



# **Piano Emergenza Interno per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) Policlinico Casilino**

**Indice delle revisioni:**

			<b>AUTORIZZAZIONI</b>		
<b>Rev.</b>	<b>Data</b>	<b>Descrizione delle modifiche</b>	<b>Elaborato da:</b>	<b>Verificato da:</b>	<b>Approvato da:</b>
01	2014	Prima emissione			
02	2015	Aggiornamento Stanze e locali del pronto soccorso			
03	2016	Aggiornamento percorsi d'ingresso e stazionamento dei pazienti			
04	2017	Aggiornamento nominativi e recapiti dell'Unità di crisi e modifiche degli ambienti di PS per apertura nuovo PS			
05	2018	Aggiornamento nominativi e stanze di stazionamento dei pazienti in Pronto Soccorso con aggiornamento dei percorsi			
06	2019	Aggiornamento nominativi e recapiti telefonici delle action card di tutti i reparti			
07	20.05.2020	Aggiornamento normativo del triage per numeri vs codice colore, aggiornamento modalità operative per l'emergenza COVID-19			
08	22/04/2024	Revisione ai sensi della direttiva Regionale n. U0500207 del 12/04/2024 e aggiornamento aree di evacuazione.	Dott.ssa F. Gabrielli <i>[Signature]</i> Direttore U.O. Pronto Soccorso	Dott.ssa A. T. Miele <i>[Signature]</i> Resp. Coord. Infermieristica	Dott. A. Giannotta <i>[Signature]</i> Direttore Sanitario
					Dott. T. Ciarrapico <i>[Signature]</i> Direttore Generale

## INDICE

<b>Acronimi.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Premessa.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Oggetto e finalità.....</b>	<b>5</b>
<b>3. Campo d'applicazione.....</b>	<b>6</b>
<b>4. Documenti e normativa di riferimento.....</b>	<b>6</b>
<b>5. Livelli di allarme.....</b>	<b>7</b>
<b>6. Unità di crisi.....</b>	<b>7</b>
<b>7. Vie d'accesso e percorsi preferenziali.....</b>	<b>8</b>
<b>8. Ricezione e valutazione dell'allarme.....</b>	<b>9</b>
<b>8.1 fase di preallarme.....</b>	<b>10</b>
<b>8.2 fase di allarme.....</b>	<b>13</b>
-Action Card Direttore Sanitario.....	14
-Action card centralino orario diurno.....	15
-Action card centralino orario notturno.....	16
-Action card unità di crisi.....	17
-Action card bed manager .....	18
-Action card coordinamento non medico.....	19
-Posti letto aggiuntivi "con barella" edificio A.....	21
-Posti letto aggiuntivi "con barella" edificio B.....	21
-Posti letto aggiuntivi "con barella" edificio C.....	22
-Action card coordinatore medico ps (cmp).....	23
-Action card medici ps.....	24
-Action card medico peimaf.....	25
-Action card hdm rosso.....	26
- Action card hdm giallo.....	26
-Action card hdm codici verde e bianco .....	27
-Action card medico triage.....	28
-Action card hdm stabilizzazione ps.....	29
-Action card hdm ortopedico ps.....	30
-Action card hdm ginecologo ps.....	31
-Action card responsabile ps.....	32
-Action card capoturno infermieristico.....	33
-Action card hdm triage.....	34
-Action card infermieri triage.....	35
-Action card infermieri ps.....	36
-Action card infermiere obi/holding area.....	36
-Action card infermieri peimaf.....	37
-Action card infermiere ortopedico ps.....	38
-Action card ostetrica di ps.....	39
-Action card coordinatore infermieristico.....	40

-Action card referente coordinatore infermieristico.....	41
-Action card oss.....	42
-Action card ausiliario IV unità.....	42
-Action card amministrativo fax.....	43
-Action card vigilanza.....	44
<b>9. Riorganizzazione del Pronto Soccorso.....</b>	<b>46</b>
<b>9.1 Evacuazione pazienti già presenti in pronto soccorso.....</b>	<b>46</b>
<b>9.2 L'area triage .....</b>	<b>48</b>
<b>9.3 L'area critica.....</b>	<b>49</b>
<b>9.4 Area pazienti non-critici codici verdi.....</b>	<b>50</b>
<b>9.5 Area stabilizzazione.....</b>	<b>51</b>
<b>9.6 Box ortopedico.....</b>	<b>52</b>
<b>9.7 Box ginecologico.....</b>	<b>52</b>
<b>9.8 Risorse aggiuntive materiale sanitario.....</b>	<b>52</b>
<b>9.9 L'area morgue temporanea.....</b>	<b>53</b>
<b>9.10 L'area attesa parenti e scampati.....</b>	<b>53</b>
<b>9.11 Area dedicata ai giornalisti.....</b>	<b>54</b>
<b>10. Termine del Peimaf.....</b>	<b>54</b>
<b>ALLEGATI</b>	
<b>Allegato 1 Action card reparti e servizi.....</b>	<b>55</b>
-action card medicina d'urgenza .....	55
-action card farmacia.....	56
-action card cup.....	56
-action card ambulanze interne.....	56
-action card terapia intensiva.....	57
-action card blocco operatorio.....	58
-action card u.o. chirurgia generale e d'urgenza.....	59
-action card u.o. chirurgia vascolare.....	60
-action card u.o. urologia/ch.plastica.....	61
-action card u.o. dialisi.....	62
-action card u.o. radiologia.....	63
-action card day surgery aperto.....	64
-action card day surgery chiuso .....	64
-action card medicina trasfusionale simt po "S. Pertini-sezione operativa po "Policlinico Casilino".....	65
-action card u.o. cardiologia.....	66
-action card u.o. ostetricia e ginecologia.....	67
-action card u.o. neonatologia.....	68
-action card u.o. ortopedia.....	70
-action card u.o. medicina generale .....	71



-action card laboratorio patologia clinica.....	72
-action card sap servizio assistenza sociale.....	73
-action card cucina.....	74
-action card bar.....	74
-action card area tecnico logistica .....	74
-action card morgue .....	75
-action card parcheggio esterno a pagamento.....	75
<b>Allegato 2 Scheda raccolta dati.....</b>	<b>76</b>
<b>Allegato 3 Kit atrio/triage.....</b>	<b>77</b>
<b>Allegato 4 Kit pazienti.....</b>	<b>78</b>
<b>Allegato 5 Scheda di valutazione fast Massiccio Afflusso Feriti – Policlinico Casilino.....</b>	<b>79</b>
<b>Allegato 6a Cartella clinica M.A.F.....</b>	<b>80</b>
<b>Allegato 6b Cartella clinica M.A.F.....</b>	<b>81</b>
<b>Allegato 7 Ricognizione posti letto.....</b>	<b>82</b>
<b>Allegato 8 Disponibilità sangue.....</b>	<b>83</b>
<b>Allegato 9a Schema riassuntivo dislocazione personale in ps.....</b>	<b>84</b>
<b>Allegato 9b Schema riassuntivo dislocazione personale in ps.....</b>	<b>85</b>
<b>Allegato 10 Scheda sinottica M.A.F.....</b>	<b>86</b>
<b>Allegato 11 Riorganizzazione sale d'attesa e percorsi pazienti.....</b>	<b>87</b>



## ACRONIMI

PEIMAF	Piano Emergenza Interno per Massiccio Afflusso di Feriti
UC	Unità di Crisi
MAF	Massiccio Afflusso di Feriti
CMP	Coordinatore Medico di PS
AC	Action Card
HA	Holding Area
HDM	Hospital Disaster Manager
LO	Turno Lunga OBI
MO	Turno Mattina OBI
PO	Turno Pomeriggio OBI
AI	Alta Intensità (stanza)
MI	Media Intensità (stanza)
BI	Bassa Intensità (stanza)

## 1. Premessa

In caso di massiccio afflusso di feriti, in conseguenza di una catastrofe di qualsiasi tipo, vi è la necessità di doverli accogliere, soccorrere ed eventualmente ricoverare contemporaneamente.

Il presente piano descrive gli interventi da eseguire tempestivamente e contemporaneamente in caso di afflusso per imprevedibili eventi calamitosi esterni alla struttura di un numero di feriti superiore alle normali potenzialità di accoglienza sia del Dipartimento di Emergenza ed Accettazione che dell'intero Ospedale.

L'obiettivo del piano è garantire la massima celerità e congruità nella selezione dei feriti e nell'applicazione di terapie idonee, senza tralasciare mai la sicurezza degli operatori. In considerazione di ciò, nello scenario emergenziale del COVID-19, tutti i professionisti, saranno formati e addestrati all'uso di dispositivi appropriati secondo un razionale basato sulla valutazione del rischio con priorità per il personale più esposto, come previsto dal PAICA aziendale 2020 e dalla normativa vigente.

In dettaglio il piano:

- definisce le procedure operative da seguire;
- attribuisce compiti precisi al personale sanitario e non sanitario;
- individua le aree dell'ospedale idonee per l'accoglienza dei feriti;
- consente un adeguato triage;
- garantisce attività di diagnosi, terapia ed eventuale ricovero.

## 2. Oggetto e Finalità

L'organizzazione ospedaliera dei soccorsi nel caso di una maxi-emergenza è demandata al Piano Emergenza Interno per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF).

Il presente Piano Interno di Emergenza delinea preventivamente soluzioni organizzative e logistiche e le modalità più idonee da adottare per una risposta ospedaliera tempestiva, modulata, coordinata, integrata, a fronte di una dichiarata situazione di Maxi Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti. Lo stato di allarme, così come stabilito dalle linee guida emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Protezione Civile -



Servizio Emergenza Sanitaria “*Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi-emergenza*” (settembre 1998), viene comunicato dalla Centrale Operativa 118, dalla Prefettura, da pubblici ufficiali e confermato dalla Direzione Sanitaria.

Il PEIMAF del PO Policlinico Casilino soddisfa alcuni requisiti di massima:

- **SOSTENIBILITA'** in relazione alle risorse presenti in servizio e supplementari mobilitate in seguito all'emergenza (personale reperibile e dei turni di presenza programmati);
- **ADATTABILITA'** alle molteplici tipologie di emergenza o di evento maggiore di tipo convenzionale;
- **FLESSIBILITA'** per rispondere rapidamente all'evoluzione della situazione di MAF.

### 3. Campo di applicazione

Maxi Emergenza di tipo convenzionale

N.B.: Il presente Piano non prevede una Maxi Emergenza di tipo non convenzionale, in quanto non disponibile personale addestrato e i Dispositivi di Protezione Individuali acquisiti per il contrasto alla MVE (malattia da virus Ebola) sono idonei solo per il rischio biologico. Inoltre non è disponibile la tenda NBCR. Si fa presente che il nostro ospedale non ha letti di Medicina Nucleare e neanche il reparto di Malattie Infettive. Il PEIMAF non prevede l'esecuzione di tampone per Sars-Cov-2 all'ingresso in PS, decadendo anche la necessità di distanziamento per dare precedenza alla gestione della maxi-emergenza.

#### Modalità aggiornamento e diffusione del documento

Il presente piano sarà oggetto di revisione in caso di nuove indicazioni istituzionali e di eventuali modifiche organizzative o strutturali dell'ospedale e comunque ogni 12 mesi.

Dopo la formazione che avverrà con le lezioni frontali, ci sarà un'esercitazione. Si prevede almeno un'esercitazione ogni due anni.

### 4. Documenti e normativa di riferimento

- Atto d'intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992;
- DM 15 maggio 1992 n. 121 “Serie Generale Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza”
- Dipartimento della Protezione Civile: “Linee guida sull'organizzazione sanitaria in caso di Catastrofi sociali.” 1998;
- “*Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi-emergenza*”, Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Protezione Civile - Servizio Emergenza Sanitaria (settembre 1998)
- Dipartimento Protezione Civile, Presidenza del Consiglio dei Ministri: “Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle Catastrofi.” 2001;
- Decreto Direzione generale Sanità della Regione Lombardia n. 11524 del 15/07/2005.
- Morra A., Romeo C., Sala C.: Il comportamento della struttura ospedaliera nelle emergenze.
- Collana “Protezione Civile e Ambiente”. Regione Piemonte, Servizio di Protezione Civile, 1994;
- Procedure e modulistica del triage sanitario nelle catastrofi. (G.U. Serie Generale n. 91 del 17 aprile 2008) - Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 dicembre 2007
- Rapporto ISS COVID -19 n.2/2020 Rev. 2. “*Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2*”.

## 5. Livelli di allarme

Sono previsti più livelli di allertamento:

- **Fase 0: Stato Base:** identifica il normale funzionamento dell'Ospedale: sono attivate le risorse ordinarie e si utilizzano le normali procedure di gestione
- **Fase 1: Stato di Attenzione:** identifica la fase di allertamento in situazioni di rischio prevedibili (es. manifestazioni con notevole affluenza di pubblico)
- **Fase 2: Stato di Pre allarme:** viene attivato quando vi è la possibilità che si verifichino eventi preceduti da condizioni di particolare rischio, quali ad esempio allagamenti, frane etc. Le risorse aggiuntive vengono messe in preallarme, in modo che possano essere operative entro 15 m dall'eventuale allarme
- **Fase 3: Stato di Allarme:** viene attivato quando è presente una situazione di **maxi-emergenza** comunicato dalle Autorità preposte.

Nell'ambito di quest'ultima fase si distinguono 2 diversi livelli di attivazione dell'ospedale, in relazione al numero di pazienti previsti ed alla capacità recettiva dell'ospedale :

**Livello 1:** Tale situazione si verifica per un afflusso previsto di codici critici in numero di 5 (gialli e rossi) di cui al massimo un rosso. In questo caso la maxi emergenza viene gestita con le risorse umane ordinarie del DEA (solo personale in turno ma mantenendo in preallarme il personale aggiuntivo presente in Ospedale) con possibile attivazione parziale del PEIMAF a seconda della tipologia dei codici in gestione.

**Livello 2:** la maxi emergenza richiede l'utilizzo di risorse aggiuntive dalle altre Unità Operative implicando quindi la mobilitazione di tutto l'ospedale. Tale situazione si verifica per un afflusso previsto di codici critici superiore a 5 di cui almeno 1 codice rosso.

### Capacità recettiva dell'ospedale

Ora di attivazione	N° Codici Rossi	N° Codici Gialli	N° Codici verdi	N° pazienti totali	Disponibilità sala operatoria
1 ora	2	6	13	21	1
2 ora	3	7	15	25	2
3 ora	4	7	15	26	3

**A livello 2 è prevista, su decisione del Direttore Sanitario, l'attivazione del PEIMAF e quindi la costituzione dell'Unità di Crisi.**

## 6. Unità di Crisi (UC)

In caso di Maxi Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (MAF) sarà costituita **entro 30 minuti dall'allarme** **L'UNITÀ DI CRISI (UC)** che si riunirà presso i locali della Direzione Sanitaria (telefono n° 6470))  
L'UC (tabella 1) ha il compito di coordinare tutta l'emergenza

**Tabella 1 – Unità di Crisi**

AREA DI RIFERIMENTO	COMPONENTI UC	RECAPITO TELEFONICO	EVENTUALE SOSTITUTO	RECAPITO TELEFONICO
Direzione Sanitaria	Dr. Alberto Giannotta	3205796138	Dr. Francesco Sabetta	3357638811
Direzione DEA	Dr. Giuseppe Azzaro	3355285563	Dr.ssa Fabiana Trulli	3488257191
Direzione UOC Rianimazione	Dr. Giuseppe Tufaro	3282679737	Dr. Fabio Divizia	3889347346
Farmacia Ospedaliera	Dr.ssa Emanuela Graziani	3396378340	Dr.ssa Antonella Perrone	3475773755
Responsabile Infermieristico	Dr.ssa Anna Teresa Miele	346.0842732 + aziendale 2171	Dr. Ciafrei Daniele	333.7883189 + aziendale 2111
Area tecnica Logistica	Geom. Patrizio Fiorentini	3488402438	Sig. Claudio Di Fede	392.1494459 + aziendale 6402

**L'Unità di Crisi conferma, in relazione all'entità e alla natura dell'evento, l'attivazione totale/parziale del piano.**

#### **L'Unità di Crisi:**

- E' in contatto con la Centrale Operativa del 118- BOX Maxi-emergenze
- E' in contatto con le Autorità (Prefettura, Protezione civile, etc.)
- Svolge una funzione di raccordo tra DEA e Ospedale: sulla base del numero delle vittime presenti e/o in arrivo definisce la mobilitizzazione del personale in pronta disponibilità comunicato dai reparti a cui segue, a seconda delle necessità, l'attivazione di altro personale rintracciabile
- Rilascia comunicati ai Media
- Tramite la Direzione Sanitaria rilascia il bollettino medico

Lo **stato di cessato allarme** viene dichiarato dal Direttore Sanitario del Presidio (o da suo sostituto) sulla base delle valutazioni e comunicazioni ricevute dal 118 o altre Autorità preposte circa lo svolgimento delle operazioni di soccorso extra ospedaliero e dai Responsabili d'Area dell'Ospedale, circa lo stato di trattamento dei pazienti pervenuti.

#### **7. Vie d'accesso e percorsi preferenziali**

All'ingresso del Pronto Soccorso viene mantenuto il posto di guardia con un vigilante, per regolamentare l'accesso dei mezzi di soccorso e dei privati.

I mezzi di soccorso entrano tramite l'attuale accesso al Pronto Soccorso, che consente un percorso bidirezionale con accesso diretto alla Camera Calda antistante il Triage.

Nella Camera Calda:

- i mezzi di soccorso possono sostare solo per il tempo di scarico/carico del paziente: l'autista del mezzo di soccorso deve rimanere sul mezzo e spostarlo nel caso di sosta prolungata.
- i mezzi privati, una volta lasciato il paziente, devono recarsi al parcheggio dedicato all'utenza esterna.

Il parcheggio davanti alla Camera Calda è dedicato ai soli mezzi di emergenza, ed andrà mantenuto libero da ogni altro mezzo a cura dell' Ufficio Tecnico e delle Guardie Giurate.



## 8. Ricezione e valutazione dell'allarme

FASE ALLARME		
RICEZIONE ALLARME		
	COMPITI	CHI
0	<b>RICEZIONE ALLARME</b>	Box emergenze 118 o Ente esterno preposto
1	<b>Ricezione allarme</b>  L'infermiere di Triage riceve la telefonata di allarme sul telefono del 118 collocato in Sala di triage e presidiato h 24  <b>Avverte il Medico di PS</b> in servizio in Stanza MEDIA INTENSITA' A (tel n°6239) che assume il ruolo di Coordinatore Medico di PS (CMP) fino alla piena attivazione dell'Unità di Crisi ed all'arrivo del Responsabile.	Infermiere di triage
2	<b>Valutazione evento</b>  il CMP effettua <b>valutazione della situazione</b> parlando direttamente con il 118 n° breve 2148 e raccogliendo i dati necessari per la attivazione del livello di allarme ( <i>Scheda Raccolta dati Allarme, allegato 2</i> ). <b>Avvisa il 118</b> qualora l'allarme provenga da altro Ente e registra la comunicazione ( <i>Scheda Raccolta dati Allarme</i> ).	CMP (medico Stanza Media Intensità A)
3	<b>Livello di Allarme Ospedale</b>  Il CMP sulla base delle notizie pervenute dall' ARES 118 o altro Ente, avvisa mediante centralino il <b>Direttore Sanitario</b> , lo informa dello stato di preallarme o allarme ai fini dell'attivazione del MAF e dell'Unità di Crisi (UC)	CMP (medico Stanza Media Intensità A)
4	<b>Cessato allarme</b>  Lo stato di cessato Allarme viene valutato e comunicato dal <b>Direttore Sanitario</b> in collaborazione con <b>CMP ed UC</b> sulla base delle valutazioni e comunicazioni ricevute dall'Ente preposto per la gestione dell'emergenza circa lo svolgimento delle operazioni di soccorso extra ospedaliero e dai Responsabili d'area dell'ospedale circa lo stato di trattamento dei pazienti pervenuti. <b>Il cessato allarme sarà comunicato al Centralino Aziendale</b> , che a sua volta, attiverà le chiamate a cascata.	Direttore Sanitario  Unità di Crisi

## 8.1 Fase di preallarme

Viene attivata quando si verificano condizioni di pericolo che possono, con probabilità significativa, portare a situazioni di Maxi-emergenza.

In questa fase vengono messe in preallarme risorse aggiuntive presenti in Ospedale (o in pronta reperibilità). Tali risorse possono essere divise in Risorse che in caso di allarme devono spostarsi in PS e risorse che vanno allertate per attivare i rispettivi percorsi previsti per il PEIMAF.

Risorse che devono spostarsi in PS in caso di allarme: (tabella 2)

Giorno :

- 1 Medico della Medicina d'Urgenza (tel n°6306-6480)
- 1 Medico della Medicina Generale (tel n°6811)
- 2 Cardiologi di guardia in PS (tel n°6800)
- 1 Chirurgo di guardia per l'emergenza (tel n°6806)
- 1 Anestesista per l'emergenza (tel n°6802)
- 2 unità oss dall'ambulatorio di cardiologia (1 andrà in Quick area 1 a disposizione dei verdi deambulanti piano -2) (6862 - 6374)
- 1 unità ausiliario dall'ambulatorio di cardiologia in verdi deambulanti bianchi ambulatorio -2 palazzina c (6862 - 6374)
- 1 unità infermieristica Utic piano terra in HA stabilizzazione (6207)
- 1 unità infermieristica Medicina d'urgenza 2° piano si sposterà in verdi deambulanti bianchi ambulatorio -2 palazzina c (6306)

Notte

- 1 Medico della Medicina generale ( tel n°6216- 6811)
- 1 Cardiologo di guardia in PS (tel n°6800)
- 1 Chirurgo di guardia per l'emergenza (tel n°6806)
- 1 Anestesista per l'emergenza (tel n°6802)
- 1 Chirurgo vascolare (reperibile tramite centralino)
- 1 Urologo (reperibile tramite centralino)
- 1 Ortopedico (reperibile tramite centralino)
- 1 infermiere dell'ortopedia (tel 6218)
- 1 unità infermieristica Medicina d'urgenza 2° piano in verdi deambulanti bianchi ambulatorio -2 palazzina c (6306)
- 1 unità infermieristica Utic piano terra in HA stabilizzazione (6207)
- 1 unità infermieristica Medicina generale IV piano in OBI7 (6343)
- 1 unità infermieristica Chirurgia generale III piano in Quick Area in condivisione con la sala rossa (6279)
- 1 unità infermieristica Ortopedia 2° piano pal. C al box ortopedico (6218)
- 1 unità oss dalla Cardiologia 1° Piano in HA stabilizzazione (6368)
- 1 unità ausiliario del blocco operatorio in HA stabilizzazione (6559 – 6560)
- 1 unità ausiliario della sala parto presso in condivisione tra il box ortopedico e ginecologico (6258)
- 1 unità ausiliario da inviare alla radiologia centrale verrà chiamato a casa come tutto il personale della radiologia (tecnici ed infermieri)

**Detto personale viene preallertato e scende in Pronto Soccorso entro 15 m dall'attivazione della Fase di Allarme presentandosi al punto d'incontro davanti alla sala Media Intensità A chiedendo del CMP o del capoturno infermieristico.**



Tabella 2 Ridistribuzione delle risorse che devono spostarsi in PS in caso di allarme

	TELEFONO	N° OPERATORI	FIGURE PROFESSIONALI	UNITÀ DESTINAZIONE		TELEFONO
				Giorno	Notte	
<u>Terapia Intensiva</u>	6802	1	Medico di guardia per emergenza	St. A. I.	St. A.I.	6320
<u>Chirurgia</u>	6806	2	Medico di guardia per emergenza	St. A.I.	St. A.I.	6320
	6279		Infermiere		Quick Area	6427
<u>Ambulatori o Cardiologia -2</u>	6862 – 6374	3	OSS	Quick Area		6427
			OSS	Verdi deambulanti Bianchi		6606
			Ausiliario	Verdi deambulanti Bianchi		6606
<u>Cardiologia IP</u>	6368	2	OSS		HA Stabilizzazione	6321
<u>Cardiologia</u>	6800	2	Cardiologi di guardia	1 in Stabilizzazione HA tel 6321 1 al Piano -2	St MI B	6233
<u>Utic</u>	6472-6207	2	Cardiologo di guardia		PAL B	6472
			Infermiere	HA Stabilizzazione	HA Stabilizzazione	6321
<u>Medicina d'Urgenza</u>	6306-6480	2	Medico	St M.I. A	-----	6239
			Infermiere	Verdi deambulanti Bianchi (piano-2)	Verdi deambulanti Bianchi (piano -2)	6606
<u>Chirurgia vascolare</u>	reperibile	1	Medico	-----	St MI A	6239
<u>Urologia</u>	reperibile	1	Medico	-----	Verdi deambulanti bianchi (piano -2)	6606
<u>Medicina Generale</u>	6216	2	Medico	Piano -2	Triage	6349
			Infermiere IVP		OBI7	6879
<u>Sala Parto</u>	6258	1	Ausiliario		Box Ortopedico e Box Ginecologico	6324

<b><u>Blocco Op.</u></b>	<b>6559-6560</b>	<b>1</b>	Ausiliario		<b>HA Stabilizzazione</b>	<b>6321</b>
<b><u>Nefrologia</u></b>	<b>Reperibile</b>	<b>1</b>	Medico	Pal. A/Day Surgery	Pal. A/Day Surgery	<b>6528</b>
<b><u>Ortopedia</u></b>	<b>Reperibile</b>	<b>2</b>	Medico	Box ortopedico	Box ortopedico	<b>6324</b>
	<b>6218</b>		Infermiere	Box ortopedico	Box ortopedico	<b>6324</b>

**Altre risorse allertate**

- di notte e i giorni festivi il cardiologo di guardia dell'UTIC diventa il medico di guardia di tutta la palazzina B. Il nefrologo reperibile (tramite centralino) diventa il medico di guardia della palazzina A e del Day Surgery nel caso in cui vengano ricoverati dal PS in queste strutture pazienti di competenza medica.
- tutte le UO previste dal PEIMAF

Inoltre dovrà recarsi in PS il seguente personale aggiuntivo entro 15 minuti in base all'ora di attivazione del PEIMAF. Tale personale sarà individuato dal Coordinamento non medico in base alle risorse umane identificate in pronta disponibilità dai vari reparti.

- Giorno: 2 OSS
- Notte: 2 OSS e 3 Ausiliari + 1 infermiere ortopedia

**Personale aggiuntivo in PS in 2-3 ora e dall'attivazione del PEIMAF (vedi allegato 9)**

Giorno:

- Medici: 2 del PS
- Infermieri: 3 del PS
- OSS 1 (da individuare da parte del coordinamento non medico)
- Ausiliari 2 (da individuare da parte del coordinamento non medico)

Notte:

- Medici: 3 del PS, 1 della medicina generale
- Infermieri: 3 del PS
- OSS 1 (da individuare da parte del coordinamento non medico)
- Ausiliari 2 (da individuare da parte del coordinamento non medico).



## 8.2 Fase di allarme

Scatta in caso di effettiva maxi-emergenza comunicata dalle Autorità preposte

FASE ALLARME		
ATTIVAZIONE PEIMAF		
	COMPITI	CHI
0	<b>ATTIVAZIONE PEIMAF</b>	Chiamata del CMP al Direttore Sanitario
1	<b>Attivazione PEIMAF</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Il Direttore Sanitario sentito il CMP che conferma lo stato di allarme, valuta l'evento e decide l'attivazione del PEIMAF parziale o totale.</li><li>Chiama il centralino e dispone la chiamata dei numeri dell'Unità di Crisi chiamando chi è stato elencato nel PEIMAF.</li></ul>	Direttore Sanitario
2	<b>Attivazione chiamate</b> <ul style="list-style-type: none"><li>il centralino chiama l'Unità di Crisi</li><li><b>Chiama tutte le UO che rientrano nel PEIMAF</b></li></ul>	Centralinista
3	<b>Cessato allarme</b> <p><b>Lo stato di cessato Allarme</b> viene valutato e comunicato <b>dal Direttore Sanitario</b> in collaborazione con <b>CMP ed UC</b> sulla base delle valutazioni e comunicazioni ricevute dall'Ente preposto per la gestione dell'emergenza circa lo svolgimento delle operazioni di soccorso extra ospedaliero e dai Responsabili d'area dell'ospedale circa lo stato di trattamento dei pazienti pervenuti.</p> <p><b>Il cessato allarme sarà comunicato al Centralino Aziendale</b>, che a sua volta, attiverà le chiamate a cascata.</p>	Direttore Sanitario Unità di Crisi

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

Le *Action Card (A.C.)* sono procedure operative semplici, standardizzate, rigide, che non necessitano di interpretazione personale.

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

<b><i>ACTION CARD DIRETTORE SANITARIO</i></b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione della Direzione Sanitaria Dr. Alberto Giannotta 3205796138 Dr. Francesco Sabetta 3357638811</b>
1.	Attivata dalla chiamata del CMP (coordinatore Medico di PS)	
2.	Valuta l'evento e decide il livello di attivazione del PEIMAF (totale o parziale)	
3.	Comunica al centralino al numero 0623188222 (numero breve 6222) l'attivazione del PEIMAF specificando se è parziale (livello 1) o totale (livello 2)	
4.	Si reca nel più breve tempo possibile in ospedale	
5.	Blocca tutta l'attività di elezione (ricoveri, interventi, attività ambulatoriale)	
6.	Presiede l'Unità di Crisi (UC)	
7.	Controlla che il centralino abbia svolto il proprio compito (comunicazione del livello di allarme, attivazione chiamate a cascata, mobilità personale e convocazione UC)	
8.	Gestisce i rapporti tra Ospedale e ARES 118, fino ad allora seguiti dal CMP, e gestisce i rapporti con prefettura, protezione civile ed altri ENTI	
9.	Comunica il bollettino medico	
10.	Rileva e risolve le eventuali criticità	
11.	Dà il cessato allarme contattando il centralino per attivare le chiamate a cascata di "cessato allarme"	

**ACTION CARD****CENTRALINO****ORARIO DIURNO 8:00-20:00**

Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Centralino 0623188222

1.	Attivata dalla chiamata del Direttore Sanitario per attivazione PEIMAF				
2.	<b>Chiama con la massima urgenza tutti i contatti presenti in elenco, seguendo l'ordine presente nelle tabelle indicate ed in base all'orario di attivazione (diurno/notturno). Contenuto della comunicazione: "E' in atto una maxi-emergenza, attivare il PEIMAF, non è un'esercitazione. Non usare il telefono se non per assoluta urgenza".</b>				
3.	Ordine di chiamata	Figure che prendono parte al PEIMAF	ORARIO DIURNO Orario 8:00-20:00		Telefoni
	1	AREA DI RIFERIMENTO	COMPONENTI UC	RECAPITO TEL	SOSTITUTO
		Direzione DEA	Dr. Giuseppe Azzaro	3355285563	Dr.ssa Fabiana Trulli
		Direzione UOC Rianimazione	Dr. Giuseppe Tufaro	328.2679737	Dr. Fabio Divizia
		Farmacia Ospedaliera	Dr.ssa Emanuela Graziani	3396378340	Dr.ssa Antonella Perrone
		Responsabile Infermieristico	Dr.ssa Anna Teresa Miele	3460842732 + aziendale 2171	Dr. Daniele Ciafrei
		Area tecnica Logistica	Geom. Patrizio Fiorentini	3488402438	Sig. Claudio Di Fede
	2	Cardiologia			6472-6207
	3	Medicina			6216-6343
	4	Medicina d'urgenza			6306-6480
	5	Laboratorio analisi			6251
	6	Ortopedia			6218
	7	Radiologia			Radiologia di PS 6597 - 6592 - 1412
	8	Chirurgia generale			6279
	9	Blocco operatorio			6801/6559/6560
	10	Rianimazione			6314
	11	Farmacia			6201-6876-6877
	12	Manutenzione			6483-6484
	13	Ginecologia e Ostetricia			1° piano 6255 2° piano 6380
	14	Sala Parto			6258-6226
	15	Urologia/Chirurgia Plastica			6487-6488
	16	Nido/TIN			6261-6262
	17	UFF. FAX - F. Berardi UFF. FAX - F. Bartolini			320.7776033 347.8683624
	18	Camera mortuaria			1019
	19	SAP Dr.ssa Barbacci Ambrogi Francesca			6403 - 3482217449
	20	Direzione Sanitaria Dott. Alberto Giannotta			6470 - 3205796138
4.	Comunica il cessato allarme su disposizione del Direttore Sanitario. Contenuto della comunicazione: "la maxi-emergenza è cessata".				

***ACTION CARD***  
***CENTRALINO***

**ORARIO NOTTURNO 20:00-8:00**

**Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Centralino 06231881222**

1.	Attivata dalla chiamata del Direttore Sanitario per attivazione PEIMAF				
2.	<b>Chiama con la massima urgenza tutti i contatti presenti in elenco, seguendo l'ordine presente nelle tabelle allegate ed in base all'orario di attivazione (diurno/notturno). Contenuto della comunicazione: "E' in atto una maxi emergenza, attivare il PEIMAF, non è un'esercitazione. Non usare il telefono se non per assoluta urgenza"</b>				
3.	Ordine di Chiamata	Figure che prendono parte al PEIMAF	ORARIO NOTTURNO Orario 20:00-8:00	Telefoni	
Unità di crisi	1	AREA DI RIFERIMENTO	COMPONENTI UC	RECAPITO TEL	SOSTITUTO
	2	Unità aggiuntiva del centralino secondo schema			
	3	Medici Reperibili	Chirurgo vascolare		
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
	12				
	13				
	14				
	15				
	16				
	17				
	18				
	19				
	20				
	21				
	22				
4.	Comunica il cessato allarme su disposizione del Direttore Sanitario. Contenuto della comunicazione: "la maxi-emergenza è cessata".				



<b>ACTION CARD UNITÀ di CRISI</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione dell'Unità di Crisi (UC)</b>
1.	Attivata dalla chiamata del centralino su disposizione del Direttore Sanitario	
2.	Si costituisce nel più breve tempo possibile, entro 30 minuti nei locali della Direzione Sanitaria	
3.	In diretto contatto con CMP (Responsabile PS) verifica l'effettiva evacuazione del pronto soccorso	
4.	Verifica la dotazione di apparecchiature per l'assistenza ai pazienti critici (ventilatori, monitor-defibrillatori, elettrocardiografi, saturimetri, apparecchiature RX portatile) in collaborazione con i responsabili infermieristici delle varie UO (vedi allegato materiale) e fa scendere in PS il materiale aggiuntivo necessario secondo le richieste del CMP/ responsabile di PS ( <u>Dr. Tufaro e Dr.ssa Graziani</u> )	
5.	Verifica il prospetto del personale medico e non medico presente messo a disposizione delle varie UO e lo disloca secondo le necessità in PS, tenendo conto del personale aggiuntivo necessario nella prima, seconda e terza ora dall'attivazione del PEIMAF, o in altri servizi ( <u>Dr. Giannotta e Dr.ssa Miele</u> )	
6.	Richiama a casa il personale medico e non del PS segnalato dal CMP, in base alla distanza dall'ospedale. Suddetto personale deve arrivare in PS all'inizio della seconda ora dell'attivazione del PEIMAF. ( <u>Dr. Giannotta e Dr.ssa Miele</u> )	
7.	Dispone, per ogni UO e Servizio, l'attivazione del sistema di chiamata a cascata del personale non in turno, in relazione al grado di maxi-emergenza rilevato ( <u>Dr.ssa Miele e Dr. Giannotta</u> )	
8.	Verifica la procedura "gestione posti letto" in collaborazione con il Bed Manager valutando l'effettiva disponibilità dei posti letto consultando l'elenco della dotazione dei posti letto compilata dei reparti (vedi action card posti letto) ( <u>Dr.ssa Miele</u> )	
9.	Richiede al Blocco operatorio il numero di sale operatorie disponibili subito e quante saranno disponibili nella seconda e terza ora ( <u>Dr. Tufaro</u> )	
10.	Richiede al centro trasfusionale il numero di sacche di sangue disponibili riportando le necessità del PS ( <u>Dr. Tufaro</u> )	
11.	Attiva l'Action Card del day surgery, della mensa, del bar, del CUP, del parcheggio a pagamento ( <u>Dr.ssa Miele</u> )	
12.	Richiede l'attivazione di ulteriori camere operatorie o unità diagnostiche in base alle richieste del CMP inizialmente e poi del responsabile di PS ( <u>Dr. Tufaro</u> )	
13.	Gestisce i rapporti in base alle necessità con la Croce Medica ( <u>Dr. Azzaro</u> )	
14.	Gestisce i rapporti con i media ( <u>Dr. Giannotta</u> )	
15.	Rileva e risolve le eventuali criticità ( <u>Dr. Giannotta</u> )	
16.	Comunica il cessato allarme su disposizione del Direttore Sanitario. Contenuto della comunicazione: "la maxi-emergenza è cessata".	



<b>ACTION CARD BED MANAGER</b>		<b>Dott. D. Ciafrei 333.7883189 Dott.ssa A. T. Miele 346.0842732</b>
1.	Attivata dalla chiamata del centralino	
2.	Si reca nel più breve tempo possibile in ospedale nei locali della direzione sanitaria	
3.	In diretto contatto con il CMP verifica l'effettiva evacuazione del pronto soccorso e il numero di pazienti da collocare nei reparti	
4.	Verifica telefonicamente con i coordinatori, l'effettiva disponibilità dei posti letto per ogni U.O., utilizzando l'allegato 6 "ricognizione posti letto"	
5.	Attiva le seguenti action card: Day surgery 6379 Parcheggio 0687758214 - 3487797569 - 3288073564 - 3383319084 Mensa 6350 CUP 6237-1023 Bar 6281	
6.	Di giorno avvisa gli amministrativi de "La Clinica" per il blocco dei ricoveri in elezione	
7.	Rileva e risolve le eventuali criticità	



<b>ACTION CARD COORDINAMENTO NON MEDICO</b>		<b>Miele A. T. 346.0842732 Schillaci A. 327.4269384 Castelli T. 320.2506467 Zaccagnini V. 339.2145281</b>
1. Attivata dalla chiamata del responsabile del Coordinamento non medico Dott.ssa <b>A. T. Miele</b> , raggiunge nel più breve tempo possibile l'Ospedale.		
2. Si reca sul posto, prende in dotazione il telefonino del reperibile (348-8102436 – breve 1092 e 6265) e si coordina con i referenti del PS, verificando che siano arrivate tutte le unità previste nei primi 15 minuti.		
3. L'unità del coordinamento del personale non medico, (sempre entro i 15 minuti ) reperisce e preavvisa se necessario altre unità. <u>Se di giorno:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 unità oss dall'ambulatorio di cardiologia (1 andrà in Quick area 1 a disposizione dei verdi deambulanti piano -2) (6862 - 6374)</li> <li>- 1 unità ausiliario dall'ambulatorio di cardiologia in verdi deambulanti bianchi ambulatorio -2 palazzina c (6862 - 6374)</li> <li>- 1 unità infermieristica Utic piano terra in HA stabilizzazione (6207)</li> <li>- 1 unità infermieristica Medicina d'urgenza 2° piano in verdi deambulanti bianchi ambulatorio -2 palazzina c (6306)</li> </ul> <u>Se di notte:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 unità infermieristica Medicina d'urgenza 2° piano in verdi deambulanti bianchi ambulatorio -2 palazzina c (6306)</li> <li>- 1 unità infermieristica Utic piano terra in HA stabilizzazione (6207)</li> <li>- 1 unità infermieristica Medicina generale IV piano in OBI7 (6343)</li> <li>- 1 unità infermieristica Chirurgia generale III piano in Quick Area in condivisione con la sala rossa (6279)</li> <li>- 1 unità infermieristica Ortopedia 2° piano palazzina C al box ortopedico (6218)</li> <li>- 1 unità oss dalla Cardiologia 1° Piano in HA stabilizzazione (6368)</li> <li>- 1 unità ausiliario del blocco operatorio in HA stabilizzazione (6559 – 6560)</li> <li>- 1 unità ausiliario della sala parto presso in condivisione tra il box ortopedico e ginecologico</li> <li>- 1 unità ausiliario da inviare alla radiologia centrale verrà chiamato a casa come tutto il personale della radiologia (tecnici ed infermieri)</li> </ul>		
4. L'ufficio Coordinamento non medico si interfaccia con l'Unità di Crisi per reperire personale aggiuntivo da chiamare in 2 e 3 ora. <b>Giorno:</b> 2 medici del ps (vedi A.C. unità di crisi punto 6) 3 infermieri del ps (vedi A.C. unità di crisi punto 6) 1 oss da individuare da parte del coord non medico 2 ausiliari da individuare da parte del coord non medico. <b>Notte:</b> 3 medici del ps (vedi A.C. unità di crisi punto 6) 1 medico della medicina generale (vedi A.C. della medicina generale) 3 infermieri del ps (vedi A.C. unità di crisi punto 6) 1 oss da individuare da parte del coord non medico 2 ausiliari da individuare da parte del coord non medico <b>Se necessario</b> , reperisce unità <u>ausiliarie</u> al fine di bloccare gli accessi non consentiti all'interno del Pronto Soccorso.		
<u>Di giorno è possibile attingere a:</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 unità al blocco operatorio (6559 – 6560)</li> <li>- 1 unità della medicina interna</li> </ul>		



	<ul style="list-style-type: none"><li>- 1 unità cardiologia</li><li>- 2 unità ausiliarie dagli ambulatori</li></ul>
5.	<p>Dopo la terza ora, sempre su indicazione del responsabile di PS, in caso di necessità, reperisce altre unità.</p> <p><u>Se di giorno:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 2 unità ausiliarie dalla chirurgia generale</li></ul> <p><u>Se di notte e/o festivo:</u></p> <p>Verificare quante e quali unità sono in arrivo, scaturite dalle chiamate a cascata.</p> <p><b>Se il riscontro fosse insufficiente, contatterà le associazioni:</b></p> <p><u>Per gli ausiliari:</u> <b>NUOVA SAIR</b> nella persona di <b>Miriam Orlandi</b> al n. 3388051053</p> <p><u>Per gli infermieri:</u> <b>NUOVA SAIR</b> nella persona di <b>Miriam Orlandi</b> al n. 3388051053 <b>Professional Service</b> il reperibile di turno al n. 3397513314 <b>Medicare</b> il reperibile di turno al n. 3357905237 (7-22) no notte <b>SEA</b> nella persona di <b>Emanuele Silvestri</b> al n. C.O. 065580647/ 335-6765449 <b>Studio STELLA</b> nella persona di <b>Roberto Recchiuti</b> al n. 349.3307648</p>
6.	Si coordina, inoltre, con il medico responsabile del PS, al fine, se necessario, di chiamare altro personale medico.

**POSTI LETTO AGGIUNTIVI "con Barella" Edificio "A - B -C "**

Bed Manager

**PALAZZINA A****Ginecologia III° piano**

N° 4 barelle nelle stanze singole (con gas medicali e aspirazione)

**Sala Parto Tot. Posti Letto 5 "con Reparto Libero"**

3 SALE OPERATORIE

**Day Surgery Se liberi e/o liberabili**

6 letti (completi di gas medicali)

10 poltrone (complete di gas medicali)

1 lettino visite (no gas medicali)

**TOTALE POSTI AGGIUNTIVI: 9 ufficiali e 17 di day surgery se liberi/liberabili**

Tot. 26 (di cui 25 con gas medicali e 1 senza gas medicali)

**POSTI LETTO AGGIUNTIVI "con Barella" Edificio "A-B-C "**

Bed Manager

**PALAZZINA B****Medicina IV° Piano Tot. N° 3 Barelle**

N° 1 Barella stanza medici (no gas medicali e aspirazione)

N° 1 Barella spazio antistante medicheria (no gas medicali e aspirazione)

N° 1 Barella stanza n. 2 (con gas medicali e aspirazione)

**Medicina III° Piano Tot. N° 7 Barelle**

N° 1 Barella Stanza Mdg (no gas medicali e aspirazione)

N° 1 Barella stanza letto 9 (con gas medicali e aspirazione)

N° 1 Barella antistante la medicheria (no gas medicali e aspirazione)

N° 1 Barella stanza n. 4 (con gas medicali e aspirazione)

N° 1 Barella stanza n. 6 (con gas medicali e aspirazione)

N° 1 Barella stanza n. 7 (con gas medicali e aspirazione)

N° 1 Barella stanza medici (no gas medicali e aspirazione)

**Medicina D'Urgenza II° Piano Tot. N° 3 Barelle**

N° 1 Barelle area antistante la medicheria (no gas medicali e aspirazione)

N° 1 Barella stanza n. 3 letti 5-6-7 (con gas medicali e aspirazione)

N° 1 Barella stanza n. 4 letti 8-9-10 (con gas medicali e aspirazione)

**Cardiologia I° piano Tot. N° 5 Barelle**

N° 3 Barelle stanza accoglienza (con gas medicali e aspirazione)

N° 1 Barella stanza n. 3 (no gas medicali e aspirazione)

N° 1 Barella stanza n. 4 (no gas medicali e aspirazione)

**Cardiologia P.T. Tot. N° 4 Barelle e 1 lettino**



- n°1 barella nella stanza Eco Speciali (presenza gas medicinali);
- n°2 barelle nella stanza Diagnostica 1 (1 con gas medicali e 1 senza gas medicali);
- n°1 barella nella stanza lt. 28-29-30-31 (con gas medicali);
- n°1 lettino nella stanza Diagnostica 2 (presenza di gas medicali);

**TOTALE POSTI LETTO AGGIUNTIVI: 23** (22 barelle e 1 lettino), di cui 14 con gas medicali e 9 senza gas medicali

<b>POSTI LETTO AGGIUNTIVI "con Barella" Edificio "A-B-C "</b>		<b>Bed Manager</b>
<b>PALAZZINA C</b>		
	<b><u>Dialisi piano terra</u></b> Tot. N° 3 posti letto	
	N° 3 posti Letto nella Dialisi (provvisti di ossigeno e aspiratore)	
	<b><u>Rianimazione piano 1</u></b> Tot. N° 3 barelle	
	1 barella già presente completa di bombola di ossigeno 5 litri + 1 kit per la ventilazione: maschera + valvola va e vieni + pallone 2 litri + prolunga ossigeno (corridoio centrale) 1 barella amagnetica già presente completa di bombola di ossigeno amagnetica 5 litri + 1 kit per la ventilazione: maschera + valvola va e vieni + pallone 2 litri + prolunga ossigeno. (corridoio centrale) 1 barella già presente stanza piccoli interventi	
	<b><u>Ortopedia II° Piano</u></b> Tot. N° 14 Barelle	
	-n°12 barelle con ossigeno e aspirazione; -n°2 barelle in stanza visite esterna 1 con gas medicali e 1 senza gas medicali	
	<b><u>Chirurgia Generale III° Piano</u></b> Tot. N° 12 Barelle	
	In ogni stanza di degenza 1 barella, fino a 11 barelle (con gas medicali e aspirazione) + 1 in stanza medicazioni (con gas medicali e aspirazione)	
	<b><u>Solventi IV° Piano</u></b> Tot. N°10 Barelle	
	n. 4 barelle 1 in St. 10 (con gas medicali e aspirazione) e 3 barelle St 11-13-14 (senza gas medicali) n.1 barella St. medicazioni con gas medicali APA 5 barelle con gas medicali e aspirazione Da verificare la disponibilità di letti aggiuntivi qualora le stanze di degenza fossero libere (St 1,2,3,4,5,6,7,8,9,12 tutte con due letti e con gas medicali e aspirazione)	

**TOTALE POSTI LETTO AGGIUNTIVI: 42** (39 barelle e 3 letti), di cui 38 con gas medicali, 4 senza gas medicali



<b>ACTION CARD COORDINATORE MEDICO PS (CMP)</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso Medico Stanza MEDIA INTENSITA' A tel n° 6239</b>
1.	Attivata dalla chiamata del 118 o altro Ente esterno	
2.	Compila la scheda raccolta dati allarme (allegato1) parlando con il 118 che può ricontattare ai numeri 065802399. La scheda raccolta dati si trova nel cassetto del Totem della St M.I. A e su tutti computer del PS nella cartella procedure PS all'interno della cartella PEIMAF	
3.	Contatta il Direttore Sanitario Dott. <b>Alberto Giannotta</b> 3205796138/067018790 o suo sostituto (Dr. <b>Francesco Sabetta</b> 3357638811) per informarlo dello stato di allarme. Il Direttore Sanitario deciderà l'attivazione totale o parziale del PEIMAF	
4.	Avvisa il responsabile Dr.ssa <b>Fabiola Gabrielli</b> 3384513273 /0697614057 o in caso di assenza Dr.ssa <b>De Berardinis Benedetta</b> 3332502140 o Dr.ssa <b>Luciamaura Prosperini</b> 3493748315/064065851 o Dr <b>Rossetti</b> 3381010621	
5.	Avvisa il coordinatore infermieristico <b>Samanta Bilotta</b> 3381545779 o in sua assenza <b>Daniele Giuseppe Zagaria</b> 3925764933 o <b>Collini Andrea</b> 3480863282	
6.	Avvisa tutto il personale sanitario del PS dello stato di allarme utilizzando l'interfono, convocandolo al punto d'incontro (piazzetta davanti alla Media Intensità), convoca la vigilanza (6283); identifica il <b>capoturno infermieristico</b> per anzianità di servizio in PS attivando la sua <i>action card</i> che si trova nel cassetto del Totem della Stanza Media Intensità A e su tutti i computer del PS nella cartella procedure PS all'interno della cartella PEIMAF. Lo invia a prendere il KIT ATRIO. <b>Identifica insieme al capoturno infermieristico l'HDM triage</b> attivando la sua action card. Consegnà action card medici ed infermieri di PS, OSS, amministrativi, IV unita e vigilanza. Consegnà AC HDM box ginecologico ed ortopedico. Invita i medici (tranne ginecologo ed ortopedico) a ripresentarsi al punto di incontro dopo 15 minuti per ritirare le AC PEIMAF	
7.	Decide insieme al capoturno infermieristico la ridistribuzione del personale nelle sale visita PEIMAF	
8.	In collaborazione con il capo turno infermieristico modifica la destinazione delle sale operative ed avvisa la vigilanza di aprire gli ambulatori al piano – 2 in caso di allarme scattato nella notte	
9.	Verifica insieme al capoturno infermieristico la presenza dei 9-ventilatori in PS e li sposta in Alta Intensità. Se non presenti contatta i reparti di medicina d'urgenza , medicina generale e cardiologia per farli riportare, se possibile, in PS.	
10.	Convoca i medici del PS nel punto d'incontro antistante la stanza Media Intensità e distribuisce AC agli HDM delle varie sale: -Prende dal Kit atrio le buste degli HDM Rossi, Gialli e Verdi, HDM Stabilizzazione (contenenti: action card, pettorine casacche -fratini, scheda mappa pazienti per il personale designato in quella sala) e le consegna ad ognuno di loro. -Ridistribuisce, in accordo con il Capoturno infermieristico, il personale non medico già presente in PS nelle varie sale visita, comunicando agli HDM il personale non medico a loro designato.	
11.	Controlla che l'evacuazione dell'Holding Area proceda secondo quanto previsto dal PEIMAF. Controlla che il personale medico aggiuntivo sia arrivato in PS e lo disloca nelle sale a cui è predestinato e gli fa consegnare dall'HDM tutto il materiale necessario (AC, pettorine casacche-fratini, etc). Controlla che la sala di attesa sia stata correttamente riorganizzata. Controlla che la riorganizzazione delle sale visita stia procedendo secondo quanto previsto del PEIMAF.	
12.	Tiene contatti continui per aggiornamenti sull'evento in corso con ARES 118 fino all'arrivo del Responsabile di PS ed alla costituzione dell'Unità di Crisi.	
13.	Prendendo il materiale adeguato (AC, pettorine casacche-fratini, etc) diventa: <b>Medico HDM Gialli (Retro triage + Quick Area)</b>	
14.	All'arrivo del Responsabile di PS gli trasmette tutte le informazioni da lui raccolte fino al quel momento	
	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS, collabora con il ripristino delle normali attività del PS	

<b>ACTION CARD MEDICI PS</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso</b>
1.	Attivata dal CMP	
2.	Concludono rapidamente la gestione dei pazienti in carico avvisandoli dell'attivazione del PEIMAF Elenca i pz dimisibili ed i pazienti da tenere	
3.	Evacuano i pazienti ritenuti dimisibili con l'annotazione sul verbale di PS "Valutazione clinica sospesa causa massiccio afflusso di feriti"	
4.	Su indicazione del CMP il medico dell'Holding area ricovera i pazienti non dimisibili all'interno dell'ospedale secondo il protocollo:  Ricoverare immediatamente 65 pazienti nelle palazzina B e C distribuendoli:  PALAZZINA B <ul style="list-style-type: none"><li>• 5 Cardiologia PT (4 barelle da PS + 1 lettino presente) 4 con gas medicali a disposizione e 1 senza gas medicali</li><li>• 5 Cardiologia IP (5 barelle da PS) 3 con gas medicali e 2 senza gas medicali</li><li>• 3 Medicina d'Urgenza IIP (3 barelle da PS) 2 con gas medicali e 1 senza gas medicali</li><li>• 7 Medicina IIIP (7 barelle da PS) 4 con gas medicali e 3 senza gas medicali</li><li>• 3 Medicina IVP (3 barelle da PS) 1 con gas medicali e 2 senza gas medicali</li></ul> PALAZZINA C <ul style="list-style-type: none"><li>• 3 Dialisi PT (3 posti letto) 3 con gas medicali</li><li>• 3 Rianimazione IP (3 barelle già presenti in reparto) tutte con gas medicali</li><li>• 14 Ortopedia IIP (14 barelle da PS) 13 con gas medicali e 1 senza gas medicali</li><li>• 12 Chirurgia Generale IIIP (12 barelle da PS) tutte con gas medicali</li><li>• 10 Reparto Solventi IVP (10 barelle da PS) 7 con gas medicali e 3 senza gas medicali</li></ul> Ricoverare altri 6 pazienti sui letti del Day Surgery con gas medicali, inoltre rimangono a disposizione in Palazzina A 7 barelle tutte con gas medicali	
5.	Ricevono una busta dal CMP in base al loro ruolo e si spostano nel locale designato dal protocollo indossando la pettorina casacca (fratino) di riconoscimento. <ul style="list-style-type: none"><li>• Il medico della st ALTA INTENSITA' diventa HDM Rossi (Stanza A.I)</li><li>• Il medico della MI A che è il CMP diventa HDM GALLI in RETROTRIAGE/QUICK AREA</li><li>• Il medico MI B di giorno diventa HDM VERDI non deambulanti (rimanendo in MI B), di notte diventa medico HDM Stabilizzazione e si sposta in Holding Area</li><li>• Il medico HA (LO) diventa Medico di Triage di giorno e si sposta al triage</li><li>• Il medico HA MO-PO diventa medico HDM Stabilizzazione e rimane in Holding Area</li><li>• Il 2° medico MO presente solo di mattina supporta il medico MO-PO nella stabilizzazione rossi/gialli</li></ul>	
6.	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS, collabora con il ripristino delle normali attività del PS	



<b>ACTION CARD MEDICO PEIMAF</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso Medici di ogni sala visita</b>
1.	Attivata e consegnata dall'HDM dell'area di destinazione insieme alla pettorina casacca (fratino) ed alla mappa pazienti	
2.	I medici che non fanno parte dell'organico della UOC di Medicina d'Urgenza, appena arrivati in PS verranno istruiti dal CMP/HDM sull'utilizzo della cartella clinica, kit paziente MAF e Mappa pazienti	
3.	Ricordarsi che in caso di attivazione di PEIMAF tutto il lavoro è svolto su documentazione cartacea. Nessuna richiesta verrà fatta tramite il sistema informatico (GIPSE, gestione reparti)	
4.	Per la gestione del paziente utilizzare il materiale contenuto nella busta kit paziente ricordandosi di mettere l'etichetta con il numero MAF su tutte le richieste: radiologia consulenze esami di laboratorio richiesta sangue etc. In particolare ricordarsi di <b>mettere sulle richieste di laboratorio oltre al numero MAF anche il sesso del paziente</b>	
5.	Riempie la scheda "mappa pazienti" e dopo l'iter diagnostico terapeutico conferma se il paziente deve essere ricoverato, dimesso o trasferito. Informa il Responsabile del PS dell'esito	
6.	In caso di: <ul style="list-style-type: none"><li><b>Ricovero:</b> inserire il numero MAF (etichetta se ancora disponibile) sui rapporti di accettazione che vanno compilati manualmente con l'accortezza di scrivere data, ora e reparto. Uno dei due rapporti va messo nella cartella clinica e segue il paziente, l'altro viene archiviato.</li><li><b>Dimissione:</b> consegnare foglio di dimissione cartaceo su cui inserire il numero MAF (etichetta se ancora disponibile). Tutta la documentazione viene archiviata</li><li><b>Trasferimento:</b> eseguire copia di tutta la documentazione inclusa la cartella MAF. L'originale viene archiviato mentre la copia segue il paziente</li><li><b>Decesso:</b> tutte le salme coinvolte nella maxi-emergenza vanno messe a disposizione dell'autorità giudiziaria. Assicurarsi che il numero MAF venga trascritto sul cartellino. Eseguire copia di tutta la documentazione inclusa la cartella MAF. L'originale viene archiviato mentre la copia segue la salma.</li></ul> <p>N.B.: riportare sempre sulla cartella clinica nello spazio previsto data ora della chiusura della cartella ed esito del paziente</p>	
7.	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS, collabora con il ripristino delle normali attività del PS	

<b>ACTION CARD</b> <b>HDM Rosso</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso</b> <b>Medico Stanza ALTA INTENSITA' tel n°6320</b>
1.	Attivata dal CMP	
2.	Apre la busta consegnata dal CMP, indossa la pettorina casacca (fratino) e consegna il materiale a tutto il personale che lavora con lui (pettorine casacche -fratini, action card)	
3.	Convoca l'anestesista (6802) e il chirurgo di guardia (6806), invitandoli a scendere immediatamente in PS nella ALTA INTENSITA' per l'attivazione del PEIMAF. Al loro arrivo gli consegnerà la pettorina casacca (fratino) e la loro action card Medici PEIMAF	
4.	<p>Si fa carico di tutti i pazienti codici 1 e 2, rimasti aperti presenti in PS (esclusa HA). Stampa la cartella GIPSE dei pazienti codice 1 e 2 , che rimarranno in PS e che verranno riregistrati dall'infermiere di area secondo il metodo MAF (con codice rosso e giallo). I pz codici 2 verranno presi in carico da questa sala con l'aiuto dell'infermiere destinato all'area GIALLI (QUICK AREA/RETROTRIAGE ), in attesa che il CMP si sposti nella QUICK AREA/RETROTRIAGE e diventi HDM GIALLI.</p> <p>La cartella GIPSE andrà inserita nella cartella clinica MAF insieme a tutta la documentazione. Deve farsi carico dei codici rossi spostandoli nella st. ALTA INTENSITA'. Appena attiva LA QUICK AREA sposterà i CODICI 2 (GIALLI) in quest'area e quando pronta la stanza stabilizzazione ROSSI/GIALLI, verranno spostati nella Holding Area</p>	
5.	Coordina i medici presenti in Alta Intensità dove visiterà i codici ROSSI , effettua il trattamento diagnostico terapeutico, definisce le priorità interventistiche in accordo con i due colleghi (chirurgo ed anestesista), riservando la decisione ultima relativa a interventi chirurgici d'emergenza al chirurgo di guardia	
6.	Riempie la scheda "mappa pazienti" (ricevuta nella busta insieme alla pettorina casacca-fratino) e dopo l'iter diagnostico terapeutico conferma se il paziente deve essere ricoverato, dimesso o trasferito. Informa il Responsabile del PS dell'esito	
7.	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS, collabora con il ripristino delle normali attività del PS	

<b>ACTION CARD</b> <b>HDM Giallo</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso</b> <b>Medico St. MI A(CMP) tel n°6239</b>
1.	Medico CMP che si sposta dopo l'arrivo del responsabile di PS.	
2.	Apre la busta consegnata dal CMP, indossa la pettorina casacca (fratino) e consegna il materiale a tutto il personale che lavora con lui (pettorine casacche-fratini, action card)	
3.	Sarà responsabile da solo della sala gialli nel Quick area/Retro triage	
4.	<p>Si fa carico di tutti i pazienti codice 2 rimasti aperti presenti in PS (esclusa HA). Se non è già stato fatto dall'HDM ROSSI, stampa la cartella GIPSE dei pazienti codice 2 che rimarranno in PS e che verranno riregistrati dall'infermiere di area secondo il metodo MAF con codice giallo. La cartella GIPSE andrà inserita nella cartella clinica MAF insieme a tutta la documentazione.</p> <p>Deve farsi carico di tali pazienti spostandoli nella QUICK AREA ed al bisogno nel retrotriage. Appena attiva la stanza stabilizzazione dei codici Rossi/Gialli spostarli nell'Holding Area</p>	
5.	Effettua il trattamento diagnostico terapeutico, definisce le priorità interventistiche riservando la decisione ultima relativa a interventi chirurgici d'emergenza al chirurgo di guardia	
6.	Riempie la scheda "mappa dei pazienti" (ricevuta nella busta insieme alla pettorina casacca-fratino) e dopo l'iter diagnostico terapeutico conferma se il paziente deve essere ricoverato, dimesso o trasferito. Informa il Responsabile del PS dell'esito	
7.	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS, collabora con il ripristino delle normali attività del PS	



<b>ACTION CARD</b> <b>HDM Verde e Bianco</b> <b>Medico Stanza MI B</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso</b> <b>Di Giorno medico Stanza media intensità B tel n° 6233</b> <b>Di Notte cardiologo di guardia tel n°6800</b>
1.	Attivata dal CMP	
2.	Apre la busta consegnata dal CMP, indossa la pettorina casacca (fratino) e consegna il materiale a tutto il personale che lavora con lui.	
3.	Deve accertarsi, coordinato dal CMP o dal responsabile di PS, che tutti i medici destinati a lavorare nelle sale verdi, deambulanti e non, siano arrivati in PS	
4.	Si fa carico di tutti i pazienti rimasti aperti codice 3-4 presenti in PS (esclusa HA). Stampa la cartella GIPSE dei pazienti codice 3-4 che rimarranno in PS e che verranno riregistrati dall'infermiere di area secondo il metodo MAF (assegnando il codice verde). La cartella GIPSE andrà inserita nella cartella clinica MAF insieme a tutta la documentazione.  I pazienti stabili, senza necessità di assistenza clinica continua, dovranno essere spostati nelle aree predisposte (non deambulanti corridoio antistante Stanza Media Intensità o area Sosta Uomini e Donne, deambulanti sala attesa piano -2).  Dovrà individuare il medico responsabile di tali pazienti (deambulanti medico 1° Cardiologo e di Medicina generale, non deambulanti divisi tra Media Intensità A e B) Se l'allarme scatta di notte e l'HDM VERDI non è un medico dell'organico della medicina d'Urgenza, tutto questo andrà fatto in collaborazione con il CMP	
5.	Effettua il trattamento diagnostico terapeutico, definisce le priorità interventistiche riservando la decisione ultima relativa a interventi chirurgici d'emergenza al chirurgo di guardia	
6.	Riempie la scheda "mappa dei pazienti" (ricevuta nella busta insieme alla pettorina casacca-fratino) e dopo l'iter diagnostico terapeutico conferma se il paziente deve essere ricoverato, dimesso o trasferito. Informa il Responsabile del PS dell'esito	
7.	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS, collabora con il ripristino delle normali attività del PS	



<b>ACTION CARD MEDICO TRIAGE</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso</b> <b>Giorno: medico LO Holding Area (n. 6321)</b> <b>Notte: medico med. generale (n. 6216-6811)</b>
1.	Attivata dal CMP	
2.	Indossa la pettorina casacca (fratino) di riconoscimento, si munisce di macchina fotografica e si posiziona al triage	
3.	Verifica la corretta riorganizzazione del triage	
4.	Verifica il corretto reinserimento nel registro MAF dei pazienti in attesa precedentemente inseriti	
5.	Verifica la presenza del materiale necessario	
6.	Collabora alla valutazione e alla gestione dei pazienti sopraggiunti	
7.	In caso di paziente le cui generalità non sono note: <ul style="list-style-type: none"><li>• esegue due stampe fotografiche</li><li>• scrive in maniera indelebile il numero MAF sulle stampe fotografiche</li><li>• una la spilla alla cartella clinica MAF e l'altra l'archivia in busta pazienti ignoti che verrà ritirata dal SAP</li></ul>	
8.	In caso di decesso al triage o di paziente giunto cadavere: <ul style="list-style-type: none"><li>• constata il decesso, scrivendolo nello spazio disponibile della scheda FAST o sulle note della cartella MAF.</li><li>• verifica che il numero MAF venga trascritto sul cartellino.</li><li>• verifica che la copia di tutta la cartella MAF comprensiva di eventuale documentazione o scheda 118 (se presente) segua la salma</li><li>• verifica che l'originale della cartella venga archiviata</li></ul> Tutte le salme coinvolte nella maxi-emergenza vanno messe a disposizione dell'autorità giudiziaria.	
9.	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS, collabora con il ripristino delle normali attività del PS	



<b>ACTION CARD</b> <b>HDM STABILIZZAZIONE PS</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione</b> <b>Medico Stabilizzazione di Pronto Soccorso</b> <b>giorno: Medico MO – PO</b> <b>notte: Medico PS Stanza Media Intensità B</b>
1.	Attivata CMP	
2.	Apre la busta consegnata dal CMP, indossa la pettorina casacca (fratino) e consegna il materiale a tutto il personale che lavora con lui (pettorine casacche-fratini, action card e mappa pazienti)	
3.	Si accerta, coordinato dal CMP o dal responsabile di PS, che tutto il personale medico e non, destinato a lavorare nell'area stabilizzazione sia arrivato in PS	
4.	Evacuano i pazienti ritenuti dimessibili con l'annotazione sul verbale di PS <b>“Valutazione clinica sospesa causa massiccio afflusso di feriti”</b>	
5.	Continua il ricovero dei pazienti già presenti in HA se non dimessibili e successivamente ricovera i pazienti passati nell'area di stabilizzazione non dimessibili all'interno dell'ospedale secondo il protocollo: Ricoverare immediatamente 65 pazienti nelle palazzina B e C distribuendoli:  PALAZZINA B <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>5 Cardiologia PT (4 barelle da PS + 1 lettino presente) 4 con gas medicali a disposizione e 1 senza gas medicali</b></li><li>• <b>5 Cardiologia IP (5 barelle da PS) 3 con gas medicali e 2 senza gas medicali</b></li><li>• <b>3 Medicina d'Urgenza IIP (3 barelle da PS) 2 con gas medicali e 1 senza gas medicali</b></li><li>• <b>7 Medicina IIIP (7 barelle da PS) 4 con gas medicali e 3 senza gas medicali</b></li><li>• <b>3 Medicina IVP (3 barelle da PS) 1 con gas medicali e 2 senza gas medicali</b></li></ul> PALAZZINA C <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>3 Dialisi PT (3 posti letto) 3 con gas medicali</b></li><li>• <b>3 Rianimazione IP (3 barelle già presenti in reparto) tutte con gas medicali</b></li><li>• <b>14 Ortopedia IIP (14 barelle da PS) 13 con gas medicali e 1 senza gas medicali</b></li><li>• <b>12 Chirurgia Generale IIIP (12 barelle da PS) tutte con gas medicali</b></li><li>• <b>10 Reparto Solventi IVP (10 barelle da PS) 7 con gas medicali e 3 senza gas medicali</b></li></ul> Ricoverare altri <b>6 pazienti</b> sui letti del <b>Day Surgery</b> con gas medicali, inoltre rimangono a disposizione in Palazzina A 7 barelle tutte con gas medicali	
6.	Si fa carico di tutti i pazienti critici da stabilizzare inviati prioritariamente dalle sale Alta Intensità e QUICK AREA/RETROTRIAGE	
7.	Ricordarsi che in caso di attivazione di PEIMAF tutto il lavoro è svolto su documentazione cartacea. Nessuna richiesta verrà fatta tramite il sistema informatico (GIPSE, gestione reparti)	
8.	Per la gestione del paziente utilizzare il materiale contenuto nella busta kit paziente ricordandosi di mettere l'etichetta con il numero MAF su tutte le richieste: radiologia consulenze esami di laboratorio richiesta sangue etc. In particolare ricordarsi di mettere sulle richieste di laboratorio oltre al numero MAF anche il sesso del paziente	
9.	Riempie la scheda “mappa pazienti” e dopo l'iter diagnostico terapeutico conferma se il paziente deve essere ricoverato, dimesso o trasferito. Informa il Responsabile del PS dell'esito	
10.	In caso di: <ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Ricovero:</b> inserire il numero MAF (etichetta se ancora disponibile) sui rapporti di accettazione che vanno compilati manualmente con l'accortezza di scrivere data, ora e reparto. Uno dei due rapporti va messo nella cartella clinica e segue il paziente, l'altro viene archiviato.</li><li>✓ <b>Dimissione:</b> consegnare foglio di dimissione cartaceo su cui inserire il numero MAF (etichetta se ancora disponibile). Tutta la documentazione viene archiviata</li><li>✓ <b>Trasferimento:</b> eseguire copia di tutta la documentazione inclusa la cartella MAF. L'originale viene archiviato mentre la copia segue il paziente</li><li>✓ <b>Decesso:</b> tutte le salme coinvolte nella maxi-emergenza vanno messe a disposizione dell'autorità giudiziaria. Assicurarsi che il numero MAF venga trascritto sul cartellino. Eseguire copia di tutta la documentazione inclusa la cartella MAF. L'originale viene archiviato mentre la copia segue la salma.</li></ul>	

	N.B.: riportare sempre sulla cartella clinica nello spazio previsto data ora della chiusura della cartella ed esito del paziente
<b>11.</b>	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS, collabora con il ripristino delle normali attività del PS

<b>ACTION CARD HDM ORTOPEDICO PS</b>	<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione Ortopedico di Pronto Soccorso</b>
1.	Attivata CMP
2.	Apre la busta consegnata dal CMP, indossa la pettorina casacca (fratino) e consegna il materiale a tutto il personale che lavora con lui (pettorine casacche-fratini, action card)
3.	Attiva l'action card dell'infermiere del box ortopedico
4.	Si fa carico di tutti i pazienti ortopedici rimasti aperti presenti in PS spostandoli nella OBI 2
5.	Conclude rapidamente la gestione dei pazienti in carico avvisandoli dell'attivazione del PEIMAF Elenca i pz dimisibili ed i pazienti da tenere. Insieme all'infermiere evacuano i pazienti ritenuti dimisibili con l'annotazione sul verbale di PS "Valutazione clinica sospesa causa massiccio afflusso di feriti"
6.	Ricovera tutti i pazienti non dimisibili ed emodinamicamente stabili nel reparto di Ortopedia, secondo la disponibilità prevista nella action card dei posti letto aggiuntivi
7.	Stampa la cartella GIPSE dei pazienti ORTOPEDICI che rimarranno in PS e che verranno riregistrati dall'infermiere del box ortopedico secondo il metodo MAF. La cartella GIPSE andrà inserita nella cartella clinica MAF insieme a tutta la documentazione.
8.	Ricordarsi che in caso di attivazione di PEIMAF tutto il lavoro è svolto su documentazione cartacea. Nessuna richiesta verrà fatta tramite il sistema informatico (GIPSE, gestione reparti)
9.	Per la gestione del paziente utilizzare il materiale contenuto nella busta kit paziente ricordandosi di mettere l'etichetta con il numero MAF su tutte le richieste: radiologia consulenze esami di laboratorio richiesta sangue etc. In particolare ricordarsi di <b>mettere sulle richieste di laboratorio oltre al numero MAF anche il sesso del paziente</b>
10.	Riempie la scheda "mappa pazienti" e dopo l'iter diagnostico terapeutico conferma se il paziente deve essere ricoverato, dimesso o trasferito. Informa il Responsabile del PS dell'esito
11.	In caso di: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Ricovero:</b> inserire il numero MAF (etichetta se ancora disponibile) sui rapporti di accettazione che vanno compilati manualmente con l'accortezza di scrivere data, ora e reparto. Uno dei due rapporti va messo nella cartella clinica e segue il paziente, l'altro viene archiviato.</li> <li>✓ <b>Dimissione:</b> consegnare foglio di dimissione cartaceo su cui inserire il numero MAF (etichetta se ancora disponibile). Tutta la documentazione viene archiviata</li> <li>✓ <b>Trasferimento:</b> eseguire copia di tutta la documentazione inclusa la cartella MAF. L'originale viene archiviato mentre la copia segue il paziente</li> <li>✓ <b>Decesso:</b> tutte le salme coinvolte nella maxi-emergenza vanno messe a disposizione dell'autorità giudiziaria. Assicurarsi che il numero MAF venga trascritto sul cartellino. Eseguire copia di tutta la documentazione inclusa la cartella MAF. L'originale viene archiviato mentre la copia segue la salma.</li> </ul> N.B.: riportare sempre sulla cartella clinica nello spazio previsto data ora della chiusura della cartella ed esito del paziente
12.	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS, collabora con il ripristino delle normali attività del PS



<b>ACTION CARD</b> <b>HDM GINECOLOGO PS</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione</b> <b>Ginecologo di Pronto Soccorso</b>
1.	Attivata CMP	
2.	Apre la busta consegnata dal CMP, indossa la pettorina casacca (fratino) e consegna il materiale a tutto il personale che lavora con lui (pettorine casacche-fratini, action card)	
3.	Attiva l'action card dell'Ostetrica di PS	
4.	Si fa carico di tutte le pazienti rimaste aperte presenti in PS	
5.	Conclude rapidamente la gestione dei pazienti in carico avvisandoli dell'attivazione del PEIMAF Elenca i pz dimisibili ed i pazienti da tenere. Insieme all'Ostetrica evacuano le pazienti ritenute dimisibili con l'annotazione sul verbale di PS "Valutazione clinica sospesa causa massiccio afflusso di feriti"	
6.	Ricovera tutti i pazienti non dimisibili ed emodinamicamente stabili nel reparto di Ginecologia, secondo la disponibilità prevista nella action card dei posti letto aggiuntivi	
7.	Stampa la cartella GIPSE delle pazienti GINECOLOGICHE che rimarranno in PS e che verranno riregistrate dall'Ostetrica del box secondo il metodo MAF. La cartella GIPSE andrà inserita nella cartella clinica MAF insieme a tutta la documentazione.	
8.	Ricordarsi che in caso di attivazione di PEIMAF tutto il lavoro è svolto su documentazione cartacea. Nessuna richiesta verrà fatta tramite il sistema informatico (GIPSE, gestione reparti)	
9.	Per la gestione del paziente utilizzare il materiale contenuto nella busta kit paziente ricordandosi di mettere l'etichetta con il numero MAF su tutte le richieste: radiologia consulenze esami di laboratorio richiesta sangue etc. In particolare ricordarsi di <b>mettere sulle richieste di laboratorio oltre al numero MAF anche il sesso del paziente</b>	
10.	Riempie la scheda "mappa pazienti" e dopo l'iter diagnostico terapeutico conferma se il paziente deve essere ricoverato, dimesso o trasferito. Informa il Responsabile del PS dell'esito	
11.	In caso di: <ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Ricovero:</b> inserire il numero MAF (etichetta se ancora disponibile) sui rapporti di accettazione che vanno compilati manualmente con l'accortezza di scrivere data, ora e reparto. Uno dei due rapporti va messo nella cartella clinica e segue il paziente, l'altro viene archiviato.</li><li>✓ <b>Dimissione:</b> consegnare foglio di dimissione cartaceo su cui inserire il numero MAF (etichetta se ancora disponibile). Tutta la documentazione viene archiviata</li><li>✓ <b>Trasferimento:</b> eseguire copia di tutta la documentazione inclusa la cartella MAF. L'originale viene archiviato mentre la copia segue il paziente</li><li>✓ <b>Decesso:</b> tutte le salme coinvolte nella maxi-emergenza vanno messe a disposizione dell'autorità giudiziaria. Assicurarsi che il numero MAF venga trascritto sul cartellino. Eseguire copia di tutta la documentazione inclusa la cartella MAF. L'originale viene archiviato mentre la copia segue la salma.</li></ul> <b>N.B.:</b> riportare sempre sulla cartella clinica nello spazio previsto data ora della chiusura della cartella ed esito del paziente	
12.	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS, collabora con il ripristino delle normali attività del PS	



<b>ACTION CARD</b> <b>Responsabile PS</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso</b> <b>Dr.ssa Fabiola Gabrielli 3384513273</b> <b>Dr.ssa Benedetta De Berardinis 3332502140</b>
1.	Attivata dal CMP	
2.	Arriva in ospedale nel minor tempo possibile	
3.	Apre la sua busta che contiene: la pettorina casacca (fratino) di responsabile (blu), scheda sinottica pazienti e contatti telefonici (unità di crisi e reparti) tabella ridistribuzione del personale	
4.	Comanda il personale in servizio fino a nuova disposizione (trattenere il personale al cambio turno)	
5.	Raccoglie tutte le informazioni necessarie dal CMP inclusa la scheda raccolta dati compilata all'attivazione della chiamata ed assume le funzioni logistico-organizzative	
6.	Verifica che la riorganizzazione del PS prevista dal PEIMAF sia stata svolta nel modo corretto, sia per la diversa destinazione degli ambienti che per la ridistribuzione del personale medico fatto affluire da altri reparti:  Controlla che tutto il personale del PS si sia redistribuito secondo quanto previsto dal PEIMAF <ul style="list-style-type: none"><li>Verifica che tutto il personale aggiuntivo che nella prima ora doveva essere dislocato dai reparti per recarsi entro 15 minuti in PS sia effettivamente arrivato e che sia stato distribuito in maniera corretta</li><li>Controlla che siano state stampate le cartelle GIPSE dei pazienti aperti già presenti in PS prima dell'allarme PEIMAF che non sono stati ne dimessi ne ricoverati e che siano stati riregistrati secondo le modalità MAF.</li></ul> Verifica che la vigilanza abbia aperto gli ambulatori al piano -2 in orario di chiusura	
7.	Espone all'Unità di Crisi lo stato delle attività operative riferendogli il numero e la gravità dei pazienti presenti in PS, la necessità dei posti letto, delle sale operatorie, delle sacche di sangue. Gli espone le eventuali criticità non risolte.	
8.	Mantiene, se necessario, rapporti con 118 per saper in tempo reale chi sta arrivando	
9.	Individua con il coordinatore infermieristico i nominativi del personale di PS medico e non previsto all'inizio della seconda ora. In prima istanza sceglierà tale personale tra quello che si trova sul giorno di riposo.  L'unità di crisi richiamerà il personale segnalato dal CMP tenendo conto anche della distanza dall'ospedale	
10.	Valuta le condizioni cliniche dei pazienti e la situazione operativa delle varie aree, ricercando le criticità. Si accerta inoltre delle condizioni lavorative degli operatori.	
11.	Verifica che siano stati eseguiti tutti i referti all'Autorità Giudiziaria dei pazienti coinvolti nel PEIMAF. Nel caso in cui non siano stati compilati individua il medico che dovrà compilarli. Verifica che sia stata fatta la foto dei pazienti ignoti ed attaccata sulla cartella MAF	
12.	Cessato allarme: riceve la comunicazione del cessato allarme dal direttore sanitario ed eventualmente dall'ARES118 : <ul style="list-style-type: none"><li>avvisa i componenti della UO del cessato allarme usando l'interfono ripristinando le normali attività</li><li>compila la parte finale della scheda allarme riservata al sinottico finale e la firma con il direttore sanitario</li><li>raccoglie tutte le schede mappe dei pazienti</li><li>riempie la scheda sinottica</li></ul>	



<b>ACTION CARD CAPOTURNO INFERMIERISTICO</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso Infermiere Capoturno</b>
1.	Attivata dal CMP	
2.	Si reca al Triage a prendere il KIT Atrio posizionato all'interno dell'armadio del PEIMAF; si assicura che tutto il personale si rechi al punto di incontro compreso il personale del box ginecologico, ortopedico. Ritorna anche lui al punto d'incontro (piazzetta Media Intensità)	
3.	Attiva, l'action card dell'HDM Triage che sceglie in accordo con il CMP (infermiere di PS con maggior esperienza di triage) e gli consegna la sua busta	
4.	Aiuta il CMP a consegnare le AC di questa fase di attivazione (medici ed infermieri PS, OSS, IV unità, amministrativi, infermieri OBI/Holding area, vigilanza, HDM box ortopedico ed HDM box ginecologico)	
5.	Decide insieme al CMP la ridistribuzione del personale nelle sale visita PEIMAF e modifica la destinazione delle sale operative attaccando, insieme al CMP la nuova cartellonistica PEIMAF - il cartello codici 2 andrà nella Quick Area - i cartelli codici 3/4 deambulanti sulle porte delle sale visita M.I. A e B - il cartello Stabilizzazione sulla porta dell' Holding Area - il cartello MI deambulanti negli ambulatori piano -2	
6.	Verifica insieme al CMP la presenza dei 9 ventilatori in PS e li sposta in st A. I. Se non presenti contatta i reparti di medicina d'urgenza , medicina generale e cardiologia per farli riportare, se possibile, in PS.	
7.	Insieme al CMP raduna dopo 15 minuti tutto il personale medico (escluso ortopedico e ginecologo) nella piazzetta della Media Intensità per la distribuzione del "materiale PEIMAF"	
8.	Preleva il materiale necessario per la riorganizzazione del PS dal KIT ATRIO: <ul style="list-style-type: none"><li>• gilet colorati per identificazione del personale da consegnare all'HDM delle varie sale</li><li>• cartellonistica varia</li><li>• buste da consegnare agli HDM delle varie sale</li><li>• megafono</li><li>• 5 registri MAF di cui 2 al triage, 1 in sala A.I. , 1 nelle sale M.I. ed 1 tra box Ortopedico e Ginecologico</li></ul>	
9.	Ridistribuisce, in accordo con il CMP, il personale non medico già presente in PS nelle varie sale visita	
10.	Posiziona, dopo aver prelevato il suddetto materiale, il KIT ATRIO nella sala d'attesa (postazione triage PEIMAF)	
11.	Organizza la ridistribuzione del personale non Medico fatto affluire da altri reparti nelle varie sale visita. A tale personale l'HDM delle varie sale distribuirà la busta corrispondente.	
12.	All'arrivo del Coordinatore Infermieristico gli trasmette tutte le operazioni eseguite fino al quel momento e le criticità rilevate e si posiziona nel box di appartenenza secondo turnistica indossando la pettorina casacca (fratino) di riconoscimento	
13.	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS/Coordinatore Infermieristico, collabora con il ripristino delle normali attività del PS.	



<b>ACTION CARD HDM TRIAGE</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso</b> <b>Infermiere in turno con più esperienza di triage</b>
1.	Attivata dal capoturno infermieristico e CMP che gli consegnano la busta	
2.	Identifica, in accordo con il capoturno infermieristico, gli operatori che collaboreranno con lui (IP ausiliari e OSS) attivando le loro AC	
3.	Si sposta con il personale designato (2 IP PS, l'ausiliario di triage e la IV unità di giorno) nella sala d'attesa che riorganizzerà insieme agli ausiliari e ai vigilanti ed al medico secondo quanto previsto dal PEIMAF	
4.	Attiva l'action card della vigilanza	
5.	Informa i pazienti in attesa di essere visitati ed i parenti dello stato di allarme. Con l'aiuto della vigilanza invita i parenti, a liberare la sala d'attesa e a recarsi al piano terra	
6.	Prende il Kit pazienti localizzato al triage all'interno dell'armadio dedicato al PEIMAF e lo posiziona in sala d'attesa/nuova sala triage, ed aspetta che il capoturno infermieristico riporti il Kit atrio	
7.	Esegue una stampa da GIPSE: <ul style="list-style-type: none"><li>✓ dei pazienti in attesa</li><li>✓ dei pazienti aperti (dividendoli per competenze)</li><li>✓ dei pazienti in OBI/destinazione</li></ul> <p>Queste vengono spillate tutte al registro MAF per il successivo inserimento (i pazienti in attesa vengono reinseriti dagli infermieri triage; i pazienti già aperti verranno reinseriti dai singoli infermieri assegnati alla sala di appartenenza del paziente).</p> <p>Es: pz codice 1 → infermiere responsabile Rossi etc.)</p> <p><b>N.B.:</b> nel caso in cui non funzionassero i computer: per pz in attesa riregistrarli con il supporto del foglio consegnato al pz della chiamata numerica in cui è riportato il codice assegnato; per i pz aperti nel caso in cui non fosse possibile risalire al codice assegnato fare riferimento alla sala visita di appartenenza, per i pz obi/destinazione fare riferimento alla cartella di PS all'interno della cartella clinica.</p>	
8.	Inizia l'attivazione del triage FAST (accertandosi di tutto il materiale occorrente, KIT, saturimetro/frequenzimetro, sfigmomanometro)	
9.	Segue l'action card infermiere triagista	

<b>ACTION CARD</b> <b>INFERMIERI TRIAGE</b> <b>(HDM + 2 IP)</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso</b> <b>Infermieri PS designati al triage</b>
1.	Attivata dall'HDM triage in collaborazione con il capoturno infermieristico	
2.	Si sposta nella sala d'attesa che riorganizzerà secondo quanto previsto dal PEIMAF	
3.	Preleva il Carrello terapia dalla sala valutazione deambulanti e lo posiziona nella sala di attesa, insieme allo strumentario necessario per il triage FAST, saturimetro, sfigmomanometro.	
4.	Dopo avere ricevuto dall'HDM Triage il materiale necessario presente nei kit atrio e paziente, indossa la pettorina casacca (fratino) ed inizia l'attivazione del triage FAST	
5.	Rinomina ogni paziente già presente in attesa con un numero MAF, mantenendo il codice inizialmente assegnato, mantenendo la competenza solo per il box ginecologico e ortopedico, e inserendolo nel registro MAF (con accanto il numero GIPSE)	
6.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizza la modalità di valutazione prevista dal <b>TRIAGE FAST</b>;</li> <li>• Registra i pazienti sul registro MAF inserendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>numero MAF</b>,</li> <li>✓ <b>nome e cognome</b> quando possibile,</li> <li>✓ <b>numero GIPSE</b> se pz precedentemente inserito,</li> <li>✓ <b>box di appartenenza</b> solo se ginecologico e ortopedico,</li> <li>✓ <b>codice colore</b> da evidenziare con pennarello colorato analogo al codice assegnato.</li> </ul> </li> <li>• Posiziona il numero identificativo sulla scheda triage del paziente;</li> <li>• Posiziona, il braccialetto colorato corrispondente al codice colore applicando sopra il numero MAF</li> <li>• Applica al collo del paziente il laccio colorato porta scheda fast corrispondente al codice colore assegnato e la scheda FAST/cartella clinica/scheda 118 (quando presente);</li> <li>• Posiziona effetti personali nel sacco trasparente ed il vestiario nel sacco nero, etichettando entrambi con lo stesso numero identificativo.</li> </ul>	
7.	Cura il trasporto dei pazienti nelle sale visita da parte degli ausiliari e/o OSS con il kit paziente al seguito	
8.	Ogni triagista dovrà spuntare con un segno di riconoscimento comune (✓) i pazienti che entrano in sala visita. Il simbolo dovrà essere applicato sul codice colore.	
9.	In caso di decesso al triage o di paziente giunto cadavere, si accerta che: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ il numero MAF venga trascritto sul cartellino, anche in caso di paziente noto</li> <li>✓ la copia della cartella clinica MAF completa (eventuale documentazione compresa) segua la salma</li> <li>✓ l'originale della cartella clinica MAF completa venga archiviata</li> </ul>	
10.	In caso di paziente le cui generalità non sono note, esegue valutazione secondo modalità FAST, assegna numero MAF ed allerta il medico di triage per l'esecuzione della foto. Spilla la stampa fotografica con il numero MAF trascritto sopra alla cartella clinica MAF e archivia la seconda stampa fotografica nella busta paziente ignoto che verrà ritirata dal SAP	
11.	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS/coordinatore infermieristico, collabora con il ripristino delle normali attività del PS.	

<b>ACTION CARD INFERMIERI PS</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso Infermieri PS</b>								
1.	Attivata dal CMP									
2.	Collabora con il medico alla dimissione dei pazienti.									
3.	Tutti gli infermieri di PS iniziano la preparazione delle sale secondo la nuova disposizione del PS, spostando il materiale seguendo lo schema sottostante:	<table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Sala destinazione</b></th><th><b>Sala di provenienza</b></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>TRIAGE – sala di attesa</b> (viene fatto dagli infermieri di triage individuati dall'HDM triage)</td><td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Carrello terapia ed attrezzature stanza valutazione deambulanti</li> </ul> </td></tr> <tr> <td><b>SALA GIALLI (QUICK AREA)</b> (viene fatto da 1 infermiere di retrotriaje e da un ausiliario di triage)</td><td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Carrello terapia</li> <li>Carrello emergenza box (ginecologico)</li> <li>N° 6 monitor telemetria con braccetto dall'obi</li> <li>N° 1 aspiratore portatile st peimaf</li> <li>N° 1 carrello acciaio dalla tisaneria</li> <li>N° 1 tenda su ruote</li> </ul> </td></tr> <tr> <td><b>HOLDING AREA</b> – stabilizzazione Rossi/Gialli (infermieri OBI/HA)</td><td> <ul style="list-style-type: none"> <li>N° 1 monitor defibrillatore e N° 8 monitor telemetria</li> </ul> </td></tr> </tbody> </table>	<b>Sala destinazione</b>	<b>Sala di provenienza</b>	<b>TRIAGE – sala di attesa</b> (viene fatto dagli infermieri di triage individuati dall'HDM triage)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carrello terapia ed attrezzature stanza valutazione deambulanti</li> </ul>	<b>SALA GIALLI (QUICK AREA)</b> (viene fatto da 1 infermiere di retrotriaje e da un ausiliario di triage)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carrello terapia</li> <li>Carrello emergenza box (ginecologico)</li> <li>N° 6 monitor telemetria con braccetto dall'obi</li> <li>N° 1 aspiratore portatile st peimaf</li> <li>N° 1 carrello acciaio dalla tisaneria</li> <li>N° 1 tenda su ruote</li> </ul>	<b>HOLDING AREA</b> – stabilizzazione Rossi/Gialli (infermieri OBI/HA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>N° 1 monitor defibrillatore e N° 8 monitor telemetria</li> </ul>
<b>Sala destinazione</b>	<b>Sala di provenienza</b>									
<b>TRIAGE – sala di attesa</b> (viene fatto dagli infermieri di triage individuati dall'HDM triage)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carrello terapia ed attrezzature stanza valutazione deambulanti</li> </ul>									
<b>SALA GIALLI (QUICK AREA)</b> (viene fatto da 1 infermiere di retrotriaje e da un ausiliario di triage)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carrello terapia</li> <li>Carrello emergenza box (ginecologico)</li> <li>N° 6 monitor telemetria con braccetto dall'obi</li> <li>N° 1 aspiratore portatile st peimaf</li> <li>N° 1 carrello acciaio dalla tisaneria</li> <li>N° 1 tenda su ruote</li> </ul>									
<b>HOLDING AREA</b> – stabilizzazione Rossi/Gialli (infermieri OBI/HA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>N° 1 monitor defibrillatore e N° 8 monitor telemetria</li> </ul>									
4.	Si accerta di tutto il materiale necessario per la gestione dei pazienti in arrivo e, qualora mancante, ne gestisce il rifornimento (unità respiratorie, occorrente per aspirazione, immobilizzatori, kit di sutura etc)									
5.	Diventa infermiere PEIMAF ricevendo l'action card dall'HDM della sala a cui viene destinato.									

<b>ACTION CARD INFERMIERE OBI/HOLDING AREA</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso Infermieri OBI/HOLDING AREA</b>
1.	Attivata del capoturno infermieristico	
2.	Identifica, con il medico di HA, l'ordine di ricovero dei pazienti in carico all'OBI/ Holding area iniziando con l'evacuazione della stanza HA	
3.	Spiega e tranquillizza i pazienti riguardo all'improvviso spostamento	
4.	Con l'ausilio del secondo infermiere prepara le singole cartelle, gli effetti personali ed i farmaci dei pazienti che verranno collocati secondo protocollo nella palazzina B.	
5.	Con l'ausilio dell'ausiliario posiziona i pazienti lungo il corridoio giunzionale che porta alla radiologia centrale edificio A per iniziare il ricovero.	
6.	Si assicura che sia presente nella stanza HA il seguente materiale <ul style="list-style-type: none"> <li>N° 1 monitor defibrillatore</li> <li>N° 8 monitor telemetria</li> </ul>	
7.	Si posiziona, indossando la pettorina casacca (fratino) di riconoscimento, nella sala a cui è stato assegnato	
8.	Segue l'action card infermieri PEIMAF	

<b>ACTION CARD INFERMIERI PEIMAF</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso Infermieri PS</b>
1.	Attivata dall'HDM della sala a cui sono assegnati	
2.	Indossa la pettorina casacca (fratino) di riconoscimento e si posiziona all'interno dell'area designata	
3.	Identifica, con l'HDM della sala a lui designata, i pazienti non ricoverati né dimisibili; recupera la loro documentazione e la cartella clinica GIPSE appena stampata.	
4.	Prende dal Kit pazienti posizionato al Triage (sala d'attesa) un numero di buste e lacci colorati porta scheda fast-(del colore della sala a cui appartiene) pari ai pazienti in carico	
5.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rinomina ogni paziente in carico con un numero MAF e lo annota nel registro MAF. Su tale registro deve riportare:             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b><u>numero MAF</u></b></li> <li>✓ <b><u>nome e cognome</u></b></li> <li>✓ <b><u>numero GIPSE</u></b></li> <li>✓ <b><u>codice colore</u></b></li> </ul> </li> <li>Posiziona il numero identificativo sulla cartella clinica MAF</li> <li>Posiziona braccialetto colorato al polso su cui applica etichetta con numero MAF</li> <li>Applica al collo del paziente il laccio colorato porta scheda fast corrispondente al codice colore assegnato e la cartella clinica MAF</li> <li>Mette tutta la documentazione del paziente all'interno della cartella clinica MAF</li> </ul>	
6.	Colloca i suddetti pazienti all'interno dell'area a cui è stato assegnato	
7.	Per la gestione del paziente utilizzare il materiale contenuto nella busta kit paziente ricordandosi di mettere l'etichetta con il numero MAF su tutte le richieste: radiologia consulenze esami di laboratorio richiesta sangue etc. In particolare ricordarsi di <b>mettere sulle richieste di laboratorio oltre al numero MAF anche il sesso del paziente</b>	
8.	Si accerta che il medico registri sulla scheda mappa pazienti i dati di tutti i pazienti e ne indichi correttamente l'esito (decesso trasferimento ricovero dimissione)	
9.	In caso di trasferimento si accerta che: <ul style="list-style-type: none"> <li>la cartella clinica MAF e tutto il suo contenuto venga fotocopiata</li> <li>che la copia segua il paziente</li> <li>che l'originale venga archiviato</li> </ul>	
10.	In caso di decesso, si accerta che: <ul style="list-style-type: none"> <li>il numero MAF venga trascritto sul cartellino, anche in caso di paziente noto</li> <li>la copia della cartella clinica MAF completa segua la salma</li> <li>l'originale della cartella clinica MAF completa venga archiviata</li> </ul>	
11.	In caso di ricovero, si accerta che: <ul style="list-style-type: none"> <li>il medico abbia riempito le 2 copie del rapporto di accettazione scrivendo a mano: la data, l'ora, la destinazione del pz e attaccando sullo stesso numero MAF</li> <li>una copia del rapporto segua il paziente nel reparto di destinazione e una copia venga archiviato in PS</li> </ul>	
12.	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS/coordinateur infermieristico, collabora con il ripristino delle normali attività del PS.	

<b>ACTION CARD</b> <b>INFERMIERE ORTOPEDICO PS</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione</b> <b>Infermiere Ortopedico di Pronto Soccorso</b>
1.	Attivata dall'HDM ortopedico	
2.	Indossa la pettorina casacca (fratino) di riconoscimento e si posiziona all'interno dell'area designata	
3.	Identifica, con l'HDM della sala a lui designata, i pazienti non ricoverati ne dimisibili; recupera la loro documentazione e la cartella clinica GIPSE appena stampata.	
4.	Collabora con l'ortopedico all'evacuazione dei pazienti ritenuti dimisibili ricordando al medico di scrivere sul verbale di PS "Valutazione clinica sospesa causa massiccio afflusso di feriti"	
5.	Insieme all'ausiliario sposta tutti i pazienti ortopedici rimasti aperti presenti in PS nella OBI 2 adiacente, facendosene carico	
6.	Prende dal Kit pazienti posizionato al Triage, un numero di buste e lacci colorati porta scheda fast (del colore della sala a cui appartiene) pari ai pazienti in carico	
7.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rinomina ogni paziente in carico con un numero MAF e lo annota nel registro MAF. Su tale registro deve riportare:           <ul style="list-style-type: none"> <li><u>numero MAF</u></li> <li><u>nome e cognome</u></li> <li><u>numero GIPSE</u></li> <li><u>codice colore</u></li> </ul> </li> <li>✓ Posiziona il numero identificativo sulla cartella clinica MAF</li> <li>✓ Posiziona braccialetto colorato al polso su cui applica etichetta con numero MAF</li> <li>✓ Applica al collo del paziente il laccio colorato porta scheda fast corrispondente al codice colore assegnato e la cartella clinica MAF</li> <li>✓ Mette tutta la documentazione del paziente all'interno della cartella clinica MAF</li> </ul>	
8.	Per la gestione del paziente utilizzare il materiale contenuto nella busta kit paziente ricordandosi di mettere l'etichetta con il numero MAF su tutte le richieste: radiologia consulenze esami di laboratorio richiesta sangue etc. In particolare ricordarsi di <b>mettere sulle richieste di laboratorio oltre al numero MAF anche il sesso del paziente</b>	
9.	Si accerta che il Medico registri sulla scheda mappa pazienti i dati di tutti i pazienti e ne indichi correttamente l'esito (decesso trasferimento ricovero dimissione)	
10.	In caso di trasferimento si accerta che: <ul style="list-style-type: none"> <li>la cartella clinica MAF e tutto il suo contenuto venga fotocopiata</li> <li>che la copia segua il paziente</li> <li>che l'originale venga archiviato</li> </ul>	
11.	In caso di decesso, si accerta che: <ul style="list-style-type: none"> <li>il numero MAF venga trascritto sul cartellino, anche in caso di paziente noto</li> <li>la copia della cartella clinica MAF completa segua la salma</li> <li>l'originale della cartella clinica MAF completa venga archiviata</li> </ul>	
12.	In caso di ricovero, si accerta che: <ul style="list-style-type: none"> <li>il medico abbia riempito le 2 copie del rapporto di accettazione scrivendo a mano: la data, l'ora, la destinazione del pz e attaccando sullo stesso numero MAF</li> <li>una copia del rapporto segua il paziente nel reparto di destinazione e una copia venga archiviato in PS</li> </ul>	
13.	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS/Coordinatore Infermieristico, collabora con il ripristino delle normali attività del PS.	



<b>ACTION CARD</b> <b>OSTETRICA DI PS</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione Ostetrica di Pronto Soccorso</b>
1.	Attivata dall'HDM ginecologo	
2.	Indossa la pettorina casacca (fratino) di riconoscimento e si posiziona all'interno dell'area designata	
3.	Identifica, con l'HDM le pazienti non ricoverate né dimisibili; recupera la loro documentazione e la cartella clinica GIPSE appena stampata.	
4.	Collabora con il ginecologo all'evacuazione delle pazienti ritenute dimisibili ricordando al ginecologo di scrivere sul verbale di PS "Valutazione clinica sospesa causa massiccio afflusso di feriti"	
5.	Prende dal Kit pazienti posizionato al Triage, un numero di buste e lacci colorati porta scheda fast (del colore della sala a cui appartiene) pari ai pazienti in carico	
6.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Rinomina ogni paziente in carico con un numero MAF e lo annota nel registro MAF. Su tale registro deve riportare:<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>numero MAF</u></li><li>• <u>nome e cognome</u></li><li>• <u>numero GIPSE</u></li><li>• <u>codice colore</u></li></ul></li><li>✓ Posiziona il numero identificativo sulla cartella clinica MAF</li><li>✓ Posiziona braccialetto colorato al polso su cui applica etichetta con numero MAF</li><li>✓ Applica al collo del paziente il laccio colorato porta scheda fast corrispondente al codice colore assegnato e la cartella clinica MAF</li><li>✓ Mette tutta la documentazione del paziente all'interno della cartella clinica MAF</li></ul>	
7.	Per la gestione delle pazienti utilizzare il materiale contenuto nella busta kit paziente ricordandosi di mettere l'etichetta con il numero MAF su tutte le richieste: radiologia consulenze esami di laboratorio richiesta sangue etc.	
8.	Si accerta che il ginecologo registri sulla scheda mappa pazienti i dati di tutte le pazienti e ne indichi correttamente l'esito (trasferimento ricovero dimissione)	
9.	In caso di trasferimento si accerta che: <ul style="list-style-type: none"><li>• la cartella clinica MAF e tutto il suo contenuto venga fotocopiata</li><li>• che la copia segua il paziente</li><li>• che l'originale venga archiviato</li></ul>	
10.	In caso di decesso, si accerta che: <ul style="list-style-type: none"><li>• il numero MAF venga trascritto sul cartellino, anche in caso di paziente noto</li><li>• la copia della cartella clinica MAF completa segua la salma</li><li>• l'originale della cartella clinica MAF completa venga archiviata</li></ul>	
11.	In caso di ricovero, si accerta che: <ul style="list-style-type: none"><li>• il ginecologo abbia riempito le 2 copie del rapporto di accettazione scrivendo a mano: la data, l'ora, la destinazione del pz e attaccando sullo stesso numero MAF</li><li>• una copia del rapporto segua il paziente nel reparto di destinazione e una copia venga archiviato in PS</li></ul>	
12.	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS/coordinateur infermieristico, collabora con il ripristino delle normali attività del PS	

<b>ACTION CARD</b> <i>Coordinatore infermieristico</i>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del PS</b> <b>Dr.ssa Samanta Bilotta 338.1545779</b> <b>Inf. Referente Zagaria Daniele 392.5764933</b> <b>Inf. Referente Collini Andrea 348.0863282</b>
1.	Attivata dal CMP chiama in servizio un referente	
2.	Arriva in ospedale nel minor tempo possibile e indossa la pettorina casacca (fratino) di coordinatore	
3.	Comanda il personale in servizio fino a nuova disposizione (trattenere il personale al cambio turno)	
4.	Raccoglie tutte le informazioni necessarie dal capoturno infermieristico e le operazioni svolte prima del suo arrivo ed assume le funzioni logistiche -organizzative	
5.	Verifica che la riorganizzazione del PS prevista dal PEIMAF sia stata svolta nel modo corretto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• verifica la corretta distribuzione del materiale al triage (KIT atrio e KIT paziente ed il corretto utilizzo)</li> <li>• verifica la corretta riorganizzazione delle sale</li> <li>• verifica che tutti i pazienti precedentemente <b>aperti</b> siano stati riregistrati e identificati (numero, braccialetto, laccio colorato porta scheda fast e cartella) nel modo giusto</li> <li>• verifica che tutti i pazienti precedentemente registrati e ancora <b>in attesa</b> siano stati riregistrati e identificati (numero, braccialetto, laccio colorato porta scheda fast e cartella) nel modo giusto</li> <li>• verifica che l'HDM triage abbia eseguito una stampa dei pazienti aperti, in attesa, destinazione/OBI</li> <li>• verifica che tutto il personale non medico abbia ricevuto la sua <i>action card</i></li> <li>• terminato la registrazione secondo metodo MAF dei pazienti già presenti nelle sale visita, ritira 3 registri MAF (1 media intensità, 1 sala alta intensità, 1 box Ortopedico/Ginecologico)ed in caso di necessità ne da uno aggiuntivo al Triage</li> </ul>	
6.	Allerta l'OSS in turno al fine di distribuire a tutti gli operatori i DPI (occhiali di protezione, maschere con visiera, camice monouso)	
7.	Verifica che tutti gli ausiliari ed OSS disponibili collaborino con i Medici di PS al trasferimento dei pazienti O.B.I./HOLDING AREA Ricoverare immediatamente 64 pazienti nelle palazzina B e C distribuendoli: <b>PALAZZINA B</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>5 Cardiologia PT (4 barelle da PS + 1 lettino presente) 4 con gas medicali a disposizione e 1 senza gas medicali</b></li> <li>• <b>5 Cardiologia IP (5 barelle da PS) 3 con gas medicali e 2 senza gas medicali</b></li> <li>• <b>3 Medicina d'Urgenza IIP (3 barelle da PS) 2 con gas medicali e 1 senza gas medicali</b></li> <li>• <b>7 Medicina IIIP (7 barelle da PS) 4 con gas medicali e 3 senza gas medicali</b></li> <li>• <b>3 Medicina IVP (3 barelle da PS) 1 con gas medicali e 2 senza gas medicali</b></li> </ul> <b>PALAZZINA C</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>3 Dialisi PT (3 posti letto) 3 con gas medicali</b></li> <li>• <b>3 Rianimazione IP (3 barelle già presenti in reparto) tutte con gas medicali</b></li> <li>• <b>15 Ortopedia IIP (15 barelle da PS) 12 con gas medicali e 3 senza gas medicali</b></li> <li>• <b>10 Chirurgia Generale IIIP (10 barelle da PS) tutte con gas medicali</b></li> <li>• <b>10 Reparto Solventi IVP (10 barelle da PS) tutte con gas medicali</b></li> </ul> Ricoverare altri 6 pazienti sui letti del Day Surgery con gas medicali, inoltre rimangono a disposizione in Palazzina A 7 barelle tutte con gas medicali	
8.	Verifica la giacenza dei presidi e dei farmaci all'interno del PS e segnala al Responsabile di PS eventuali necessità	

9.	Si interfaccia con il responsabile di PS riguardo al <i>personale mancante</i> , al <i>materiale mancante</i> o via via consumato e ne organizza il reperimento.
10.	Rileva le criticità del personale Infermieristico e ausiliario e, se necessario, le espone al Responsabile di PS e questo all'unità di Crisi.
11.	Individua con il CMP i nominativi del personale di PS Medico e non da comunicare all'Unità da Crisi per essere richiamati in servizio. In prima istanza sceglierà tale personale tra quello che si trova sul giorno di riposo.
12.	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS, collabora con il ripristino delle normali attività del PS. <ul style="list-style-type: none"> <li>• avvisa i componenti della UO del cessato allarme ripristinando le normali attività</li> <li>• recupera tutte le schede archiviate con il responsabile di PS</li> </ul>

<b>ACTION CARD</b> <b>Referente coordinatore infermieristico</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso</b> <b>Referente coordinatore infermieristico</b>								
1.	Attivata dal coordinatore infermieristico									
2.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica che le sale del ps siano state riorganizzate rispettando il seguente schema:</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Sala destinazione</th> <th>Sala di provenienza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>TRIAGE – sala di attesa</b> (viene fatto dagli infermieri di triage individuati dall'HDM triage)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carrello terapia ed attrezzature stanza valutazione deambulanti</li> </ul> </td></tr> <tr> <td><b>SALA AI – retro triage</b> (viene fatto da 1 infermiere di retrotriaje e da un ausiliario di triage)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carrello terapia</li> <li>• Carrello emergenza box (ginecologico)</li> <li>• N° 6 monitor telemetria con braccetto dall'obi</li> <li>• N° 1 aspiratore portatile st peimaf</li> <li>• N° 1 carrello acciaio dalla tisaneria</li> <li>• N° 1 tenda su ruote</li> </ul> </td></tr> <tr> <td><b>HOLDING AREA – stabilizzazione</b> Rossi/Gialli (infermieri OBI/HA)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N° 1 monitor defibrillatore dalla st V2</li> <li>• N° 8 monitor telemetria</li> </ul> </td></tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica la disponibilità dei presidi e dei farmaci disponibili relativi alla maxi-emergenza annunciata</li> <li>• Provvede al rifornimento di cavi, carta monitor, cartucce ega, carta elettrocardiografo, penne e pennarelli dove richiesto</li> <li>• Collabora nell'allestimento del triage in sala d'attesa</li> <li>• Posiziona uno dei telefoni dall'altro lato del bancone accessibile agli operatori</li> <li>• Predisponde alcune barelle nell'area dedicata all'inizio del corridoio dedicato alle ambulanze</li> <li>• Verifica che il personale del SAP abbia prelevato dal triage la busta contenente la copia delle foto dei pazienti ignoti</li> <li>• Collabora con il coordinatore infermieristico ed il responsabile di PS</li> </ul>		Sala destinazione	Sala di provenienza	<b>TRIAGE – sala di attesa</b> (viene fatto dagli infermieri di triage individuati dall'HDM triage)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carrello terapia ed attrezzature stanza valutazione deambulanti</li> </ul>	<b>SALA AI – retro triage</b> (viene fatto da 1 infermiere di retrotriaje e da un ausiliario di triage)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carrello terapia</li> <li>• Carrello emergenza box (ginecologico)</li> <li>• N° 6 monitor telemetria con braccetto dall'obi</li> <li>• N° 1 aspiratore portatile st peimaf</li> <li>• N° 1 carrello acciaio dalla tisaneria</li> <li>• N° 1 tenda su ruote</li> </ul>	<b>HOLDING AREA – stabilizzazione</b> Rossi/Gialli (infermieri OBI/HA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° 1 monitor defibrillatore dalla st V2</li> <li>• N° 8 monitor telemetria</li> </ul>
Sala destinazione	Sala di provenienza									
<b>TRIAGE – sala di attesa</b> (viene fatto dagli infermieri di triage individuati dall'HDM triage)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carrello terapia ed attrezzature stanza valutazione deambulanti</li> </ul>									
<b>SALA AI – retro triage</b> (viene fatto da 1 infermiere di retrotriaje e da un ausiliario di triage)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carrello terapia</li> <li>• Carrello emergenza box (ginecologico)</li> <li>• N° 6 monitor telemetria con braccetto dall'obi</li> <li>• N° 1 aspiratore portatile st peimaf</li> <li>• N° 1 carrello acciaio dalla tisaneria</li> <li>• N° 1 tenda su ruote</li> </ul>									
<b>HOLDING AREA – stabilizzazione</b> Rossi/Gialli (infermieri OBI/HA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° 1 monitor defibrillatore dalla st V2</li> <li>• N° 8 monitor telemetria</li> </ul>									
3.	Verifica periodicamente tutte le postazioni ed in particolare quella di triage valutando la necessità di richiedere altro personale confrontandosi con il coordinatore infermieristico									
4.	Controlla la postazione dei verdi deambulanti dislocata piano -2 verificando la necessità di personale aggiuntivo (medico e non medico) e/o di materiale									
5.	Valuta la necessità di materiale aggiuntivo (monitor/respiratori/barelle/ecografi/etc) nelle varie sale									
6.	Vigila e controlla la sicurezza degli operatori									
7.	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS/coordinatore infermieristico, collabora con il ripristino delle normali attività del PS.									

<b>ACTION CARD</b> <b>OSS</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso</b>
1.	Attivata dal CMP	
2.	Collabora con gli ausiliari del PS ai ricoveri dell'OBI/Holding Area	
3.	Consegna al personale DPI (occhiali – maschere- camici)	
4.	Esegue rifornimenti dove richiesto aiutando nell'allestimento del triage del retro triage e della sala rossa	
5.	Controlla che l'ossigeno e il vuoto siano presenti su tutte le prese a muro	
6.	Predisponde un aspiratore portatile nel retro triage	
7.	Predisponde in tutte le sale visita dei kit di sutura, se disponibili monouso	
8.	Avvisa il responsabile dell'avvenuta organizzazione	
9.	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS/coordinatore infermieristico, collabora con il ripristino delle normali attività del PS.	

<b>ACTION CARD</b> <b>AUSILIARIO IV UNITÀ</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso</b>
1.	Attivata dal capoturno infermieristico	
2.	Predisponde ROT in sala di attesa e nel retro triage	
3.	Sposta i carrelli delle pulizie presso il deposito sporco (locale vicino la sala gessi ambulatoriale).	
4.	Controlla che in tutti i locali sia presente carta e disinfettante per le mani	
5.	Posiziona uno scatolone di lenzuola monouso in sala di attesa	
6.	Posiziona velocemente le carrozzine e le poltrone disponibili in PS presso la sala d'attesa	
7.	Completata la propria Action diventa ausiliario di triage sotto la direttiva dell'HDM triage	
8.	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal Responsabile di PS/Coordinatore Infermieristico, collabora con il ripristino delle normali attività del PS.	



<b>ACTION CARD AMMINISTRATIVO FAX</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del Pronto Soccorso Amministrativi n°6291</b>
1.	Attivata: <u>orario diurno:</u> dal CMP <u>orario notturno:</u> dal centralino	
2.	Sospende tutto il lavoro ordinario e di archiviazione	
3.	Scrive sui registri "maxi-emergenza in corso, attivato PEIMAF" inserendo data ed ora	
4.	Richiama in sede i mezzi della croce medica autorizzandone il rientro in sirena	
5.	Dispone tutta la modulistica dei fax dei reparti dentro una scatola	
6.	Libera un ripiano dello scaffale all'interno dell'ufficio fax per i pazienti in PEIMAF	
7.	Mantiene il telefono 6291 il più possibile libero e risponderà con estrema urgenza al telefono 6200 linea sempre libera per eventuali comunicazione del responsabile di PS	

<b>ACTION CARD VIGILANZA</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione della vigilanza N°6283</b>
<b>1.</b>	Attivata dall'HDM Triage	
<b>2.</b>	Informa il responsabile	
<b>3.</b>	Supporta l'HDM Triage nella riorganizzazione della sala d'attesa, spostando i parenti al piano terra	
<b>4.</b>	Garantisce la viabilità nell'area calda	
<b>5.</b>	Si accerta che l'action card del responsabile del parcheggio sia stata attivata dal responsabile del coordinamento del personale non medico	
<b>6.</b>	Il primo vigilante si occupa dell'apertura della porta di comunicazione tra ex sala rossa respiratoria e triage e dell'eventuale apertura del poliambulatorio al piano-2 su indicazione del medico CMP	
<b>7.</b>	Il secondo vigilante si occupa dell'apertura dell'androne dell'entrata principale del nuovo Ospedale (BAR-CUP) riorganizzandola per accogliere parenti scampati e conduce gli accompagnatori dei pazienti presenti in sala d'attesa presso l'androne dell'entrata principale del nuovo ospedale passando per la scala esterna. Chiude le porte di accesso a scale ed ascensori che portano ai piani -1	
<b>8.</b>	Il terzo vigilante di giorno, ed appena arriva di notte gestisce il flusso dei mezzi, in particolare quelli privati, indirizzando i familiari nei parcheggi disponibili	
<b>9.</b>	Su disposizione dell'unità di crisi attiva il sistema di chiamata a cascata del personale non inserito nel turno di guardia preventivamente predisposte	
<b>10.</b>	Intensifica il servizio di vigilanza presso il dipartimento di emergenza, incrementa l'organizzazione per ritiro effetti di valore	
<b>11.</b>	Al cessato allarme dato dal Direttore Sanitario e comunicatogli dal responsabile di PS, collabora con il ripristino delle normali attività del PS	



Ogni Unità Operativa ha elaborato la propria action card in base alle proprie esigenze organizzative. Tali Action Card sono consultabili anche presso la Direzione Sanitaria, e devono essere affisse nelle medicherie di ogni UO, in modo che siano sempre immediatamente consultabili da parte del personale.

Tutto il personale delle singole UO riceverà una specifica formazione sulle proprie action card dai responsabili.

**Criteri per la predisposizione preventiva delle liste del personale dei reparti/servizi da attivare con compilazione schede contenenti le seguenti informazioni:**

- matricola
- nome e cognome
- profilo professionale
- recapiti telefonici
- mezzi di trasporto a disposizione
- per gli abitanti a Roma, indicazione della zona e distanza dall’Ospedale
- per gli abitanti fuori Roma, località ed indicazione della distanza approssimativa in Km e tempi di raggiungimento dell’Ospedale;

L’ordine di priorità delle chiamate sarà dettato, principalmente, dalla distanza e dalla facilità di raggiungimento dell’Ospedale.

#### **Riassumendo:**

Al momento dell’allerta, è imposto che:

- il personale rimanga in servizio anche oltre l’orario previsto e fino alla cessazione dello stato di allerta nel posto di assegnazione;
- tutti i pazienti dimisibili siano trasferiti
  - a) Quelli provenienti dalla palazzina A presso la sala d’attesa del Day Surgery (piano -1 palazzina A)
  - b) Quelli provenienti dalla palazzina B presso l’atrio al piano terra della stessa palazzina.
  - c) Quelli provenienti dalla palazzina C presso sala d’attesa/aula didattica Rianimazione (1° piano Pal. C)

Vanno considerati dimisibili sia i pazienti che abbiano terminato il percorso di cura e siano in condizioni di lasciare l’Ospedale, sia pazienti entrati in elezione e nei quali il rinvio del trattamento previsto non pregiudica le condizioni di salute

- vengano bloccati tutti i ricoveri programmati non ancora sottoposti a intervento/procedura;
- venga sospesa ogni attività ambulatoriale;
- venga ridefinito il layout organizzativo del Pronto Soccorso secondo lo schema in Tabella 3.



## 9. Riorganizzazione del pronto soccorso

- Il CMP avverte il personale di turno in Pronto Soccorso e si inizia la riorganizzazione delle sale secondo lo schema della tabella 3 (pag. 48) e si ridistribuisce il personale nelle sale (Allegato9)
- Sono sospese immediatamente tutte le registrazioni su sistema informativo e utilizzato il materiale cartaceo predisposto per la maxi-emergenza (Fogli di Triage/cartella clinica, (Allegato 5-6), richieste esami radiologici, richieste esami laboratorio, richiesta emoderivati, consulenze, rapporti accettazione, ricerca posto letto, scheda di dimissione. Si eseguirà il triage secondo metodo FAST.
- Tutta la documentazione per la gestione del paziente è contenuta nel kit identificazione paziente e dovrà accompagnare lo stesso per tutta la durata della degenza in ospedale. L'infermiere ed il medico che hanno in cura il paziente dovranno assicurarsi che la documentazione sia sempre compilata e conservata nella busta trasparente appesa al collo del paziente.

### 9.1 Evacuazione pazienti già presenti in Pronto Soccorso

**Pazienti in attesa di visita** verranno avvisati dell'evento di maxi-emergenza dall'HDM Triage e verrà loro spiegato che i tempi di attesa per la visita saranno più lunghi in rapporto alla gravità e numero di feriti.

**I pazienti posti in OBI o in Destinazione** vengono inviati ai Reparti secondo il seguente schema:

Ricoverare immediatamente 65 pazienti nelle palazzina B e C distribuendoli:

#### PALAZZINA B

- **5 Cardiologia PT (4 barelle da PS + 1 lettino presente) 4 con gas medicali a disposizione e 1 senza gas medicali**
- **5 Cardiologia IP (5 barelle da PS) 3 con gas medicali e 2 senza gas medicali**
- **3 Medicina d'Urgenza IIP (3 barelle da PS) 2 con gas medicali e 1 senza gas medicali**
- **7 Medicina IIIP (7 barelle da PS) 4 con gas medicali e 3 senza gas medicali**
- **3 Medicina IVP (3 barelle da PS) 1 con gas medicali e 2 senza gas medicali**

#### PALAZZINA C

- **3 Dialisi PT (3 posti letto) 3 con gas medicali**
- **3 Rianimazione IP (3 barelle già presenti in reparto) tutte con gas medicali**
- **14 Ortopedia IIP (14 barelle da PS) 13 con gas medicali e 1 senza gas medicali**
- **12 Chirurgia Generale IIIP (12 barelle da PS) tutte con gas medicali**
- **10 Reparto Solventi IVP (10 barelle da PS) 7 con gas medicali e 3 senza gas medicali**

Ricoverare altri **6 pazienti** sui letti del **Day Surgery** con gas medicali, inoltre rimangono a disposizione in Palazzina A 7 barelle tutte con gas.

**Tutti pazienti presso il PS Ortopedico saranno trasferiti presso il reparto di Ortopedia**, se non dimisibili ed emodinamicamente stabili, secondo la disponibilità prevista nella action card dei posti letto aggiuntivi

I Reparti di Chirurgia sono salvaguardati dai ricoveri iniziali per lo svuotamento del PS in quanto la maxi-emergenza prevede un massiccio afflusso di paziente di competenza chirurgica

Per tutte le aree di degenza della palazzina B, laddove la guardia istituzionale sia impegnata nell'attività di maxi-emergenza, l'eventuale richiesta di intervento medico sarà evasa dal cardiologo di guardia in UTIC.

**I pazienti in valutazione** saranno:

- ✓ inviati a domicilio se dimisibili con mezzi propri, riportando nella cartella clinica la dicitura: "Valutazione clinica sospesa causa massiccio afflusso di feriti";
- ✓ ricoverati secondo disponibilità di posti letto;
- ✓ se non dimisibili, ridistribuiti secondo il codice assegnato in precedenza al triage.
  - Codici 3/4 (registrati come verdi secondo triage fast) se stabili ma non deambulanti senza necessità di assistenza clinica, sono spostati in attesa di successivo completamento nell' area antistante MI A – MI B e sosta uomini e donne, se deambulanti spostati al piano -2 nei poliambulatori (sosta MI Deambulanti). Tutti pazienti che possono proseguire l'attesa seduti vanno trasferiti su carrozzina /sedia; la barella liberata va portata in prossimità dell'area Triage.
  - Codici 1 e 2 (registrati come rossi e gialli secondo triage fast) nella st AI e in Quick area/ retrotriage in attesa di essere spostati quanto prima nell' Area di Stabilizzazione in HA
- ✓ i pazienti emodinamicamente instabili rimangono nelle sale visita come previsto dalle action card.

**Ogni paziente verrà preso in carico dal medico della sala di appartenenza in base al codice colore (esempio pz codice rosso sarà in carico all'HDM rossi)**

**Tutti i pazienti che rimarranno in PS dopo l'attivazione del PEIMAF (attesa, aperti, destinazione/OBI), devono essere rinominati secondo numero MAF, e secondo colore del triage FAST (Rosso per il codice 1 , Giallo per il Codice 2, verde per il codice 3 e 4) mantenendo la competenza solo per i ginecologici e gli ortopedici, e inserendoli nel registro MAF (con accanto il numero GIPSE). Per ogni paziente andrà riempita la cartella clinica MAF e posizionato il braccialetto ed il laccio porta scheda fast del codice colore assegnato applicando il numero MAF su entrambi.**

**Tabella 3: riorganizzazione Sale PS**

SPAZIO	FUNZIONE ABITUALE	FUNZIONE DURANTE PEIMAF	Note
Sala Attesa PS	Attesa pazienti deambulanti + parenti	Triage ed attesa codice verdi non deambulanti	I verdi deambulanti attendono alla sinistra dell'entrata prima di scendere al piano -2
Quick Area Retro Triage		Sala attesa / visita Codici gialli	
Stanza A I	Codici 1 e 2	Sala AI (massimo 8 pz critici)	I pz stabili possono essere o ricoverati o spostati in HA .
MI A	St M.I. A (codici 3-4)	Visita codice verdi non deambulanti	Sosta uomini è la sosta pz non deambulanti
MI B	St M.I. B (Codici 3-4)	Visita codice verde non deambulanti	Sosta donne è la sosta pz non deambulanti
Holding Area	Holding Area	Stabilizzazione codici gialli e rossi	si attiva quando arriva HDM Stabilizzazione

<b>OBI 7</b>	Obi	Stabilizzazione rossi e gialli o isolamento covid	
<b>BOX Ortopedico</b>	BOX Ortopedico	BOX Ortopedico	
<b>OBI 2 (ex OBIC)</b>	Stazionamento pazienti in attesa di ricovero H A.	Sosta pazienti ortopedici	
<b>BOX Ginecologico</b>	BOX Ginecologico	BOX Ginecologico	
<b>Androne entrata principale nuovo ospedale</b>	BAR - CUP	Attesa parenti e scampati	Il 2 vigile impedisce che i parenti scendano ai piani -1/-2

## 9.2 L'area triage

**L'Area di Triage** si sposta nella sala d'attesa per i pazienti giunti con mezzi propri e nella valutazione percorso febbre (celeste) per le ambulanze.

La sala di attesa dei parenti viene spostata nell'androne dell'entrata principale del nuovo ospedale tra il bar ed il cup, mentre la Quick Area ed il retro triage vengono adibiti ad attesa/visita Codici Gialli.

L'HDM Triage con i suoi collaboratori (IP, ausiliari e vigilanza) riorganizza la sala di attesa, sposando le sedute della sala d'attesa all'esterno sotto il tendone antistante la camera calda e delimitando l'area di valutazione

L'area all'interno della quale opera il personale sanitario viene circoscritta con i nastri cosicché vengono individuati due spazi:

- l'area sosta verdi non deambulanti, alla destra rispetto all'entrata dove sosteranno i pazienti triagiati in attesa di chiamata con codice verde sia che siano giunti con mezzi propri sia che siano stati portati dal 118, sfruttando per la sosta barellati verdi anche l'ex sala rossa respiratoria;
- l'area sosta verdi deambulanti posizionata a sinistra dell'entrata sulle sedie della sala d'attesa dove stazioneranno i pazienti triagiati come codici verdi deambulanti prima di essere portati al piano - 2 nei poliambulatori.

L'infermiere di triage prima che questi pazienti vengano accompagnati, al piano - 2 dovrà riportare su un foglio in loro numero identificativo MAF in base al quale verranno visitati dai medici dell'ambulatorio -2.

Viene predisposta un'area di valutazione al centro della sala d'attesa governato dall'infermiere di triage.

All'interno della sala di attesa sotto il bancone del triage, verranno posizionate un numero adeguato di barelle impilabili.

Gli infermieri di triage devono prendere il materiale cartaceo per registrazione MAF, riassegnare il codice numerico identificativo, mantenendo il codice colore ai pazienti in attesa di visita già valutati.

Le procedure di accettazione sono semplificate sospendendo la registrazione informatica, la numerazione sarà effettuata con braccialetti numerati.

Vengono compilati i moduli di Triage F.A.S.T. nei quali va riportato: la data dell'evento; il numero progressivo di accesso identificativo del paziente, con eventuale nome e cognome del paziente; il sesso; l'età o l'età presunta; il codice colore d'arrivo; gli eventuali trattamenti già effettuati; il codice colore di valutazione secondo la metodica F.A.S.T., le lesioni riscontrate e gli eventuali trattamenti effettuati.

Per i pazienti ignoti il medico di triage eseguirà due foto con la polaroid riportando con penna indeleibile su ognuna il numero identificativo MAF: una foto verrà messa nella busta paziente ignoto che verrà ritirata dal SAP e l'altra sarà spillata sulla cartella del paziente

Eventuali oggetti personali per i pazienti che non sono in grado di custodire tali effetti saranno custoditi dal personale della vigilanza con apposito verbale.

**PERSONALE DELL'AREA TRIAGE:****Giorno**

- Medico Holding Area LO
- n 4 Infermieri di Triage
- n 2 guardie di vigilanza
- n 2 ausiliari (1 triage + 4 unità)
- n 1 OSS di triage

**Notte**

- Medico Medicina Generale
- n 4 Infermieri di Triage
- n 2 guardie di vigilanza
- n 1 ausiliario di triage
- n 1 OSS di triage

**9.3 L'area critica****a . sala di trattamento codici rossi/ gialli (stanza alta intensità)**

E' identificata con l'attuale **Stanza Alta Intensità** che consente la valutazione di 8 pazienti critici.

Responsabile di Sala è il medico della **Stanza Alta Intensità**, che coordina le fasi di preparazione ed allestimento dell'area.

**PERSONALE DELLA A I**

- n 1 Medico stanza A I (HDM Rossi)
- n 1 Anestesista Rianimatore (6802)
- n 1 Chirurgo di guardia (6806)
- n. 4 Infermieri (2 della sala A I e 1 Rivalutatore (1 OBI7 di notte) e 1 holding) giorno e notte
- n 1 Ausiliario A I
- n 1 OSS (condiviso con il retro triage gialli)

L'Area di sosta dei codici rossi è nella stanza Alta Intensità fino al passaggio nell'Area di stabilizzazione

**b. sala di trattamento codici gialli**

E' individuata nella Sala Quick Area/Retro triage. Tale area consente di gestire fino a 6 pazienti critici ed in caso di sovrannumero di pazienti è possibile utilizzare il box isolamento Triage (2 postazioni). Responsabile è l'HDM

### PERSONALE DELLA QUICK/RETROTRIAGE:

#### Giorno:

- n 1 Medico (St MI A-CMP )
- n 2 infermiere di PS di cui, (1 retro triage e 1 OBI 2)
- n 1 OSS dall'ambulatorio di cardiologia (condiviso con la sala rossi/gialli)
- n 1 Ausiliario di Radiologia (solo a termine ricoveri HA)

#### Notte:

- n 1 Medico (St MI A-CMP )
- n 2 Infermieri (1 retro triage e 1 OBI 2)
- n 1 Infermiere di Chirurgia Generale (condiviso con

**L'Area di attesa dei codici Gialli** è sempre nella Quick Area ed al bisogno in Retrotriage adiacente alla Bassa Intensità.

**L'Area di sosta dei codici Gialli** è nella Quick Area o nella stanza Alta Intensità fino al passaggio nell'Area di stabilizzazione

## 9.4 Area pazienti non-critici codici verdi

### Sala visita Codici Verdi non deambulanti:

- Media Intensità A
- Media Intensità B

### PERSONALE SALA VERDI NON DEAMBULANTI St M I A:

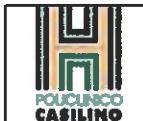
- n 1 Medico Medicina d'Urgenza (giorno)/Chirurgia vascolare (notte)
- n 1 Infermiere di PS M I (giorno e notte)
- n 1 Ausiliario condiviso con St M I B

### PERSONALE SALA VERDI NON DEAMBULANTI St M I B:

- n 1 Medico di PS dei M I B (giorno)/Cardiologo (notte)
- n 1 Infermiere di PS M I (giorno e notte)

**L'Area d'attesa Codici Verdi non deambulanti** è individuata nella Sala di Attesa del PS, dove si trova il Triage del PEIMAF a destra rispetto all'entrata.

**L'Area sosta dei Codici Verdi non deambulanti** è individuata nelle stanze sosta uomini e donne ed eventualmente nel corridoio antistante le sale visita.

**Sala Visita Codici Verdi deambulanti/bianchi**  
Ambulatorio Piano -2 (Fast Track Oculistico)**PERSONALE MIB DEAMBULANTI/BIANCHI:****Giorno**

- n 2 medici: 1 medico Medicina generale , 1° cardiologo di guardia PS (6800);
- n 1 Infermiere di PS (VB)
- n 1 Infermiere della Medicina d'urgenza
- n 1 Ausiliario dell'ambulatorio -2

**Notte**

- n 1 Medico: Urologo reperibile
- n 1 Infermiere della medicina d'urgenza
- n 1 Ausiliario del Percorso Febbre

L'area d'attesa codici verdi deambulanti/bianchi è individuata-nella sala d'attesa a sinistra rispetto all'entrata. Una volta triagiati questi pazienti dovranno essere accompagnati presso la sala di attesa dei poliambulatori al piano -2 (stanza fast track). Questa funzione verrà svolta dall' OSS del triage utilizzando il percorso interno, passando per il corridoio tra il box ginecologico e l'area quick, costeggiando il box arancio, la sala gessi, l'OBI 2 e fino a prendere l'ascensore centrale per scendere al piano -2. L'OSS consegnerà all'IP della sala verdi deambulanti un foglio che riporta il numero MAF dei pazienti. Questi infatti verrano chiamati in visita proprio seguendo la numerazione MAF

L'area sosta Codici Verdi Deambulanti è nella sala di attesa del piano -2.

**9.5 Area Stabilizzazione**

L'Holding Area, appena terminati i ricoveri, diventa area di stabilizzazione prendendo in carico tutti i codici 1 e 2 registrati secondo triage fast come Rossi e Gialli rimasti aperti nei box visita dopo l'attivazione del PEIMAF ed i codici Rossi/Gialli subacuti del PEIMAF se devono rimanere in PS.

**PERSONALE SALA STABILIZZAZIONE****Giorno**

- n 2 Medici: 2° cardiologo 1 di PS (st Holding Area MO/PO), 2° Medico MO (solo mattina)
- n 3 Infermieri: 2 di PS (1 H.A. e 1 OBI7) + 1 dall'UTIC
- n 1 OSS Holding Area
- n 1 Ausiliario dell' Holding Area

**Notte**

- n 1 Medico di PS : St Media Intensità B
- n 3 Infermieri: 1 di PS (H.A.) + 1 IP dall'UTIC +1 di Medicina Generale in OBI7
- n 1 OSS dalla Cardiologia 1P
- n 1 Ausiliario della sala operatoria

## 9.6 Box ortopedico

Rimane presso il BOX ortopedico

### PERSONALE BOX ORTOPEDICO:

- n 1 Ortopedico di PS (giorno)/ortopedico reperibile (notte)
- n 1 infermiere del box ortopedico (giorno) un 1 Infermiere del reparto Ortopedia (notte)
- n 1 ausiliario di giorno (corridoio) di notte 1 aggiuntivo
- n 1 Ausiliario di notte della sala parto in condivisione con il box ginecologico

## 9.7 Box ginecologico

Rimane presso il BOX ginecologico

### PERSONALE BOX GINECOLOGICO

- n 1 Ginecologo di PS h 24
- n 1 Ostetrica di PS h 24
- n 1 Ginecologo di PS h 12
- n 1 Ostetriche di PS h 12
- n 1 Ausiliario per i box ginecologici e il box ortopedico

## 9.8 Risorse aggiuntive materiale sanitario

Le seguenti risorse aggiuntive presenti in ospedale devono essere convogliate in pronto soccorso a seguito della richiesta proveniente dall'UC.

### Risorse tecnologiche:

- Monitor/Defibrillatori:  
n° 1 dalle sale cardiologiche (con pacing)  
n° 1 ambulatori -2 (senza pacing)  
n° 1 day surgery (senza pacing)  
n° 1 da dialisi (senza pacing)
- Apparecchio RX portatile:  
n° 6 da radiologia
- Apparecchio eco portatile:  
n° 1 in chirurgia vascolare  
n° 1 in ambulatorio cardiologico  
n° 1 cardiologia

**Risorse aggiuntive per trasporto feriti:**n° 13 carrozzine totali dai reparti così suddivise:

- 1 Chirurgia plastica/Urologia
- 1 Chirurgia generale
- 1 ortopedia
- 1 medicina d'urgenza
- 2 UTIC
- 1 cardiologia
- 1 dialisi
- 1 ginecologia
- 2 Medicina
- 2 Ambulatori

n°11 barelle totali dai reparti così suddivise:

- 1 Medicina IV
- 1 medicina III piano;
- 1 medicina d'urgenza
- 1 cardiologia I piano
- 2 UTIC
- 1 Chirurgia plastica/Urologia
- 1 Chirurgia generale
- 1 Ortopedia
- 2 Ostetricia ginecologia

Il rifornimento delle bombole di O2 viene garantito dall'attivazione della manutenzione da parte del centralino.

**Ulteriore materiale aggiuntivo presente nel deposito maxi-emergenze:**

- 40 barelle pieghevoli
- 10 tavole spinali
- 50 collari cervicali adulti + 10 pediatrici
- 100 immobilizzatori di cartone per fratture
- 2 aspiratori portatili

**9.9 L'area morgue temporanea**

L'area morgue temporanea di Pronto Soccorso è l'area localizzata nella camera mortuaria. Gli addetti della Camera Mortuaria trasporteranno le salme alla morgue. Ogni salma deve avere il laccio al collo con la busta contenente il numero MAF identificativo. La copia della cartella clinica MAF seguirà la salma.

Le salme sono a disposizione dell'Autorità Giudiziaria fino a disposizioni contrarie.

Le salme che giungono direttamente dal luogo dell'evento vanno direttamente alla morgue centrale; saranno identificate tramite la scheda/cartellino di ARES 118 e lasciate a disposizione dell'Autorità Giudiziaria, fino a disposizioni contrarie. Il personale addetto alla morgue comunicherà all'Unità di crisi i dati relativi al numero delle salme prese in carico.

**9.10 L'area attesa parenti e scampati**

L'area attesa parenti e scampati viene individuata presso l'androne principale della Palazzina C, tra il Bar ed il CUP.



## 9.11 Area dedicata ai giornalisti

L'area dedicata ai giornalisti è ubicata presso la tensostruttura (La Clinica) davanti al bar, situata davanti alla Palazzina C.

Ogni notizia ed informazione sarà data da un incaricato della Direzione Sanitaria o tramite comunicato stampa, con orari prestabiliti.

## 10. Termine del PEIMAF

**Normalizzazione:** è la fase che si può definire come cessato allarme in cui la situazione di emergenza ed affollamento è rientrata nella normale routine quotidiana. In tale fase il responsabile di PS ed il direttore sanitario dovranno compilare la scheda sinottica e completarne la scheda allarme raccolta dati.

**Revisione:** è la fase della revisione critica dell'esperienza recentemente vissuta "sul campo" con un *debriefing* con tutti gli operatori sanitari coinvolti, ove si pone in discussione il proprio operato, si individuano le criticità, gli eventuali errori, le carenze e le lacune organizzative nel corso dell'evento per correggere eventuali errori cercando di migliorare le procedure in un eventuale prossima esperienza. Tale *debriefing* deve essere fatto al massimo entro una settimana dall'evento.

**Allegato 1 Action card reparti e servizi**

<b>ACTION CARD</b> <b>MEDICINA</b> <b>D'URGENZA</b> <b>MEDICO DI GUARDIA /</b> <b>INFERMIERE DI TURNO</b>	<b>U.O.C. MEDICINA D'URGENZA 6306-6480</b> <b>Responsabile UOC Dr.ssa Fabiana Trulli Cell. 348.8257191</b> <b>Coord.re Inf.co sig.ra Emanuela Nani Cell. 339.8089637</b> <b>Inf. Referente sig.ra Bindu George Cell. 333.5794115</b>
	Attivata dalla chiamata del centralino all'interno 6306
	Informa Responsabile UOS e Coordinatore infermieristico
	Informa il personale infermieristico e medico presente e lo comanda in turno fino a nuova disposizione
	Uno dei quattro infermieri in turno già identificati nel quadro turni mensile (con cerchietto) si recano in Pronto Soccorso sia di giorno che di notte entro 15 minuti dall'attivazione del PEIMAF <b>infermiere di rinforzo</b> ENTRO UN'ORA DAL SUCCESSIVO CAMBIO TURNO: si trattiene in turno uno dei 2 smontanti  A PIU' DI UN'ORA DAL SUCCESSIVO CAMBIO TURNO: - <u>mattina giorno feriale o pre-festivo</u> : Coordinatore infermieristico o suo sostituto e poi al cambio turno si trattiene sempre uno dei due smontanti. - <u>mattina festivo</u> : l'infermiere con maggior anzianità di servizio contatta telefonicamente uno degli infermieri del turno pomeridiano del giorno precedente identificati sul quadro turni con cerchietto. - <u>pomeriggio / notte feriali e festivi</u> : l'infermiere con maggior anzianità di servizio contatta uno degli infermieri smontanti dal turno precedente identificati sul quadro turni con cerchietto. In caso di mancata risposta si procede con la chiamata degli infermieri non identificati dal cerchietto. <b>medico di rinforzo</b> - <u>mattina giorni feriali</u> : uno dei due medici (quello di turno MB) scende in Pronto Soccorso mentre l'altro prosegue col suo turno (LB). - <u>pomeriggio giorni feriali</u> : uno dei due medici PB (pomeriggio di reparto) scende in pronto soccorso, l'altro medico prosegue il turno LB (lunga di reparto). - <u>giorni festivi</u> : il medico di turno LB scende in Pronto Soccorso. Se domenica viene richiamato in Reparto il medico di riposo week end o in alternativa il medico di riposo domenica. Se superfestivo uno dei medici di riposo.  Il medico presente in Reparto nei primi quindici minuti dall'attivazione dell'emergenza predispone i locali del Reparto al fine di accogliere cinque barelle dal Pronto Soccorso come da NOTA al PUNTO 7. Contestualmente dispone la dimissione immediata dei pazienti identificati sul foglio di consegna interna come dimisibili nella stessa data se evento di mattina o, se evento di pomeriggio, come dimisibili nella data del giorno seguente. Nell'orario notturno il medico di guardia interdivisionale potrà disporre analogamente la dimissione immediata dei pazienti identificati sul foglio di consegna interna come dimisibili nella data del giorno seguente. I pazienti dimessi vengono posizionati con i propri effetti personali (in proprie borse od, in assenza di queste, in bustoni grandi disponibili in Reparto), nella sala d'attesa esterna al Reparto e le porte delle due ali del Reparto vengono aperte (devono rimanere spalancate).  Posiziona nell'area liberata per ospitare le barelle le attrezzature predisposte all'accoglienza delle cinque barelle: bombole d'ossigeno, aspiratore portatile, piantane per flebo.
	NOTA DISPOSIZIONE DELLE TRE BARELLE AGGIUNTIVE: - 1 barelle posizionate nell'area antistante la Medicheria - 1 barella nella stanza n. 3 (letti 5-6-7) - 1 barella nella stanza n. 4 (letti 8-9-10)

<b><i>ACTION CARD</i></b> <b><i>Servizio farmacia</i></b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione della Farmacia (tel. 6201) Dott.ssa E. Graziani cell. 3396378340 Dott.ssa A. Perrone cell. 3475773755</b>
1.	Attivata dalla chiamata del centralino al farmacista di turno al n. 6201-6876-6877	
2.	Il farmacista di turno informa gli altri farmacisti	
3.	Il farmacista di turno informa il responsabile dell'ufficio acquisti e dell'ufficio ciclo passivo per organizzare la corretta attivazione del PEIMAF.	
4.	Uno dei farmacisti prende contatti con la Direzione Sanitaria, e coordina le comunicazioni interne ed esterne anche con gli altri ospedali.	
5.	La farmacia predisponde scorte adeguate di materiale (letti, barelle, materiale per sala operatorie e presidi medico-chirurgici, farmaci) da tenere stoccate nei settori coinvolti al piano di emergenza intraospedaliera. La gestione dei farmaci sarà affidata alla Farmacia.	
6.	La Farmacia dovrà mantenere una scorta adeguata dei farmaci da utilizzare per curare le varie patologie in coordinazione con il Pronto Soccorso	

<b><i>ACTION CARD</i></b> <b><i>CUP</i></b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione CUP (6237-1023) Dott. Antonio Eleuteri (cell. 340.9815843)</b>
1.	Attivata dalla chiamata dell'Unità di Crisi	
2.	Vengono interrotte le attività agli sportelli	
3.	Il personale comunica all'utenza la situazione di maxi-emergenza e collabora allo sgombero dell'area	
4.	La sala d'attesa diventa area scampati e parenti	

<b><i>ACTION CARD</i></b> <b><i>AMBULANZE INTERNE</i></b>		<b>CROCE MEDICA Ciro Capuozzo 335.5291222</b>
1.	Attivazione dalla chiamata del Bed Manager	
2.	Si prendono contatti telefonici con il coordinatore medico del P.S. al numero 6239	
3.	Si sospendono tutte le consulenze dei reparti	
4.	il servizio di <u>Ambulanza di Trasporto</u> prosegue con i trasferimenti già programmati	
5.	Il servizio di <u>Ambulanza di Soccorso</u> rimane a disposizioni per eventuali trasporti feriti in altri ospedali	
6.	Il servizio di <u>Ambulanza Stand By</u> , verrà utilizzato come quella del soccorso, in quanto verrà sospesa la seduta di emodinamica con esami programmati	
7.	Si mette a disposizione il medico anestesista in reperibilità.	



<b>ACTION CARD MEDICO DI GUARDIA</b>		<b>UO TERAPIA INTENSIVA (tel. 6314)</b> <b>Dott. G. Tufaro cell. 3282679737</b> <b>Dott. F. Divizia cell. 3889347346</b> <b>Coord.re Inf.co sig. Maurizio Lapicciarella cell. 3314244576</b> <b>Inf. Referente sig.ra Francesca Frezza cell. 3394590741</b>
1.	Attivato dalla chiamata del centralino	
2.	Il Medico di Guardia ( tel. 6314-6531) allerta il medico per le urgenze che risponde al n. 6802, che si recherà in pronto soccorso come presenza attiva in sala rossi/gialli, sia di notte che di giorno)	
3.	Chiama il Responsabile della Terapia Intensiva – Dott. G.Tufaro (cell. 3282679737) e il Caposala – Maurizio Lapicciarella (n. breve 1432 oppure cell. 3314244576)	
4.	Informa il personale Medico ed Infermieristico presente e lo comanda in turno fino a nuove disposizioni	
5.	Effettua la ricognizione delle RISORSE ( posti letto e ventilatori utilizzabili) e cerca DISPONIBILITA' per assistenza ai pazienti intubati ( quanti ventilatori e monitor liberi e dove utilizzarli)	
6.	Tramite il personale e sentita la FARMACIA, predispone il materiale necessario ed il quantitativo di FARMACI DI EMERGENZA	
7.	Organizza la documentazione clinica da destinare ai nuovi ricoveri e stabilisce una postazione per la corretta conservazione della documentazione stessa	
8.	Definisce il turnover del personale e prevede la sostituzione del medico di guardia (che deve scendere in PS) con altro medico presente in struttura o chiamato da casa (che risponderà poi al 6802)	
9.	Definisce la necessità di modificare ruoli e priorità, su indicazioni del Primario e della caposala	
10.	Su disposizione dell'UNITA' DI CRISI attiva il sistema di chiamata a cascata del personale Medico ed Infermieristico non inserito nel turno di guardia preventivamente predisposto	
11.	La UO mette a disposizione i seguenti posti barella: (con barelle proprie) <ul style="list-style-type: none"><li>• <u>1 barella</u> completa di bombola di ossigeno 5 litri + 1 kit per la ventilazione: maschera + valvola va e vieni + pallone 2 litri + prolunga ossigeno. Corridoio centrale.</li><li>• <u>1 barella amagnetica</u> completa di bombola di ossigeno amagnetica 5 litri + 1 kit per la ventilazione: maschera + valvola va e vieni + pallone 2 litri + prolunga ossigeno. Corridoio centrale.</li><li>• <u>1 barella</u> stanza piccoli interventi</li></ul>	



<b>ACTION CARD ANESTESISTA DI GUARDIA/COORDINATORE INFERNIERISTICO BLOCCO OPERATORIO</b>		<b>BLOCCO OPERATORIO</b>
1.	Attivata la chiamata del centralino all'anestesista per le urgenze (6801)	
2.	Informa il responsabile del personale medico (6289) e il coordinatore del personale infermieristico del blocco operatorio <b>Giuseppina Masala</b> (6386 - cell.338.2696126, in assenza contattare il cell. di <b>Proietti Irene</b> 3921768365)	
3.	Informa il personale medico e infermieristico dell'emergenza presente (6559; 6560) e lo comanda in turno fino a nuova disposizione, 1 ausiliario del turno di notte verrà mandato in HA Stabilizzazione.	
4.	L'anestesista per le urgenze e il coordinatore infermieristico effettuano la ricognizione delle risorse indicando le sale immediatamente disponibili e quelle liberabili, specificandone le tempistiche	
5.	Si blocca l'attività elettriva per determinare la disponibilità delle sale operatorie per le urgenze	
6.	Il coordinatore infermieristico del blocco operatorio guida il personale nella predisposizione del materiale necessario al funzionamento delle sale	
7.	Il coordinatore infermieristico del blocco operatorio verifica la disponibilità del materiale e dello strumentario sterile	
8.	L'anestesista per le urgenze (6801) ed il coordinatore infermieristico verificano la corretta organizzazione del blocco operatorio	
9.	Su disposizione dell'unità di crisi l'anestesista per le urgenze(6801) ed il coordinatore del personale infermieristico attivano il sistema di chiamata a cascata del personale infermieristico non in turno in relazione al grado di emergenza rilevato dall'unità di crisi	
10.	Se l'emergenza si dovesse verificare di notte o durante un giorno festivo il personale presente (le due unità infermieristiche dell'urgenza) chiameranno le due unità infermieristiche in reperibilità, se necessario si attiva il sistema di chiamata a cascata del personale non presente in turno, avvertendo per primo il coordinatore del personale infermieristico del blocco operatorio, sempre in relazione al grado di emergenza rilevato dall'unità di crisi	
11.	Stabilito il grado dell'emergenza comunicato dall'unità di crisi, valutato dall'anestesista per le urgenze e dal coordinatore infermieristico del blocco operatorio in base al numero delle sale operatorie richieste, si dispone l'elenco del personale infermieristico del blocco operatorio con relativi recapiti telefonici da dare ad ogni singolo infermiere, che avrà cura di attivare con il proprio telefonino la chiamata a cascata del personale non presente, su disposizione del coordinatore infermieristico	

<b>ACTION CARD MEDICO DI GUARDIA o INFERNIERE DI TURNO (IN ASSENZA DEL MEDICO)</b>		<b>REPARTI DI DEGENZA U.O. CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA (6279)</b>
1.	Attivazione su chiamata del centralino	
2.	Il medico o l'infermiere che risponde alla chiamata, avvisano: Direttore UOC dott. <b>Longo Graziano</b> al numero cell. 329 3986326 Referente dott. <b>Amore Bonapasta Stefano</b> al numero cell. 393.3063415 Caposala del reparto <b>Fraedani Emanuela</b> al numero cell. 347.7290465 Referente <b>Baldassarri M. Rosaria</b> al numero cell. 3389585389	
3.	La caposala (o referente), coordina il personale di reparto e invia in P.S. l'infermiere più anziano di matricola del turno (solo se chiamato dal coordinamento)	
4.	Durante il turno notturno verrà inviata un'unità infermieristica per effettuare servizio tra la Quick Area e la sala rossa.	
5.	Gli infermieri rimasti in reparto devono con estremo tempismo effettuare il censimento dei posti letto liberi e quelli da poter liberare, eventualmente coadiuvati dal chirurgo di guardia	
6.	Gli infermieri rimasti in reparto spostano tutti i pazienti dimisibili nella sala d'attesa antistante il reparto	
7.	<b>DI GIORNO:</b> Il Direttore della UOC o il Capo Equipe chiama il chirurgo al n. 6806 e lo invia in PS (dove diventa medico presente in sala rossi/gialli), blocca tutte le attività chirurgiche di elezione, portando a termine nel più breve tempo possibili quelle in corso. Su disposizione dell'Unità di Crisi il Direttore della UOC, o il Chirurgo Capo Equipe presente in Ospedale, attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale medico. I chirurghi da chiamare sono, nell'ordine, tutti i chirurghi impegnati in attività di elezione e, a cascata, tutte le altre unità necessarie in base alla reperibilità, e possibilità a raggiungere l'Ospedale nel tempo più breve.	
8.	<b>DI NOTTE:</b> Il chirurgo di guardia (n. 6806/6807) viene chiamato dall'HDM Rossi, si reca immediatamente in P.S. e diventa medico presente in sala Alta Intensità, chiama immediatamente il Chirurgo Reperibile. Dopo aver chiamato il reperibile, vanno chiamati gli altri in lista, in base alla reperibilità e possibilità a raggiungere l' Ospedale nel tempo più breve, fino ad arrivare a 4 chirurghi per la 2 ora	
9.	Il personale medico, infermieristico e ausiliario presenti vengono trattenuti in servizio, al cambio turno, fino a nuova disposizione	
10.	Su disposizione dell'Unità di Crisi la Caposala o l'infermiere responsabile in servizio, attiva il sistema delle chiamata a cascata del personale infermieristico, iniziando dall'infermiere più anziano di matricola del turno precedente e successivamente gli altri in lista, in base alla reperibilità, e alla possibilità di raggiungere l'Ospedale nel tempo più breve.	
11.	La lista con i recapiti telefonici del personale medico e infermieristico è esposta nella Medicheria con accanto un'indicazione della distanza delle rispettive abitazioni rispetto al posto di lavoro, in modo da facilitare la chiamata a cascata sulla base del più breve tempo di percorrenza.	
12.	Una volta attivata la chiamata, la persona contattata deve raggiungere, nel più breve tempo possibile, il proprio reparto	
13.	Durante tutto il periodo di emergenza vengono sospese ferie, permessi, recupero ore e congedi.	
14.	Possono essere collocate n° 1 barelle in ogni stanza di degenza e 1 in stanza visite e medicazioni fino ad un	
<b>TOTALE DI N°12 POSTI CON GAS MEDICALI E ASPIRAZIONE</b>		

15.	<b>Inoltre nella sala di endoscopia di P.S., di mattina ci sono presenti 1 medico e 1 infermiere a disposizione</b>
16.	Schema dei chirurghi: <b>Turno di guardia (8-20)</b> 2 chirurghi in servizio <b>Turno di guardia (20-8)</b> 1 chirurgo in servizio + due chirurghi reperibili
17.	Tutti i chirurghi presenti in ospedale durante il giorno (quelli dedicati alla sala operatoria, ambulatori e reparto) dovranno essere a disposizione per le urgenze. Il Chirurgo Capo Equipe si deve coordinare con il Responsabile del B.O.C. e con la Caposala del B.O.C. per l'ottimizzazione dell'uso delle Camere Operatorie.

<b>ACTION CARD</b> <b>CHIRURGO VASCOLARE</b>		<b>REPARTI DI DEGENZA</b> <b>U.O. CHIRURGIA VASCOLARE</b>
1.	Attivazione dalla chiamata del centralino al reparto	
2.	Il medico o l'infermiere che risponde alla chiamata avvisa: il responsabile Dr. <b>Silvio Vitale</b> cell. 3358114019 o il Dr. <b>Luigi Marcuccio</b> cell. 3284129023	
3.	Con la caposala del reparto deve effettuare il censimento dei posti letto liberi e da liberare, spostando tutti i pazienti dimissibili nella sala di attesa antistante il reparto	
4.	<b>DI GIORNO</b> il medico responsabile blocca tutte le attività chirurgiche di elezione portando a termine nel più breve tempo possibile quelle in corso. Su disposizione della U.C. attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale medico. I chirurghi da chiamare sono nell'ordine tutti i chirurghi impegnati in attività di elezione e, a cascata tutte le altre unità necessarie in base alla reperibilità e alla disponibilità di raggiungere l'ospedale nel più breve tempo possibile .	
5.	<b>DI NOTTE</b> il chirurgo vascolare reperibile viene chiamato dal centralino, dovrà recarsi in sala visita MEDIA INTENSITA' A , diventa medico responsabile della sala visita Media Intensità A, a sua volta chiamerà il secondo reperibile	
6.	Tutti i chirurghi vascolari presenti in ospedale durante il girono dovranno essere a disposizione per le urgenze. Il capo-equipe si deve coordinare con il responsabile e la caposala del blocco operatorio per l'ottimizzazione e l'uso delle camere operatorie stesse	
7.	<b>N.B</b> La lista con i recapiti telefonici del personale medico infermieristico è esposta nella medicheria accanto ad una indicazione della distanza delle rispettive abitazioni rispetto al posto di lavoro, in modo da facilitare la chiamata a cascata sulla base del più breve tempo di percorrenza , durante tutto il periodo di emergenza vengono sospese ferie e permessi.	

<b>ACTION CARD MEDICO DI GUARDIA/INFERMIERE DI TURNO (IN ASSENZA DEL MEDICO)</b>		<b>REPARTI DI DEGENZA U.O. UROLOGIA/CH.PLASTICA 6488-6489</b>
1.	Attivazione su chiamata del centralino	
2.	Il medico o l'infermiere che risponde alla chiamata, avvisano <b>CON IL PROPRIO CELLULARE</b> - Direttore UO Urologia Prof. Michele Gallucci cell. 3356788442 Sostituto UO Urologia Dr.ssa Fiorenza La Morte cell. 3283725292 - Coordinatore infermieristico sig.ra Cinzia Trupo cell. 3288212192 Sostituto sig.ra Ecaterina Dolgolenco cell. 3291108134 - Direttore UO Ch plastica dott. Cervelli Valerio cell. 337792524 Sostituto UO Ch plastica dott. Bottini David J. cell. 3280044763 - Chirurgo plastico reperibile	
3.	Il coordinatore infermieristico coordina il personale di reparto e mantiene i contatti con l'ufficio del coordinamento.	
4.	L'infermiere di reparto deve con estremo tempismo effettuare il censimento dei posti letto liberi e quelli da poter liberare, eventualmente coadiuvato dal medico di reparto, inoltre libererà la stanza APA dalle 5 poltrone per un'eventuale trasferimento di barelle dal PS.	
5.	L'infermiere del reparto sposta tutti i pazienti dimisibili nella sala d'attesa antistante il reparto	
6.	<b>DI GIORNO:</b> Il Direttore della UOC o il Referente blocca tutte le attività chirurgiche di elezione, portando a termine nel più breve tempo possibile quelle in corso. Su disposizione dell'Unità di Crisi il Direttore della UOC, o il Referente presente in Ospedale, attiva il sistema delle chiamate a cascata del personale medico. I chirurghi da chiamare sono, nell'ordine, tutti i chirurghi impegnati in attività di elezione e, a cascata, tutti le altre unità necessarie in base alla reperibilità, e possibilità a raggiungere l'Ospedale nel tempo più breve.	
7.	<b>DI NOTTE:</b> L'urologo reperibile viene chiamato dal centralino e dovrà recarsi dal Coordinatore medico di PS. Il chirurgo plastico reperibile dovrà recarsi in reparto al IV piano e iniziare a dimettere i pazienti dimisibili coadiuvato dall'infermiere di reparto.	
8.	Il personale medico, infermieristico e ausiliario presenti vengono trattenuti in servizio, al cambio turno, fino a nuova disposizione	
9.	Su disposizione dell'Unità di Crisi il Coordinatore infermieristico o l'infermiere responsabile in servizio, attiva il sistema delle chiamata a cascata del personale infermieristico, iniziando dall'infermiere più anziano di matricola del turno precedente e successivamente gli altri in lista, in base alla reperibilità, e alla possibilità di raggiungere l'Ospedale nel tempo più breve.	
10.	La lista con i recapiti telefonici e le distanze chilometriche dalla sede lavorativa del personale medico e infermieristico è posta nel cassetto identificato con scritta PEIMAF presso la Medicheria di reparto.	
11.	Una volta attivata la chiamata, la persona contattata deve raggiungere, nel più breve tempo possibile, il proprio reparto.	
12.	Durante tutto il periodo di emergenza vengono sospese ferie, permessi, recupero ore e congedi.	
13.	<b>posti letto messi a disposizione NELL'IMMEDIATO sono riportati qui di seguito:</b> n. 4 barelle senza gas medicali e aspirazione una su ogni stanza di degenza singola (St.10 - 11 - 13 - 14). n. 5 barelle con gas medicali e aspirazione nella stanza APA. n. 1 barella con gas medicali e aspirazione nella stanza medicazioni. Per un totale di 10 barelle, inoltre va verificata l'occupazione delle stanze doppie tutte con posti letto con	

	gas medicali e aspirazione.
14.	<p><b>Schema dei chirurghi urologi :</b>  <b>Turno (8-20) dal Lunedì al Venerdì</b>  <b>Turno (8-14) Sabato</b>  1 UROLOGO a disposizione  <b>Turno (20-8) e dalle 14 del Sabato alle 07.00 del lunedì</b>  1 urologo reperibile</p>
15.	<p>Tutti i chirurghi presenti in ospedale durante il giorno (quelli dedicati alla sala operatoria, ambulatori e reparto) dovranno essere a disposizione per le urgenze. Il Chirurgo Capo Equipe si deve coordinare con il Responsabile del B.O.C. e con la Caposala del B.O.C. per l'ottimizzazione dell'uso delle Camere Operatorie.</p>

<b>ACTION CARD MEDICO DI GUARDIA/INFERMIERE DI TURNO (IN ASSENZA DEL MEDICO)</b>		<b>REPARTI DI DEGENZA U.O. DIALISI (6275/6331)</b>
1.	<p>Di giorno attivato dal centralino chi prende la chiamata avvisa il coordinatore infermieristico e attiva il PEIMAF</p> <p>Dott. Filippini cell 3395304578 - 065090089.</p> <p>Coord Inf. Sig.ra Cola G. cell. 3495390340 -3683043516- 062013404</p> <p>Sostituto Sig.ra Federica Marri cell. 3493976019</p>	
2.	<p>Di notte viene chiamato il nefrologo reperibile che a sua volta chiama l'infermiere reperibile il quale attiva il PEIMAF chiamando il responsabile medico e il coordinatore infermieristico</p>	
3.	<p>L'infermiere reperibile, chiama a cascata l'infermiere più anziano di matricola</p>	
4.	<p>Una volta attivata la chiamata, la persona si deve recare nel tempo più breve possibile in ospedale.</p>	
5.	<p>La coordinatrice infermieristica una volta arrivata in ospedale si coordina con unità di crisi per la disponibilità dei letti e del personale</p>	
6.	<p>Le postazioni che vengono prese in considerazione per l'emergenza sono 3 posti letto nel reparto dialisi palazzina C, già provvisti di ossigeno e aspiratore.</p>	
7.	<p>Il nefrologo di reparto/ ambulatorio di giorno nei giorni feriali si renderà disponibile come guardia medica del Day Surgery</p>	
8.	<p>La notte e festivi viene chiamato il nefrologo reperibile si renderà disponibile come guardia medica del Day Surgery e Pal. A .</p>	
9.	<p>Il nefrologo di reparto\ ambulatoriale della mattina (08.00-14.00) rimarrà in servizio anche il pomeriggio, ed il nefrologo del pomeriggio (14.00-20.00) proseguirà con la notte insieme al reperibile (20.00-08.00)</p>	
10.	<p>Il coord. informa i pazienti e l'accompagnatori in caso di ritardo dei turni per lo stato d'emergenza.</p>	
11.	<p>Vengono sospese ferie permessi R.O. R.R. e 104</p>	



<b>ACTION CARD</b> <b>RADIOLOGO DI GUARDIA</b>		<b>U.O. RADIOLOGIA Tel. 6438</b>
1.	Attivata dalla chiamata del centralino al medico di guardia della radiologia al n. 6438-6439-1412 (Radiologia di PS 6597 – 6592)	
2.	Il m.d.g. della radiologia attiva il PEIMAF e informa con il proprio cellulare il direttore U.O. dr. Stefanini al 3384462350, il coordinatore tecnico sig. <b>Carlo Mattioli</b> cell. 360.354191, e/o i capotecnici sig. <b>Sandro Zazza</b> cell. 333.4003184 sig. <b>Stefano Bonetti</b> cell. 320.2955840	
3.	Il m.d.g. informa direttamente il personale medico, tecnico e infermieristico presente e lo comanda in turno fino a nuova disposizione.	
4.	Il m.d.g. della radiologia, predisponde il blocco delle attività programmate in elezione (pazienti interni e ambulatoriali) utilizzando il personale della segreteria presente nella fascia diurna.	
5.	Il medico radiologo attiva la chiamata a cascata di un secondo medico disponibile.	
6.	Vengono rese operative le due TC (radiologia PS e radiologia centrale) e le due radiologie PS e radiologia centrale, due amplificatori per emergenza in sala operatoria.	
7.	Referto: su carta in modalità “referto di emergenza” Immagini: stampa su pellicole degli esami RX e stampa su pellicola delle immagini TC significative, creazione di CD/DVD per pazienti che devono essere trasferiti.	
8.	Il coordinatore/capotecnico chiama il TSRM reperibile e altri 3 tecnici a cascata, con priorità di vicinanza all’ospedale e mezzo proprio.	
9.	DI NOTTE: viene resa operativa la TC centrale, Il coordinatore/capotecnico chiama a casa 1 ausiliario, 1 tecnico di radiologia e 1 infermiere	

<b>ACTION CARD DAY SURGERY APERTO</b>		<b>REPARTO DAY SURGERY</b> Coordinatrice sig.ra Calcaterra Simona cell. 3463275814 Sostituto sig.ra Alessandra De Vito cell. 3382473700
1.	Attivata su chiamata del BED MANAGER	
2.	Informa tutto il personale infermieristico e ausiliario presente e lo ridistribuisce mettendolo a disposizione del coordinamento infermieristico	
3.	Libera i posti letto dei pazienti dimessibili e rinvia i pazienti in attesa di intervento	
4.	Verifica lo stato dei posti letto e ne da comunicazione al bed manager	
5.	Libera la sala di attesa da parenti e pazienti e la mette a disposizione per le pazienti dimesse dal reparto di ostetricia e ginecologia	
6.	Posti a disposizione 6 letti (completi di gas medicali) 10 poltrone (complete di gas medicali) 1 lettino visite (no gas medicali)	
7.	Verifica la disponibilità del materiale necessario	

<b>ACTION CARD DAY SURGERY CHIUSO</b>		<b>REPARTO DAY SURGERY</b> Coordinatrice sig.ra Calcaterra Simona cell. 3463275814 Sostituto sig.ra Alessandra De Vito cell. 3382473700
1.	Attivata su chiamata del BED MANAGER	
2.	si reca nel più breve tempo possibile in ospedale e contemporaneamente attiva la chiamata a cascata del personale infermieristico e lo mette a disposizione del coordinatore infermieristico	
3.	Si coordina con il bed manager per l'occupazione dei posti letto	
4.	Si coordina con il coordinatore infermieristico per mettere a disposizione il personale	
5.	Mette la sala di attesa a disposizione per le pazienti dimesse dal reparto di ostetricia e ginecologia	
6.	Posti a disposizione 12 letti (completi di gas medicali) 10 poltrone (complete di gas medicali) 1 lettino visite (no gas medicali)	
7.	Verifica la disponibilità del materiale necessario	

**ACTION CARD MEDICINA  
TRASFUSIONALE SIMT P.O.****"S. PERTINI"****SEZIONE OPERATIVA****Servizio Trasfusionale Interno P.O.****"Policlinico Casilino"****Definizione modalità di allertamento per le  
attività trasfusionali ed attivazione del  
SIMT P.O. " S. Pertini"****Sezione operativa Servizio Trasfusionale  
P.O. "Policlinico Casilino"****Personale di guardia n°6394**

1.	Attivata dalla chiamata del Centralino al personale del TSLB Servizio Trasfusionale Interno al 6394 (Livello 2)
2.	Il personale tecnico (TSLB) in servizio presso il Servizio Trasfusionale Interno : <ul style="list-style-type: none"><li>• informa il Medico di guardia del SIMT Pertini 06.41433301</li><li>• avvisa il Direttore della UOC e referente per le attività trasfusionali (dott.ssa <b>Laura Di Prospero</b> 347.4510723)</li><li>• avvisa il Capotecnico (Sig. <b>Fabio Sale</b> 347.8544721)</li></ul> Il Capotecnico provvede alla chiamata dell'unità tecnica di supporto. Per il Servizio Trasfusionale Interno è prevista una sola unità tecnica aggiuntiva rispetto all'unità in turno.
3.	Il Medico di guardia del SIMT Pertini, coadiuvato dal TSLB del Policlinico Casilino: <ul style="list-style-type: none"><li>• valuta il grado di urgenza delle richieste già pervenute dai reparti prima dell'attivazione del PEIMAF</li><li>• sospende l'assegnazione delle unità degli interventi programmati</li><li>• sospende la lavorazione dei gruppi sanguigni non urgenti richiesti dai reparti</li><li>• valuta le scorte disponibili dell'emoteca Casilino riferendosi alla griglia scorte minime stabilita dal SIMT</li><li>• valuta la disponibilità di emocomponenti che possono essere forniti dal SIMT "Pertini"</li></ul>
4.	Per il reperimento delle scorte il Medico di guardia del SIMT "Pertini" chiama il SIMT PO "S. Camillo" come da DCA 92/10. In caso di risposta negativa o di difficoltà di raggiungimento, chiama, in ordine di distanza, i SIMT regionali sedi di officina trasfusionale e successivamente gli altri SIMT regionali
5.	Il Medico di guardia del SIMT "Pertini" valuta la priorità delle richieste giunte in corso d'emergenza e provvede all'assegnazione
6.	Il TSLB accetta le richieste secondo l'ordine stabilito dal Medico del SIMT P.O. "S.Pertini", esegue gli esami trasfusionali e consegna le unità assegnate
7.	Il TSLB del Policlinico Casilino aggiorna periodicamente il Medico del SIMT "Pertini" sulle scorte presenti in frigoemoteca
8.	Il Referente delle attività trasfusionali, coadiuvato dal TSLB, ogni ora: <ul style="list-style-type: none"><li>• aggiorna l'unità di crisi sulla situazione delle unità di emocomponenti presenti in Ospedale</li><li>• si relaziona con il SIMT Pertini per gli aggiornamenti del caso</li></ul>

<b>ACTION CARD MEDICO DI GUARDIA/INFERMIERE DI TURNO</b>		<b>REPARTI DI DEGENZA U.O. UTIC CARDIOLOGIA</b>
1.	Attivata la chiamata dal centralino all'interno 6207.	
2.	<p>L'infermiere incaricato avvisa il Medico di guardia (6800) che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>di giorno dovrà recarsi in 15 min. in PS mettendosi a disposizione del coordinatore medico di PS che lo dislocherà nella sala a lui assegnata</li> <li><input type="checkbox"/> di notte e nei giorni festivi dovrà scendere entro 15 min. in PS mettendosi a disposizione del coordinatore medico di PS che lo dislocherà nella sala a lui assegnata e chiamare il MdG UTIC (6837) che diventa il medico di guardia della Palazzina B</li> </ul> <p>L'infermiere informa con il proprio telefono cellulare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il Direttore di U.O. Dr. <b>Leonardo Calò</b> 338.8589677 e/o dott.ssa <b>Ilaria Jacomelli</b> 3381498051 e dott.ssa <b>Lucia De Luca</b> 3476528129;</li> <li>• il Coordinatore Infermieristico sig. <b>Michele Curci</b> 3204071590 la Coordinatrice sig.ra <b>Cinzia Giovannetti</b> 3332683416 le referenti sig.ra <b>Emanuela Celletti</b> 3384763574 e <b>Loredana Casale</b> 3289513130; allerta l'Ambulatorio di Cardiologia posto al piano -2 dell'edificio C (sotto al Pronto Soccorso) chiamando: (di giorno) il 6374 o la coordinatrice <b>Elena Formiconi</b> 6862 dando indicazione di sospendere tutte le attività e di riorganizzare le sale così come previsto dal PEIMAF; (di notte e festivi) la coordinatrice <b>Elena Formiconi</b> 3389931483 (o <b>Marco Sforza</b> 3920597033) comunicandole l'attivazione del PEIMAF</li> <li>• allerta l'infermiere con maggior anzianità di servizio al 6368 (Cardiologia 1° Piano);</li> </ul>	
3.	Fino all'arrivo del Coordinatore Infermieristico, e/o referente, l'infermiere incaricato informa il personale presente in reparto, e lo comanda in turno fino a nuova disposizione.	
4.	<p>Il Coordinatore Infermieristico (o chi lo sostituisce) individua:</p> <p><b>CARDIOLOGIA PIANO TERRA:</b></p> <p>n° 1 infermiere che</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• di giorno dovrà recarsi in 15 min. in PS mettendosi a disposizione del capoturno infermieristico di PS che lo collocherà in HA stabilizzazione,</li> <li>di notte dovrà recarsi in Pronto Soccorso entro 15 minuti dall'attivazione del PEIMAF mettendosi a disposizione del capoturno infermieristico di PS che lo collocherà in HA stabilizzazione;</li> </ul> <p><b>CARDIOLOGIA 1° PIANO:</b></p> <p>n° 1 unità O.S.S. di notte si recherà in HA stabilizzazione.</p>	
5.	L'infermiere incaricato con il medico di guardia, effettua il censimento delle risorse disponibili, posti letto liberi e liberabili, dimettendo e trasferendo i pazienti che abbiano tale indicazione.	
6.	L'infermiere incaricato blocca l'attività elettiva.	
7.	Il Coordinatore infermieristico (o chi li sostituisce) su disposizione dell'UC attiva il sistema di chiamata a cascata del personale infermieristico e di supporto (O.S.S. - Ausiliari). Il personale da richiamare in servizio sarà quello del turno smontante.	
8.	<p><b>DISPOSIZIONE DELLE "DIECI" BARELLE AGGIUNTIVE:</b></p> <p><b>CARDIOLOGIA PIANO TERRA:</b> l'infermiere in servizio deve predisporre gli spazi per accogliere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n°1 barella nella stanza Eco Speciali (presenza gas medicinali);</li> <li>• n°2 barelle diagnostica nella stanza Diagnostica 1 (1 con gas medicali e 1 senza gas medicali);</li> <li>• n°1 lettino diagnostica nella stanza Diagnostica 2 (presenza di gas medicali);</li> <li>• n°1 barella nella stanza lt. 28-29-30-31 (presenza gas medicinali);</li> </ul> <p><b>CARDIOLOGIA 1° PIANO:</b> l'infermiere /oss in servizio deve predisporre gli spazi per accogliere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n°3 barelle nella stanza accoglienza tutte con gas medicali;</li> <li>• n°2 barelle senza gas medicali (1 St.3 e 1 St.4);</li> </ul>	



<b>ACTION CARD MEDICO DI GUARDIA/OSTETRICA DI TURNO (Più anziana in turno IN ASSENZA DEL MEDICO)</b>		<b>REPARTI DI DEGENZA U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b>
1	Il centralino chiama il numero 6258 (sala parto) ed informa il Medico 1° di guardia, detto capo-équipe, (o il 2° di guardia se il primo è impegnato in urgenza) identificandolo, e l'Ostetrica più anziana in turno.	
2	Il Medico che ha ricevuto la telefonata (e identificato dal centralinista) informa il Direttore UOC (Prof. Herbert Valensise tel. 336.841066), la Caposala del reparto (Dott.ssa Valentina Dolce, tel. 347.1972565, referente Loredana Trabalza tel. 338.6546979) la Capostetrica (Dott.ssa Cristina Griguoli tel. 3207835307 e F.F. Dott.ssa Giulia Rosella tel. 392.8207316).	
3	Il Medico che ha ricevuto la telefonata informa il personale infermieristico, ostetrico e medico della UOC presente in turno e lo comanda in turno fino a nuova disposizione.	
4	Distacco dal Reparto di degenza di una unità Infermieristica, una unità Ostetrica ed una unità di Ausiliario (i più anziani in turno, come da numero di matricola) che si recano in PS entro 15 minuti.	
5	Il Medico che ha ricevuto la telefonata dal centralino effettua un censimento delle risorse disponibili (posti letto liberi e liberabili) rendendo disponibili al più presto il maggior numero di letti.	
6	In caso di totale occupazione dei posti letto, si dispone il posizionamento di n. 4 barelle nelle stanze singole.	
7	Il Medico che ha ricevuto la telefonata dal centralino blocca l'attività elettiva.	
8	Le pazienti dimisibili vengono accompagnate nell'apposito punto di riunione (sala d'attesa del Day Surgery, piano -1 Pal. A)	

<b>ACTION CARD MEDICO DI GUARDIA/INFERMIERE DI TURNO (IN ASSENZA DEL MEDICO)</b>		<b>REPARTI DI DEGENZA U.O.C. NEONATOLOGIA</b>
1.	Il Centralino dell'ospedale riceve dal Direttore Sanitario la disposizione di attivare il piano PEIMAF per maxi-emergenza in atto	
2.	Il Centralino chiama la UOC di Neonatologia-UTIN al <b>numero 6261 (Reparto)</b> , oppure in caso di non risposta ai numeri: <b>6260 (stanza del primario)</b> , <b>6262 (cercapersone della caposala)</b>	
3.	<p><u>Chi riceve la chiamata dal centralino (infermiere o medico del reparto):</u></p> <p>A) Chiama la Coordinatrice Infermieri <b>Eleonora Rossi</b>: se non presente in reparto, reperibile al cell. 393.5102412 oppure in sua assenza, la sua sostituta <b>Ceci Patrizia</b> 3492481481 ovvero <b>Ricci Sara</b> 366.4665184</p> <p>B) Chiama il Direttore di UOC <b>Piermichele Paolillo</b>: se non presente in reparto, reperibile ai numeri: cell. 3356345893 / fisso 063053939 In caso di assenza del Direttore di UOC, viene chiamato il suo Sostituto Dott.ssa <b>Simonetta Picone</b> al numero di cellulare 335-5343507 oppure al numero fisso 06-20744624</p>	
4.	Il medico di guardia in TIN in quel momento ha <u>la responsabilità di accertarsi</u> che siano stati chiamati sia la Coordinatrice Infermieristica sia il Direttore di UOC ( o loro sostituti)	
5.	<p><b><u>Organizzazione del personale infermieristico</u></b></p> <p>La Coordinatrice Infermieristica provvede all'organizzazione del personale infermieristico, all'eventuale distaccamento di unità infermieristiche dal reparto e a richiamare gli infermieri che ritiene necessari, secondo un criterio di più facile reperibilità e di più rapido raggiungimento dell'unità di crisi</p>	
6.	Il Direttore di UOC supervisiona le disposizioni circa l'organizzazione del personale infermieristico	
7.	Chi viene chiamato (medico o infermiere) dovrà recarsi in ospedale nel più breve tempo possibile, possibilmente entro i successivi 30 minuti e comunque indicherà il tempo previsto necessario per raggiungere l'ospedale	
8.	In caso di attivazione dell'Unità di crisi sono automaticamente sospesi: ferie, recuperi ore, recuperi festivi, legge 104 e qualsiasi tipo di permesso precedentemente accordato	
9.	<p>La Coordinatrice dispone il distaccamento di personale dal reparto in P.S. con la seguente modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>se turno antimeridiano (AM)</b>: si spostano 2 unità infermieristiche: l'infermiera del lattarium se presente e se infermiera professionale ( non puericultrice), ed un'altra unità infermieristica del reparto, che sarà sostituita nella sua attività di reparto dall' unità referente della Caposala. I due infermieri saranno a disposizione del PS o dove richiesto</li> <li>• <b>se turno pomeridiano (PM)</b> : viene dislocata 1 unità infermieristica: l'infermiera del lattarium se presente in quel momento ; in assenza, verrà richiamato l'infermiere con domicilio più vicino che ha eseguito il turno precedente o comunque un altro infermiere scelto secondo il criterio della turistica in atto e della vicinanza all'ospedale o anche, se le condizioni lo richiedono, dell'esperienza professionale</li> <li>• <b>se turno di notte (N)</b> : viene dislocata 1 unità infermieristica , richiamata secondo i criteri precedentemente indicati.</li> <li>• Viene inoltre chiamata se non presente la referente <b>Rampi Ivana</b> al numero di cellulare 3295409847 oppure in sua assenza l'altra referente <b>Ceci Patrizia</b> 3492481481</li> <li>• Nel contempo la Coordinatrice infermieristica raggiunge l'ospedale, se non presente</li> </ul>	
10.	Su disposizione dell'Unità di Crisi si attiva il sistema di chiamata a cascata per tutto il personale infermieristico non inserito nel turno di guardia, secondo esigenze	
11.	Gli infermieri che restano in reparto si attengono alle disposizioni del neonatologo per le eventuali <u>dimissioni in urgenza, anticipate</u> , dei neonati le cui mamme saranno dimesse per liberare i posti letto di Ostetricia, che saranno messi a disposizione del PS	

12	Al momento dell'attivazione dell'unità di crisi l'infermiere più anziano e il medico TIN sarà il referente fino all'arrivo della Coordinatrice e del Primario o dei loro rispettivi sostituti
12.	<p style="text-align: center;"><b><u>Organizzazione interna del reparto:</u></b></p> <p>Se l'evento si verifica durante la mattina, l'attività di ambulatorio del reparto viene sospesa</p>
13.	L'ambulatorio del reparto, il corridoio, e la zona allattamento (unici spazi a disposizione) saranno utilizzati per accogliere mamme e neonati <u>dimessi in regime di urgenza</u> , così da favorire, ove possibile, la co-dimissione madre-bambino ed espletare con la massima rapidità possibile le operazioni di riconoscimento madre-figlio e le necessarie registrazioni sulla cartella legate alla dimissione
14.	I suddetti spazi saranno inoltre utilizzati per le dimissioni protette del giorno o dei giorni successivi alla dimissione, necessari nel caso il neonato venisse dimesso nelle prime 24 ore di vita
15.	Per le dimissioni in urgenza, ove fossero in numero cospicuo, verrà richiamato un infermiere; in caso di turno AM vi provvederanno le infermiere impiegata in quel momento in ambulatorio
16.	<p style="text-align: center;"><b><u>Organizzazione del personale medico</u></b></p> <p>Il Direttore di UOC (o il suo sostituto) provvede all'organizzazione del personale medico che dovrà continuare a gestire le urgenze e l'attività clinica di routine dei tre reparti di Terapia Intensiva, Patologia Neonatale, Neonatologia; dovrà inoltre gestire l'attività aggiuntiva della dimissione dei neonati in regime di urgenza, anticipatamente a quanto previsto</p>
17.	<p style="text-align: center;"><b><u>Maxi-emergenza interna</u></b></p> <p>Nel caso la maxi-emergenza riguardasse direttamente il nostro reparto, come nel caso di necessità di accogliere neonati critici che giungono in PS oppure trasferimenti urgenti "in utero" oppure neonati critici trasferiti da altri ospedali che non hanno a disposizione il reparto intensivo o comunque non dispongono di posto letto in quel momento, la procedura di attivazione dello stato di emergenza è la medesima.</p> <p>Il reparto intensivo/semi-intensivo dispone allo stato attuale di 8 posti letto di TIN con n° 8 ventilatori e 8 incubatrici</p>



<b>ACTION CARD MEDICO DI GUARDIA/INFERMIERE DI TURNO (IN ASSENZA DEL MEDICO)</b>		<b>REPARTI DI DEGENZA U.O. ORTOPEDIA 6218</b>
1.	Attivata dal Centralino al numero 6218	
2.	Chiunque riceva la telefonata, se i Responsabili non sono presenti, deve avvisare l'infermiere con maggiore anzianità di servizio che attiva il PEIMAF nel proprio reparto avvertendo tutto il personale presente comandandolo in turno sino a nuova disposizione	
3.	L'infermiere più anziano in turno avvisa con il proprio telefono cellulare il Direttore U.O. Dr. <b>Aureli Alessandro</b> 338.1913530 o il suo sostituto Dr. <b>Massimo Razzano</b> cell. 3389276302 ed il Coordinatore Infermieristico sig.ra <b>Gabriella Ria</b> cell. 347.1364731 o la referente sig.ra <b>Nicole Mattei</b> cell. 388.3084575, in modo che raggiungano il reparto nel minor tempo possibile e ne coordinino le attività.	
4.	All'attivazione del PEIMAF le attività della sala gessi devono terminare. Il medico e l'infermiere (Gessista) invitano i pazienti ed i parenti ad allontanarsi dalla struttura spiegandone la motivazione e dopo aver liberato la sala gessi e la sala d'attesa rimangono a disposizione del Pronto Soccorso.	
5.	Il Direttore U.O. Con il Coordinatore Infermieristico (o chi lo sostituisce) oltre a predisporre le attività di reparto identificano i pazienti che possono essere dimessi e si coordinano con l'unità di crisi per le disponibilità dei posti letto.	
6.	Il Direttore U.O. ( o chi lo sostituisce ) all'attivazione del PEIMAF fa terminare la seduta operatoria in corso e rende la sala disponibile per le urgenze. <ul style="list-style-type: none"><li>- Se non sono presenti ortopedici in sala operatoria il Direttore U.O. (o chi lo sostituisce) richiama in servizio 2 ortopedici che hanno terminato la seduta operatoria pomeridiana riattivando per le urgenze;</li><li>- Se festivo, o se gli ortopedici smontanti non sono più reperibili, il Direttore U.O. (o chi lo sostituisce) contatterà personalmente tutti i medici per garantire l'arrivo in struttura di almeno 2 ortopedici che andranno ad attivare la sala operatoria per le urgenze.</li></ul>	
7.	L'infermiere/OTA in servizio deve predisporre gli spazi per accogliere: <ul style="list-style-type: none"><li>• n. 12 barelle con ossigeno e aspirazione nelle stanze di degenza;</li><li>• n. 2 barelle nella stanza medicazioni/visite esterna una con gas e aspirazione e una senza;</li></ul>	
8.	L'ausiliario/OTA deve tenere liberi i corridoi da carrelli ( biancheria, pulizia etc...) che possano impedire il passaggio, e collaborare allo spostamento di attrezzature.	
9.	Se turno 20-7 l'infermiere più anziano di matricola: <ul style="list-style-type: none"><li>- avverte con il proprio telefono cellulare l'ortopedico reperibile che dovrà prendere servizio nel box Ortopedico;</li><li>- un infermiere di turno scende nel box ortopedico entro 15 minuti dall'attivazione del PEIMAF</li><li>- Chiamare l'infermiere Gessista o in alternativa 1 infermiere del turno precedente che sostituirà l'infermiere di reparto al box ortopedico una volta arrivato.</li></ul>	
10.	Se l'infermiere richiamato in servizio è un Gessista, quest'ultimo si recherà direttamente in Pronto Soccorso sostituendo l'infermiere di reparto che rientrerà in ortopedia	



<b>ACTION CARD MEDICO DI GUARDIA/INFERMIERE DI TURNO (IN ASSENZA DEL MEDICO)</b>		<b>REPARTI DI DEGENZA U.O. MEDICINA GENERALE Medico di guardia 6811</b>
1.	Attivata dal centralino che informa il Medico di Guardia di Medicina Interna (Mdg) telefono 6811	
2.	Il Mdg informa il direttore di U.O. Dott. <b>Francesco Sabetta</b> (3357638811) e/o la dott.ssa <b>Barbara Caracciolo</b> (cell. 3400608482). L'infermiere più anziano in turno a sua volta avvisa il coordinatore infermieristico di riferimento Sig.ra <b>Monica Macciocchi</b> cell. 338.2779995 o la sua sostituta Sig.ra <b>Iacuele Pamela</b> 329.4791770 in modo che raggiungano il reparto nel minor tempo possibile e ne coordinino le attività.	
3.	L'infermiere più anziano in turno in assenza del responsabile allerta tutto il personale della Medicina Interna del 3° e 4° piano comandandolo in turno sino a nuova disposizione.	
4.	Mdg/infermiere più anziano in turno attivano la catena delle telefonate, al fine di reperire altre unità partendo da coloro che sono più vicini all'Ospedale.	
5.	<b>DISPOSIZIONE DELLE " DIECI" BARELLE AGGIUNTIVE:</b> <b>MEDICINA 3° PIANO:</b> L'infermiere / ota in servizio deve predisporre gli spazi per accogliere: - n° 1 barella nella stanza del Mdg senza gas medicali e aspirazione, - n° 1 barella in stanza medici senza gas medicali e aspirazione, - n° 1 barella nella stanza letto 9 con gas medicali e aspirazione, - n° 1 barella nella stanza 4 con gas medicali e aspirazione, - n° 1 barella nella stanza 6 con gas medicali e aspirazione, - n° 1 barella nella stanza 7 con gas medicali e aspirazione, - n° 1 barella davanti la medicheria senza gas e aspirazione, <b>MEDICINA 4° PIANO:</b> L'infermiere / ota in servizio deve predisporre gli spazi per accogliere: - n° 1 barella nella stanza medici senza gas e aspirazione, - n° 1 barella davanti la medicheria senza gas e aspirazione, - n° 1 barella St. 2 con gas medicali e aspirazione.	
6.	Il Mdg o altro internista presente con l'infermiere incaricato individuano i pazienti dimisibili da inviare nell'apposito punto di riunione (androne piano terra palazzina B)	
7.	L'infermiere comunica al bed manager la disponibilità dei posti letto	
8.	Il Mdg di giorno sempre (8:00-20:00) e di notte sempre (20:00-8:00) deve recarsi entro 15 minuti dall'attivazione del PEIMAF in PS mettendosi a disposizione del coordinatore di PS che lo collocherà nella sala prevista dal PEIMAF. Di notte in 2° ora invia un secondo medico in PS. A copertura del reparto in prima battuta si attiverà sia di notte che nei giorni festivi la guardia interdivisionale su tutta la palazzina B da parte del cardiologo di guardia dell'UTIC	
9.	L'infermiere più anziano in turno individuerà l'unità infermieristica che di notte sempre (20:00-7:00) dovrà scendere in PS entro 15 minuti dall'attivazione del PEIMAF, mettendosi a disposizione del capoturno infermieristico di PS che lo collocherà in OBI7.	
10.	In assenza del Direttore di UO, il primo medico internista che giunge in reparto prenderà le funzioni di Mdg e valuterà quali ulteriori medici contattare. I medici presenti si distribuiranno nelle 4 sezioni della Medicina pronti a rispondere alle esigenze contingenti.	
11.	Viene bloccata l'attività elettiva	

<b>ACTION CARD MEDICO DI GUARDIA/TECNICO DI TURNO</b>		<b>U.O. LABORATORIO ATOLOGIA CLINICA</b>
1.	Attivata dalla chiamata del centralino al n° tel 6251 ( <b>LIVELLO 2</b> )	
2.	Il Centralino informa il TSLB in turno presso il Laboratorio Analisi in merito all'attivazione del piano di emergenza	
3.	<p>Il TSLB, che riceve la chiamata del punto 1, avvisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il Dirigente di guardia</li> <li>• il Direttore della UOC e/o suo sostituto (dott.ssa <b>Laura Di Prospero</b> 3474510723 - sostituto dott.ssa <b>Giordana Uggeri</b> 3475226133)</li> <li>• il Capotecnico e/o suo sostituto (Sig. <b>Fabio Sale</b> 347 8544721 - sostituto Sig.ra <b>Antonella Capozi</b> 329 0723110)</li> </ul> <p>Il Direttore della UOC, il Capotecnico e i rispettivi sostituti, qualora non presenti al momento della chiamata, devono pervenire in Laboratorio entro il più breve tempo possibile. Fino al loro arrivo, il Dirigente di guardia è coordinatore delle attività d'urgenza e se necessario è coadiuvato telefonicamente da Direttore/Capotecnico.</p> <p>Il Direttore (o sostituto) svolge il ruolo di coordinatore del piano di emergenza non appena entra in turno.</p>	
4.	<p>Le unità necessarie in Laboratorio durante l'emergenza sono: 3 TSLB e 2 Dirigenti di guardia.</p> <p>Il Capotecnico (o sostituto) è incaricato delle chiamate a cascata per reperire altre unità tecniche allertando con priorità l'unità reperibile, negli orari coperti da pronta disponibilità.</p> <p>Il Direttore del Laboratorio (o sostituto) contatta il secondo Dirigente.</p> <p>Il criterio di chiamata tiene conto anche della distanza del domicilio degli operatori rispetto al Policlinico Casilino, poichè le unità aggiuntive devono pervenire in ospedale il prima possibile (massimo un'ora dalla chiamata iniziale), in caso di ritardo devono indicare il tempo previsto di arrivo.</p> <p>Qualora l'emergenza si attivi nelle ore diurne si trattiene il personale già in servizio, reperendo esclusivamente le unità mancanti e si pianificano le chiamate per le altre unità dei turni seguenti.</p> <p>Per tutta la durata del piano di emergenza vengono sospese ferie, permessi, recupero ore e congedi.</p>	
5.	<p>Il Direttore della UOC (o sostituto):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• contatta l'unità di crisi al fine di avere aggiornamenti</li> <li>• sospende la lavorazione dei campioni in routine</li> <li>• sospende l'attività di sala prelievi chiedendo al personale infermieristico di sgomberare la sala, informando gli utenti in merito allo stato di emergenza</li> <li>• pianifica la gestione delle urgenze</li> </ul>	

<b><i>ACTION CARD</i></b> <b><i>SAP – SERVIZIO</i></b> <b><i>ASSISTENZA SOCIALE</i></b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione del SAP Servizio Assistenza Sociale lun - ven 8.30 – 19.30 sab e dom 8.30 -14.30 6403 – 6481</b> <b>In tutti gli altri orari e festivi: referente D.ssa Barbacci Ambrogi Francesca cell. 3482217449</b>
1.	Attivata dalla chiamata del centralino, negli orari di apertura del SAP, il personale presente in servizio (6403-6481) chiama la referente Dr.ssa <b>Barbacci Ambrogi Francesca</b>	
2.	La referente si reca in ospedale, si mette a disposizione del CMP	
3.	La referente assistente sociale si reca presso l'Ufficio SAP per la valutazione dei possibili trasferimenti	
4.	La referente, ogni ora a partire dall'attivazione del PEIMAF, si reca presso il triage per ritirare la busta contenente le foto dei pazienti ignoti che via via vi giungono e si rende disponibile per eventuali altre necessità	
5.	Su disposizione dell'unità di crisi la referente individua e contatta i servizi territoriali	
6.	L'assistente sociale contatta le strutture di riferimento di riabilitazione, post-acuzie e hospice, al fine di accelerare e agevolare il trasferimento dei pazienti dimisibili dai reparti.	
7.	L'assistente sociale rimane in contatto costante con il personale medico presso l'area BAR e in Pronto Soccorso; dove necessario e richiesto, valuta e prende contatti con ministri di culto	
8.	Al fine di migliorare l'assistenza ai bambini eventualmente presenti in sala d'attesa, la referente predisporrà materiale ludico e ricreativo (palloncini colorati, giochi, pastelli, ecc..)	



<b><i>ACTION CARD CUCINA</i></b>		<b>Definizione di allertamento ed attivazione della mensa</b>
1.	Attivata dalla chiamata dell'unità di crisi	
2.	Informa il responsabile <b>Sig. Massimiliano Baroni 339.8370911</b>	
3.	Blocco delle attività di uscita dei carrelli dalla cucina in orario antecedente ai pasti	
4.	In corso di vitto i carrelli verranno bloccati nei reparti	
5.	Si coordina con l'unità di crisi per distribuzione viveri in emergenza	

<b><i>ACTION CARD BAR</i></b>		<b>Definizione di allertamento ed attivazione della mensa</b>
1.	Attivata dalla chiamata dell'unità di crisi	
2.	Informa il responsabile <b>Sig. Massimiliano Baroni 339.8370911</b>	
3.	Dispone apertura del locale bar per attesa ricevimento parenti in orario notturno	
4.	Blocco delle attività di somministrazione in orario diurno	
5.	Riorganizza l'area del bar come previsto dal PEIMAF	
6.	Il personale rimane in servizio anche oltre l'orario previsto e fino alla cessazione dello stato di allerta nel posto di assegnazione o altra disposizione impartita al momento	
7.	Vengono bloccate tutte le attività di somministrazione	

<b><i>ACTION CARD Area Tecnico Logistica</i></b>		<b>Definizione di allertamento ed attivazione dell'area tecnico logistica</b>
1.	Attivata dalla chiamata dell'unità di crisi	
2.	Informa il responsabile <b>Geom. Patrizio Fiorentini cell. 3488402438</b> o suo sostituto <b>sig. Claudio Di Fede cell. 3921494459</b>	
3.	Coadiuga il team triage nella preparazione della sala d'attesa del triage aiutando nello spostare le barelle PEIMAF ed il materiale presente nel magazzino PEIMAF esterno.	
4	Il personale rimane in servizio anche oltre l'orario previsto e fino alla cessazione dello stato di allerta nel posto di assegnazione o altra disposizione impartita al momento.	



<b>ACTION CARD MORGUE</b>		<b>ADDETTO DI TURNO</b> <b>Numero codificato 1019</b>
1.	Attivata dalla chiamata dell'unità di crisi	
2.	Le salme vengono prelevate con il solito sistema usato in procedura	
3.	Vengono messe nelle celle frigorifere fino alla completa capienza	
4.	Le salme in eccedenza o quelle in miglior stato di conservazione saranno trasferite nel locale osservazione salme utilizzando una temperatura adeguata	
5.	Nel rispetto dei tempi minimi di osservazione 24 h, al fine di minimizzare problemi igienici, le salme saranno rinchiusi in casse funebri complete di zincatura e corredate dei dati identificativi e della foto del deceduto per ovviare ai problemi igienici rinvenienti	
6.	Per le salme in cattive condizioni di conservazione, sarà adottata la procedura di accertamento rapido della morte (contattare il Coordinamento non medico tel 3488102436) e subito racchiuse in casse idonee.	
7.	Le salme eccedenti la capienza dei locali della camera mortuaria, saranno trasferite per il solo stazionamento nell'obitorio comunale di piazzale del Verano, previa procedura di identificazione anche fotografica. In caso di impossibilità per spazio presso l'obitorio comunale, verranno inviate al cimitero del Flaminio o Verano in attesa delle esequie definitive o riconoscimento dei familiari	

<b>ACTION CARD</b> <b>PARCHEGGIO ESTERNO</b> <b>A PAGAMENTO</b>		<b>Definizione modalità di allertamento ed attivazione parcheggio</b> <b>0687758214 (6.00-20.00)</b> <b>RAPISARDA MATTEO cell. 3487797569</b> <b>BARTOLUCCI EMANUELE cell. 3288073564</b> <b>LA SALA DANIELE cell. 3383319084</b>
1.	Attivata dalla chiamata dell'unità di crisi	
2.	Dispone l'immediata apertura delle barriere d'ingresso del parcheggio (da remoto se in orario serale/notturno).	
3.	Recinta l'area adibita ai mezzi delle forze armate e della stampa, max entro 30 min. arrivo del personale autorizzato (se in orario serale/notturno)	
4.	Rimane a disposizione delle strutture per tutto il tempo necessario allo svolgimento delle operazioni.	

**Allegato 2 Scheda raccolta dati****SCHEDA RACCOLTA DATI**

DA COMPILARE A CURA DEL CMP DEL PRONTO SOCCORSO (medico Verdi 1)

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ora: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Comunicazioni da Ente: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome dell'operatore che allerta il Pronto Soccorso: \_\_\_\_\_

Tipologia dell'Evento		
Località dell'Evento		
Stima numero persone coinvolte		
N° persone da inviare presso Policlinico Casilino		
Gravità delle persone	Patologie Traumatiche	No Traumi
Stima tempi di arrivo in Ospedale		

**SINOTTICO FINALE EVENTO- DOPO CESSATO ALLARME**

N°Pz arrivati: _____	Data _____ / _____ / _____ ora: _____ / _____ / _____
Codice gravità Pronto Soccorso:	Rossi: _____ Gialli: _____ Verdi: _____ Bianchi: _____ Deceduti: _____

***Allegato 3 Kit Atrio / Triage*****KIT ATRIO/TRIAGE**

- 5 REGISTRI ACCETTAZIONE MAF
- 1 MEGAFONO con batterie di riserva
- 5 FORBICI TAGLIABITI
- 5 FORBICI NORMALI
- 16 COPERTE ISOTERMICHE
- PETTORINE CASACCHE (FRATINI): 10 ARANCIONI del TRIAGE – 9 dei ROSSI – 10 dei GIALLI – 10 dei VERDI - 4 BLU dei COORDINATORI - 4 VIOLA STABILIZZAZIONE ROSSI/GIALLI - 4 NERI PER ORTOPEDICO – 4 ROSA PER GINECOLOGICO
- 3 RASOI ELETTRICI con testine monouso
- 1 CONFEZIONE DI RASOI MONOUSO (100)
- 50 PENNE
- EVIDENZIATORI (5 ROSA, 5 GIALLI, 5 VERDI)
- 30 LACCI EMOSTATICI
- 10 LACCI EMOSTATICI A BANDA LARGA
- 20 ROTOLI CEROTTI DI SETA
- 30 PAPPAGALLI MONOUSO
- 30 PADELLE MONOUSO
- 20 KIT DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (OCCHIALI/MASCHERINE/CAMICI)
- CARTELLI PER AREE (TRIAGE – ROSSI – 2 GIALLI – 4 VERDI – BIANCHI – STABILIZZAZIONE ROSSI/GIALLI)

***Allegato 4 Kit pazienti***

## **KIT PAZIENTI**

➤ **100 BUSTE CONTENENTI:**

- Scheda di Triage fast su cui applicare etichetta adesiva numerica a cui è allegata la cartella clinica di maxi-emergenza
- 20 etichette adesive con dicitura MAXIEMERGENZA e numero progressivo da 1 a 100
- Una busta per **richieste** da etichettare al momento dell'utilizzo contenente:
  - 1 richiesta per esami ematici
  - 3 richiesta per la radiologia
  - 2 richieste di sangue
  - Consenso emotrasfusione
  - Parametri trasfusione
  - 2 richieste di consulenze
  - 2 referti Autorità Giudiziaria
  - 2 rapporti di accettazione
  - 1 scheda dimissione MAF
  - 1 ricerca posto letto
- 1 sacchetto trasparente per effetti personali da etichettare al momento dell'utilizzo
- 1 sacco scuro per gli indumenti, da etichettare al momento dell'utilizzo

**Materiale libero:**

- braccialetto di riconoscimento colorato da applicare al polso, non rimuovibile a cui attaccare il numero MAF
- Laccio colorato porta scheda fast per identificazione codice-colore da applicare al collo del paziente

**Allegato 5 Scheda di valutazione fast massiccio afflusso feriti (MAF) – Pol. Casilino.**

<b>NUMERO</b> (attaccare etichetta adesiva)			<b>DATA</b>				<b>ORA</b>		
<b>COGNOME E NOME</b>			<b>DATA DI NASCITA</b>			<b>SESSO</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	
<b>MEZZO SOCCORSO N°</b>			<b>TIPO</b>						
IOT	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ACCESSO VENOSO	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> NO	MONITOR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
SNG	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	SPINALE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	COLLARE CERVICALE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Codice Precedente	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> BLU	Ingresso paziente: azzeramento codice a <b>VERDE</b>			
<b>EMORRAGIA INARRESTABILE</b>	<input type="checkbox"/> SI	<b>ROSSO</b>				<input type="checkbox"/> NO	proseguì		
<b>OSTRUZIONE VIE AEREE</b>	<input type="checkbox"/> SI	<b>ROSSO</b>				<input type="checkbox"/> NO	proseguì		
<b>FR &gt;25 atti/min</b>	<input type="checkbox"/> SI	...passa a <b>GIALLO</b> e proseguì				<input type="checkbox"/> NO	proseguì		
<b>SAT.O2 &lt; 90%</b>	<input type="checkbox"/> SI	<b>ROSSO</b>				<input type="checkbox"/> NO	proseguì		
<b>SAT.O2 tra 90 e 94%</b>	<input type="checkbox"/> SI	...passa a <b>ROSSO</b> se provieni dal giallo ...passa al <b>GIALLO</b> se provieni dal verde				<input type="checkbox"/> NO	proseguì		
<b>FC &gt; 130bpm</b>	<input type="checkbox"/> SI	...passa a <b>GIALLO</b> se provieni dal verde ...proseguì se vieni dal giallo				<input type="checkbox"/> NO	proseguì		
<b>PAS &lt; 100 mmHg</b>	<input type="checkbox"/> SI	...passa a <b>ROSSO</b> se provieni dal giallo ...passa al <b>GIALLO</b> se provieni dal verde				<input type="checkbox"/> NO	proseguì		
<b>AVPU: P/U</b>	<input type="checkbox"/> SI	<b>ROSSO</b>				<input type="checkbox"/> NO	proseguì		
<b>AVPU: V</b>	<input type="checkbox"/> SI	...passa a <b>GIALLO</b> se provieni dal verde				<input type="checkbox"/> NO	<b>FINE</b>		

**A** = vigile e parla **V** = occhi chiusi ma risponde agli stimoli verbali **P** = risposta solo al dolore **U** = incosciente

<b>Sala di destinazione</b>	<b>Note</b>	<b>Codice assegnato</b>		
		<b>R</b>	<b>G</b>	<b>V</b>
<b>Eseguito in triage</b>				
<b>Ora ingresso Sala visita</b>	<b>Operatore Triage</b>			



**Allegato 6a Cartella clinica MAF**

POLICLINICO CASILINO - AREA PS					
CARTELLA CLINICA MAF					
COGNOME		NUMERO (attaccare etichetta)		Ora	
NOME				ALLERGIE	
ANAMNESI:					
ESAME OBIETTIVO:					
FC	PA	SatO2		TC	GCS
ATTIVITA'				TERAPIA	
IOT	SI	NO	Farmaco		Q.tà
Drenaggio toracico			Sin.	Dx.	Ceftriaxone 2 G
Suture:			Ciproxin 400		
			Augumentin 2,2 G		
Medicazioni:			Dopamina		
			Dobutamina		
Richiesta sangue universale	SI	NO	N°	Noradrenalina	
Richiesta sangue Iso Gruppo	SI	NO	N° unità:	Ig Tetano	
Richiesta piastrine	SI	NO	N° unità:	Soluzione Fisiologica	
Richiesta plasma	SI	NO	N° unità:	Soluzione Glucosata 5%	
Note:				Infuplas 500	
				Sangue	
				Plasma	
				Piastrine	
				Ossigeno	

### ***Allegato 6b Cartella clinica MAF***

Parametri/Ora							
FR							
SatO2							
FiO2							
FC							
PA							
Diuresi							
GCS							
TC							

Altro:

Diagnosi		
Destinazione		Ora:
Ora di uscita	Firma del medico	Ricovero:
Ora Decesso		Trasferimento:

**Allegato 7 Ricognizione posti letto****Ricognizione Posti letto**

<i>UOC</i>	<i>PL liberi</i>	<i>PL liberabili</i>
RIANIMAZIONE		
CHIRURGIA GENERALE		
ORTOPEDIA		
CHIRURGIA VASCOLARE		
UROLOGIA/CH. PLASTICA		
MEDICINA 3 PIANO		
MEDICINA 4 PIANO		
MEDICINA D'URGENZA		
CARDIOLOGIA PIANO TERRA		
CARDIOLOGIA 1 PIANO		
OSTETRICIA/GINECOLOGIA		

**Allegato 8 Disponibilità sangue****Disponibilità sangue**

GRUPPO	Rh	Rh
<b>A</b>	N°	N°
<b>B</b>	N°	N°
<b>AB</b>	N°	N°
<b>0</b>	N°	N°

Data

Ora

Matricola

Firma

**Allegato 9a Schema riassuntivo dislocazione personale PS 1 ora**

Area	Giorno		Notte	
	Personale non medico	Personale medico	Personale non medico	Personale medico
<b>Triage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 infermieri di triage</li> <li>- 1 ausiliario di triage</li> <li>- 1 ausiliario IV Unità</li> <li>- 2 vigilanti</li> <li>- 1 OSS del triage</li> </ul>	- 1 medico ps (LO)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 infermieri di triage</li> <li>- 1 ausiliario 1 di triage</li> <li>- 2 vigilanti</li> <li>- 1 OSS del triage</li> </ul>	- 1 medico medicina generale
<b>Quick Area Retro triage Gialli</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 infermieri di PS 1 retrotriaje ed 1 OBI 2</li> <li>- 1 OSS dagli ambulatori cardiologia (condiviso con la sala rossa)</li> <li>- 1 ausiliario radiologia (solo a fine ricoveri H.A.)</li> </ul>	-1 medico di ps CMP (Media Intensità A )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 infermieri di cui 1 retrotriaje ed 1 OBI 2</li> <li>- 1 ausiliario radiologia * (solo a fine ricoveri H.A.)</li> <li>- 1 infermiere dalla Chirurgia Generale (condiviso con la sala rossa)</li> </ul>	-1 medico di ps CMP
<b>St Alta Intensità Rossi/gialli</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 infermieri di ps (2 della sala AI ed 1 IP Rivalutatore ed 1 IP H.A.)</li> <li>- 1 ausiliario sala Sala Alta Intensità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 medico di PS (AI)</li> <li>- 1 rianimatore (6802)</li> <li>- 1 chirurgo di guardia (6806)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 Infermieri di ps 2 della sala AI ed 1 IP OBI7 ed 1 IP H.A.</li> <li>- 1 ausiliario sala Alta Intensità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 medico di PS (AI)</li> <li>- 1 rianimatore (6802)</li> <li>- 1 chirurgo di guardia (6806)</li> </ul>
<b>St Media Intensità A Verdi non deambulanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 infermiere di MI</li> <li>- 1 ausiliario condiviso con Media Intensità B</li> </ul>	1 Medico della Med. Urgenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 infermiere di MI</li> <li>- 1 ausiliario condiviso con Media Intensità B</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgo Vascolare reperibile</li> </ul>
<b>St Media Intensità B Verdi non deambulanti</b>	- 1 infermiere di MI	- 1 Medico PS , st media Intensità B	1 infermiere di MI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cardiologo di guardia (800)</li> </ul>
<b>ambulatori piano -2 Verdi deamb. Bianchi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 IP di PS VB</li> <li>- 1 IP medicina d'urgenza</li> <li>- 1 ausiliario ambulatori cardiologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1° cardiologo di guardia PS (800)</li> <li>-1 Medico Medicina Generale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 infermiere medicina d'urgenza</li> <li>- 1 ausiliario del percorso febbre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urologo reperibile</li> </ul>
<b>HA stabilizzazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 IP di ps 1 di HA e 1 OBI7</li> <li>- 1 OSS dell H.A.</li> <li>- 1 Ausiliario H.A.</li> <li>- 1 IP dall'UTIC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2° medico MO (solo mattina)+ 1 medico (MO-PO) + 2°cardiologo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 IP di H.A.</li> <li>- 1 IP dall'UTIC</li> <li>- 1 OSS dell H.A.</li> <li>- 1 Ausiliario dalla sala operatoria</li> <li>- 1 IP della medicina generale in OBI7</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 medico di PS Stanza Media Intensità B</li> </ul>
<b>Box ortopedico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 infermiere del Box Ortopedico</li> <li>- 1 ausiliario (corridoio)</li> </ul>	- 1 Ortopedico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 IP dell'Ortopedia</li> <li>- 1 Ausiliario condiviso con il Box Ginecologico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ortopedico reperibile</li> </ul>
<b>Box Ginecologico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 ostetrica</li> <li>1 ausiliario</li> </ul>	1 Ginecologo di Ps	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 ostetrica</li> <li>1 ausiliario condiviso con il box ostetrico</li> </ul>	1 Ginecologo di PS

***Allegato 9b Schema riassuntivo dislocazione personale PS 2-3 ora.***

<b>Area</b>	<b>Giorno</b>		<b>Notte</b>	
	<b>Personale non medico</b>	<b>Personale medico</b>	<b>Personale non medico</b>	<b>Personale medico</b>
<b>Stabilizzazione rossi/gialli HA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 infermieri di PS chiamati da casa</li> <li>- 1 OSS aggiuntivo</li> <li>- 1 ausiliario aggiuntivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 medico chiamato da casa del PS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 infermiere di PS chiamato da casa</li> <li>- 1 OSS aggiuntivo</li> <li>- 1 ausiliario aggiuntivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 medico medicina generale chiamato da casa</li> </ul>
<b>Quick Area Retro-triage – area attesa e trattamento gialli</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 infermiere di PS chiamato da casa</li> <li>- 1 ausiliario aggiuntivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 medico chiamato da casa del PS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 infermiere di PS chiamato da casa d</li> <li>- 1 ausiliario aggiuntivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 medico di PS chiamato da casa</li> </ul>
<b>Media Intensità A e B</b>				<ul style="list-style-type: none"> <li>1 medico di PS chiamato da casa</li> </ul>
<b>ambulatori piano -2</b> <b>Verdi deamb. Bianchi</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>-1 infermiere di PS chiamato da casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 medico di PS chiamato da casa</li> </ul>



### *Allegato 10 Scheda sinottica Maf*

# **SCHEDA SINOTTICA - MAF**

*POLICLINICO CASILINO*

N° foglio

## **MAPPA DEI PAZIENTI**

Numero Identificativo	COGNOME	NOME	CODICE TRIAGE	AREA VALUTAZIONE	ESITO
-----------------------	---------	------	---------------	------------------	-------

### *Allegato 11 Percorso entrata pazienti*



## Percorso entrata pazienti

La camera calda per le ambulanze utilizzata sarà il tendone antistante la camera calda ed in caso di sovrappiù di ambulanze la camera calda stessa. I pazienti giunti con ambulanza eseguono il triage nella valutazione triage febbre (percorso celeste):

- Se i pazienti sono confermati codici rossi (vanno ritriaggiati anche i codici rossi nel PEIMAF) entrano in sala rossi.
  - Se gialli: entrano in sala rossi-gialli se c'è disponibilità oppure nella quick area (retrotriage) come seconda stanza visita gialli o restano sempre nella quick area (retrotriage) come attesa gialli.
  - Se verdi non deambulanti vengono posizionati all'interno della ex sala rossa respiratoria(che sarà comunicante con la sala d'attesa per apertura della porta di congiunzione) insieme ai verdi non deambulanti giunti con mezzi propri che sosteranno anche loro in quell'area o comunque a destra rispetto all'ingresso principale.

