

 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p><b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b></p>	<p><b>ASL BR</b></p>
--	--	----------------------

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

<p><b>REDAZIONE</b></p>	<p><b>GRUPPO DI LAVORO</b>  <b>Dott. Nicola Carlucci</b>  Direttore UOC Medicina d’Emergenza-Urgenza PO “A. Perrino” di Brindisi  <b>Dott. Antonietta Sarli</b>  Direttore UOC Medicina d’Emergenza-Urgenza PO “D. Camberlingo” di Francavilla Fontana  <b>Dott. Domenico Lorenzo Urso</b>  Direttore UOC Medicina d’Emergenza-Urgenza PO di Ostuni  <b>Dott. Massimo Calò</b>  Direttore UOC Anestesia e Rianimazione PO “A. Perrino” di Brindisi  Coordinatore Blocco Operatorio PO “A. Perrino” di Brindisi  <b>Dott. Pietro Fedele</b>  Direttore UOC Anestesia e Rianimazione PO “D. Camberlingo” di Francavilla F.  Coordinatore Blocco Operatorio PO “D. Camberlingo” di Francavilla F.  <b>Dott. Giuseppe Manca</b>  Direttore Dipartimento Chirurgico  <b>Dott.ssa Mariangela Barletta</b>  Direttore Vicario UOC Medicina Interna PO “A. Perrino” di Brindisi  <b>Dott.ssa Teresa Calamia</b>  Direttore UOC Farmacia  <b>Dott. Angelo Santoro</b>  Direttore Dipartimento Medicina di Laboratorio  <b>Dott.ssa Elisa Muscogiuri</b>  Direttore UOC Radiodiagnostica PO “A. Perrino” di Brindisi  <b>Dott. Alessandro Anglani</b>  Direttore UOC Radiodiagnostica PO “D. Camberlingo” di Francavilla Fontana  <b>Dott.ssa Maria Antonietta Miccoli</b>  Direttore Servizio Immunotrasfusionale  <b>Ing. Sergio Maria Rini</b>  Direttore Area Gestione Tecnica  <b>Dott.ssa Sabrina Leonardi</b>  Dirigente Medico Direzione Medica PO “A. Perrino” di Brindisi  <b>Dott. Domenico Urso</b>  Dirigente Medico Direzione Medica PO “D. Camberlingo” di Francavilla F.  <b>Dott. Francesco Paolo Lisena</b>  Direttore Medico PO Ostuni  <b>Dott.ssa Francesca Francioso</b>  Dirigente Medico Direzione Medica PO Ostuni  <b>Dott. Ignazio Buonsanto</b>  Direttore Amministrativo PO “A. Perrino” di Brindisi  <b>Dott. Andrea Chiari</b>  Direttore Amministrativo PO “D. Camberlingo” di Francavilla F.  <b>Dott. Pasquale Prisco</b></p>
-------------------------	---

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO  AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

	<p>Incaricato di Funzione UOC Medicina d’Emergenza-Urgenza PO “A. Perrino” di Brindisi  <b>Dott. Piero Molendini</b></p> <p>Incaricato di Funzione UOC Medicina d’Emergenza-Urgenza PO “D. Camberlingo” di Francavilla F.  <b>Dott.ssa Rosella Gentile</b></p> <p>Incaricato di Funzione UOC Anestesia e Rianimazione PO “A. Perrino” di Brindisi  <b>Dott.ssa Paola De Biasi</b></p> <p>Incaricato di Funzione Blocco Operatorio PO “A. Perrino” di Brindisi  <b>Dott. Cosimo Taurisano</b></p> <p>Incaricato di Funzione UOC Anestesia e Rianimazione e Blocco Operatorio PO “D. Camberlingo” di Francavilla F.  <b>Dott. Giuseppe Sgura</b></p> <p>Incaricato di Funzione Direzione Medica PO “A. Perrino” di Brindisi  <b>Dott. Antonio Di Bella</b></p> <p>Incaricato di Funzione Direzione Medica PO “A. Perrino” di Brindisi  <b>Dott.ssa Debora Verrienti</b></p> <p>Incaricato di Funzione Direzione Medica PO “D. Camberlingo” di Francavilla F.</p>
<b>VERIFICA</b>	<p><b>Dott.ssa Stefania Bello</b>  Dirigente Medico - UOSD Gestione Rischio Clinico – ASL Brindisi</p> <p><b>Dott. Gino Elia</b>  Dirigente Medico - UOSD Gestione Rischio Clinico – ASL Brindisi</p> <p><b>Dott. Giuseppe Lecce</b>  Dirigente Medico - UOSD Gestione Rischio Clinico – ASL Brindisi</p> <p><b>Dott.ssa Francesca Caputo</b>  Dirigente Medico – Direzione Sanitaria – ASL Brindisi</p> <p><b>Dott.ssa Serena Pennetta</b>  Dirigente Medico – Direzione Sanitaria – ASL Brindisi</p> <p><b>Dott. Antonio Ariano</b>  Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale</p> <p><b>Dott.ssa Adelina Usai</b>  Responsabile UOSD Coordinamento Dirigenza Professioni Sanitarie – ASL Brindisi</p>
<b>VALIDAZIONE</b>	<p><b>Dott. Massimo Leone</b>  Direttore Dipartimento Emergenza – Urgenza ASL Brindisi</p> <p>Direttore 118 Brindisi</p> <p><b>Collegio di Direzione</b></p>
<b>AUTORIZZAZIONE</b>	<p><b>Dott. Maurizio De Nuccio</b>  Direttore Generale ASL Brindisi</p> <p><b>Dott. Vincenzo Gigantelli</b>  Direttore Sanitario ASL Brindisi</p> <p><b>Avv. Loredana Carulli</b>  Direttore Amministrativo ASL Brindisi</p>

### STATO DELLE REVISIONI

REV. N.	SEZIONI REVISIONATE	MOTIVAZIONE REVISIONE	DATA
Versione 1.0			03/05/2024

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO  AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

## Sommario

Sommario.....	3
1. INTRODUZIONE.....	4
2. SCOPO E OBIETTIVI .....	4
3. DESTINATARI E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4. PIANO DELLE COMUNICAZIONI E RESPONSABILITÀ .....	5
4.1 COMUNICAZIONE STATO DI ALLARME .....	5
4.2 CRONOPROGRAMMA DEGLI INTERVENTI.....	6
5. FASE OPERATIVA .....	8
5.1 COMPITI E FUNZIONI DEL TEAM OPERATIVO PEIMAF E DEI SINGOLI COMPONENTI.....	9
5.2 COMPITI E FUNZIONI DEL COMITATO DI EMERGENZA DI PRESIDIO E DEI COMPONENTI.....	13
5.3 COMPITI E FUNZIONI DELL'UNITA' DI CRISI AZIENDALE (UCA) E SUOI COMPONENTI .....	16
6. ACCETTAZIONE E PROCEDURA DI IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI MAF .....	18
7. COMUNICAZIONE IN CASO DI BLACK OUT.....	19
8. LA SURGE CAPACITY.....	19
9. LIVELLI DI ATTIVAZIONE E ALERTAMENTO .....	23
10. POSTO MEDICO AVANZATO (P.M.A.).....	24
11. TRIAGE INTRAOSPEDALIERO E FAST TRIAGE.....	25
12. RISCHIO N.B.C.R. ....	26
13. LA FORMAZIONE DEL PERSONALE .....	27
14. MONITORAGGIO .....	27
15. SEGNALAZIONE DI EVENTI SENTINELLA/EVENTI AVVERSI/NEAR MISS.....	28
ALLEGATO 1 – SCHEDA RACCOLTA DATI ALLARME MAXI-EMERGENZA .....	29
ALLEGATO 2 – CATENA DI ATTIVAZIONE DEL PEIMAF .....	30
ALLEGATO 3 - SCHEDA ACCETTAZIONE E TRIAGE GENERALITA' PAZIENTE .....	31
ALLEGATO 4 - SCORTE, PRESIDI, KIT PAZIENTE E KIT ATRIO .....	32

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	---	---------------

## 1. INTRODUZIONE

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

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

La redazione del piano contempla l'insieme delle procedure operative d'intervento da attuarsi nel caso si verifichi una maxi-emergenza e rappresenta lo strumento che consente di coordinare i soccorsi, a tutela sia delle persone presenti, sia dei lavoratori, al fine di mantenere livelli di assistenza efficaci ed efficienti anche in occasione di situazioni di emergenza straordinarie interne od esterne alla struttura ospedaliera.

Il piano è "flessibile" per essere utilizzato in tutte le emergenze, incluse quelle impreviste, e semplice in modo da divenire rapidamente operativo. La preparazione del personale, tramite l'attivazione di corsi di formazione specifici, nonché la messa in atto di simulazioni ed esercitazioni pratiche presso l'area Pronto Soccorso, permetteranno di validare i contenuti del piano e di valutare le capacità gestionali ed operative del personale in servizio nella struttura ospedaliera.

## 2. SCOPO E OBIETTIVI

L'Ospedale, in caso di disastro o di maxi-emergenza di altra natura, rappresenta l'ultimo anello della catena dei soccorsi e deve funzionare, nonostante tutto, attraverso un'attenta gestione delle risorse disponibili.

Il P.E.I.M.A.F. (Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso di Feriti) è il documento che:

- assegna le responsabilità;
- prevede come coordinare le azioni;
- descrive le relazioni fra strutture diverse;
- predispone l'organizzazione per la protezione delle persone presenti e dei lavoratori;
- identifica il personale, le competenze, le procedure e le risorse disponibili da mettere in atto delle operazioni di risposta.

## 3. DESTINATARI E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Piano si applica in tutte le UUOO di Medicina d'Emergenza-Urgenza della ASL Brindisi (PO "A. Perrino", PO "D. Camberlingo", PO di Ostuni) durante le fasi del percorso assistenziale nelle condizioni di massiccio afflusso di feriti e coinvolge tutte le altre UUOO dei tre presidi nella gestione intraospedaliera.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	---	---------------

Esso è rivolto a tutti gli operatori coinvolti, a vario titolo, nell'assistenza ai pazienti che accedono alle UUOO di Medicina d'Emergenza-Urgenza.

#### 4. PIANO DELLE COMUNICAZIONI E RESPONSABILITÀ

I NUMERI DELL' EMERGENZA			
Emergenza sanitaria – numero unico NUE	<b>112</b>		
I NUMERI DELL'EMERGENZA INTERNA			
	<b>PO "A. Perrino" Brindisi</b>	<b>PO "D. Camberlingo" Francavilla F.</b>	<b>PO Ostuni</b>
CENTRALINO	0831 537111	0831 851111	0831 309111
PRONTO SOCCORSO - AREA ROSSA	0831 537773	0831 851285 Linea interna 0831 841410 Linea esterna	0831 309258 0831 309216
PRONTO SOCCORSO - TRIAGE	0831 537510		
ANESTESIA - RIANIMAZIONE	0831 837610 0831 537288  Servizio Emergenza-Urgenza Rianimazione 3356322727 3357543705	0831 851337	0831 309426 0831 309424 0831 309320

#### 4.1 COMUNICAZIONE STATO DI ALLARME

Il Medico di Pronto Soccorso in turno (il più esperto in maxi-emergenze), ricevuto l'allarme e valutato l'evento e la sua entità, allerta il Direttore del Pronto Soccorso e il Medico di Direzione Medica di Presidio in turno/reperibile, compila la scheda di raccolta dei dati e la sottoscrive congiuntamente al Medico di Direzione di Presidio di turno (vedi **Allegato 1**).

Il Medico di Direzione Medica di Presidio in turno/reperibile, ricevuta la conferma dal Medico Team Leader/Direttore di Pronto Soccorso, valuta le condizioni necessitanti l'attivazione del PEIMAF e allerta gli altri organi come meglio declinato nel cronoprogramma degli interventi.

Obiettivo della comunicazione di allarme è che, previa attivazione dell'UCA, tutte le UU.OO. ed articolazioni aziendali siano informate in 15-20 minuti rendendo possibile effettuare le procedure operative nei successivi 15-20 minuti.

Contenuto della telefonata: *"questa non è una esercitazione, è in atto una maxi-emergenza di livello 1 (o 2, o 3), eseguire il protocollo corrispondente, non usare il telefono se non per assoluta urgenza"*.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	---	---------------

È necessario che i singoli Coordinatori/Referenti del Personale di Comparto (Preposti) abbiano a disposizione l'elenco del Personale afferente alla propria Unità Operativa con i relativi recapiti telefonici, in base ad un criterio di vicinanza al Presidio Ospedaliero.

I numeri di cellulare dei Direttori/Vicari sono inseriti in una scheda-check list che è affidata in busta chiusa sigillata al personale del centralino, che provvede ad aprirla solo su ordine del Direttore/Dirigente Medico della DM PO in caso di attivazione del PEIMAF.

Si raccomanda, inoltre, che ciascun Direttore/Responsabile di UO comunichi alla propria Direzione Medica di PO e al Centralino Aziendale ogni eventuale cambiamento/aggiornamento delle utenze telefoniche (cellulari) del personale della propria UO.

#### **4.2 CRONOPROGRAMMA DEGLI INTERVENTI**

Alla definizione dello stato di allarme (maxi-emergenza in atto), sono individuate, per ogni posizione funzionale, le rispettive posizioni operative secondo lo schema proposto all'**Allegato 2**.

#### **FASE 0-30 MINUTI**

L'emergenza viene attivata su comunicazione del Medico del Pronto Soccorso e/o della Centrale Operativa 118 attivata dalla Centrale Operativa NUE 112 o della Prefettura/Protezione Civile o da parte di altre fonti istituzionali.

<b>FORMAZIONE TEAM OPERATIVO PEIMAF PRONTO SOCCORSO</b>	
a) Team Leader Medico P.S.*	<b>Medico Coord. Disaster Manager P.S.</b>
b) Infermiere esperto di P.S. / Incaricato di Funzione	<b>Infermiere Disaster Manager P.S.</b>
c) Infermiere referente di area Triage	<b>Infermiere Disaster Manager Triage</b>
d) Medico Anestesista Rianimatore	<b>Rianimatore Disaster Manager codici R/AR</b>
e) Medico di Direzione Medica di turno/reperibile	<b>Medico Hospital Disaster Manager (HDM)</b>
f) Coordinatore/Infermiere di Direzione Medica	<b>Coordinatore/Infermiere Disaster Manager</b>

\*In attesa dell'arrivo in Ospedale del Medico di Direzione Medica e del Direttore del PS o suo delegato (che coordina il team operativo PEIMAF Pronto Soccorso), il Team Leader Medico PS assume le decisioni.

Qualora il Medico di Direzione Medica di Presidio in turno/reperibile, raccolte tutte le informazioni circa l'evento, ritenga necessario attivare il PEIMAF, attiva il COMITATO di EMERGENZA di PRESIDIO e allerta la Direzione Strategica (nella persona del Direttore Sanitario Aziendale). Il Medico di Direzione Medica in turno/reperibile, quindi, prende le funzioni dell'Hospital Disaster Manager (HDM) sino all'arrivo sul posto del Direttore Medico di Presidio o suo vicario.

Su disposizione della Direzione Strategica viene attivata l'UCA dallo stesso Hospital Disaster Manager.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	---	---------------

## **ATTIVAZIONE DEL COMITATO DI EMERGENZA di PRESIDIO**

Il Comitato di Emergenza di Presidio rappresenta il nucleo decisionale sia nella fase di preparazione che nella fase operativa della maxi-emergenza. La lista dei componenti del Comitato è costantemente aggiornata, ed è sempre disponibile nella Segreteria della Direzione Medica di Presidio. La sede di prima convocazione e di insediamento è nella Direzione Medica del Presidio ove è situato il Pronto Soccorso principale, sede del maggior afflusso di feriti. Dispone di tutti gli ausili di segreteria per essere operativa (duplice linea telefonica esterna e interna, fax, PC in rete con applicativi informatici aziendali e regionali, fotocopiatori). Il Comitato deve disporre di documenti reperibili presso la segreteria quali: copia del presente Piano, planimetrie degli ospedali, elenco dei numeri telefonici utili.

### **Il Comitato di Emergenza di Presidio è composto da:**

- Direttore Medico di Presidio o suo delegato (con funzioni di coordinamento, definito anche Hospital Disaster Manager);
- Direttore Pronto Soccorso o suo delegato;
- Direttore Anestesia e Rianimazione o suo delegato;
- Direttore Amministrativo di Presidio o suo delegato;
- Direttore di Farmacia o suo delegato;
- Direttori/Responsabili delle UU.OO. di Area Medica e Chirurgica o loro delegati;
- Direttore Servizio Immunotrasfusionale o suo delegato;
- Direttore Servizio Patologia Clinica o suo delegato;
- Direttore Servizio di Radiologia o suo delegato.

I componenti del Comitato di Emergenza di Presidio allertati, ove ve ne sia necessità, si recano il prima possibile presso la Direzione Medica di Presidio, assicurando il contatto continuo con i rispettivi Direttori di Dipartimento (Componenti dell'Unità di Crisi Aziendale) per un costante aggiornamento e monitoraggio dell'emergenza.

## **FASE >30 MINUTI**

### **ATTIVAZIONE DELL'UNITÀ DI CRISI AZIENDALE (UCA)**

L'UCA viene attivata dall'Hospital Disaster Manager (HDM) su disposizione della Direzione Strategica, che congiuntamente al Comitato di Emergenza di Presidio decide i Componenti che devono essere coinvolti in base alla tipologia dell'emergenza in atto.

È così costituita:

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO  AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

UNITÀ DI CRISI AZIENDALE (UCA)
Direttore Generale
Direttore Sanitario (che lo coordina)
Direttore Amministrativo
Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza
Responsabile UOSD Servizio di Prevenzione e Protezione
Direttore Area Gestione Tecnica
Direttore del Dipartimento Farmaceutico/UOC Farmacia

L'UCA può avvalersi del supporto delle seguenti figure che saranno contattate telefonicamente:

Direttore del Dipartimento OERR
Direttore del Dipartimento di Area Medica
Direttore del Dipartimento di Area Chirurgica
Direttore del Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale
Responsabile UOSD Coordinamento Professioni Sanitarie
Responsabile Blocco Operatorio
Responsabile UOSD Gestione del Rischio Clinico
Responsabile Comunicazione Istituzionale

## 5. FASE OPERATIVA

Tutti i soggetti coinvolti nella maxi-emergenza dovranno seguire compiti e procedure predefiniti.

Al fine di garantire una risposta immediata, la prima risposta sanitaria all'evento sarà fornita dagli operatori già presenti in Ospedale e dai reperibili.

Pertanto nella primissima fase gli attori sono:

- il Medico del PS in turno più esperto in maxi-emergenza, che assumerà temporaneamente la funzione di Coordinatore dei Soccorsi (Team Leader Medico PS) nell'attesa dell'arrivo del Direttore del PS o suo delegato;
- l'Infermiere esperto di PS o, qualora presente, l'Incaricato di Funzione;
- l'Infermiere esperto di area Triage;
- il Rianimatore in turno.

**IL PERSONALE GIA' IN SERVIZIO E IL PERSONALE RAGGIUNTO DA "CHIAMATA A CASCATA" È  
COMANDATO IN SERVIZIO FINO A NUOVA DISPOSIZIONE**



 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO  AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

### **Attivazione sistema di “chiamata a cascata”**

Il personale viene convocato con il sistema di chiamata a cascata e per mezzo del Centralino Aziendale. Questo sistema evita che alcune persone vengano allertate più volte mentre altre non vengano chiamate affatto.

La procedura delle chiamate a cascata viene innescata dal coordinatore dei soccorsi e dal Medico di Direzione di PO/Direttore Medico di PO (qualora già presente in sede) e con funzioni di Hospital Disaster Manager (HDM) secondo lo schema sequenziale riportato in **Allegato 2**.

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

**“Questa non è un’esercitazione.  
È IN ATTO UNA MAXI-EMERGENZA ED È STATO ATTIVATO IL PIANO PER GESTIRLA.  
Non usare il telefono se non per assoluta urgenza.”**

**Ogni richiesta di ulteriori informazioni deve essere EVITATA.**

## **5.1 COMPITI E FUNZIONI DEL TEAM OPERATIVO PEIMAF E DEI SINGOLI COMPONENTI**

### **A. TEAM OPERATIVO PEIMAF DI PRONTO SOCCORSO**

1. il medico di Pronto Soccorso in turno più esperto in maxi-emergenze, ricevuto l’allarme e valutato l’evento e la sua entità, procede all’attivazione della cascata che porta alla attivazione del Team Operativo PEIMAF di Pronto Soccorso;
2. il medico di Pronto Soccorso in turno più esperto in maxi-emergenze compila la scheda di raccolta dei dati e la sottoscrive congiuntamente al Medico di Direzione di Presidio di turno per discuterla con il Team allertato;
3. il Medico di Direzione di Presidio o il Direttore Medico di Presidio (qualora già presente in sede), esaminata la scheda (vedi **Allegato 1**) e ricevute le informazioni aggiornate, nonché anche previa consultazione del Team Operativo, decide di attivare il PEIMAF, e attiva il Comitato di Emergenza di Presidio e allerta la Direzione Strategica Aziendale per l’eventuale attivazione dell’Unità di Crisi Aziendale;
4. Il Team termina la sua funzione.

### **A.1 Medico di PS in turno esperto in maxi-emergenze (Medico Coordinatore dei Soccorsi, fino all’arrivo del Direttore del PS)**

#### **CASACCA ROSSA**

1. attiva le chiamate a cascata per l’attivazione del Team Operativo;
2. compila la scheda di raccolta dei dati e la sottoscrive congiuntamente al Medico di Direzione di Presidio di turno per discuterla con il Team allertato;
3. attiva i reperibili medici ed infermieri di PS per il tramite del Centralino;

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	---	---------------

4. negli orari in cui non vi sono reperibili, per il tramite del Direttore e Incaricato di Funzione del PS, chiederà ai medici e al personale del comparto in servizio nel turno successivo di anticipare l'arrivo; in caso di mancata risposta, per il tramite del Direttore e Incaricato di Funzione del PS, verranno chiamati i medici o il personale del comparto in riposo o in ferie;
5. allerta il rianimatore di turno, che dopo aver allertato il suo Direttore/Responsabile e i reperibili (medico, infermiere e se possibile personale di supporto infermieristico) si recherà in PS sino al momento in cui non arriveranno i medici di pronto soccorso allertati, al fine di rafforzare la presenza contemporanea di più medici;
6. individua l'Infermiere Esperto di Triage e di Sala tra quelli in turno sulla base dell'esperienza professionale;
7. organizza l'attività del personale già presente ed assegna i compiti al personale in servizio;
8. appena avuta conferma dal Team della necessità di attivazione del PEIMAF, informa tutti gli utenti già presenti in PS e sala d'attesa della condizione di maxi-emergenza, invita a mantenere la calma ed a rivolgersi al proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta o al Servizio di Continuità Assistenziale del Comune di residenza, in caso di patologie non gravi;
9. verifica gli spazi di accettazione e, se necessario, individua e fa attivare l'area di accettazione dei feriti separata dall'accettazione ordinaria;
10. individua l'area rossa, arancione, azzurra, verde, area osservazione, area deceduti;
11. verifica le scorte dei farmaci, presidi e attrezzature specifiche per il tramite del personale infermieristico in turno;
12. fa ricognizione della capacità recettiva del Pronto Soccorso e la comunica alla Direzione Medica di Presidio entro la 1°, 2° e 6° ora;
13. mantiene i rapporti con il Comitato di Emergenza di Presidio con periodico aggiornamento circa il numero, natura e gravità dei feriti, nonché fornisce informazioni sul quadro generale della situazione.

#### **A.2 Direttore di Pronto Soccorso o suo Vicario delegato (Coordinatore dei soccorsi)**

##### **CASACCA BLU**

1. appena giunto in Pronto Soccorso, assume il ruolo di Coordinatore dei Soccorsi;
2. verifica le disposizioni di cui ai punti 3, 5, 6, 8, 9 e subentra nelle funzioni 11 e 12 del Medico Esperto di PS in turno;
3. appena possibile si reca nella sede del Comitato di Emergenza di Presidio.

#### **A.3 Infermiere esperto di Sala di Pronto Soccorso in turno**

##### **CASACCA VERDE**

1. Coadiuvare il Medico Esperto di PS prima ed il Coordinatore dei Soccorsi dopo;
2. modula le aree di sala per la gestione dei pazienti;
3. reperisce e fa sistemare, se non ancora fatto, i presidi sanitari per la gestione della maxi-emergenza nelle sale di pronto soccorso;

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	---	---------------

4. supervisiona il personale infermieristico e di supporto delle Sale di Pronto Soccorso nella gestione assistenziale e documentale dei pazienti, fino all'arrivo dell'Incaricato di Funzione di PS.

#### **A.4 Infermiere Referente dell'Area Triage o suo delegato**

##### **CASACCA BIANCA**

1. Allerta l'Incaricato di Funzione del PS informandolo dell'evento;
2. Coadiuvata il Medico Esperto di PS prima ed il Coordinatore dei Soccorsi dopo;
3. gestisce i materiali e i kit di emergenza, disponendo la consegna del Kit Atrio e del Kit Paziente ed il loro uso, avvalendosi del personale di supporto;
4. modula l'area triage per l'accoglienza e la gestione dei pazienti;
5. reperisce e fa sistemare, se non ancora fatto, i presidi sanitari per la gestione della maxi-emergenza in area triage;
6. verifica la corretta applicazione del Sistema FAST-Triage;
7. supervisiona il personale infermieristico e di supporto dell'area triage nella gestione assistenziale e documentale dei pazienti, fino all'arrivo dell'Incaricato di Funzione di PS;

#### **A.5. Incaricato di Funzione di Pronto Soccorso**

##### **CASACCA GIALLA**

1. verifica le disposizioni di cui ai punti 3, 5, 6, 8, 9 e subentra alle funzioni 10 e 11 del Medico Esperto di PS in turno;
2. verifica l'area triage per l'accoglienza e le aree di sala per la gestione dei pazienti;
3. coordina tutte le attività di Pronto Soccorso insieme al Direttore Medico di PS;
4. verifica la gestione dei materiali e dei kit di emergenza (Kit Atrio e Kit Paziente);
5. reperisce e fa sistemare, se non ancora fatto, i presidi sanitari per la gestione della maxi-emergenza in sala di pronto soccorso;
6. supervisiona il personale infermieristico e di supporto delle Sale di Pronto Soccorso nella gestione assistenziale e documentale dei pazienti;
4. se necessario, quando possibile, si reca nella sede del Comitato di Emergenza di Presidio.

#### **A.6. Medico Rianimatore in turno**

1. allerta il Direttore UO Rianimazione;
2. allerta il personale medico in servizio presso la UO Rianimazione e, sentito il Direttore della UO, i reperibili medici;
3. partecipa alla compilazione della scheda di raccolta dei dati da parte del medico esperto in turno in PS per poi discuterla con il Team allertato;
4. verifica le attività da 1 a 10 del Medico Esperto di PS in turno.

#### **A.7. Medico di Direzione di Presidio in turno o reperibile**

1. allerta il Direttore Medico di Presidio e l'Incaricato di Funzione di Direzione Medica di Presidio;

 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p><b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b></p>	<p><b>ASL BR</b></p>
--	--	----------------------

2. verifica la reale attendibilità dell'allarme mediante contatto telefonico con il 118 o altre istituzioni ed assume informazioni circa le caratteristiche della maxi-emergenza (causa e numero probabile di vittime);
3. compila la scheda di raccolta dei dati e la sottoscrive congiuntamente al medico di PS in turno esperto di maxi-emergenze, per discuterla con il Team allertato;
4. verifica le attività da 1 a 10 del Medico Esperto di PS in turno;
5. provvede, su disposizione del Direttore Medico di Presidio, ai punti 6, 7, 8, 11 delle funzioni di quest'ultimo e sovrintende alle funzioni dell'Incaricato di Funzione della Direzione Medica di Presidio per quanto di competenza.

#### **A.8. Direttore Medico di Presidio o suo Vicario (Coordina il Comitato di Emergenza di Presidio)**

1. verifica la reale attendibilità dell'allarme mediante contatto telefonico con il 118 o altre istituzioni ed assume informazioni circa le caratteristiche della maxi-emergenza (causa e numero probabile di vittime);
2. conferma l'attivazione del piano di emergenza in caso di livello 2 e 3;
3. convoca per il tramite del Centralino tutte le figure dirigenziali e non, necessarie a fronteggiare l'emergenza in funzione della tipologia dell'evento che si può verificare (Comitato di Emergenza di Presidio e figure di supporto);
4. allerta, per il tramite della Direzione Sanitaria Aziendale, l'Unità di Crisi Aziendale (UCA) e comunica lo stato di emergenza a tutti i Componenti;
5. individua nel Direttore di ciascuna U.O. o Servizio il referente per l'emergenza di quell'area di ricovero o servizio;
6. adotta i provvedimenti per supportare l'emergenza in termini di risorse ulteriori (umane tecnologiche- trasporti-materiale di consumo- presidi- farmaci ecc.), previa autorizzazione dell'UCA;
7. definisce, supportato dall'Incaricato di Funzione della Direzione Medica di Presidio, le necessità di personale medico/infermieristico/OSS/Ausiliario compreso quello della Sanitaservice e la destinazione in considerazione delle risorse reperite e delle priorità di impiego;
8. verifica la disponibilità dei posti letto alla 1°, 2°, 6° ora per il tramite dei Direttori ed Incaricati di Funzione delle UU.OO. e con il coinvolgimento del personale infermieristico in turno;
9. richiede il trasferimento di pazienti dalle Terapie Intensive verso reparti a minor intensità di cure, laddove possibile;
10. richiede il coinvolgimento dell'UCA per il trasferimento di pazienti non critici verso altri Presidi/ASL/Aziende Ospedaliere e Case di Cura private convenzionate non coinvolti nell'emergenza;
11. vigila sul reperimento, da parte della UO Farmacia e del Dipartimento Farmaceutico, dei farmaci e dei presidi necessari, materiali di consumo, potenziamento delle forniture in service con la collaborazione del Direttore UOC Farmacia;
12. fa applicare la rimodulazione (riduzione o sospensione) dell'attività assistenziale di ricovero programmato, di sala operatoria in elezione e dell'attività ambulatoriale (consulenze, diagnostica

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	---	---------------

per immagini, diagnostica di laboratorio) sino al rientro della situazione di emergenza all'interno del Presidio di propria competenza, come stabilito dall'UCA;

13. mantiene i contatti con la Centrale Operativa 118 o altre istituzioni, per il tramite dell'UCA;
14. riceve dal Coordinatore dei Soccorsi (Direttore UOC Pronto Soccorso) costanti aggiornamenti della situazione;
15. coordina l'attività del Comitato di Emergenza di Presidio;
16. comunica al Centralino la cessazione dell'allarme ricevuta dall'UCA per la successiva comunicazione alle UUOO.

**L'intero staff della Direzione Ospedaliera, qualora necessario, può essere richiamato in servizio.**

#### **A.9. Incaricato di Funzione Direzione Medica di Presidio**

1. collabora col Direttore Medico di Presidio alle attività di cui ai punti 6, 7, 8 e 11 suddette;
2. allerta/collabora con l'Incaricato di Funzione del Blocco Operatorio, della Sterilizzazione e delle UUOO;
3. collabora al coordinamento dell'attività infermieristica e tecnica secondo le priorità;
4. si raccorda con i coordinatori delle degenze per la ricognizione dei posti letto disponibili alla 1°, 2° 6° ora;
5. si raccorda con i referenti delle ditte per il fabbisogno di forniture straordinarie (pulizie-biancheria-pasti-trasporti);
6. si raccorda per la gestione delle attività di trasporto paziente da parte di mezzi aziendali e società private;
7. allerta i necrofori per la verifica del numero di celle frigo libere e posti salma.

**Sarà cura delle ditte affidatarie del servizio di pulizie e del servizio di ristorazione garantire il normale svolgimento delle attività, stante l'attivazione della maxi-emergenza, anche attraverso modalità di mobilitazione del personale presente.**

## **5.2 COMPITI E FUNZIONI DEL COMITATO DI EMERGENZA DI PRESIDIO E DEI COMPONENTI**

### **B. COMITATO DI EMERGENZA DI PRESIDIO**

1. si interfaccia con l'UCA per verificare l'allerta con la Centrale Operativa 118, Protezione Civile ecc., per avere informazioni aggiornate utili al dimensionamento dell'evento;
2. coordina a livello di presidio tutti i servizi/soggetti che possono essere coinvolti in funzione della tipologia dell'evento che si può verificare;
3. controlla l'avvenuto allestimento delle aree del PS (area triage, aree di gestione dei pazienti, vie di accesso);
4. coordina a livello di presidio l'organizzazione del personale, spazi e attrezzature in funzione della tipologia dell'evento che si può verificare;

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	---	---------------

5. comunica per il tramite del Direttore Medico di Presidio, la cessazione dell'allarme ricevuta dall'UCA, al centralino per la successiva comunicazione alle UUOO e, per il tramite dei propri componenti, a tutto il personale afferente alla propria UUOO e delle ditte.

**B.1. Direttore Medico di Presidio o suo Vicario (come da A.8)**

**B.2. Direttore di Pronto Soccorso o suo Vicario (Coordinatore dei Soccorsi) (come da A.2)**

**B.3. Direttore Amministrativo di Presidio o suo Vicario**

1. Allerta le proprie articolazioni per la predisposizione di un rafforzato sistema di vigilanza e portierato;
1. coadiuva la gestione della viabilità interna al presidio, differenziando i percorsi per operatori, pazienti, fornitori, parenti, ecc., facendo impedire dal personale preposto (vigilanza) l'accesso a parenti e visitatori e a chiunque non autorizzato;
2. si relaziona costantemente con la Polizia Locale al fine di contribuire a riservare la viabilità ai mezzi di soccorso e tenere libere le vie di accesso in Ospedale;
3. collabora per quanto di competenza alla fornitura di materiale del magazzino;
4. organizza con i propri referenti amministrativi o per il tramite di Sanitaservice la movimentazione di presidi-attrezzature (letti-barelle-sedie-tecnologie-confezioni di materiale di consumo ecc) dai punti di stoccaggio interni al Presidio verso il PS, i reparti e servizi in cui occorrono;
5. provvede ad eventuali acquisiti in urgenza nell'ambito della propria competenza per valore, superata la quale provvede l'Area Gestione Patrimonio;
6. garantisce per il tramite dei propri referenti dell'Autoparco, gli autisti per le attività di trasporto di emocomponenti, farmaci, dispositivi o presidi etc mediante adeguato numero e la tipologia di mezzi di trasporto (autovetture).

**B.4. Direttore di Anestesia e Rianimazione o suo Vicario**

1. organizza l'attività del personale già presente e attiva le procedure per il reclutamento di eventuale altro personale di supporto;
2. fa attivare e rende disponibili le Sale Operatorie coordinandosi con l'Incaricato di Funzione del Blocco Operatorio;
3. assegna i compiti al personale in servizio;
4. verifica le scorte dei farmaci, presidi e attrezzature specifiche per il tramite dell'Incaricato di Funzione della UOC;
5. mantiene i rapporti con il Coordinatore dei Soccorsi e con il Direttore Medico di Presidio con periodico aggiornamento sulla situazione dei pazienti;
6. appena possibile si recherà nella sede del Comitato di Emergenza di Presidio.

 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p><b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b></p>	<p><b>ASL BR</b></p>
--	--	----------------------

#### **B.5. Direttori UUOO o loro Vicari**

1. organizzano l'attività del personale già presente e attivano le procedure per il reclutamento di eventuale altro personale di supporto;
2. assegnano i compiti al personale in servizio;
3. come componenti del Comitato di Emergenza di Presidio, collaborano nella gestione delle risorse umane, strumentali o tecnologiche;
4. mantengono i rapporti con il Coordinatore dei Soccorsi e con il Direttore Medico di Presidio con periodico aggiornamento sulla situazione dei pazienti;
5. appena possibile si recheranno nella sede del Comitato di Emergenza di Presidio.

#### **B.6. Incaricati di Funzione UUOO**

1. organizzano l'attività del personale già presente e attivano le procedure per il reclutamento di eventuale altro personale di supporto;
2. assegnano i compiti al personale in servizio;
3. verificano le scorte dei farmaci, presidi e attrezzature specifiche;
4. mantengono i rapporti con l'Incaricato di Funzione della Direzione Medica di Presidio e del PS con cui collaborano per quanto di competenza.

#### **B.7. Dirigenti medici e comparto in turno presso i reparti di degenza**

1. i medici di guardia, in attesa del direttore dell'UO, in collaborazione con l'infermiere esperto di reparto, dovranno liberare le stanze di degenza spostando i pazienti in grado di deambulare in locali o stanze comuni;
2. utilizzano gli ambienti ambulatoriali per ricollocare i pazienti stabili che non possono essere dimessi;
3. comunicano la disponibilità dei posti letto all'Incaricato di Funzione della Direzione Medica di Presidio;
4. identificano e dimettono i pazienti che possono anticipare la dimissione per liberare posti letto in reparto;
5. eseguono rapido controllo di presidi, farmaci, supporti, barelle, biancheria, strumentistica (sulla scorta della check-list precedentemente redatta e conservata in ogni UO);
6. garantita l'assistenza medica ed infermieristica del reparto, inviano e/o richiamano personale medico, infermieristico ed OSS secondo il livello di allarme (livello 1, 2 e 3).

#### **B.8. Dirigenti medici e comparto in turno presso gli ambulatori**

1. sospendono le attività programmate, rinviando a domicilio i pazienti e gli accompagnatori presenti;
2. ricevono in appoggio eventuali pazienti non critici e non dimissibili dai reparti;
3. registrano i feriti che arrivano in appoggio nei locali degli ambulatori;

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	---	---------------

4. garantita l'assistenza medica ed infermieristica dell'ambulatorio, il personale medico, infermieristico ed OSS secondo il livello di allarme (livello 1, 2 e 3) viene precettato nella gestione della maxi-emergenza su indicazione del Direttore della UO.

#### **B.9. Direttore del Servizio di Radiodiagnostica**

1. organizza l'attività del personale già presente e attiva le procedure per il reclutamento di eventuale altro personale di supporto in collaborazione con l'Incaricato di Funzione del Servizio di Radiodiagnostica;
2. collabora, con l'Incaricato di Funzione del servizio Radiodiagnostica, con il Direttore di Anestesia e Rianimazione, il Direttore Dipartimento Chirurgico, l'Incaricato di Funzione del Blocco Operatorio, al fine di garantire il supporto tecnico-radiologico necessario nelle sale operatorie attivate;
3. assegna i compiti al personale in servizio;
4. verifica le scorte dei mezzi di contrasto, presidi e attrezzature specifiche per il tramite dell'Incaricato di Funzione della UOC;
5. mantiene i rapporti con il Coordinatore dei Soccorsi e con il Direttore Medico di Presidio con periodico aggiornamento sulla situazione dei pazienti;
6. Appena possibile si reca nella sede del Comitato di Emergenza di Presidio.

### **5.3 COMPITI E FUNZIONI DELL'UNITA' DI CRISI AZIENDALE (UCA) E SUOI COMPONENTI**

#### **C. COMPITI E FUNZIONI DELL'UCA**

1. verifica l'allerta con la Centrale Operativa 118, Protezione Civile ecc., per avere informazioni aggiornate utili al dimensionamento dell'evento;
2. conferma l'attivazione del PEIMAF;
3. notifica l'attivazione dell'UCA alla Centrale Operativa 118;
4. coordina a livello aziendale tutti i servizi/soggetti che possono essere coinvolti in funzione della tipologia dell'evento che si può verificare;
5. valuta e autorizza le attività sanitarie e amministrative straordinarie utili per fronteggiare l'emergenza (risorse umane-tecnologiche-presidi-farmaci-beni di consumo- attività in service);
6. definisce l'entità della rimodulazione dell'attività di ricovero ordinaria e diurna e ambulatoriale (consulenze, diagnostica per immagini e di laboratorio) sino al rientro della situazione di emergenza;
7. collabora con tutte le altre Istituzioni con le quali si dovranno porre in essere le azioni di risposta integrate (e.g. Prefettura, Protezione Civile, Vigili del Fuoco, ecc.);
8. aggiorna il Responsabile Aziendale della Comunicazione sulla risposta alla maxi-emergenza;
9. gestisce le relazioni con i mass-media e con i parenti, attraverso la predisposizione di un ufficio informazioni straordinario rivolto ai parenti dei pazienti ed ai mezzi di informazioni ubicato presso la sede dell'Unità di Crisi;



 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p><b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b></p>	<p><b>ASL BR</b></p>
--	---	----------------------

10. decreta la cessazione dello stato di allarme ed il ritorno alle normali attività dell’Ospedale mediante comunicazione al Comitato di Emergenza di Presidio che comunica il cessato allarme, per il tramite del Direttore Medico di PO, al Centralino che riattiva le chiamate a cascata alle UUOO.

**C.1. DIRETTORE GENERALE E/O DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE O LORO DELEGATI (coordina UCA)**

1. allorquando giungono nel Presidio, sede di emergenza, subentrano nelle funzioni decisionali al Comitato di Emergenza di Presidio;
2. mantengono i rapporti costanti con la Prefettura, il Sindaco, la Provincia e l’Assessorato Regionale alla Sanità;
3. a seconda delle dimensioni dell’evento emergenziale, valutano di dirottare ad altri PP.OO. l’accesso dei pazienti con codici minori, valutano la sospensione dei ricoveri programmati, degli interventi chirurgici in elezione, e dell’attività ambulatoriale, il trasferimento (back transfer) dei pazienti ricoverati presso altri PP.OO. e, ove possibile, la loro dimissione al domicilio, tanto al fine di garantire il maggior numero di posti letto liberi;
4. ove la situazione di emergenza lo richieda, danno disposizione di estendere le indicazioni come sopra anche agli altri Presidi Ospedalieri aziendali;
5. dichiarano la fine dell’emergenza sulla base delle informazioni provenienti dal 118, dal Presidio, dalla Protezione Civile, dalla Prefettura, e scioglie l’Unità di Crisi Aziendale.

**C.2. DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA**

1. Si reca nella sede dell’emergenza;
2. coadiuva l’UCA e il Comitato di Emergenza di Presidio nella gestione della crisi;
3. attiva in caso di necessità il proprio organico secondo le modalità comuni di chiamata a cascata;
4. coordina e monitora le attività delle UUOO di afferenza al proprio Dipartimento.

**C.3. RESPONSABILE DEL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE O SUO DELEGATO**

1. Si reca nella sede dell’emergenza;
2. coadiuva l’UCA e il Comitato di Emergenza di Presidio nella gestione della crisi;
3. attiva in caso di necessità il proprio organico secondo le modalità comuni di chiamata a cascata;
4. coadiuva l’Area Gestione Tecnica nella gestione della viabilità interna al presidio, differenziando i percorsi per operatori, pazienti, fornitori, parenti, ecc., e nella regolamentazione da parte del personale preposto (vigilanza) dell’accesso a parenti, visitatori e chiunque non autorizzato;
5. verifica l’efficienza delle camere mortuarie ed eventuale allestimento di altri ambienti a tale scopo.

**C.4. DIRETTORE DELL’AREA GESTIONE TECNICA O SUO DELEGATO**

1. Si reca nella sede dell’emergenza;
2. coadiuva l’UCA e il Comitato di Emergenza di Presidio nella gestione della crisi;
3. attiva in caso di necessità il proprio organico secondo le modalità comuni di chiamata a cascata;

 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p><b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b></p>	<p><b>ASL BR</b></p>
--	--	----------------------

4. realizza per il tramite di tutte le sue articolazioni (sistemi informativi, ingegneria clinica, manutenzione etc) eventuali adattamenti/interventi strutturali-impiantistici-tecnologici necessari nell'emergenza e vigila sulla effettiva attuazione;
5. gestisce la viabilità interna al presidio, differenziando i percorsi per operatori, pazienti, fornitori, parenti, ecc., e nella regolamentazione da parte del personale preposto (vigilanza) dell'accesso a parenti, visitatori e chiunque non autorizzato (in sinergia con la Direzione Amministrativa P.O.);
6. si relaziona costantemente con la Polizia Locale al fine di contribuire a riservare la viabilità ai mezzi di soccorso e tenere libere le vie di accesso in Ospedale (in sinergia con la Direzione Amministrativa P.O.);
7. attiva le aree ospedaliere, aggiuntive e limitrofe al PS (sullo stesso piano o piani superiori), per la collocazione e gestione sanitaria del massiccio afflusso di feriti, anche con eventuali adattamenti/interventi strutturali-impiantistici-tecnologici necessari nell'emergenza e vigila sull'effettiva attuazione.

#### **C.5. DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO FARMACEUTICO/UOC FARMACIA O SUO DELEGATO**

1. Si reca nella sede dell'emergenza;
2. attiva in caso di necessità il proprio organico secondo le modalità comuni di chiamata a cascata, tra cui il Responsabile/Direttore della Farmacia ospedaliera;
3. richiede eventuali forniture extra da depositi farmaci dell'Azienda;
4. rifornisce, se necessario, i Servizi e le UU.OO. di farmaci e presidi sanitari aggiuntivi;
5. organizza la distribuzione di farmaci e presidi presso le UU.OO.;
6. ricerca, se necessario, eventuali farmaci/antidoti a livello regionale/nazionale.

**I restanti Componenti dell'UCA saranno convocati in base alla tipologia della maxi-emergenza.**

#### **6. ACCETTAZIONE E PROCEDURA DI IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI MAF**

L'accettazione e la procedura di identificazione dei pazienti MAF si può dividere in tre fasi:

1. All'arrivo dei pazienti MAF, gli infermieri addetti al triage (Disaster Manager designati) avviano la fase preliminare di identificazione applicando un laccetto con numero progressivo a ciascun paziente.
2. Successivamente, avviano la fase di presa in carico del paziente compilando la prima parte della **"scheda di accettazione triage"** con i dati anagrafici del paziente (se disponibili), numero identificativo, data e ora d'arrivo, provenienza (118, mezzi propri, ecc.), eventuali presidi posizionati e le manovre eseguite prima dell'arrivo in Ospedale;
3. Nella terza fase, gli Infermieri Disaster Manager Triage designati applicano il **Fast-Triage** (First Assessment and Sequential Triage) a tutti i pazienti, e quindi:
  - Eseguono la "prima valutazione" dei parametri vitali;
  - Identificano il codice colore al fine di classificare i pazienti per categoria di priorità.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	---	---------------

## IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE MAF IN RELAZIONE AL CODICE COLORE DI PRIORITA' ASSEGNATO

L'Infermiere designato deve eseguire in ordine le seguenti azioni:

- Applicare al polso del paziente il braccialetto colorato corrispondente al codice colore attribuito, con su scritto lo stesso numero identificativo precedentemente assegnato;
- Applicare nastro adesivo colorato corrispondente al codice colore sulla barella o carrozzina con su scritto lo stesso numero identificativo precedentemente assegnato;
- Posizionare con un cerotto la "scheda di accettazione triage" sulla barella o carrozzina;
- Posizionare effetti personali e vestiario nel sacco con lo stesso numero identificativo precedentemente assegnato;
- Assicurarsi che la documentazione segua il paziente;
- Avviare il paziente che ha eseguito Triage alle aree assistenziali.

## 7. COMUNICAZIONE IN CASO DI BLACK OUT

Le comunicazioni saranno garantite con l'impiego del Personale Ausiliario, O.T.A. e O.S.S., personale delle pulizie presente in servizio, Servizio di Vigilanza, squadra antincendio e tutto il personale non necessario all'evacuazione del P.S.

In caso di Black Out delle linee telefoniche, sarà necessario utilizzare i cellulari aziendali.

## 8. LA SURGE CAPACITY

La surge capacity è la capacità dell'Ospedale di affrontare in modo efficace un improvviso e imprevedibile incremento del carico operativo. Dipende quindi dalla capacità di incrementare rapidamente le risorse (personale, equipaggiamento, spazi sanitari di trattamento e ricovero, organizzazione) per affrontare l'emergenza.

La definizione della **Massima Capacità Ricettiva** è importante sia per l'ospedale stesso, che deve conoscere le sue potenzialità ma anche i suoi limiti, sia per il Sistema Sanitario di cui l'ospedale fa parte, per consentire un'adeguata pianificazione della distribuzione dei pazienti negli ospedali "in rete" in caso di maxi-emergenza, ovvero per suggerire interventi correttivi qualora la capacità ricettiva del bacino di riferimento sia lontana da quella attesa. Nella ricognizione delle risorse da mettere a disposizione in caso di maxi-emergenza non si può fare a meno di considerare il mantenimento di standard qualitativi di trattamento i più vicini possibili a quelli offerti in caso di paziente singolo.

Esistono in letteratura diversi modelli teorici per il calcolo della capacità ricettiva. Tra i più significativi e riconosciuti a livello internazionale c'è il modello israeliano, secondo il quale il numero massimo di vittime di una maxi-emergenza che ogni ospedale è in grado di ricevere è pari al 20% del

 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p><b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b></p>	<p><b>ASL BR</b></p>
--	--	----------------------

numero totale dei letti attivi. Nell'esperienza israeliana il 20% dei traumatizzati è costituito da codici rossi, il 30% da codici gialli, il 50% da codici verdi.

Le percentuali attese di interventi chirurgici saranno pari al 50% dei traumatizzati e soltanto il 10% dei traumatizzati con codice rosso subirà un intervento chirurgico d'emergenza per emorragia (Damage Control Surgery) oppure una craniotomia decompressiva.

Tenendo conto di tale modello, possiamo calcolare il numero massimo di Massiccio afflusso di pazienti, con varia entità di danni che l'Ospedale è in grado di affrontare.

L'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi si avvale di **tre strutture ospedaliere** inserite nel Sistema Territoriale per l'urgenza ed emergenza:

- PO "A. Perrino" di Brindisi, DEA di II livello - centro HUB;
- PO "D. Camberlingo" di Francavilla Fontana, DEA di I livello - centro SPOKE;
- PO Ostuni, Ospedale di Base - centro SPOKE.

Nell'ambito del Sistema Territoriale per l'Urgenza ed Emergenza il 118 Brindisi gestisce le fasi del **soccorso extra-ospedaliero** sulla base dei propri protocolli operativi e nel rispetto delle indicazioni contenute nei decreti regionali istitutivi delle Reti di Patologia. Ad eccezione di particolari situazioni (e.g. contemporaneità di emergenze, temporanea indisponibilità operativa dei mezzi di soccorso avanzati, gravi instabilità cliniche), il servizio di emergenza extra-ospedaliero indirizza prioritariamente le patologie tempo-dipendenti alle Unità di Cura HUB della rete ospedaliera.

Nelle condizioni di raggiunta massima capacità ricettiva di uno dei PP.OO. aziendali il medico di Pronto Soccorso valuterà l'attivazione del **trasporto secondario ospedaliero urgente** nell'ambito dello **stato di maxi-emergenza**, con allerta di tutto il personale autista di ambulanza.

Tenuto conto della vigente normativa regionale ed aziendale:

- il **soccorso primario territoriale** è di competenza del 118 Brindisi con mezzi di soccorso convenzionati con Sanitaservice, esclusivamente dedicati al soccorso extra-ospedaliero;
- il **trasporto secondario ospedaliero urgente** è di competenza delle UU.OO. di Pronto Soccorso mediante l'attivazione prioritaria dei **mezzi aziendali ospedalieri** in dotazione ai PP.OO. e, in caso di eventuale indisponibilità dei mezzi di soccorso ospedalieri, dei **mezzi di soccorso convenzionati** con i PP.OO. aziendali.

In caso di concomitante indisponibilità dei mezzi aziendali ospedalieri e dei mezzi di soccorso convenzionati con i PP.OO. aziendali, tenuto conto dello stato di maxi-emergenza, le UU.OO. di Pronto Soccorso potranno richiedere eccezionalmente il supporto della Centrale Operativa 118, previa disponibilità dei mezzi di soccorso territoriali.

 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p><b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b></p>	<p><b>ASL BR</b></p>
--	--	----------------------

### **Il Presidio Ospedaliero “A. Perrino” di Brindisi**

Il PO “A. Perrino” di Brindisi è un DEA di II Livello con elisuperficie.

Gli aspetti strutturali del Pronto Soccorso del PO “A. Perrino” sono i seguenti:

- n. 3 sale barellati, per pazienti triagiati e in osservazione infermieristica;
- n. 30 barelle operative + n. 8 barelle in caso di iperafflusso;
- n. 3 sale visite (n. 1 codici rossi → shock room, n. 1 codici arancioni, n. 1 codici di bassa intensità – azzurri, verdi e bianchi);
- n. 3 ventilatori;
- n. 8 posti letto OBI.

Il Pronto Soccorso si avvale delle seguenti diagnostiche:

- Diagnostica Rx 1 + 2 attivabili in caso di iperafflusso;
- Diagnostica TC 1 + 1 attivabile in caso di iperafflusso;
- Diagnostica ECO 1 + 2 attivabili in caso di iperafflusso.

Tutte le citate diagnostiche, necessarie a far fronte alle maxi-emergenze, sono attivabili con riorganizzazione del personale medico in servizio, reperibile, richiamato da riposi/ferie o comandato in servizio poiché raggiunto da chiamata a cascata.

Esse sono ubicate presso i locali della Radiodiagnostica siti al secondo piano della piastra servizi.

Il PO “A. Perrino” di Brindisi ha in dotazione 521 posti letto attivi, e di seguito rappresentiamo la Massima Capacità Ricettiva:

- ricevere e trattare un massiccio afflusso di n. 60-80 pazienti
- di questi n. 12-16 in codice rosso
- n. 3 sale operatorie attivabili contemporaneamente entro i primi 30 minuti; ulteriori n. 3 sale operatorie attivabili contemporaneamente entro la 1° ora.
- n. 1 sala angiografica.

### **Il Presidio Ospedaliero “D. Camberlingo” di Francavilla**

Il PO “D. Camberlingo” di Francavilla è un DEA di I Livello.

Gli aspetti strutturali del Pronto Soccorso del PO “D. Camberlingo” di Francavilla sono i seguenti:

- n. 1 sala di osservazione temporanea (OT): pazienti barellati già visitati, in osservazione infermieristica, in attesa di ricovero o dimissione al domicilio;

 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p><b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b></p>	<p><b>ASL BR</b></p>
--	--	----------------------

- n. 3 sale visite: sala 1 emergenza per codici rossi ed arancioni, sala 2 per codici di bassa intensità – azzurri, verdi e bianchi, sala 3 per post-triage, ovvero sala adibita alla rivalutazione infermieristica di pazienti barellati in attesa della presa in visita;
- n. 1 postazione triage con stanza adiacente per la prima valutazione ed esecuzione tamponi;
- n. 4 posti letto OBI: n. 2 per uomini, n. 2 per donne;
- n. 18 barelle operative + n. 1 barella in caso di iperafflusso;
- n. 4 ventilatori.

Il Pronto Soccorso si avvale delle seguenti diagnostiche:

- Diagnostica Rx 1 + 2 attivabili in caso di iperafflusso;
- Diagnostica TC 1
- Diagnostica ECO 1

Esse sono ubicate presso i locali della Radiodiagnostica siti al piano terra.

Il PO “D. Camberlingo” di Francavilla Fontana ha in dotazione n. 109 posti letto attivi, e di seguito rappresentiamo la Massima Capacità Ricettiva:

- ricevere e trattare un massiccio afflusso di n. 22 pazienti;
- di questi n. 4 in codice rosso;
- n. 3 sale operatorie attivabili contemporaneamente nella 1° ora, da cui anche poter ricavare n. 2 posti letto di Rianimazione ed n. 1 sala operatoria per gli interventi in urgenza.

### Il Presidio Ospedaliero di Ostuni

Il PO di Ostuni è un Ospedale di Base.

Gli aspetti strutturali del Pronto Soccorso del PO di Ostuni sono i seguenti:

- n. 1 sala barellati, per pazienti triagiati e in osservazione infermieristica;
- n. 7 barelle operative + n. 1 barella in caso di iperafflusso;
- n. 2 sale visite (n. 1 codici rossi ed arancioni, n. 1 codici di bassa intensità – azzurri, verdi e bianchi);
- n. 2 ventilatori;
- n. 2 posti letto OBI.

Il Pronto Soccorso si avvale delle seguenti diagnostiche:

- Diagnostica Rx 1 + 1 attivabili in caso di iperafflusso;
- Diagnostica TC 1
- Diagnostica ECO 1

Esse sono ubicate presso i locali della Radiodiagnostica siti al piano -1.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO  AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

Il PO di Ostuni ha in dotazione n. 62 posti letto attivi (n. 10 della UOS Ortopedia attivi H/24 dal lunedì al venerdì, n. 32 della UOC Medicina Interna, n. 20 della UOC Pneumologia), e di seguito rappresentiamo la Massima Capacità Ricettiva:

- ricevere e trattare un massiccio afflusso di n. 12 pazienti;
- di questi n. 1 in codice rosso;
- non sono attivabili sale operatorie.

## 9. LIVELLI DI ATTIVAZIONE E ALLERTAMENTO

Si definiscono i seguenti **livelli di attivazione dell’Ospedale in caso di allarme maxi-emergenza:**

### **Livello 1:**

- **PO “A. Perrino” di Brindisi:**  
Si prevede l’arrivo di n. 15 pazienti in Pronto Soccorso in contemporanea; di cui n. 3 codici rossi.
- **PO “D. Camberlingo” di Francavilla Fontana:**  
Si prevede l’arrivo di n. 5 pazienti in Pronto Soccorso in contemporanea; di cui n. 1 codice rosso.

### **Livello 2:**

- **PO “A. Perrino” di Brindisi:**  
Si prevede l’arrivo di n. 25 pazienti in Pronto Soccorso in contemporanea; di cui n. 5 codici rossi.
- **PO “D. Camberlingo” di Francavilla Fontana:**  
Si prevede l’arrivo di n. 7 pazienti in Pronto Soccorso in contemporanea; di cui n. 1 codice rosso.

### **Livello 3:**

- **PO “A. Perrino” di Brindisi:**  
Si prevede l’arrivo di n. > 30 pazienti in Pronto Soccorso in contemporanea; di cui n. 7 codici rossi.
- **PO “D. Camberlingo” di Francavilla Fontana:**  
Si prevede l’arrivo di n. 10 pazienti in Pronto Soccorso in contemporanea; di cui n. 2 codici rossi.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	---	---------------

LIVELLI DI ATTIVAZIONE DELL'OSPEDALE IN CASO DI ALLARME MAXI-EMERGENZA		
Livello	PAZIENTI in ARRIVO PO "A. PERRINO"	PAZIENTI in ARRIVO PO "D. CAMBERLINGO"
<b>1</b>	<b>n. 15 di cui n. 3 Codici Rossi</b>	<b>n. 5 di cui n. 1 Codice Rosso</b>
<b>2</b>	<b>n. 25 di cui n. 5 Codici Rossi</b>	<b>n. 7 di cui n. 1 Codice Rosso</b>
<b>3</b>	<b>n. &gt; 30 di cui n. 7 Codici Rossi</b>	<b>n. 10 di cui n. 2 Codici Rossi</b>

Di seguito si schematizza la capacità ricettiva del Pronto Soccorso di codici R, AR, AZ, V e delle Sale Operatorie nelle prime tre ore:

Presidio Ospedaliero	PRIMA ORA						SECONDA ORA						TERZA ORA					
	R	AR	AZ	V	SO	Tot	R	AR	AZ	V	SO	Tot	R	AR	AZ	V	SO	Tot
PO "A. Perrino"	2	4	5	10	6		3	5	8	12	7		4	8	10	15	9	
PO "D. Camberlingo"	1	1	1	2	3		1	1	1	2			0	1	1	2		

## 10. POSTO MEDICO AVANZATO (P.M.A.)

Il Posto Medico Avanzato (P.M.A.) è un'area funzionale e logistica che viene allestita dal sistema di emergenza-urgenza territoriale (118) in corso di maxi-emergenze ai margini esterni dell'area di sicurezza o in una zona centrale rispetto al fronte dell'evento.

Il P.M.A., allestito con strutture campali appositamente dedicate a questa funzione ovvero in edifici preesistenti non coinvolti dall'evento, è collocato:

- il più vicino possibile al luogo dell'evento;
- in una zona non soggetta a pericoli ambientali o secondari all'evento;
- facilmente accessibile ai mezzi di soccorso sia terrestri che aerei;
- in area adiacente al Pronto Soccorso, in caso di massiccio afflusso di accessi diretti in PS.

Le funzioni del P.M.A. sono:

- la valutazione sanitaria di tutti i pazienti coinvolti in un unico luogo;
- le operazioni di Triage attraverso l'identificazione delle lesioni maggiori e dei pazienti con rischio evolutivo, l'attribuzione dei codici di priorità in base ai relativi sistemi di valutazione e la successiva stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente;
- la ricerca delle destinazioni ospedaliere più appropriate per ogni patologia;
- l'evacuazione dei pazienti mediante centralizzazione ospedaliera.



 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	---	---------------

## 11. TRIAGE INTRAOSPEDALIERO E FAST TRIAGE

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

La valutazione effettuata durante l'attivazione del piano P.E.I.M.A.F. è differente rispetto al triage ospedaliero ordinario e prevede la compilazione di una scheda cartacea di triage dedicata MAF in previsione di eventuali blocchi informatici o assenza di rete derivanti da una maxi-emergenza in atto.

All'entrata in PS, ogni paziente MAF viene identificato con un numero progressivo, collocato in un'area provvisoria del Pronto Soccorso per effettuare il triage maxi-emergenza (FAST-TRIAGE) e, dopo l'assegnazione di un codice colore di priorità, viene destinato (con un braccialetto colorato corrispondente al codice colore attribuito) nelle aree ospedaliere adiacenti al Pronto Soccorso (sullo stesso piano o piani superiori) allestite dall'Area Gestione Tecnica in collaborazione con la Direzione Medica del PO.

**Per il PO "A. Perrino" di Brindisi le aree suppletive individuate in caso di maxi-emergenza con attivazione del PEIMAF ed in caso di saturazione delle aree del Pronto Soccorso sono nell'ordine:**

- ✓ **gli ambulatori del 1<sup>^</sup> piano – Blocco D3 (codici verdi);**
- ✓ **la UOC Chirurgia Plastica fino ad un massimo di n. 20 posti letto (Codici Rossi, Arancioni e Azzurri) sita al 2<sup>^</sup> piano – Blocco D3;**
- ✓ **la UOC Chirurgia Vascolare fino ad un massimo di n. 10 posti letto (Codici Rossi, Arancioni e Azzurri) sita al 2<sup>^</sup> piano – Blocco D3.**

L'esecuzione del triage MAF (FAST-TRIAGE) necessita di ambienti spaziosi, prossimi alle aree di stabilizzazione e trattamento e deve consentire il transito di barelle in un flusso unidirezionale per evitare incroci pericolosi.

FAST è l'acronimo di "First Assessment and Sequential Triage" (prima valutazione e categorizzazione sequenziale).

In questo protocollo operativo si 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 a rischio evolutivo.

### VALUTAZIONE SEQUENZIALE ABCDE

- **A:** indica Airways e si realizza constatando la pervietà delle vie aeree, cercando di ripristinarla se manca, rispettando l'allineamento del rachide cervicale;
- **B:** significa Breathing e si valuta controllando l'attività respiratoria;

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	---	---------------

- C: indica Circulation, fase in cui si ricerca l'attività circolatoria e l'eventuale presenza di emorragie esterne;
- D: indica Disability e si espleta esaminando il quadro neurologico del paziente;
- E: significa Exposure ed indica il momento in cui si spoglia il paziente e dopo aver escluso lesioni vitali si provvede alla protezione termica dello stesso per evitare l'ipotermia.

### CODICI COLORE DI PRIORITA'

CODICE COLORE	PRIORITA'	DESCRIZIONE
ROSSO	1	<b>Emergenza: interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali</b>
ARANCIONE	2	<b>Urgenza: rischio di compromissione delle funzioni vitali</b>
AZZURRO	3	<b>Urgenza differibile: condizione stabile senza apparente rischio evolutivo</b>
VERDE	4	<b>Urgenza minore: condizione stabile senza rischio evolutivo</b>
NERO	5	<b>Paziente deceduto</b>

### ESAME OBIETTIVO

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

STEP	VALUTAZIONE FAST
1	<b>Pervietà delle vie aeree</b>
2	<b>Ventilazione ridotta monolaterale</b>
	<b>Frequenza respiratoria</b>
	<b>Enfisema sottocutaneo</b>
3	<b>Ossimetria periferica (SO2)</b>
4	<b>Frequenza cardiaca</b>
5	<b>Pressione arteriosa sistolica</b>
6	<b>Emorragia incontrollata</b>
7	<b>Stato neurologico AVPU (Alert – Vocal – Pain – Unresponsive)</b> <b>A: vigile e parla</b> <b>V: occhi chiusi ma risponde agli stimoli</b> <b>P: risposta solo al dolore</b> <b>U: incosciente più segni di lato</b>

### 12. RISCHIO N.B.C.R.

In caso di evento NBCR (Nucleare, Biologico, Chimico, Radiologico) si rende necessaria l'attivazione del **modulo di decontaminazione (DECO)** aziendale, che sarà allestito nell'area esterna adiacente all'ingresso del Pronto Soccorso. In tale scenario saranno adottati i seguenti provvedimenti:

- decontaminazione di tutti gli accessi sospetti;

 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p><b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b></p>	<p><b>ASL BR</b></p>
--	--	----------------------

- accesso riservato ad area dedicata del Pronto Soccorso o aree adiacenti sullo stesso piano o piani superiori (blocco D3), separate funzionalmente dal resto dell'ospedale;
- attivazione di percorsi intra-ospedalieri dedicati e separati dal resto dell'ospedale;
- utilizzo di dispositivi di protezione individuale (DPI) certificati NBCR per gli operatori sanitari (maschere a tutto facciale con filtri Dirin 500, tute e calzari).

### **13. LA FORMAZIONE DEL PERSONALE**

I Direttori delle UUOCC afferenti al Dipartimento di Emergenza, in collaborazione con le Direzioni Mediche di ciascun Presidio Ospedaliero e UOSD Formazione Universitaria e Qualità, organizzano l'attività formativa.

Il piano di formazione aziendale deve prevedere sia periodici training tenuti dai più esperti sia audit sistematici per il personale coinvolto in attività assistenziali in tema di gestione delle maxi-emergenze.

I periodici training vengono garantiti mediante esercitazioni/simulazioni pratiche di massiccio afflusso di feriti presso il Pronto Soccorso, con l'obiettivo di favorire l'acquisizione di competenze e conoscenze relative ai principi della pianificazione e del coordinamento di una maxi-emergenza.

Gli audit sistematici vengono condotti utilizzando metodologie che permettano di confrontare le procedure assistenziali a standard riconosciuti al fine di valutarne l'appropriatezza, nell'ottica di un miglioramento della qualità dell'assistenza, e prevedono una dettagliata analisi delle eventuali criticità e la stesura di un piano di miglioramento sulle tematiche del PEIMAF.

### **14. MONITORAGGIO**

Le attività di monitoraggio dell'applicazione del presente Piano sono in capo ai Direttori delle UUOCC MEU (Pronto Soccorso), di Anestesia e Rianimazione e delle Direzioni Mediche di ciascun Presidio Ospedaliero.

Essi provvedono a implementare, anche mettendo a disposizione di tutto il personale operante copia del presente Piano in idoneo raccoglitore, e le procedure operative interne redatte e condivise su impulso degli operatori sanitari stessi.

Essi provvedono, inoltre, alla stesura dei report degli audit sistemici e alla registrazione delle attività formative di training.

Le attività di monitoraggio, pertanto, prevedono l'analisi dei report e/o delle criticità riscontrate.

I Direttori delle UUOCC sopra menzionate provvedono all'invio dei suddetti report al Direttore del Dipartimento Emergenza-Urgenza e alla Direzione Sanitaria Aziendale, con cadenza almeno semestrale.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	---	---------------

## 15. SEGNALAZIONE DI EVENTI SENTINELLA/EVENTI AVVERSI/NEAR MISS

Per gli adempimenti in materia di segnalazione degli incidenti, eventi sentinella/eventi avversi/near miss agli organismi preposti (Ministero della Salute e UOSD Gestione Rischio Clinico) si rimanda al "Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella" del Ministero della Salute, 2009 e alla Procedura Aziendale "Procedura per la segnalazione degli eventi sentinella, eventi avversi, near miss" approvata con Delibera n. 1327 del 30.05.2023.

Il professionista sanitario coinvolto, o che ne sia venuto a conoscenza, dovrà segnalare alla UOSD Gestione del Rischio Clinico e alla Direzione Medica di Presidio ogni **evento avverso/near miss** mediante apposita scheda disponibile sul sito aziendale (alla pagina della UOSD Gestione del Rischio Clinico) al seguente link

<https://www.sanita.puglia.it/documents/36031/176506023/scheda+segnalazione+incident+reporting+aggiornata.pdf/464caac9-e10e-426a-a32a-1a8671bd89be>

In particolare qualora si verifichi un **evento sentinella** (evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente), la citata scheda di segnalazione dovrà essere inviata, nel più breve tempo possibile, alla UOSD Gestione del Rischio Clinico e alla Direzione Medica di Presidio, congiuntamente ad una **relazione dettagliata sull'evento**. Onde rendere acquisibile il maggior numero delle informazioni utili vi si può allegare **copia della documentazione sanitaria disponibile** (anche non contestualmente alla scheda di segnalazione e alla dettagliata relazione, tanto al solo fine di garantire la tempistica più celere possibile di segnalazione dell'evento).

La UOSD Gestione del Rischio Clinico, dopo aver verificato la completezza e la congruità delle informazioni riportate sia nella scheda di segnalazione che nella relazione dettagliata, o anche dopo aver chiesto integrazione di informazioni/dati alla UO segnalante, analizza preliminarmente tutte le informazioni necessarie relative all'evento e provvede alla segnalazione dell'evento sentinella al Ministero della Salute mediante inserimento della scheda A nel Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) come da Decreto Ministeriale dell'11.12.2009.

Si riportano alcuni esempi di eventi sentinella che potrebbero interessare le attività in esame:

- morte o grave danno conseguente ad atti di violenza a danno degli operatori (vedasi raccomandazione n. 8);
- eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali (Raccomandazione Ministeriale n. 9);
- morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto intraospedaliero (Raccomandazione Ministeriale n. 11);
- morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage in pronto soccorso (vedasi raccomandazione n. 15);
- ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.

 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO</b> <b>AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	---	---------------

**ALLEGATO 1 – SCHEDA RACCOLTA DATI ALLARME MAXI-EMERGENZA**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Allerta al PS pervenuta da → Ente: \_\_\_\_\_ Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

SCHEDA RACCOLTA DATI ALLARME – COMUNICAZIONI RICEVUTE DA ENTE	
Tipologia dell'evento	
Località dell'evento	
Stima n° persone coinvolte	
n° persone da inviare presso Pronto Soccorso (indicare P.O.)	
Gravità delle patologie	<input type="checkbox"/> patologie traumatiche <input type="checkbox"/> No traumi <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Stima tempi di arrivo in Ospedale/ Pronto Soccorso	
Attivazione livello di allarme	<input type="checkbox"/> PRE-ALLARME <input type="checkbox"/> livello 1 <input type="checkbox"/> livello 2 <input type="checkbox"/> livello 3
SINOTTICO FINALE EVENTO DA COMPILARE AL CESSATO ALLARME	
N° pazienti arrivati _____	Cessato allarme Data ____/____/____ Ora: ____:____
N° pazienti arrivati per Codice colore di priorità in Pronto Soccorso	Codice Rosso n° Codice Arancione n° Codice Azzurro n° Codice Verde n° Codice Nero n°

**Firma Medico Team Leader Pronto Soccorso**

\_\_\_\_\_

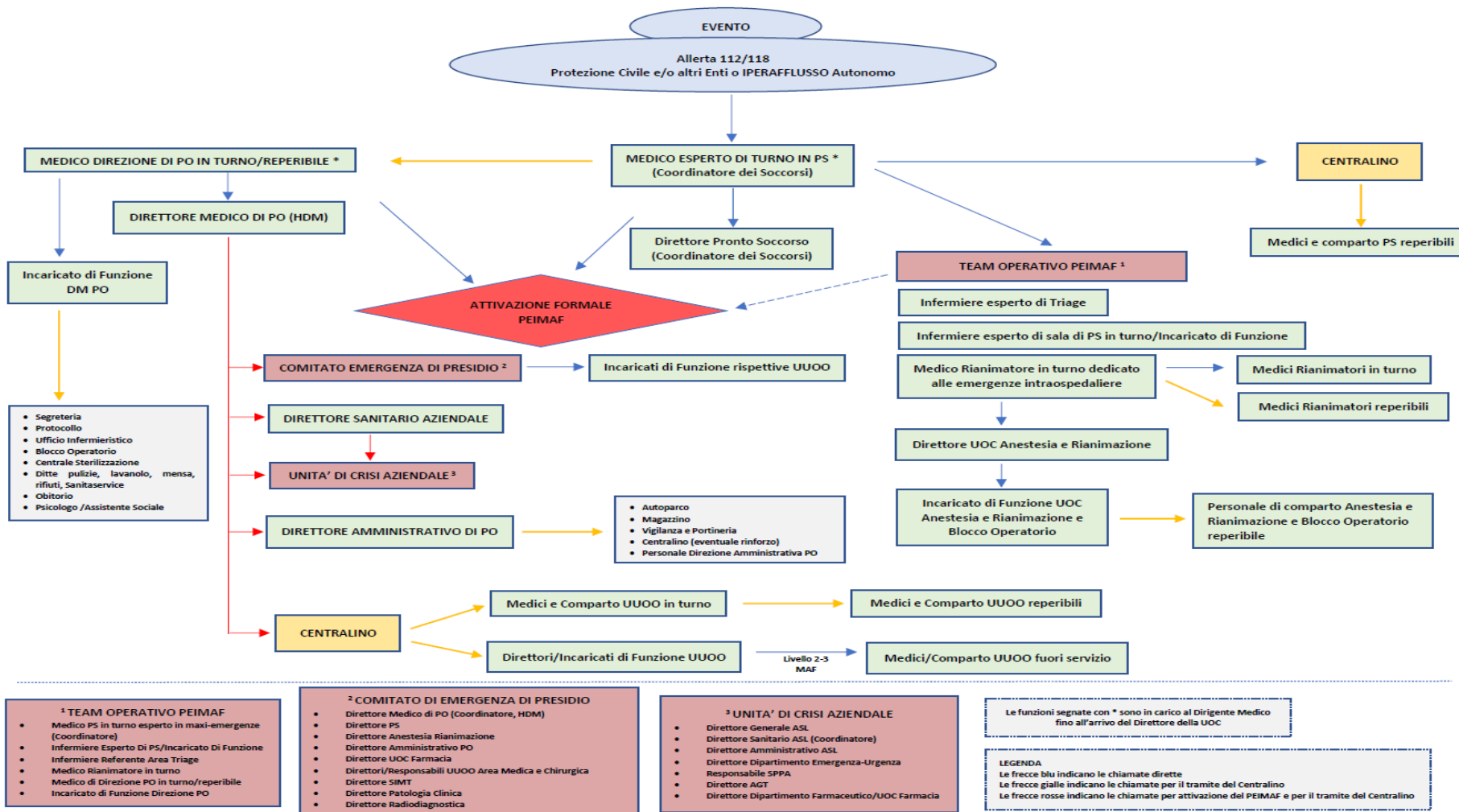
Sulla base dei dati inseriti nella parte relativa ai dati di allarme e delle comunicazioni ricevute

In data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ si attiva il PEIMAF

**Firma Medico Direzione di Presidio di turno**

\_\_\_\_\_

ALLEGATO 2 – CATENA DI ATTIVAZIONE DEL PEIMAF



 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO  AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	--	---------------

**ALLEGATO 3 - SCHEDA ACCETTAZIONE E TRIAGE GENERALITA' PAZIENTE**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Numero identificativo \_\_\_\_\_

Triage extraospedaliero

\_\_\_\_\_

Triage intraospedaliero – Codice colore

\_\_\_\_\_

Diagnosi orientativa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Terapia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Accertamenti diagnostici \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

U.O. di ricovero intra/extraospedaliera \_\_\_\_\_

 <p><b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b></p>	<p><b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b></p>	<p><b>ASL BR</b></p>
--	--	----------------------

#### **ALLEGATO 4 - SCORTE, PRESIDI, KIT PAZIENTE E KIT ATRIO**

Durante la maxi-emergenza tutte le procedure (modulistica richiesta esami, registrazione ricovero, dimissione, ecc.), sono semplificate e volte a garantire le cure migliori possibili ad un maggior numero di pazienti possibili, nel minor tempo possibile.

Al fine di essere operativi in caso di maxi-emergenza, soprattutto i Pronto Soccorso, dei Presidi Ospedalieri aziendali, sono stati dotati di specifiche scorte di materiali, farmaci ed ausili per far fronte all'emergenza, tra cui il Kit Atrio e il Kit Paziente:

- **Kit Paziente** composto da \_\_\_\_ unità Set Paziente, ciascuno contenente il seguente materiale:
  - Numero 24 etichette adesive numerate
  - Braccialetti colorati adesivi (uno rosso, uno arancione, uno azzurro, uno verde, uno nero)
  - Sacchetto numerato per effetti personali
  - Una Cartella Clinica PEIMAF
  - Una Cartella Clinica Pediatrica PEIMAF
  - Scheda con codice di priorità
  - Una richiesta esami ematochimici
  - Tre richieste esame RX/TC/Eco PEIMAF
  - Tre richieste di Consulenza Specialistica
  - 5 Provette (una sierologica, una per emocromo e una per la coagulazione per il Laboratorio Analisi; una per emocromo e una sierologica per il Centro Trasfusionale)
  - Due richieste esami radiologici
  - Una richiesta per sangue ed emoderivati
  - Una metallina
  
- **Kit Atrio** contenente:
  - Casacche di identificazione colorate:
    - Gialla: HDM (Direttore Sanitario Medico di Presidio)
    - Rossa: Coordinatore dei Soccorsi (Medico di PS più anziano in turno)
    - Blu: Direttore Pronto Soccorso
    - Bianca: Infermiere Responsabile Area Triage
    - Verde: Infermiere Responsabile di Sala di Pronto Soccorso
  - Forbici taglia abiti
  - Megafono



 <b>ASL Brindisi</b> <b>PugliaSalute</b>	<b>PIANO DI EMERGENZA INTERNO MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF)</b>	<b>ASL BR</b>
--	---	---------------

- Torce elettriche
- Penne biro
- Registro Triage PEIMAF

### **SICUREZZA E DPI**

È importantissimo, per ogni professionista sanitario e di supporto, non mettere mai a repentaglio la propria sicurezza ed incolumità fisica, in maxi-emergenza, un operatore infortunato si aggiunge alla lista dei feriti da soccorrere, sottraendo doppiamente risorse.

È sempre necessario verificare regolarmente sia per sé stessi, sia per gli operatori che ci circondano, l'utilizzo costante dei dispositivi di protezione individuale.