



Deliberazione 1810

adottata dal Direttore Generale in data 12 OTT. 2016

Oggetto: Approvazione del documento aziendale "Piano di emergenza intraospedaliera in caso di massiccio afflusso di feriti e catastrofi ambientali PEIMAF" A.O. Brotzu

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 13 OTT. 2016 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale Dott.ssa Graziella Pintus

coadiuvato da

Direttore Amministrativo Dott.ssa Laura Balata

Direttore Sanitario Dott. Vinicio Atzeni

Su proposta della Direzione Medica del Presidio San Michele

PREMESSO che sulla base della normativa vigente si rende necessario il costante aggiornamento del "Piano di Emergenza intraospedaliero in caso di massiccio afflusso di feriti e catastrofi ambientali PEIMAF" A.O. Brotzu;

VISTO il D.P.R. 27.03.1992 atto di indirizzo e coordinamento delle Regioni per la determinazioni dei livelli di assistenza sanitaria e di emergenza;

CONSIDERATO che la complessità della gestione di un piano di emergenza necessita di un costante monitoraggio e aggiornamento

DELIBERA

Per i motivi indicati in premessa:

- 1) di adottare "il piano di emergenza intraospedaliero in caso di massiccio afflusso di feriti e catastrofi ambientali" dell'A.O. Brotzu di Cagliari aggiornato secondo il testo allegato (all.1);
- 2) di dare mandato alla Direzione Medica di Presidio San Michele affinché impartisca tutte le direttive necessarie per una corretta applicazione e provveda a segnalare a tutti i soggetti coinvolti eventuali modifiche e/o aggiornamenti;
- 3) di trasmettere copia della presente deliberazione compresa di allegato a tutti i reparti interessati dal PEIMAF;
- 4) di trasmettere copia del presente atto alla centrale del 118 e alla Regione Autonoma della Sardegna Assessorato dell'Igiene e Sanità per gli adempimenti di competenza.

Il Direttore Amministrativo

Dr.ssa Laura Balata

Il Direttore Sanitario

Dr. Vinicio Atzeni

Il Direttore Generale

Dr.ssa Graziella Pintus

PEIMAF AOBROTZU

La catastrofe può essere definita come un avvenimento inopinato che si realizza improvvisamente, di grandi dimensioni in grado di provocare importanti danni, sia sul piano umano che su quello materiale; richiede ai sistemi di soccorso modalità d'intervento diverse da quelle utilizzate nelle situazioni ordinarie.

E' necessaria un'accurata programmazione che definisca i compiti e le modalità d'intervento per ciascuna delle diverse componenti della catena dei soccorsi, sanitaria, tecnica e quella costituita dalle Forze dell' Ordine, ovvero la programmazione di un piano di emergenza contenente la catena di interventi da attuare all'interno dell'Ospedale per accogliere un massiccio afflusso di feriti.

Esso deve consentire:

- **l'accettazione contemporanea di un elevato numero di vittime** (intendendo con tale termine feriti e deceduti).
- **l'erogazione di cure corrette e qualificate** e in ogni caso adeguate al tipo di lesione che presentano i feriti.

È indispensabile che tutto il personale che lavora nella struttura nosocomiale sia a conoscenza del PEIMAF e dei compiti assegnati alle singole figure (**action cards**), in modo da essere preparato sulle modalità operative da attivare in fase d'allarme.

Il primo "organo" di gestione della maxiemergenza di cui ci si avvale è l'**Unità di Crisi**, costituita da diverse professionalità che lavorano insieme prima, durante e dopo la catastrofe.

UNITA' DI CRISI

L'unità di crisi ha il compito di attivare e gestire il piano di emergenza, coordinare le attività sanitarie, e gestire le relazioni con le altre strutture pubbliche, con i mass-media e con i parenti; ha inoltre la responsabilità di decretare la cessazione dello stato di allarme ed il ritorno alle normali attività dell'Ospedale.

Per esigenze di immediatezza, la prima risposta sanitaria all'evento sarà fornita dagli operatori già presenti in Ospedale che costituiscono l' **UNITA' DI CRISI provvisoria**. In seguito, con l'afflusso delle figure professionali richiamate in servizio, si comporrà l' **UNITA' DI CRISI definitiva** che risulterà composta da:

- Direttore Medico del Presidio Ospedaliero o suo delegato
- Direttore del Dipartimento di Emergenza o suo delegato
- Direttore del Pronto Soccorso o suo delegato
- Responsabile Infermieristico Area Emergenza
- Direttore Servizio Prevenzione e Protezione
- Responsabile Ufficio Tecnico.

a cui si uniranno:

- Direttore Generale
- Direttore Sanitario Aziendale
- Direttore Amministrativo o suo delegato
- Responsabile dell'Ufficio Stampa
-

IPOTESI DI RISCHIO PRESENTI SULL'AREA METROPOLITANA DI CAGLIARI:

- Traumatologia della strada
- Disastri aerei
- Disastri ferroviari
- Disordine pubblico, atti di terrorismo

Nell'eventualità di contaminazione chimica o biologica si attiva la Protezione Civile che dispone dei mezzi e delle strategie di risposta specifica.

Sono previsti diversi **livelli di allertamento**:

Livello 1: può coinvolgere **10/30 vittime** (es. schianto di un bus) e prevede il blocco dell'attività di routine; la Direzione Medica del Presidio informerà i reparti ed i servizi interessati

Livello 2: può coinvolgere **30/100 vittime** (es. crollo di un edificio o caduta di un aereo) e prevede, entro 30 minuti dall'allerta, la costituzione dell'unità di crisi e il coinvolgimento di tutti i presidi dell'Azienda

Livello 3: coinvolgimento di **più di 100 vittime** (es. conseguenze di uragani, terremoti, azioni belliche o terroristiche) e prevede l'attivazione del livello 2, l'allertamento delle strutture sanitarie regionali e, se necessario, nazionali.

L'area di accoglienza delle vittime sarà la sala d'attesa del Pronto Soccorso situata al piano zero del PO San Michele.

In caso di afflusso molto elevato, sarà necessario sgomberare tale area da tutti i precedenti occupanti trasferendoli nei reparti, se necessario nei vicini presidi ospedalieri o, se possibile, a domicilio.

In tale evenienza è prevedibile tra l'altro la sospensione di tutte le attività ordinarie e di elezione.

Loceer

L'attuale zona Triage sarà potenziata con una postazione di accettazione presidiata da un medico (esperto di triage) ed un'infermiere che si occuperanno della selezione dei pazienti.

I pazienti verranno quindi trattati negli ambulatori del PS secondo i protocolli di emergenza fino ad eventuale ricovero in OBI, nei reparti di degenza, trasferimento in altri Presidi Ospedalieri (Reparti Specialistici) o dimissione.

Viene garantito ai familiari delle vittime ed alla stampa l'accesso ad aree delimitate, dove il Direttore del Presidio od un suo delegato dell'unità di crisi comunicano i bollettini medici.

FASI DELL'ALLARME - ATTIVAZIONE PEIMAF

FASE 1 - Preallarme

Nell'incertezza sull'impatto dell'evento:

- si cominciano a liberare le sale operatorie e la diagnostica per immagini di 2° livello;
- si sospendono i ricoveri programmati nei reparti e, nella probabilità di attivazione totale, si procede alle dimissioni previste;
- si preallertano i reperibili dell'area dell'emergenza;
- si sospende l'attività ambulatoriale e si invitano gli utenti non ricoverati ed i visitatori a lasciare l'ospedale.

FASE 2 - Attivazione parziale

Impatto sul DEA; le restanti attività non subiscono incrementi nei carichi di lavoro:

- Si attivano i Reperibili del PS, della Rianimazione, della Radiologia, del Centro Trasfusionale e del Laboratorio.

FASE 3 - Attivazione totale

Arrivo in Pronto Soccorso di un elevato numero di vittime in differenti condizioni cliniche:

- Sospensione di tutte le normali attività.
- Revisione dei turni di servizio; è presente in ospedale sino al 50% della dotazione organica; ogni operatore sanitario deve utilizzare i DPI.
- Il numero totale di posti letto è "estensibile" in letti di fortuna ed in aree non destinate ad attività sanitarie (soggiorni, corridoi delle Strutture, etc).
- Il HDM Coordinatore assegna ad ogni figura professionale le istruzioni operative in maxiemergenza (Action Cards), con le mansioni specifiche del suo ruolo (è importante conoscere anche i compiti delle altre Strutture).

SEQUENZA AZIONI

- Il **Pronto Soccorso** dell'Ospedale viene raggiunto dall'allarme dalla **Centrale Operativa del 118** (è preferibile aver notizie da personale sanitario), attraverso contatto telefonico con linea dedicata.
- **Chiunque**, all'interno del Pronto Soccorso, riceva l'allarme, dovrà darne immediata notifica al **Dirigente Medico** presente in quel momento, registrando:
 - nome e qualifica dell'interlocutore;
 - luogo ed orario della chiamata;
 - breve sintesi delle dimensioni della catastrofe (stabilire se l'evento è all'aperto o al chiuso/ numero di persone coinvolte/ sintomi presentati).
-
- Il **Dirigente Medico del Pronto Soccorso** avviserà immediatamente il **Direttore Medico del Presidio** o suo delegato e attiverà la procedura delle chiamate a cascata al **Centro di Controllo – Centrale Allarme (410)**.
- Il **Centro di Controllo – Centrale Allarme (410)** contatterà tutti i Medici di guardia delle varie Strutture di Degenza e Servizi il quale, nell'applicazione del PEIMAF, daranno mandato al Coordinatore Infermieristico o suo delegato, di chiamare il personale reperibile.
 - Tutto il personale Medico, Infermieristico ed Ausiliario sarà avvisato con sistema a cascata.
 - Gli incaricati alla chiamata in servizio, riporteranno indicazioni relative all'ora e conferma dell'avvenuto contatto.
 - E' predisposta una lista di reperibili da convocare in caso di emergenza che comprende tutte le fasce orarie (feriali diurne, festive e notturne).
 - Tutto il personale richiamato deve raggiungere l'Ospedale nel minor tempo possibile.
 - Per la comunicazione si deve usare sempre il seguente messaggio standard: **“E' stato attivato il piano della maxi emergenza. Proceda secondo il protocollo. Confermare la corretta ricezione del messaggio.”**

Ogni richiesta di ulteriori informazioni deve essere EVITATA od IGNORATA.

- Il **Direttore Medico del Presidio** dovrà provvedere a:
 - verificare la reale attendibilità dell'allarme mediante contatto telefonico con il 118 (e eventualmente il 112 o 113 o 115);
 - assumere da queste fonti indispensabili informazioni circa le caratteristiche della catastrofe (causa e numero probabile di vittime);



- dare conferma al Dirigente Medico del Pronto Soccorso della Maxi Emergenza per fare attivare il PEIMAF.

L'intero staff della Direzione Medica del Presidio, ove necessario, sarà richiamato in servizio eventualmente integrato da personale infermieristico e di segreteria.

- Il personale tutto è comandato in servizio fino a nuova disposizione
- Dal II e III livello è prevista l'anticipazione dei turni di servizio successivi
- Sarà cura delle ditte affidatarie del servizio di pulizie e del servizio di ristorazione, garantire il normale svolgimento delle attività stante l'attivazione della maxiemergenza, anche attraverso modalità di mobilitazione del personale presente.

AREE D'ACCESSO E DI ACCETTAZIONE

Area Triage

Si accede dalla camera calda e comprende:

- **la sala Triage**
- **il corridoio antistante**
- **l'area di attesa dei pazienti barellati.**

E' presente il materiale necessario per l'esecuzione del triage (pulsiossimetro, sfigmomanometro; ossigeno medicale).

Area stabilizzazione

Shock room e quarto ambulatorio, si possono trattare fino a 4 pazienti contemporaneamente.

Area rossi

Ambulatori 1,2,3; si attivano in modo sequenziale, con l'incremento della disponibilità delle risorse umane; è possibile trattare sino a 6 pazienti contemporaneamente.

Sono disponibili:

- ventilatori meccanici portatili
- monitor multiparametrici
- il necessario per le manovre di supporto vitale avanzato, con particolare attenzione alle problematiche traumatologiche.

Area gialli

Corrisponde agli **spazi dell'OBI** ed è divisa funzionalmente in cinque box; può ospitare fino a 10 pazienti.

E' disponibile quanto necessario per il supporto delle funzioni vitali.

Area verdi

Sala d'attesa del Pronto Soccorso.

Può accogliere contemporaneamente 25 persone barellate ed è dotata di servizi igienici.

Non essendo utilizzata di norma a scopo clinico, è disponibile un carrello con il necessario per l'assistenza (farmaci, piccola chirurgia e medicazioni, anestetici locali, dispositivi per l'immobilizzazione di segmenti ossei); le risorse sono attinte dalle scorte del PS.

Attesa interna.

Può ospitare in caso di necessità fino a 15 pazienti; può anche fungere, nelle prime fasi della maxiemergenza, da area di raccolta per i pazienti già presenti in Pronto Soccorso per la rivalutazione.

STRATEGIA DI UTILIZZO DELLE AREE DI TRATTAMENTO

- Nella fase iniziale si concentra l'assistenza in uno spazio limitato.
- Con l'arrivo di altro personale e l'attivazione di procedure di espansione delle aree di ricovero (dimissione dei presenti stabilizzati, allestimento soggiorni, etc.) i reparti di degenza incrementano la capacità di ricovero.
- Il trasferimento dei pazienti che hanno terminato il loro percorso diagnostico ai reparti o alle aree di backup, consente al Pronto Soccorso di accogliere le vittime della maxiemergenza.
- Le aree di trattamento del Pronto Soccorso sono step verso la sistemazione definitiva.
- Nelle aree di backup le vittime possono permanere più a lungo, in attesa di posto nei reparti o in altri ospedali.

Aree di backup

- Al fine di evitare la rapida saturazione delle aree di trattamento, i pazienti, Rossi, Gialli e Verdi, vengono trasferiti appena possibile nei reparti, nelle terapie intensive, in Sala Operatoria, presso altri ospedali; i deceduti in camera mortuaria.
- La soluzione di back up per i Codici Gialli è il ricovero nei reparti, incrementandone la capacità di posti letto, con l'utilizzo intensivo degli spazi, anche d'uso abituale non clinico.
- I pazienti stabili di Chirurgia e Ortopedia vengono trasferiti nelle altre strutture e, a saturazione, nei locali di soggiorno, liberando le degenze, dotate di gas medicali, a beneficio dei pazienti della maxiemergenza.
- L'area di risveglio post-operatorio e le terapie sub intensive, con l'arrivo delle risorse umane necessarie, diventano aree di back up dei codici rossi, ad integrazione della Rianimazione, quando saturata.

Considerato che l'attività chirurgica nelle maxiemergenze subisce un incremento, è necessario garantire al meno due posti liberi, per la fase postoperatoria.

RESPONSABILI D'AREA SECONDO IL SISTEMA HDM

Nella fase di allertamento gli incarichi vengono distribuiti nel modo seguente:

HDM Coordinatore:	1° medico di PS (rossi)
HDM INFO:	IP di PS (rossi)
HDM Triage:	IP di PS (triage)
HDM Stabilizzazione:	2° medico di PS
HDM Area Rossa:	Rianimatore
HDM Area Gialla:	Chirurgo di guardia
HDM Area Verde:	Ortopedico di guardia
HDM DEA:	Coordinatore infermieristico/IP di PS OB
HDM Direzione Sanitaria:	Dirigente medico DMP
HDM Trasferimenti:	Medico Reperibile PS
HDM Ricoveri:	Internista Medicina Interna
HDM Degenze:	Cardiologo di guardia

- Le strutture, allertate da HDM Coordinatore o Info, applicano il protocollo PEIMAF.
- Vengono chiamati prima di tutto medici ed infermieri reperibili, specificando che si tratta di una maxiemergenza; successivamente, il personale rintracciabile fino al raggiungimento del numero necessario di operatori. Le strutture aggiornano periodicamente l'elenco dei recapiti telefonici del proprio personale e ne trasmettono copia alla Direzione Medica del Presidio.
- La Direzione Medica del Presidio o, in sua vece, in attesa dell'arrivo del dirigente medico di turno, HDM Info informano dello stato di maxiemergenza tutte le strutture.
- Ogni struttura chiama inizialmente due operatori per ciascun profilo professionale (personale fuori servizio rintracciabile); in caso di necessità si eseguono altre chiamate fino al numero necessario, d'accordo con HDM Info.
- Le strutture, all'allertamento, inviano in PS le proprie barelle al fine di ricoverare i pazienti giunti prima della maxiemergenza.
- Il personale chiamato evita di prolungare la telefonata e si reca immediatamente in ospedale, presentandosi a HDM Coordinatore, che può decidere estemporaneamente eventuali variazioni nei team.
- Gli Operatori giunti in ospedale si presentano a HDM Coordinatore o a HDM Info, che provvedono ad assegnare ruoli e compiti. In PS HDM Info registra in tempo reale, su un'apposita lavagna, la disponibilità dei vari ruoli presso le aree funzionali del Pronto Soccorso e le strutture.

- All'arrivo del personale aggiuntivo, HDM Coordinatore sostituisce/integra gli operatori già in servizio, che, comunque, è preferibile trattenere nel team del tempo 0.
- Al cambio turno in corrispondenza di un maxiemergenza, il personale smontante si trattiene fino al sopraggiungere degli operatori da casa.
- E' previsto il rinforzo dei turni nella misura di un medico e di due infermieri aggiuntivi per ogni struttura (chiamati tra i reperibili prima e tra i rintracciabili poi), al fine di consentire la maggiore capacità di ricovero.
- Il personale del servizio ambulanze si mette a disposizione di HDM Coordinatore.
- I trasferimenti nelle strutture sono a carico del personale dei reparti; l'indicazione è posta dagli HDM delle aree rossa, gialla e verde, che comunicano le loro necessità a HDM Coordinatore, il quale individua il personale e dispone il trasporto.
- Se possibile i pazienti vengono assegnati ai reparti tenendo conto del criterio della competenza nosologica, che in caso di necessità diventa però secondario.
- L'Ortopedia e la Chirurgia sono i reparti di riferimento per il ricovero delle vittime della maxiemergenza; i pazienti stabili, ricoverati prima della maxiemergenza, vengono trasferiti in altri reparti, liberando progressivamente letti.
- In tutte le strutture nell'eventualità di intervento medico per un paziente già ricoverato viene coinvolto il Cardiologo di guardia,.
- Nei primi 30 minuti dall'allarme i reparti si limitano a ricoverare i pazienti già presenti in Pronto Soccorso.
- Le vittime della Maxiemergenza vengono identificate e sottoposte a triage dal Team competente. La scheda di triage ed il verbale di PS seguono il paziente nei diversi spostamenti per tutta la durata della maxiemergenza.
- In Pronto Soccorso è presente la dotazione di attrezzature e presidi, utilizzati per la maxiemergenza. Il Coordinatore Infermieristico del Pronto Soccorso è responsabile dell'approvvigionamento delle scorte e della manutenzione ordinaria delle apparecchiature (ricarica batterie, verifica periodica di funzionamento degli elettromedicali, inventario ecc). Nella fase di allertamento, il materiale viene distribuito nelle varie aree. Il Direttore ed il Coordinatore del PS, tengono aggiornato il personale medico, infermieristico e OSS, sul Piano d'emergenza e la collocazione del materiale.
- I rapporti con i media sono assicurati dalla Direzione Medica del Presidio.
- Gli emocomponenti sono richiesti al Centro Trasfusionale nelle situazioni di reale necessità.

Rice

Diagnostica per immagini

- Un ecografo ed un apparecchio radiologico portatile sono collocati nell'Area Rossa e nell'Area Gialla, per consentire la diagnostica di primo livello.
- La diagnostica di II livello e le indagini dei pazienti stabilizzati vengono eseguite in Radiologia e coordinate da HDM Radiologia, in contatto costante con HDM Info.
- Gli interlocutori unici del Radiologo sono HDM Info o HDM Coordinatore (v. Action Cards).
- Le richieste d'esame vengono consegnate a mano al Radiologo Coordinatore (HDM Radiologia), che concorda con HDM Info le priorità d'esecuzione in funzione del codice di triage e della disponibilità delle diagnostiche.

CESSATO ALLARME

Lo stato di cessato allarme viene determinato dall'Unità di Crisi sulla base delle valutazioni e comunicazioni ricevute da:

- Ente preposto per la gestione dell'emergenza circa lo svolgimento delle operazioni di soccorso extra ospedaliero;
- I Responsabili delle diverse aree individuate nell'ospedale (OBI, reparti di degenza) circa lo stato di trattamento dei pazienti pervenuti.

Lo stato di cessato allarme viene comunicato dalla Direzione Medica del Presidio al Centro di Controllo – Centrale Allarme (410) ceh, a sua volta, attiverà le le chiamate a cascata.