 ml
- Bicarbonato Na 5%

MATERIALE PIANO DI EMERGENZA

- Barelle pieghevoli n. 10
- Barelle pieghevoli per lungo n 10
- Barelle a cucchiaio n. 4
- Materassini a depressione n. 2
- Tavole spinali n. 10

SET PAZIENTE

Scheda sanitaria per triage

Coperta "metalline"

- Sacchetto nero effetti personali
- Provette esami sangue
- Moduli richieste esami urgenti
- Numeri progressivi adesivi per provette, moduli, cartelle, pazienti

N.B. 1 numeri progressivi vanno dal n. 1 al n. 50

KIT ATRIO

Materiale contenuto nella stanza dell'anestesista al D.E.A. da utilizzare all'arrivo dei feriti:

- Forbici taglia abiti n. 4
- Forbici normali n. 5
- Megafono n. 1
- Casacche di identificazione n. 2 Torce elettriche n. 2 Registro accettazione n. 1
- Penne sfera n. 30
- Mollette colorate n. 50

PIANO DI EMERGENZA INTERNO

Le chiavi dell'armadio si trovano:

1. Nella cassaforte del P.S. - Medicina d'Urgenza
2. Nella cassaforte della Rianimazione
3. Nell'Ufficio del Direttore Sanitario

PIANO DI EMERGENZA INTERNO MATERIALE

- Set pazienti n. 50
- Kit atrio n. 1
- Schede per triage
- Nastri colorati

PIANO EMERGENZA OSPEDALE DESTINAZIONE FERITI

- Classe I Verde Ambulatori
- Classe H Giallo Cappella
- Classe III Rosso Rianimazione
- Classe IV Nero Obitorio

TRIAGE CLASSE 1 (Feriti con lesioni lievi)

- Fratture arti
- Ferite articolari
- Traumi cranici senza corna
- Ferite senza perdita di sostanza
- Ustioni leggere
- Contusioni

TRIAGE CLASSE II (Feriti con lesioni di lieve o media gravità che richiedono trattamento nell'area divisionale)

- Lesioni addominali
- Emorragie gravi
- Politrami
- Lesioni craniocerebrali
- Ustioni gravi maggiori del 15% sup. corp.
- Perdita sostanza arti
- Fratture multiple

TRIAGE CLASSE III (Feriti le cui lesioni richiedono un trattamento chirurgico: A immediato, B dopo terapia intensiva, C differita)

- Insufficienze cardiorespiratorie
- Asfissia toracica Maxillo-facciale
- Shock emorragico

COMPITI CAPOSALA REPARTI DI DEGENZA

Se la caposala non è rintracciabile sarà sostituita dall'infermiere professionale più anziano in servizio.

- Si assicura che tutto il personale sia stato avvisato
- Predisporre farmaci e presidi
- Assegna il personale disponibile in base alle necessità riscontrate
- Registra i pazienti ricoverati e tiene aggiornata la situazione

COMPITI PORTINAI - CONTROLLO ASCENSORI

Occorre controllare gli ascensori indicati con le lettere A - B - C sulla piantina (per trasporto feriti). Il personale di rinforzo che giunge in ospedale dovrà necessariamente utilizzare gli altri ascensori.

N.B. In ogni caso almeno l'ascensore A dovrà essere strettamente controllato!!!

COMPITI CAPO PORTINERIA

Avverte:

1. Dirigente attività infermieristica D.A.I.
2. Capo economato
3. Reperibile Servizio Tecnico
4. Anatomia patologica

PIANO EMERGENZA OSPEDALE COMPITI CAPO PORTINERIA

1. Fa tenere liberi gli accessi dell'ospedale
2. Impedisce l'accesso a parenti e visitatori
3. Dispone il controllo sull'uso degli ascensori
4. Contatta i vigili e la polizia per il controllo traffico all'esterno (rampa D..E.A. ed ingressi)

PIANO EMERGENZA OSPEDALE ALLERTAMENTO CAPO PORTINERIA

Avverte:

1. Capo Servizi D.A.I.
2. Direttore Amministrativo
3. Capo Economato
4. Capo Servizio Tecnico
5. Primario Anatomia Patologica

PIANO EMERGENZA OSPEDALE COMPITI PORTINAIO TELEFONISTA

Avverte:

1. Capo portineria
2. Medico ortopedico
3. Medico radiologo
4. Medico laboratorio
5. Medico internista
6. Medico ginecologo
7. Medico neurologo
8. Medico otorino
9. Medico dialisi

10. Medico pediatra
11. Medico psichiatra
12. Farmacista
13. medico di medicina nucleare
14. medico cardiocirurgo
15. medico neurochirurgo
- 16 Altri portinai

COMPITI DEL TELEFONISTA

1. Avverte il personale in elenco
2. Rifiuta ogni richiesta di informazioni
3. Usa la frase **"QUESTO E' UNO STATO DI EMERGENZA"**

PIANO EMERGENZA OSPEDALE ALLERTAMENTO PORTINAIO TELEFONISTA

Avverte:

1. Capo portineria
2. Medico ortopedico
3. Medico radiologo
4. Dirigente di laboratorio
5. Medico internista
6. Medico ginecologo
7. Medico neurologo
8. Medico O.R.L.
9. Medico nefrologo
10. Medico pediatra
11. Farmacista
12. medico cardiocirurgo
13. medico neurochirurgo
14. medico nucleare

PIANO EMERGENZA OSPEDALE ANESTESISTA

Avverte:

1. Personale rianimazione
2. Altri anestesisti
3. Primario anestesia se non presente

PIANO EMERGENZA ALLERTAMENTO CHIRURGO ANZIANO

Avverte:

1. 1 chirurghi reperibili (reperibilità ordinaria)
2. Altri chirurghi rintracciabili
3. Strumentista Sala Operatoria
4. Infermieri S.O.

PIANO EMERGENZA OSPEDALE ALLERTAMENTO CENTRALE OPERATIVA 118

Compiti:

1. Predisporre Posto medico avanzato
2. Allertare altre C.O. province limitrofe e C.O. Regionale
3. Coordinare mezzi di soccorso
4. Coordinare trasferimenti verso altri Ospedali.

IL MEDICO DEL PRONTO SOCCORSO ANZIANO ATTIVA L'EMERGENZA ED ALLERTA:

1. Telefonista
2. 1 Chirurghi di guardia
3. Gli Anestesisti-Rianimatori di guardia
4. Direttore sanitario
5. Coordinatore D.E.A.
6. Capo sala D.E.A.

PIANO EMERGENZA UNITA'DI CRISI

E'composta da:

1. Direttore Sanitario
2. Responsabile servizio Anestesia e Rianimazione
3. Responsabile P.S. Chirurgico
4. Coordinatore del D.E.A.
5. Capo servizi sanitari ausiliari
6. Responsabile - Coordinatore P.S. Medico
7. Responsabile Centrale Operativa (attualmente STIE, poi 118).

DIREZIONE SANITARIA

La Direzione Sanitaria dell'ospedale allertato è la sola referente con la Prefettura. Il suo compito è attivare l'UNITA'DI CRISI.

STATO DI ALLARME

Viene notificato dalla Prefettura alla Direzione Sanitaria oppure dal Medico del Pronto Soccorso Anziano di guardia (Coordinatore dei soccorsi) qualora giungano in ospedale più di 10 feriti gravi.

OBIETTIVO

PREDISPORRE UN ADEGUATO TRATTAMENTO E RICOVERO DI UN GRAN NUMERO DI FERITI CHE GIUNGONO IN OSPEDALE IN CASO DI CATASTROFE LIMITATA OD ESTESA.

COMPITI DEL PERSONALE REPARTI DI DEGENZA

E' allertato da:

- **Coordinatore D.E.A. o da**
- **Medico di reparto**

PREDISPONE: Il trasferimento dei degenti che possono camminare nei saloni o camere libere.
Resta in attesa di ulteriori ordini.

Nelle prime fasi di emergenza una parte del personale può essere inviata al D.E.A.
in supporto su decisione del coordinatore dei soccorsi o coordinatore D.E.A.