
 <p>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale <b>SANTOBONO PAUSILIPON</b></p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b></p> <p><b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b></p>	<p>Rev. 1 Gennaio 2024</p>
---	---	--------------------------------

AORN Santobono - Pausilipon



Prot. nr. 0001105  
del 16/01/2024  
alle 12:09

**PIANO DI EMERGENZA  
INTERNO  
PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI  
P.E.I.M.A.F.**

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

## 1. PREMESSA

La normativa vigente prevede che ogni Azienda Sanitaria disponga di un proprio piano per la gestione di un evento definibile “Maxiemergenza. Devono quindi essere previste attività preventivamente attuate dall’Azienda Sanitaria per dare una pronta risposta sia nell’ipotesi di soccorso territoriale ed accettazione di un elevato numero di utenti, sia nell’ipotesi di dover parzialmente o totalmente procedere alla evacuazione della struttura, minata nella sua capacità operativa a causa di eventi naturali (terremoto, incendio ecc.).

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 precostituito ed in relazione alla numerosità e tipologia di vittime afferenti.


La redazione di un piano d’emergenza, che contempra 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 esterne alle strutture ospedaliere, quando il numero di persone cui garantire assistenza, cura ed eventuale ricovero ecceda le normali capacità ricettive.

Il Piano (PEIMAF) ha lo scopo di garantire, in situazioni di maxiemergenza:

- l’accettazione contemporanea di un elevato, improvviso e imprevisto 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;
- il trasferimento del paziente nel reparto più idoneo, all’interno del presidio ospedaliero stesso o in un’altra struttura pre-identificata.

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 impreviste, e la semplicità di applicazione in modo da divenire rapidamente operativo.

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------


Il PEIMAF va considerato in modo adattabile e 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.

In particolare si segnala fin da ora che il presente piano sarà sottoposto a revisione all'atto del collaudo della nuova struttura operatoria prefabbricata, in via di installazione nell'area esterna del P.O. Santobono, quale area *temporaneamente sostitutiva* - predisposta per supportare la prosecuzione delle attività operatorie durante il tempo di ristrutturazione del blocco operatorio principale - e successivamente *integrativa* di tale ultimo complesso operatorio, atteso il titolo edilizio autorizzativo comunale, acquisito in via definitiva.

Per tale struttura si è altresì provveduto ad integrare il progetto, prevedendone l'uso in caso di maxiemergenza mediante la riconversione dei locali, resi idonei ad accogliere 21 pazienti pediatrici, cui erogare prestazioni sanitarie a diverso livello di intensità e complessità, ivi compresa l'assistenza di tipo intensivistico (di supporto delle funzioni vitali).

I predetti locali, all'atto del collaudo fissato per luglio 2024, rappresenteranno una risorsa prontamente utilizzabile, qualora dovesse generarsi un evento inatteso (pur a fronte di una riorganizzazione delle sedute operatorie).

Con il completamento dei lavori del blocco operatorio Ravaschieri, fissato al giugno 2026, il nuovo complesso operatorio consentirà di fronteggiare, nei limiti della capacità ricettiva, le situazioni emergenziali sottese dal presente Piano, senza dover ricorrere a rimodulazioni delle attività operatorie programmate.

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

## 2. GLOSSARIO DELLA MAXIEMERGENZA

- **INCIDENTE MAGGIORE:**

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

- Compensato: quando l'utilizzo di risorse aggiuntive consente di gestire le vittime (carico < capacità).
- Scompensato: quando le risorse aggiuntive mobilitate sono ancora insufficienti a fare fronte al numero di feriti (carico > capacità).
- Semplice: incidente in cui le infrastrutture sociali sono integre.
- 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: tra 10 e 50 feriti gravi in uno spazio confinato, con infrastrutture integre.**

- **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:**

- Catastrofe di **medie** dimensioni: **tra 50 e 200 feriti gravi.**
- Catastrofe di dimensioni **maggiori**: **oltre 200 feriti gravi.**


- **CLASSIFICAZIONE:**

a) CATASTROFI NATURALI

- Fenomeni geologici (terremoti, eruzioni vulcaniche, etc.)
- Eventi meteorologici (piogge estese, trombe d'aria, neve, etc.)
- Fenomeni idrogeologici (alluvioni, esondazioni, frane, valanghe, etc.)

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 (blackout elettrico, blackout informatico, interruzione rifornimento idrico, etc.)
- Incendi (boschivi e urbani)
- Varie (es. crollo di immobili, intossicazioni alimentari ecc)
- Qualsiasi evento che comporti l'arrivo in P.S. di un numero di vittime non gestibili con le procedure abituali.

 <p>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale <b>SANTOBONO PAUSILIPON</b></p>	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b>  <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

c) CATASTROFI CONFLITTUALI E SOCIOLOGICHE

- Atti terroristici
- Sommosse
- Conflitti armati internazionali
- Uso di armi chimiche, biologiche e naturali
- Epidemie
- Carestie e/o migrazioni forzate di popolazioni (campi profughi)
- Incidenti durante spettacoli, feste e manifestazioni sportive.

● **RISPOSTA ALLA MAXIEMERGENZA** (bifasica):

Risposta Rapida, sulla base delle risorse locali disponibili nell'immediatezza (C.O.T. 118):


- chiamata d'allarme
- individuazione e verifica dell'emergenza
- attivazione degli equipaggi di prima partenza con il compito di effettuare la ricognizione del sito
- dimensionamento dell'evento
- individuazione della tipologia prevalente dell'evento e delle conseguenze sulle persone
- individuazione e segnalazione delle possibilità d'accesso
- individuazione dei luoghi più adatti all'allestimento della catena dei soccorsi (P.M.A., etc.)
- salvataggio dei feriti
- primo triage sul luogo e soccorso ai feriti

Risposta differita, si articola nelle ore successive, con l'apporto di aiuti da territori limitrofi:

- mobilitazione delle risorse locali previste per le maxi-emergenze
- allestimento dei vari elementi della catena dei soccorsi
- secondo triage e stabilizzazione primaria (Presidi ospedalieri)
- evacuazione organizzata dei feriti.

● **STRUMENTI OPERATIVI DELLA MAXIEMERGENZA:**

- Strategia: elaborazione dei piani di Emergenza;
- Logistica: insieme di uomini, materiali, mezzi e tecnologie, finalizzato alla realizzazione dei piani;
- Tattica: l'applicazione dei piani con svolgimento della catena dei soccorsi.

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

### 3. CONTESTO DI RIFERIMENTO E ANALISI DEI RISCHI

L'AORN Santobono-Pausilipon di Napoli, sede DEA di secondo livello, è collocata nel contesto urbano della città di Napoli con due Presidi, il P.O. Santobono ed il P.O. Pausilipon, unico Presidio Pediatrico in ambito Regionale.

Le attività sanitarie dell'Azienda sono svolte su due presidi ospedalieri:

**Ospedale Santobono**, articolato in quattro padiglioni: "Santobono", "Torre", "Volano" e "Ravaschieri", sito in Napoli via Fiore, 6; il Presidio, sede del Pronto Soccorso accettazione e DEA di II Livello, è dotato di oltre 300 posti letto, articolati in 22 differenti discipline esclusivamente dedicate alle cure del neonato e del bambino. Sono elementi specifici della missione aziendale assicurare la risposta adeguata alle urgenze/emergenze pediatriche, neonatali complesse per l'intero bacino di riferimento ed offrire cure specialistiche anche di alta complessità in ambito pediatrico.

**Ospedale Pausilipon**: sito in Napoli alla via Posillipo, 226 è individuato prevalentemente quale polo oncologico aziendale per patologie tumorali della linea ematica e tumori solidi ed è sede del Servizio di Medicina TrASFusionale. E' anche sede di una Struttura di Day Surgery (12 p.l.).

L'AORN istituzionalmente costituisce il principale punto di riferimento per le attività ad alta specializzazione nell'ambito dell'intero bacino campano, sia per le attività diagnostiche che terapeutiche e, a breve, anche di ricerca applicata. Riveste il ruolo di Hub regionale di quasi tutte le reti dell'emergenza, delle reti cliniche e di quelle legate alle malattie rare.


#### **Dotazione sale operatorie**

Le sale operatorie del P.O. Santobono sono attualmente in programma di una completa revisione strutturale ed impiantistica in quanto:

- Il complesso operatorio Ravaschieri (articolato in cinque sale operatorie ed una sala gessi post-intervento) è in via di imminente chiusura per ristrutturazione, con ripristino della funzione dopo circa 18 mesi;
- è in via di installazione un blocco operatorio "modulare" (articolato in tre sale operatorie), collocato nello spazio esterno di pertinenza del presidio. In questo verranno spostate le attività chirurgiche di Neurochirurgia, Ortopedia ed Urologia per tutta la durata dei lavori del complesso Ravaschieri, permanendo la installazione della intera Struttura anche in futuro, in quanto autorizzata in modo permanente;
- contestualmente al menzionato spostamento verranno trasferite anche le attività di Otorino ed Oculistica presso la Struttura sanitaria "ex Villa Bianca" di Via Bernardo Cavallino, in prossimità quindi del Presidio Santobono, ove la presenza di tre sale operatorie consentirà la prosecuzione delle sedute chirurgiche fino al ripristino del complesso operatorio;
- è attivo nel Padiglione Torre un ulteriore blocco operatorio, articolato in due sale operatorie, per le attività chirurgiche di urgenza/emergenza ed attività programmate.

Pertanto, nel biennio futuro, il P.O. Santobono vedrà attive le seguenti sale operatorie:

- periodo attuale: n. 8 sale operatorie;
- da giugno 2024 e per la durata di 18 mesi: n. 5 sale operatorie (+ n.3 sale presso Villa Bianca);
- inizio anno 2026: n.10 sale operatorie + 1 sala RM intraoperatoria.

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

**Dotazione posti letto.**

<b>DISCIPLINE</b>	<b>Posti letto D.C.A. 103/2018</b>	<b>Posti letto teorici P.O. Santobono 2023</b>	<b>Posti letto attivi P.O. Santobono Giugno 2023</b>	<b>Posti letto da trasferire a VILLA BIANCA</b>
Oculistica	8	8	7	7
Otorinolaringoiatria	10	10	9	9
Odontoiatria e Stomatologia	2	2	0	1
Ortopedia e Traumatologia	30	30	25	1
Recupero e Riabilitazione funzionale	33	8	4	8
Neuropsichiatria infantile	15	15	8	9
Malattie endocrine, Nutrizione ecc.	7	7	4	2
Pediatria	120	120	98	2
Neuro-riabilitazione	8	2	0	0
Neurologia	12	12	12	0
Neurochirurgia Pediatrica	12	12	10	0
Malattie Endocrine, Nutrizione e Ricambio	7	7	6	0
Chirurgia Pediatrica	44	44	31	0
Urologia Pediatrica	12	12	4	0
Cardiologia	4	4	4	0
Terapia Intensiva Neonatale	14	14	14	0
Neonatologia	24	24	21	0
Terapia Intensiva Pediatrica	16	16	14	0
Pneumologia	12	12	10	0
Nefrologia Pediatrica	16	16	16	0
Oncologia	19	19	19	0
Oncoematologia Pediatrica	19	19	19	0



## PROCEDURA AZIENDALE

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

Rev. 1  
Gennaio 2024

#### Scenario

Un afflusso eccedente le possibilità di risposta potrà determinarsi nei seguenti casi:

- **Maxiemergenza esterna per eventi che si determinano all'esterno del presidio ospedaliero** per i quali sia richiesto supporto da parte delle Strutture pediatriche aziendali.

Nel bacino di utenza dell'Azienda Ospedaliera Santobono-Pausilipon di Napoli sono presenti numerose strutture che, per le proprie caratteristiche, possono essere sede di eventi dannosi in grado di coinvolgere un gran numero di minori.

Ne sono chiaro esempio:

- un importante aeroporto civile con collegamenti internazionali
- strade di grande comunicazione come l'autostrada A1, la Tangenziale, l'Asse Mediano, la strada statale sorrentina
- un importante nodo ferroviario con linee a lunga percorrenza ed un sistema di mobilità metropolitano notevolmente diffuso sia su ruota che su ferro
- la vicinanza di una articolata struttura portuale con intensi flussi turistici
- un centro storico attraversato da consistenti flussi turistici
- istituti scolastici e centri commerciali
- importanti centri industriali a rischio di incidente con immissione in atmosfera di sostanze nocive aero-trasportate.

Ognuna di queste Strutture può essere considerata anche possibile obiettivo per azioni terroristiche.


A quanto sopra brevemente elencato, si deve poi aggiungere la possibilità, peraltro accertabile anche da una analisi diacronica di breve e lungo periodo, di eventi naturali catastrofici quali la particolare attività tellurica che caratterizza il territorio regionale, come peraltro risultante dalla adozione della classificazione sismica del territorio nazionale che attribuisce la zona ad alto rischio (*Zona 2-forti terremoti sono possibili*) alla Regione Campania (DRGC 5447 del 7/11/2002 e successiva normativa regionale aggiornata ad aprile 2023).

- **Maxiemergenza interna per eventi che si determinano all'interno del presidio ospedaliero**

Da considerare anche il rischio di incidente all'interno della stessa struttura sanitaria (P.O. Santobono, P.O. Pausilipon) che deve far prevedere l'accoglienza di un numero elevato di pazienti già ricoverati nella struttura oggetto dell'incidente, insieme al trasferimento di un numero potenzialmente elevato di familiari e visitatori. In questo caso il PEIMAF dovrà integrarsi con il piano di evacuazione (PEVAC) della struttura interessata.

**Il presente piano prende in esame l'ipotesi di un "massiccio afflusso di feriti" - derivante da una maxiemergenza territoriale - che comporti l'accettazione contemporanea di un elevato, improvviso e impreveduto numero di pazienti presso il P.O. Santobono, quale unico Presidio ospedaliero della AORN sede di P.S., dotato di un numero consistente di posti letto, chiamato pertanto a fronteggiare l'impatto di tale evento, pur a fronte di uno squilibrio tra il numero e la complessità di pazienti da soccorrere e le risorse disponibili.**



	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

Tre sono i momenti fondamentali nella Catena dei Soccorsi:

1. allarme e la sua valutazione
2. soccorso sul campo e l'evacuazione dei feriti
3. accoglienza dei feriti in Ospedale

I primi due momenti (**1. Allarme e sua valutazione – 2. Soccorso sul campo e l'evacuazione dei feriti**) sono attualmente gestiti dalla Centrale Operativa Territoriale 118, che ha la responsabilità di definire la tipologia dell'evento, valutare la richiesta di intervento e inviare i soccorsi, tenendo conto delle risorse a disposizione. E' inoltre compito della Centrale Operativa garantire un *triage* sul campo e la *stabilizzazione dei feriti* anche con l'eventuale allestimento di un *Posto Medico Avanzato (P.M.A.)*.

Il terzo momento (**3. Accoglienza dei feriti in Ospedale**) è invece a carico esclusivo delle strutture ospedaliere, che divengono, a questo punto della catena dei soccorsi, il luogo dove inviare i feriti, già sottoposti a triage e stabilizzazione sul campo, per un trattamento definitivo. Per tale motivo, l'AORN, valutando le proprie risorse materiali, umane e strutturali e le possibilità organizzative interne, ha redatto un piano specifico di intervento in caso di massiccio afflusso di feriti, denominato con la sigla PEIMAF.

L'ospedale Santobono, nell'attuale contesto ambientale ed organizzativo, vive una condizione di particolare limitazione degli spazi, che contrasta l'esigenza di porre in atto una rapida modifica del proprio modello organizzativo e dei percorsi interni, al momento in cui dovesse generarsi un evento emergenziale quale quello in esame; ragione per la quale ogni evento impreveduto di tale tipo dovrà essere gestito nell'ambito degli spazi già demandati ad assicurare le attività istituzionali, mediante rimodulazioni delle attività, al fine di assicurare disponibilità di posto letto e di sale operatorie adeguatamente supportate dal personale ivi operante.


Per i posti letto, oltre che mettere in atto soluzioni congruenti con le nuove priorità generate dall'evento, la riallocazione dei pazienti verrà operata ricorrendo anche a provvedimenti di aggiunta dei posti letto nelle degenze, tenendo conto della presenza di culle e "mezze culle" in ospedale che attenuano gli ingombri nelle stesse sale.

La Direzione strategica ha ritenuto di mitigare le predette difficoltà autorizzando una variante progettuale, inerente il nuovo blocco operatorio modulare, in corso di installazione, integrato dalla impiantistica idonea a consentirne una riconversione dei locali per il ricovero e l'assistenza anche intensivistica, in occasione di eventi imprevedibili.

In tal modo - con la piena disponibilità delle sale operatorie del pad. Ravaschieri, all'atto del loro adeguamento, previsto per i primi mesi dell'anno 2026 - l'ospedale si doterà di complessive 9 camere operatorie.

Tale consistente dotazione consentirà di:

- 1) poter usufruire di un articolato numero di sale operatorie, adeguato a conferire buona flessibilità ed efficacia organizzativa al presente Piano, rimuovendo in tal modo uno dei fattori critici rappresentato dal possibile rischio di *imbuti* e conseguenziali attese nella celere disponibilità di tali ambienti, all'atto del bisogno;

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

2) poter riconvertire il nuovo complesso operatorio modulare in sale di degenza per l'accoglienza fino a 21 posti letto, per pazienti necessitanti di assistenza anche di tipo intensivistico, avendone già prevista tale opzione nella fase di progettazione. Tale soluzione allocativa, all'interno di un blocco operatorio riconvertito a degenza (restando disponibili ulteriori 6 camere ove condurre l'attività chirurgica anche per le ipotesi del Piano MAF), consentirà di gestire la risposta organizzativa ed assistenziale con appropriatezza di azione e minori limiti, potendo contare su di un *reservoir* idoneo ed attrezzato, tale da mitigare la riallocazione ed il trattamento dei pazienti già presenti a favore di quelli subentranti, clinicamente instabili.

Questo presupposto rappresenta un obiettivo perseguito dalla Direzione aziendale, consapevole delle difficoltà organizzative cui l'organizzazione tutta dell'ospedale è esposta qualora accadessero gli eventi calamitosi di cui trattasi, stante l'oramai consolidato alto tasso di occupazione dei posti letto in ospedale e la conseguente problematicità ad assorbire l'impatto di un improvviso consistente ingresso di pazienti.

#### **4. SCOPO ED OBIETTIVI**

Lo scopo di tale procedura è quello di definire le responsabilità e le modalità di gestione nelle situazioni di massiccio afflusso di pazienti garantendo:


- una risposta adeguata all'evento,
- l'accettazione contemporanea di un elevato numero di pazienti,
- l'erogazione di cure quanto più possibilmente adeguate alla gravità delle lesioni delle vittime ed 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 quali ad esempio il Piano Antincendio ed il Piano di Evacuazione.

Dall'analisi del rischio legato a questi possibili eventi nasce la necessità di una pianificazione dell'emergenza, finalizzata ad una ottimale gestione di tutte le risorse strutturali, tecnologiche e professionali disponibili.

Definire una stima precisa del rischio di catastrofe è sostanzialmente impossibile; sulla base della tipologia dei siti a rischio di incidente, si può ragionevolmente prevedere che il numero massimo di vittime/feriti gravi sia contenuto entro le 50 unità e che la tipologia clinica prevalente sia il politrauma, l'ustione (molto spesso, la combinazione di questi), o l'intossicazione alimentare.

#### **5. CAMPO DI APPLICAZIONE**


Questa procedura viene applicata da tutti gli operatori della A.O. ogni qualvolta si realizzino situazioni di emergenza quali quelle elencate al già menzionato punto 2.

 <p>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale <b>SANTOBONO PAUSILIPON</b></p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b></p> <p><b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b></p>	<p>Rev. 1 Gennaio 2024</p>
---	---	--------------------------------

## **6. FASI DEL PIANO PER LE MAXIEMERGENZE**

Dal punto di vista generale il presente Piano per le maxiemergenze si suddivide in due parti o fasi principali:

- **fase organizzativa**
- **fase operativa.**

 <p>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale <b>SANTOBONO PAUSILIPON</b></p>	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

7.

## FASE ORGANIZZATIVA

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

**1. VALUTAZIONE DEI RISCHI;**

**2. DETERMINAZIONE DELLA MASSIMA CAPACITÀ RICETTIVA**

**3. SURGE CAPACITY:**

- Staff;
- Stuff (Apparecchi, Materiali, Strumenti, Farmaci, Dispositivi, Materiale di Consumo)

**4. AREE CRITICHE DI TRATTAMENTO**


**5. TRIAGE FAST**

**6. AREE DI RICOVERO DEI PAZIENTI AL SUPERAMENTO DEI POSTI PRESSO IL PRONTO SOCCORSO**

**7. UNITA' DI CRISI**

**8. PIANIFICAZIONE AZIONI:**

- Rinvio dell'attività chirurgica programmata in tutte le Sale Operatorie
- Dimissione protetta dei pazienti
- Dimissione a domicilio e trasferimento dei pazienti
- Riduzione dei ricoveri ordinari e dell'attività ambulatoriale
- Personale Medico, Infermieristico e Tecnico delle UU.OO.
- Informazione e Formazione

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

## 7.1 VALUTAZIONE DEI RISCHI

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

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.

## 7.2 DETERMINAZIONE DELLA 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 Pediatrica, Neonatale e d’Urgenza, Ortopedia, Neurochirurgia, ORL, Oculistica 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 chirurgici e medici - o spazi individuati ad hoc - ad alta intensità di cure.

In assenza di dati certi, sulla base della letteratura internazionale si ipotizza che la **Hospital Treatment Capacity (H.T.C.)**, indichi una capacità di ricezione dell’Ospedale in numero di 2 - 3 feriti gravi (classificati come ROSSI o GIALLI secondo il Codice colore) per ogni 100 posti letto per ogni ora.

Un ospedale di 300 posti letto, come il P.O. Santobono, dovrebbe essere in grado di assistere dai 6 ai 9 feriti gravi/ora.

In un contesto emergenziale, in cui occorre focalizzare con immediatezza i dati salienti, l’informazione principale - da definire e comunicare alla C.O.T. 118 - è la capacità ricettiva del Pronto Soccorso e dell’Ospedale ad accogliere, in aggiunta alla capacità ordinaria, l’ulteriore quota di pazienti in termini di numero di codici rossi, codici gialli, codici verdi e sale operatorie ad 1, 2 e 3 ore dalla ricezione dello stato di allarme.

In linea generale, i livelli di allertamento per il PEIMAF sono:

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

Livello 1	può coinvolgere 2 vittime in codice rosso oppure 5-6 in codice giallo	Non si attiva il PEIMAF
Livello 2	può coinvolgere > 2 vittime in codice rosso oppure > 12 in codice giallo	Si attiva il PEIMAF
Livello 3	può coinvolgere > 6-8 vittime in codice rosso oppure > 16 in codice giallo.	Si attiva il PEIMAF

Tali livelli, peraltro, corrispondono ad una pari graduazione dello stato di allarme per la rete trasfusionale, sulla base di risorse aggiuntive rispetto a quelle disponibili e sufficienti per soddisfare le normali attività di un Servizio Trasfusionale (DCA Regione Campania n. 56 del 07/11/2017 che RECEPISCE l'intesa approvata dalla Conferenza permanente Stato-Regioni sul "Piano strategico nazionale per il supporto trasfusionale nelle maxi-emergenze" ed APPROVA il Piano strategico della Rete trasfusionale regionale per le maxi-emergenze").

Per l'ospedale Santobono tale requisito si ritiene essere il seguente:

**Capacità ricettiva entro 1 ora:** in uno scenario notturno/festivo, stante la ridotta attività dei servizi, si ipotizza di poter prendere in carico 3 codici rossi e 5-7 codici gialli, 15 codici verdi, ed avere immediatamente a disposizione 2 sale operatorie; di giorno occorre prevedere il termine di almeno 1 intervento programmato, già in corso, nel giro di 15-30 minuti dall'allarme.

**Capacità ricettiva entro 2 ore:** a due ore dall'allarme, si prevede di aver stabilizzato i codici gialli e stabilizzato o trasferito i codici rossi già presenti, dimesso i codici verdi già presenti e dislocato l'accesso dei nuovi verdi verso l'area di attesa adiacente il Ponte di Collegamento o Padiglione Volano, aver concluso almeno un altro dei 4-5 iniziali interventi programmati o quello iniziato nella prima ora; si prevede altresì che si sia portata a termine la mobilitazione di personale dai reparti e in reperibilità o con chiamata "a cascata".


**Capacità ricettiva entro 3 ore:** a tre ore dall'evento si sarà stabilizzato il nuovo assetto logistico delle aree di emergenza, si saranno rese disponibili altre due sale operatorie e probabilmente avranno avuto termine anche i primi interventi urgenti, sarà giunto in ospedale anche il personale non presente in turno ma che è stato contattato dalla Portineria o che si sia spontaneamente presentato, nel frattempo si procederà con il turn over dei codici verdi.

**Capacità recettiva effettiva di codici R, G, V  
nel periodo attuale  
nelle prime tre ore (Pazienti MAF ed *ordinari*)**

	PRIMA ORA					SECONDA ORA					TERZA ORA				
	R	G	V	S.O.	Tot.	R	G	V	S.O.	Tot.	R	G	V	S.O.	Tot.
Presidio ospedaliero Santobono DEA II Livello	3	7	15	2	22	3	7	15	3	23	3	7	15	4	24

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

- mediamente il pronto soccorso medico può distaccare per il MAF un contingente di due pediatri e tre infermieri mantenendo l'attività di routine su due sale; la Terapia Intensiva può distaccare dal Servizio un rianimatore che rimane in Pronto Soccorso accettazione per tutta la fase di attivazione del PEIMAF;

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

- Le equipe attivabili (previa sospensione dell'attività programmata) sono quelle di Ortopedia, Chirurgia Pediatrica, Neurochirurgia, ORL ed Oculistica (quest'ultima in reperibilità notturna);
- il numero delle postazioni immediatamente attivabili per pazienti critici in PS è di una sala per codici rossi, una ulteriore sala (Box Arancio) e di due sale per codici gialli;
- il numero delle sale operatorie disponibili e dedicabili esclusivamente alla maxiemergenza è pari ad almeno 2 sale nella prima ora; nelle ore pomeridiane e notturne tale limite è elevato a 3-4 sale.

**Capacità recettiva effettiva di codici R, G, V**  
**(con blocco operatorio modulare attivo)**  
**nelle prime tre ore (Pazienti MAF ed *ordinari*)**

	PRIMA ORA					SECONDA ORA					TERZA ORA				
	R	G	V	S.O.	Tot.	R	G	V	S.O.	Tot.	R	G	V	S.O.	Tot.
Presidio ospedaliero Santobono DEA II Livello	3	7	15	2	22	3	7	15	3	23	3	7	15	4	24

La recettività attuale dipende:


- 1) da una carenza temporanea di personale intensivista, in particolare Anestesisti-Rianimatori e dalla necessità di dover coprire con tale organico, a breve, anche le guardie presso la struttura di Villa Bianca;
- 2) dall'intercorrente intervento di ristrutturazione del complesso operatorio Ravaschieri e conseguente riassetto organizzativo delle attività, dislocate su due presidi sanitari (P.O. Santobono e Villa Bianca), registrandosi una diminuzione complessiva delle disponibilità di sale nel P.O. Santobono, ove si sviluppano le attività assistenziali critiche del presente Piano.

**Capacità recettiva effettiva dal 2026 di codici R, G, V**  
**(con tutte le camere operatorie a regime)**  
**nelle prime tre ore (Pazienti MAF ed *ordinari*)**

	PRIMA ORA					SECONDA ORA					TERZA ORA				
	R	G	V	S.O.	Tot.	R	G	V	S.O.	Tot.	R	G	V	S.O.	Tot.
Presidio ospedaliero Santobono DEA II Livello	4	7	15	2	22	4	7	15	3	23	4	7	15	4	24

L'aumentata recettività, nel periodo di pieno dispiegamento delle risorse strutturali, discende:

- 1) da una programmata integrazione degli organici di personale intensivista, in particolare Anestesisti-Rianimatori, mediante reclutamento con procedure selettive concorsuali;
- 2) dalla aumentata disponibilità del numero delle sale operatorie al termine dei lavori di adeguamento del blocco operatorio Ravaschieri, stante la contestuale operatività del complesso operatorio modulare, in corso di installazione ed autorizzato alla definitiva permanenza.

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

I posti letto immediatamente disponibili nei reparti - o spazi individuati ad hoc - ad alta intensità di cure e nei reparti chirurgici e medici ha forte variabilità stagionale. Nell'attuale contesto organizzativo si ritengono compatibili i numeri indicati quale "capacità recettiva attuale" del Presidio ospedaliero.

L'Unità di Crisi stabilirà sul momento, durante la maxiemergenza, come ridistribuire fra i reparti i pazienti già ricoverati, onde poter rendere disponibili il maggior numero di posti letto nei reparti più direttamente coinvolti (Terapie Intensive, Pediatria d'Urgenza, Chirurgia Pediatrica e d'Urgenza, Neurochirurgia, Traumatologia, Unità ustioni).

Se l'emergenza si dovesse protrarre per più di 3-6 ore, la disponibilità di accoglienza diminuirà in relazione all'occupazione di spazi e personale.

L'unità di Crisi valuterà sul momento, previ accordi con la Centrale Operativa Territoriale 118, l'eventuale trasferimento dei pazienti non più gestibili adeguatamente presso l'Azienda Ospedaliera, verso altri nosocomi, anche extra regione.

### 7.3 - 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** della Unità di Crisi, 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 ed al SIA**. Alla stessa procedura si uniformerà il Dirigente del Servizio Tecnico aziendale per il personale afferente alla UOC.

Dette Strutture procederanno 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**; la Direzione Medica di Presidio ne verificherà la utilizzabilità ogni 6 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 (anche in locale/armadio separato ed individuato).

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

Le scorte dei materiali di emergenza sono intangibili.

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.



	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

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. Il gestore del Servizio di Lavaggio renderà disponibile un carrello ad hoc contenente esclusivamente **biancheria (lenzuola/federe)**.

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 20 sedie a rotelle, 20 aste portaflebo telescopiche, 20 lettini a rotelle e 40 barelle da montare**.

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

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

**Kit-atrio:**

- n.1 megafono
- n.3 forbici taglia-abiti
- n.5 forbici normali
- chiave magazzino
- n.180 braccialetti suddivisi per colore con striscia di nastro adesivo (rosso, giallo, verde, nero, bianco), in contenitore multiposto.
- n.2 Macchine fotografiche (per identificazione dei pz. comatosi e dei bambini - una foto in cartella).


**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 dedicato del Pronto Soccorso accettazione.

**Materiali cassetta maxi-emergenza TRIAGE** (da detenere in P.S. in apposito contenitore sigillato):

- schede cliniche paziente + bracciale con codice corrispondente: almeno 100
- adesivi colorati: almeno 30 per colore
- 50 sacchi per effetti personali
- 50 lenzuola di carta
- 50 metalline
- 10 forbici taglia abiti
- 2 registri di accettazione per emergenze (sostituiscono sistema informatizzato)
- 100 moduli richiesta esami numerati
- 50 moduli richiesta sangue
- 50 moduli richiesta gruppo sanguigno

 <p>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale <b>SANTOBONO PAUSILIPON</b></p>	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

**Materiali di consumo di riserva P.S. per Aree Gialle e Verdi (da conservare in PS)**


- n.300 aghi cannula di varie dimensioni
- n.100 provette di ciascun tipo per esami ematochimici e gruppo
- n.10 barelle a cucchiaio pieghevoli
- n.10 tavole spinali
- n.30 barelle per trasporto infermi
- n.50 sacche salma
- n.20 collari cervicali
- n.400 guanti monouso in Nitrile – Colore blu
- n.20 occhiali di protezione per rischio biologico

**Apparecchi e materiali per allestimento, in corso di acquisto:**

- n.10 ventilatori polmonari per terapia intensiva (si prevede di mantenere in uso le apparecchiature attuali della Terapia Intensiva Pediatrica, in via di sostituzione)
- n.10 monitor multiparametrici da trasporto
- n.3 videolaringoscopi per intubazioni difficili
- n.3 defibrillatori
- n.1 ecografo multidisciplinare da trasporto
- n.1 ecocardiografo da trasporto
- n.100 caschi CPAP comprensivi di generatori di flusso
- n.3 elettrocardiografi
- n.5 di lacci emostatici tipo Tourniquet, di cui uno pneumatico
- n.10 sistemi di termoregolazione del paziente
- n.10 pompe siringa, enterale e volumetrica
- n.10 apparecchi per ossigenoterapia ad alti flussi/rotametri completi di umidificatore
- n.10 generatori di flusso per terapia CPAP (e relativo circuito)
- n.10 sistemi di aspirazione bronchiale
- n.10 umidificatori per umidificazione e condizionamento dei gas inspirati
- n.1 frigorifero per farmaci
- n.2 emogasanalizzatori
- n.10 carrelli per emergenza
- n.30 set per intubazione
- n.8 letti grandi e n.2 culle medie
- n.4 aspiratore alto flusso/alto vuoto di tipo chirurgico
- n.10 flussimetri aria doppi
- n.10 flussimetri ossigeno doppi
- n.10 regolatori di vuoto

**Materiali per allestimento sale di emergenza aggiuntive da tenere in apposito magazzino FARMACIA**

- n.20 bombole di ossigeno da 30 litri con erogatori a doppia uscita
- n.20 bombole di ossigeno da 3 litri - 200 deflussori

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

- n.50 maschere O2 con reservoir e raccordo di varie misure (20 piccole, 20 medie, 10 grandi)
- n.30 palloni Ambu con maschera e reservoir

**Tutti i materiali sopra descritti saranno stoccati, al piano del nuovo ponte di collegamento, appositamente allestito per la custodia dei materiali di scorta (o altro luogo individuato dalla DMPO).**

#### **7.4 AREE CRITICHE DI TRATTAMENTO (guardie e reperibilità del giorno festivo)**

- Pronto Soccorso:

*Turno antimeridiano:* 4 pediatri, 1 chirurgo ped., 1 ortopedico e 7 infermieri in servizio di giorno

*Turno pomeridiano:* 4 pediatri, 1 chirurgo ped., 1 ortopedico e 7 infermieri in servizio il pomeriggio

*Turno notturno:* 4 pediatri, 1 chirurgo pediatrico, 1 ortopedico e 7 infermieri in servizio di notte

Per i tre turni presenti in servizio almeno un altro specialista dell'area critica in degenza Pediatria d'Urgenza/OBI. Reperibilità notturna per un infermiere.

- Terapia Intensiva (Struttura di degenza):

*Turno antimeridiano:* 2 rianimatori e 6 infermieri in servizio di giorno

*Turno pomeridiano:* 2 rianimatori e 6 infermieri in servizio di pomeriggio

*Turno notturno:* 2 rianimatori e 6 infermieri in servizio di notte

Per i tre turni presenti in servizio almeno due specialisti dell'area critica per attività di anesthesiologia P.S. - Reperibilità notturna per due anestesisti rianimatori ed un infermiere.

- Chirurgia Pediatrica d'Urgenza (Struttura di degenza):

*Turno antimeridiano:* 2 chirurghi pediatrici e 3 infermieri in servizio di giorno

*Turno pomeridiano:* 2 chirurghi pediatrici e 3 infermieri in servizio di pomeriggio

*Turno notturno:* 1 chirurgo pediatrico (+ 1 reperibile) e 3 infermieri in servizio di notte

Reperibilità notturna per un chirurgo ed un infermiere.

- Traumatologia-Ortopedia (Struttura di degenza):

*Turno antimeridiano:* 1 ortopedico e 3 infermieri in servizio di giorno

*Turno pomeridiano:* 1 ortopedico e 3 infermieri in servizio di pomeriggio

*Turno notturno:* 1 ortopedico e 2 infermieri in servizio di notte. Reperibilità notturna per un inferm.


#### **Postazioni e Posti Letto aree critiche**

- **PRONTO SOCCORSO ACCETTAZIONE**

(postazioni attrezzate per primo trattamento avanzato e successivo smistamento di pazienti):

- n.1 postazione per codici rossi ubicata nella sala emergenza
- n.1 postazione per codici rossi eventualmente attivabile nel Box "Arancione" del P.S. acc.
- n.2 postazioni per codici gialli individuate in due box del P.S. acc. pediatrica
- n.1 postazione di Ortopedia e Traumatologia pediatrica

• **POSTI LETTO DI DEGENZA:** tutti i letti liberi o resi disponibili al momento dell'evento nelle specialità competenti per patologia con eventuali barelle aggiuntive e/o ricoveri in appoggio negli altri reparti. In particolare:

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

**Pronto Soccorso (postazioni attrezzate per primo trattamento avanzato e successivo smistamento di pazienti)**

- **N.1** postazione per codice rosso + **n.1** postazione eventualmente attivabile
- **N.2** postazioni rispettivamente di chirurgia ed ortopedia, rispettivamente per codice Rosso/Giallo
- **N.4** postazioni di pediatria, di cui 2 per codice giallo.
- **Terapia Intensiva pediatrica:** nel padiglione Santobono: 12 PL monitorizzati, con idonea dotazione impiantistica, per trattamento avanzato dei codici rossi e gialli; oltre alle postazioni effettive presenti nel reparto, si possono immediatamente attivare altre 4 postazioni nell'area "ex codice 75".
- **Terapia Intensiva neonatale:** nel padiglione Santobono: 12 PL monitorizzati, con idonea dotazione impiantistica, per trattamento avanzato dei codici rossi e gialli;
- **Centro Ustioni:** 5 PL di semintensiva (in via di ultimazione dei lavori, collaudo ed attivazione previsto per giugno 2024).
- **Pediatria d'Urgenza/OBI:** 30 PL nel reparto dotati di O<sub>2</sub> ed aspirazione, di cui 8 monitorizzati.

Di prossima istituzione deve essere considerato il **nuovo complesso operatorio modulare**, progettato per tre camere operatorie, predisposto per accogliere n.21 posti letto, quale area prontamente utilizzabile in caso di evacuazione di una o di entrambe le terapie intensive del Presidio a seguito di eventuale intervenuta improvvisa inagibilità di quest'ultime, ovvero quale area *reservoir* aggiuntiva, convertibile in degenza, per l'accoglienza di pazienti provenienti in numero ingente dall'interno o esterno del presidio (MAF).

- **Equipe Chirurgiche** (chirurgo - anestesista - ferrista - IP)

Sulle potenzialità di allestire un numero adeguato di equipe chirurgiche si distinguono due situazioni:

- una in cui è in corso l'attività routinaria, per cui questa dovrà essere sospesa nel più breve tempo possibile e le sale operatorie rese libere ed agibili per le urgenze (Chirurgia pediatrica di elezione, Chirurgia Urologica, Neurochirurgia, Ortopedia, ORL, Oculistica);
- una in cui le sale operatorie sono libere e prontamente disponibili (prevalentemente di pomeriggio e notte).

Nelle ore antimeridiane la totalità delle sale operatorie è occupata da interventi chirurgici prevalentemente programmati, ragione per la quale le urgenze MAF saranno svolte previa sospensione/differimento del programma operatorio.

Nelle ore antimeridiane è possibile attivare prontamente e contemporaneamente almeno 2 sale operatorie, rimodulando la programmazione delle liste operatorie (potendosi giustificare l'utilizzo, per gli eventi di cui trattasi, anche della sala endoscopica, idonea per impiantistica, alla conduzione di interventi chirurgici).

Nelle ore pomeridiane mediamente nella settimana risultano libere da 2 a 3 sale delle sette disponibili (Chirurgia, Ortopedia, Neurochirurgia, Oculistica, ORL, Urologia) con presenza in servizio delle rispettive equipe chirurgiche.



## PROCEDURA AZIENDALE

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

Rev. 1  
Gennaio 2024

Nelle ore notturne la dotazione di sale libere risulta ulteriormente rafforzata, con presenza attiva delle equipe medico-infermieristiche di Chirurgia pediatrica/Chirurgia urologica, Neurochirurgia, Ortopedia, ORL e, in pronta disponibilità, di Oculistica.

E' peraltro ragionevole ipotizzare che con il sistema di chiamata in servizio "a cascata" degli operatori, si possano progressivamente attivare altre equipe chirurgiche che possano avvicinarsi/aggiungersi con quelle già impegnate, sempre cautelandosi nel mantenere una terza/quarta sala operatoria (Chirurgia d'Urgenza, Neurochirurgia per es.) disponibile per eventuali urgenze/emergenze non differibili al di fuori della maxiemergenza. Si può inoltre ipotizzare di dedicare una di queste sale operatorie ad accogliere una équipe operatoria, proveniente da altro Ospedale, di una specialità non presente nel Presidio Santobono (la chirurgia toracica, per es.) in caso di non trasportabilità del paziente.

- **Altri operatori** (presenza minima per turno festivo dei dirigenti medici):

Neurochirurgia: 1 medico in servizio di guardia + 1 reperibile

Neonatologia e TIN: 2 medici in servizio di guardia

Chirurgia Urologica: 1 medico in servizio

"Pediatria Generale" e "Pediatria delle Malattie Croniche": 2 medici in servizio

Nefrologia: 1 medico mattina e pomeriggio (reperibilità notturna)

#### 7.5 IL TRIAGE FAST

Ogni paziente che accede al Pronto Soccorso necessita di una rivalutazione anche se già in possesso di un codice colore derivante dalla valutazione extraospedaliera.

La valutazione, effettuata durante l'attivazione del piano PEIMAF, è differente rispetto al triage ospedaliero ordinario e prevede la compilazione di una scheda triage dedicata MAF.

All'entrata in P.S., ogni paziente MAF viene identificato con un numero progressivo e, dopo l'assegnazione di un codice colore di priorità viene destinato all'area di competenza con un braccialetto colorato corrispondente al codice colore attribuito (vedi istruzione operativa).

Il metodo di triage intraospedaliero utilizzato in caso di attivazione del Piano PEIMAF all'interno del P.O. Santobono è il FAST triage (First Assessment and Sequential Triage).


In questo protocollo operativo si esegue una reale "prima valutazione" dei parametri vitali del paziente, che vengono rilevati in una precisa successione temporale.

Il protocollo utilizza la valutazione sequenziale delle funzioni vitali della vittima, sulla base dell'acronimo "ABCDE" (metodo ATLS-Advanced Trauma Life Support).

La sequenza, ampiamente utilizzata per la valutazione ed il trattamento dei pazienti politraumatizzati, permette di classificare i pazienti per categorie di priorità di trattamento (codificate da colori), al fine di diversificare i percorsi di diagnosi e trattamento, in base alle lesioni potenzialmente più pericolose con rischio evolutivo.

VALUTAZIONE SEQUENZIALE ABCDE:

- |  |  |
|--|--|
| <b>A) Airways + Cervical Spine</b>       | <b>(Vie aeree e Colonna cervicale)</b>                   |
| <b>B) Breathing</b>                      | <b>(Respirazione)</b>                                    |
| <b>C) Circulation Control hemorrhage</b> | <b>(Controllo sistema circolatorio – Emorragie)</b>      |
| <b>D) Disability</b>                     | <b>(Quadro neurologico)</b>                              |
| <b>E) Exposure</b>                       | <b>(Escludere lesioni vitali ed evitare l'ipotermia)</b> |

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

CODICI COLORE DI PRIORITA'

<b>Localizzazione delle aree per il Pronto Soccorso per maxiemergenza</b>		
<b>Area</b>	<b>Gravità del quadro clinico</b>	<b>Ubicazione</b>
<b>Nera</b>	Pazienti deceduti	Camera mortuaria
<b>Rossa</b>	Pazienti che necessitano di un trattamento immediato con compromissione delle funzioni vitali o con emorragia esterna	Sala emergenza – Box Codice Rosso
<b>Gialla</b>	Pazienti che non presentano compromissione delle funzioni vitali, ma che richiedono un trattamento non differibile	N.2 Box Visite pediatriche del P.S. acc. Dopo i primi trattamenti i pazienti vengono spostati nei box di Osservazione del P.S. Acc ed, a seguire, in OBI (3° piano pad. Santobono)
<b>Verde</b>	Pazienti non urgenti	Locali Pad. Volano


#### ESAME OBIETTIVO

La successione temporale nell'esame obiettivo e delle funzioni vitali analizzate prevede la valutazione di sette scalini o steps:

STEPS	VALUTAZIONE FAST
1	Pervietà delle Vie Aeree
2	Ventilazione ridotta monolaterale
	Frequenza respiratoria
	Enfisema sottocutaneo
3	Ossimetria periferica (SO <sub>2</sub> )
4	Frequenza cardiaca
5	Pressione arteriosa sistolica
6	Emorragia incontrollata
7	Stato neurologico AVPU (Alert - Vocal - Pain - Unresponsive). A - vigile e parla, V - occhi chiusi ma risponde agli stimoli, P - risposta solo al dolore, U - incosciente), più segni di lato.

Successivamente all'esame obiettivo e la valutazione dei parametri vitali; si passa a valutare per ogni step la gravità delle alterazioni dei parametri vitali per attribuire il codice colore secondo una sequenzialità ben precisa e schematizzata.


Questi diversi livelli di gravità sono indicati come parametri di criticità e vengono suddivisi in tre sottoclassi: parametri non critici, subcritici e critici e analizzati per ognuno dei sette steps.

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

- I parametri non Critici (codice verde) indicano la presenza di parametri vitali alterati ma tali da non comportare morte o danni cerebrali irreversibili in un breve lasso di tempo: Tachipnea >25 atti/min, Tachicardia >130 bpm, AVPU: A;
- I parametri Sub critici (codice giallo) indicano quei segni che possono comportare per il paziente il rischio di morte o di danno cerebrale irreversibile: Moderata ipoossia SpO2 90-94%, Ipotensione <100mmHg, AVPU: V, senza segni di lato;
- I parametri Critici (codice rosso) includono infine quei segni che possono rapidamente portare il paziente a morte o a danno cerebrale irreversibile: Vie Aeree non pervie, Bradipnea <9 atti/min, Severa ipoossia SpO2 <90%, Emorragia incontrollata, AVPU: P; U; V con segni di lato. Infine, si attribuisce per ogni step il codice colore, valutando i parametri di criticità.

PARAMETRI NON CRITICI	CODICE VERDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PERVIETA' VIE AEREE;</li> <li>- TACHIPNEA (F.R. &gt; 25);</li> <li>- TACHICARDIA (F.C. &gt; 130);</li> <li>- ASSENZA DI EMORRAGIE INCONTROLLABILI;</li> <li>- AVPU - A (vigile e parla).</li> </ul> <p>Nessuna alterazione: VERDE. Le alterazioni non critiche non determinano mai il codice ROSSO.</p>
PARAMETRI SUB CRITICI	CODICE GIALLO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- VENTILAZIONE RIDOTTA MONOLATERALE, ENFISEMA SOTTOCUTANEO</li> <li>- IPOSSIA MODERATA</li> <li>- SpO2 90-94%</li> <li>- IPOTENSIONE (PAS &lt; 100)</li> <li>- AVPU – V (occhi chiusi ma risponde agli stimoli), senza segni di lato.</li> </ul> <p>1^ alterazione sub-critica: GIALLO, associata ad un'eventuale 2^ alterazione sub-critica: ROSSO.</p>
PARAMETRI CRITICI	CODICE ROSSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NO PERVIETA' VIE AEREE;</li> <li>- BRADIPNEA (FR &lt; 9);</li> <li>- IPOSSIA SEVERA (SpO2 &lt; 90%);</li> <li>- PAS &lt; 80;</li> <li>- PRESENZA EMORRAGIE INCONTROLLABILI;</li> <li>- AVPU –V con segni di lato ; P (risposta solo al dolore); U (incosciente);</li> </ul> <p>1^ alterazione critica: ROSSO</p>



	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

### **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%



	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

### **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 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 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.

### **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”** 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 nessun 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”).

Questa classificazione di Triage per codice colore (o classe), come qualunque altra classificazione di Triage, richiede che ognuna di queste 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:

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

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: - n.1 sala codici rossi del P.S. (2 <sup>a</sup> sala se necessario) - letti della UOC T.I.P. (anche ex cod.75) o T.I.N.; Il D.M. RIA 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	Sala attesa P.S. OBI - Sub-intensiva (Terzo piano Pad Santobono) Chirurgia d'Urgenza (Sesto piano Pad. Santobono)
Verde	Pazienti non urgenti	Ponte di collegamento (Livello zero) o in alternativa sala attesa P.S. (Decide il D.M. P.S.)
Bianca	Non necessitando di cure mediche	Pad. Volano (dedicare sala attesa) e/o dimissione
Nera	Pazienti deceduti	Morgue – Cappella

## 7.6 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 eccezionalità del fenomeno.

L'ambiente più idoneo per compiere la selezione e lo smistamento dei pazienti (area di pre-Triage) resta fissata nel punto attuale di accesso (locale con ingresso dalla camera calda).


Sulla base dell'indice di affollamento e dell'incremento progressivo degli accessi (anche in relazione alle notizie provenienti per via telefonica dall'Ente che trasmette le prime informazioni) il D.M. P.S. decide di distribuire i pazienti che si prevede accedano al P.S. accettazione, nel seguente modo:

- 1) Pazienti ordinari, verranno distribuiti fino al termine della maxiemergenza nel corridoio esterno al P.S. (area compresa tra il P.S. accettazione ed il ponte di collegamento, al livello zero), sconfinando nel corridoio del ponte stesso se il numero dei pazienti presenti rende necessario ampliare lo spazio di sosta (previo sbarramento ai due lati opposti mediante paraventi). Tale soluzione, compatibile con l'organizzazione sia del P.S. che con i percorsi all'interno dell'ospedale, è scelta per le sufficienti dimensioni e la vicinanza con il PS, la Radiologia e il Laboratorio analisi.
- 2) Pazienti correlati alla Maxiemergenza (MAF) verranno accolti nella sala di attesa del P.S. accettazione.

E' di esclusiva competenza del Disaster Manager del P.S. decidere se la distribuzione delle due categorie di pazienti debba essere invertita, sulla base dell'iperafflusso atteso e della necessità di assegnare, ai pazienti MAF, il corridoio del ponte di collegamento (di notevole ampiezza), piuttosto che la predetta sala di attesa vera e propria (di limitate dimensioni).

I pazienti in codice rosso verranno immediatamente gestiti nel box Codice Rosso (n.1 postazione) e, se necessario, per contemporaneità di ingresso, anche nel box "Arancione" (n.1 postazione).

I restanti locali visita vengono mantenuti attivi per le attività pediatriche e specialistiche, distinti secondo il seguente schema:

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

- 1) Area per le attività cliniche ordinarie: n.2 box pediatriche (Totale n.2 Infermieri)
- 2) Area medico-chirurgica per le attività connesse alla Maxi-emergenza: attuale sala di Chirurgia ed attuale sala di Ortopedia, oltre il box "Codice Rosso" ed eventuale Box Arancio. (Totale n.10 infermieri).

**Il totale degli infermieri ed OSS da impegnare nei locali del P.S. acc. - per il turno coinvolto fino al termine della fase di emergenza - è rispettivamente minimo dodici (n.12) e quattro (4).**

I codici gialli (MAF) dopo il triage e prima della individuazione della sede appropriata di ricovero, verranno visitati e ricevono le prime cure in questi ultimi locali, ove stazioneranno 3 infermieri e personale di supporto che ha il compito di sorvegliare e supportare i pazienti, qualora il personale medico sia contemporaneamente assorbito nei box Rossi da procedure assistenziali di maggiore impegno.

All'Area triage sono dedicati n.4 infermieri abilitati con il compito di classificare i pazienti, effettuare la registrazione nel sistema informatico e smistarli nelle aree corrispondenti.

Tale personale infermieristico sarà posizionato: 1 nell'area abituale (in aggiunta ai due già presenti h.24) e l'altro nella seconda sala di attesa (pre-triage o lato ponte di collegamento).

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 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, poiché il medico e l'infermiere dedicati devono di norma rimanere nell'area dedicata Triage per ricevere i successivi arrivi.

Poiché il flusso dei pazienti deve essere unidirezionale, i pazienti usciti dal Triage vanno indirizzati in ambienti predefiniti rappresentati dai posti letto presenti nel P.S. accettazione (n.4) e, a seguire, al III piano del padiglione Santobono (OBI) o in Chirurgia/Ortopedia d'Urgenza; 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 di Maxiemergenza, così distribuite:

**AREA ROSSA:** è rappresentata dalla Sala Codice Rosso del P.S. e dal Box "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 dotazione 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;

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

**AREA GIALLA:** è rappresentata dai Box del suddetto punto 2, dalla eventuale sala isolamento "Box Arancio" con possibile stazionamento in P.S./O.B.I. (n.3 letti) e nei posti letto presenti in OBI al terzo piano padiglione Santobono (n. 32 letti di cui 4 di sub-intensiva); la presenza di pazienti chirurgici/ortopedici verrà gestita nella UOC di Chirurgia d'Urgenza (n.20 posti letto) anche in soprannumero (n.1 posto letto aggiuntivo per camera di degenza) o in Ortopedia (27 p.l.); la recettività totale del Presidio dell'area gialla è stimabile mediamente in complessivi 10-15 nuovi pazienti provenienti dal territorio. Il soprannumero dovrà essere gestito nelle sale di degenza pediatriche, poste al IV e V piano dello stesso padiglione (totale 50 posti letto) ed eventualmente nel corridoio dei piani stessi.

La dotazione in posti letto dell'Area Critica risulterà a breve incrementata (ulteriori n.5 posti letto), all'atto del trasferimento del Centro Ustioni nei nuovi locali.

**AREA VERDE:** per il P.S. accettazione è rappresentata dal corridoio del Ponte di collegamento (Livello zero) complanare al PS (Pediatria, Chirurgica ed Ortopedica). Queste aree possono accogliere complessivamente circa 30 - 50 pazienti collocati su sedie e sui posti barella disponibili.

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.

Dall'area di Triage i pazienti codice rosso o giallo arrivano all'area radiologica di P.S. (Telecomandato e TAC) tramite il corridoio interno del P.S. accettazione ed all'area Neuroradiologica (TAC e RMN) per il tramite dei montalettighe, con sbarco al livello superiore del nuovo Ponte di collegamento, senza quindi interferenze con i percorsi dei restanti "codici".

L'Unità di Crisi valuterà la possibilità di attivare il Padiglione Volano per l'accoglienza ed il trattamento (medicazioni, suture, ecc.) dei pazienti "verdi", previa sospensione delle attività ambulatoriali in corso.

**AREA BIANCA:** è localizzata nel padiglione Volano e qui saranno concentrati gli infortunati, coinvolti nella maxiemergenza, che, pur non necessitando di cure mediche, possono comunque arrivare in ospedale; essi vanno pertanto raccolti in un luogo protetto e sorvegliati (bambini con modesti stati di ansia o agitazione ma anche accompagnatori eventualmente coinvolti con età disparata, ecc.). L'Unità di Crisi provvederà a isolare tali pazienti in una delle sale di attesa del Padiglione, previa sospensione delle attività ambulatoriali in corso. Generi di conforto debbono essere richiesti prontamente dal personale del Volano alla Dispensa ospedaliera.

**I contingenti di personale sopraindicati debbono intendersi attivati all'atto dell'emergenza per reclutamento e spostamento dagli altri reparti, convogliati nelle Strutture coinvolte.**



## PROCEDURA AZIENDALE

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

Rev. 1  
Gennaio 2024

AREA NERA per deceduti in ospedale o giunti cadavere, rappresentata da

- 1) morgue, fino a capienza;
- 2) cappella votiva, previo spostamento delle panche ivi presenti;

I pazienti “neri” vengono sistemati per terra su sacchi-teli impermeabili, allineati lungo la parete perimetrale. Tale modalità implica un uso progressivo degli spazi, qualora il numero di deceduti fosse superiore alle capacità recettive, per cui a riempimento della morgue si ricorrerà alla cappella, nell’attesa di essere trasportati dal necroforo in Camera Mortuaria.

La recettività dell’area nera è stimabile in 10 posti nella Morgue, in 10 posti nella cappella. Solo a riempimento di tali spazi l’Unità di Crisi valuterà quali aree interdire temporaneamente per tale finalità.

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 (Padiglione Volano) o dimessi.

Le Strutture di ricovero Pediatriche, mediche e chirurgiche, assorbono giornalmente circa 35 nuovi ricoveri.

I pazienti che non necessitano di visita urgente, insieme ad eventuali accompagnatori, debbono 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 il corridoio interno al P.S. accettazione diretto all’ingresso principale del padiglione Santobono e quindi per il tramite del varco di Via Mario Fiore 6.


Analoghe considerazioni vanno fatte per tutti gli altri ambienti che dovranno accogliere il flusso massivo di feriti e/o deceduti; pertanto, l’Unità di Crisi valuterà come e quando sgomberare, in modo ordinato ma nel più breve tempo possibile, anche le seguenti aree:

- Poliambulatorio del Volano
- Cappella
- Parcheggio lato via Caiazzo (di fronte il P.S. e fino alla rampa Ravaschieri)

L’evacuazione del Volano deve riguardare pazienti ed accompagnatori, ordinando la sospensione delle attività ambulatoriali. Relativamente alla cappella le determinazioni debbono essere prese in base alla situazione contingente ed ai limiti di capienza della sala morgue, oltre la quale verrà liberato lo spazio nella cappella votiva. In tal caso le panche presenti dovranno essere spostate senza ingombrare il corridoio comune interno del Padiglione Ravaschieri e singolarmente spostate nell’area esterna (lato arco storico).

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.

Gli operatori richiamati in servizio dovranno utilizzare l’ingresso “personale” di Via Mario Fiore, (in deroga alle limitazioni di accesso), in modo da non incrociare il flusso dei mezzi di soccorso ed evitare il probabile ingorgo che si verificherà al varco di via Caiazzo.

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

Le ambulanze e gli altri mezzi di soccorso entreranno ed usciranno dall'ospedale dall'ingresso ed uscita usuali di via Caiazzo.

Le ambulanze che trasportano eventuali pazienti da trasferire in altri ospedali (trasporti secondari) utilizzeranno la stessa via di accesso e sosta (sgombrare dai mezzi privati impiegati).

Nelle fasi non immediatamente iniziali tali vie di transito 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).

Tale percorso, in caso di attivazione del P.E.I.M.A.F. verrà convenientemente presidiato da personale del servizio di GPG e portierato esterno, ed eventualmente, se possibile dalle Forze dell'Ordine. L'eventuale stazionamento, se necessario, dei mezzi impegnati nella maxiemergenza avverrà nello spazio di sosta antistante il P.S. in corrispondenza delle due corsie di uscita dall'ospedale su Via Caiazzo (sia dal P.S. dopo la camera calda che dal lato dipendenti), su indicazione delle guardie giurate presenti sul posto.

Non sarà consentito l'accesso di privati alle aree ospedaliere, fatta eccezione dei mezzi di soccorso e dei mezzi impegnati nella gestione dell'emergenza. Il servizio di GPG interno dovrà presidiare gli ingressi del Pronto Soccorso sino all'arrivo delle Forze dell'Ordine, per evitare affollamenti o accessi non autorizzati.

### **7.7 UNITÀ DI CRISI (UdC)**

Rappresenta il nucleo direzionale e decisionale sia nella fase di preparazione che nella fase operativa della maxiemergenza.


Nella fase di redazione del documento (fase di quiete), l'UdC è costituita dai membri previsti dalla normativa di settore.

Nella fase di emergenza, l'UdC sarà costituita dal Direttore Medico del Presidio (DMPO) e da un ristretto numero di componenti facenti parte dei membri della UdC in fase di quiete, estemporaneamente individuati dal DMPO, sulla base della specificità del singolo evento. Il DMPO può avvalersi di professionisti/esperti esterni l'UdC ma utili per la specifica gestione del maxi-evento in atto.

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 a tale scopo indicato in fase di convocazione.

I nominativi dei componenti dell'UdC in fase di quiete coincidono con quelli dei soggetti titolari dei rispettivi incarichi direzionali al momento in essere e, in caso di loro assenza o impedimento, con i 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.

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

### Unità di Crisi Aziendale (in fase di quiete)

Cognome e Nome	Ruolo	Sostituto Cognome e Nome	Sostituto Cognome e Nome
Dott.ssa Daniela Schiavone	Direttore Medico P.O. Santobono Responsabile dell'Unità di crisi	Dott.ssa Laura Sorrentino	Dott.ssa Maria Passaro
Dott. Vincenzo Tipo	Direttore U.O.C. Pediatria d'Urgenza, P.S. e Terapia Sub- intensiva	Dott. Andrea Apicella	Dott. Paolo Cavaliere
Dott. Geremia Zito Marinosci	Direttore U.O.C. Terapia Intensiva Pediatrica	Dott.ssa Milena Bencivenga	Dott. Domenico Faticato
Dott. Antonio Di Toro	Direttore U.O.C. Terapia Intensiva Neonatale	Dott.ssa Sara Gombos	Dott.ssa Raffaella Di Maso
Dott. Giuseppe Cinalli	Direttore UOC Neurochirurgia	Dott. Giuseppe Mirone	Dott. Pietro Spennato
Dott. Ugo De Luca	Direttore UOC	Giovanni Di Iorio	Marcello Zamparelli
Dott. Luigi Martemucci	Direttore UOC Pediatria Gen.	Pasquale D'Avino	Beniamino Quarto
Dott. Giovanni Gaglione	Direttore U.O.C. Chirurgia Pediatrica Neonatale e d'Urgenza/Blocco operatorio	Dott.ssa Silvana Russo	Dott.ssa Maria Giovanna Grella
Dott. Giovanni Di Iorio	Direttore U.O.C. Chirurgia Urologica	Dott. Francesco Turrà	Dott.ssa Tiziana Russo
Dott. Antonio Sorrentino	Responsabile U.O.C. Ortopedia e Traumatologia	Dott. Carbone Liberato	Dott.ssa Maria Luisa Sansò
Dott. Eugenio Maria Covelli	Direttore U.O.C. Neuroradiologia	Dott. Domenico Cicala	Dott. Anna Nastro
Dott. Massimo Zeccolini	Direttore U.O.C. Radiologia Generale	Dott.ssa Sonia Tamasi	Dott.ssa Rosanna Mamone
Dott. Francesco Esposito	Direttore U.O.S.D. Radiologia P.S.	Dott. Stefano Calabrese	Dott.ssa Dolores Ferrara
Dott.ssa Ornella Leone	Direttore U.O.C. Laboratorio di Patologia Clinica	Dott.ssa Rosa Iacolare	Dott.ssa Chiara Botti
Dott.ssa Maria Vittoria Mascio	Responsabile UOSD Medicina Trasmfusionale	Dott. Michele Schiavulli	Dott.ssa Aurora Lione
Dott.ssa Giovanna Margiotta	Direttore U.O.C. Farmacia	Dott.ssa Paola Caponegro	Dott.ssa Roberta Colasanti
Ing. Gennaro Sirico	Direttore UOC Uff. Tecnico	Ing. Luigi Iuppariello	Geom. A. Orlando
Dott.ssa Virginia Rossi	Direttore Servizio Infermieristico aziendale	Dott.ssa Angela Capuano	Dott.ssa Rita Lista
Dott. Pasquale De Rosa	Dirigente Professioni SITRO	Dott.ssa Stefania Guadagno	Dott.ssa Tania Esposito
Dott. Mario Coppeto	Direttore Servizio Tecnico- Sanitario aziendale	Dott. Giovanni Varchetta	Dott. Giuseppe Brandi
Dott.ssa Maria Grazia Liguori	Responsabile P.O. Area Chirurgica	Dott. Salvatore Pernice Dott.ssa Carmela De Luca	Dott. Massimo Mancini Dott. Francesco Griego



	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

### Unità di Crisi Aziendale (in fase di emergenza)

Cognome e Nome	Ruolo	Sostituto Cognome e Nome	Sostituto Cognome e Nome
Dott.ssa Daniela Schiavone	Direttore Medico P.O. Santobono Responsabile dell'Unità di crisi	Dott.ssa Laura Sorrentino	Dott.ssa Maria Passaro
Dott. Vincenzo Tipo	Direttore U.O.C. Pediatria d'Urgenza, P.S. e Terapia Sub-intensiva	Medico di guardia	Medico di guardia
Dott. Geremia Zito Marinosci	Direttore U.O.C. Terapia Intensiva Pediatria	Medico di guardia	Medico di guardia
Dott. Luigi Martemucci	Direttore Dipartimento Pediatria Gen. ed Urg.	Medico di guardia	Medico di guardia
Dott. Rosario Infascelli	Direttore Dipartimento Area Critica	Medico di guardia	Medico di guardia
Dott.ssa Giovanna Margiotta	Direttore U.O.C. Farmacia	Dott.ssa Paola Caponegro	Dott.ssa Roberta Colasanti
Dott.ssa Virginia Rossi	Direttore Servizio Infermieristico aziendale	Reperibile Servizio Infermieristico	Reperibile Servizio Infermieristico
Dott. Pasquale De Rosa	Dirigente Professioni SITRO	Infermiere di guardia in P.S.	Infermiere di guardia in P.S.
Dott. Mario Coppeto	Direttore Servizio Tecnico-Sanitario	Guardia o Reperibile Servizio Tecnico-Sanitario	Guardia o Reperibile Servizio Tecnico-Sanitario
Ing. Gennaro Sirico	Direttore Ufficio Tecnico ed ICT	Ing. L. Iuppriello Ing. Ornella De Cristofaro	Geom. A. Orlando Ing. Federica Cecere


### 7.8 - Mansioni dell'Unità di crisi

L'Unità di crisi ha il compito di coordinare i soccorsi. I compiti dell'UdC sono:

#### ***"in fase di quiete"***

- Redazione ed aggiornamento del piano:
  - Deve essere garantito un intervento sanitario coordinato all'interno della struttura ospedaliera, per la gestione dell'emergenza nella fase iniziale e nelle fasi successive
  - Deve essere garantita la presenza dei mezzi tecnico sanitari adeguati all'intervento sanitario in ospedale, fino alla definitiva collocazione dei feriti o dei pazienti
  - Deve essere garantita la collaborazione ed il raccordo con le altre organizzazioni deputate alla gestione dell'evento
- Prevedere una specifica formazione:
  - Devono essere individuati gli interventi formativi ed addestrativi affinché il personale sanitario possa efficacemente adempiere alle attività di competenza
  - Devono essere verificati, per mezzo di eventi addestrativi, l'efficacia e l'efficienza dei modelli operativi proposti
  - Deve essere prevista, anche in fase di addestramento, l'integrazione e il coinvolgimento di soggetti operanti nella protezione civile



 <p>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale <b>SANTOBONO PAUSILIPON</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b></p>	<p style="text-align: right;">Rev. 1 Gennaio 2024</p>
---	--	---

***"nella fase di emergenza"***

- Coordina tutti gli interventi sanitari e tecnici nel corso dell'emergenza
- Verifica e controlla l'applicazione del piano d'emergenza
- Mantiene contatti con la Centrale Operativa 118 , secondo il livello di interesse
- Tiene contatti con la sala operativa provinciale e regionale di Protezione Civile per mezzo della Centrale Operativa Territoriale 118
- Attiva e mantiene, se necessario, contatti con le altre strutture Sanitarie Regionali
- Predisporre l'eventuale spostamento di risorse, mezzi e personale in funzione delle necessità
- Tiene i contatti con i centri istituzionali e con la stampa

L'Unità di crisi, sentiti i rappresentanti delle istituzioni coinvolte (Prefettura, Sindaco, VVFF, ecc.) e la C.O. 118, decreta la cessazione della maxi-emergenza e le modalità di ripristino della normale attività assistenziale.



## PROCEDURA AZIENDALE

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

Rev. 1  
Gennaio 2024

#### 7.9 PIANIFICAZIONE AZIONI

L'obiettivo primario del PEIMAF è quello di garantire con le risorse disponibili la sopravvivenza immediata del maggior numero di feriti, organizzando le stesse risorse in modo da poter far fronte in maniera adeguata e rapida ad un evento improvviso ed imprevisto, tramite le seguenti azioni pianificatrici:

- Valutare l'evento;
- Coordinare le azioni attraverso procedure atte a garantire una immediata ed adeguata accettazione e trattamento di un numero elevato di feriti;
- Definire la capacità di ricezione della struttura sia in relazione alle risorse ordinariamente disponibili, sia in rapporto a quelle supplementari attivabili in seguito all'emergenza;
- Assegnare le responsabilità;
- Identificare il personale, le competenze, le procedure e le risorse disponibili da mettere in atto durante le operazioni di risposta all'emergenza;
- Predisporre il Presidio Ospedaliero a poter gestire un eventuale afflusso massivo di feriti tramite le seguenti azioni da attuare e monitorare:

#### 1. **Temporanea sospensione attività ordinarie del P.S. accettazione**

Il Disaster Manager del P.S. provvederà a predisporre, per tutta la durata dell'iperafflusso derivante dalla presenza del massiccio afflusso di feriti e malati in occasione dell'evento imprevedibile di cui trattasi, il blocco delle prestazioni non urgenti (differibili) aventi accesso presso il Pronto Soccorso accettazione del P.O. Santobono.

#### 2. **Rinvio dell'attività chirurgica programmata in tutte le Sale Operatorie**


L'operatività delle sale operatorie viene coordinata sulla base delle liste operatorie. Durante la Maxiemergenza viene rinviata l'attività ordinaria chirurgica programmata, l'attività di Sala Operatoria dovrà essere garantita solo per le urgenze non differibili. Gli interventi operatori programmati per quelle date devono essere posticipati alla cessazione dell'emergenza.

#### 3. **Dimissione protetta di pazienti**

I Responsabili delle UU.OO. predispongono gli elenchi dei pazienti dimissibili in modalità protetta al fine di garantire la disponibilità di posti letto che dovranno essere occupati solo per le emergenze indifferibili, trasmettendoli alla Direzione Medica di Presidio ed al Bed Management, che tramite l'unità di Crisi si attiverà per le dimissioni protette e la presa in carico dei pazienti presso le altre strutture sanitarie territoriali e domiciliari ove possibile.

#### 4. **Dimissioni a domicilio e trasferimenti di pazienti**

Sono coordinati dal Dirigente Bed Management e dal Dirigente della Direzione Medica di Presidio. I Responsabili delle UU.OO. predispongono gli elenchi dei pazienti dimissibili e tramite accordi con le altre strutture sanitarie pubbliche ovvero, in via eccezionale, con l'ausilio delle ambulanze in dotazione al presidio (numero tre ambulanze di tipo A e numero quattro ambulanze di tipo B, una ambulanza STEN, se non in turno, mantenendo la dotazione minima in ospedale) provvederà al trasferimento dei pazienti che non potranno utilizzare gli automezzi messi a disposizione dei familiari, Tutti i pazienti dimissibili a domicilio devono essere dimessi.

 <p>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale <b>SANTOBONO PAUSILIPON</b></p>	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b>  <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

5. **Riduzione dei ricoveri ordinari e dell'attività ambulatoriale**


Il Personale sanitario di ogni U.O. comunica al referente del Pronto Soccorso, al Dirigente Bed Management ed alla Direzione Sanitaria/Medica di Presidio la disponibilità dei posti letto aggiornata, mentre l'attività di ricovero dovrà essere garantita solo per le urgenze non differibili. I Ricoveri programmati vengono sospesi fino alla cessata emergenza.

6. **Personale Medico, infermieristico e tecnico delle UU.OO.**

Si deve rendere disponibile, per le esigenze connesse con l'emergenza, secondo una disponibilità straordinaria a chiamata, indipendente dalla normale turnazione ordinaria ed in Pronta Disponibilità. Essa sarà attivata con chiamata telefonica ai telefoni personali i cui numeri saranno acquisiti e custoditi in busta chiusa dall'Unità di Crisi da utilizzare solo dopo l'attivazione dell'allarme. Il Personale smontante dal turno di servizio si deve rendere disponibile presso la propria Unità Operativa. I Responsabili delle UU.OO., in caso di necessità dispongono il richiamo anticipato in servizio del personale montante nel turno successivo.

7. **Informazione e Formazione**

Attesa l'importanza fondamentale del processo formativo, il presente piano di emergenza dovrà essere portato a conoscenza in maniera dettagliata a tutto il personale che potrà concorrere a garantire risposte pronte ed efficaci, attraverso corsi di formazione e addestramento dedicati. Tutti i direttori di Struttura Complessa, sia amministrative che sanitarie, sono tenuti ad informare tutto il personale afferente l'U.O.C. di competenza circa il contenuto del PEIMAF.

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

## 8. FASE OPERATIVA

<b>MODALITA' OPERATIVA DI ATTIVAZIONE DI UNA MAXI-EMERGENZA PEIMAF</b> L'attivatore del PEIMAF è il Team leader medico di Pronto Soccorso di turno (indicato anche come Disaster Manager coordinatore o provvisorio) in collaborazione con il medico di Direzione Sanitaria di turno.
--

<b>FASE ALLARME</b>		
<b>TEMPI</b>	<b>COMPITI</b>	<b>PREPOSTI</b>
<b>T0</b>	<b style="color: red;">RICEZIONE ALLARME MAXI-EMERGENZA</b> Il Team Leader P.S. medico viene allertato ai seguenti numeri: Tel. 081-2205908 Tel. 081-2205909 Cell. 335-8407149	<b>“UOC COT 118”  o altro Ente di Difesa Civile.</b>
<b>T1</b> Reazione immediata	<b style="color: red;">VALUTAZIONE EVENTO</b> 1) <b>RACCOGLIE</b> i dati necessari per l’attivazione del livello di allarme 2) <b>DEFINISCE</b> il livello di allarme, in collaborazione con il medico di direzione medica di turno, e le conseguenti misure straordinarie. <b>In particolare:</b> a) <b>NON ATTIVA IL PEIMAF</b> se 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 DEA. (numero stimato pazienti critici < a 10) b) <b>ATTIVA IL PEIMAF:</b> se è previsto un numero di pazienti critici in arrivo (codici gialli e rossi) superiore alle 10 unità (2-3 Rossi e 7-8 Gialli) o comunque in quantità stimata superiore alle capacità ricettive/gestionali ordinarie del Dipartimento di Area Critica 3) <b>COMUNICA</b> il livello allarme alla postazione di Via Caiazzo, che a sua volta, attiverà il piano delle chiamate alla UdC ed adempimenti assegnati.	<b>Team Leader  P.S. medico  COORD.  ---  Medico di  Direzione Medica di  turno (DMPO).</b>
<b>T2</b> Dopo valutazione evento	<b style="color: red;">CONTATTO con 118 o altri ENTI</b> Il medico di Direzione Medica mantiene i rapporti con gli enti istituzionali deputati alla gestione della maxi-emergenza (C.O.T. 118, Prefettura, Protezione Civile, ecc.). Recapito telefonico Prefettura di Napoli e Protezione Civile: 081-7943111	<b>Medico di  Direzione Medica di  turno (DMPO).</b>
<b>T3</b> al cessato allarme del 118	<b style="color: red;">CESSATO ALLARME</b> Lo stato di cessato allarme viene determinato dal medico di direzione medica in collaborazione con il team leader medico PS, sulla base delle valutazioni e comunicazioni ricevute da: - ente preposto per la gestione della maxi-emergenza circa lo svolgimento delle operazioni di soccorso extra ospedaliere; - dirigenti medici delle strutture interessate al trattamento dei pazienti del massiccio afflusso feriti.  Comunicare il cessato allarme alla Portineria di via Caiazzo, che a sua volta, attiverà il piano delle chiamate a cascata.  <b>COORD.</b> = Team leader medico in turno al Pronto Soccorso <b>DMPO</b> = Medico di Direzione Sanitaria di turno	<b>Team Leader  P.S. medico  COORD.  ---  Medico di  Direzione Medica  DMPO.</b>



**PROCEDURA AZIENDALE**  
**PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO**  
**AFFLUSSO DI FERITI**  
**(PEIMAF)**

Rev. 1  
Gennaio 2024

**Lo stato di allarme viene, di norma, comunicato dal responsabile medico di turno della C.O. 118 direttamente al medico del PS (medico più anziano in servizio) a mezzo linea dedicata e registrata, dopo aver allertato la Prefettura.** Se la comunicazione dovesse essere trasmessa ad altro soggetto aziendale preposto, quest'ultimo informerà immediatamente il Medico anziano del Pronto Soccorso accettazione medica (081-2205908-5909).

Nell'allertamento saranno comunicati da parte del 118 i seguenti dati, da trascrivere nella successiva tabella di pag.50.

In particolare:

- 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

### **8.1 FASE 1 - ALLERTAMENTO**

In base a queste informazioni, il Medico del PS, dovrà attivare il Piano modulato su 2 livelli di emergenza:

- **1° livello:** non necessaria attivazione PEIMAF


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 DEA.

Il medico del P.S. (o un Infermiere da lui incaricato), durante le fasi preparatorie all'accoglienza dei feriti, allerta i medici della Terapia Intensiva Pediatrica ed eventualmente Neonatale, della Chirurgia pediatrica, della Traumatologia, della Neurochirurgia, della Radiologia, del Laboratorio, della struttura trasfusionale del P.O. Pausilipon.

Dalla rapida consultazione fra medico del PS e della Terapia Intensiva, tenuto conto delle risorse al momento disponibili e/o rapidamente reperibili, scaturirà l'esigenza di attivare il PEIMAF ovvero si deciderà di gestire l'emergenza secondo i protocolli abituali. Nel primo caso verrà contattata la Direzione di Presidio per l'attivazione dell'Unità di crisi.

- **2° livello:** necessaria Attivazione PEIMAF

- **è previsto un numero di pazienti critici in arrivo (codici gialli e rossi) superiore alle 10 unità (2-3 Rossi e 7-8 Gialli) o comunque in quantità stimata superiore alle capacità ricettive/gestionali ordinarie del Dipartimento di Area Critica:**
- **attivazione del PEIMAF**
- **il medico del Pronto Soccorso (il più anziano in servizio), allertato dal 118, provvederà all'attivazione del PEIMAF attraverso:**

 <p>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale <b>SANTOBONO PAUSILIPON</b></p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b></p> <p><b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b></p> <p><b>AFFLUSSO DI FERITI</b></p> <p><b>(PEIMAF)</b></p>	<p>Rev. 1</p> <p>Gennaio 2024</p>
---	---	-----------------------------------

1. allertamento diretto della Terapia Intensiva che attiverà la chiamata del personale a cascata;
2. allertamento diretto della Chirurgia pediatrica e D'Urgenza che attiverà la chiamata del personale a cascata;
3. allertamento del dirigente medico della Direzione Medica di Presidio, in servizio o reperibile, (per informare il Direttore di Presidio-DMPO);
4. Il Direttore di Presidio, preso atto della situazione, costituirà l'Unità di crisi e nominerà il Coordinatore temporaneo dell'emergenza;
5. Il medico anziano del P.S. assume il ruolo di Coordinatore temporaneo dell'emergenza fino all'arrivo del Disaster Manager del P.S., chiamato da questo momento: D.M.P.S. (tutti i medici potenziali coordinatori dell'emergenza dovranno essere certificati come D.M.P.S. mediante la partecipazione ed il superamento di appositi corsi).

L'Unità di crisi, in base alla capacità di risposta dell'Ospedale in relazione all'evoluzione della domanda, prenderà contatti con il COT 118 e definirà tempi e modalità di eventuali cooperazioni.

La contemporanea informativa resa dal DMPO al Laboratorio di Patologia Clinica e Medicina Trasfusionale (SIT) del secondo presidio aziendale (P.O. Pausilipon) è finalizzata a garantire il coordinamento e una risposta sinergica, rendendo disponibile la più ampia e appropriata offerta assistenziale.

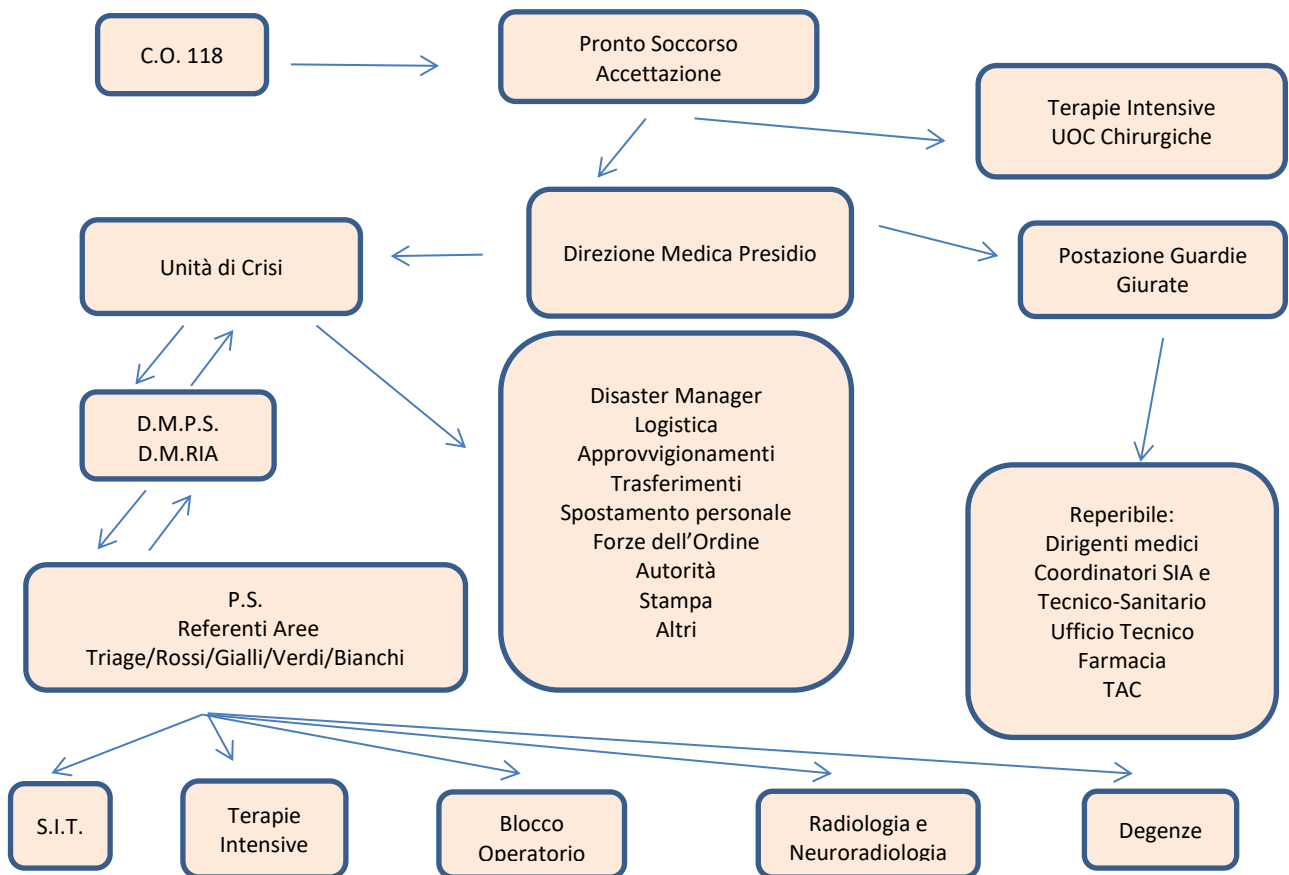
Il medico di guardia della Terapia Intensiva Pediatrica attiva le procedure previste dal PEIMAF e quanto prima si porta al PS.


Il medico di guardia di ciascun reparto chirurgico allertato predisporre le sale operatorie sospendendo le sedute programmate.

**9. FASE 2 – ATTIVAZIONE PEIMAF**

**9.1 - Criteri Generali**

Il PEIMAF prevede che tutti i pazienti che accedono all’Ospedale seguano un percorso prestabilito in relazione alle condizioni cliniche verificate all’arrivo. Il percorso prevede una prima e rapida valutazione alla porta (triage), la successiva gestione in aree attrezzate per il primo trattamento/macrodiagnosi/stabilizzazione (aree Triage/rossi/gialli/verdi/bianchi) e il conseguente invio al trattamento definitivo (chirurgia/rianimazione/altri reparti /altri ospedali/dimissione).




 <p>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale <b>SANTOBONO PAUSILIPON</b></p>	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

Tutte le fasi del soccorso ospedaliero sono coordinate dal **Disaster Manager del P.S. e Disaster Manager della TIP** al quale fanno riferimento i Referenti delle varie aree di trattamento (Triage, codici rossi, codici gialli, codici verdi, blocco operatorio, terapia intensiva, reparti di degenza, ecc.). I predetti Dirigenti Medici rappresentano inoltre la figura di riferimento per l'unità di crisi per tutte le operazioni intra-ospedaliere e viceversa.

I D.M. sono medici di pronto soccorso e rianimazione con congrua anzianità di servizio e abilitati a tale ruolo da apposito corso formativo, individuato dal Responsabile della Unità di crisi.

L'attivazione del PEIMAF comporta una modifica sostanziale dei normali processi di gestione dei pazienti da parte degli operatori. Si dovranno attuare delle scelte diagnostiche e terapeutiche rapide con limitate risorse e basate su scarsi elementi; si privilegeranno i pazienti più gravi e si verificheranno comunque ritardi diagnostici e terapeutici rispetto al normale, soprattutto per i pazienti giudicati meno gravi; si attueranno trattamenti anche parziali (di stabilizzazione), differiti o in due o più tempi; si potrebbe inoltre presentare l'eventualità di dover attuare rapidamente delle scelte, eticamente difficili ma giustificate dalla situazione, su quale paziente trattare per primo e quale invece non trattare per non sottrarre risorse ai più. Questo metodo consente, in caso di sproporzione fra richieste di soccorso e risorse disponibili, di garantire il miglior trattamento e di salvare il maggior numero di vite possibili.



	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

## 9.2 - Attivazione PEIMAF: Ruoli e Funzioni

Su allerta del COT 118 o altro Ente, il medico più anziano in servizio nel P.S. acc. (Coordinatore temporaneo), attiva il PEIMAF se il numero di pazienti critici previsti è > 10, secondo le seguenti priorità:

1. allerta il Dirigente Medico di guardia o reperibile della Direzione Medica che chiama il Direttore di Presidio che attiverà l'Unità di Crisi (in fase di emergenza);
2. allerta i medici di guardia delle Terapie Intensive Pediatrica e/o Neonatale, della Chirurgia, della Traumatologia e della Neurochirurgia ed ulteriori specialisti, ove necessario;
3. fa liberare rapidamente le sale visita del P.S. occupate e l'OBI, trasferendo i pazienti temporaneamente presso le più pertinenti strutture assistenziali;
4. blocca l'accesso in P.S. dei pazienti Codici Bianchi e non urgenti (differibili);
5. coordina, fino alla nomina dei Disaster Manager (da parte del Direttore di Presidio), il team di gestione dell'emergenza del P.S. (team minimo: 3 medici pediatri + 6 Infermieri Pediatrici):
  - a) Un Medico Referente del Triage;
  - b) Un Medico Responsabile Codici Rossi che sarà un Rianimatore + 2 Infermieri Pediatrici;
  - c) Un Medico Referente Codici gialli che sarà un medico del PS o di Area Dea + 1 Infermiere Pediatrico;
  - d) Un Medico Referente dei codici verdi e bianchi che sarà un medico di PS, oppure un ortopedico, in relazione all'immediata disponibilità di queste figure.
  - e) In caso siano presenti più Medici e Infermieri Pediatrici in servizio, rispetto all'organico minimo, o quando arriverà il personale richiamato in servizio, sarà compito del Coordinatore Temporaneo (o del Disaster manager del P.S. quando presente) indicarne i ruoli in relazione alle esigenze del momento e che via via si venissero a creare.

### **Ruolo del Disaster manager del P.S. (D.M. P.S.) e del Disaster manager di Rianimazione (D.M. RIA) - Direttori dei Soccorsi Sanitari Ospedalieri**

Il Disaster manager, nominati e richiamati in servizio dal Direttore di Presidio al momento della costituzione dell'unità di crisi, sostituiranno al più presto i coordinatori temporanei di PS e TIP, ricevendone le consegne.

I "Disaster Manager" rappresentano i preposti responsabili dell'organizzazione dei soccorsi all'interno dell'ospedale, ai quali rispondono i responsabili delle aree di trattamento e diagnosi (Aree Triage, Rossi, Gialli, Verdi e Bianchi); questi ultimi riferiscono direttamente all'Unità di crisi. I "Disaster Manager" dispongono inoltre gli spostamenti di tutto il personale (medico, infermieristico, tecnico, ausiliario) dell'ospedale in relazione alle necessità che si vengono a creare e previa comunicazione all'Unità di Crisi.

#### **Una volta nominati:**

1. completano gli adempimenti del Coordinatore temporaneo (vedi sopra);
2. coordinano i soccorsi in ospedale attraverso il coordinamento dei Referenti di area (Triage, Rossi, Gialli, Verdi, Bianchi) e la mediazione fra questi e l'Unità di crisi;
3. decidono gli spostamenti del personale (medico, infermieristico e ausiliario) fra le varie aree in relazione alle necessità del momento;



## PROCEDURA AZIENDALE

### PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)

Rev. 1  
Gennaio 2024

4. tengono i contatti con l'Unità di crisi, i Blocchi operatori, Aree interessate;
5. sovrintendono a tutte le operazioni relative all'attività del PS e Rianimazione;
6. controllano le condizioni di sicurezza (possibilità di contaminazione secondaria, individuazione di eventuali aree di decontaminazione, ecc.);
7. stabiliscono le priorità di trasferimento dei pazienti;

**Comunica con: Unità di crisi, "Referenti Area Triage, Rossi, Gialli, Versi, Bianchi", Terapia Intensiva, Blocco Operatorio, eventualmente anche altri reparti;**

**(Referente Area Triage), il medico designato dal Disaster Manager del P.S. (temporaneo o definitivo), assumerà questo ruolo e provvederà a:**

1. raccordarsi con il personale assegnatogli dal Disaster Manager del P.S.;
2. verificare la presenza di tutto il materiale necessario;
3. predisporre ed allestire le aree di triage ubicate nell'atrio e sala d'attesa del PS;
4. triagiare (SMART) i pazienti in arrivo e avviarli alle aree di trattamento corrispondenti al codice attribuito;

**Comunica con: Disaster manager del P.S.;**

**(Referente Area Rossi), il Direttore della Terapia Intensiva, giunto al PS (o il medico designato dal D.M. del P.S.) assumerà questo ruolo, e provvederà a:**

1. raccordarsi con il personale assegnatogli
2. predisporre ed allestire l'area di trattamento intensivo (area rossi) corrispondente al Box Codice Rosso del P.S. ovvero, in aggiunta, al Box di Chirurgia pediatrica del P.S.;
3. verificare la presenza di scorte di sangue O negativo (da richiedere al Centro trasfusionale);
4. gestire i pazienti classificati come codice rosso e avviarli, una volta stabilizzati, al trattamento definitivo;

**Comunica con: D.M. del P.S., Referente Area Gialli, Radiologia, Blocco operatorio e T.I.P. o T.I.N.**

**(Referente Area Gialli), un medico del PS o dell'Area Dea assumerà questo ruolo, assegnatogli dal Disaster Manager del P.S. e provvederà a:**

1. raccordarsi con il personale assegnatogli
2. predisporre ed allestire le aree di trattamento semi-intensivo (area gialli) ubicate nei locali visita del P.S.;
3. gestire i pazienti classificati come codice giallo e avviarli, una volta stabilizzati, al trattamento definitivo;

**Comunica con: Disaster Manager del P.S., Referente Area Rossi, Radiologia e reparti non intensivi; eventuali ricoveri in Terapia Intensiva o trattamenti operatori dovranno passare per il D.M. RIA o D.M. del P.S.;**

**(Referente Area Verdi), un medico del PS assumerà questo ruolo, assegnatogli dal Disaster Manager del P.S. e provvederà a:**



## PROCEDURA AZIENDALE

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

Rev. 1  
Gennaio 2024

1. raccordarsi con il personale assegnatogli;
2. predisporre ed allestire le aree di trattamento dei codici verdi ubicate nei locali del Ponte di Collegamento e/o Volano (piano terra, accesso per il tramite del ponte di collegamento);
3. gestire i pazienti classificati con codice verde ed eventualmente dimetterli dopo le prime cure o programmarne il trasferimento verso altri nosocomi (tramite il **D.M. del P.S.** o, se il quadro clinico si aggrava, verso le altre aree di trattamento (rossi o gialli);

**Comunica con: Disaster Manager del P.S., Referente Area Gialli; eventuali ricoveri o trattamenti protratti dovranno passare per il D.M. del P.S. o D.M. RIA.**

**Il Dirigente Medico della DMPO**, già avvisato dal PS e/o dalla Portineria, dopo aver informato il Direttore Medico del Presidio, provvederà ad allertare/chiamare in servizio (specificando che si tratta del PEIMAF):

1. il medico di guardia della Radiologia;
2. il medico di guardia del Servizio di Neuroradiologia (Festivi 8.00-20.00 reperibili);
3. il Direttore UOC Farmacia;
4. il reperibile Posizione Organizzativa Blocchi operatori;
5. declina ogni richiesta telefonica di informazione da parte di esterni.

**Il Direttore Medico del Presidio, o suo sostituto reperibile, allertato dal P.S., provvederà a:**

1. mettersi immediatamente in comunicazione con P.S. acc. e COT 118 per raccogliere le informazioni rilevanti per l'organizzazione dell'assistenza;
2. riunire l'Unità di crisi Operativa;
3. nominare e chiamare in servizio il Direttore del P.S. e Rianimazione (D.M. P.S. e D.M. RIA).

**L'Unità di crisi provvederà a completare i seguenti punti:**

1. attivare/verificare i supporti logistici:
  - accesso ai magazzini con materiali di scorta;
  - interazione con la farmacia per l'approvvigionamento di farmaci e presidi;
  - disponibilità di ambulanze ed autisti.
2. informare dell'attivazione del PEIMAF tutti i reparti dell'Ospedale non direttamente coinvolti, almeno nella prima fase (UOC di Pediatria, Neurologia e Neuropsichiatria, Urologia, ORL-OFT, Pneumologia, ecc.);
3. disporre la temporanea interruzione di tutte le attività sanitarie routinarie e non urgenti in tutto il presidio ospedaliero;
4. mettersi in contatto con la Prefettura per concordare rapidamente il supporto iniziale delle forze dell'ordine;
5. mantenere i rapporti con gli enti pubblici ed eventualmente con la stampa;
6. allertare tutto il personale di supporto compresi i servizi esternalizzati;

**Il medico di guardia della UOC Terapia Intensiva, allertato dal PS, provvederà a:**

1. allertare il responsabile della Terapia Intensiva il quale assumerà il ruolo di Disaster Manager RIA, coordinatore di tutte le attività e del trattamento intensivo in reparto in collegamento col Referente Area Rossi;



## PROCEDURA AZIENDALE

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

Rev. 1  
Gennaio 2024

2. allertare gli anestesisti in turno, i quali si raccorderanno con il chirurgo di guardia per la predisposizione delle sale operatorie, in collegamento e collaborazione con il rianimatore Referente dell'area Rossi;
3. chiamare in servizio (o far chiamare) medici e infermieri, secondo il sistema a cascata, iniziando dai reperibili per i blocchi operatori, in numero congruo in relazione alle informazioni ricevute dal PS;
4. allertare il medico di guardia anestesista del plesso "ex Villa Bianca" (all'atto del trasferimento in quest'ultima di alcune attività sanitarie) che a sua volta avvertirà il suo diretto responsabile, ai fini di un eventuale reclutamento (spostamento) nel P.S. acc.;
5. dare disposizioni necessarie alla predisposizione di postazioni di terapia intensiva aggiuntive (area ex centro risveglio) ed eventuale liberazione di posti letto nei reparti (nelle more della integrazione di tali posti nel nuovo complesso operatorio pre-fabbricato);
6. portarsi prima possibile al PS per assumere il ruolo di Referente Area Rossi.


#### **Il medico di guardia della UOC Chirurgia Pediatrica d'Urgenza (responsabile del blocco operatorio per le maxi-emergenze), allertato dal PS, provvederà a:**

1. chiamare in servizio il responsabile che assumerà il ruolo di coordinatore del blocco operatorio, fino a quel momento il chirurgo di guardia assolverà a questo ruolo;
2. allertare i responsabili dei reparti chirurgici, ivi compreso quelli del plesso "ex Villa Bianca" all'atto dell'effettivo trasferimento delle attività;
3. raccordarsi con l'anestesista di guardia;
4. far sospendere tutte le attività chirurgiche di routine;
5. dare le disposizioni necessarie alla predisposizione di un numero congruo di sale operatorie e relative equipe (mansione spettante al coordinatore ma che, fino al suo arrivo, sarà svolta dal chirurgo di guardia);
6. chiamare in servizio (o far chiamare) medici, infermieri e tecnici, secondo il sistema a cascata, in numero congruo in relazione alle informazioni ricevute dal Disaster Manager del P.S.

#### **Comunica con: Referente Area Rossi e Terapia Intensiva**

#### **I due medici di guardia della UOC Traumatologia o il Direttore della Struttura, se in servizio, allertato dal PS, provvederà a:**

- 1) chiamare in servizio (o far chiamare) medici e infermieri, secondo il sistema a cascata, in numero congruo in relazione alle informazioni ricevute dal PS;
- 2) portarsi prima possibile al PS (Unità n.1 in turno), per supportare il personale del PS mettendosi a disposizione del D.M. PS e D.M. RIA;
- 3) portarsi al blocco operatorio (Unità n.2 in turno).

 <p>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale <b>SANTOBONO PAUSILIPON</b></p>	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

**Il medico di guardia della UOC Neurochirurgia, allertato dal PS, provvederà a:**

- 1) chiamare in servizio (o far chiamare) medici e infermieri, secondo il sistema a cascata, in numero congruo in relazione alle informazioni ricevute dal PS, iniziando dal personale reperibile;
- 2) portarsi prima possibile al blocco operatorio per preparare una sala operatoria e sospendere attività chirurgica di elezione;
- 3) portarsi prima possibile al PS, una volta giunto il reperibile, per supportare il personale del PS mettendosi a disposizione dei Disaster manager.

**Il medico di guardia della UOC Radiologia P.S., allertato dal P.S., provvederà a:**

- 1) attivare tutte le diagnostiche presenti;
- 2) allertare il servizio di Radiologia Generale del Padiglione Ravaschieri ai fini della ri-apertura se l'emergenza si dovesse sviluppare in orario pomeridiano o notturno;
- 3) richiamare in servizio il maggior numero di medici e tecnici con il sistema a cascata;

**Comunica con: Referenti Triage, Rossi, Gialli, Terapie Intensive, Blocco Operatorio;**

**Il personale di guardia dell'emoteca, allertato dal PS provvederà a:**

1. contattare il Disaster Manager del P.S. per avere una stima approssimativa delle necessità, comunicandole al SIT che provvederà eventualmente a fare richiesta alle strutture ospedaliere regionali, delle unità di sangue necessarie;
2. tramite l'unità di crisi, richiedere l'invio di mezzi (auto) per recuperare il sangue dalle altre strutture ospedaliere.

**Tutte le UOC di degenza non direttamente coinvolti nella maxiemergenza dovranno:**


1. richiamare in servizio il personale reperibile in base alle indicazioni della Unità di Crisi;
2. richiamare in servizio il personale reperibile e non reperibile con sistema "a cascata" sulla base delle indicazioni dell'Unità di Crisi o del responsabile sanitario del presidio;
3. dare la massima disponibilità ad accogliere pazienti dal PS e da altri reparti senza preavviso ed anche se questi non fossero abitualmente di loro competenza;
4. effettuare tutte le consulenze richieste dal PS, in tempo reale.

**Comunica con: Unità di Crisi, Disaster Manager del P.S. e RIA, Referenti Area Rossi e Gialli, Blocco Operatorio;**

**Responsabile Autoparco, allertato dalla Direzione Medica del Presidio, provvederà a:**

1. interrompere i trasporti secondari già pianificati e non accogliere nuove richieste;
2. chiamare in ospedale tutte le ambulanze ed automobili disponibili al momento;
3. comunicare all'Unità di Crisi il numero totale delle ambulanze disponibili e relativi equipaggi ed equipaggiamento;

**Comunica con: Unità di Crisi, Disaster Manager del P.S. e Disaster Manager RIA;**


 <p>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale <b>SANTOBONO PAUSILIPON</b></p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b></p> <p><b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b></p> <p><b>AFFLUSSO DI FERITI</b></p> <p><b>(PEIMAF)</b></p>	<p>Rev. 1 Gennaio 2024</p>
---	---	--------------------------------

**Addetti alle portinerie e Vigilantes, allertati dalla Direzione Medica di Presidio, provvederanno a:**

1. consentire l'accesso all'area sosta (di fronte il PS) esclusivamente ai mezzi di soccorso e delle forze dell'ordine;
2. far rimuovere prontamente tutti i mezzi all'interno della viabilità del Pronto Soccorso;
3. i mezzi privati che trasportano pazienti dovranno immediatamente liberare il piazzale e nessun visitatore potrà accedere all'area ospedaliera (Tale finalità è da raggiungersi anche con l'ausilio delle Forze dell'ordine);
4. presidiare la camera mortuaria e vietarne l'accesso ai visitatori a qualsiasi titolo fino a disposizioni diverse da parte dell'Unità di Crisi;
5. presidiare le aree contrapposte del ponte di collegamento (piano terra) o del Volano, qualora riconvertita ad area assistenziale.

**Personale OSS**

Dietro disposizione del Direttore del Servizio infermieristico aziendale, inizialmente, e dell'Unità di Crisi, successivamente, tutti gli OSS che potranno essere temporaneamente distaccati dal reparto di appartenenza dovranno portarsi al PS e mettersi a disposizione del Disaster Manager del P.S. e Disaster manager RIA o loro sostituti.

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

## 10. Chiamata in servizio del personale “a cascata”

Non potendo prevedere un sistema di reperibilità per le maxi-emergenze in quanto si tratta di evenienza rara per definizione, il sistema migliore e più utilizzato per richiamare in servizio la maggior quantità di personale è quello cosiddetto “a cascata”.

Il sistema a cascata prevede che ciascun reparto abbia una lista aggiornata degli operatori, medici, infermieri e personale ausiliario, che riporti accanto al nome, il ruolo, il domicilio attuale, il numero di telefono di rete fissa ed il numero di telefono cellulare.

In caso di attivazione del PEIMAF, in relazione alle indicazioni dell’Unità di Crisi o del Disaster Manager del P.S., un delegato del responsabile del reparto chiamerà i numeri di telefono riportati nell’elenco fintanto che non avrà ottenuto un numero di risposte congruo con le necessità.


**L’aggiornamento di questa lista è sotto la responsabilità del direttore della UOC e del coordinatore dell’UO, per quanto di competenza, che ne dovranno dare rapida comunicazione, e trasmetterne una copia, alla Direzione Medica del presidio, al Dirigente del Servizio infermieristico aziendale, al PS ed alla postazione dei custodi/guardie giurate**

**Tutto il personale dell’Ospedale deve essere portato a conoscenza dell’esistenza del PEIMAF e della possibilità di essere richiamati in servizio in caso di necessità, anche se non ufficialmente reperibili.**

Tale obiettivo si raggiunge con appositi corsi di divulgazione e formazione che hanno anche lo scopo di sensibilizzare gli operatori ad una evenienza di questa portata che evidentemente sovrasta le esigenze individuali.

NB: La sequenza di queste procedure unitamente ai nominativi di tutto il personale, reperibile e non, con relativi recapiti e numeri telefonici sarà disponibile in busta chiusa allegata ad una copia del PEIMAF presso la Direzione Sanitaria del Presidio, Il Servizio Infermieristico Aziendale, il P.S. acc. e la postazione dei custodi/guardie giurate di Via Caiazzo.

Ogni reparto avrà una copia del PEIMAF relativa al suo ruolo e la lista aggiornata dei recapiti del proprio personale.

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	Rev. 1 Gennaio 2024
---	--	------------------------

## 11 Comunicazione Stato di ALLARME

La Portineria di Via Caiazzo, ricevuta la conferma dal team leader medico di PS (Coordinatore Temporaneo o Disaster Manager) attiva:

- La comunicazione al Medico di guardia della DMPO ed alla UdC in fase di emergenza
- La comunicazione di allarme alle UU.OO.  
Obiettivo è che tutte le UU.OO. ed articolazioni aziendali siano informate in 15-20 minuti dell'evento, rendendo possibile effettuare le procedure operative nei successivi 15-20 minuti (Chiamate a cascata e Piano di mobilità del personale);
- Le comunicazioni "a cascata"
- Contenuto della telefonata:  
*questa non è una esercitazione, è in atto una maxiemergenza di livello 1 (o 2, o 3), eseguire il protocollo corrispondente, non usare il telefono se non per assoluta urgenza.*

La Portineria apre la busta chiusa e sigillata contenente l'elenco del personale con i relativi recapiti telefonici, in base ad un criterio di vicinanza al Presidio Ospedaliero. Se necessario ne fornisce copia alle UU.OO. interessate. Attende istruzioni dal D.M. P.S. per le chiamate telefoniche da eseguire.

IN CASO DI MAXI EMERGENZA IL PERSONALE TUTTO È COMANDATO IN SERVIZIO FINO A NUOVA DISPOSIZIONE

DAL II E III LIVELLO È PREVISTA L'ANTICIPAZIONE DEI TURNI DI SERVIZIO SUCCESSIVI

Avvisa il servizio di Pulizie ed il servizio di Vigilanza, onde garantire il normale svolgimento delle attività, stante l'attivazione della maxiemergenza, anche attraverso modalità di mobilitazione del personale presente.





**PROCEDURA AZIENDALE**  
**PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO**  
**AFFLUSSO DI FERITI**  
**(PEIMAF)**

Rev. 1  
Gennaio 2024

## 12. FASE 3 - CESSATA EMERGENZA

La cessata emergenza può essere comunicata alla **Unità di Crisi / D.M. P.S.** esclusivamente da:

- C.O. 118
- Protezione Civile

L'**Unità di Crisi (DMPO)** provvederà a informare della cessata emergenza il Disaster Manager del P.S. ed il Disaster Manager RIA, i quali, a loro volta, trasmetteranno l'informazione:

- ai responsabili di area;
- informare della cessata emergenza tutti gli altri reparti dell'ospedale;
- dettare tempi e modalità di ritorno alla normalità.

L'**Unità di Crisi (DMPO)** in collaborazione con il Disaster Manager del P.S. ed il Disaster Manager RIA, provvederà inoltre a:

- coordinare il debriefing con gli operatori (Direttori del P.S. acc e Terapia Intensiva, responsabili di area, Dirigente SIA e Tecnico Sanitario, responsabile infermieristico Blocco chirurgico, Responsabili di diagnostica, ecc.).


## 13. FASE 4 – REVISIONI PERIODICHE DEL PIANO E SIMULAZIONI

Il presente piano è suscettibile di variazioni periodiche in relazione alle modifiche strutturali e funzionali dell'ospedale. Nel caso le variazioni interessino una sola struttura/servizio/U.O., verrà aggiornata solo la *procedura* di quella struttura. Nel caso le variazioni coinvolgano più strutture, sarà cura della Direzione Medica del presidio divulgare, in tempo di quiete, l'aggiornamento del PEIMAF.

Almeno una volta l'anno verrà effettuata una simulazione di catastrofe per rilevare e correggere le criticità del PEIMAF.

Formazione (modello ACS DMEP (American College of Surgeons Disaster Management and Emergency Preparedness) Course:

- **CORSO MAXIEMERGENZA OSPEDALIERA AVANZATO PER 70 MEDICI: 30.000 EURO**
- **CORSO PER ABILITAZIONE ISTRUTTORI DISASTER MANAGER (COSTO PER 15 OPERATORI MEDICI E NON MEDICI: 18.000 EURO)**
- **CORSO DI FORMAZIONE SU TRIAGE SMART PER MEDICI ED INFERMIERI PEDIATRICI DEL PS/RIANIMAZIONE (N.100 OPERATORI): EURO 10.000.**

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	<u>Rev. 1</u> Gennaio 2024
---	--	-------------------------------

**SCHEDA RACCOLTA DATI MAXIEMERGENZA**  
A CURA DEL TEAM LEADER DEL PRONTO SOCCORSO MEDICO

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_


Ora inizio allarme \_\_\_\_\_

Ente, Cognome e Nome dell'operatore che effettua la chiamata o invia fax/mail al Pronto Soccorso:

ENTE: \_\_\_\_\_ Cognome e Nome \_\_\_\_\_

**Scheda Raccolta dati Allarme – Comunicazioni da Ente**

Tipologia dell'Evento	
Località dell'Evento	
Stima numero persone coinvolte	
N° persone pediatriche da inviare presso Pronto Soccorso P.O. Santobono	
Gravità delle persone in arrivo	<input type="checkbox"/> Patologie Traumatiche <input type="checkbox"/> Altro  <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Stima tempi di arrivo in Pronto Soccorso	
Attivazione Livello di allarme Ospedale (da definirsi in base al numero e alla gravità delle persone in arrivo presso il Pronto Soccorso). <b>Livello 1-2-3</b>	<input type="checkbox"/> <b>PRE ALLARME</b> (comunicazione formale Ente preposto) <input type="checkbox"/> <b>1</b> (10/20 Vittime di cui 3 ROSSI pediatrici) <input type="checkbox"/> <b>2</b> (21/30 Vittime di cui 4-10 ROSSI pediatrici) <input type="checkbox"/> <b>3</b> (>30 Vittime di cui > 10 ROSSI pediatrici)

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	<b>Rev. 1</b> <b>Gennaio 2024</b>
---	--	--------------------------------------

**PIANO DELLE COMUNICAZIONI E DELLE RESPONSABILITA'**

**CRONOPROGRAMMA INTERVENTI**

➤ **Tempi: 0-30 min**

**FORMAZIONE TEAM OPERATIVO PEIMAF PRONTO SOCCORSO**

1) Team Leader medico P.S.	Medico Coord. Disaster Manager PS
2) Infermiere esperto di P.S. Area Rossi	Infermiere Disaster Manager PS
3) Infermiere esperto di P.S. Area Gialli	Infermiere Disaster Manager Triage
4) Rianimatore presente in P.S.	Rianimatore Disaster Manager Rossi/Gialli
5) Medico di Direzione Sanitaria di turno	Medico Disaster Manager Logistica

➤ **Tempi: >30 min**


**SUCCESSIVAMENTE, in supporto al Team operativo, INTERVIENE L'UNITA' DI CRISI**

UNITA' DI CRISI	
1) DMPO	6) Direttore UOC Farmacia
2) Direttore del Dipartimento Area Critica	7) Dirigente del SIA
3) Direttore UOC Terapia Intensiva	8) Dirigente del Servizio Tecnico Sanitario
4) Direttore UOC Pediatria d'Urgenza, P.S. e Terapia Sub-intensiva	9) Dirigente Professioni SITRO
5) Direttore Dipartimento Pediatria Generale ed Urg.	10) Direttore Ufficio Tecnico

A seconda delle necessità, vengono attivate e coinvolte nelle decisioni dell'Unità di Crisi, le seguenti o altre professionalità:

Direttori di Dipartimento ed Aree	Servizio di Psicologia Ospedaliera
Responsabile UOSD Rischio Clinico	Direttore UOC Farmacia
Responsabile P.O. Blocchi operatori	Direttore UOC Acquisizione Beni e Servizi
Direttore UOSD Medicina Trasfusionale	UOSD Ingegneria Clinica
Direttore UOC Diagnostica per Immagini - UOSD Radiologia P.S.	Responsabile Ditta Pulizie
Direttore UOC Patologia Clinica	Responsabile ditta Vigilanza


N.B. L'Unità di crisi (UdC), rappresenta il nucleo direzionale e decisionale durante le fasi operative. I componenti dell'UdC (allertati tramite cellulari aziendali da parte della Portineria) devono recarsi autonomamente, una volta convocati, presso la sede stabilita dal Direttore Sanitario. La sede dell'UdC è identificata presso l'aula riunione della DMPO, Padiglione Ravaschieri, piano primo e/o altro luogo individuato dal Direttore Sanitario, a seconda delle esigenze emergenziali.

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	<u>Rev. 1</u> Gennaio 2024
---	--	-------------------------------

**SCHEDE OPERATIVE “ COMPITI - STRUMENTI - RESPONSABILITA’ ”**


**1. Medico Disaster Manager**  
**(Team Leader MEDICO in turno al P.S.)**  
**(ATTIVA IL PEIMAF)**

TEMPI	FUNZIONI	COMPITI	MODALITA'	VERIFICA
<b>T0</b> Reazione immediata	Riceve l'allarme	1. Valuta l'evento	Compila la scheda raccolta dati allarme, di pag.48  Chiama il D.M. RIA	Attendibilità, località, - n° persone coinvolte, - n° pazienti accertati, - tempi di arrivo previsti
<b>T1</b> < 30'	Coordina rapporti Ente-Ospedale	2. Aggiorna il quadro degli eventi	Tiene contatti continui con Ente preposto COT 118 fino all'arrivo del Medico DMPO	N° pazienti inviati, condizioni, tempi di arrivo.
< 30'	Coordina rapporti PS-Ospedale	3. Sentito il Medico di turno della DMPO, DECIDE lo stato di: • PRE-ALLARME • ALLARME ed il LIVELLO (1-2-3) di attivazione e risposta dell'Ospedale alla maxi emergenza.	Designa Infermiere Disaster manager PS per "Chiamata a cascata" DEA e redistribuzione aree PS.  Telefona in Portineria (Tel.5929) e comunica il livello di allarme e l'attivazione delle chiamate a cascata, mobilità personale (individua i nominativi delle Strutture prioritarie) e allertamento UdC aziendale.	PRE-ALLARME: Fenomeni precursori  ALLARME: Evento in atto • LIVELLO 1 • LIVELLO 2 • LIVELLO 3
< 30'	Gestisce ed evacua il P.S. in collaborazione con il Direttore UOC Pediatria d'Urgenza, P.S., Terapia sub-intensiva allertato per via telefonica	4. Forma e coordina il Team Operativo PEIMAF PS. 5. Organizza l'evacuazione dei pazienti a bassa priorità (NEWS SCORE 0-4) in attesa presso il P.S.; 6. Gestisce la redistribuzione delle aree del P.S. in collaborazione con il personale del PS; 7. Collabora con l'infermiere triage al FAST triage.	Riunione operativa con: - Infermiere Disaster manager PS; - Infermiere Disaster manager Triage; - Rianimatore Disaster manager R/G; - Medico DMPO di turno; - Responsabile SIA di turno. - Individua il medico di PS per gestire eventuali dimissioni e/o trasferimento dei pazienti presenti in PS; - Definisce le aree assistenziali per i pazienti presenti in PS che non possono essere dimessi e/o trasferiti. - Partecipa in forma attiva al Fast Triage.	Identificazione, attivazione e consegna schede operative e pittogrammi di riconoscimento Emergenza.  Attivazione delle procedure di dimissione e/o trasferimento.  Verifica l'avvenuta redistribuzione aree Pronto Soccorso.  Supervisiona l'area Fast triage e gestisce gli eventuali codici neri.
<b>T2</b> >30'	Coordina le attività diagnostiche e terapeutiche	8. Valuta le condizioni cliniche dei pazienti MAF e le condizioni operative delle varie aree, risolvendo eventuali criticità.	Gestisce la scheda sinottica dei pazienti nelle varie aree e la scheda clinica pazienti MAF. Coordina e fornisce soluzioni alle eventuali criticità rilevate.	Vigila sul corretto aggiornamento della scheda sinottica con valutazioni delle gravità
>30'	Fornisce informazioni all'Unità di Crisi aziendale	9. Espone all'UdC lo stato delle attività operative e le eventuali criticità non risolte in Pronto Soccorso in collaborazione con il Direttore UOC Pediatria d'Urgenza, P.S. e il Medico di DMPO;	Definisce i problemi operativi e collabora alle soluzioni con colloquio diretto	L'UdC è informata delle eventuali criticità non risolte.
>30'	Dà il cessato allarme in collaborazione con il Medico Disaster manager DMPO	10. Attiva, tramite la Portineria di via Caiazzo le chiamate a cascata per "Cessato Allarme"	Telefona alla Portineria di via Caiazzo per attivare le chiamate a cascata per "Cessato Allarme"	Verifica le avvenute comunicazioni da parte della Portineria di via Caiazzo

 <p>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale <b>SANTOBONO PAUSILIPON</b></p>	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	<u>Rev. 1</u> Gennaio 2024
---	--	-------------------------------


## 2. Disaster Manager Rianimatore (Rianimatore P.S. ROSSI - Rianimatore GIALLI)

TEMPI	Rianimatori	COMPITI
<b>T0</b> <b>Reazione</b> <b>immediata</b>	<b>ROSSI MAF</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Invita i rianimatori presenti a scendere immediatamente in P.S. (dichiara la maxi emergenza in atto).</li> <li>2. Coinvolge il Medico di guardia TIN ove necessario, sulla base della informativa ricevuta dal COT 118, per il tramite del collega del P.S.</li> <li>3. Sulla base di tali ultime informazioni dà disposizione per allestire una seconda postazione "Codice Rosso" nel box "Arancio" del P.S.</li> <li>4. Verifica la consistenza dei dispositivi medici per assistenza intensivistica in P.S. acc., li integra se necessario e contatta il Dirigente della UOC Farmacia per eventuali ulteriori richieste.</li> <li>5. Si accerta sulla consistenza e tipologia delle scorte di sangue chiamando il settore Emoteca (Tel. 5657).</li> </ol>
<b>T1</b> <b>&lt; 30'</b>	<b>ROSSI MAF</b> <hr style="width: 20%; margin: 5px auto;"/> <b>GIALLI MAF</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Individua i pazienti critici NON MAF presenti, da trasferire presso aree/reparti.</li> <li>7. Supervisiona e dà disposizioni per l'allestimento delle postazioni di codice rosso e giallo MAF presso area dedicata maxi emergenza P.S.</li> <li>8. Si accerta che tutti i posti letto di degenza intensiva disponibili, ivi compreso quelli siti nell'area ex Cod. 75, siano attivi e fruibili per i pazienti MAF coinvolti (check delle apparecchiature e dispositivi medici).</li> </ol>
<b>T2</b> <b>&gt;30'</b>	<b>ROSSI MAF</b>  <b>GIALLI MAF</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Gestisce pazienti rossi MAF in area maxi-emergenza P.S.;</li> <li>10. Effettua il trattamento diagnostico-terapeutico;</li> <li>11. Definisce le priorità interventistiche, sentito anche il parere dei medici specialisti.</li> <li>12. Gestisce, insieme al D.M. P.S., i pazienti gialli MAF in area maxi-emergenza P.S.;</li> <li>13. Effettua il trattamento diagnostico-terapeutico;</li> <li>14. Definisce le priorità interventistiche, previo parere dei medici specialisti.</li> </ol>

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	<u>Rev. 1</u> Gennaio 2024
---	--	-------------------------------

### 3. Medico Disaster Manager LOGISTICA (Medico di Direzione Sanitaria in turno o Reperibile)

TEMPI	FUNZIONI	COMPITI	MODALITA'	VERIFICA
<b>T0</b> Reazione immediata	Si attiva dopo chiamata del Team leader medico PS	1. Raccoglie informazioni e valuta l'evento; 2. Giunge in Ospedale nel più breve tempo possibile.	Riceve comunicazione dal Team leader del PS ▼ Collabora con il Team leader medico P.S.	Viene sentito dal Team leader medico PS, prima che questi dichiari lo stato di allarme e decida il livello di attivazione e risposta dell'Ospedale alla maxiemergenza (1-2-3).
<b>T1</b> < 30'	Gestisce i rapporti con Ente Preposto	3. Aggiornare il quadro degli eventi, tramite la scheda raccolta dati MAF	Subentra al team leader medico PS nella tenuta dei contatti con COT 118 e/o altro ente, non appena giunto in Ospedale	Attendibilità, località, n° persone coinvolte, n° pazienti accertati, tempi di arrivo previsti n° pazienti inviati, condizioni, tempi di arrivo
	Tiene i rapporti Con il Management aziendale, Prefettura, Protezione Civile ed altri Enti			
	Responsabile del PIANO delle COMUNICAZIONI	4. Valuta che i membri del Team Operativo PEIMAF PS siano stati tutti avvisati e correttamente identificati presso il Pronto Soccorso. 5. Tiene nota delle risorse umane attivate e disponibili 6. Verifica immediatamente lo stato di andamento delle chiamate da parte della Portineria	Spunta la check-list del Team: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medico disaster manager PS</li> <li>• Infermiere disaster manager triage</li> <li>• Rianimatore disaster manager Rossi/Gialli</li> <li>• Responsabile SIA e Tecnico-Sanitar.</li> </ul>	Controlla che la Portineria abbia svolto il proprio compito: comunicazione del livello di allarme, attivazione delle chiamate a cascata, mobilità personale e allertamento Unità di Crisi.
<b>T2</b> >30'	Partecipa al Team Operativo	7. Verifica lo stato delle attività operative e le eventuali criticità non risolte.	Definisce i problemi operativi e collabora alle soluzioni.	Controllo diretto della attendibilità in collaborazione con il Team leader medico PS. e Dirigenti SIA, Tecnico Sanitario e SITRO
	Controlla le Aree MAF E NON MAF	8. Vigila sulla congruità delle aree in rapporto al numero di pazienti MAF e NON MAF.	Verifica l'effettiva evacuazione dal P.S. dei visitatori e dei pazienti non-MAF	
	Informazioni	9. Gestisce le informazioni cliniche, insieme al D.M. medico PS	Firma la scheda raccolta dati allarme 118	
<b>T2</b> >30'	Identifica e monitorizza la capacità recettiva dell'Ospedale	10. Verifica la dotazione delle apparecchiature per le necessità dei pazienti critici		Rileva e risolve le eventuali criticità
		11. Verifica la dotazione del personale presente e/o da attivare		Rileva e risolve le eventuali criticità
		12. Verifica la procedura "Gestione posti letto" e l'effettiva disponibilità di posti letto e delle risorse umane in collaborazione con il Bed Management.		Rileva e risolve le eventuali criticità
		13. Attiva CAMERE OPERATORIE o Sezioni Diagnostiche		Rileva disponibilità per posti letto in sovrannumero
<b>T2</b> >30'	Dà il cessato allarme in collaborazione con il Team leader medico PS	14. Telefona alla postazione di Via Caiazzo per attivare le chiamate a cascata per "Cessato Allarme"		Verifica le avvenute comunicazioni da parte della Portineria di via Caiazzo

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	<u>Rev. 1</u> Gennaio 2024
---	--	-------------------------------

#### 4. Infermiere Disaster Manager PS (Infermiere esperto di P.S. in turno)

TEMPI	FUNZIONI	COMPITI	MODALITA'	VERIFICA
<b>T0</b> Reazione immediata	Riceve notizia dell'allarme dal Disaster manager del PS (o Coord. provvisorio)	1. Ricevuta disposizione dal Coord. Provvisorio / D.M. medico PS, trasmette l'allarme a tutta l'area DEA.	Chiamata a cascata DEA (in allegato)	Dà comunicazione al <i>Medico Disaster manager del P.S.</i> dell'avvenuta trasmissione dell'allarme.
<b>T1</b> <30'	Attiva il Fast Triage	2. Propone al Coord. provvisorio/D.M. medico PS quale, tra gli infermieri esperti presenti, designare come Infermiere disaster manager TRIAGE 3. Attiva la consegna KIT ATRIO e KIT PAZIENTI e delle pettorine identificative MAF.	Per designazione diretta davanti agli infermieri presenti. Dà disposizioni al personale presente di andare a prendere i relativi KIT ATRIO E PAZIENTI.	Verifica periodicamente le postazione TRIAGE ed assegna eventualmente altro personale Vigila sulla giusta allocazione dei Pazienti nelle aree coinvolte
	Re-distribuisce le aree del PS	4. Predispone le aree del PS all'accoglienza del Massiccio Afflusso di Feriti.	Verifica la presenza della cartellonistica per l'utilizzo degli spazi: - FAST Triage - Aree Rossi-Gialli-Verdi MAF.	Verifica i percorsi.
	Assicura efficienza alle comunicazioni	5. Definisce il corretto utilizzo delle comunicazioni interne	Controllo diretto	Controllo efficienza comunicazioni
	Controlla evacuazione dei visitatori presenti in P.S.	6. Dà disposizioni per l' evacuazione dei visitatori presenti	Direttamente e a mezzo del personale incaricato (servizio di vigilanza)	Tutti i visitatori presenti sono stati accompagnati presso area accoglienza (ingresso Via Caiazzo)
<b>T2</b> >30'	Coordina il Personale Non Medico	7. Definisce il carico di lavoro delle postazioni	Assegna il Personale	Le risorse umane sono presenti presso tutte le postazioni
	Vigila e controlla la sicurezza degli Operatori	8. Vigila sulla sicurezza di TUTTI gli Operatori	Ispeziona le postazioni ed i singoli Operatori	Verifica l'uso dei dispositivi individuali di protezione e la messa in sicurezza dei taglienti. Supervisione del RSPP e/o suo delegato


#### Infermiere Disaster Manager P.S. (Infermiere esperto P.S. in turno)

TEAM BED MANAGEMENT

BLOCCO OPERATORIO  
IV PIANO TORRE

C.O. NCH.  
C.O. ORT.  
C.O. OFT  
C.O. GALLOZZI


PEDIATRIA D'URGENZA,  
P.S., SUB-INTENSIVA

 <p>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale <b>SANTOBONO PAUSILIPON</b></p>	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	<u>Rev. 1</u> Gennaio 2024
---	--	-------------------------------

### 5. Infermiere Disaster Manager Triage (Infermiere esperto di P.S. in turno)


TEMPI	FUNZIONI	COMPITI	MODALITA'	VERIFICA
<b>T0</b> Reazione immediata	Viene designato dal medico D.M. del PS in collaborazione con DM PS INF.	1. Individua gli Infermieri che con lui collaboreranno e ricorda ad essi le procedure da seguire.	Istruzione operativa "Accettazione ed Identificazione pazienti MAF"	Tutti gli operatori identificati conoscono e adottano l'istruzione operativa.
<b>T1</b> <30'	Attiva l'uso del KIT ATRIO e KIT PAZIENTE.	2. Distribuire KIT ATRIO E KIT PAZIENTI.	Dispone il materiale pronto all'uso	Verifica l'integrità e la completezza dei KIT ATRIO e KIT PAZIENTI
<b>T2</b> >30'	Attiva la procedura di accettazione ed identificazione pazienti MAF	3. Utilizza correttamente la numerazione di identificazione e il cellulare aziendale per i pazienti MAF. 3.1. Custodisce e consegna, su richiesta della Direzione Sanitaria e/o Organi di polizia, gli effetti personali e foto identificative dei pazienti MAF.	Curando la corretta associazione di Immagine-paziente e numero	Tutti i pazienti MAF sono stati correttamente identificati
<b>T3</b> >30'	Provvede all'esecuzione del Fast Triage	4. Eseguire il Fast Triage direttamente e/o con l'ausilio di Infermieri scelti o destinati all'Area triage	Compilazione schede FAST per tutti i pazienti e controlla materiale utile.	Tutti i Pazienti che accedono al PS, sia MAF che comuni sono stati sottoposti a triage.
	Avvia le vittime che hanno eseguito Triage alle Aree assistenziali	5. Cura il trasporto in sicurezza dei pazienti	Evidenziazione destinazione e codice colore assegnato sul mezzo di trasporto.	Vigila e controlla la giusta allocazione delle vittime nelle varie Aree di destinazione
	Vigila e controlla la sicurezza degli Operatori	6. Vigila la sicurezza dell'area assegnata e la protezione di tutto il personale	Ispeziona le postazioni triage ed i singoli Operatori	Verifica l'uso dei dispositivi individuali di protezione e la messa in sicurezza dei taglienti Supervisione del RSPP e/o suo delegato.



	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	<u>Rev. 1</u> Gennaio 2024
---	--	-------------------------------

## 6. UOC SIA

TEMPI	FUNZIONI	COMPITI	MODALITA'	VERIFICA
<b>T0</b> <b>Reazione</b> <b>immediata</b>	Si attiva dopo chiamata	1. Raggiunge l'Ospedale nei tempi utili più brevi e partecipa al Team Operativo PEIMAF Pronto Soccorso	Partecipa ai lavori con il Disaster manager del P.S. ed il Disaster manager INF. PS	Si accerta che il personale infermieristico in Pronto Soccorso sia presente in numero adeguato alle esigenze assistenziali. Interviene nel reclutare/spostare altro personale. Verifica che sia individuato il D.M. Inf PS
<b>T1</b> <b>&lt;30'</b>	Gestisce tutto il Personale del comparto, DEA e non-DEA	2. Definisce l'utilizzo del personale in base alle criticità sopraggiunte.	Verifica il turno di presenza generale del personale del comparto e rimodula le assegnazioni alle U.O. coinvolte	Controlla l'avvenuta Chiamata a cascata del personale afferente al DEA e non DEA, da parte sia del D.M. PS INF che delle altre U.O.
	Invio personale infermieristico presso Strutture MAF coinvolte	3. Sulla base delle allocazioni dei feriti verifica i contingenti infermieristici delle Strutture coinvolte ed informa il D.M. PS e D.M. RIA per l'invio di personale infermieristico presso le Strutture MAF coinvolte.	Si relaziona con il Disaster manager Medico del P.S. e RIA	Effettua sopralluoghi nei reparti coinvolti e si accerta della consistenza numerica del personale del comparto assegnato
	Coordina attività assistenziali tra DEA ed il resto dell'Ospedale	4. Rilevare le criticità organizzative	Comunica con Disaster manager Pronto Soccorso e Disaster manager RIA e DMPO	Rileva e risolve le eventuali criticità
<b>T2</b> <b>&gt;30'</b>	Gestisce i trasporti in sicurezza delle vittime MAF e NON MAF, in collaborazione con il personale OSS e personale infermieristico	5. Sovrintende alle operazioni di spostamento dei feriti e riceve informazioni dai D.M. Inf. sulla consistenza numerica del personale impegnato	Informa la DMPO	Vigila sui tempi di trasporto e risolve le eventuali criticità
	Gestisce trasporto cose e persone, in collaborazione con il responsabile delle Strutture coinvolte	6. Sovrintende alle operazioni di spostamento dei feriti e riceve informazioni dai D.M. Inf. sulla consistenza numerica di attrezzature (lettighe, sedie ecc) disponibili nel P.S., allertando la DMPO se sussistono ulteriori esigenze	Informa la DMPO	Vigila sulla consistenza delle dotazioni ed informa la DMPO

 <p>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale <b>SANTOBONO PAUSILIPON</b></p>	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	<u>Rev. 1</u> Gennaio 2024
---	--	-------------------------------

**ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA PRESA IN CARICO ED IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI  
IN PS (MASSICCIO AFFLUSSO FERITI).**

In Pronto Soccorso, la presa in carico dei pazienti MAF (Massiccio Afflusso Feriti), prevede tre fasi:

**1. IDENTIFICAZIONE ANAGRAFICA E NUMERICA DEL PAZIENTE MAF**

All'arrivo dei pazienti MAF, l'INFERMIERE DISASTER MANAGER TRIAGE designato, prima di far accedere il paziente nell'area triage, deve:

- assegnare ad ogni paziente MAF una "busta kit paziente" pre-numerata;
- posizionare al collo del paziente il laccetto di colore bianco con numero identificativo, che si trova nella busta assegnata precedentemente;
- fotografare il volto del paziente insieme al numero identificativo corrispondente.


**2. VALUTAZIONE FAST TRIAGE, metodo di triage applicabile nel contesto ospedaliero, che ci permette di:**

- eseguire una rapida valutazione sequenziale dei parametri vitali del paziente;
- identificare la priorità di trattamento attraverso l'attribuzione di un codice colore;
- stabilire i percorsi diagnostico-terapeutici.


**3. IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE MAF IN RELAZIONE AL CODICE COLORE DI PRIORITA' ASSEGNATO ED INVIO ALLE AREE ASSISTENZIALI**

Eeguire in ordine, le seguenti azioni:

1. Applicare al polso del paziente il braccialetto colorato corrispondente al codice colore attribuito, con su scritto lo stesso numero identificativo precedentemente assegnato;
2. Applicare nastro adesivo colorato corrispondente al codice colore sulla barella o carrozzina;
3. Scrivere sul nastro adesivo il numero identificativo corrispondente;
4. Posizionare vestiario e altri effetti personali, nel sacco pre-numerato presente nella busta Kit paziente;
5. Controllare la corretta compilazione della scheda triage e che tutta la documentazione contenuta nella busta precedentemente assegnata segua il paziente:
  - Scheda fast triage;
  - Scheda clinico-assistenziale;
  - Modulo richiesta per esami radiologici;
  - Modulo richiesta per esami ematici;
  - Modulo richiesta: a) sangue urgentissimo senza prove di compatibilità, b) modulo richiesta sangue urgente con prove di compatibilità, c) modulo richiesta plasma/piastrine;
6. Avviare il paziente all'area assistenziale assegnata.

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	<b>Rev. 1</b> <b>Gennaio 2024</b>
---	--	--------------------------------------

ISTRUZIONE OPERATIVA PER L'IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI MAF	
<b>Infermiere Disaster Manager TRIAGE</b> <i>(Inf. esperto designato dal Medico Disaster Manager            Coordinatore in collaborazione con l'Inf. Disaster Manager PS)</i>	<b>Infermiere Triage MAF</b> <i>(Infermiere di supporto designato            dall'Inf. Disaster Manager TRIAGE)</i>
AZIONI	AZIONI
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assegna BUSTA KIT PAZIENTE pre-numerata all'entrata del paziente in PS;</li> <li>2. Posiziona al collo del paziente il laccetto bianco con numero identificativo, contenuto nella busta Kit paziente corrispondente;</li> <li>3. Fotografa il volto del paziente insieme al numero identificativo per il riconoscimento del paziente;</li> <li>4. Consegna su disposizione della Direzione Sanitaria i sacchi degli effetti personali e le fotografie digitali.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Redige la scheda "Accettazione e triage";</li> <li>2. Registra i dati dei pazienti sulla piattaforma informatica "LIBRO MAF";</li> <li>3. Esegue FAST TRIAGE;</li> <li>4. Applica al polso del paziente braccialetto colorato pre-numerato corrispondente al codice colore attribuito e al numero identificativo;</li> <li>5. Applica nastro colorato adesivo corrispondente al codice colore sulla barella o sulla carrozzina, scrive su di esso il numero identificativo corrispondente;</li> <li>6. Posiziona vestiario ed altri effetti personali, nell'apposito sacco pre-numerato;</li> <li>7. Avvia il paziente che ha eseguito triage, con la relativa documentazione, all'area assistenziale di competenza.</li> </ol>
<b>INFERMIERI ASSEGNATI ALL'ASSISTENZA DEI PAZIENTI MAF</b> <b>ATTENZIONE</b> Durante l'assistenza del paziente fare particolare attenzione a riporre tutti gli indumenti, anche quelli danneggiati, e gli effetti personali di altro genere nel sacco effetti personali con lo stesso numero identificativo, chiuderlo con una fascetta e riporlo in stanza dedicata dell'area maxi emergenza.	

 <p style="font-size: 8px;">Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale <b>SANTOBONO PAUSILIPON</b></p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b></p> <p><b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b></p> <p><b>AFFLUSSO DI FERITI</b></p> <p><b>(PEIMAF)</b></p>	<p><u>Rev. 1</u></p> <p>Gennaio 2024</p>
---	---	--

## M.A.F.

ACCETTAZIONE E TRIAGE (P.S Accettazione)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

N. ID. MAF \_\_\_\_\_ ETA' \_\_\_\_\_ M F DATA EVENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ ORA \_\_\_\_\_

EVENTO \_\_\_\_\_ AREA \_\_\_\_\_

TRASPORTO 118 Mezzo proprio Altro \_\_\_\_\_

ALL'ARRIVO	NOTE
<input type="checkbox"/> COLLARE CERVICALE	<input type="checkbox"/> ALLERGIE
<input type="checkbox"/> SPINALE	<input type="checkbox"/> PATOLOGIE TRASMISSIBILI
<input type="checkbox"/> IMMOBILIZZATORE	<input type="checkbox"/> USTIONI
<input type="checkbox"/> AMBU/MASCHERA O2	<input type="checkbox"/> I GRADO
<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRACHEALE	<input type="checkbox"/> II GRADO
<input type="checkbox"/> DRENAGGIO PNX (Dx) (SX)	<input type="checkbox"/> III GRADO
<input type="checkbox"/> ACCESSO VENOSO PERIFERICO	ALTRO
<input type="checkbox"/> ACCESSO VENOSO CENTRALE	
<input type="checkbox"/> ACCESSO INTRA-OSSEO	
<input type="checkbox"/> BENDAGGIO COMPRESSIVO	
<input type="checkbox"/> FASCIA ISCHEMICA / TOURNIQUET	
<input type="checkbox"/> INFUSIONE LIQUIDI	
<input type="checkbox"/> SONDINO NASO-GASTRICO	
<input type="checkbox"/> CATETERE VESCICALE	
<input type="checkbox"/> RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE	

### TRIAGE

STEP	PARAMETRI	LIMITI			VALORE	V	G	R
		NON CRITICO	SUB-CRITICO	CRITICO				
1	Pervietà vie aeree							
2	Ventilazione ridotta laterale							
	Frequenza respiratoria							
	Enfisema sottocutaneo							
3	Ossimetria periferica (SpO2)							
4	Frequenza cardiaca							
5	Pressione arteriosa sistolica							
6	Emorragia incontrollata							
7	Stato neurologico AVPU							

A: Vigile e parla    V: Occhi chiusi ma risponde agli stimoli    P: Risponde solo al dolore    U: Incosciente

**NOTE:**

Operatore del Triage \_\_\_\_\_



**PROCEDURA AZIENDALE**  
**PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO**  
**AFFLUSSO DI FERITI**  
**(PEIMAF)**

Rev. 1  
Gennaio 2024

**M.A.F.**

SCHEMA CLINICO – ASSISTENZIALE (P.S. Accettazione)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

N. ID. MAF \_\_\_\_\_ ETA' \_\_\_\_\_  M  F DATA EVENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ ORA \_\_\_\_\_


EVENTO \_\_\_\_\_ AREA \_\_\_\_\_

**ANAMNESI /ESAME OBIETTIVO**

- Terapia \_\_\_\_\_  Patologie trasmissibili \_\_\_\_\_
- Emorragie (Sede) \_\_\_\_\_  Allergie \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

ATTIVITA' INFERMIERISTICHE	ATTIVITA' MEDICHE	RICHIESTE																																																								
<input type="checkbox"/> COLLARE CERVICALE <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> SPINALE <input type="checkbox"/> IMMOBILIZZATORI ARTI <input type="checkbox"/> MONITOR SPO2 / ECG / PA <input type="checkbox"/> BENDAGGIO COMPRESSIVO <input type="checkbox"/> FASCIA ISCHEMICA / TOURNIQUET <input type="checkbox"/> ACCESSO VENOSO PERIFERICO <input type="checkbox"/> ROUTINE EMATICA <input type="checkbox"/> EMOGASANALISI <input type="checkbox"/> SONDINO NASO-GASTRICO <input type="checkbox"/> CATETERE VESCICALE <input type="checkbox"/> INFUSIONE LIQUIDI <input type="checkbox"/> COPERTA TERMICA <input type="checkbox"/> MEDICAZIONI	<input type="checkbox"/> INTUBAZIONE TRACHEALE <input type="checkbox"/> MASCHERA LARINGEA <input type="checkbox"/> DRENAGGIO TORACICO <input type="checkbox"/> VENA CENTRALE <input type="checkbox"/> ACCESSO INTRA-OSSEO <input type="checkbox"/> VALUTAZIONE NEUROLOGICA <input type="checkbox"/> PREV. IPOTERMIA <input type="checkbox"/> SUTURE ALTRO: _____	<input type="checkbox"/> SANGUE URGENTE N. _____ <input type="checkbox"/> SANGUE URGENTISSIMO N. _____ <input type="checkbox"/> PLASMA N. _____ <input type="checkbox"/> PIASTRINE N. _____ <input type="checkbox"/> ALTRO _____  <b>CONSULENZE</b> <input type="checkbox"/> CHIRURGICA <input type="checkbox"/> ORTOPEDICA <input type="checkbox"/> NEUROCHIRURGICA <input type="checkbox"/> ALTRO _____  <b>DIAGNOSTICA</b> <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> TAC Total - body <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> ECO-CARDIO <input type="checkbox"/> ALTRO _____																																																								
FARMACI SOMMINISTRATI	PARAMETRI VITALI	DIAGNOSI																																																								
<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">h.</th> <th style="width: 10%;">PAS</th> <th style="width: 10%;">FC</th> <th style="width: 10%;">SO2</th> <th style="width: 10%;">FR</th> <th style="width: 10%;">TC</th> <th style="width: 10%;">GCS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	h.	PAS	FC	SO2	FR	TC	GCS																																																		_____ <b>DESTINAZIONE</b> <input type="checkbox"/> Blocco Operatorio <input type="checkbox"/> Ricovero <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Trasferito <input type="checkbox"/> Deceduto
h.	PAS	FC	SO2	FR	TC	GCS																																																				

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO PER IL MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI</b> <b>(PEIMAF)</b>	<u>Rev. 1</u> Gennaio 2024
---	--	-------------------------------

#### 14. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità delle singole attività verranno indicate di volta in volta nelle varie fasi.

Descrizione dell'attività	Dir.PS/ Medico PS	Disaster Manager	DMPO	Infer.PS	Medici altre UU.OO.	Unità di crisi	Referenti Aree di PS
Progettazione PEIMAF	R	C	R	C			
Attivazione PEIMAF	R	C	C	I	I		I
Allertamento personale presente	R			C	I		
Nomina Disaster Manager	R	C	I	I	I		I
Attivazione Unità di Crisi	C	C	R			I	
Definizione dei ruoli e dei compiti	I	C	C	I	I	I	I
Definizione dei percorsi per il trattamento ed il ricovero delle vittime	I	C	C	I	C	C	I
Comunicazione operatività del P.S. al 118	I	I	I	I	I	I	I
Gestione delle informazioni	C	C	C	C	C	C	C
Gestione comunicazioni con l'esterno		C	R			R	
Normalizzazione / Fine emergenza	I	C	R	I	I	C	C
Revisione PEIMAF	C	R	C	C	C	C	C

Legenda: R = responsabile C = coinvolto I = informato