



PIANO DI EMERGENZA PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (P.E.M.A.F.)

A.O. OSPEDALE NIGUARDA CA' GRANDA

Responsabile del procedimento:

dr. Carlo Nicora

Istruttore:

dr.ssa Elisabetta Masturzo

Revisione 0 dicembre 2004

Pag. 1 di 46



INDICE

INTRODUZIONE	5
CLASSIFICAZIONE DELLE MAXIEMERGENZE	5
GLI ORGANISMI PREPOSTI ALLA GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE	7
FASE PREPARATORIA DEL PIANO	8
Identificazione dei settori da mobilitare	8
Identificazione delle capacità di ricezione dell'Ospedale	9
Individuazione di vie di accesso preferenziali.....	10
Identificazione di un'area di accettazione	11
Il triage ospedaliero	11
Definizione di procedure di mobilitazione del personale	12
Predisposizione di scorte riutilizzabili di materiale	13
Preparazione di una modulistica semplificata	14
Addestramento del personale	17
Informazione	17
I parenti e i visitatori.....	17
Gli organismi e gli enti esterni.....	17
I media.....	17
FASE OPERATIVA	17
Ricezione dell'allarme	17
Allestimento area di accettazione/ricezione dei pazienti	18
Mobilitazione dei reparti e del personale.	18
Allestimento delle vie di accesso	18
Rapporti con l'esterno	18
Comunicazioni	18
Triage	18
QUANDO SI ATTIVA IL PIANO DI EMERGENZA	19
LE ACTION CARD	20
Il Direttore Sanitario	20
Il medico di Direzione in servizio di pronta disponibilità.....	21
L'Ufficio Attività Sanitarie (UAS)	22
Il flussista del Pronto soccorso	23
Il personale amministrativo di PS	24
Il Responsabile della SS Trauma Team.....	25
Il chirurgo capoturno del trauma team.....	25
Il chirurgo specialista sopraggiunto in PS.....	25
La Capo sala del blocco operatorio del DEA.....	26
Il Pronto Soccorso	26
Il Direttore della Struttura Complessa.....	26
Il medico (urgenza 1 e 2)	26
Il medico (urgenza 3)	27
Il medico sopraggiunto dal reparto (MURG)	27
La capo sala	27
Il personale infermieristico del triage.....	27



Il personale infermieristico di rianimazione.....	28
Il personale infermieristico preposto all'assistenza	28
Il personale infermieristico sopraggiunto dai reparti (Chirurgia 1, Ortotraumatologia, Neurologia, Neurochirurgia)	28
La SC Medicina d'urgenza	28
Il medico di guardia	28
La caposala o sostituta	29
La SC Anestesia e Rianimazione I.....	29
Il medico di guardia in reparto.....	29
La caposala	29
La SC di Chirurgia 1	30
Il medico di guardia in reparto.....	30
La caposala	30
La SC di Ortopedia e traumatologia	30
Il medico di guardia in reparto.....	30
La caposala	30
La SC di Neurochirurgia	31
Il medico di guardia in reparto.....	31
La caposala	31
Il Centro Ustioni.....	31
Il medico di guardia in reparto.....	31
La caposala	31
La radiologia del DEA	31
Il medico di guardia	31
Il capotecnico.....	31
I lettighieri	31
Il Laboratorio.....	31
Il personale laureato.....	31
Il tecnico	31
Il personale ausiliario	31
Il personale amministrativo.....	31
Il SIMT	31
Il medico di guardia	31
La SC Anestesia 2	31
Il medico di guardia	31
La Caposala del blocco operatorio Chirurgia 2.....	31
La SC Anestesia 3	31
Il medico di guardia	31
La Caposala del blocco operatorio cardiocirurgico	31
La Caposala del blocco operatorio Chirurgia Vascolare.....	31
Le SSCC Cardiocirurgia, Chirurgia 2, Chirurgia Pediatrica, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Ginecologia, Urologia, Medicina 1, Medicina 2, Medicina 3, Neurologia, Pediatria.....	31
Il medico di guardia in reparto.....	31
Le SSCC Psichiatria 1, Psichiatria 2, Psichiatria 3.....	31
Il medico di guardia	31
Il Capo sala del Day Surgery	31



La SC Gestione dei magazzini generali e di farmacia	31
Il Servizio di portineria	31
ORGANIZZAZIONE DELLE DONAZIONI DI SANGUE	31
PIANO DELLE CHIUSURE E DEGLI ACCORPAMENTI	31
LA MODULISTICA PER LA VERIFICA DELLE DOTAZIONI	31
Disponibilità SALE OPERATORIE DEA	31
Disponibilità SALE OPERATORIE	31
Disponibilità POSTI LETTO AREE EMERGENZA	31
Disponibilità POSTI LETTO	31
Disponibilità APPARECCHIATURE RADIOLOGICHE IN PS	31
Disponibilità LETTIGHE	31
Disponibilità SANGUE	31
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	31



INTRODUZIONE

L'organizzazione ospedaliera dei soccorsi nel caso di una maxiemergenza è demandata al *Piano di emergenza per massiccio afflusso di feriti* (PEMAF).

Esso delinea aprioristicamente le soluzioni organizzative e logistiche più idonee fronteggiare un eventuale massiccio ed imprevisto afflusso di feriti, identificando preventivamente la tipologia delle misure da adottare, le modalità, i tempi di esecuzione, i responsabili e gli esecutori materiali dei diversi interventi. Per essere efficace il piano deve soddisfare alcuni requisiti di massima:

- Compatibilità con l'attività ordinaria dell'ospedale;
- Integrazione con la rete dei soccorsi sul territorio;
- Adattabilità alla molteplicità delle tipologie di emergenza o di evento maggiore;
- Flessibilità per meglio rispondere ad un'eventuale rapida evoluzione della situazione in atto;
- Affidabilità, testata mediante esercitazioni periodiche.

L'articolazione del piano deve, inoltre, definire:

- le esigenze di particolari settori della popolazione (bambini, disabili, stranieri);
- le soluzioni volte a garantire un'immediata accettazione delle vittime ed una rapida reintegrazione dei materiali;
- la capacità di ricezione della struttura sia in relazione alle risorse ordinariamente disponibili, sia in rapporto a quelle, supplementari, mobilitate in seguito all'emergenza.

CLASSIFICAZIONE DELLE MAXIEMERGENZE

Il presupposto per una corretta attività di pianificazione è definire preliminarmente le condizioni all'origine di un eventuale stato di emergenza per meglio prevederne gli effetti.

Alcuni sono eventi, in qualche misura, attesi in quanto si verificano in periodi particolari dell'anno (emergenza caldo, epidemia influenzale, intossicazioni da funghi). In questo caso l'afflusso dei malati in ospedale è distribuito nel tempo e gli interventi possono essere pianificati con largo anticipo.

Altri non sono preceduti da alcun fenomeno che ne consenta la previsione e richiedono un'organizzazione dei soccorsi immediata. Tipico è il caso di un afflusso massiccio e disordinato di un numero imprecisato di feriti traumatizzati od ustionati in un arco temporale ristretto.

Nell'ipotesi drammatica di un evento catastrofico l'elemento distintivo è appunto il suo manifestarsi in modo improvviso e dirompente con gravissime e diffuse ripercussioni sulla popolazione.

In tale tragica evenienza la conseguenza più diretta, anche se in genere temporanea, è un'evidente sproporzione fra i bisogni immediati della popolazione coinvolta ed il meccanismo di reazione della cosiddetta "macchina dei soccorsi".

Ai fini della corretta quantificazione e qualificazione delle risorse da porre in campo, si riporta una breve esemplificazione degli eventi di maggiore impatto sulla popolazione, catastrofi od incidenti maggiori, facendo riferimento principalmente ad un criterio di classificazione causale, numerico o geografico.

Criterio causale

Eventi naturali	Si sviluppano in un contesto naturale e derivano da fenomeni spontanei	Terremoti Maremoti Eruzioni vulcaniche Uragani Eventi legati a condizioni climatiche estreme
Eventi naturali indotti dall'uomo	Si sviluppano in un contesto naturale, ma alla loro origine vi sono interventi dell'uomo	Frane Inondazioni Incendi di foreste
Eventi sviluppatasi in un contesto antropico	Azioni non deliberate che possono derivare da errori in fase di progettazione, realizzazione o	Collassi strutturali di edifici, sbarramenti, dighe, ponti Incidenti nei trasporti di massa

Responsabile del procedimento:

dr. Carlo Nicora

Istruttore:

dr.ssa Elisabetta Masturzo

Revisione 0 dicembre 2004

Pag. 5 di 46



gestione degli impianti e dei manufatti		Incidenti ad impianti di produzione di composti chimici Incidenti ad impianti di produzione di energia Black-out energetici Incidenti alle infrastrutture deputate alla distribuzione di gas, acqua potabile e calore
Azioni deliberate che possono essere messe in atto in caso di conflitti internazionali, interni (guerre civili), tensioni sociali, politiche, religiose, economiche		Armi di tipo convenzionale Armi di distruzione di massa: radiologiche/nucleari biologiche chimiche Armi informatiche
Critério numerico		
Catastrofe	Limitata	Tra 50 e 100 vittime
	Media	Tra 100 e 1000 vittime
	Maggiore	Più di 1000 vittime
Incidente maggiore		Tra 10 e 50 vittime
Incidente individuale		Meno di 10 vittime
Critério geografico		
Inferiore ad 1 km		
Tra 1 e 100 km		
Superiore a 100 km		

Come intuibile, gli effetti patologici o lesivi conseguenti ad eventi di così rilevante portata possono essere molteplici, ma in larga parte sono riconducibili alle seguenti quattro macrocategorie:

- effetti lesivi di natura traumatica/ustioni;
- effetti lesivi di natura tossica;
- infezioni;
- patologie dell'apparato cardiovascolare, respiratorio ed a carattere sistemico.

Entità	Persone coinvolte (vive o morte)	Soggetti che richiedono assistenza ospedaliera
● Piccola	Tra 25 e 99	Tra 10 e 49
● Media	Tra 100 e 999	Tra 50 e 249
● Grande	Più di 1000	Più di 250

La corretta distribuzione dei casi all'interno l'ospedale, l'entità e la natura delle risorse mobilitate dipenderanno, ovviamente, dalla tipologia prevalente delle manifestazioni lesive o patologiche.

Inoltre, occorre considerare che se la struttura è essa stessa coinvolta nel disastro (es. terremoto), è necessario mettere in preventivo alcune possibili evenienze:

- interruzione di energia elettrica o di acqua;
- abbandono dell'ospedale da parte del personale;
- abbandono dell'ospedale da parte dei malati;
- difficoltà a reperire medicinali, plasma, attrezzature o presidi;
- difficoltà ad eseguire analisi radiologiche e cliniche;
- difficoltà di comunicazione.

Diviene, pertanto, prioritario effettuare il "censimento" dei danni subiti per sapere su quali risorse poter contare.

Responsabile del procedimento:

dr. Carlo Nicora

Istruttore:

dr.ssa Elisabetta Masturzo

Revisione 0 dicembre 2004

Pag. 6 di 46



GLI ORGANISMI PREPOSTI ALLA GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE

Nel 2004 l'Azienda ha istituito e formalizzato gli organismi preposti a fronteggiare eventuali stati di emergenza: *il Comitato per la gestione delle maxiemergenze e l'Unità di Crisi*.

Il primo, deputato alla fase preparatoria, presenta una natura modulare per meglio adattarsi alle diverse casistiche; ciò consente di mirare le iniziative in relazione allo specifico evento catastrofico senza un coinvolgimento indifferenziato dell'intera struttura ospedaliera.

A titolo esemplificativo se ne rappresenta la composizione prevista per la pianificazione degli interventi in caso di massiccio afflusso di feriti.

direttore sanitario	Direttore
Direzione medica di presidio ospedaliero	Dirigente medico (uno)
direzione medica di presidio territoriale	Direttore
direzione infermieristica, tecnica e riabilitativa	Responsabile coordinatore Caposala (due)
direttore dipartimenti sanitari	Area Medica Cardiologico Chirurgia Polispécialistico EAS Materno-Infantile Medicina di laboratorio Salute mentale
dirigenti responsabili di struttura	Tecnologie avanzate diagnostico-terapeutiche Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza o delegato Centrale Operativa S.S.U.Em. 118 o delegato Gestione dei magazzini generali e di farmacia Servizio Trasfusionale o delegato Trauma team Gestione dei servizi in economia e in appalto URP/Comunicazione

Compiti del Comitato per la gestione delle maxiemergenze

identificazione dei settori da mobilitare
identificazione delle capacità di ricezione dell'ospedale
individuazione delle vie di accesso preferenziali
identificazione delle aree di accettazione
individuazione dei contingenti di personale e delle procedure di triage
definizione delle procedure di mobilitazione del personale
predisposizione di scorte rintracciabili di materiale
preparazione di una modulistica semplificata
addestramento del personale

L'Unità di crisi presenta, al contrario, una composizione statica e ha il compito di coordinare i primi interventi nella fase di emergenza:

- Direttore Sanitario;
- Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e Territoriale;
- Dipartimento di Emergenza;
- Servizio Prevenzione e Protezione;
- SC Edile e Impianti;
- SC SIAPRI
- Direzione Infermieristica, Tecnica e Riabilitativa;

Responsabile del procedimento:

dr. Carlo Nicora

Istruttore:

dr.ssa Elisabetta Masturzo

Revisione 0 dicembre 2004

Pag. 7 di 46



- Direzione Amministrativa di Presidio;
- postazione operativa h 24 (Ufficio Attività Sanitarie).

Compiti dell'Unità di Crisi
ricezione dell'allarme
allestimento area di accettazione/ricezione
mobilitazione dei reparti e del personale
allestimento delle vie di accesso/evacuazione
rapporti con l'esterno
comunicazioni
triage

FASE PREPARATORIA DEL PIANO

Identificazione dei settori da mobilitare

E' opportuno predisporre preventivamente una mappa dei settori da mobilitare, identificandoli, ad esempio, in base alla tipologia di effetto lesivo o patologia (categorie a, b, c, d definite nei paragrafi precedenti):

SETTORI MOBILITATI	A	B	C	D
ANATOMIA PATOLOGICA (camera mortuaria)				
APPROVVIGIONAMENTI/ECONOMATO				
CARDIOLOGIA				
CENTRO ANTIVELENI				
CENTRALE OPERATIVA 118				
CHIRURGIA PLASTICA				
CHIRURGIA GENERALE				
CHIRURGIA SPECIALISTICA				
FARMACIA				
LABORATORIO ANALISI				
MALATTIE INFETTIVE				
MEDICINA GENERALE E D'URGENZA				
MEDICINA SPECIALISTICA				
MICROBIOLOGIA				
NEUROCHIRURGIA				
NEURORADIOLOGIA				
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PEDIATRIA				
PNEUMOLOGIA				
PORTINERIA				
PRONTO SOCCORSO				
PSICHIATRIA				
RADIOLOGIA				
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA				
SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE				
SERVIZIO RELIGIOSO				
SERVIZIO TRASPORTO INFERMI				
SERVIZIO DI INTERMEDIAZIONE LINGUISTICA				
URP/UFFICIO STAMPA				
VIGILANZA				
VOLONTARI				

Tabella di correlazione fra effetto lesivo/patologico e settori mobilitati

SETTORI MOBILITATI	STRUTTURE/SERVIZI
ANATOMIA PATOLOGICA (camera mortuaria)	Anatomia ed Istologia Patologica
APPROVVIGIONAMENTI/ECONOMATO	Gestione dei servizi in economia ed in appalto
CARDIOLOGIA	Cardiologia I Cardiologia II

Responsabile del procedimento:

dr. Carlo Nicora

Istruttore:

dr.ssa Elisabetta Masturzo

Revisione 0 dicembre 2004

Pag. 8 di 46



	Cardiologia III
CENTRO ANTIVELENI	Centro Antiveleni
CHIRURGIA PLASTICA	Chirurgia Plastica e Centro Ustioni
CHIRURGIA GENERALE	Chirurgia I Chirurgia II Trauma Team
CHIRURGIA SPECIALISTICA	Chirurgia Vascolare Chirurgia Toracica Chirurgia Pediatrica Ostetricia e Ginecologia Urologia
FARMACIA	Farmacia Gestione dei magazzini generali e di farmacia
LABORATORIO ANALISI	Laboratorio Analisi Chimico-cliniche
MALATTIE INFETTIVE	Malattie Infettive
MEDICINA GENERALE E D'URGENZA NEUROLOGIA	Medicina d'Urgenza Medicina Generale I Medicina Generale II Medicina Generale III Neurologia
MICROBIOLOGIA	Microbiologia
NEUROCHIRURGIA	Neurochirurgia
NEURORADIOLOGIA	Neuroradiologia
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Ortopedia e Traumatologia
PEDIATRIA	Pediatria
PNEUMOLOGIA	Pneumologia
PORTINERIA	Ingresso principale, ingresso al DEA e porta carraia
PRONTO SOCCORSO	Pronto Soccorso
PSICHIATRIA	Psichiatria Grossoni I Psichiatria Grossoni II Psichiatria Grossoni III
RADIOLOGIA	Diagnostica per Immagini
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	Anestesia e Rianimazione I Anestesia e Rianimazione II Anestesia e Rianimazione III Neurorianimazione
SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE	Servizio Immunotrasfusionale
SERVIZIO RELIGIOSO	-
SERVIZIO TRASPORTO INFERMI	Servizio Lettighe
URP/UFFICIO STAMPA	URP/Comunicazione
VIGILANZA	-
VOLONTARI	-
Elenco delle strutture/servizi mobilitati	

Identificazione delle capacità di ricezione dell'Ospedale

Il passo iniziale del processo si identifica nella previsione della capacità di ricezione di un ospedale, che deve essere definita sulla base di adeguati criteri di valutazione di massima:

- Disponibilità numerica del personale medico, infermieristico, tecnico ed amministrativo
- Disponibilità e tipologia di tecnologie biomediche e di presidi per l'assistenza
- Disponibilità di posti letto, preferibilmente accorpati nella stessa area per facilitare un'assistenza omogenea.
- Disponibilità ed organizzazione delle camere operatorie.

La capacità di ricezione di una struttura sanitaria nella prima ora può essere calcolata sulla base della seguente formula:

$$N = RD/3 + SOE/2 + 2,5 \times SOU$$

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 9 di 46



dove N è il numero di feriti gravi trattabili nella prima ora; RD il numero di respiratori disponibili; SOE il numero di sale operatorie di elezione e SOU è il numero di sale operatorie d'urgenza. Il numero di feriti trattabili si riduce nelle ore successive alla prima proporzionalmente alle minori risorse disponibili. In assenza di dati certi con riferimento alla letteratura internazionale, Morra et al. ritengono possibile ipotizzare una capacità di ricezione di numero 2-3 feriti gravi ogni 100 posti letto per ogni ora.

Modello respiratore	numero	ubicazione
Xxx		
Yyy		
TOTALE		

BLOCCO	ORARIO APERTURA		ORE/DIE	DIE/SETT
	Sale	dalle ore alle ore		
DEA – PS	2	0.00 24.00	24	7
DEA – Neurochirurgia	1	0.00 24.00	24	7
DEA – Neurochirurgia	1	7.00 14.30	7,5	5
DEA – Chirurgia 1	2	7.00 14.00	7	5
DEA – Chirurgia 1	1	14.00 20.00	6	2,5
DEA – Ortopedia	2	7.00 14.00	7	5
DEA – Ortopedia	1	14.00 20.00	6	2,5
DEA – Chirurgia Plastica	1	8.00 14.30	6,5	5
Chirurgia dell'epilessia	1	7.00 21.00	14	5
Chirurgia pediatrica	1	7.00 14.30	7,5	5
Day Surgery	2	7.00 14.00	7	5
Otorinolaringoiatria	1	7.00 14.00	7	5
Otorinolaringoiatria	1	7.00 14.00	7	3
Ginecologia	1	7.00 14.00	7	5
Ginecologia	1	7.00 14.00	7	5
Ostetricia -sala parto	1	0.00 24.00	24	7
Urologia	1	7.00 14.00	7	5
Urologia	1	7.00 14.00	7	2
Oculistica	1	7.00 14.00	7	5
Oculistica	1	7.00 14.00	7	2
Oculistica pediatrica	1	7.00 14.00	7	3
Vascolare	1	7.00 14.00	7	5
Vascolare	1	7.00 14.00	7	2
Chirurgia 2	2	7.00 14.00	7	5
Chirurgia 2	1	14.00 18.00	4	5
Cardiochirurgia	3	7.00 14.00	7	5
Cardiochirurgia	1	7.00 14.00	7	5
Cardiochirurgia	2	14.00 19.00	5	5
Maxillofacciale	1	7.00 14.00	7	1
TOTALE			255,5	
CENTRALE STERILIZZAZIONE	ORARIO APERTURA		ORE/DIE	DIE/SETT
	Sale	dalle ore alle ore		
DEA	1	0.00 24.00	24	5
DEA	1	7.00 14.00	7	1
Donatelli	1	6.00 18.00	12	5
Disinfezione	1	7.00 14.00	7	5
TOTALE			50	

Individuazione di vie di accesso preferenziali

All'interno del recinto ospedaliero deve essere previsto un percorso unidirezionale per i mezzi. Tale percorso deve essere convenientemente segnalato e visibile anche nelle ore notturne.

I percorsi e gli accessi saranno distinti per vittime, parenti delle vittime, visitatori, personale, trasporto di materiali.

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 10 di 46



Identificazione di un'area di accettazione

L'area di accettazione deve soddisfare i seguenti requisiti e, cioè, essere:

- facilmente accessibile ai mezzi di soccorso;
- contigua ai locali intensivi e di monitoraggio;
- ampia, illuminata e riscaldata;
- protetta e riparata.

Essa deve prevedere un'area di triage dotata di:

- Un'area di osservazione
- Un'area per pazienti gravi;
- Un'area per pazienti a trattamento differibile;
- Un'area per pazienti con lesioni trattabili a livello ambulatoriale;
- Un locale per pazienti deceduti o destinati ad esito infausto, qualora siano saturate le capacità di accoglimento della camera mortuaria
- Un locale per pazienti in preda ad agitazione o a reazioni di ansia con lesioni minime.

ZONA	GRAVITA' DEL QUADRO CLINICO
NERA	Pazienti deceduti o destinati ad esito infausto a breve termine
ROSSA	Pazienti che necessitano di un trattamento immediato con compromissione delle funzioni vitali o con emorragia esterna
GIALLA	Pazienti che non presentano compromissione delle funzioni vitali ma che richiedono un trattamento differibile
VERDE	Pazienti non urgenti
BIANCA	Pazienti in preda ad agitazione od a reazioni d'ansia

ZONA	CODICE	SEDE PRESSO PS
NERA	H	SS Neurofisiopatologia
ROSSA	A	Rianimazione in PS
	B	Punto visita n. 1
GIALLA	C	Punto visita n. 2
VERDE	D	Ala EST
BIANCA		Ala EST

Localizzazione delle zone presso il Pronto Soccorso

I locali e le aree devono assicurare un flusso di pazienti possibilmente unidirezionale per ridurre al minimo gli spostamenti e la confusione.

Il triage ospedaliero

In un sistema dei soccorsi efficace le vittime, dopo essere state tempestivamente e correttamente inquadrare in termini di priorità di trattamento, a livello territoriale, dovrebbero essere indirizzate, secondo necessità, verso le strutture ospedaliere più idonee dal punto di vista delle capacità di risposta alle specifiche esigenze assistenziali.

In una situazione di evento maggiore, il *triage* è una procedura di tipo dinamico che consente di ottimizzare le risorse disponibili al fine di minimizzare il rischio di mortalità e di morbilità nella popolazione colpita.

Il metodo comunemente adottato in sede extraospedaliera è lo START triage (*Simple triage and rapid treatment*), che si fonda su uno schema logico molto semplice ed immediato che permette, mediante la formulazione di pochi ed essenziali quesiti concatenati, l'attribuzione a cascata del codice colore:

- il paziente cammina?
- Il paziente respira?
- Il polso radiale è percepibile?
- Il paziente esegue ordini semplici?

Se le risorse lo consentono, già a livello dei punti medici avanzati (PMA), è raccomandato l'utilizzo di tecniche più sofisticate del tipo del FAST (*First assessment and sequential triage*).

Benché le vittime debbano essere correttamente classificate ancor prima di giungere alla loro sede di destinazione, tale processo, seppure con modalità differenti, dovrà essere necessariamente ripetuto in ospedale in relazione, evidentemente, alla possibilità di una repentina evoluzione delle condizioni cliniche in senso peggiorativo durante il trasporto od in fase di accettazione.

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 11 di 46



Secondo il metodo ATLS (*Advanced trauma life support*) l'approccio al paziente traumatizzato si basa su una rapida valutazione primaria delle funzioni vitali, seguita da un'approfondita valutazione secondaria testapiedi. La valutazione primaria delle funzioni vitali segue la regola didascalica dell'A-B-C-D:

- a) airways and cervical spine;
- b) breathing;
- c) circulation;
- d) disability.

La sequenza permette di evidenziare per prime le lesioni più pericolose per poi trattarle.

Il protocollo FAST prevede l'utilizzo dei codici colore in base alla priorità di trattamento. In caso di maxiemergenza si possono individuare tre distinti tipi di percorsi assistenziali all'interno dell'ospedale:

1. intensivo: priorità elevata, assistenza rianimatoria, immediato accesso ai servizi diagnostici ed alle sale operatorie;
2. di monitoraggio: priorità intermedia, assistenza continua in aree predisposte, frequente rivalutazione clinica, accesso rapido ai servizi diagnostici e dilazionato alle sale operatorie;
3. percorso di base: priorità bassa, assistenza garantita, accesso dilazionato ai servizi diagnostici ed alle sale operatorie.

Il protocollo consente di attribuire un peso a ciascuno dei problemi rilevati durante l'esecuzione del ciclo A-B-C-D in modo da indirizzare la vittima verso i tre percorsi ospedalieri fondamentali.

PROBLEMI NON CRITICI	PROBLEMI SUBCRITICI	PROBLEMI CRITICI
Riscontri anomali che non rappresentano una minaccia di lesioni irreversibili a breve termine	Riscontri anomali che possono evolvere rapidamente in situazioni irreversibili	Riscontri anomali che stanno provocando o possono causare situazioni irreversibili in brevissimo tempo

Le valutazioni vengono eseguite in sequenza; ogni anomalia riscontrata durante l'esecuzione del protocollo può provocare un innalzamento del codice di priorità sino al codice rosso. La sequenza delle valutazioni prevede un massimo di otto passaggi.

1. A pervietà vie aeree
2. B frequenza respiratoria
3. B saturimetria periferica
4. B ipoventilazione destra o sinistra
5. C frequenza cardiaca
6. C pressione arteriosa
7. C presenza di importanti emorragie visibili
8. D AVPU.

Definizione di procedure di mobilitazione del personale

I reparti ed i servizi, preventivamente individuati, sono tenuti a stilare liste del proprio personale recanti le seguenti informazioni:

- matricola, cognome e nome
- profilo professionale
- domicilio o altro recapito
- per gli abitanti a Milano, indicazione della zona (da 1 a 9)
- per gli abitanti fuori Milano, località ed indicazione della distanza approssimativa in Km e della direzione
- numero di telefono/cellulare

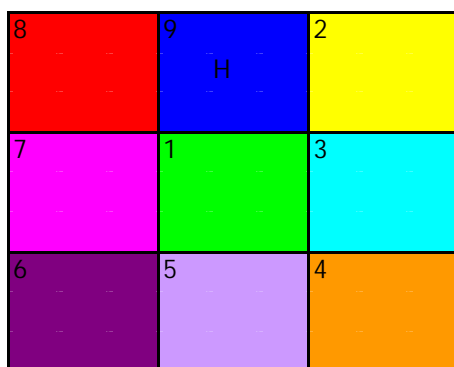
Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 12 di 46



ZONE DI MILANO

- 1 Centro storico
 - 2 Stazione centrale, Greco, Turro, Gorla, Precotto, Crescenzago
 - 3 Porta Venezia, Città Studi, Lambrate
 - 4 Porta Vittoria, Porta Romana, Forlanini, Monluè, Rogoredo
 - 5 Porta Ticinese/Lodovica, Vigentino, Gratosoglio, Chiaravalle
 - 6 Porta Genova, Barona, Giambellino, Lorenteggio
 - 7 Porta Vercellina, Forze Armate, San Siro, Trenno, Baggio
 - 8 Porta Volta, Fiera, Gallaratese, Quarto Oggiaro
 - 9 Porta Nuova, Stazione Garibaldi, Bovisa, Niguarda, Fulvio Testi
-

Le modalità di attivazione riguarderanno alcuni reparti (Piano ridotto) o l'intera struttura (Piano completo). L'ordine di priorità delle chiamate sarà dettato, principalmente, dalla distanza. Ovviamente, gli abitanti in zone interessate dall'evento saranno contattati in seconda istanza (per verosimili problemi di viabilità).



Planimetria stilizzata della Città di Milano
La lettera H indica la localizzazione dell'Ospedale.

Predisposizione di scorte riutilizzabili di materiale

La gestione dei farmaci e dei materiali che dovranno essere raccolti e stoccati, nell'eventualità di una maxiemergenza, può essere affidata alla farmacia ospedaliera ed al provveditorato. È opportuno classificare i farmaci e gli antidoti per tipologia (esempio codici ATC), quantità e sede di stoccaggio.

Il materiale di primo impiego dovrà essere immagazzinato su carrelli, in modo da essere immediatamente spostabile. In prossimità del Dipartimento di emergenza devono essere individuate le zone su cui posizionare i carrelli (contraddistinte da apposita segnaletica). Il Pronto Soccorso sarà autorizzato alla gestione di proprie scorte.

Il kit atrio

Presso il Pronto Soccorso è disponibile la seguente dotazione:

- forbici taglia abiti
- forbici normali
- interfono
- casacche di identificazione
- torce elettriche
- registro di accettazione (matrice della modulistica di triage)
- penne biro
- etichette colorate/braccialetti di identificazione
- macchina fotografica per istantanee

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 13 di 46



- set paziente

Il set paziente

Per ogni ferito è prevista la seguente dotazione:

- numero progressivo adesivo (con numerazione specifica)
- etichette colorate/braccialetto di identificazione
- scheda sanitaria di triage
- coperta metallica
- provette per esami ematochimici
- sacchetto per effetti personali

Preparazione di una modulistica semplificata

Finalizzata a ridurre al minimo gli atti burocratici durante l'emergenza. Al momento della presa in carico del paziente sarà intestata una cartella clinica semplificata contenente:

- numero progressivo di arrivo (è prevista una numerazione specifica "emergenza xxx")
- generalità del paziente
- categorizzazione (triage) verificata in ospedale
- valutazione delle funzioni vitali
- diagnosi orientativa
- interventi terapeutici eseguiti
- risultati degli accertamenti diagnostici
- destinazione del paziente nell'area di accettazione
- reparto di destinazione.

Il triage va inteso come un processo dinamico per cui il paziente deve essere rivalutato per una categorizzazione più accurata e ricontrollato nel tempo per evidenziare cambiamenti dello stato clinico.

La modulistica viene riprodotta in carta chimica (una copia segue il paziente, una copia viene archiviata per la successiva registrazione).

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 14 di 46



SCHEDA DI PRESA IN CARICO

n. di accettazione emerge |__|__|__|
 data e ora di arrivo |__|__|/|__|__| |__|__|:|__|__|
 nome _____
 cognome _____
 età presunta |__|__|__|
 Contaminato
 Decontaminato

VALUTAZIONE		__ __ : __ __	__ __ : __ __	__ __ : __ __
Apertura occhi				
Risposta verbale				
Risposta motoria				
Totale GCS				
Cammina				
Pervietà vie aeree				
Espansione toracica				
FR				
Sp O ₂				
FC				
PA				
RTS/TST				
ROSSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GIALLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VERDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIANCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NERO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LESIONE		Lato anteriore	Lato posteriore	
1	Amputazione			
2	Deformità			
3	Dolore			
4	Emorragia			
5	Ferita profonda			
6	Ferita superficiale			
7	Trauma			
8	Frattura			
9	Frattura esposta			
A	Ustione (A1 A2 A3)			
B				
C				
D				
Mobilità assente	#			
Sensibilità assente				



TRATTAMENTO				
Vie aeree	MAYO	IOT	INT	TRACH
Torace	Decompressione	Drenaggio	DX	SX
Accesso venoso	Perif. G	Perif. G	Perif. G	CVC
Cristalloide	500	500	500	500
Colloide	500	500	500	500
FARMACO		DOSAGGIO		
RCP		ROSC	ORA	
Defibrillazione		Shock n.		

DESTINAZIONE	
Area di PS:	<input type="checkbox"/>
Blocco operatorio DEA	<input type="checkbox"/>
Rianimazione Generale	<input type="checkbox"/>
Rianimazione subintensiva	<input type="checkbox"/>
Neuroranimazione	<input type="checkbox"/>
Medicina d'Urgenza	<input type="checkbox"/>
Chirurgia 1	<input type="checkbox"/>
Centro Ustioni	<input type="checkbox"/>
Neurochirurgia	<input type="checkbox"/>
Ortopedia	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSI ORIENTATIVA

MATRICOLA E FIRMA

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 16 di 46



Addestramento del personale

Deve essere svolto da personale interno all'organizzazione e deve illustrare la procedura da seguire in caso di emergenza ed il ruolo che ognuno deve svolgere in tale situazione. Oltre all'addestramento di base devono essere predisposte specifiche esercitazioni periodiche.

Informazione

I parenti e i visitatori

È fondamentale evitare di trasferire ai destinatari sentimenti di incertezza, ansia o paura. Al contrario, l'obiettivo dovrebbe essere quello di infondere, per quanto possibile, sentimenti di tranquillità e sicurezza al fine di evitare l'insorgenza di pericolosi fenomeni di panico individuale e collettivo.

È utile tener presente che il pubblico arriva alla spicciolata e tende a diluire la sua presenza in arco temporale piuttosto lungo.

Viene predisposto un elenco nominativo dei feriti/malati ricoverati e dei deceduti, costantemente aggiornato.

Gli organismi e gli enti esterni

I piani d'emergenza predisposti da ogni ospedale dovrebbero essere integrati in un unico documento sull'emergenza che, a livello provinciale e regionale, definisca i compiti delle diverse strutture, individuandole sulla base dei livelli organizzativi raggiunti dai Dipartimenti di Emergenza e dai Presidi di Pronto Soccorso.

I rapporti con gli organismi esterni e le istituzioni vengono gestiti dal direttore sanitario.

I media

È utile mettere a punto un data base con i nominativi e gli indirizzi dei giornalisti della carta stampata, della radio e della televisione da contattare.

Può essere opportuno predisporre dei comunicati stampa preconfezionati, nei quali si abbia cura di non fornire notizie parziali, imprecise o che possono in qualsiasi modo indurre interpretazioni personali.

L'illustrazione dei fatti deve essere chiara e sintetica e utilizzare un linguaggio semplice che eviti termini tecnici non facilmente comprensibili.

La Direzione Sanitaria, unico interlocutore per i rapporti con la stampa, deve fornire informazioni corrette e complete in tutte le fasi delle attività, ponendosi con atteggiamento aperto e rassicurante, senza negare alcuna richiesta di spiegazione, a meno che si tratti di informazioni riservate o determinanti per il contenimento di potenziali sviluppi della situazione in atto.

È necessario tener presente che i cronisti, di solito, arrivano subito dopo il verificarsi di un evento e subito ripartono.

Il primo comunicato stampa viene emesso convenzionalmente dopo tre ore dall'evento.

FASE OPERATIVA

Ricezione dell'allarme

Per alleggerire il carico ordinario di assistenza e consentire una migliore ottimizzazione del personale presente, si procederà all'immediato blocco dei ricoveri di elezione, alla sospensione delle attività ambulatoriali ed alla dimissione dei pazienti con indicazione.

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 17 di 46



Allestimento area di accettazione/ricezione dei pazienti

L'area deve essere liberata dai pazienti degenti o stazionanti già presenti mediante trasferimento presso altre strutture ospedaliere o presso il domicilio.

Si elencano, a titolo esemplificativo, alcuni criteri di preclusione ad un'eventuale dimissione dei pazienti (criteri PRUO):

- Frequenza cardiaca <50 o > 140 mm Hg (a riposo);
- Pressione sistolica <90 o >200 mm Hg;
- Pressione diastolica <60 o >120 mm Hg;
- Temperatura ascellare >38° C;
- Emorragia in atto (o nelle ultime 48 ore);
- Squilibrio idroelettrolitico – acido base metabolico;
- Ischemia miocardica acuta;
- Problemi neurologici acuti;
- Turbe respiratorie o circolatorie acute invalidanti per il malato;
- Perdita o calo improvviso della vista o dell'udito;
- Perdita acuta della capacità di muovere una parte del corpo.

Mobilizzazione dei reparti e del personale.

Il personale viene convocato sulla base delle liste predisposte preventivamente.

I medici sono convocati secondo la struttura di appartenenza dai loro colleghi di guardia.

Gli infermieri ed i tecnici sono convocati dal caposala o dal capotecnico della struttura di appartenenza.

Allestimento delle vie di accesso

Le vie di accesso preferenziali, stabilite in precedenza, dovranno essere mantenute agibili ai mezzi di soccorso dalle forze dell'ordine.

Le entrate dell'Ospedale devono essere inaccessibili agli estranei (parenti o visitatori occasionali).

Il personale ed i rifornimenti dovranno accedere alla struttura utilizzando accessi secondari, precedentemente individuati.

Rapporti con l'esterno

I rapporti con la Prefettura, le autorità di protezione civile ed i mezzi di informazione saranno mantenuti dalla Direzione Sanitaria.

I rapporti con i parenti delle vittime saranno gestiti dalla S.S. URP/Comunicazione.

Comunicazioni

Devono essere previsti presso l'Unità di crisi:

- Due telefoni e due linee telefoniche interne riservate all'emergenza;
- Una linea telefonica esterna per le comunicazioni con le autorità di coordinamento a disposizione dell'U.C.;
- Un telefax.

Triage

I pazienti, appena arrivati in Ospedale, devono essere inizialmente suddivisi in gruppi in base alla scheda di triage predisposta sul luogo dell'evento.

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 18 di 46



QUANDO SI ATTIVA IL PIANO DI EMERGENZA

Non è possibile predisporre un piano di emergenza senza definire a priori il numero massimo di feriti che la struttura può assistere senza "collassare".

L'emergenza scatta quando l'afflusso di feriti che giunge al Pronto Soccorso eccede la normale routine, o quando la Centrale operativa 118 segnala un evento che coinvolge un elevato numero di vittime.

Il Piano dovrà essere generalmente attivato, per una struttura zonale, quando il numero di feriti gravi supera le dieci unità; ovvero per situazioni che impongono un'assistenza sanitaria per più di 20 pazienti, qualunque sia la loro condizione clinica.

In caso di afflusso di un numero di feriti superiore a 30, sarà necessario prevedere il dirottamento verso altri ospedali con la collaborazione della Centrale operativa del Sistema di emergenza sanitaria 118 (De Vivo, Dermico, 2003).

Il piano di emergenza scatta superata la soglia di recettività di seguito rappresentata.

FASCIA ORARIA	CODICI ROSSI	CODICI GIALLI	CODICI VERDI
07:00-21:00	5	6	18
21:00-07:00	3	6	18

Quando il numero di pazienti eccede i valori sopra indicati, si attiva il sistema di allerta (per il reclutamento di unità aggiuntive di personale); è, in questo caso, necessario prevedere:

- 1 medico e 2 nurse per ogni paziente critico o potenzialmente tale (codici rossi e gialli)
- 1 medico e 2 infermieri ogni 10 pazienti lievi.

Sarà mobilitato, in prima istanza, il personale ordinariamente operante presso il Dipartimento di emergenza, quindi quello appartenente ai seguenti settori:

- area chirurgica
- area intensiva
- area medica

Per la definizione delle SC da mobilitare si rimanda alla tabella di cui al paragrafo Identificazione dei settori da mobilitare.

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 19 di 46



LE ACTION CARD

Tutti i reparti e servizi coinvolti nella gestione dell'emergenza devono definire al loro interno i ruoli di ogni singolo operatore.

Le action card (AC) sono procedure operative semplici, standardizzate, rigide, che non necessitano di un'interpretazione personale. Esse si differenziano, anche per lo stesso operatore, in relazione alla tipologia di evento da fronteggiare.

Al momento dell'allerta, le figure responsabili della loro gestione prelevano le buste e le distribuiscono agli operatori interessati..

Il Direttore Sanitario

Dalla Centrale operativa 118, l'allarme viene diramato alla Direzione Sanitaria, tramite un telefono presidiato h 24 (UAS).

1. Il Direttore Sanitario dispone l'attivazione dell'Unità di crisi:
 - Direttore Medico di Presidio Ospedaliero
 - Direttore Medico di Presidio Territoriale
 - Dirigente medico DMP (in servizio di pronta disponibilità)
 - Direttore del Dipartimento di emergenza
 - Responsabile SPP
 - Responsabile SC Edile e Impianti
 - Responsabile SIAPRI
 - Responsabile DITRA
 - Coordinatore DITRA
 - Direttore Amministrativo di Presidio
 - L'infermiere dell'UAS rimane a presidiare l'ufficio (operativo h 24)
2. tiene i contatti con:
 - stampa
 - autorità giudiziaria, forze dell'ordine
 - istituzioni
3. è il solo tenuto a rilasciare comunicati.

UNITA' di CRISI linee dedicate		
Telefono		Chiamate interne su problematiche sanitarie Chiamate interne su problematiche logistiche e tecniche Chiamate esterne per comunicazioni con le istituzioni (Prefettura)
Telefax		

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 20 di 46



Il medico di Direzione in servizio di pronta disponibilità

- Viene informato dello stato di emergenza dall'Ufficio attività sanitarie.
- È membro dell'Unità di crisi (con sede presso il 1° piano del padiglione ingresso).
- Adotta la procedura di seguito rappresentata (da leggersi unitamente a quella prevista per l'UAS).

sequenza azioni	Azione	contenuto della comunicazione	Destinatari	Tel.	cell. az.	cell. pers.	Tel. Pers.
<input type="checkbox"/> 1	Comunica lo stato di emergenza e l'attivazione del flussista al DIRETTORE SANITARIO	Pervenuta comunicazione di stato di emergenza dal SSUEM 118. Attivato il FLUSSISTA	DIRETTORE SANITARIO				
<input type="checkbox"/> 2	Su disposizione del DIRETTORE SANITARIO attiva l'unità di crisi	Su disposizione del DIRETTORE SANITARIO attivare l'UNITA' DI CRISI	UAS				
<input type="checkbox"/> 3	Su disposizione del DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO OSPEDALIERO sospende i ricoveri di elezione	Modalità ordinarie	SSCC				
<input type="checkbox"/> 4	Su disposizione del DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO TERRITORIALE allerta il POLIAMBULATORIO MEDICO e CHIRURGICO	Pervenuta comunicazione di stato di emergenza, tenersi pronti in caso di necessità	POLIAMBULATORIO MEDICO E CHIRURGICO				
<input type="checkbox"/> 5	Riceve dal Direttore della SC PS e MEDICINA D'URGENZA tutte le informazioni relative al numero, natura e gravità dei feriti, nonché il quadro generale della situazione		DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO OSPEDALIERO				
<input type="checkbox"/> 6	Attiva il servizio di INTERMEDIAZIONE LINGUISTICA		SERVIZIO DI INTERMEDIAZIONE LINGUISTICA				
<input type="checkbox"/> 7	Comunica la fine dello stato di emergenza	Si comunica la fine dello stato di emergenza	UAS				

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 21 di 46



L'Ufficio Attività Sanitarie (UAS)

In seguito alla comunicazione di stato di emergenza da parte del SSUEm 118 adotta la procedura di attivazione del PEMAFA, avvalendosi della seguente check list:

sequenza azioni	Azione	contenuto della comunicazione	Destinatari	interno	cell. az.	cell. pers.	tel fisso
<input type="checkbox"/> 1	Comunica lo stato di emergenza al FLUSSISTA del PS	Pervenuta comunicazione di stato di emergenza, si attiva il PIANO DI EMERGENZA PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI	FLUSSISTA	2496 7107			
<input type="checkbox"/> 2	Allerta il servizio di VIGILANZA presso il DEA	Pervenuta comunicazione di stato di emergenza, potenziare la sorveglianza presso il DEA	SERVIZIO DI VIGILANZA				
<input type="checkbox"/> 3	Comunica lo stato di emergenza al MEDICO DI DIREZIONE REPERIBILE	Pervenuta comunicazione di stato di emergenza, attivato il PIANO DI EMERGENZA PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI	MEDICO DMP REPERIBILE				
	Su disposizione del MEDICO DI DIREZIONE attiva l'UNITA' DI CRISI	È in atto una maxiemergenza. il DIRETTORE SANITARIO ha disposto l'immediata attivazione dell'UNITA' DI CRISI che si riunirà presso la DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO (1° piano padiglione di ingresso)	MEMBRI UC				
<input type="checkbox"/> 4							
<input type="checkbox"/> 5							
<input type="checkbox"/> 6							
<input type="checkbox"/> 7							
<input type="checkbox"/> 8							
<input type="checkbox"/> 9							
<input type="checkbox"/> 10							
<input type="checkbox"/> 11							
<input type="checkbox"/> 12							
<input type="checkbox"/> 13	Comunica lo stato di emergenza al Direttore SC PS MEDICINA D'URGENZA	Pervenuta comunicazione di stato di emergenza, attivato il PIANO DI EMERGENZA PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI					
<input type="checkbox"/> 14	Comunica lo stato di emergenza al Responsabile SS TRAUMA TEAM	Pervenuta comunicazione di stato di emergenza, attivato il PIANO DI EMERGENZA PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI					
<input type="checkbox"/> 15	Dispone l'apertura degli ingressi (porta carraia, scarico merci, DEA)	Pervenuta comunicazione di stato di emergenza, si dispone l'apertura degli ingressi (porta carraia, scarico merci, DEA)					

MATRICOLA E FIRMA

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 22 di 46



Il flussista del Pronto soccorso

In seguito alla comunicazione di stato di emergenza da parte dell'UAS adotta la procedura di attivazione del PEMAFA, avvalendosi della seguente check list:

La procedura di mobilitazione				
Sequenza azioni	Azione	contenuto della comunicazione	Destinatari	Tel
<input type="checkbox"/> 1	Comunica lo stato di emergenza al CHIRURGO CAPOTURNO di PS	Pervenuta comunicazione di stato di emergenza si attiva IL PIANO PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI	CHIRURGO CAPOTURNO PS	
<input type="checkbox"/> 2	Comunica lo stato di emergenza CAPOSALA di PS	Pervenuta comunicazione di stato di emergenza si attiva IL PIANO PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI	CAPOSALA PS	
	Allerta IL MEDICO DI GUARDIA delle strutture indicate di lato	Pervenuta comunicazione di stato di emergenza, attivato il PIANO DI EMERGENZA PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI, adottare le action card	MEDICO DI GUARDIA	
<input type="checkbox"/> 3			Anestesia 1	
<input type="checkbox"/> 4			Chirurgia 1	
<input type="checkbox"/> 5			Medicina d'Urgenza	
<input type="checkbox"/> 6			Centro Ustioni	
<input type="checkbox"/> 7			Chirurgia Pediatrica	
<input type="checkbox"/> 8			Neurochirurgia	
<input type="checkbox"/> 9			Ortopedia	
<input type="checkbox"/> 10			Radiologia DEA	
<input type="checkbox"/> 11	Allerta il SERVIZIO LETTIGHE	Pervenuta comunicazione di stato di emergenza, attivato il PIANO DI EMERGENZA PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI	SERVIZIO LETTIGHE	
<input type="checkbox"/> 12	Allerta il personale AMMINISTRATIVO di PS e gli consegna una busta contenente Le ACTION CARD	Pervenuta comunicazione di stato di emergenza, aprire la BUSTA e SEGUIRE LE ISTRUZIONI	PERSONALE AMMINISTRATIVO PS	

La fase operativa	
sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 13	Mette in posizione "aperto" la porta automatica
<input type="checkbox"/> 14	Ritorna in postazione flussista
<input type="checkbox"/> 15	Raccoglie i rapporti su: <ul style="list-style-type: none">▪ disponibilità di camere operatorie e li consegna al CHIRURGO CAPOTURNO▪ disponibilità PL reparti del DEA e li consegna al Direttore SC PS e Medicina d'Urgenza o sostituto
<input type="checkbox"/> 16	Raccoglie la matrice dei verbali di PS (dei casi dovuti alla maxiemergenza)

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 23 di 46



Il Responsabile della SS Trauma Team

Viene allertato dall'UAS.

Svolge funzioni di coordinamento logistico dei soccorsi per l'area di competenza.

Il chirurgo capoturno del trauma team

Viene allertato dal flussita.

sequenza azioni	Azione	Telefono
<input type="checkbox"/> 1	Conclude la gestione dei pazienti in carico	
<input type="checkbox"/> 2	Avverte il chirurgo di turno in PS	
<input type="checkbox"/> 3	Allerta il chirurgo reperibile	Cell. Pers.
<input type="checkbox"/> 4	Si reca presso la zona A del PS (rianimazione)	
<input type="checkbox"/> 5	Verifica la disponibilità di: <ul style="list-style-type: none">▪ n. 5 (almeno) set di medicazione▪ n. 2 set per drenaggio toracostomico▪ n. 2 set per paracentesi▪ n. 1 set per cricotiroidotomia	
<input type="checkbox"/> 6	Si accerta della disponibilità delle CO (vedi scheda di rilevazione dotazioni)	2545
<input type="checkbox"/> 7	Indossa gli indumenti di protezione (camice monouso, soprascarpe, cuffia, mascherina)	
<input type="checkbox"/> 8	Accetta i feriti selezionati al triage od inviati da altri punti visita del PS in codice rosso	
<input type="checkbox"/> 9	Esegue la valutazione clinica d'urgenza e stabilisce gli esami strumentali di primo livello (vedi protocolli del Trauma team)	
<input type="checkbox"/> 10	Esegue gli interventi di emergenza per ottenere la stabilizzazione del paziente (vedi protocolli del Trauma team) : <ul style="list-style-type: none">▪ via aerea▪ drenaggio toracostomico▪ controllo delle emorragie esterne▪ allineamento/riduzione fratture	
<input type="checkbox"/> 11	Seleziona i pazienti candidati all'intervento chirurgico e decide la priorità di accesso alle sale operatorie (lista operatoria)	
<input type="checkbox"/> 12	Si avvale dell'équipe chirurgica eventualmente già presente e disponibile in DEA precedentemente preallertata	
<input type="checkbox"/> 13	Si avvale del medico di guardia in Chirurgia 1 e del reperibile precedentemente preallertati	
<input type="checkbox"/> 14	Sia avvale delle équipe specialistiche precedentemente preallertate: <ul style="list-style-type: none">▪ ortopedia▪ chirurgia plastica▪ neurochirurgia▪ chirurgia vascolare▪ chirurgia toracica▪ chirurgia pediatrica▪ cardiocirurgia▪ ginecologia▪ urologia	
<input type="checkbox"/> 15	Dispone il ricovero dei pazienti; per le informazioni riguardo alla disponibilità di posti letto fa riferimento al Direttore SC PS e Medicina d'Urgenza	

Il chirurgo specialista sopraggiunto in PS

Viene allertato dal medico di guardia del reparto di appartenenza.

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 25 di 46



Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Raggiunge il chirurgo capoturno nella zona A
<input type="checkbox"/> 2	Collabora alle attività assistenziale secondo le indicazioni fornite dal chirurgo capoturno

La Capo sala del blocco operatorio del DEA

Viene allertata dal medico di guardia della Rianimazione 1.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa il personale infermieristico presente e/o lo trattiene al cambio di turno
<input type="checkbox"/> 2	Allerta la centrale di sterilizzazione del DEA
<input type="checkbox"/> 3	Fornisce resoconto sulla disponibilità delle sale operatorie utilizzando la scheda di rilevazione dotazioni
<input type="checkbox"/> 4	Si accerta del completo funzionamento del blocco operatorio
<input type="checkbox"/> 5	Predisporre il materiale necessario
<input type="checkbox"/> 6	Su disposizione dell'UC, attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale infermieristico

Il Pronto Soccorso

Il Direttore della Struttura Complessa

Viene allertato dall'UAS.

1. Svolge funzioni di coordinamento logistico dei soccorsi per l'area di competenza;
2. è costantemente aggiornato riguardo alla disponibilità di posti letto e camere operatorie;
3. aggiorna l'Unità di crisi (raccordandosi con il Direttore Dipartimento EAS interno 3171) riguardo:
 - a. disponibilità delle camere operatorie DEA
 - b. posti letto DEA
 - c. numero e gravità delle vittime.

Il medico (urgenza 1 e 2)

Viene allertato dalla Caposala del PS.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Conclude il più rapidamente possibile la gestione dei pazienti in carico
<input type="checkbox"/> 2	Fa evacuare i locali del PS dai malati ritenuti dimissibili e consegna loro la seguente documentazione: <ul style="list-style-type: none">▪ il verbale d PS con l'annotazione "Valutazione clinica sospesa causa massiccio afflusso di feriti"▪ l'allegato "Rinvio rapido dal PS causa massiccio afflusso di feriti"
<input type="checkbox"/> 3	Trasferisce gli altri pazienti e la relativa documentazione presso l'ambulatorio "codici bianchi"
<input type="checkbox"/> 4	Indossa gli indumenti di protezione
<input type="checkbox"/> 5	Si reca in posizione M2
<input type="checkbox"/> 6	Inizia la gestione clinica dei codici gialli

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 26 di 46



Il medico (urgenza 3)

Viene allertato dalla Caposala del PS

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Conclude il più rapidamente possibile la gestione dei pazienti in carico
<input type="checkbox"/> 2	Fa evacuare i locali del PS dai malati ritenuti dimissibili e consegna loro la seguente documentazione (vedi criteri di preclusione alla dimissione): <ul style="list-style-type: none">▪ il verbale di PS con l'annotazione "Valutazione clinica sospesa causa massiccio afflusso di feriti"▪ l'allegato "Rinvio rapido dal PS causa massiccio afflusso di feriti"
<input type="checkbox"/> 3	Indossa gli indumenti di protezione
<input type="checkbox"/> 4	Si reca in zona D
<input type="checkbox"/> 5	Inizia la gestione clinica dei codici verdi e bianchi

Il medico sopraggiunto dal reparto (MURG)

Viene allertato dal medico di guardia del reparto di appartenenza.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Raggiunge il PS
<input type="checkbox"/> 2	Collabora alle operazioni di soccorso secondo le indicazioni fornite dal Direttore SC PS e Medicina d'Urgenza

La capo sala

Viene allertata dal flussista.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa il personale presente, ivi compresi i lettighieri
<input type="checkbox"/> 2	Se necessario, attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale infermieristico non inserito nel turno di guardia
<input type="checkbox"/> 3	Destina il personale infermieristico sopraggiunto in PS

Il personale infermieristico del triage

Viene allertato dalla Caposala del PS.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Diffonde comunicazione di stato di allarme con l'interfono; espone i cartelli informativi
<input type="checkbox"/> 2	Conclude le attività di triage in atto secondo le modalità correnti
<input type="checkbox"/> 3	Indossa gli indumenti di protezione
<input type="checkbox"/> 4	All'arrivo delle vittime effettua il triage di emergenza (vedi protocollo)
<input type="checkbox"/> 5	Contestualmente sospende l'accettazione informatizzata

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 27 di 46



Il personale infermieristico di rianimazione

Viene allertato dalla Caposala del PS.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Controlla e allestisce la sala di rianimazione
<input type="checkbox"/> 2	Se necessario, recupera materiale di scorta dal magazzino in PS
<input type="checkbox"/> 3	Inizia l'attività assistenziale

Il personale infermieristico preposto all'assistenza

Viene allertato dalla Caposala del PS.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Predisporre i set paziente
<input type="checkbox"/> 2	Collabora alle attività di evacuazione
<input type="checkbox"/> 3	Accoglie i feriti, li sveste e li pulisce il più rapidamente possibile
<input type="checkbox"/> 4	Assegna al paziente il codice identificativo
<input type="checkbox"/> 5	Raccoglie ogni effetto personale del ferito nel sacchetto prenumerato
<input type="checkbox"/> 6	Inizia l'attività assistenziale
<input type="checkbox"/> 7	Fotografa i deceduti

Il personale infermieristico sopraggiunto dai reparti (Chirurgia 1, Ortopediatria, Neurologia, Neurochirurgia)

Viene allertato dalla caposala del reparto di appartenenza.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Si reca presso la postazione del flussista
<input type="checkbox"/> 2	Collabora, sotto il coordinamento di una figura dedicata, alle operazioni di raccolta e di stoccaggio dei materiali (dal magazzino del DEA al PS)
<input type="checkbox"/> 3	Collabora nell'attività assistenziale

La SC Medicina d'urgenza

Il medico di guardia

Viene allertato dal flussista.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa la caposala o sostituta
<input type="checkbox"/> 2	Distacca le unità di personale medico, preventivamente identificate, presso il PS (una)
<input type="checkbox"/> 3	Attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale medico non inserito nel turno di guardia (i recapiti sono nella cassaforte stupefacenti)

Responsabili del procedimento:
dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA)
dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)

Istruttore:
dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)

Rev. 1 19 gennaio 2007

Pag. 28 di 46



<input type="checkbox"/> 4	Dimette/trasferisce i pazienti con indicazione
<input type="checkbox"/> 5	Fornisce resoconto sulla disponibilità dei posti letto utilizzando il prospetto allegato
<input type="checkbox"/> 6	Si reca dal Direttore SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza in PS

La caposala o sostituta

Viene allertata dal medico di guardia del reparto di appartenenza.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa il personale presente, trattiene il personale presente al cambio turno
<input type="checkbox"/> 2	Distacca le unità di personale infermieristico ed ausiliario, preventivamente identificate, presso il PS
<input type="checkbox"/> 3	Attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale infermieristico non inserito nel turno di guardia (i recapiti sono nella cassaforte stupefacenti)

La SC Anestesia e Rianimazione I

Il medico di guardia in reparto

Viene allertato dal flussista.

Sequenza azioni	Azione	Telefono
<input type="checkbox"/> 1	Informa la caposala o sostituta	
<input type="checkbox"/> 2	Informa il Direttore della Struttura Complessa	
<input type="checkbox"/> 3	Allerta il medico di guardia della Neuroranimazione	
<input type="checkbox"/> 4	Allerta il medico di guardia della Terapia subintensiva	
<input type="checkbox"/> 5	Allerta la caposala del BO DEA	
<input type="checkbox"/> 6	Allerta l'anestesista di turno presso il poliambulatorio ospedaliero (prericoveri)	
<input type="checkbox"/> 7	Allerta l'anestesista del day surgery	
<input type="checkbox"/> 8	Attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale medico non inserito nel turno di guardia	
<input type="checkbox"/> 9	Distacca le unità di personale medico preventivamente identificate presso il PS: <ul style="list-style-type: none">▪ Terapia Intensiva (1+1)▪ Neuroranimazione (1)▪ Terapia Subintensiva (1)▪ Prericovero (1)▪ Ps (1)	
<input type="checkbox"/> 10	Fornisce resoconto sulla disponibilità dei posti letto utilizzando il prospetto allegato	

La caposala

Viene allertata dal medico di guardia del reparto di appartenenza.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa il personale presente
<input type="checkbox"/> 2	Distacca le unità di personale infermieristico ed ausiliario, preventivamente identificate, presso il PS
<input type="checkbox"/> 3	Attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale infermieristico non inserito nel turno
<input type="checkbox"/> 4	Prepara farmaci e infusioni

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 29 di 46



<input type="checkbox"/> 5	Prepara lo strumentario e i presidi
----------------------------	-------------------------------------

La SC di Chirurgia 1

Il medico di guardia in reparto

Viene allertato dal flussista.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa la caposala o sostituta
<input type="checkbox"/> 2	Informa il Direttore della Struttura Complessa
<input type="checkbox"/> 3	Attiva il medico reperibile
<input type="checkbox"/> 4	Attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale medico non inserito nel turno di guardia
<input type="checkbox"/> 5	Distacca le unità di personale medico preventivamente identificate presso il PS (una unità)
<input type="checkbox"/> 6	Dimette/trasferisce i pazienti con indicazione
<input type="checkbox"/> 7	Fornisce resoconto sulla disponibilità dei posti letto utilizzando il prospetto allegato

La caposala

Viene allertata dal medico di guardia del reparto di appartenenza.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa il personale presente
<input type="checkbox"/> 2	Distacca le unità di personale infermieristico ed ausiliario, preventivamente identificate, presso il PS
<input type="checkbox"/> 3	Attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale infermieristico non inserito nel turno

La SC di Ortopedia e traumatologia

Il medico di guardia in reparto

Viene allertato dal flussista.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa la caposala o sostituta
<input type="checkbox"/> 2	Informa il Direttore della Struttura Complessa
<input type="checkbox"/> 3	Attiva il medico reperibile
<input type="checkbox"/> 4	Attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale medico non inserito nel turno di guardia
<input type="checkbox"/> 5	Distacca le unità di personale medico preventivamente identificate presso il PS (almeno una)
<input type="checkbox"/> 6	Dimette/trasferisce i pazienti con indicazione
<input type="checkbox"/> 7	Fornisce resoconto sulla disponibilità dei posti letto utilizzando il prospetto allegato

La caposala

Viene allertata dal medico di guardia del reparto di appartenenza.

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 30 di 46



Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa il personale presente
<input type="checkbox"/> 2	Distacca le unità di personale infermieristico ed ausiliario, preventivamente identificate, presso il PS
<input type="checkbox"/> 3	Attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale infermieristico non inserito nel turno di guardia

La SC di Neurochirurgia

Il medico di guardia in reparto

Viene allertato dal flussista

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa la caposala o sostituta
<input type="checkbox"/> 2	Informa il Direttore della Struttura Complessa
<input type="checkbox"/> 3	Attiva il medico reperibile
<input type="checkbox"/> 4	Distacca le unità di personale medico preventivamente identificate presso il PS (una unità)
<input type="checkbox"/> 5	Attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale medico non inserito nel turno di guardia
<input type="checkbox"/> 6	Dimette/trasferisce i pazienti con indicazione
<input type="checkbox"/> 7	Fornisce resoconto sulla disponibilità dei posti letto utilizzando il prospetto allegato

La caposala

Viene allertata dal medico di guardia del reparto di appartenenza.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa il personale presente
<input type="checkbox"/> 2	Attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale infermieristico non inserito nel turno di guardia
<input type="checkbox"/> 3	Distacca le unità di personale infermieristico ed ausiliario, preventivamente, identificate presso il PS

Il Centro Ustioni

Il medico di guardia in reparto

Viene allertato dal flussista.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa la caposala o sostituta
<input type="checkbox"/> 2	Informa il Direttore della Struttura Complessa
<input type="checkbox"/> 3	Attiva il medico reperibile
<input type="checkbox"/> 4	Distacca le unità di personale medico preventivamente identificate presso il PS (una unità)
<input type="checkbox"/> 5	Attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale medico non inserito nel turno di guardia
<input type="checkbox"/> 6	Dimette/trasferisce i pazienti con indicazione

Responsabili del procedimento:
dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA)
dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)

Istruttore:
dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)

Rev. 1 19 gennaio 2007

Pag. 31 di 46



<input type="checkbox"/> 7	Fornisce resoconto sulla disponibilità dei posti letto utilizzando il prospetto allegato
----------------------------	--

La caposala

Viene allertata dal medico di guardia del reparto di appartenenza.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa il personale presente
<input type="checkbox"/> 2	Distacca le unità di personale infermieristico ed ausiliario, preventivamente identificate, presso il PS
<input type="checkbox"/> 3	attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale infermieristico non inserito nel turno di guardia

La radiologia del DEA

Il medico di guardia

Viene allertato dal flussista.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa il capotecnico
<input type="checkbox"/> 2	Informa il Direttore della Struttura Complessa
<input type="checkbox"/> 3	Attiva il medico reperibile
<input type="checkbox"/> 4	attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale medico non inserito nel turno di guardia

Il capotecnico

Viene allertato dal medico di guardia del reparto di appartenenza.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa il personale presente
<input type="checkbox"/> 2	Attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale tecnico non inserito nel turno di guardia
<input type="checkbox"/> 3	Predisporre il materiale
<input type="checkbox"/> 4	Si accerta della disponibilità delle sale/apparecchiature (vedi scheda di rilevazione)

I lettighieri

Sono allertati dal personale amministrativo di PS.

- Un'unità è dedicata in modo esclusivo al trasporto del sangue
- All'occorrenza, un'unità è dedicata in modo esclusivo al trasporto degli antidoti

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Allertano tutto il personale preposto al servizio lettighe presente in Ospedale
<input type="checkbox"/> 2	Radunano i lettini/barelle disponibili presso l'area adibita al triage delle vittime: - n. 21

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 32 di 46



	- n. 5 (shock room)
<input type="checkbox"/> 3	Organizzano, sotto il coordinamento della Caposala di PS, il trasporto dei pazienti già presenti in PS e con indicazione al ricovero verso i reparti non facenti capo al Dipartimento di Emergenza
<input type="checkbox"/> 4	Organizzano, sotto il coordinamento della Caposala di PS, il trasporto delle vittime con indicazione al ricovero verso i reparti del DEA
<input type="checkbox"/> 5	Censiscono le lettighe disponibili utilizzando la scheda allegata (n. 7 in dotazione)

II Laboratorio

Il personale laureato

- Di giorno viene allertato dal personale amministrativo di PS.
- Di notte viene allertato dal tecnico di turno.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa il capotecnico ed il personale presente
<input type="checkbox"/> 2	Informa il Direttore della Struttura Complessa
<input type="checkbox"/> 3	Attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale non inserito nel turno di guardia (tre laureati, sei tecnici, 2 amministrativi, 2 aiutanti)

Il tecnico

- Di giorno viene allertato dal laureato di guardia.
- Di notte, viene allertato dal personale amministrativo di PS ed allerta il laureato reperibile, quindi:

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Accetta il materiale
<input type="checkbox"/> 2	Effettua il trattamento preanalitico
<input type="checkbox"/> 3	Effettua l'analisi
<input type="checkbox"/> 4	Effettua la validazione

Il personale ausiliario

Viene allertato dal tecnico di turno.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Provvede al ritiro campioni
<input type="checkbox"/> 2	Provvede all'approvvigionamento materiale diagnostico e di consumo
<input type="checkbox"/> 3	Provvede allo sgombero del materiale di rifiuto
<input type="checkbox"/> 4	Effettua la pulizia essenziale
<input type="checkbox"/> 5	Provvede alla consegna referti

Il personale amministrativo

Viene allertato dal laureato di guardia.

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 33 di 46



Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Provvede all'accettazione delle richieste
<input type="checkbox"/> 2	Provvede alla stampa dei referti

II SIMT

Il medico di guardia

Viene allertato dal personale amministrativo di PS.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa il personale presente
<input type="checkbox"/> 2	Informa il Direttore della Struttura Complessa
<input type="checkbox"/> 3	Attiva il medico reperibile
<input type="checkbox"/> 4	Attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale medico non inserito nel turno di guardia
<input type="checkbox"/> 5	Censisce le sacche disponibili (per numerosità e gruppo sanguigno)

La SC Anestesia 2

Il medico di guardia

Viene allertato dal personale amministrativo di PS.

Sequenza azioni	Azione	Telefono
<input type="checkbox"/> 1	Informa il Direttore della Struttura Complessa	
<input type="checkbox"/> 2	Attiva il medico reperibile	
<input type="checkbox"/> 3	Allerta il blocco operatorio Chirurgia 2	
<input type="checkbox"/> 4	Allerta l'anestesista presente presso il blocco operatorio Chirurgia 2	
<input type="checkbox"/> 5	Allerta il medico di guardia in Chirurgia 2	
<input type="checkbox"/> 6	Allerta il blocco operatorio Chirurgia Vascolare	
<input type="checkbox"/> 7	Allerta il medico di guardia in Chirurgia Vascolare	
<input type="checkbox"/> 8	Su disposizione dell'UC, attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale medico non inserito nel turno di guardia	

La Caposala del blocco operatorio Chirurgia 2

Viene allertata dal medico di guardia in Anestesia 2.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa il personale infermieristico presente e/o lo trattiene al cambio di turno
<input type="checkbox"/> 2	Fornisce resoconto sulla disponibilità delle sale operatorie utilizzando lo schema allegato

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 34 di 46



<input type="checkbox"/> 3	Si accerta del completo funzionamento del blocco operatorio
<input type="checkbox"/> 4	Predisporre il materiale necessario
<input type="checkbox"/> 5	Su disposizione dell'UC, attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale infermieristico

La SC Anestesia 3

Il medico di guardia

Viene allertato dal personale amministrativo di PS.

Sequenza azioni	Azione	Telefono
<input type="checkbox"/> 1	Informa il Direttore della Struttura Complessa	
<input type="checkbox"/> 2	Attiva il medico reperibile	
<input type="checkbox"/> 3	Allerta il blocco operatorio De Gasperis	
<input type="checkbox"/> 4	Allerta l'anestesista presente presso il blocco operatorio De Gasperis	
<input type="checkbox"/> 5	Allerta il medico di guardia della Cardiochirurgia	
<input type="checkbox"/> 6	Allerta il medico di guardia della Chirurgia toracica	
<input type="checkbox"/> 7	Su disposizione dell'UC, attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale medico non inserito nel turno di guardia	

La Caposala del blocco operatorio cardiochirurgico

Viene allertata dal medico di guardia in Anestesia 3.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa il personale infermieristico presente e/o lo trattiene al cambio di turno
<input type="checkbox"/> 2	Fornisce resoconto sulla disponibilità delle sale operatorie utilizzando la scheda di rilevazione dotazioni
<input type="checkbox"/> 3	Si accerta del completo funzionamento del blocco operatorio
<input type="checkbox"/> 4	Predisporre il materiale necessario
<input type="checkbox"/> 5	Su disposizione dell'UC, attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale infermieristico

La Caposala del blocco operatorio Chirurgia Vascolare

Viene allertata dal medico di guardia in Anestesia 2.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa il personale infermieristico presente e/o lo trattiene al cambio di turno
<input type="checkbox"/> 2	Fornisce resoconto sulla disponibilità delle sale operatorie utilizzando la scheda di rilevazione dotazioni
<input type="checkbox"/> 3	Si accerta del completo funzionamento del blocco operatorio
<input type="checkbox"/> 4	Predisporre il materiale necessario
<input type="checkbox"/> 5	Su disposizione dell'UC, attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale infermieristico

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 35 di 46



Le SSCC Cardiocirurgia, Chirurgia 2, Chirurgia Pediatrica, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Ginecologia, Urologia, Medicina 1, Medicina 2, Medicina 3, Neurologia, Pediatria

Il medico di guardia in reparto

Viene allertato da:

Cardiocirurgia	medico di guardia Anestesia 3
Chirurgia 2	medico di guardia Anestesia 2
Chirurgia Pediatrica	flussista
Chirurgia Toracica	medico di guardia Anestesia 3
Chirurgia Vascolare	medico di guardia Anestesia 2
Ginecologia	personale amministrativo di PS
Urologia	personale amministrativo di PS
Medicina 1	personale amministrativo di PS
Medicina 2	personale amministrativo di PS
Medicina 3	personale amministrativo di PS
Neurologia	personale amministrativo di PS
Pediatria	personale amministrativo di PS

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa la caposala o sostituta
<input type="checkbox"/> 2	Informa il Direttore della Struttura Complessa
<input type="checkbox"/> 3	Dimette/trasferisce i pazienti con indicazione
<input type="checkbox"/> 4	Fornisce resoconto sulla disponibilità dei posti letto utilizzando il prospetto allegato

Le SSCC Psichiatria 1, Psichiatria 2, Psichiatria 3

Il medico di guardia

Viene allertato dal personale amministrativo di PS.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa il capotecnico ed il personale presente
<input type="checkbox"/> 2	Informa il Direttore della Struttura Complessa
<input type="checkbox"/> 3	Su disposizione dell'UC, attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale medico non inserito nel turno di guardia
<input type="checkbox"/> 4	Si reca in PS e svolge funzione di supporto psicologico

Il Capo sala del Day Surgery

Viene allertato dal personale amministrativo di PS.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	Informa il personale presente e/o lo trattiene al cambio di turno
<input type="checkbox"/> 2	Fornisce resoconto sulla disponibilità delle sale operatorie utilizzando la scheda di rilevazione dotazioni
<input type="checkbox"/> 3	Si accerta del completo funzionamento del blocco operatorio
<input type="checkbox"/> 4	Predisporre il materiale necessario
<input type="checkbox"/> 5	Su disposizione dell'UC, attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale infermieristico

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 36 di 46



La SC Gestione dei magazzini generali e di farmacia

Un addetto del servizio viene contattato dalla DAP. Suo compito è garantire l'eventuale ulteriore rifornimento di farmaci e presidi necessari al personale operante presso il Dipartimento di Emergenza.

Il Servizio di portineria

Il personale addetto al servizio di portineria deve essere opportunamente addestrato sulle modalità di accesso agli ingressi ed ai percorsi esterni precedentemente diversificati in base alla tipologia di utenza.

Sequenza azioni	Azione
<input type="checkbox"/> 1	allerta tutto il personale che riesce a reperire
<input type="checkbox"/> 2	garantisce l'accesso dalla porta carraia e dall'ingresso al DEA anche nelle ore notturne (apertura degli ingressi principali)
<input type="checkbox"/> 3	Garantisce l'uscita ai veicoli di soccorso dall'ingresso per lo scarico merci
<input type="checkbox"/> 4	presidia l'area di accettazione del PS, la porta carraia, la portineria centrale
<input type="checkbox"/> 5	contribuisce a sfollare i parenti dal PS e farli confluire all'esterno dell'Ospedale
<input type="checkbox"/> 6	limita l'afflusso esclusivamente al personale autorizzato

ORGANIZZAZIONE DELLE DONAZIONI DI SANGUE

È prevista l'attivazione di unità mobili per la raccolta decentrata del sangue. I donatori potranno essere mobilitati via sms.

PIANO DELLE CHIUSURE E DEGLI ACCORPAMENTI

Si allega periodicamente al presente documento il Piano delle chiusure e degli accorpamenti previsti per il periodo estivo e le festività principali; ciò per avere il quadro immediato della disponibilità di spazi e di personale.

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 37 di 46



LA MODULISTICA PER LA VERIFICA DELLE DOTAZIONI

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 38 di 46



Disponibilità SALE OPERATORIE DEA

Delle ORE |__|__| |__|__|

SALA	LIBERA	DISPONIBILE FRA MINUTI/ORE
A	<input type="checkbox"/>	
B	<input type="checkbox"/>	
C	<input type="checkbox"/>	
D	<input type="checkbox"/>	
E	<input type="checkbox"/>	
F	<input type="checkbox"/>	
G	<input type="checkbox"/>	
H	<input type="checkbox"/>	
I	<input type="checkbox"/>	
L	<input type="checkbox"/>	
TOTALE		

ANESTESISTI PRESENTI	STRUMENTISTI PRESENTI
N° __ __	N° __ __

trasmettere al seguente numero di telefax

|__|__|__|__|__| _____
matricola cognome e nome del compilatore

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 39 di 46



Disponibilità SALE OPERATORIE

Delle ORE |__|__| |__|__|

- CARDIOCHIRURGIA**
- CHIRURGIA 2**
- CHIRURGIA VASCOLARE**
- DAY SURGERY**
- GINECOLOGIA**
- OCULISTICA**
- UROLOGIA**

SALA	LIBERA	DISPONIBILE FRA MINUTI/ORE
1	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	
TOTALE		

CHIRURGHICI PRESENTI	ANESTESISTI PRESENTI	STRUMENTISTI PRESENTI
N° __ __	N° __ __	N° __ __

trasmettere al seguente numero di telefax

|__|__|__|__|__| _____
matricola cognome e nome del compilatore

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 40 di 46



Disponibilità POSTI LETTO AREE EMERGENZA

Delle ORE |__|__| |__|__|

REPARTO	A TOTALI	B AGGIUNTIVI PER EMERGENZA	C LIBERI	D IMMEDIATAMENTE LIBERABILI
RIANIMAZIONE GENERALE	_ _	2	_ _	_ _
RIANIMAZIONE SUBINTENSIVA	_ _	-	_ _	_ _
NEURORIANIMAZIONE	_ _	2	_ _	_ _
MEDICINA D'URGENZA	_ _	-	_ _	_ _
CHIRURGIA 1	_ _	-	_ _	_ _
CENTRO USTIONI	_ _	-	_ _	_ _
NEUROCHIRURGIA	_ _	-	_ _	_ _
ORTOPEDIA	_ _	-	_ _	_ _
MEDICINA NUCLEARE	_ _	-	_ _	_ _
RADIOTERAPIA	_ _	-	_ _	_ _

- a) dotazioni ordinarie
- b) dotazioni aggiuntive da utilizzare in caso di emergenza
- c) vengono calcolati sul totale dei posti letto ordinariamente disponibili (categoria a)
- d) occupati da pazienti rinviabili al domicilio senza rischi o, comunque, autosufficienti e spostabili senza rischi in aree non operative del reparto

trasmettere al seguente numero di telefax

|_|_|_|_|_|_|_| _____
matricola cognome e nome del compilatore

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 41 di 46



Disponibilità POSTI LETTO

Delle ORE |__|__| |__|__|

REPARTO	TOTALI	LIBERI	IMMEDIATAMENTE LIBERABILI (*)
ANESTESIA 2	_ _	_ _	_ _
ANESTESIA 3	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
CHIRURGIA 2	_ _	_ _	_ _
CHIRURGIA TORACICA	_ _	_ _	_ _
CHIRURGIA VASCOLARE	_ _	_ _	_ _
MEDICINA 1	_ _	_ _	_ _
MEDICINA 2	_ _	_ _	_ _
MEDICINA 3	_ _	_ _	_ _
NEUROLOGIA	_ _	_ _	_ _
MALATTIE INFETTIVE	_ _	_ _	_ _
EMATOLOGIA	_ _	_ _	_ _
PEDIATRIA	_ _	_ _	_ _

(*)Occupati da pazienti rinviabili al domicilio senza rischi o, comunque, autosufficienti e spostabili senza rischi in aree non operative del reparto

trasmettere al seguente numero di telefax

|_|_|_|_|_|_|_|
matricola

_____ cognome e nome del compilatore

Responsabili del procedimento:
dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA)
dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)

Istruttore:
dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)

Rev. 1 19 gennaio 2007

Pag. 42 di 46



Disponibilità APPARECCHIATURE RADIOLOGICHE INPS

Delle ORE |__|__| |__|__|

Radiologia convenzionale	sale disponibili
1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
TAC	sale disponibili
1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>

MEDICI PRESENTI	TECNICI PRESENTI
N° __ __	N° __ __

|__|__|__|__|__|
matricola

cognome e nome del compilatore

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 43 di 46



Disponibilità LETTIGHE

Targa veicolo |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

REPARTO DI DESTINAZIONE	PZ TRASPORTATI	ORA PARTENZA	ORA ARRIVO
	N° __	__ __ : __ __	__ __ : __ __
	N° __	__ __ : __ __	__ __ : __ __
	N° __	__ __ : __ __	__ __ : __ __
	N° __	__ __ : __ __	__ __ : __ __
	N° __	__ __ : __ __	__ __ : __ __
	N° __	__ __ : __ __	__ __ : __ __
	N° __	__ __ : __ __	__ __ : __ __
	N° __	__ __ : __ __	__ __ : __ __
	N° __	__ __ : __ __	__ __ : __ __
	N° __	__ __ : __ __	__ __ : __ __
	N° __	__ __ : __ __	__ __ : __ __
	N° __	__ __ : __ __	__ __ : __ __
	N° __	__ __ : __ __	__ __ : __ __
	N° __	__ __ : __ __	__ __ : __ __
	N° __	__ __ : __ __	__ __ : __ __

|__|__|__|__|__|__|
matricola

cognome e nome del compilatore

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 44 di 46



Disponibilità SANGUE

GRUPPO	Rh +	Rh -
A	N° __ __ __	N° __ __ __
B	N° __ __ __	N° __ __ __
AB	N° __ __ __	N° __ __ __
O	N° __ __ __	N° __ __ __

trasmettere al seguente numero di telefax

|__|__|__|__|__|
matricola

cognome e nome del compilatore

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 45 di 46



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Dipartimento della Protezione Civile: "Linee guida sull'organizzazione sanitaria in caso di Catastrofi sociali." 1998.
- Dipartimento Protezione Civile, Presidenza del Consiglio dei Ministri: "Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle Catastrofi." 2001
- DM 15 maggio 1992 n. 121 "Serie Generale Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza"
- Ministero della Sanità. G.U. n. 114 serie generale del 17 maggio 1996 Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992
- Morra A., Odetto L.: "Disaster Management" 2000
- Morra A., C. Romeo, C. Sala: Il comportamento della struttura ospedaliera nelle emergenze. Collana "Protezione Civile e Ambiente". Regione Piemonte, Servizio di Protezione Civile, 1994
- Santoianni F.: Protezione Civile – pianificazione e gestione dell'emergenza, guida per gli operatori di protezione civile. Nocchioli Editore Firenze 2003
- Scarcella C., Gelatti U.: Il Management della Crisi. La prevenzione del bioterrorismo in Lombardia
- Masturzo E., Nicora C., Maxiemergenza in ospedale. L'esempio del Niguarda. Tecnica Ospedaliera, n. 5 anno 2006: 94-99
- Nicora C., Masturzo E., Cozzi C., Piano di emergenza per massiccio afflusso di feriti (PEMAF). La Protezione Civile Italiana, n. 6 anno 2006: 16-37

Responsabili del procedimento: dr. Sergio Vesconi (Direttore DEA) dr. Carlo Nicora (Direttore DMPO)	Rev. 1 19 gennaio 2007
Istruttore: dr.ssa Elisabetta Masturzo (Dirigente Medico DMPO)	Pag. 46 di 46