

PGF



PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE P.E.I. e P.EVAC.

Redatto ai sensi del
art.43 del D.Lgs. 81/08
D.M. 10/03/1998 art.5 e allegato VIII

Il Direttore Generale

PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE

Redatto ai sensi del
art.43 del D.Lgs. 81/08
D.M. 10/03/1998 art.5 e allegato VIII

STATO DEL DOCUMENTO

EDIZ	REV	SEZ	PAG	MOTIVO	DATA
1	0	1	71	1 ^a stesura	01/03/2006
1	1	1	71	aggiornamento e integrazioni	10/05/2010
2	0	10	101	seconda edizione	09/09/2013
2	1	10	103	aggiornamento e integrazioni	27/01/2014

COPIA

☒ controllata

☐ non controllata

N. 1 / 1 distribuita il _____

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

ADOZIONE DEL PIANO

Commissario Straordinario : Dott. Salvatore Paolo Cantaro

APPROVAZIONE E ATTUAZIONE DEL PIANO

Direttore Sanitario : Dott. Salvatore Giuffrida

Direzione Sanitaria di Presidio : Dott.ssa Anna Maria Longhitano

Direzione Sanitaria di Presidio : Dott. Giuseppe Cardillo

Direzione Sanitaria di Presidio : Dott. Alberto Favetta

SOGGETTI INCARICATI PER LA DIFFUSIONE E APPLICAZIONE

Tutti i Dirigenti Responsabili delle Unità Operative aziendali

SOGGETTI INCARICATI DELLA VIGILANZA SULL' APPLICAZIONE

Tutti i Preposti delle Unità Operative aziendali

SOGGETTI INCARICATI DELLA CORRETTA APPLICAZIONE

Tutti gli operatori delle Unità Operative aziendali

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 3 di 101

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

RESPONSABILE DELLA GESTIONE DELLE EMERGENZE

Dott. Giuffrida Salvatore

Dott.ssa Longhitano Anna Maria

Dott. Cardillo Giuseppe

Dott. Favetta Alberto

ADDETTI ALLA SQUADRA DI PRONTO INTERVENTO

(turno mattina -pomeriggio) (minimo n.6 unità)

Bonadonna Ignazio

Conti Mario

Di Salvo Rocco Riccardo

Burgaretta Marcello

Bonaccorso Salvatore

Conte Dario

Balsamo Pietro

Defontes Salvatore

+ n. 3 dipendenti della ditta Ecosfera specificatamente designati)

(turno prefestivo e festivo- mattina -pomeriggio)

n. 6 dipendenti della ditta Ecosfera specificatamente designati)

(turno notturno)

n. 4 dipendenti della ditta Ecosfera specificatamente designati)

ADDETTI ALLA SQUADRA ANTINCENDIO

tutti i dipendenti in turno nei reparti in possesso dell' attestato di idoneità tecnica e delega da parte del datore di lavoro

ADDETTI ALLA SQUADRA DI PRIMO SOCCORSO

tutti i dipendenti in turno ricoprenti i ruoli di medico o infermiere professionale

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 4 di 101

FINALITÀ'

L'ospedale è una struttura che racchiude in se numerosi elementi di rischio che possono generare eventi nefasti.

Il verificarsi di questi eventi, oltre ai danni alle persone, potrebbe avere conseguenze socialmente pesanti: pensiamo all'interruzione dei servizi diagnostici e terapeutici, alla riduzione dei posti letto disponibili, ai danni alle strutture, alle attrezzature, ai macchinari.

Queste considerazioni meglio aiutano a comprendere come la prevenzione e la gestione delle Emergenze sia per l'Azienda un obiettivo costantemente da perseguire.

Si rende quindi indispensabile la predisposizione del PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE, ossia di uno strumento in grado di accrescere la capacità e la rapidità di intervento mediante:

- la **STRATEGIA** = definizione dei compiti
- la **TATTICA** = modalità con cui svolgerli
- la **LOGISTICA** = strumenti necessari per svolgere i compiti definiti

e di perseguire i seguenti obiettivi:

- salvaguardare la sicurezza delle persone
- minimizzare i danni materiali
- prevenire gli aspetti evolutivi dell'incidente
- ripristinare rapidamente le normali condizioni di servizio e di sicurezza

NOTA:

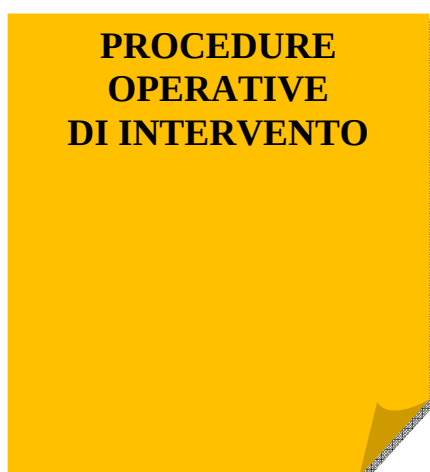
Nell'attesa del completo adeguamento dell' Azienda Ospedaliera alle norme di prevenzione incendi, secondo i progetti approvati e in via di approvazione presso il locale Comando dei Vigili del Fuoco, il presente Piano di Emergenza Incendio è stato elaborato tenendo presente l'attuale situazione strutturale, impiantistica nonché la dotazione di attrezzature e di dispositivi disponibili.

STRUTTURA DEL PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE



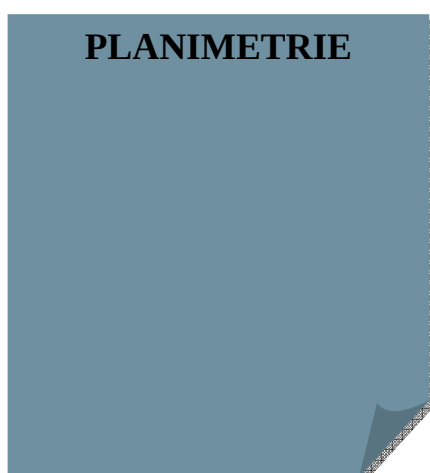
PIANO GESTIONE EMERGENZE

Il presente fascicolo contenente tutte le informazioni tecniche, tipologiche ed organizzative che consentono di gestire gli stati di emergenza prevedibili.



ALLEGATO 1

Il fascicolo contenente tutte le procedure operative di intervento destinate agli operatori individuati nel piano.



ALLEGATO 2

Il fascicolo contenente le planimetrie tecniche di localizzazione degli impianti e le planimetrie di evacuazione dei reparti dell'azienda ospedaliera.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 6 di 101

CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, “Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”,
- Decreto Ministeriale 15 settembre 2005, “Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per i vani degli impianti di sollevamento ubicati nelle attività soggette ai controlli di prevenzione incendi”;
- Circolare n. 4 del Ministero degli Interni del 1 marzo 2004, “Linee guida per la valutazione della sicurezza antincendio nei luoghi di lavoro ove siano presenti delle persone disabili”;
- Decreto Ministeriale 18 settembre 2002, “Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l’esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private”;
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Protezione Civile - Servizio Emergenza Sanitaria, “Pianificazione dell’Emergenza Intraospedaliera a fronte di una Maxi-emergenza” - Settembre 1998;
- Decreto Ministeriale 10 marzo 1998, “Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell’emergenza nei luoghi di lavoro”;
- ARESS Reg Piemonte - Linee guida regionali per la strutturazione di un piano di emergenza interna ed evacuazione.
- Circolare n.1292 del 25/25/2012 "Linee Guida per il regolamento aziendale per l'organizzazione e la gestione della sicurezza nelle aziende sanitarie della regione siciliana"

DATI STATISTICI RIFERITI AGLI OSPEDALI

Nel presente PGE vengono presi in considerazione una serie di eventi negativi che possono verificarsi in complessi ospedalieri.

Il rischio più elevato è quello di incendio e, in tal caso, è noto che i maggiori danni alle persone sono prodotti dalla diffusione dei fumi che, oltre a creare panico, rendono difficili le condizioni di sfollamento.

Nella seguente tabella, a titolo informativo, si riportano le cause accertate di decessi, in ambito ospedaliero, a seguito di incendio (pubblicazione Dott. Ing. I. Tiezzi, già Ispettore Generale Capo VV.F.):

avvelenamento da ossido di carbonio	50% dei casi
ustioni, turbe cardiache	40% dei casi
Non accertato	10% dei casi

Nella stessa pubblicazione si riporta la stima relativa alle probabilità di incendio correlata alle singole destinazioni delle aree del complesso ospedaliero.

ZONE OSPEDALIERE	PROBABILITÀ (%)
Area raccolta rifiuti	16
Laboratori	13
Aree per lavaggio	12
Aree non occupate da pazienti	11
Locale per macchinario	9
Aree magazzino - Gabinetti medici ospedalieri	8
Area di ricerca	8
Spacci e rivendite	7
Aree occupate da pazienti	6
Altre aree	8
Uffici	2

Secondo le statistiche, le ore a maggior rischio di incendio, con conseguenze gravi, sono quelle notturne, con punte massime intorno alle ore 22.00.

Le fasce di età colpite da conseguenze gravi a causa di incendio risultano essere quelle da 0 a 10 anni e quella oltre i 60.

GLOSSARIO

APA – Area Protetta di Attesa – È un’area non attrezzata destinata alla prima accoglienza delle vittime evacuate dalla struttura, al riparo dagli eventuali rischi evolutivi o dotata di sistemi di protezione dalle fiamme e dal fumo.

All’interno di quest’area le vittime potranno ricevere le prime cure sanitarie in attesa dell’allestimento di altre aree di ricovero provvisorio o dell’evacuazione presso altre strutture ad opera del SET

Catastrofe – È quella maxiemergenza in cui il numero delle vittime e la gravità dell’evento superano la capacità di risposta dei servizi di emergenza locali

CNVF – Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco - Fa parte del Dipartimento dei Vigili del Fuoco, del Soccorso Pubblico e delle Difesa Civile del Ministero degli Interni

COGE – Centrale Operativa per la Gestione Emergenze – Area individuata all’interno del Piano dalla quale verranno coordinate tutte le operazioni rivolte a far fronte all’evento. Questa area può trovare la sua ubicazione presso un servizio operativo 24 ore su 24 per le strutture in regime di ricovero o in un servizio che operi per tutta la durata dell’apertura in quelle strutture territoriali che operino a servizio principalmente diurno (Poliambulatori, SERT, ecc...)

DSP - Direttore Sanitario di Presidio

Incidente Maggiore – È quella maxiemergenza in cui il numero di vittime e la gravità dell’evento non superano la capacità di risposta dei servizi di emergenza locali

Maxiemergenza – Si definisce maxiemergenza un qualsiasi incidente che comporti un elevato numero di vittime e che sia in grado di mettere in difficoltà il sistema di risposta istituzionale. I due livelli della maxiemergenza sono: catastrofe ed incidente maggiore

PEI – Piano di Emergenza Interno – Comprende tutti i protocolli e le procedure necessarie a far fronte ad un determinato evento, il cui accadimento è ipotizzabile dall’analisi del rischio.

PEIMAF – Piano di Emergenza Interno per il Massiccio Afflusso di Feriti – È il piano che nasce dall’esigenza di far fronte alla gestione di un improvviso e massiccio afflusso di feriti che supera le capacità ordinarie di farvi fronte; tutte le vittime devono giungere dal medesimo sito eventuale ed essere affette dalla medesima patologia prevalente (solitamente traumatica). Il PEIMAF permette la riallocazione delle risorse ospedaliere in attesa dei rinforzi provenienti dall’esterno, garantendo una modularità di risposta in base ai bisogni presenti che non saranno costanti nel tempo. All’Interno del PEIMAF trovano risposta non solo i bisogni di tipo sanitario, ma anche quelli di tipo sociale e comunicativo verso la popolazione, i media e le istituzioni

PEVAC – Piano di Evacuazione – Comprende tutte le procedure necessarie per far fronte all’evacuazione totale o limitata di una struttura sanitaria. Il PEVAC può comprendere delle procedure specifiche per determinati servizi (come ad esempio il Blocco Operatorio) che per le loro caratteristiche non possono seguire le procedure di servizi con caratteristiche “di base”

PO – Presidio Ospedaliero – Insieme di una o più strutture di una Azienda Sanitaria in cui si erogano prestazioni clinico-assistenziali in regime di ricovero. Queste strutture sono caratterizzate dall’approccio multi professionalee multispecialistico ed affrontano patologie

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 9 di 101

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

medico-chirurgiche che per acuzie e/o complessità diagnostico-terapeutica o intensità del bisogno assistenziale, non sono trattabili in regime domiciliare, ambulatoriale, residenziale o semi-residenziale

SET – Servizio di Emergenza Territoriale – Più comunemente conosciuto come Sistema 118, è il servizio che ha il compito, su tutto il territorio nazionale, di organizzare e gestire l'intero sistema di emergenza, dal momento del ricevimento della chiamata (evento) fino al ricovero della vittima presso i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione

SEP – Squadra Evacuazione Pazienti – È una squadra virtuale composta dal personale presente nella struttura dei reparti non interessati dall'evento. Interviene, attivata dalla SPI e sotto sua diretta supervisione, nel reparto interessato dall'evento per collaborare nell'evacuazione dei pazienti presenti che non possono mobilizzarsi autonomamente. Può avvalersi di presidi idonei alla mobilitazione in queste particolari situazioni (coltrini portaferiti, sedie a frizione, ecc...)

SPI – Squadra di Pronto Intervento – Nucleo di una o più persone che, dopo specifica formazione in base al DM 10 marzo 1998 (corso C, per addetti antincendio in attività a rischio di incendio elevato), mettono in atto le procedure previste dal Piano di Emergenza Interna aziendale, al fine di attuare azioni antincendio e/o di contenimento dell'evento, iniziare le procedure di evacuazione e collaborare con il CNVF per fornire le necessarie informazioni sulla struttura al loro arrivo

E' costituita da personale specializzato nei ruoli tecnici manutentivi.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 10 di 101

DESCRIZIONE OSPEDALE

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

DESCRIZIONE DELL'OSPEDALE

1.1. Descrizione generale

OSPEDALE "CANNIZZARO" AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA

di riferimento regionale di 3° livello per l'emergenza

Indirizzo: Via Messina 829 – 95126 Catania

Posizione CCIAA (num .repertorio econ. amministr.): 294997

Posizione INAIL (codice Ditta) 04820945/65

C.F. P.IVA 04721280875

DIREZIONE:

Commissario Straordinario: **Dott. Salvatore Paolo Cantaro**

Direttore Sanitario: **Dott. Salvatore Giuffrida**

Direttore Amm.vo: **Dott. Marco Restuccia**

Dir. Sanitario di Presidio: **Dott. Salvatore Giuffrida**



Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 12 di 101

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

Nominativo: **Geom. Antonino Sciortino**

ADDETTI AL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

Nominativo: **Geom. Maria Grazia Strano**

NUMERO DI LAVORATORI: 1452 (rilevazione al **04/02/2014**)

Medici dipendenti: 410

Medici non dipendenti: 15

Dirigenti: 24

Sanitari: 832

Tecnici: 61

Amministrativi: 98

Co.Co.Co.: 2

Part-time: 10

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 13 di 101

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

ADDETTI AL SERVIZIO ANTINCENDIO E GESTIONE DELLE EMERGENZE

Con attestato di idoneità tecnica per aziende ad elevato rischio di incendio (DM 10/03/98)

N°	NOMINATIVO	REPARTO
1	ANFUSO LAURA	118
2	FERRARO EMILIO	118
3	LOMBARDO VINCENZA	118
4	MANGIAGLI MARIA	118
5	MARCONI ANTONIO	118
6	SCALIA DOMENICO	118
7	TOSTO ANDREA	118
8	VASTA ROSARIO	118
9	ZOCCO MARIA CONCETTA	118
10	VITANZA SALVATORE	ACCETTAZIONE RICOVERI
11	TRISCARI MARISA	AMB. MALATTIE GASTRO INTESTINALI
12	VENTI GAETANO	ANATOMIA PATOLOGICA
13	AMENDOLAGINE VALERIA	CAMERA IPERBARICA
14	MAUGERI SALVATORE	CAMERA IPERBARICA
15	GRASSO LUCIA	CARDIOANESTESIA (TIPO)
16	GALATI GAETANO	CARDIOLOGIA
17	TROMBETTA MARIA	CARDIOLOGIA
18	ARCIDIACONO GAETANA	CENTRO GRANDI USTIONATI
19	PASSALACQUA CLAUDIO	CENTRO GRANDI USTIONATI
20	D'AMICO GIOVANNA	CENTRO TRASFUSIONALE
21	MANISCALCO GIUSEPPA	CENTRO TRASFUSIONALE
22	RUGGERI SILVESTRA	CENTRO TRASFUSIONALE
23	ZAPPALÀ GIUSEPPA	CENTRO TRASFUSIONALE
24	D'ARRIGO GAETANO	CHIRURGIA D'URGENZA
25	BONFISSUTO GIUSEPPE	CHIRURGIA D'URGENZA
26	PATTI GIUSEPPE	CHIRURGIA D'URGENZA
27	SANZO GIUSEPPE	CHIRURGIA D'URGENZA
28	COSTANZO GRAZIA	CHIRURGIA PLASTICA
29	DI MAURO FILIPPO	CHIRURGIA PLASTICA
30	GENNARO GIUSEPPE	CHIRURGIA PLASTICA
31	GULISANO SALVATORE	CHIRURGIA PLASTICA
32	RAPISARDA NUNZIATA	CHIRURGIA PLASTICA
33	VARVERI NUNZIATA	CHIRURGIA PLASTICA
34	CATANZARO ALFREDO	CHIRURGIA URGENZA
35	OCCIPITE CARLO	CHIRURGIA URGENZA
36	RIBILOTTA ANTONIETTA	CHIRURGIA URGENZA
37	RIMINI SANTA	CHIRURGIA URGENZA
38	SALVÀ GAGLIOLO RITA	CHIRURGIA URGENZA
39	FISICHELLA CARMELA MARIA	DAY HOSPITAL
40	PULIGNANO CINZIA	DAY HOSPITAL
41	LEONTINO MARGHERITA	DIALISI NEFROLOGIA

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 14 di 101

PGE		PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
42	DI MARIA GIULIA	DIETOLOGIA	
43	LOMBARDO BENEDETTA	DIPARTIMENTO IMMAGINE	
44	MAIOLINO ENZO	DIPARTIMENTO IMMAGINE	
45	SCALIA ORAZIO	DIPARTIMENTO IMMAGINE	
46	SCIACCA LOREDANA	DIPARTIMENTO IMMAGINE	
47	MONTERA SALVATORE	DIPARTIMENTO IMMAGINE	
48	PATTI GIOVANNA	DIPARTIMENTO IMMAGINE	
49	BONADONNA IGNAZIO	DIREZIONE SANITARIA	
50	DI SALVO ROCCO	DIREZIONE SANITARIA	
51	LA TRAGNA ASSUNTA	DIREZIONE SANITARIA	
52	CARUSO MICHELANGELO	EMODINAMICA	
53	MELAROSA ALFIO	FARMACIA	
54	TOMASELLO GIUSEPPE	FARMACIA	
55	CURRENTI ANTONIETTA	FONOCHIRURGIA	
56	LO FARO GIUSEPPE	FONOCHIRURGIA	
57	AGATI NUNZIATINA	GINECOLOGIA	
58	NIGRO VALENTINA	GINECOLOGIA	
59	GIANNINO CATERINA	LABORATORIO ANALISI	
60	PISTORIO SALVATORE	LABORATORIO ANALISI	
61	SCATTINA MARCELLA	LABORATORIO ANALISI	
62	CRIMI ANTONIO	MALATTIE INFETTIVE	
63	DI MARCO CARMELO	MALATTIE INFETTIVE	
64	LICCIARDELLO FRANCESCO	MALATTIE INFETTIVE	
65	CUCINOTTA NOEMI	MEDICINA GENERALE	
66	MONACO ROSARIO	MEDICINA GENERALE	
67	MESSINA ANTONINO	MEDICINA GENERALE	
68	ANDOLINA ROSARIA	MEDICO COMPETENTE	
69	MASCALI ADALGISA	NEFROLOGIA E DIALISI	
70	BRANCATO MARIA	NEONATOLOGIA	
71	BOMBACI P. ANNA	NEUROCHIRURGIA	
72	GRASSO FRANCESCO	NEUROCHIRURGIA	
73	LA COGNATA ROSETTA	NEUROCHIRURGIA	
74	LA PORTA GAETANO	NEUROCHIRURGIA	
75	LONGO VENERA	NEUROCHIRURGIA	
76	MAIRA ANDREA	NEUROCHIRURGIA	
77	SAMPERI ANGELO	NEUROCHIRURGIA	
78	VIGLIANISI ALESSANDRO	NEUROCHIRURGIA	
79	ATTINÀ ANTONINA NUNZIA	NEUROLOGIA	
80	FRANCO GIOVANNI	NEUROLOGIA	
81	PALMISANO ANTONIO	NEUROLOGIA	
82	NORELLI ANTONELLA	ODONTOIATRIA	
83	BAUDO ALFIO	ORTOPEDIA	
84	BONAFIGLIA ANTONIO	ORTOPEDIA	
85	GALATI GIORDANO M.E	ORTOPEDIA	
86	GENUINO LAURA	ORTOPEDIA	

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 15 di 101

PGE		PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
87	MALGERI OLGA	ORTOPEDIA	
88	MIRAGLIA GRAZIA	ORTOPEDIA	
89	TOMASI ALESSANDRA	ORTOPEDIA	
90	VACANTE GIOVANNI	ORTOPEDIA	
91	CANGEMI FABIO	OTORINO – OCULISTICA	
92	MARGARONE MARIA LAURA	OTORINO – OCULISTICA	
93	CALTABIANO CONCETTA	PEDIATRIA	
94	LO CASCIO ROSARIO	PEDIATRIA	
95	MUSUMECI LUIGI	PIANO – 1 MONO B	
96	MUSUMECI LUIGI	PRONTO SOCCORSO	
97	MUSUMECI SEBASTIANO	PRONTO SOCCORSO	
98	ARCIDIACONO GRAZIA	QUARTIERE OPERATORIO 1°	
99	MUSUMECI AGATA	QUARTIERE OPERATORIO 2°	
100	PACINO ALFIO	QUARTIERE OPERATORIO 2°	
101	SQUATRITO PAOLO	QUARTIERE OPERATORIO PS	
102	PESCE NUNZIO	RADIOLOGIA	
103	POMETTI ROBERTO	RADIOLOGIA PS	
104	NOMINATIVO	REPARTO	
105	BLANCO GIOVANNINO	RIABILITAZIONE FISICA	
106	GALATI GIORDANO GRAZIELLA	RIABILITAZIONE FISICA	
107	MUSUMECI GABRIELLA	RIABILITAZIONE FISICA	
108	CONSOLI DONATELLA	SETTORE PERSONALE	
109	BONACCORSO SALVATORE	SETTORE TECNICO E PATRIMONIALE	
110	GUGLIELMINO GIOVANNI	STERILIZZAZIONE	
111	MUSUMECI AGATA	STERILIZZAZIONE	
112	NICOLOSI ROBERTO	STERILIZZAZIONE	
113	LEONARDI DOMENICO	SUES 118	
114	BRANCATO FILADELFO	TERAPIA INTENSIVA - RIANIMAZIONE	
115	CRISPI SALVATORE	TERAPIA INTENSIVA - RIANIMAZIONE	
116	SORTINO MATTEO	TERAPIA INTENSIVA - RIANIMAZIONE	
117	ANZALONE AGATA	U.T.I.C.	
118	FRAZZITTA ROSARIA	U.T.I.C.	
119	TOCCO GIOVANNI	U.T.I.C.	
120	BARBAGALLO ANTONELLA	UNITA' SPINALE	
121	BELLUSO VERA	UNITA' SPINALE	
122	CAVALLARO LUCIA	UNITA' SPINALE	
123	D'ANGELO GIUSEPPINA	UNITA' SPINALE	
124	LA ROSA FRANCO	UROLOGIA	
125	PLATANIA GIOVANNA	UROLOGIA	
126	VIGLIANISI CARLO	UTIR	

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

ADDETTI FORMATI NELL'ANNO 2013		
N°	NOMINATIVO	REPARTO
1	DI PASQUALE MARIA BARBARA	ANESTESIA RIANIMAZIONE 1
2	RANNO MARIA	CARDIOANESTESIA
3	FERRO NICOLA	CARDIOLOGIA
4	SOPRANO MARIA CARMELA	CARDIOLOGIA
5	ARCIDIACONO GAETANA	CENTRO GRANDI USTIONI
6	ARCIDIACONO MARIA GRAZIA	CENTRO GRANDI USTIONI
7	SCUDERI GRAZIA	CENTRO GRANDI USTIONI
8	FRANCO MATILDE	CENTRO PET
9	IPPOLITO MASSIMO	CENTRO PET
10	RAO ARIANNA LUCIA	CENTRO PET
11	SCOPELLITI FABRIZIO	CENTRO PET
12	CASTRO MARIA	GRUPPO OP. 1
13	SCHILIRO' MARGHERITA	GRUPPO OP. 1
14	PARISI RICCARDO	GRUPPO OP. 1
15	PRIVITERA SANTO MARIA	GRUPPO OP. 2
16	SCIUTO GIUSEPPE	GRUPPO OP. 2
17	PISTONE SALVATORE	GRUPPO OP. P.S.
18	RUSSO GRAZIA	GRUPPO OP. P.S.
19	ARCIDIACONO SALVATORE	GRUPPO OP. P.S.
20	MICALE DOMENICO	IMMUN. - TRASFUSIONALE
21	LAZZARA FRANCESCO	MED.URGENZA-P.SOCCORSO
22	L'EPISCOPO ROSAURA	MED.URGENZA-P.SOCCORSO
23	TRIFILETTI MARIA	MEDICINA
24	MARCONI ANTONIO	NEFROLOGIA
25	BARBAGALLO ANTONELLA	NEONATOLOGIA
26	LEONARDI GRAZIA	NEONATOLOGIA
27	GIUSTO ROSALBA	NEUROCHIRURGIA
28	CAPONNETTO MASSIMO	NEUROLOGIA
29	DI MARIA GIULIA	NEUROLOGIA
30	LA ROSA MARIA ANNA	NEUROLOGIA
31	SCIUTO VIVIANA	NEUROLOGIA
32	RUSSO BARBARA	OST. GINECOLOGIA
33	CONSOLI DONATELLA	PERSONALE
34	STARVAGGI GIANPAOLO	RADIOLOGIA
35	MARLETTA FRANCESCO GIUSEPPE	RADIOTERAPIA
36	RALLO FRANCESCO	RADIOTERAPIA
37	TAMBURO MARIA SIGNORELLA	RADIOTERAPIA
38	SCIORTINO ANTONINO	S.P.P.
39	STRANO MARIA GRAZIA	S.P.P.
40	BARRILE SIMONA	SENOLOGIA
41	FUSTANEO DONATELLA LUCIA	SENOLOGIA
42	MARCHESE SALVATORE	SENOLOGIA
43	MONTALTO MARIO NATALE	SENOLOGIA

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 17 di 101

PGE		PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
44	MOSCA ELENA	SENOLOGIA	
45	CALANDRA SALVATORE	SETTORE PERSONALE	
46	CUOMO FRANCESCO	UNITÀ SPINALE	
47	DI TERMINI LUIGI	UNITÀ SPINALE	
48	METALLO LOREDANA	UNITÀ SPINALE	
49	MODICA MICHELE	UNITÀ SPINALE	
50	CAVALLARO RITA MARIA VENERA	UROLOGIA	
51	GIARDINA LEONORA	UROLOGIA	
52	RAPISARDA ANTONINO	UROLOGIA	

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 18 di 101

1.2. Destinazioni d'uso degli edifici

Il complesso ospedaliero è posto su una superficie collinare di circa 16 ettari, degradante sul mare, nella zona est di Catania, in direzione di Acireale.

È fornito di due ingressi: uno a Nord, l'altro a Sud, collegati da una rete viaria interna, servita da mezzi pubblici e da ambulanze.

Dal punto di vista strutturale, il Cannizzaro si compone di più edifici, secondo un assetto sia a padiglioni, sia a monoblocco.

In particolare il Monoblocco presenta una configurazione a due torri collegate tramite una piastra dei servizi.

All'interno di tale edificio sono concentrati la maggior parte dei servizi ospedalieri, col vantaggio di agevolare, grazie alla vicinanza tra i reparti, il trattamento multidisciplinare delle patologie.

In tutti i piani delle due torri, inoltre, l'area destinata alla degenza ed ai servizi è stata differenziata da quella utilizzata per il personale sanitario.

Per quanto concerne, invece, il collegamento con i padiglioni preesistenti, risalenti al 1989, questo è assicurato da un tunnel che congiunge il Monoblocco all'edificio, dove sono situati i reparti di Ostetricia-Ginecologia ed Ortopedia.

Inoltre, nella struttura trova posto il Dipartimento Emergenza – Urgenza, dotato delle più moderne attrezzature e di comodi ambienti con tre ambulatori d'emergenza (per la Chirurgia D'Urgenza, la Medicina D'Urgenza e la Pediatria), due sale operatorie dedicate esclusivamente all'urgenza, due posti di recovery room, tre sale radiologiche e una sala TAC, il Trauma Center dedicato ai pazienti più gravi ed un'osservazione tecnica breve e il triage.

Infine da annoverare la presenza di un centro per Neurochirurgia mini-invasiva con Gamma Knife che consiste in una procedura tecnologicamente avanzata e non invasiva, che utilizza raggi gamma per trattare in modo efficace e sicuro varie patologie del cervello e dei tessuti circostanti, senza necessità di aprire la scatola cranica, come per un intervento tradizionale.

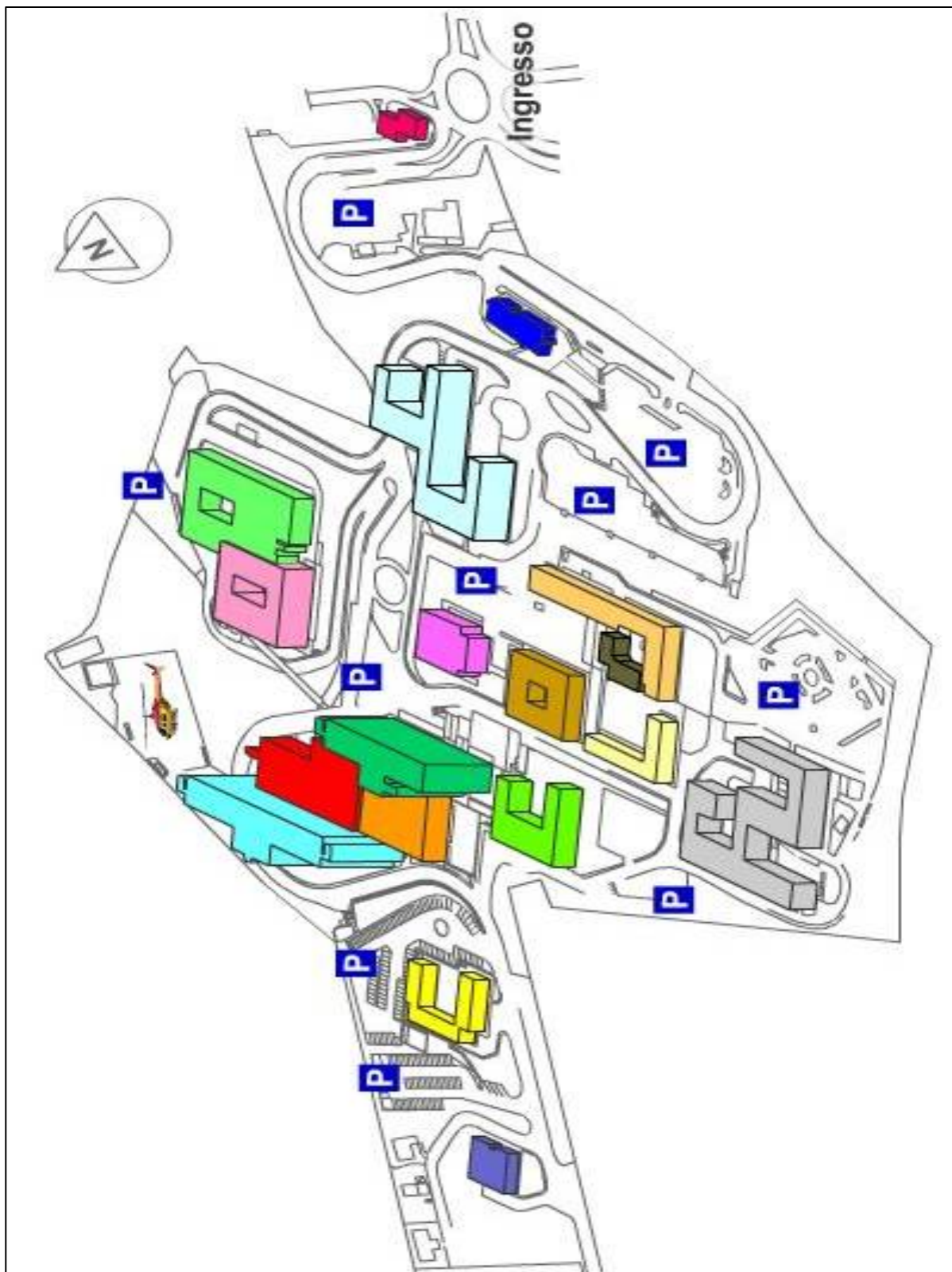
Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 19 di 101

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	---	---

All'interno del presidio si trovano i seguenti edifici:

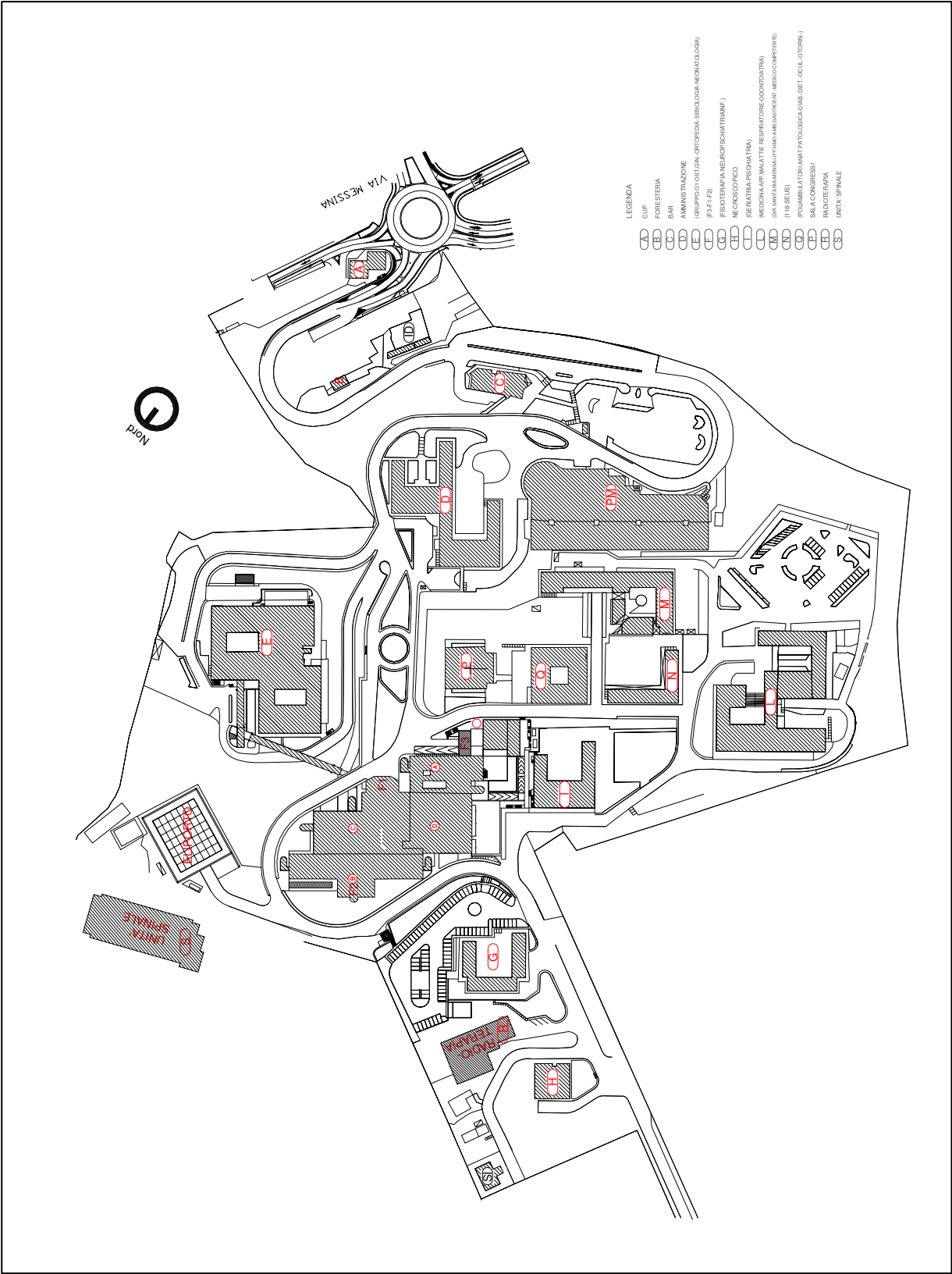
SIGLA EDIFICIO	EDIFICIO
A	C.U.P.
B	Foresteria
C	Bar
D	Amministrazione
E	Gruppo O.1 – Dipartimento Materno Infantile - Ortopedia
F	Complesso Polifunzionale
	EDIFICIO F1
	EDIFICIO F2
	EDIFICIO F3
G	Fisioterapia
H	Necroscopico
I	Divisione di Salute Mentale - Geriatria
L	Plesso Medico
M	Servizi sanitari – Uffici
N	Servizio di 118 - SEUS
P	Chiesa - auditorium
Q	Centro Poliambulatoriale
R	Radioterapia
S	Unità Spinale
PM	Parcheggio multipiano

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 20 di 101

1.3. PLANIMETRIA 3D DELL' AZIENDA OSPEDALIERA CANNIZZARO

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 21 di 101

1.4. PLANIMETRIA con indicazione degli edifici



1.5. CLASSIFICAZIONE AI FINI ANTINCENDIO

Il 22 settembre 2011 è stato pubblicato sulla G.U. il D.P.R. 1 agosto 2011, n. 151, riguardante lo Schema di regolamento per la disciplina dei procedimenti relativi alla prevenzione incendi.

Il nuovo regolamento, recependo quanto previsto dalla legge del 30 luglio 2010, n. 122 in materia di snellimento dell'attività amministrativa, individua le attività soggette alla disciplina della prevenzione incendi ed opera una sostanziale semplificazione relativamente agli adempimenti da parte dei soggetti interessati.

Tale regolamento attualizza l'elenco delle attività sottoposte ai controlli di prevenzione incendi e, introducendo il principio di proporzionalità, correla le stesse a tre categorie, A, B e C, individuate in ragione della gravità del rischio piuttosto che della dimensione o, comunque, del grado di complessità che contraddistingue l'attività stessa. Inoltre, individua, per ciascuna categoria, procedimenti differenziati, più semplici rispetto agli attuali procedimenti, con riguardo alle attività ricondotte alle categorie A e B.

L'individuazione, nell'allegato 1 del D.P.R. di distinte categorie, A, B e C, ha permesso la modulazione degli adempimenti procedurali e, in particolare:

_ nella categoria A sono state inserite quelle attività dotate di 'regola tecnica' di riferimento e contraddistinte da un limitato livello di complessità, legato alla consistenza dell'attività, all'affollamento ed ai quantitativi di materiale presente;

_ nella categoria B sono state inserite le attività presenti in A, quanto a tipologia, ma caratterizzate da un maggiore livello di complessità, nonché le attività sprovviste di una specifica regolamentazione tecnica di riferimento, ma comunque con un livello di complessità inferiore al parametro assunto per la categoria 'superiore';

_ nella categoria C sono state inserite le attività con alto livello di complessità, indipendentemente dalla presenza o meno della 'regola tecnica'.

Nella tabella seguente si riporta l'estratto dell'Allegato 1 "Elenco attività soggette alle visite e ai controlli di Prevenzione Incendi" contenuto nel D.P.R. 151/2011 art. 2 "Finalità ed ambito di applicazione".

N	ATTIVITÀ	CATEGORIA		
		A	B	C
68 Ex attività 86 DM 16.02.1982	Strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o residenziale a ciclo continuativo e/o diurno, case di riposo per anziani con oltre 25 posti letto; Strutture sanitarie che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, di superficie complessiva superiore a 500 mq	Fino a 50 posti letto Strutture riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio fino a 1000 mq	Fino a 100 posti letto Strutture riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio oltre 1000 mq	Oltre 100 posti letto

Pertanto l'Azienda ospedaliera si colloca nella categoria C.

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

Per gli ospedali e le strutture sanitarie, il D.M. 18 settembre 2002 "Regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione costruzione ed esercizio delle strutture sanitarie, pubbliche e private" pubblicato il 27.12. 2002 sulla G.U., ha stabilito i criteri di riferimento in materia di prevenzione incendi, le misure da adottare e le opere da realizzare.

Inoltre ai fini antincendio, ha classificato le aree delle strutture sanitarie secondo la seguente tabella:

CLASSE	TIPOLOGIA AREA	ACCESSO AI PAZIENTI	AREA
A	A rischio specifico	No	• Centrale termica • Sterilizzazione • Gruppi elettrogeni • Serbatoi ossigeno • Locali UPS
B	A rischio specifico per operatori	No	• Laboratori • Farmacia • Magazzini • Depositi
C	Destinate ad attività medico sanitarie non di degenza	Si	• Poliambulatori • Radiodiagnostica • Day hospital
D	Destinate a degenza	Si	• Degenze • Pronto Soccorso • Sale operatorie • Rianimazione • Terapia intensiva
E	Attività di servizio	No	• Uffici amministrativi • Sale riunioni • Mensa

CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO INCENDIO

Secondo la classificazione del Decreto Ministeriale del 10.03.1998, "Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro" sono da considerare come luoghi a rischio di incendio elevato quei locali ove, indipendentemente dalla presenza di sostanze infiammabili e dalla facilità di propagazione delle fiamme, l'affollamento degli ambienti, lo stato dei luoghi o le limitazioni motorie delle persone presenti, rendono difficoltosa l'evacuazione in caso di incendio.

Pertanto si classificano a rischio elevato di incendio le strutture e i reparti dell'azienda in quanto è sempre possibile e molto probabile la presenza di persone non autosufficienti.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 24 di 101

1.6. Tipologia delle strutture

Dal punto di vista strutturale, il Cannizzaro si compone di più edifici, secondo un assetto sia a padiglioni, sia a monoblocco. In particolare il Monoblocco presenta una configurazione a due torri collegate tramite una piastra dei servizi

1.7. Accessi

Attraverso i percorsi veicolari sulla via Messina e sulla via Sgroppillo è garantito l'ingresso alle aree dell' Azienda Ospedaliera Cannizzaro da parte dei mezzi dei VVF. Tutti gli edifici sono accostabili dalle autoscale dei Vigili del Fuoco almeno da una facciata.

Gli accessi indicati rispettano i requisiti stabiliti dal D.M. 18/09/2002 al fine di garantire la possibilità di ingresso alle aree, per mezzo di percorsi con le seguenti caratteristiche:

- larghezza minima 3,50 m
- altezza libera 4 m
- raggio di svolta 13 m
- pendenze non superiori al 10%

1.8. Viabilità interna e accostamento mezzi di soccorso

La viabilità interna risulta adeguata alle necessità dei mezzi di soccorso, purché si faccia rispettare il divieto di parcheggio degli automezzi fuori dagli spazi delimitati.

1.9. Mezzi e sistemi finalizzati ad operazioni di spegnimento

I mezzi antincendio, finalizzati puramente ad operazioni di spegnimento, sono suddivisibili in due categorie: mezzi fissi e mezzi mobili.

Mezzi fissi.

- Rete idrica antincendio collegata a serbatoio piezometrico
- Attacchi motopompa ausiliaria VV.F.
- idranti UNI 45 completi di manichette e lance in cassette a muro opportunamente segnalati e visibili;
- idranti a colonnina UNI 45.

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

La dislocazione dei mezzi idrici antincendio è riportata nelle apposite planimetrie.
Mezzi mobili.

Distribuiti in ogni reparto sono presenti:

- estintori a polvere nei corridoi opportunamente segnalati e visibili;
- estintori ad anidride carbonica (CO₂) opportunamente segnalati e visibili.

La dislocazione degli estintori è riportata per ogni reparto nelle apposite planimetrie.

1.10. Impianti automatici di rilevazione fumi/incendio

Nel Azienda Ospedaliera Cannizzaro, la quasi totalità dei reparti e altri ambiti sono dotati di impianti automatici di rilevazione fumi/incendio.

Per garantire il buon funzionamento degli impianti indicati è fondamentale mantenere un sistema di controllo programmato e periodico degli stessi, in particolare tali verifiche dovranno riguardare l'efficienza dei dispositivi collegati ai sistemi elettromagnetici di trattenuta e rilascio delle porte tagliafuoco, delle targhe ottiche ed acustiche laddove installati. Questa funzione di controllo periodico è affidata con il presente documento all' Ufficio Tecnico.

PARTICOLARITÀ DEGLI IMPIANTI DI RILEVAZIONE FUMI/INCENDIO INSTALLATI

Nei vari edifici sono presenti rilevatori automatici e avvisatori ad azionamento manuale.

L'allarme può essere attivato:

1. In modo manuale:

- lungo i corridoi (percorsi di esodo) sono presenti pulsanti di allarme manuale che se azionati hanno la funzione di segnalare la presenza di un focolaio d'incendio.

2. In modo automatico:

- in ogni locale e nei corridoi sono presenti rivelatori di incendio che avvertono e segnalano il principio di un focolaio d'incendio

All'attivazione dell'allarme:

- In reparto si attiva un segnale luminoso e sonoro
- si chiudono tutte le porte tagliafuoco dotate di sistemi per lo sgancio automatico che delimitano il compartimento. Dopo la chiusura, le porte restano comunque apribili con maniglione antipanico a spinta dall'interno del compartimento, per consentire l'esodo delle persone.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 26 di 101

1.11. Dispositivi di intercettazione energia elettrica e gas medicali

Per l'intercettazione dell'energia elettrica, presso i diversi reparti e servizi del presidio sono presenti:

- Interruttori generali installati in corrispondenza di ogni quadro elettrico che consentono l'interruzione dell'alimentazione elettrica delle zone incidentate in caso di emergenza.

Per l'intercettazione dell'erogazione dei gas medicali, presso i diversi reparti e servizi del presidio, sono presenti:

- Saracinesche di intercettazione dei gas medicali e tecnici (ossigeno, protossido di azoto, aria compressa e aspirazione). La loro dislocazione è riportata nelle apposite planimetrie

1.12. Alimentazione di emergenza e segnaletica di sicurezza

L'illuminazione di emergenza relativa alle vie di fuga ed alle uscite di emergenza, nonché la segnaletica sono presenti quasi ovunque nel presidio, necessitano entrambe tuttavia di idoneo completamento.

1.13. Compartimentazioni

Rappresentano un'efficace misura di protezione passiva, pertanto anche queste porte dovranno essere sottoposte a programmi di manutenzione programmati e verifiche periodiche che dovranno garantire le tenute dei serramenti tagliafuoco. Questa funzione di controllo periodico è affidata all' Ufficio Tecnico.

E' vietato mantenere aperte questo tipo di porte REI mediante l'impiego di cunei di legno, oggetti vari, legacci o sistemi di aggancio approssimativi.

Gli spazi e le zone prospicienti le porte tagliafuoco e le uscite di sicurezza devono essere mantenuti sgombri da arredi e materiali vari di qualsiasi genere, in modo da poter essere sempre utilizzati in caso di necessità.

Queste attività di vigilanza è affidata ai Dirigenti ed ai Preposti delle singole U.O. di area sanitaria, di area tecnica e di area amministrativa.

DISLOCAZIONE PERSONALE E UTENZA

DISLOCAZIONE DEL PERSONALE E DELL'UTENZA

2.1. PERSONALE IN SERVIZIO NEI REPARTI

Medici dipendenti:	410
Medici non dipendenti:	15
Dirigenti:	24
Sanitari:	832
Tecnici:	61
Amministrativi:	98
Co.Co.Co.:	2
Part-time:	10

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	---	---

2.2. DISTRIBUZIONE NEI REPARTI

Edificio	Piano	Reparto ospitato					
			P	M	C	D	V
A	Terra	CUP	6	-	-	-	-
B	Terra	Foresteria	-	-	-	-	-
	Primo	Foresteria	-	-	-	-	-
C	Terra	Bar	8	-	-	-	10
	Primo	Bar	-	-	-	-	-
	Secondo	Bar	-	-	-	-	-
D	seminterrato	Settore economato	2	-	-	-	2
	Terra	Settore tecnico	4	-	-	-	2
		Gestione amministrativa sviluppo edilizio	3	-	-	-	2
		servizio informatico	4	-	-	-	2
	Primo	Settore personale	3	-	-	-	2
		Settore Affari generali e legali	3	-	-	-	2
		Servizio legale	3	-	-	-	2
	Secondo	Settore economico finanziario patrimoniale	3	-	-	-	2
		Settore provveditorato ed economico	4	-	-	-	2
E	Interrato	Gruppo operatorio	-	2	1	-	2
		P.M.A. OSTETRICIAstita (FIVET)	-	2	1	-	2
		Radiologia	-	1	2	-	2
	Terra	Ginecologia	-	2	2	-	6
	Rialzato	Ortopedia	-	2	2	-	-
	Primo	Senologia	-	2	2	-	-
		Neonatologia	-	3	3	12	20
	Secondo	Ortopedia degenze	-	3	3	10	6
F1 (Ex D Ex C)	Secondo seminterrato	Laboratorio ciclotrone	-	3	2	-	-
	Primo seminterrato	Medicina nucleare PET	-	3	2	-	-
		Sterilizzazione	-	-	3	-	-
	Terra	Pronto soccorso	3	4	6	6	15
		Radiologia Pronto soccorso	-	2	3	2	6

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 30 di 101

PGE		PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE								
	Primo Secondo	Sala operatoria Pronto soccorso	-	2	4	2	-			
		Radiologia								
		Terapia intensiva - Rianimazione								
		Dipartimento di immagini								
		Quartiere operatorio								
F2	Secondo interrato	Uffici								
		Deposito								
		Archivi								
	Primo interrato	Segreteria								
		Uffici								
		Poliambulatori								
	Terra	URP								
		Tickets								
		Poliambulatori								
	Primo	Endoscopia								
		Centro trasfusioni ed immunoematologia								
	Secondo	Cardiologia UTIC								
		Emodinamica								
		Pace maker								
	Terzo	Medicina d'urgenza - Cardiologia								
	Quarto	Chirurgia d'urgenza								
	Quinto	Urologia								
	Sesto	Chirurgia vascolare - Toracica								
		Nefrologia								
	Settimo	Dialisi								
		Neurochirurgia								
	Nono	-----								
F3	Terra	Camera iperbarica								
		Camera Gamma Knife								
	Primo	Farmacia								
		Alimentazione parenterale								
		Allestimento chemioterapici e antitumorali								
	Secondo	Laboratorio analisi - Ambulatori								

PGE		PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE							
		Laboratori di emergenza							
	Terzo	Laboratorio analisi chimica clinica							
	Quarto	Day hospital							
		Intramoenia							
	Quinto	Pediatria							
	Sesto	Neurologia							
	Settimo	Degenza otorino							
		Degenza oculistica							
	Ottavo	Chirurgia plastica e ricostruttiva							
G	Nono	Centro grandi ustionati							
	Terra	Fisioterapia riabilitativa							
	Primo	-----							
H	Terra	Necroscopico							
I	Terra	Geriatrics - MOC							
	Primo	Psichiatria							
L	Terra	Malattie infettive							
		Odontoiatria							
		Malattie respiratorie							
	Primo	-----							

		Medicina Generale							
M	Interrato	Cucina	8	-	-	-	-	-	
	Terra	Mensa							
	Terra	Direzione sanitaria	8	-	-	-	-	-	
	Terra	Psicologia							
	Terra	Ambulatori cardiologia							
N	Terra	Uffici SEUS 118							
	Primo	SEUS							
P	Terra	Struttura su pilotis	-	-	-	-	-	-	
	Primo	Chiesa - Auditorium - Sala congressi	-	-	-	-	-	-	99
	Secondo	Cantoria	-	-	-	-	-	-	
Q	Terra	Anatomia patologica							
		Malattie metaboliche e Diabetologia							
	Primo	Dietologia							

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 32 di 101

PGE		PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE							
		Fonochirurgia							
		Oculistica							
		Piede diabetico							
R	Terra	Radioterapia	1	2	3	2	6		
PM	1° livello	Parceggio	-	-	-	-	5		
	2° livello	Parceggio	-	-	-	-	5		
	3° livello	Parceggio	-	-	-	-	5		
	4° livello	Parceggio	-	-	-	-	5		
	5° livello	Parceggio	-	-	-	-	5		
	6° livello	Parceggio	-	-	-	-	5		
	7° livello	Parceggio	-	-	-	-	5		
	8° livello	Parceggio	-	-	-	-	5		
S	Interrato	Locali tecnici - depositi	2	-	4	-	-		
	Terra	Ambulatori - Attività riabilitativa	1	3	6	10	5		
	Primo	Degenza - Attività Riabilitativa	1	3	4	10	5		
	Secondo	Degenza	1	3	4	10	5		
	Terzo	Piano tecnico	-	-	-	-	-		
	Quarto	Piscina - Palestra - Attività riabilitativa	-	-	4	6	-		

Media delle rilevazioni durante il turno diurno con presenza di visitatori.

LEGENDA

P= personale non diversamente specificato

M= medici

C= personale di comparto infermieri ed ausiliari

D= degenti

V= visitatori

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 33 di 101

DISPOSITIVI MEZZI ATTREZZATURE DI SICUREZZA

3. DISPOSITIVI, IMPIANTI E ATTREZZATURE DI SICUREZZA.

3.1. MEZZI DI COMUNICAZIONE

La rete telefonica è diffusa in tutto il presidio ospedaliero e tramite essa è possibile in ogni momento lanciare l'allarme alla squadra di primo intervento tramite il Centro Operativo di Gestione Emergenze

Nel presidio è inoltre presente un centralino, dotato di una serie di linee esterne e una serie di interni, il cui personale avrà il compito di agevolare tutte le comunicazioni.

3.2. TELEFONO INTERNO DI EMERGENZA

Viene istituito il numero Unico di Chiamata di emergenza dell' Azienda Ospedaliera Cannizzaro

**NUMERO TELEFONICO UNICO DA UTILIZZARE
PER COMUNICARE LO STATO DI EMERGENZA**

8888



PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

3.3. TELEFONI INTERNI E CELLULARI AZIENDALI

SQUADRA DI PRONTO INTERVENTO (SPI)	3346501079 Num. Inter 6110
DIRIGENTE MEDICO DEL PRESIDIO	4116
DIRIGENTE UFFICIO TECNICO	4120
DIRIGENTE SERVIZIO INFORMATICO	3700
RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	4828
MANUTENZIONE IMPIANTI	2308
MANUTENZIONE ASCENSORI	4883

L'elenco completo dei riferimenti telefonici si trova nell' Allegato 1

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 36 di 101

3.4. SERVIZI ESTERNI DA ALLERTARE IN CASO DI EMERGENZA

ENTE	TELEFONO
PROTEZIONE CIVILE CENTRO SEGNALAZIONI EMERGENZE	095/484.000
CARABINIERI PRONTO INTERVENTO	112
POLIZIA PUBBLICA EMERGENZA	113
VIGILI DEL FUOCO	115
EMERGENZA SANITARIA AMBULANZE	118
GUARDIA DI FINANZA	117
POLIZIA MUNICIPALE	095/531.333
ANTINCENDIO BOSCHIVO (FORESTALE)	1515
SOCCORSO IN MARE	1530
ACQUEDOTTO SIDRA	800.650.640
ENEL GUASTI	803.500
ENEL SERVIZIO CLIENTI (per le famiglie)	800.900.800
ENEL SERVIZIO CLIENTI (per le aziende)	800.900.860
ENEL ILLUMINAZIONE PUBBLICA	800.901.050
GAS ASEC PRONTO INTERVENTO	095/345.114
NETTEZZA URBANA CATANIA	095/742.2752
AZIENDA USL 3 CATANIA	095/25.41.111
OSPEDALE CANNIZZARO	095/7.261.111
OSPEDALE POLICLINICO	095/3.781.111
OSPEDALE FERRAROTTO/SANTA MARTA / SANTO BAMBINO E VIT-TORIO EMANUELE	095/7.431.111
OSPEDALE ASCOLI TOMASELLI/GARIBALDI/S.LUIGI	095/7.591.111
GUARDIA MEDICA CATANIA	095/377.122
PROVINCIA REGIONALE CATANIA	095/4.011.111
REGIONE SICILIANA	091/7.071.111
VIAGGIARE INFORMATI CCISS	1518
AEROPORTO CATANIA	800.605.656
FERROVIE TRENITALIA	892.021
AMT CATANIA	800.018.696
AST TRASPORTI EXTRAURBANI	840.000.323
FERROVIA CIRCUMETNEA	095/534.323

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

3.5. ATTREZZATURE DI PRONTO INTERVENTO

DPI	Caratteristiche tipologiche	Quantità
	GILET ALTA VISIBILITÀ' GIALLO CON SCRITTA SQUADRA EMERGENZA	9
	ELMETTO PROTETTIVO CON VISIERA	3
	GUANTI ANTICALORE	3
	TORCIA DI EMERGENZA PORTATILE	1
	COPERTA ANTIFIAMMA REALIZZATA IN FIBRA DI VETRO.	3
	BORSONE PER CONTENERE L'EQUIPAGGIAMENTO ANTINCENDIO	2

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 38 di 101

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
	MASCHERE PIENOFACCIALI CON FILTRO POLIVALENTE; Filtro P3 per polveri, fumi, nebbie, radionu- cleidi.	3
	PICOZZINI;	3
	CORDE RESISTENTI AL CALORE	1
	TELI PORTAFERITI IN PVC.	3
	KIT MATERIALE ASSORBENTE PRODOTTI CHIMICI	1
	KIT MATERIALE ASSORBENTE OLII	1

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 39 di 101

3.6. CENTRO OPERATIVO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE – COGE

In attesa di realizzare un locale rispondente ai dettami della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private. (DM 18 settembre 2002)

Il centro di controllo è localizzato al piano terra della palazzina Amministrazione ed è raggiungibile da due ingressi.

Questo locale è attrezzato con un sistema di video sorveglianza ed è dotato di strumenti idonei per ricevere e trasmettere comunicazioni agli addetti al servizio antincendio.

Qualora quest'area fosse inagibile, per eventi legati all'emergenza, il centro di controllo viene localizzato presso il locale a piano seminterrato attiguo alla rampa di accesso dell'edificio Unità Spinale.

Presso le due sedi del Centro di Gestione delle Emergenze è conservata una copia integrale del Piano di Gestione delle Emergenze completo degli elaborati grafici.

La documentazione dovrà essere raccolta in una apposita confezione identificata con la dicitura: "**PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE**".



3.7. SALA RIUNIONI UNITA' DI CRISI

La sala riunioni Unità di Crisi è localizzata al piano primo della palazzina Amministrazione.

In essa si riunisce l'unità di crisi quando viene allertata.

Viene attrezzata con sistemi di comunicazione telefonica cordless (DECT) e radiotrasmittenti. E' conservata una copia integrale del Piano di Gestione delle Emergenze completo degli elaborati grafici.

3.8. MEZZI DI TRASPORTO

Mezzi di trasporto feriti

Sono costituiti dalle ambulanze in servizio al 118

Mezzi di trasporto squadra primo intervento

Sono le vetture messe a disposizione dall' Azienda e utilizzate dai componenti della squadra.

Le vetture devono risultare corredate dalle attrezzature di pronto intervento contenute in un borsone per il facile trasporto sul luogo dell' emergenza.

3.9. CONDIZIONI FONDAMENTALI PER IL FUNZIONAMENTO DEL P.G.E.

Per il buon funzionamento del PGE, dovranno quindi essere assicurate le seguenti condizioni fondamentali:

- la corretta manutenzione ed il controllo periodico dell'efficienza dei dispositivi e dei presidi antincendio così come previsto dalle leggi vigenti;
- il rispetto e la copertura dell'apposito turno predisposto per garantire nell'arco temporale delle 24 ore la presenza costante della squadra di primo intervento formati ed addestrati con il corso di prevenzione incendi per strutture a rischio elevato;
- la possibilità di manovra per i mezzi delle squadre di soccorso;
- il mantenimento costante della piena agibilità degli "spazi calmi" e dei "luoghi sicuri" che devono essere mantenuti sgombri da materiali vari, e liberi da automezzi e motocicli in sosta.

REGOLA TECNICA PREVENZIONE INCENDI

4. RELAZIONI CON LA REGOLA TECNICA DI PREVENZIONE INCENDI

(DM 18 settembre 2002)

4.1. definizioni di prevenzione incendi

Resistenza al fuoco “REI”:

attitudine di un elemento da costruzione (componente o struttura) a conservare secondo un programma termico prestabilito e per un tempo determinato (30’- 60’- 90’ ecc.) in tutto o in parte.

“R” = stabilità “E” = tenuta “I” = isolamento termico

Compartimento:

area di piano di un edificio, delimitata da strutture di separazione nonché porte dotate di elementi costruttivi di resistenza al fuoco REI, non inferiore a 60.

Modulo di uscita:

unità di misura della larghezza delle uscite. Il “modulo uno”, che si assume uguale a 0,60 m, esprime la larghezza media occupata da una persona.

Capacità di deflusso:

numero massimo di persone che, in un sistema di vie d’uscita, si assume possano defluire da un’uscita di “modulo uno” nel tempo massimo ammesso per l’esodo in condizioni di sicurezza.

Misura di protezione attiva:

comprende tutte le misure di protezione che devono essere attivate al momento dell’utilizzo, quali i presidi antincendio, gli impianti idrici antincendio, gli impianti automatici di spegnimento, la vigilanza, gli impianti di allertamento, ecc.

Misura di protezione passiva:

comprende tutte le misure di protezione che non necessitano di attivazione al momento dell’utilizzo, quali la corretta dislocazione dei centri di pericolo, le distanze di rispetto, le barriere, l’articolazione architettonica ed i criteri costruttivi, ecc.

Spazi calmi:

aree di ricollocazione temporanea dei degenti contigue o comunicanti con una via di esodo verticale.

Luoghi sicuri:

punti di raccolta scoperti o compartimentati, ove termina l’evacuazione dei degenti; luoghi sufficientemente lontani dall’incendio per poter organizzare l’assistenza (es. altri padiglioni, cortili e aree a cielo libero).

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

4.2. Classificazione delle aree

TIPOLOGIA AREA	PAZIENTI	AREE PRESENTI	CLASSE
A rischio specifico	NO	Sottocentrali termiche Gruppi elettrogeni Cabina elettrica di trasformazione MT/BT	A
A rischio specifico per operatori	NO	Laboratori di analisi Laboratori di Anatomia Patologica Farmacia Magazzini e depositi vari Guardaroba Centrale gas medicali e serbatoio ossigeno liqui-	B
Destinate ad attività medico sanitarie di tipo ambulatoriale in cui non è previsto il ricovero	SI	Poliambulatori Radiodiagnostica	C
Destinate a ricovero in regime ospedaliero e/o residenziale nonché aree adibite ad unità speciali	SI	Reparti di degenza tutti Pronto Soccorso Sale operatorie Terapia intensiva	D
Per attività di servizio pertinenti	NO	Uffici amministrativi Sale riunioni Bar Mensa aziendale ecc.	E

4.3. Affollamenti

I criteri per il calcolo degli affollamenti massimi sono stabiliti dalla “Regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione costruzione ed esercizio delle strutture sanitarie, pubbliche e private”. Si differenziano a seconda della classificazione delle aree.

Classe	Tipologia	Criterio
--------	-----------	----------

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 44 di 101

PGE		PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
B	Laboratori di analisi e ricerca, depositi, lavanderie	persone effettivamente presenti incrementate del 20%	
C	Ambulatori e simili	0,1 persone per m ²	
D	Sale di attesa	0,4 persone per m ²	
	Degenze	3 persone per posto letto in strutture ospedaliere	
E	Uffici amministrativi	0,1 persone per m ²	
	Spazi per riunioni, mensa aziendale, scuole, convitti e simili:	numero dei posti effettivamente previsti	
	Spazi riservati ai visitatori	0,4 persone per m ²	

4.4. Percorsi di esodo

Nell'attesa di provvedere alla realizzazione completa delle opere di prevenzione incendi si sono elaborate le modalità di evacuazione orizzontale progressiva, con spostamento dei pazienti in aree lontane rispetto a quelle interessate dall'incendio.

Le planimetrie allegate al presente piano di emergenza individuano i percorsi senza ostacoli al deflusso, che consentono alle persone che occupano un piano, un locale o un edificio di raggiungere un luogo sicuro.

Di tali planimetrie, definite col nome "PLANIMETRIE DI EVACUAZIONE", è stata disposta e attuata l'affissione nei reparti e nei servizi del presidio.

I percorsi di esodo sono dotati della prevista illuminazione di sicurezza, sono segnalati e conducono alle scale dell'edificio che devono essere utilizzate durante l'evacuazione in caso d'incendio.

Tutti gli ascensori presenti negli edifici non devono essere utilizzati in caso di incendio.

Tali indicazioni vengono riportate sui Piani di Evacuazione esposti.

Le scale del fabbricato sono state compartimentate e protette da filtri antincendio presenti a tutti i piani. Rappresentano pertanto percorsi verticali di tipo protetto.

4.5. Spazi calmi e luoghi sicuri

Le aree di ricollocazione temporanea dei degenti, definite come spazi calmi, sono rappresentate, allo stato attuale, dalle zone o dai reparti collocati sullo stesso piano, più distanti dalla zona interessata dalla presenza del focolaio d'incendio.

Questa scelta deriva dallo stato di fatto, con riferimento diretto alle opere di compartimentazione e di prevenzione incendi realizzate nel presidio.

Comunque si è provveduto a verificare che gli "spazi calmi" per la ricollocazione dei degenti risultino:

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 45 di 101

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

- in grado di ricevere (oltre ai propri normali occupanti) il numero di persone previste per il reparto da evacuare situato al medesimo piano, da cui sia possibile un'ulteriore fuga in senso orizzontale e/o verticale;
- sufficientemente separate o lontane dalle aree di sviluppo dell'incendio, in modo da consentire la permanenza assistita dei degenti in condizioni di relativa sicurezza fino a che l'incendio sia domato o si renda necessario operare un'ulteriore evacuazione verso un "luogo sicuro";
- dotate di uscita per esodo verticale tramite scale di larghezza sufficiente al transito di una barella.

Luoghi sicuri.

I luoghi sicuri, che rappresentano i punti di raggruppamento dei degenti e delle persone evacuate, sono individuati principalmente:

- in tutti i cortili a cielo aperto dell'Azienda ospedaliera
- nelle aree a parcheggio prospicienti il Pronto Soccorso, l'Unità Spinale, ecc.
- nelle aree specificatamente determinate, segnalate e indicate nelle planimetrie

La destinazione delle persone dovrà garantire ovviamente un'adeguata distanza dall'incendio per poter organizzare l'assistenza.

Gli spazi calmi ed i luoghi sicuri devono essere mantenuti sgombri da materiali vari, in modo da poter essere sempre utilizzati in caso di necessità. Per questa attività di vigilanza il compito è affidato ai Dirigenti ed ai Preposti delle singole U.O. di area sanitaria, di area tecnica e di area amministrativa.

4.6. capacità di deflusso

Ai fini del dimensionamento delle uscite, le capacità di deflusso non devono essere superiori ai seguenti valori:

50 per piani con pavimento a quota compresa tra più o meno un metro rispetto al piano di uscita dall'edificio;

37,5 per piani con pavimento a quota compresa tra più o meno 7,5 m rispetto al piano di uscita dall'edificio;

33 per piani con pavimento a quota al di sopra o al di sotto di più o meno 7,5 m rispetto al piano di uscita dall'edificio.

4.7. Esodo orizzontale progressivo.

Modalità di esodo che prevede lo spostamento dei degenti in un compartimento adiacente capace di contenerli e proteggerli fino a quando l'incendio non sia stato domato o fino a che non diventi necessario procedere ad una successiva evacuazione verso luogo sicuro;

Per conseguire tale obiettivo ciascun piano deve essere suddiviso in almeno due compartimenti.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 46 di 101

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

Ciascun compartimento deve poter contenere in situazioni di emergenza, oltre ai suoi normali occupanti, il numero di persone previste per il compartimento adiacente con la capienza più alta, considerando una superficie media di 0,70 m²/persona.

Tale superficie deve essere elevata a 1,50 m²/persona qualora l'evacuazione dei degenti debba necessariamente avvenire con letti o barelle.

4.8. Lunghezza delle vie d'uscita al piano.

Il percorso di esodo, misurato a partire dalla porta di ciascun locale nonché da ogni punto dei locali ad uso comune, non può essere superiore a:

40 m per raggiungere un'uscita su luogo sicuro o su scala di sicurezza esterna;

30 m per raggiungere un'uscita su scala protetta.

Nei piani destinati ad aree di tipo D, progettati in modo da garantire l'esodo orizzontale progressivo, deve essere possibile raggiungere, partendo da qualsiasi punto di un compartimento, un compartimento attiguo od un percorso orizzontale protetto ad esso adducante, con percorsi di lunghezza non superiore a 30 m.

Sono ammessi corridoi ciechi di lunghezza non superiore a 15 m.

4.9. Larghezza totale delle vie d'uscita.

La larghezza totale delle uscite da ogni piano, espressa in numero di moduli, deve essere determinata dal rapporto tra il massimo affollamento previsto e la capacità di deflusso del piano.

Per le strutture sanitarie che occupano più di due piani fuori terra, la larghezza totale delle vie d'uscita verticali che conducono al piano di uscita dall'edificio, deve essere calcolata sommando il massimo affollamento previsto in due piani consecutivi, con riferimento a quelli aventi maggiore affollamento.

4.10. Centro di gestione delle emergenze.

Ai fini del necessario coordinamento delle operazioni da affrontare in situazioni di emergenza, deve essere predisposto un apposito centro di gestione delle emergenze.

Nelle strutture sanitarie fino a 100 posti letto, il centro di gestione delle emergenze può eventualmente coincidere con il locale portineria, se di caratteristiche idonee. Nelle strutture sanitarie con oltre 100 posti letto, il centro di gestione delle emergenze deve essere previsto in apposito locale costituente compartimento antincendio e dotato di accesso diretto dall'esterno. Il centro deve essere dotato di strumenti idonei per ricevere e trasmettere comunicazioni agli addetti al servizio antincendio, alle aree della struttura ed all'esterno. In esso devono essere installate le centrali di controllo e segnalazione degli incendi nonché di attivazione degli impianti di spegnimento automatico e quanto altro ritenuto necessario alla gestione delle emergenze.

3. All'interno del centro di gestione delle emergenze devono essere custodite le planimetrie dell'intera struttura riportanti l'ubicazione delle vie di uscita, dei mezzi e degli impianti di estinzione e dei locali a rischio specifico, gli schemi funzionali degli impianti tecnici con l'indicazione dei dispositivi di arresto, il piano di emergenza, l'elenco completo del personale, i numeri telefonici necessari in caso di emergenza, ecc.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 47 di 101

TIPOLOGIE EMERGENZE PREVEDIBILI

5. TIPOLOGIE DI EMERGENZE PREVEDIBILI

I principali rischi che possono condurre alle più frequenti tipologie emergenziali sono i seguenti:

Rischio incendio: è una conseguenza derivante da molti fattori e può considerarsi la principale emergenza da fronteggiare. L'attività ospedaliera (ai sensi del D.M. 10.03.98 all.IX) è da considerarsi nella sua globalità ad elevato/importante Rischio d'Incendio e per dimensionare adeguatamente gli interventi da attuare è indispensabile classificare gli eventi in funzione:

A - della loro gravità

B - della loro tipologia di evoluzione

Rischi tecnologici: derivano da tutte le installazioni e gli impianti presenti quali impianti elettrici, reti idriche e di distribuzione gas tecnici e/o medicali, ascensori, installazioni radiologiche, ecc;

Rischio strutturale: è legato alla possibilità di cedimenti che possono interessare gli edifici o parti di essi;

Rischi da eventi naturali: comprendono fenomeni naturali quali alluvioni, terremoti, esondazioni, etc;;

Rischi chimici: sono legati alla possibilità di rilascio accidentale o doloso di sostanze chimiche pericolose all'interno della struttura o nell'ambiente circostante, possono dar luogo a esalazioni, esplosioni, incendi, contaminazioni etc.

Rischio biologico: sono legati alla possibilità di contaminazione accidentale o dolosa da agenti biologici pericolosi all'interno della struttura o nell'ambiente circostante;

Rischi sociali: sono quelli che dipendono soprattutto dal clima sociale nel quale è inserita l'attività. Si tratta principalmente di rischi dovuti ad attentati, sabotaggi, tumulti, atti vandalici, etc.

5.1. DEFINIZIONE DI EMERGENZA

Si definisce emergenza ogni scostamento dalle normali condizioni operative, tale da determinare situazioni di danno agli uomini ed alle cose.

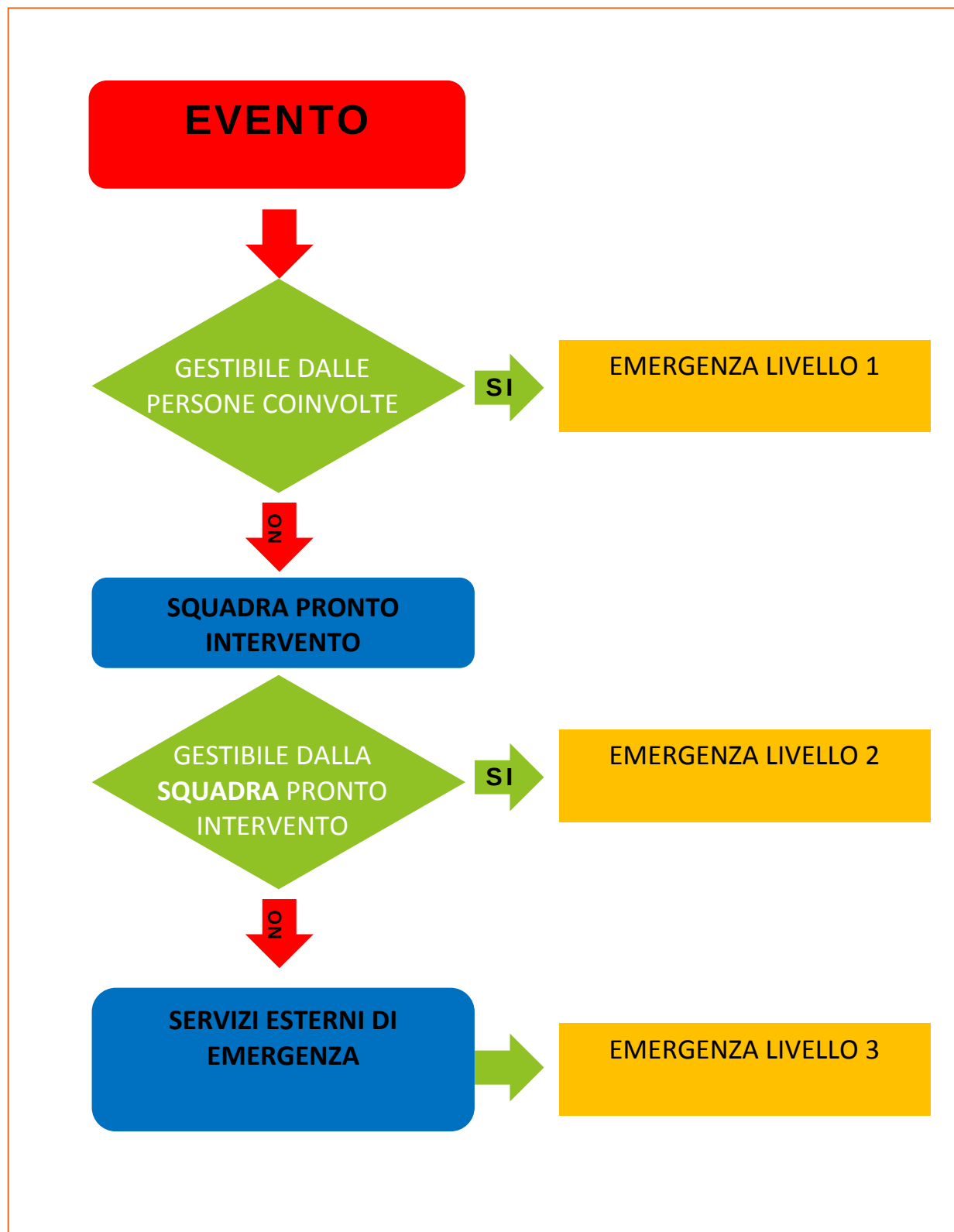
Gli stati di emergenza sono classificati in tre categorie a gravità crescente:

1. Emergenze minori controllabili dalla persona che individua l'emergenza stessa o dalle persone presenti sul luogo (es. principio lieve di incendio, sversamento di quantità non significative di liquidi contenenti sostanze pericolose, ecc.)
2. Emergenze di media gravità controllabili soltanto mediante intervento degli incaricati per l'emergenza come definiti e senza ricorso agli enti di soccorso esterni (es. principio di incendio di una certa entità, sversamento di quantità significative di liquidi contenenti sostanze pericolose, black-out elettrico, danni significativi da eventi naturali, ecc.)

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 49 di 101

3. Emergenze di grave entità controllabili solamente mediante intervento degli enti di soccorso esterni (VVF, PS, ecc.) con l'aiuto della squadra di pronto intervento (es. incendio di vaste proporzioni, eventi naturali, catastrofici, ecc.)

5.2. FLOW CHART CLASSIFICAZIONE EMERGENZE



PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

5.3. RISCHIO INCENDIO	
CLASSIFICAZIONE DELLA GRAVITA' DELL'EVENTO	CLASSIFICAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI EVOLUZIONE DELL'EVENTO
Incendio livello 1 EMERGENZA MINORE	trattasi di evento a “LENTA EVOLUZIONE ED ENTITA' LIMITATA” circoscritto ad oggetti, in aree limitate, con modesta presenza di fumo e che non coinvolge impianti tecnologici. In questa condizione sono coinvolti i lavoratori e potenzialmente esposti i degenti/utenti. Esempi: principio di incendio o incendio limitato senza diffusione di fumi che coinvolgono più di un locale • cestino gettacarta • singola apparecchiatura • piccole quantità di materiali combustibili
Incendio livello 2 EMERGENZA IMPORTANTE	trattasi di evento a “EVOLUZIONE AD ESCALATION POTENZIALE” che coinvolge gli oggetti, in aree circoscritte (due o più locali), con significativa presenza di fumo, interessa parzialmente gli impianti tecnologici. In questa condizione sono coinvolti i lavoratori dell'area e possono essere esposti a rischio i degenti/utenti. Interessano, per diffusione del fuoco o propagazione dei fumi, più di 1 locale. Richiedono l'impiego di tutte le risorse disponibili. Data la presenza di pazienti, nell'edificio o in quelli adiacenti o circostanti, in questa fase si devono chiamare le forze esterne (VVF) e deve essere allertata l'Unità di Crisi. Se fumo o fiamme interessano un reparto di degenza deve essere attivata la funzione di ricollocazione dei pazienti, con priorità per i pazienti dell'area critica o in condizioni critiche.
Incendio livello 3 EMERGENZA RILEVANTE	trattasi di evento di “RAPIDA EVOLUZIONE” che coinvolge gli oggetti, in aree estese (es. reparto, servizio, piano etc.) con massiccia presenza di fumo e interessa significativamente gli impianti tecnologici. In questa condizione sono coinvolti tutti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti. Se controllabili, possono esserlo solo attraverso l'impiego di massicce risorse; è necessaria la mobilitazione di tutte le forze interne disponibili; d'intesa con i VV.F. si deve definire l'ambito di allertamento e l'eventuale coinvolgimento di altre forze esterne.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 51 di 101

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE		
5.4. RISCHIO TECNOLOGICO			
CLASSIFICAZIONE DELLA GRAVITA' DELL'EVENTO		CLASSIFICAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI EVOLU- ZIONE DELL'EVENTO RISCHIO	
Black out elettrico EMERGENZA IMPORTANTE		trattasi di evento a “RAPIDA EVOLUZIONE” per evento improvviso che coinvolge tutta o parte della struttura, provocando l'interruzione di energia elettrica situazione che può compromettere il regolare svolgimento dell'attività lavorativa. In questa condizione sono coinvolti tutti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.	
Blocco ascensori, montalettighe EMERGENZA IMPORTANTE		trattasi di evento a “RAPIDA EVOLUZIONE” per evento improvviso , provocato da interruzione di energia elettrica o da guasto tecnico che compromette il regolare svolgimento dell'attività lavorativa. In questa condizione sono coinvolti un numero limitato di lavoratori e degenti/utenti.	

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 52 di 101

RISCHIO TECNOLOGICO	
CLASSIFICAZIONE DELLA GRAVITA' DELL'EVENTO	CLASSIFICAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI EVOLUZIONE DELL'EVENTO
Interruzione erogazione ossigeno EMERGENZA IMPORTANTE	trattasi di evento a “RAPIDA EVOLUZIONE” per evento improvviso , provocato da interruzione dell'erogazione a seguito di un guasto all'impianto, al serbatoio o alle rampe di distribuzione, che compromette il regolare svolgimento dell'attività lavorativa. In questa condizione sono coinvolti i degenti/utenti.
Interruzione erogazione aria medicale e vuoto	trattasi di evento a “RAPIDA EVOLUZIONE” per evento improvviso , provocato da interruzione dell'erogazione a seguito di guasto ai compressori. In questa condizione sono coinvolti i degenti/utenti.
Interruzione alimentazione idrica EMERGENZA IMPORTANTE	trattasi di evento a “RAPIDA EVOLUZIONE” per evento improvviso legato al guasto dell'impianto di distribuzione che compromette il regolare svolgimento dell'attività lavorativa, genera emergenza sanitaria in particolare in taluni reparti/servizi e tecnologica (es. impianto antincendio). In questa condizione sono coinvolti i lavoratori e i degenti/utenti
Interruzione comunicazioni (telefonia, allarmi ecc.) EMERGENZA IMPORTANTE	trattasi di evento a “RAPIDA EVOLUZIONE” per evento improvviso , provocato dal guasto alla centrale telefonica, black-out sull'erogazione del servizio da parte di terzi ecc.: che compromette il regolare svolgimento dell'attività lavorativa e le comunicazioni. In questa condizione sono coinvolti i lavoratori e i degenti/utenti
Interruzione comunicazioni telematiche e trasmissione dati ecc. EMERGENZA IMPORTANTE	trattasi di evento a “RAPIDA EVOLUZIONE” per evento improvviso , provocato dal guasto al ponte radio, server, virus informatici ecc. che compromette il regolare svolgimento dell'attività lavorativa ed in particolare per alcuni reparti/servizi fra cui i laboratori analisi, radiologie, accettazione ecc. In questa condizione sono coinvolti tutti i lavoratori e i degenti/utenti

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

RISCHIO TECNOLOGICO	
CLASSIFICAZIONE DELLA GRAVITA' DELL'EVENTO	CLASSIFICAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI EVOLUZIONE DELL'EVENTO
Interruzione sistema riscaldamento e trattamento aria EMERGENZA MINORE	trattasi di evento a “RAPIDA EVOLUZIONE” dovuto a un guasto che può compromettere il regolare svolgimento dell’attività lavorativa. In questa condizione sono coinvolti tutti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.
Fuga di gas EMERGENZA IMPORTANTE	trattasi di evento a “RAPIDA EVOLUZIONE” dovuto a un guasto che può compromettere il regolare svolgimento dell’attività lavorativa. In questa condizione sono coinvolti tutti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.
Allagamento 1 EMERGENZA MINORE	trattasi di evento a “LENTA EVOLUZIONE ED ENTITA' LIMITATA” circoscritto alla rottura di una porzione della rete idrica o fognaria, e/o a modesti reflussi impianti/reti di scarico che può compromettere il regolare svolgimento dell’attività lavorativa. In questa condizione sono coinvolti un numero limitato di lavoratori e possono esposti a rischio i degenti/utenti
Allagamento 2 EMERGENZA IMPORTANTE	trattasi di evento a “EVOLUZIONE AD ESCALATION POTENZIALE” che coinvolge parzialmente gli impianti tecnologici provocando l'impraticabilità di parte della struttura. In questa condizione sono coinvolti i lavoratori dell’area e possono essere esposti a rischio i degenti/utenti

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 54 di 101

5.5. RISCHIO STRUTTURALE	
CLASSIFICAZIONE DELLA GRAVITA' DELL'EVENTO	CLASSIFICAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI EVOLUZIONE DELL'EVENTO
Cedimento strutturale (muri, solai, controsoffitti ecc.) anche a seguito di allagamento, frana, sisma, esplosione, evento catastrofico EMERGENZA RILEVANTE	trattasi di evento a “RAPIDA EVOLUZIONE” che coinvolge tutta la struttura provocando in funzione dell’entità dell’evento cedimento o impraticabilità della stessa che compromette il regolare svolgimento dell’attività lavorativa. In questa condizione sono coinvolti i lavoratori dell’area e sono esposti a rischio i degenti/utenti

5.6. RISCHIO DA EVENTI NATURALI	
CLASSIFICAZIONE DELLA GRAVITA' DELL'EVENTO	CLASSIFICAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI EVOLUZIONE DELL'EVENTO
Esondazione, alluvione, frana, eventi atmosferici eccezionali (neve, gelo, nubifragio, grandine, caldo eccezionale) EMERGENZA RILEVANTE	trattasi di evento a “RAPIDA EVOLUZIONE” per eventi improvvisi e/o catastrofici che coinvolgono tutta o parte della struttura provocandone l’impraticabilità che compromette la sicurezza dei lavoratori, degenti e utenti. In questa condizione sono coinvolti tutti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.
Sisma EMERGENZA RILEVANTE	EVENTI NATURALI trattasi di evento a “RAPIDA EVOLUZIONE” per eventi improvvisi e/o catastrofici che coinvolgono tutta o parte della struttura provocandone l’impraticabilità che compromette la sicurezza dei lavoratori, degenti e utenti. In questa condizione sono coinvolti tutti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.

5.7. RISCHIO CHIMICO

CLASSIFICAZIONE DELLA GRAVITA' DELL'EVENTO	CLASSIFICAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI EVOLUZIONE DELL'EVENTO
Sversamento, spandimento di sostanze chimiche pericolose o radioattive EMERGENZA MINORE	trattasi di evento a “LENTA EVOLUZIONE ED ENTITA' LIMITATA” circoscritto, che non coinvolge impianti tecnologici e senza formazione di vapori: che può compromettere il regolare svolgimento dell'attività lavorativa. In questa condizione sono coinvolti un numero limitato di lavoratori e possono essere esposti a rischio i degenti/utenti.
Nube tossica EMERGENZA RILEVANTE	trattasi di evento a “RAPIDA EVOLUZIONE” derivante da una contaminazione generata da un evento esterno alla struttura che compromette la sicurezza di lavoratori, degenti e utenti. In questa condizione sono coinvolti tutti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.

5.8. RISCHIO BIOLOGICO

CLASSIFICAZIONE DELLA GRAVITA' DELL'EVENTO	CLASSIFICAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI EVOLUZIONE DELL'EVENTO
Epidemia EMERGENZA IMPORTANTE	trattasi di evento a “RAPIDA EVOLUZIONE” derivante da un evento esterno alla struttura che compromette la sicurezza di lavoratori, degenti e utenti. In questa condizione sono coinvolti tutti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

5.9. RISCHIO SOCIALE	
CLASSIFICAZIONE DELLA GRAVITA' DELL'EVENTO	CLASSIFICAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI EVOLUZIONE DELL'EVENTO
Minaccia armata/rapina, presenza di un folle, sabotaggio EMERGENZA IMPORTANTE	trattasi di evento a “RAPIDA EVOLUZIONE” per eventi improvvisi che coinvolgono tutta o parte della struttura. In questa condizione possono essere coinvolti tutti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.
Telefonata minatoria annuncio ordigni esplosivi EMERGENZA IMPORTANTE	trattasi di evento a “RAPIDA EVOLUZIONE” per eventi improvvisi che coinvolgono tutta o parte della struttura. In questa condizione possono essere coinvolti tutti i lavoratori e sono esposti a rischio i degenti/utenti.
Aggressione EMERGENZA IMPORTANTE	trattasi di evento a “RAPIDA EVOLUZIONE” per eventi improvvisi che coinvolgono parte degli operatori presenti nella struttura/reparto. In questa condizione sono coinvolti un numero limitato di lavoratori e possono essere esposti a rischio i degenti/utenti.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 57 di 101

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

6. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

6.1. Individuazione delle figure coinvolte nel controllo e nella gestione dell'emergenza

Per il controllo e la gestione delle emergenze sono individuati due livelli di competenza con compiti differenti da svolgere in assoluta collaborazione:

- **LIVELLO DECISIONALE**
- **LIVELLO OPERATIVO**

LIVELLO DECISIONALE

- RESPONSABILE DELLA GESTIONE EMERGENZE
- UNITÀ DI CRISI
- DIRETTORE GENERALE
- DIRETTORE SANITARIO
- DIRETTORE DEL DEA
- RESPONSABILE DEL SERVIZIO 118
- RESPONSABILE DEL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE
- RESPONSABILE UFFICIO TECNICO
- COORDINATORE DELLA SQUADRA DI PRONTO INTERVENTO
- VIGILE DEL FUOCO

LIVELLO OPERATIVO

- ADDETTO ALLE COMUNICAZIONI DI EMERGENZA (ACE)
- SQUADRA DI PRONTO INTERVENTO (SPI)
- ADDETTI ALLA SQUADRA ANTINCENDIO (ASA)
- SQUADRA DI EVACUAZIONE PAZIENTI (SEP)
- RESPONSABILI DELLE UNITÀ ORGANIZZATIVE (RUO)
- PERSONALE SANITARIO
- ADDETTI ALLA MANUTENZIONE

LIVELLO DECISIONALE

6.2. RESPONSABILE DELLA GESTIONE EMERGENZE

Gestisce ogni tipo di emergenza in azienda, dà l'ordine di evacuazione, è consultato dal Caposquadra della Squadra Pronto Intervento preliminarmente all'ordine di evacuazione.

Il Responsabile della Gestione dell'Emergenza qualora non possa garantire la sua presenza delegherà dirigenti di sua fiducia per assicurare la continuità dei suoi compiti e delle sue funzioni.

Il Responsabile o suo delegato, per tutto lo sviluppo dell'emergenza, in ogni caso, è informato dal Caposquadra della Squadra Pronto Intervento sullo stato dell'emergenza;

Rappresenta la figura centrale in caso di emergenza è coadiuvato dalle altre figure chiamate a svolgere un ruolo attivo nella gestione dell'emergenza coordina tutte le fasi operative dell'emergenza dalla sede della Centrale Operativa di Gestione dell'Emergenza (COGE) o direttamente sul luogo dell'incidente o altro luogo predisposto anche all'occorrenza come centro di comando e di informazioni.

In linea generale i compiti e le funzioni in capo al Responsabile Gestione Emergenze si possono così riassumere:

1. sovrintende all'operato degli addetti della Squadra Pronto Intervento degli addetti alla Lotta Antincendio delle Squadre di evacuazione, per il tramite dei relativi Coordinatori, nelle fasi di:
 - accertamento iniziale della causa di allarme
 - conferma dello stato di emergenza
 - evacuazione
 - cessazione dello stato di emergenza
2. contatta direttamente, o attraverso altra persona e collabora con le autorità ed i servizi esterni di intervento (V.V.F, Polizia etc...) nonché fornisce loro tutte le indicazioni relative all'incidente. Collabora, altresì, qualora si rendesse necessario, con l'autorità giudiziaria.
3. dà l'ordine di evacuazione parziale o totale.

6.3. UNITÀ DI CRISI

L'Unità di Crisi ha il compito di coordinare e gestire le varie emergenze dal punto di vista decisionale, si riunisce nel caso di emergenza estesa.

Composizione:

1. DIRETTORE GENERALE
2. RESPONSABILE DELLA GESTIONE EMERGENZE.
3. DIRETTORE SANITARIO
4. DIRETTORE DEL DEA
5. RESPONSABILE DEL SERVIZIO 118
6. RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (RSPP)
7. RESPONSABILE UFFICIO TECNICO
8. RESPONSABILE SERVIZIO INFORMATICO
9. COORDINATORE DELLA SQUADRA DI PRIMO INTERVENTO (SPI)
10. VIGILE DEL FUOCO.

L'unità di crisi si ritiene costituita anche in assenza di uno o più componenti, purché siano presenti **almeno 3** delle figure sopra indicate.

principali compiti:

- valutare preliminarmente le situazioni sulla base delle prime informazioni ricevute
- recarsi il più presto possibile presso il centro di controllo dell'emergenza (centralino)
- acquisire tutte le informazioni necessarie per avere un quadro preciso dell'evento
- valutare, definire o confermare la categoria dell'emergenza
- valutare possibili sviluppi dell'incidente
- coordinare la fermata o la messa in sicurezza degli impianti
- preoccuparsi che il ripristino della erogazione dei servizi vitali avvenga il prima possibile
- dirigere tutte le operazioni all'interno dell'area coinvolta
- valutare la necessità dell' evacuazione dell'area interessata e dalle altre aree a rischio e coordinarne l'effettuazione
- assicurarsi che le vittime ricevano i soccorsi necessari
- assicurarsi che venga effettuata la verifica dei dispersi
- assicurarsi che venga attivato il piano di emergenza aziendale
- controllare il traffico da e verso il luogo dell'incidente
- assicurarsi che vengano preservate eventuali prove dell'accaduto
- dichiarare la fine dello stato di emergenza

6.4. RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE

- coordina l'attività del pronto soccorso
- dispone il trasferimento dei pazienti dal luogo dell'emergenza a strutture limitrofe
- si accerta dell'evacuazione dei reparti di terapia intensiva e operatorio

6.5. RESPONSABILE DEL SERVIZIO 118

- coordina l'attività degli operatori del 118
- coordina il trasferimento dei pazienti dal luogo dell'emergenza a strutture limitrofe

6.6. RESPONSABILE DEL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione, o suo sostituto, avrà compito di coadiuvare il Responsabile della Gestione Emergenza nei casi che quest'ultimo lo ritenga necessario.

- mette a disposizione le proprie conoscenze tecniche e normative sulla sicurezza e sulla situazione generale del presidio
- collabora alla presa delle decisioni durante l'evoluzione dell'emergenza

6.7. RESPONSABILE UFFICIO TECNICO

E' informato dal Responsabile Gestione Emergenza dello stato dell'emergenza;

In fase di emergenza si reca nella sede della Centrale Operativa di Gestione dell'Emergenza ovvero sul luogo del sinistro, e in stretta collaborazione con il Responsabile della Gestione Emergenze coordina gli interventi del personale tecnico riguardo l'interruzione selettiva impianti tecnologici a rischio, blocco ed ispezione ascensori, funzionalità rete idranti, ecc..

- verifica i danni subiti dalle strutture, dagli impianti, dalle attrezzature
- mette a disposizione gli schemi tecnici degli impianti e i manuali operativi
- decide la necessità della chiamata delle squadre di pronto intervento degli enti erogatori di acqua, elettricità, gas
- coordina il controllo della evoluzione tecnologica dell'emergenza
- coordina il ripristino della erogazione dei servizi vitali
- fa intervenire i mezzi tecnici esterni

LIVELLO OPERATIVO

6.8. ADDETTO ALLE COMUNICAZIONI DI EMERGENZA

Il centralinista operante H24 avrà il compito di:

- curare le comunicazioni con l'interno e con l'esterno del presidio
- dare informazioni precise sull'evento
- durante l'emergenza, sospendere qualsiasi telefonata per lasciar libere le linee telefoniche per le necessità dell'emergenza
- adoperarsi secondo le procedure e secondo gli ordini del coordinatore
- attivarsi prontamente in caso di ricezione di allarme antincendio

6.9. SQUADRA DI PRONTO INTERVENTO

Personale specificatamente formato con i corsi di prevenzione incendi, attrezzato e preparato in merito agli interventi di natura tecnica (by-pass impianti gas, gruppi elettrogeni, impianti idrici antincendio, sezionamento impianti elettrici)

Compito della squadra è di intervenire con i mezzi messi a disposizione per gestire le varie emergenze sia interne agli edifici costituenti il presidio che nelle aree comuni ed esterne comprese le aree tecniche ed impiantistiche.

All'interno della squadra costituita da 6 unità per i turni diurni e 4 per i turni notturni sarà individuato un capo squadra con il compito di coordinamento della stessa squadra e degli addetti antincendio aziendali.

6.10. ADDETTI ALLA SQUADRA ANTINCENDIO (ASA)

Sono individuati e segnalati dalle figure di coordinamento sopramenzionate e devono possedere l'attestato di idoneità tecnica.

Nella fase di emergenza andranno a formare il gruppo che opera con i mezzi di estinzione a meno che si valuti l'impossibilità o la particolare difficoltà nell'operare.

Per quanto attiene il numero di ASA si richiede la presenza di un operatore/unità organizzativa o reparto per ogni turno di lavoro con un minimo di due ASA/reparto (un ASA può essere il riferimento di un'altra unità operativa che non sia la propria).

In generale i compiti assegnati ad un ASA possono così riassumersi:

- azioni di primo contrasto, salvo i casi di impossibilità citati, dell'incidente con priorità di salvaguardia delle persone ed in seconda battuta di limitazione dei danni e non propagazione delle conseguenze;
- soccorso ai degenti che necessitano di aiuto immediato od a persone che comunque sono state coinvolte nell'incidente affidandole al personale medico e paramedico;
- coordinamento e disposizioni al restante personale per il necessario ausilio all'evacuazione dei degenti o persone non autosufficienti con indicazione dei compartimenti da occupare per l'evacuazione orizzontale, chiusura delle porte tagliafuoco, ecc..
- richiesta al Centro di Gestione Emergenza di personale in supporto da altre unità;

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

- accertamento della completa evacuazione delle zone interessate dall'incidente, qualora le condizioni lo consentano;
- informazioni al Responsabile Gestione Emergenze della situazione e della sua evoluzione;
- collaborazione con i VVF ed enti esterni in generale.

6.11. SQUADRA DI EVACUAZIONE PAZIENTI (SEP)

Agli addetti all'evacuazione spetta il compito di realizzare l'esodo di coloro che si trovano nell'area di loro pertinenza durante l'emergenza, con particolare riferimento alle persone con gravi immobilità. Gli addetti all'evacuazione devono essere almeno due per ogni Reparto per ciascun turno di lavoro.

In generale i compiti assegnati alla SEP possono così riassumersi:

- soccorso ai degenti che necessitano di aiuto immediato od a persone che comunque sono state coinvolte nell'incidente
- provvedere alla movimentazione e all'esodo di persone portatrici di handicap, ferite o comunque non autonome e bisognose di aiuto

6.12. RESPONSABILI/COORDINATORI DELLE UNITÀ ORGANIZZATIVE (DEGENZA, LABORATORI, ANALISI, UFFICI, IMPIANTI TECNICI, ECC) (RUO)

Si tratta di operatori normalmente adibiti a funzioni proprie della loro qualifica professionale ma che ricoprono nell'ambito delle unità organizzative ruoli di coordinamento, direzione e comunque riferimento per il personale interno ed esterno (dirigenti medici, capo sala, direttori di laboratorio, ecc.).

Nell'ambito delle emergenze in genere non è chiesto loro di operare al di fuori delle proprie competenze ma comunque di fornire una stretta collaborazione con i soccorritori. Il loro ruolo si esplica in particolare nelle fasi di prima segnalazione dell'evento emergenziale e riferiscono notizie ai componenti dall'ASA e alle figure di coordinamento soprannominate. Devono avere conoscenza dei sistemi di allarme e antincendio ubicati nella propria unità nonché di informazioni proprie del reparto (per i laboratori, farmacia, impianti tecnici ecc.) e modalità di diramazione degli allarmi. A seconda che l'evento incidentale sia localizzato nella propria o altra area di pertinenza le azioni che i RUO devono mettere in atto possono così riassumersi:

A. unità organizzative interessate all'incidente

- trasmissione dell'allarme al centro di gestione dell'emergenza o comunque alle persone indicate nel piano di emergenza
- informazioni al Responsabile Gestione Emergenza circa le problematiche venutasi a creare con l'incidente ed in attesa della ASA, qualora le condizioni lo consentano, fornisce indicazioni al proprio personale per il soccorso alle persone ovvero si adopera direttamente al riguardo;

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 64 di 101

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

- fornire le informazioni che gli vengono richieste dagli operatori e coordinatori del soccorso (localizzazioni strumentazioni e sostanze particolari, pazienti critici ecc..)
- mettersi a disposizione dei soccorritori anche per la collaborazione nell'evacuazione
- in caso di evacuazione prelevare le cartelle cliniche
- accertarsi con il coordinatore della squadra di emergenza dell'avvenuta evacuazione

B. unità organizzative non interessate all'incidente

- segnalare al centro gestione emergenza o comunque alle persone indicate nel piano di emergenza di eventuali anomalie della propria area di competenza;
- rimanere sempre in allerta fino al termine dell'emergenza assicurando le persone presenti nell'area;
- fornire indicazioni circa eventuali zone della propria area in cui ospitare degenti provenienti da altri reparti;
- garantire sempre la presenza di una persona al punto telefonico durante tutto il periodo dell'emergenza

6.13. PERSONALE SANITARIO DELL'OSPEDALE

compiti principali

- segnalare immediatamente qualsiasi evento incidentale, anche di limitata entità, alla squadra di emergenza
- secondo le proprie mansioni, mettere in sicurezza impianti e attrezzature
- attenersi alle istruzioni del personale addetto all'emergenza
- assistere gli infortunati
- **in caso di evacuazione**, indirizzare pazienti e visitatori verso le vie di esodo
- trasportare i pazienti non autosufficienti nei luoghi protetti stabiliti dal piano di emergenza o indicati dal personale incaricato dell'emergenza
- curare i punti di adunata e collaborare alla conta del personale
- trasportare il carrello di medicazione e il defibrillatore
- registrare e tenere aggiornato l'elenco del personale di ditte esterne eventualmente presenti nel reparto

I precedenti compiti sono attuati anche dal seguente personale:

Personale del servizio di Medicina Nucleare, Tecnico di radiologia medica in turno presso la Radiologia di PS

- In caso di interessamento o probabile interessamento del servizio di Medicina Nucleare

Esperto Qualificato

- In caso di interessamento o probabile interessamento del servizio di Medicina Nucleare.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 65 di 101

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

Personale della Unità di Oncologia

- In caso di interessamento o probabile interessamento dell'Unità Farmaci Antiblastici, dell'Ambulatorio e/o della degenza oncologica.

Personale della Unità di Anatomia Patologica

- In caso di interessamento o probabile interessamento del Laboratorio di Anatomia Patologica.

Personale del Servizio di Farmacia

- In caso di interessamento o probabile interessamento della Farmacia -

6.14. ADDETTI ALLA MANUTENZIONE

- Tecnici Elettricisti
- Tecnici Idraulici
- Tecnici Impianti speciali
- Tecnici del Serv. Tecnologie Biomediche

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 66 di 101

GESTIONE DELLE EMERGENZE

7. GESTIONE DELLE EMERGENZE

In merito alla gestione delle emergenze, al fine di garantire una reale applicazione delle misure di prevenzione e protezione disposte, risulta importante analizzare due specifici aspetti:

1. individuazione di ruoli e funzioni in relazione alla tipologia di emergenze prese in considerazione, in modo da individuare la catena di comando coinvolta a partire dal primo momento in cui si riscontra una situazione potenzialmente anomala fino al momento in cui l'emergenza viene conclusa. In ogni caso, l'alta direzione si deve prendere completamente carico della situazione, la gestisce e la porta a risoluzione.
2. individuazione di meccanismi atti ad assicurare la presenza e l'operatività della catena di comando in modo da garantire in assenza di un attore anche un potere sostitutivo da parte degli altri attori individuati.

I ruoli sono in funzione anche della fase in cui si situa l'intervento; ci possono essere:

1. ruolo generico da parte di chi, chiunque esso sia, rileva lo stato di emergenza, ed ha comunque il compito di segnalazione
2. ruolo specifico di chi è chiamato a gestire l'emergenza in termini operativi e di intervento (declinato nei diversi livelli operativi presenti nella specifica situazione di emergenza)
3. ruolo specifico di chi è chiamato a gestire l'emergenza in termini decisionali ed organizzativi a fronte della necessità di avviare ad una situazione che ha temporaneamente mandato in crisi il sistema

7.1. PIANO DI EMERGENZA INTERNA (PEI)

Perché il Piano di Emergenza sia efficiente occorre che:

- Sia attuabile per ogni tipo di evento che mette in pericolo l'ospedale, ed in ogni ora del giorno;
- Abbia sempre la stessa logica di funzionamento;
- Allerti e faccia intervenire solo ed esclusivamente gli addetti necessari in funzione del livello dell'emergenza (squadra di primo intervento antincendio, personale per evacuare i degenti);
- Individui chiaramente i compiti ed i livelli di responsabilità di ogni singolo operatore;
- Sia efficace in caso di falso allarme (incidente minimo) fino alla necessità di un'evacuazione totale (incidente massimo).

7.2. DEFINIZIONE DEI COMPITI

E' di fondamentale importanza per evitare che, nel momento dell'emergenza, ognuno si comporti in maniera autonoma e sconsiderata, facendo cose già fatte da altri, tralasciando le molte altre azioni da fare.

7.3. ALLARME

Verrà inoltrato dall'operatore sanitario o non sanitario che ha ricevuto o che ha notato una situazione di pericolo, direttamente alla Centralino, componendo il numero unico di emergenza. L'operatore diramerà l'allarme con le procedure previste.

7.4. MODALITA' DI ALLERTAMENTO DELLA S.P.I.

Il Centralino che riceve l'allarme dal Reparto in cui si è verificato l'emergenza tramite Numero Unico Emergenza, allenterà i componenti la S.P.I. presenti in servizio.

I componenti la S.P.I. in servizio, verranno allertati con telefono (DECT) o telefono cellulare.

L'addetto alle comunicazioni di emergenza o suo sostituto, deve annotare in apposito registro i turni giornalieri di presenza di tutti i componenti la **S.P.I. (squadra di primo intervento)**.

7.5. PROCEDURE DI INTERVENTO DELLA S.P.I.

I componenti della S.P.I. allertati dotati dei dispositivi di protezione individuale, (autorespiratore, tuta, casco, guanti ecc.) si porteranno nel reparto interessato dall'emergenza.

Il caposquadra valutata la situazione (tipologia, localizzazione e dimensione) la comunica all'addetto alle comunicazioni di emergenza che riferirà ai VV.F. aggiornandoli della situazione in atto.

Un componente della squadra SPI, o suo delegato, si recherà ad uno degli ingressi dell'Ospedale, ad attendere i VV.F., riferirà loro la situazione e li guiderà nell'area interessata dall'emergenza.

7.6. IL PRIMO INTERVENTO ANTINCENDIO

Il personale del Reparto interessato dall'incendio metterà in atto tutte le azioni necessarie per ridurre le conseguenze.

In particolare dovranno essere attuate:

- 1) la messa in sicurezza dei pazienti;
- 2) la compartimentazione dell'incendio con tentativo di estinzione utilizzando i mezzi disponibili (messa in sicurezza delle aree coinvolte).

La messa in sicurezza dei pazienti consisterà nell'allontanarli dal pericolo costituito dall'incendio,

spostandoli in "luoghi sicuri".

La compartimentazione (messa in sicurezza delle aree coinvolte) consisterà nell' "isolare" l'incendio in un minor numero possibile di locali, evitando che i prodotti della combustione possano "invadere" la zona di degenza dei pazienti presenti in Reparto.

In questa prima fase, sia i pazienti, sia il personale sanitario non dovrebbero uscire dal Reparto, ove possibile, evitando così di diffondere l'incendio nei Reparti attigui (effetto camino dell'incendio).

L'apertura delle finestre per "**dare aria**" ai locali dovrà avvenire esclusivamente nelle zone più prossime all'area coinvolta dall'incendio, ma **MAI aprendo porte che comunichino con vani scala o ascensori**.

Quest'azione provocherebbe l'immediata inaccessibilità delle comunicazioni verticali.

Quando tecnicamente possibile si potrà procedere all'estinzione dell'incendio utilizzando idranti/naspi (manichette) ed estintori idonei, previa disattivazione della corrente elettrica.

Allo stesso modo potranno essere usate coperte e lenzuola bagnate per creare una barriera alla trasmissione del calore.

Un'altra azione da intraprendere sarà quella di allontanare tutto il materiale combustibile che si trova tra l'incendio e il rifugio temporaneo dei pazienti.

Qualora non fosse possibile allontanare il materiale combustibile si potranno, tramite naspi, idranti o secchi d'acqua bagnare pareti, soffitti, pavimenti e materiali dell'area vicina all'incendio.

7.7. CONTENIMENTO DELL'EVENTO e/o SPEGNIMENTO

Questo compito, fondamentale per ridurre la possibilità di un'evacuazione totale è affidato ai componenti della Squadra di Pronto Intervento (S.P.I.), allertata dal Centralino.

Se l'emergenza è di più vaste proporzioni (emergenza di tipo 3) il contenimento dell' evento è demandato ai Vigili del Fuoco

7.8. FUNZIONAMENTO IMPIANTI

Il corretto funzionamento degli impianti tecnologici, anche in caso di emergenza, è affidato alla U.O. Tecnica, ed il compito viene espletato dagli operatori o assistenti tecnici di turno o in pronta disponibilità nonché dall'ascensorista di turno o in pronta disponibilità.

7.9. INSEDIAMENTO DELL'UNITÀ DI CRISI

Se l'emergenza è di tipo 3 verrà insediare l' Unità di Crisi.

L'Unità di Crisi inizierà a coordinare e gestire l'emergenza.

Se l'incendio/emergenza rimarrà circoscritto ad un solo reparto, si provvederà all'evacuazione e sistemazione dei pazienti ricoverati in quel reparto ed in quello sovrastante, in altri reparti il più possibile distante dall'incendio/emergenza.

Se l'incendio minaccerà altri Reparti si procederà all'evacuazione di tutte le zone minacciate, dando piena attuazione al **P.EVAC**.

L'Unità di Crisi, nella fase operativa, in pratica ha il compito di gestire l'emergenza dal punto di vista decisionale.

Dovrà, cioè, prendere quei provvedimenti ritenuti necessari quali a titolo esemplificativo:

- richiamo in servizio del personale "in riposo";
- coinvolgimento di servizi (Economato, Affari Generali, Personale ecc.);
- rapporti con la Stampa e i parenti dei ricoverati (notizie, comunicati, bollettini);
- modifiche e variazioni al Piano, in relazione alla situazione contingente;
- richiamo in servizio del personale in pronta disponibilità;
- quant'altro occorra per una corretta attuazione del piano.

L'Unità di Crisi avrà il compito di monitorare l'andamento dell'evento nonché decidere delle azioni da intraprendere nel tentativo di contenerlo.

I rappresentanti delle attività diagnostiche terapeutiche che partecipano all'Unità di Crisi dovranno allertare i reparti di chirurgia e di rianimazione che devono essere pronti a ricevere eventuali feriti provenienti dal luogo dell'incidente.

Il membro dell'Unità di Crisi referente per i servizi logistici, invece dovrà allertare l'elettricista, l'idraulico, e il responsabile dei gas medicali che dovranno verificare innanzitutto che gli ascensori non siano bloccati nonché provvedere alla loro interruzione dal funzionamento; quindi resteranno a disposizione per eventuali altri interventi.

Dal momento in cui l'Unità di Crisi viene insediata si potrà ritenere la Centrale Operativa 118 come membro dello stesso organismo di controllo e gestione dell'emergenza.

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

7.10. PIANO DI EVACUAZIONE (P.EVAC)

Il Piano di Evacuazione costituisce il documento operativo che, evidenziando le situazioni di emergenza che possono verificarsi in ospedale:

- individua l'organizzazione che deve essere posta in atto;
- indica le azioni da compiere;
- assegna i ruoli ed i rispettivi compiti.

per consentire l'evacuazione ordinata e tempestiva dei presenti nella struttura, rispettando le priorità.

L'utilità di un Piano di Evacuazione si basa sul presupposto che vengano individuati quegli accorgimenti sul piano psicologico e quei riferimenti tecnico-logistici indispensabili a contenere, nel grado più elevato, l'ansia dell'imprevisto e le reazioni provocate dal panico.

Il Piano tende a ricondurre nella sfera della razionalità tali manifestazioni e, creando fiducia, induce ad un sufficiente autocontrollo per attuare comportamenti atti ad evitare confusione e sbandamento.

In sintesi, il Piano riduce i rischi indotti creati dall'emergenza.

L'evacuazione di un Ospedale (pazienti, personale, visitatori ecc) a causa di qualche evento improvviso, costituisce l'ultima fase dell'evoluzione negativa di una situazione di emergenza.

Il ricorso all'evacuazione rappresenta il fallimento delle misure di prevenzione e di intervento, che nella precedente fase di allarme sono state attuate, e l'incontrollabilità dell'evento.

Nello stesso tempo segna l'atto conclusivo di un processo di valutazione, che potrà avere un certo

sviluppo o richiederà decisioni molto rapide a seconda che l'evento sia a lento tempo di evoluzione o improvviso.

L'evacuazione di un ospedale, per la particolare tipologia di persone presenti, richiede un notevole

impegno organizzativo da parte dei Responsabili e operativo da parte delle squadre preposte.

Ma ogni sforzo per dare una risposta adeguata ed efficace all'evento è destinato a fallire in assenza

di un Piano di emergenza che preventivamente e dettagliatamente indichi le azioni da compiere.

Inoltre, in una struttura in cui è presente un'alta densità di persone, molte delle quali non autosufficienti e non deambulanti, è facile che si verifichino alterazioni nei comportamenti interpersonali che sfociano in situazioni di panico.

7.11. IL PANICO

In ogni situazione di pericolo reale o presunto si evidenzia uno stato di iperemotività, che se non controllato si trasforma in panico.

Il panico, provocando alterazioni dei comportamenti e reazioni irrazionali, presenta manifestazioni che costituiscono di per sé elemento pericoloso e possono provocare rischi indotti ben più gravi dell'evento stesso:

- istinto di coinvolgere gli altri nell'ansia generale, con invocazioni di aiuto, grida e atti inconsulti;
- istinto alla fuga, in cui predomina l'autodifesa, anche violenta (comportamento asociale e anti-sociale);
- paralisi totale o negazione dell'esistenza del pericolo.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 72 di 101

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

Lo stato di ansia, la paura, suscitati da una minaccia improvvisa del pericolo, perché non si trasformino in panico, richiedono una pronta reazione, una risposta preparata e non improvvisata.

7.12. STRUTTURA DEL PIANO DI EVACUAZIONE

Tenendo presente l'obiettivo che si vuol conseguire, il Piano di Evacuazione può essere espresso sinteticamente in un sistema che comprende tre sottosistemi integrati fra loro:

- **SCENARI DI EVACUAZIONE**
- **DEFINIZIONE DEI COMPITI E PROCEDURE OPERATIVE**
- **MODALITA' DI EVACUAZIONE**

7.13. SCENARI PREVEDIBILI PER L' EVACUAZIONE

Nell'evacuazione dell'ospedale occorre considerare un doppio scenario:

- l'evacuazione parziale (EVAC-UNO) ovvero il trasferimento dei degenti, operatori, visitatori ecc, di uno o più reparti in una o più zone considerate sicure (zone sicure nello stesso piano o zone sicure in altri piani);
- l'evacuazione totale (EVAC-DUE) ovvero l'esodo dei degenti, operatori, visitatori ecc, dell'intero edificio dell'ospedale verso zone sicure all'esterno della struttura.



EVAC-UNO

EVACUAZIONE PARZIALE

trasferimento dei degenti, operatori, visitatori in zone sicure nello stesso piano o zone sicure in altri piani



EVAC-DUE

EVACUAZIONE TOTALE

esodo dei degenti, operatori, visitatori dell'intero edificio dell'ospedale verso zone sicure

Per l'evacuazione le vie di esodo da percorrere saranno due:

- 1) Evacuazione orizzontale** verso una zona sicura, definita compartimento adiacente, localizzata sullo stesso piano dove si è verificato l'incendio.
- 2) Evacuazione verticale** verso una zona sicura localizzata almeno due piani sotto il reparto ove si è verificato l'incendio, verso locali distinti (chiesa dell'ospedale, altri padiglioni, corridoi sicuri, aree protette di attesa (A.P.A.)

Nel caso occorra evacuare l'intero reparto, ogni degente, operatore, visitatore ecc, seguirà le istruzioni impartite e, se non vi sono ordini diversi, abbandonerà il reparto o servizio interessato all'evento, incendio, esplosione, crollo, attentato ecc, utilizzando le scale di emergenza più vicine e raggiungerà l'area sicura assegnata (chiesa dell'ospedale, altro reparto localizzato almeno due piani sotto ove si è verificato l'incendio, ambulatori, corridoi sicuri, aree protette di attesa).

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 73 di 101

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

7.14. DEFINIZIONE DEI COMPITI

Il principio ispiratore su cui si basa il Piano di Evacuazione si può riassumere con la frase:
“in caso di emergenza l’intera struttura deve essere messa in grado di reagire rapidamente e nel modo più uniforme possibile per fronteggiare il pericolo”

E’ di fondamentale importanza per evitare che, nel momento dell’emergenza, ognuno si comporti

secondo canoni propri, facendo cose già fatte da altri, tralasciando le molte altre azioni da fare.

A) ALLARME

Verrà inoltrato dall’operatore sanitario o non sanitario che ha ricevuto o che ha notato una situazione di pericolo, direttamente alla Centralino, componendo il numero unico di emergenza.

L’operatore diramerà l’allarme con le stesse procedure del P.E.I.

B) ORDINE DI EVACUAZIONE

L’ordine di evacuazione sarà diramato dal Direttore Sanitario di Presidio o in sua assenza dal Dirigente Medico della Direzione Sanitaria di Presidio presente o in pronta disponibilità e, se non ancora presente, da un Dirigente Medico del D.E.A.

In caso di pericolo assoluto, l’ordine di evacuazione del Reparto/i, verrà diramato da un componente la Squadra di Primo Intervento. (SPI)

Il componente la Squadra di Primo Intervento che ha diramato l’ordine di evacuazione, dovrà comunicarlo immediatamente al Direttore Sanitario di Presidio o, in sua assenza, al Dirigente Medico della Direzione Sanitaria di Presidio presente o in pronta disponibilità o, se non ancora presente, ad un Dirigente Medico del D.E.A.

C) COORDINAMENTO

Il coordinamento degli aspetti sanitari dell’evacuazione spetta al Direttore Sanitario di Presidio o in sua assenza al Dirigente Medico della Direzione Sanitaria di Presidio presente o in pronta disponibilità.

Fino all’arrivo, se non presenti, del Direttore Sanitario di Presidio o del Medico dirigente della Direzione Sanitaria di Presidio, il coordinamento sarà effettuato da un Dirigente Medico presente presso il D.E.A. (Dipartimento Emergenza Accettazione)

D) CONTENIMENTO DELL’EVENTO e/o SPEGNIMENTO

Questo compito, fondamentale per ridurre la possibilità di un’evacuazione totale è affidato ai componenti della Squadra di Pronto Intervento (S.P.I.), allertata dal Centralino (vedere P.E.I.).

E) FUNZIONAMENTO IMPIANTI

Il corretto funzionamento degli impianti tecnologici, anche in caso di emergenza, è affidato alla U.O. Tecnica, ed il compito viene espletato dagli operatori o assistenti tecnici di turno o in pronta disponibilità nonché dall’ascensorista di turno o in pronta disponibilità.

F) TRASPORTO DEGENTI NON DEAMBULANTI O NON AUTOSUFFICIENTI

Modalità Evacuazione degenti Nel caso sia emanato l’ordine di evacuazione di un reparto/i, viene costituita una squadra di addetti, definita **S.E.P. (Squadra Evacuazione Pazienti)**, per trasportare i degenti non deambulanti ed accompagnare gli altri in un luogo sicuro.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 74 di 101

Elenco del personale che comporrà la S.E.P. in servizio nel periodo più critico (notte)

In conformità alle indicazioni della Direzione Sanitaria di Presidio e della Direzione Infermieristica, la squadra definita **S.E.P. (Squadra Evacuazione Pazienti)** viene composta prelevando operatori sanitari o tecnici

Procedure di intervento della S.E.P.

Gli operatori che compongono la S.E.P., recuperano il materiale necessario per l'evacuazione, e si recano nel reparto in cui si è verificato l'evento.

In caso di evento gravemente evolutivo, in cui non è possibile recuperare il materiale anzidetto, occorrerà utilizzare materiale di fortuna per trasportare i pazienti e cioè: lenzuola, coperte, sedie o quant'altro si renda utile per spostare i degenti in un'area sicura.

Successivamente potranno essere utilizzate le barelle o i teli recuperati.

In attesa dei Vigili del Fuoco, se occorre operare in sicurezza (locali invasi dal fumo o a rischio) solo il personale della Squadra di Primo Intervento è autorizzato ad intervenire, previo equipaggiamento con materiale di protezione (autorespiratori, maschere, tuta, stivali ecc.).

G) MODALITÀ DI UTILIZZO DEGLI ASCENSORI IN CASO DI EVACUAZIONE.

In caso di incendio, gli ascensori non devono essere utilizzati ad eccezione di quelli realizzati in conformità alle caratteristiche definite dal D.M. 18 Settembre 2002 -punto 3.6.1- così come disposto dal D.M. 15 Settembre 2005.

In via prioritaria è quindi necessaria una verifica degli impianti di sollevamento esistenti nell'ambito della struttura al fine di determinarne l'eventuale presenza.

Dato che nella norma citata viene precisato che, in caso di incendio, la manovra di questi ascensori deve essere riservata ai VVF ed eventualmente agli addetti al servizio antincendio opportunamente addestrati, nei casi in cui occorra garantire l'uso da parte di operatori interni si dovrà assicurare a queste figure la necessaria formazione e l'addestramento pratico.



7.15. MODALITÀ DI EVACUAZIONE

Evacuazione Rapida

L'evacuazione procederà utilizzando le uscite di sicurezza più vicine (senza usare gli ascensori), portando in salvo prima i degenti più vicini all'evento e poi gli altri, senza distinzione di gravità.

Evacuazione Controllata

Ogni paziente al momento del ricovero deve essere identificato in base all' autosufficienza deambulatoria, è compito del Caposala verificare la corretta attuazione di tale disposizione; inoltre su ogni letto dovrà essere apposto un codice colore finalizzato a facilitare il compito delle squadre di emergenza:



ROSSO = paziente che deve essere trasportato



GIALLO = paziente che cammina se aiutato



VERDE = paziente che cammina autonomamente

Per l'evacuazione la S.E.P. (**Squadra Evacuazione Pazienti**) darà la priorità ai pazienti contrassegnati col colore **ROSSO**, poi ai pazienti col colore **GIALLO** e infine ai pazienti contrassegnati col colore **VERDE**

La categorizzazione dei degenti (Triage) è un compito del Medico del reparto, del caposala o, in sua assenza, dall'infermiere con più anzianità di servizio.

Il recupero delle cartelle cliniche dei degenti sarà compito di uno degli Infermieri presenti.

Luoghi Sicuri

Nel caso venga diramato l'ordine di evacuazione, vengono identificati dei luoghi in cui si può stazionare in sicurezza.

Di norma è sufficiente trasportare i degenti: di minima:

- 1) nell'ala opposta del reparto stesso previa compartimentazione;
- 2) in un reparto situato almeno due piani sotto l'incendio ma, se l'evento è imponente e non controllabile, si renderà necessario evacuare i pazienti;
- 3) in locali distanti (chiesa dell'ospedale, altri padiglioni, ecc.) oppure,
- 4) in caso di evacuazione totale della struttura in un'Area Protetta di Attesa (A.P.A.),
- 5) Se ritenuto necessario, i degenti evacuati dovranno essere trasferiti presso altri ospedali, secondo le procedure definite dalla **Centrale 118** in accordo con le direttive dell'Unità di Crisi

7.16. L'evacuazione dei pazienti dalle aree ad alta intensità di cura o dei pazienti critici

Per aree ad alta intensità di cura o con la presenza di pazienti critici si intendono:

blocchi operatori, rianimazioni, terapie intensive, aree a contaminazione controllata, unità cardiocircolatorie (UTIC), stroke unit, emodialisi, mielolesi, aferesi, psichiatria, unità con pazienti in stato vegetativo e/o neurodegenerativo, hospice, sale parto.

Occorre premettere che sarebbe meglio non procedere ad evacuare i pazienti ricoverati in aree critiche se non strettamente indispensabile e che quindi, per queste aree in particolare, occorre ragionare in termini complessivi sia sui sistemi di prevenzione ma anche di protezione attiva e passiva.

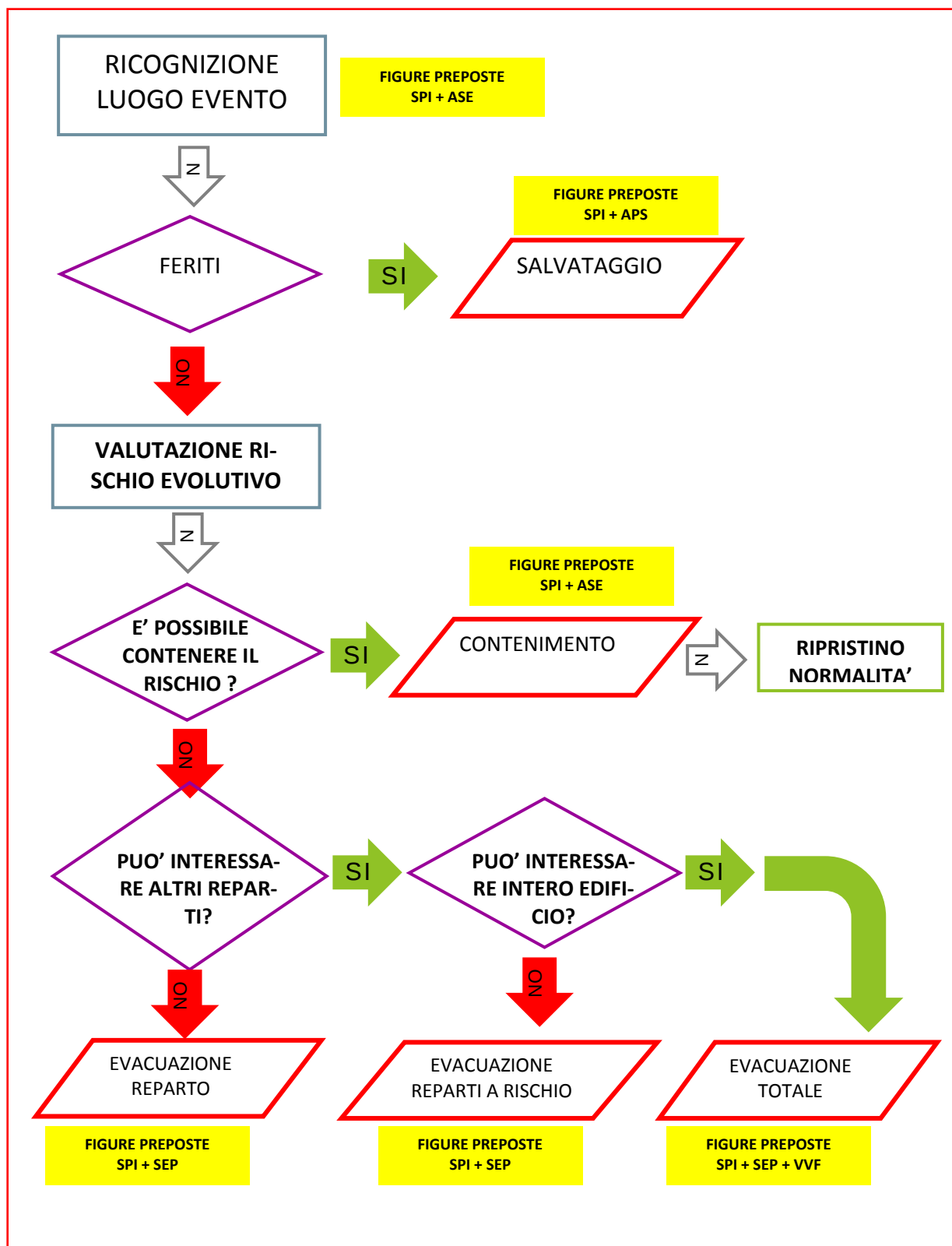
Il trasferimento di un letto tecnico di rianimazione o di terapia intensiva non può essere realizzato facilmente o rapidamente, garantendo nel contempo l'assistenza necessaria ad un paziente critico soprattutto quando le sue funzioni vitali sono mantenute tramite l'ausilio di apparecchiature elettromedicali, etc.

Per raggiungere questo scopo l'attenzione va posta principalmente su alcune condizioni esistenti nella struttura e sul rispetto scrupoloso da parte dei lavoratori di alcune misure procedurali e organizzative.

In modo non esaustivo si cita:

- la necessità assoluta di proteggere queste aree con compartimentazioni adeguate;
- la possibilità di realizzare percorsi brevi (entro 30 metri) in orizzontale sfruttando la realizzazione di compartimenti adiacenti e di adeguata classificazione antincendio attraverso i quali possano passare facilmente i letti di degenza;
- la riduzione del carico d'incendio e in particolare delle scorte di liquidi infiammabili;
- la presenza di dotazioni utilizzabili per il trasporto di pazienti non autosufficienti (letti attrezzati, teli, barelle, etc.);
- il divieto d'uso degli ascensori presenti;
- il numero di operatori presenti negli orari di minor copertura dei turni;
- la tipologia di apparecchiature medicali in dotazione e la disponibilità di apparecchiature portatili e/o di riserva;
- le fonti sussidiarie di energia elettrica, di bombole di ossigeno da trasporto.

7.17.FLOW CHART – PROCESSO DECISIONALE



PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

7.18. relazioni esterne

E' necessario gestire in maniera opportuna tutte le informazioni sullo stato di crisi generato dall'emergenza per ottenere ciò è necessario registrare dettagliatamente la successione degli eventi, compilare un elenco delle persone eventualmente ferite o decedute, avere contezza delle forze impiegate (interne ed esterne) degli eventuali apporti di strutture sanitarie coinvolte.

I dati serviranno a compilare i comunicati stampa ufficiali sull'evoluzione dell'emergenza e sulle eventuali cause.

Servirà gestire le richieste di informazioni da parte della stampa, della TV e dai familiari dei ricoverati e del personale.

RAPPORTI CON L'ESTERNO

I rapporti con la Prefettura e le autorità di protezione civile saranno mantenuti dalla Direzione Sanitaria.

I rapporti con i parenti dei pazienti, potranno essere gestiti dall'Ufficio relazioni con il Pubblico.

I rapporti con i mezzi di informazione saranno gestiti dall'Ufficio Stampa.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 79 di 101

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

7.19. ELISUPERFICIE

E' presente presso l'Azienda Ospedaliera Cannizzaro una elisuperficie classe H2 dotata di impianti per lo spegnimento incendio (idranti e estintori).

Secondo la normativa vigente (Decreto Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti 01 febbraio 2006) per l'elisuperficie non è obbligatorio l'istituzione del servizio di assistenza antincendio. Trattasi, infatti, di elisuperficie a servizio di struttura ospedaliera ove si svolgono operazioni di trasporto con una media giornaliera di movimenti inferiori a due per ogni semestre di riferimento.

Tuttavia, al fine di migliorare le condizioni generali di sicurezza, di adottare tutti i provvedimenti

possibili per la salvaguardia delle persone e la tutela dei beni, si è ritenuto opportuno istituire un servizio di assistenza antincendio costituito da personale dipendente abilitato dotato dei dispositivi

di protezione individuale necessari.

L'abilitazione del personale è avvenuta attraverso la frequenza di un corso teorico-pratico nonché il superamento di un esame.

Il servizio di assistenza antincendio si esplica con l'intervento contemporaneo di almeno due componenti la squadra antincendio elisuperficie per ogni atterraggio-decollo.

7.20. PROCEDURE DI INTERVENTO DELLA SQUADRA ANTINCENDIO - ELISUPERFICIE

Il Servizio Pronto Intervento dell'Azienda Ospedaliera Cannizzaro allerta, componendo il numero telefonico unico per l'emergenza 8888, il Centralino circa l'imminente atterraggio dell'elicottero.

Il Servizio portineria-sorveglianti allertato dal Servizio Pronto Soccorso circa l'imminente atterraggio dell'elicottero, fa intervenire immediatamente i componenti la squadra antincendio elisoccorso di turno utilizzando per la comunicazione il/i numero/i telefonico/i riportati nell'apposito registro.

I componenti la squadra antincendio elisoccorso, allertati dal servizio portineria circa l'imminente

atterraggio dell'elicottero con le modalità sopra indicati, devono immediatamente recarsi, dotati dei dispositivi di protezione individuali, presso l'elisuperficie.

Il coordinatore, o suo sostituto, del Servizio Portineria-sorveglianti deve annotare su apposito registro i nominativi facenti parte di ogni turno giornaliero della squadra antincendio-elisuperficie.

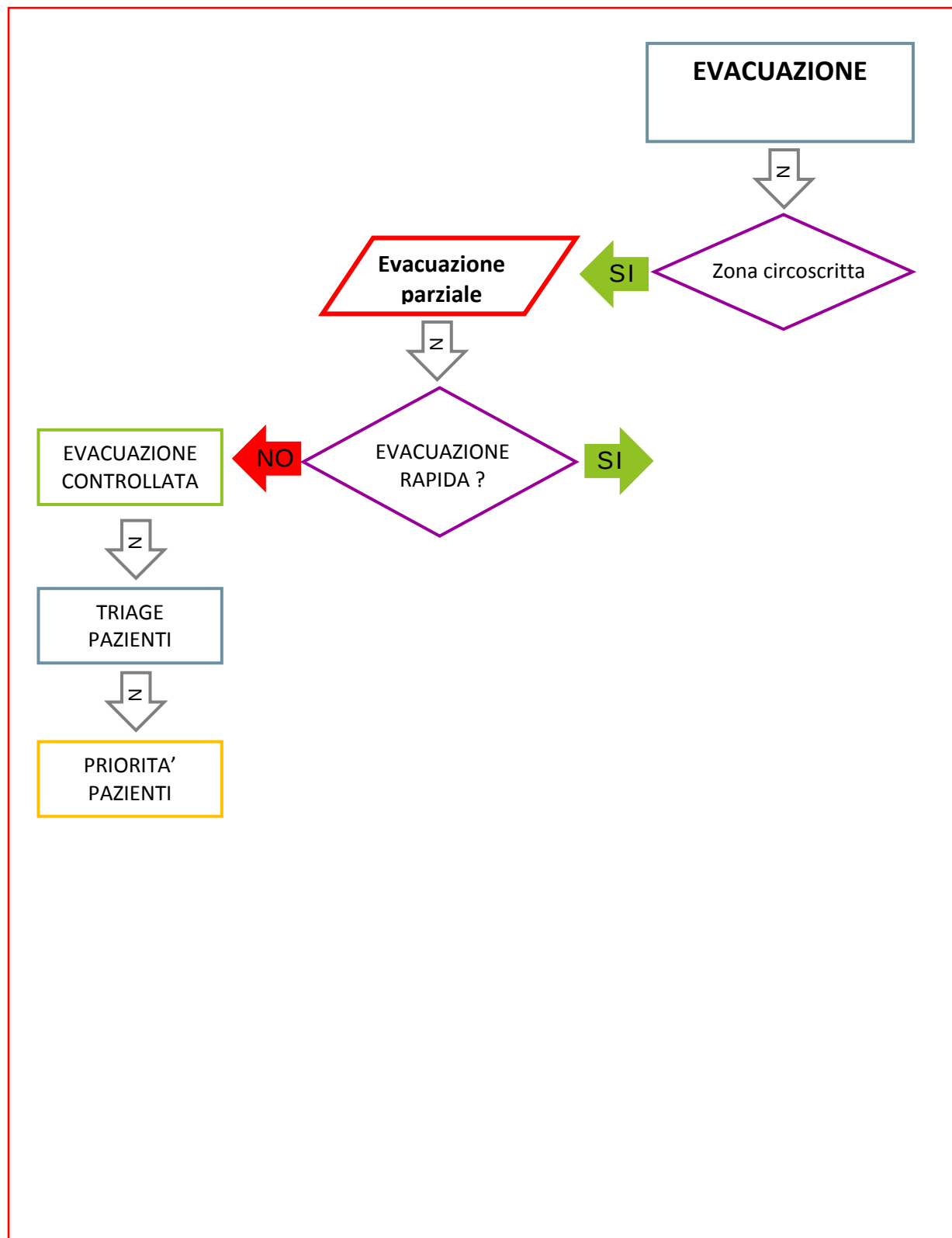
Il numero degli addetti per turno deve essere almeno di due titolari più due supplenti da fare intervenire nel caso in cui entrambi o uno dei due "titolari" per qualsiasi motivo, non fossero disponibili.

Il coordinatore del Servizio Portineria-sorveglianti, o suo sostituto, deve inoltre annotare, nell'apposito registro, accanto a tutti i nominativi (titolari e supplenti) facenti parte di ogni turno giornaliero della squadra antincendio elisuperficie, il numero/i presso cui ogni addetto la squadra antincendio elisoccorso può essere raggiunto in caso di necessità, al fine di eseguire gli adempimenti necessari antincendio di cui la formazione-abilitazione precedentemente citata.

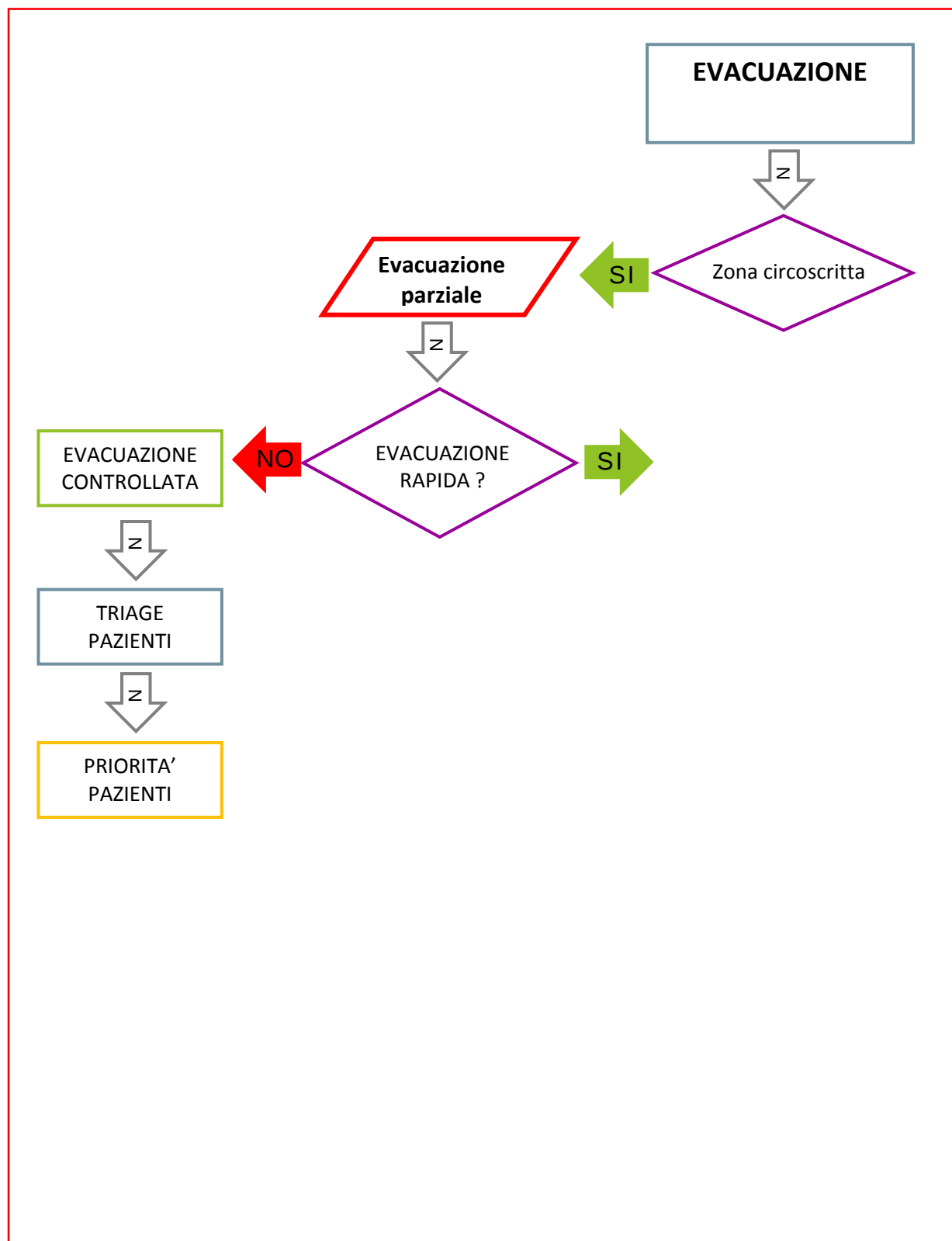
Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 80 di 101

I componenti la squadra antincendio elisoccorso devono essere presenti presso l'elisuperficie prima dell'atterraggio dell'elicottero e rimanere presso essa fino a decollo avvenuto.

7.21. FLOW CHART – COORDINAMENTO EVACUAZIONE PARZIALE



7.21. FLOW CHART – COORDINAMENTO EVACUAZIONE TOTALE



GESTIONE POST EMERGENZA

8. GESTIONE DEL POST EMERGENZA

8.1. Ripristino attività

La fase di **POST EMERGENZA** prevede il ripristino delle competenze ordinarie degli operatori sanitari per il definitivo ritorno alle normali condizioni di lavoro, nonché il censimento dei danni, e dei conseguenti adempimenti.

E' necessario accertarsi che l'emergenza sia stata definitivamente superata e che tutte le cause scatenanti siano state rimosse.

E' fondamentale stabilire che tutti i requisiti di funzionalità della struttura siano garantiti ai fini della tutela del personale e degli utenti.

Deve essere garantita l'agibilità dei locali in funzione della loro destinazione d'uso, la piena funzionalità degli impianti e delle apparecchiature.

A tal fine la squadra dei manutentori deve lavorare di concerto con l'ufficio tecnico-manutentivo per verificare e attestare il pieno utilizzo dei locali dopo l'emergenza.

8.2. Individuazione delle cause della situazione di emergenza

REGISTRAZIONE DI EVENTI E FALSI ALLARMI

Al termine dell'emergenza il RSPP ha il compito di compilare il "Registro Eventi di Emergenza"

La stessa procedura deve essere attuata in occasione di falsi allarmi generati dalle Centraline Antincendio presenti nelle varie strutture dell'Ospedale.

A posteriori andranno analizzate le cause che hanno generato l'emergenza:

- cause di natura tecnica
- cause di natura comportamentale
- cause di natura incidentale
- cause naturali

Per ognuna di queste sarà necessario individuare l'evento scatenante e la possibilità di ridurre la probabilità di accadimento.

L'emergenza andrà computata anche in termini di costi dovuti ai danni subiti dalla struttura e dalle eventuali persone coinvolte.

L'individuazione delle cause sarà indispensabile per la definizione degli interventi correttivi da riportare eventualmente nel PGE.

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

8.3. Azioni correttive ed aggiornamento del piano di gestione delle emergenze

Il Piano di Emergenza, costituito essenzialmente da procedure e istruzioni operative, non essendo uno strumento statico è soggetto periodicamente a “manutenzione”.

Quest’ultima, effettuata dal SPP, sarà possibile solo se tutti i soggetti responsabili individuati nel Piano si impegneranno a comunicare tempestivamente eventuali cambiamenti che si possono verificare all’interno delle varie UU.OO. riguardanti introduzione di nuove tecnologie, modifica degli assetti organizzativi, variazione delle destinazioni d’uso dei locali, modifiche strutturali e impiantistiche, ecc.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 86 di 101

GESTIONE MAXI EMERGENZE

9. GESTIONE DELLE MAXI EMERGENZE

Le strutture ospedaliere rappresentano, per una comunità colpita da un evento calamitoso, organi vitali cui vengono richieste in condizione di stress risposte pronte ed efficaci per contenere i danni derivati dalla situazione di emergenza.

In una situazione di pericolo per la popolazione, la consapevolezza della continuità del funzionamento degli organi che possono offrire conforto medico, rappresenta un caposaldo da cui poter dare slancio alla reazione e alla ripresa della normalità.

9.1. IMPORTANZA STRATEGICA DEGLI OSPEDALI

Per garantire questa importanza strategica nell'evoluzione degli scenari di emergenza, gli ospedali devono essere in grado di supportare la forza d'urto scaturita dall'emergenza resistendo essi stessi in primo luogo e garantendo la necessaria attività di supporto e di intervento al fianco delle altre forze tipicamente deputate alla gestione dell'emergenza: Vigili del Fuoco, Polizia, Prefettura, Comuni, Province, etc.

Tra gli edifici pubblici, gli ospedali rivestono quindi un ruolo strategico in caso di calamità, quando sono chiamati a svolgere un importantissima funzione di soccorso alla popolazione garantendo l'efficace continuazione delle prime operazioni di pronto intervento sanitario avviate sul campo.

Le strutture ospedaliere si inseriscono all'interno del panorama della gestione dell'emergenza come parte attiva, peraltro prevista all'interno della metodologia del Metodo Augustus (metodologia prodotta nel 1995 da un gruppo di funzionari del Dipartimento di Protezione Civile e del Ministero dell'Interno) e come destinatarie degli interventi atti a mitigare il rischio o a proteggere dal pericolo nel momento in cui viene intaccata la loro sicurezza.

In particolare il metodo Augustus articola l'emergenza sanitaria all'interno della Funzione 2, "Sanità umana e veterinaria, assistenza sociale", che a livello periferico, provinciale o comunale viene affidata alla Centrale operativa 118 e ai servizi del Dipartimento di prevenzione delle ASL. Questa funzione si occupa di primo soccorso e assistenza sanitaria, interventi di sanità pubblica, e attività di assistenza psicologica e di assistenza sociale alla popolazione.

All'interno del primo soccorso e delle attività di assistenza sanitaria sono previsti il soccorso immediato ai feriti, la gestione degli aspetti medico legali connessi al recupero delle salme, la gestione dei pazienti ospitati in strutture ospedaliere danneggiate o in strutture sanitarie campali, la fornitura di farmaci e presidi medico chirurgici per la popolazione colpita e l'assistenza sanitaria di base o specialistica.

Deve essere pianificata anche l'emergenza che nasce all'interno delle strutture nosocomiali così

come previsto dalla metodologia Augustus e sottolineato dalle linee-guida "Pianificazione

dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi emergenza" emanate dal Servizio Emergenza Sanitaria del Dipartimento della Protezione Civile nel Settembre 1998.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 88 di 101

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

Infatti, il documento auspica l'organizzazione di due distinti piani anche se sottolinea la completa compatibilità tra loro in relazione alle procedure da eseguire: il Piano di emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (**PEMAF**) e il Piano di Evacuazione (**PEVAC**).

9.2. SCENARI DI RISCHIO

L'effetto più tragico di un terremoto è la perdita di vite umane: il primo obiettivo di ogni strategia di riduzione del rischio è limitare per quanto possibile il numero delle vittime.

Inoltre lo scenario prevede che tutte le persone rinvenute fra le macerie ancora in vita, richiedano un intervento medico.

Stima delle vittime

Il PIANO di EMERGENZA COMUNALE Rev. ed Agg. Dicembre 2012 prefigura il seguente scenario.

Scenario di livello I: evento distruttivo, ripetizione del grande terremoto del 1693

Periodo di ritorno 475 anni, corrispondente ad una probabilità di occorrenza del 10% in 50 anni.

SCENARIO DI SCUOTIMENTO SISMICO DI LIVELLO I (TIPO 1693) CHE SI VERIFICA DI NOTTE				
	vittime in edifici in muratura	vittime in edifici in CA	vittime totali	% vittime sulla pop. totale
Morti	85	20612	20697	6.2
Feriti che richiedono intervento medico	67	4525	4591	1.4

SCENARIO DI SCUOTIMENTO SISMICO DI LIVELLO I (TIPO 1693) CHE SI VERIFICA DI GIORNO				
	vittime in edifici in muratura	vittime in edifici in CA	vittime totali	% vittime sulla pop. totale
Morti	48	11594	11642	3.5
Feriti che richiedono intervento medico	37	2545	2582	0.8

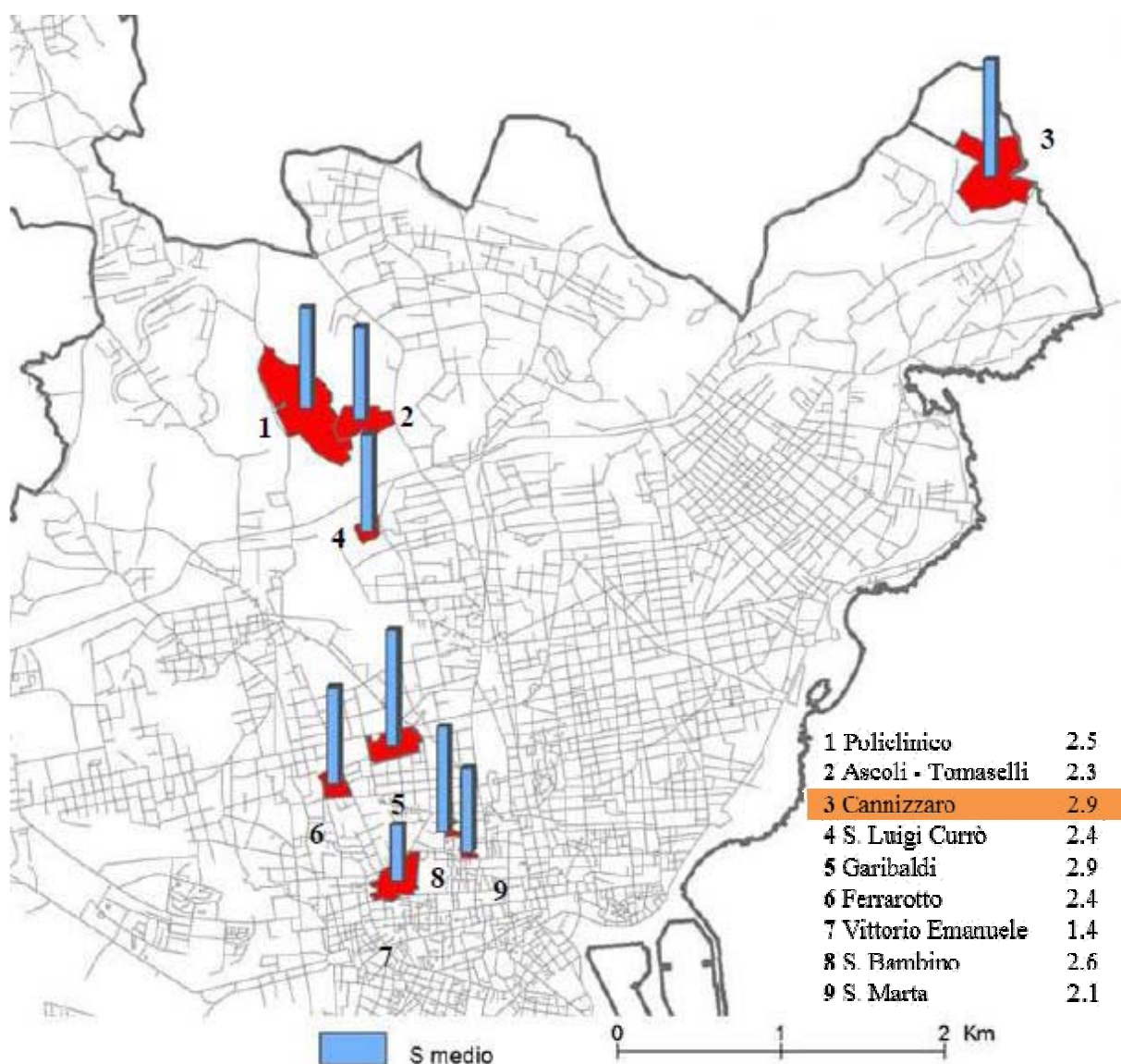
Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 89 di 101

Il verificarsi del terremoto durante la notte aumenta quasi del doppio la stima del numero delle vittime.

9.3. VULNERABILITÀ SISMICA DEL SISTEMA OSPEDALIERO DI CATANIA

Visto il ruolo strategico rappresentato dal sistema sanitario nell'ambito della gestione dell'emergenza post-terremoto, il piano di emergenza comunale ha ritenuto opportuno riportare una valutazione della vulnerabilità, seppur in forma semplificata, degli ospedali di Catania.

Attraverso un indice di pericolosità sismica S , che tiene conto di vari parametri strutturali e di sito, il cui valore varia in un intervallo compreso tra 0 e 7, dove a valori maggiori corrispondono migliori prestazioni sismiche dell'edificio è possibile apprezzare le differenze tra le diverse strutture.



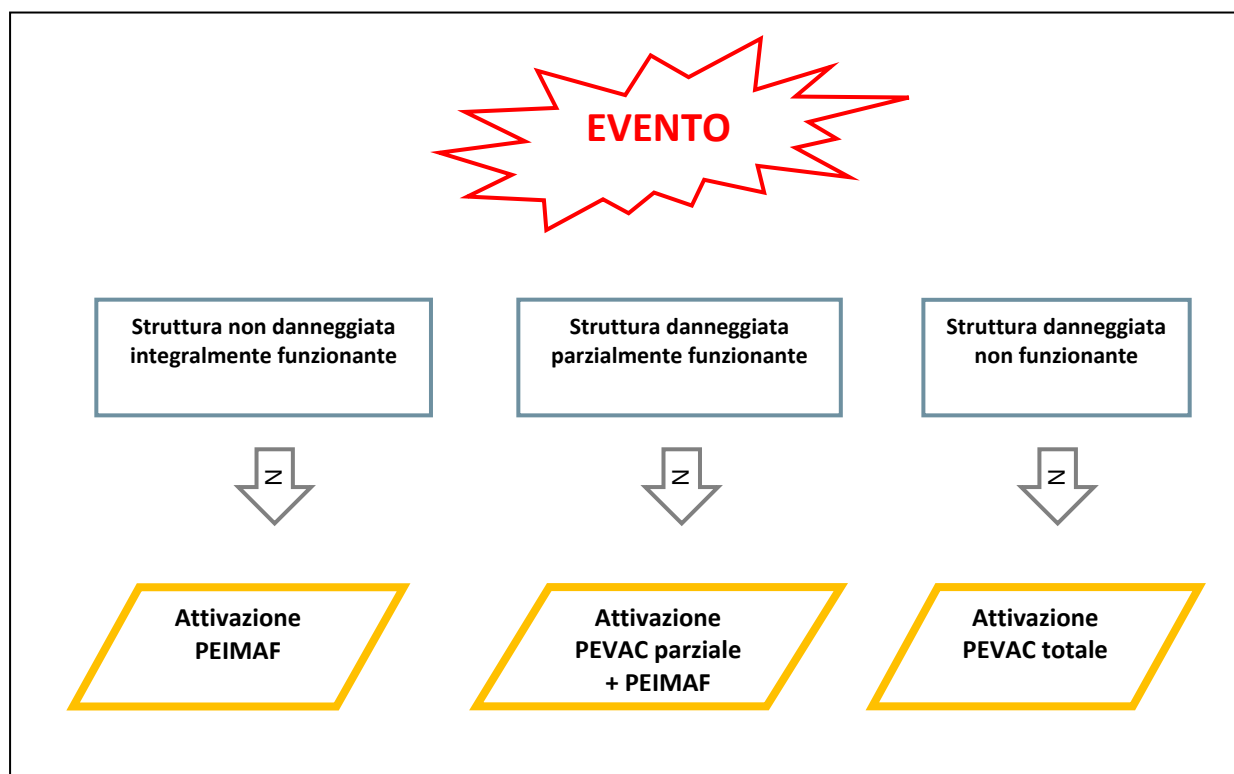
9.4. FUNZIONALITA' DELLE STRUTTURE DOPO UN EVENTO CALAMITOSO

A seguito di un qualsiasi fenomeno calamitoso, la struttura ospedaliera può assumere tre stati:

1. Struttura non danneggiata e funzionante;
2. Struttura danneggiata, parzialmente funzionante;
3. Struttura danneggiata, non funzionante.

Il primo stato si verifica solitamente quando l'ospedale si trova al di fuori della area sinistrata e per questo non subisce conseguenze significative in termini di perdita di capacità ed efficienza: può svolgere interamente la propria funzione all'interno della catena dei soccorsi gestendo un massivo afflusso di feriti provenienti dalla zona dell'emergenza. Ovviamente non tutte le strutture sono in grado di poter garantire la gestione di una quantità eccezionale di feriti. Per questo le strutture che non possono garantire questo servizio sostituiranno gli ospedali che partecipano all'emergenza nell'assistenza ai pazienti ambulatoriali o già stabilizzati provenienti dall'area sinistrata, garantendo l'assistenza ordinaria.

Nel caso in cui le strutture ospedaliere siano coinvolte dalla portata distruttiva dell'evento emergenziale, potranno assumere il secondo o il terzo stato. Nel caso in cui la struttura sia danneggiata ma può garantire un funzionamento parziale si dovrà attivare l'evacuazione parziale dei reparti interessati attivando nel contempo la gestione per un massivo afflusso di feriti in quei padiglioni non coinvolti per garantire l'accettazione dei pazienti evacuati. Nel caso in cui la struttura sia totalmente danneggiata e quindi non più in grado di fornire servizi di assistenza né di garantire la sicurezza di coloro che la frequentano si dovrà attivare il piano di evacuazione totale.



9.5. PERICOLOSITÀ SISMICA DEL TERRITORIO DI CATANIA

Sino al 2003 il territorio nazionale era classificato in tre categorie sismiche a diversa severità. I Decreti Ministeriali emanati dal Ministero dei Lavori Pubblici tra il 1981 ed il 1984 avevano classificato complessivamente 2.965 comuni italiani su di un totale di 8.102, che corrispondono al 45% della superficie del territorio nazionale, nel quale risiede il 40% della popolazione. Nel 2003 sono stati emanati i criteri di nuova classificazione sismica del territorio nazionale, basati sugli studi e le elaborazioni più recenti relative alla pericolosità sismica del territorio, ossia sull'analisi della probabilità che il territorio venga interessato in un certo intervallo di tempo (generalmente 50 anni) da un evento che superi una determinata soglia di intensità o magnitudo. A tal fine è stata pubblicata l'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20 marzo 2003, sulla Gazzetta Ufficiale n. 105 dell'8 maggio 2003.

Il provvedimento detta i principi generali sulla base dei quali le Regioni, a cui lo Stato ha delegato l'adozione della classificazione sismica del territorio (Decreto Legislativo n. 112 del 1998 e Decreto del Presidente della Repubblica n. 380 del 2001 - "Testo Unico delle Norme per l'Edilizia"), hanno compilato l'elenco dei comuni con la relativa attribuzione ad una delle quattro zone, a pericolosità decrescente, nelle quali è stato riclassificato il territorio nazionale.

Zona 1 - E' la zona più pericolosa, dove possono verificarsi forti terremoti

Zona 2 - Nei Comuni inseriti in questa zona possono verificarsi terremoti abbastanza forti

Zona 3 - I Comuni inseriti in questa zona possono essere soggetti a scuotimenti modesti

Zona 4 - E' la zona meno pericolosa

Il territorio del Comune di Catania si trova nella parte centrale della fascia costiera orientale della Sicilia, che in passato è stata interessata da terremoti anche di intensità molto forte.

La mappa di pericolosità sismica elaborata dal INGV (Ordinanza PCM 28/04/2006 n. 3519, All. 1b), espressa in termini di accelerazione massima del suolo con probabilità di eccedenza del 10% in 50 anni riferita a suoli rigidi, indica per il territorio comunale di Catania valori di pericolosità analoghi, compresi tra 0,2g e 0,225g nella parte urbanizzata del territorio, e 0,225-0,25g nella parte sud del territorio comunale.

La Regione Sicilia, con la deliberazione n. 408 del 20/03/2003 che recepisce l'Ordinanza PCM 20/03/2003 n. 3274", ha confermato la classificazione sismica in **Zona 2 del comune di Catania**.

Il Piano di Emergenza Comunale approvato con Delibera di Consiglio Comunale n. 19 del 9 aprile 2013, prevede degli scenari di rischio

Per il comune di Catania è stato stimato il grado di danno in base alle 5 classi di danno definite dalla scala MSK, con il seguente risultato:

Grado di danno	Tipo di danno	N° di abitazioni
5	danno totale (collasso)	972
4	distruzione (crollo parziale)	10.380
3	danno forte (lesioni gravi)	8.839
2	danno medio (lesioni minori)	26.804
1	danno lieve	

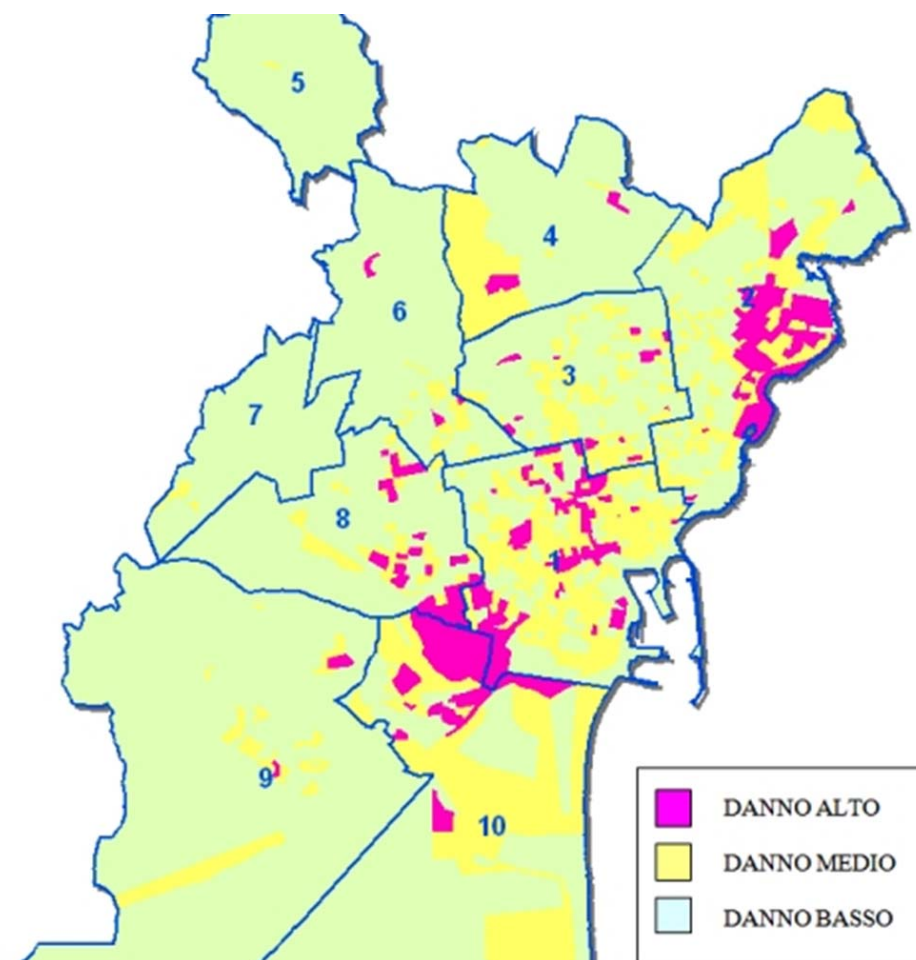
Incrociando i dati relativi al danno dell'edificato con i valori di esposizione della popolazione, si è ottenuto lo scenario di evento che segue:

▪ **Scenario assunto**

Abitazioni crollate	972	0,73% del totale
Abitazioni inagibili	13.915	10,38% del totale
Abitazioni danneggiate	32.107	23,95% del totale
Popolazione coinvolta in crolli	1.965	
Numero di vittime	590	
Numero di feriti	1.769	
Numero di senza tetto	27.016	

La distribuzione territoriale del danno medio dell'edificato è quella rappresentata nella figura che segue, da cui risulta che le zone della città a rischio più elevato sono le seguenti:

- La parte di centro storico racchiusa da via Plebiscito ad Ovest, da via Umberto a Nord, e da via Dusmet a Sud.
- Una vasta area del quartiere Picanello.
- Le zone di edilizia popolare nel quartiere S. Leone.
- Buona parte dell'edificato intorno alle vie Acquicella, Acquicella Porto e Zia Lisa



FORMAZIONE INFORMAZIONE ADDESTRAMENTO

10. FORMAZIONE, INFORMAZIONE, ADDESTRAMENTO

L'implementazione del SGE, come già precedentemente espresso, è possibile solo attraverso la valorizzazione delle risorse umane coinvolte, nei loro ruoli e nell'acquisizione di una sempre maggiore consapevolezza.

E' essenziale che i lavoratori affinino le loro competenze ed acquisiscano nuove capacità e visioni organizzative sulla loro quotidiana attività.

Formazione

I percorsi formativi proposti tengono conto di tutti gli aspetti fondamentali ed utili all'efficacia dell'attività del personale; quindi sia gli aspetti di tipo cognitivo che relazionale, in particolare per

quanto riguarda le attività di gruppo o di costruzione di team. Inoltre sarà valorizzata la possibilità

di sperimentare attraverso esercitazioni pratiche le ipotesi emerse dalle attività.

Saranno colte tutte le possibili opportunità di confronto e di arricchimento scientifico attraverso il confronto con l'esperienza sul tema di altri enti ed istituzioni.

Addestramento

E' responsabilità della Direzione delle singole Strutture garantire l'addestramento specifico necessario per la gestione e il miglioramento dei processi operativi e valutarne l'efficacia in termini di capacità della propria Struttura alla sorveglianza e alla risposta ad emergenze di sanità pubblica, attraverso gli strumenti didattici sperimentati.

Informazione

I lavoratori ricevono un'adeguata informazione sulla gestione della risposta alle emergenze:

A tal scopo da parte della Direzione delle singole Strutture:

- vengono effettuati incontri con i lavoratori su tematiche specifiche di emergenza;
- sono diffusi materiali cartacei, software, indicazioni di siti web utili all'arricchimento delle risorse a disposizione
- sono diffuse le procedure , i processi e le norme comportamentali da mantenere in caso di emergenze;
- sono diffusi i nominativi degli operatori incaricati alle emergenze

Prove di simulazione/esercitazione

Almeno una volta all'anno si svolgono prove di simulazione su scenario, secondo le modalità indicate dal DPC o validate da altri Enti e Istituzioni.

L'evento di esercitazione, che può essere in contesto reale o in aula, viene annotato su opportuno

verbale riportando il livello di efficacia e di affidabilità raggiunto.

Il verbale è allegato al registro delle prove d'emergenza ed è compilato dal RSPP.

A seguito delle prove effettuate si provvede, se necessario, alla revisione di istruzioni operative processi e procedure

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 95 di 101

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

Coinvolgimento

Il coinvolgimento è finalizzato a rendere le persone consapevoli del loro ruolo e responsabilità nella preparazione e gestione delle emergenze e delle azioni intraprese.

Il coinvolgimento dei cittadini, dei volontari, degli enti, delle organizzazioni, rende più efficace l'intervento attraverso una collaborazione mirata, scelte di prestazioni ed interventi idonei e l'assunzione consapevole di comportamenti adeguati per il controllo del rischio e la gestione della risposta.

Il coinvolgimento del personale, effettuato in modo sistematico consente di reiterare costantemente la consapevolezza e l'impegno nell'ambito dell'equipe per la realizzazione e il funzionamento del SGE, ferma restando la responsabilità di ciascun operatore di garantire la propria preparazione e l'adozione di comportamenti appropriati per la gestione dell'emergenza.

L'effettivo coinvolgimento degli operatori consente di riconoscere l'attività di preparazione e gestione della risposta alle emergenze come parte integrante del lavoro ordinario invece che come

aggravio aggiuntivo.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 96 di 101

ALLEGATI

11. ALLEGATI

ALLEGATO 1

RECAPITI TELEFONICI LIVELLO DECISIONALE

RECAPITI TELEFONICI LIVELLO OPERATIVO

PROCEDURE OPERATIVE D'INTERVENTO

- per ruoli
- per evento

TESTO CHIAMATE EMERGENZA

MODULISTICA

ALLEGATO 2

PLANIMETRIE TECNICHE

- centrali termiche
- cabine elettriche principali e derivate
- depositi gas medicali
- aree a rischio radiazioni
- aree protette di attesa APA (punti di raccolta)

PLANIMETRIE DI EVACUAZIONE

- tutti gli edifici dell' Azienda Ospedaliera

12. SOMMARIO

FINALITÀ'	5
STRUTTURA DEL PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	6
CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	7
DATI STATISTICI RIFERITI AGLI OSPEDALI	8
GLOSSARIO	9
1. DESCRIZIONE DELL'OSPEDALE.....	121
1.1. Descrizione generale.....	12
1.2. Destinazioni d'uso degli edifici.....	19
1.3. PLANIMETRIA 3D DELL' AZIENDA OSPEDALIERA CANNIZZARO.....	21
1.4. PLANIMETRIA con indicazione degli edifici.....	22
1.5. CLASSIFICAZIONE AI FINI ANTINCENDIO	23
1.6. Tipologia delle strutture.....	25
1.7. Accessi.....	25
1.8. Viabilità interna e accostamento mezzi di soccorso	25
1.9. Mezzi e sistemi finalizzati ad operazioni di spegnimento	25
1.10. Impianti automatici di rilevazione fumi/incendio.....	26
1.11. Dispositivi di intercettazione energia elettrica e gas medicali.....	27
1.12. Alimentazione di emergenza e segnaletica di sicurezza	27
1.13. Compartimentazioni.....	27
2. DISLOCAZIONE DEL PERSONALE E DELL'UTENZA	29
2.1. PERSONALE IN SERVIZIO NEI REPARTI	29
2.2. DISTRIBUZIONE NEI REPARTI.....	30
3. DISPOSITIVI, IMPIANTI E ATTREZZATURE DI SICUREZZA.....	35
3.1. MEZZI DI COMUNICAZIONE	35
3.2. TELEFONO INTERNO DI EMERGENZA	35
3.3. TELEFONI INTERNI E CELLULARI AZIENDALI	36
3.4. SERVIZI ESTERNI DA ALLERTARE IN CASO DI EMERGENZA.....	37
3.5. ATTREZZATURE DI PRONTO INTERVENTO.....	38
3.6. CENTRO OPERATIVO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE – COGE	40
3.7. SALA RIUNIONI UNITA' DI CRISI	41
3.8. MEZZI DI TRASPORTO.....	41
3.9. CONDIZIONI FONDAMENTALI PER IL FUNZIONAMENTO DEL P.G.E.....	41
4. RELAZIONI CON LA REGOLA TECNICA DI PREVENZIONE INCENDI	43
4.1. definizioni di prevenzione incendi.....	43
4.2. Classificazione delle aree	44
4.3. Affollamenti	44
4.4. Percorsi di esodo	45
4.5. Spazi calmi e luoghi sicuri.....	45
4.6. capacità di deflusso	46
4.7. Esodo orizzontale progressivo.	46
4.8. Lunghezza delle vie d'uscita al piano.....	47

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE		
4.9.	Larghezza totale delle vie d'uscita.	47	
4.10.	Centro di gestione delle emergenze.	47	
5.	TIPOLOGIE DI EMERGENZE PREVEDIBILI.....	49	
5.1.	DEFINIZIONE DI EMERGENZA	49	
5.2.	FLOW CHART CLASSIFICAZIONE EMERGENZE	50	
5.3.	RISCHIO INCENDIO	51	
5.4.	RISCHIO TECNOLOGICO	52	
5.5.	RISCHIO STRUTTURALE.....	55	
5.6.	RISCHIO DA EVENTI NATURALI.....	55	
5.7.	RISCHIO CHIMICO	56	
5.8.	RISCHIO BIOLOGICO	56	
5.9.	RISCHIO SOCIALE	567	
6.	STRUTTURA ORGANIZZATIVA	59	
6.1.	Individuazione delle figure coinvolte nel controllo e nella gestione dell'emergenza ...	59	
	LIVELLO DECISIONALE.....	60	
6.2.	RESPONSABILE DELLA GESTIONE EMERGENZE	60	
6.3.	UNITÀ DI CRISI	61	
6.4.	RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE	62	
6.5.	RESPONSABILE DEL SERVIZIO 118.....	62	
6.6.	RESPONSABILE DEL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	62	
6.7.	RESPONSABILE UFFICIO TECNICO	62	
	LIVELLO OPERATIVO.....	63	
6.8.	ADDETTO ALLE COMUNICAZIONI DI EMERGENZA.....	63	
6.9.	SQUADRA DI PRONTO INTERVENTO	63	
6.10.	ADDETTI ALLA SQUADRA ANTINCENDIO (ASA)	63	
6.11.	SQUADRA DI EVACUAZIONE PAZIENTI (SEP).....	64	
6.12.	RESPONSABILI/COORDINATORI DELLE UNITÀ ORGANIZZATIVE	64	
6.13.	PERSONALE SANITARIO DELL'OSPEDALE.....	65	
6.14.	ADDETTI ALLA MANUTENZIONE.....	66	
7.	GESTIONE DELLE EMERGENZE	68	
7.1.	PIANO DI EMERGENZA INTERNA (PEI).....	69	
7.2.	DEFINIZIONE DEI COMPITI	69	
7.3.	ALLARME	69	
7.4.	MODALITA' DI ALLERTAMENTO DELLA S.P.I.	69	
7.5.	PROCEDURE DI INTERVENTO DELLA S.P.I.	69	
7.6.	IL PRIMO INTERVENTO ANTINCENDIO	70	
7.7.	CONTENIMENTO DELL'EVENTO e/o SPEGNIMENTO	71	
7.8.	FUNZIONAMENTO IMPIANTI.....	71	
7.9.	INSEDIAMENTO DELL'UNITA DI CRISI.....	71	
7.10.	PIANO DI EVACUAZIONE (P.EVAC)	72	
7.11.	IL PANICO	72	
7.12.	STRUTTURA DEL PIANO DI EVACUAZIONE	73	
7.13.	SCENARI PREVEDIBILI PER L' EVACUAZIONE	73	

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 100 di 101

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
7.14.	DEFINIZIONE DEI COMPITI	74
7.15.	MODALITÀ DI EVACUAZIONE	76
7.16.	L'evacuazione dei pazienti dalle aree ad alta intensità di cura o dei pazienti critici ..	77
7.17.	FLOW CHART – PROCESSO DECISIONALE	78
7.18.	relazioni esterne	80
7.19.	ELISUPERFICIE	80
7.20.	PROCEDURE DI INTERVENTO DELLA SQUADRA ANTINCENDIO - ELISUPERFICIE	80
7.21.	FLOW CHART – COORDINAMENTO EVACUAZIONE PARZIALE	81
7.22.	FLOW CHART – COORDINAMENTO EVACUAZIONE TOTALE	82
8.	GESTIONE DEL POST EMERGENZA.....	84
8.1.	Ripristino attività	84
8.2.	Individuazione delle cause della situazione di emergenza	85
8.3.	Azioni correttive ed aggiornamento del piano di gestione delle emergenze	86
9.	GESTIONE DELLE MAXI EMERGENZE	88
9.1.	importanza strategica degli ospedali.....	88
9.2.	scenari di rischio	89
9.3.	Vulnerabilità sismica del sistema ospedaliero di Catania.....	90
9.4.	funzionalità delle strutture dopo un evento calamitoso	91
9.5.	pericolosità sismica DEL territorio di catania	92
10.	FORMAZIONE, INFORMAZIONE, ADDESTRAMENTO	95
11.	ALLEGATI	98
12.	SOMMARIO	99

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC	II	1	27/01/2014	Pag. 101 di 101



PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE

Redatto ai sensi del
art.43 del D.Lgs. 81/08
D.M. 10/03/1998 art.5 e allegato VIII

ALLEGATO 1 PROCEDURE OPERATIVE

Il Direttore Generale

PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE

Redatto ai sensi del
art.43 del D.Lgs. 81/08
D.M. 10/03/1998 art.5 e allegato VIII

STATO DEL DOCUMENTO

EDIZ	REV	SEZ	PAG	MOTIVO	DATA
1	0	1	71	1 ^a stesura	01/03/2006
1	1	1	71	aggiornamento e integrazioni	10/05/2010
2	0	1	70	seconda edizione	09/09/2013
2	1	1	70	Aggiornamento e integrazioni	27/01/2014

COPIA

☒ controllata

☐ non controllata

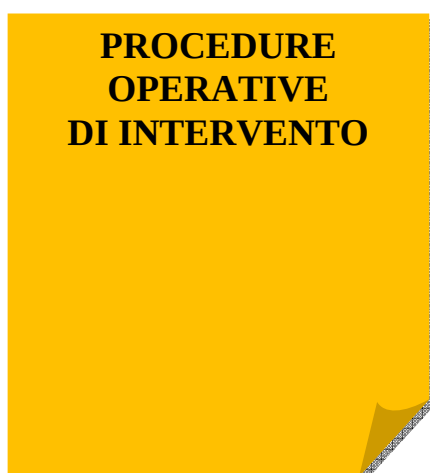
N. 1 / 1 distribuita il _____

STRUTTURA DEL PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE



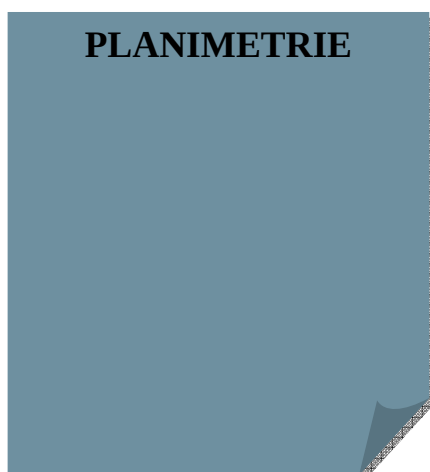
PIANO GESTIONE EMERGENZE

Il fascicolo contenente tutte le informazioni tecniche, tipologiche ed organizzative che consentono di gestire gli stati di emergenza prevedibili.



ALLEGATO 1

Il fascicolo contenente tutte le procedure operative di intervento destinate agli operatori individuati nel piano.



ALLEGATO 2

Il fascicolo contenente le planimetrie tecniche di localizzazione degli impianti e le planimetrie di evacuazione dei reparti dell'azienda ospedaliera.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 3 di 70

NUMERI TELEFONICI EMERGENZA

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 4 di 70

NUMERO TELEFONICO UNICO DI EMERGENZA

**NUMERO TELEFONICO UNICO
DA UTILIZZARE PER COMUNICARE LO STATO DI EMERGENZA**

8888



PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

TELEFONI INTERNI AZIENDALI

RUOLO	NUMERO
CAPO SQUADRA DI PRONTO INTERVENTO (SPI)	3346501079 / Num. Inter 6110
RESPONSABILE GESTIONE EMERGENZA	4116
DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO	4116
RESPONSABILE D.E.A.	4716/6740
RESPONSABILE UFFICIO TECNICO	4120
RESPONSABILE SERVIZIO INFORMATICO	3700
RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	4828
MANUTENZIONE IMPIANTI	2308
MANUTENZIONE ASCENSORI – tel. nott. e fest. - 800931176	4883/4890
MANUTENZIONE GAS MEDICALI – nott. e fest. - 800849955	4845

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 6 di 70

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

COMPONENTI DELLA SQUADRA DI PRONTO INTERVENTO DIURNO FERIALE (SPI)

Nominativo	Incarico	Telefono
Sig. Bonadonna Ignazio		4807
Sig. Conti Mario		4887
Sig. Di Salvo Rocco Riccardo		4919
Sig. Burgaretta Marcello		2312
Sig. Conte Dario		4848
Sig. Bonaccorso Salvatore		2177
Sig. Balsamo Pietro		4849
Sig. Defontes Salvatore		4849

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 7 di 70

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

COMPONENTI DELLA SQUADRA DI PRONTO INTERVENTO NOTTURNA (SPI)

Nominativo	Incarico	Telefono
Sig. Vasta Santo		2308
Sig. Zammataro Giovanni		2308
Sig. Giustolisi Domenico		2308
Sig. Spina Angelo Maria		2308
Sig. Recupero Antonio		2308
Sig. Ventura Paolo		2308
Sig. Tudisco Domenico		2308
Sig. Stabile Agatino Dario		2308
Caminiti Claudio		2308
Guglielmino Francesco		2308
Intelisano Domenico		2308
Reale Francesco		2308
Marcellino Raffaele		2308
Marletta Salvatore		2308
Falsaperna Salvatore		2308
Costanzo Salvatore		2308
Munzone Giovanni		2308

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 8 di 70

ADDETTI SQUADRA ANTINCENDIO (ASA)

NOMINATIVO	REPARTO	Telefono
ANFUSO LAURA	118	
FERRARO EMILIO	118	
LOMBARDO VINCENZA	118	
MANGIAGLI MARIA	118	
MARCONI ANTONIO	118	
SCALIA DOMENICO	118	
TOSTO ANDREA	118	
VASTA ROSARIO	118	
ZOCCO MARIA CONCETTA	118	
VITANZA SALVATORE	ACCETTAZIONE RICOVERI	
TRISCARI MARISA	AMB. MALATTIE GASTRO INTESTINALI	
VENTI GAETANO	ANATOMIA PATOLOGICA	
AMENDOLAGINE VALERIA	CAMERA IPERBARICA	
MAUGERI SALVATORE	CAMERA IPERBARICA	
GRASSO LUCIA	CARDIOANESTESIA (TIPO)	
GALATI GAETANO	CARDIOLOGIA	
TROMBETTA MARIA	CARDIOLOGIA	
ARCIDIACONO GAETANA	CENTRO GRANDI USTIONATI	
PASSALACQUA CLAUDIO	CENTRO GRANDI USTIONATI	
D'AMICO GIOVANNA	CENTRO TRASFUSIONALE	
MANISCALCO GIUSEPPA	CENTRO TRASFUSIONALE	
RUGGERI SILVESTRA	CENTRO TRASFUSIONALE	
ZAPPALÀ GIUSEPPA	CENTRO TRASFUSIONALE	
D'ARRIGO GAETANO	CHIRURGIA D'URGENZA	
BONFISSUTO GIUSEPPE	CHIRURGIA D'URGENZA	
PATTI GIUSEPPE	CHIRURGIA D'URGENZA	
SANZO GIUSEPPE	CHIRURGIA D'URGENZA	
COSTANZO GRAZIA	CHIRURGIA PLASTICA	
DI MAURO FILIPPO	CHIRURGIA PLASTICA	
GENNARO GIUSEPPE	CHIRURGIA PLASTICA	

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

GULISANO SALVATORE	CHIRURGIA PLASTICA	
RAPISARDA NUNZIATA	CHIRURGIA PLASTICA	
VARVERI NUNZIATA	CHIRURGIA PLASTICA	
CATANZARO ALFREDO	CHIRURGIA URGENZA	
OCCIPITE CARLO	CHIRURGIA URGENZA	
RIBILOTTA ANTONIETTA	CHIRURGIA URGENZA	
RIMINI SANTA	CHIRURGIA URGENZA	
SALVÀ GAGLIOLO RITA	CHIRURGIA URGENZA	
FISICHELLA CARMELA MARIA	DAY HOSPITAL	
PULIGNANO CINZIA	DAY HOSPITAL	
LEONTINO MARGHERITA	DIALISI NEFROLOGIA	
DI MARIA GIULIA	DIETOLOGIA	
LOMBARDO BENEDETTA	DIPARTIMENTO IMMAGINE	
MAIOLINO ENZO	DIPARTIMENTO IMMAGINE	
SCALIA ORAZIO	DIPARTIMENTO IMMAGINE	
SCIACCA LOREDANA	DIPARTIMENTO IMMAGINE	
MONTERA SALVATORE	DIPARTIMENTO IMMAGINE	
PATTI GIOVANNA	DIPARTIMENTO IMMAGINE	
BONADONNA IGNAZIO	DIREZIONE SANITARIA	
DI SALVO ROCCO	DIREZIONE SANITARIA	
LA TRAGNA ASSUNTA	DIREZIONE SANITARIA	
CARUSO MICHELANGELO	EMODINAMICA	
MELAROSA ALFIO	FARMACIA	
TOMASELLO GIUSEPPE	FARMACIA	
CURRENTI ANTONIETTA	FONOCIRURGIA	
LO FARO GIUSEPPE	FONOCIRURGIA	
AGATI NUNZIATINA	GINECOLOGIA	
NIGRO VALENTINA	GINECOLOGIA	
GIANNINO CATERINA	LABORATORIO ANALISI	
PISTORIO SALVATORE	LABORATORIO ANALISI	
SCATTINA MARCELLA	LABORATORIO ANALISI	
CRIMI ANTONIO	MALATTIE INFETTIVE	
DI MARCO CARMELO	MALATTIE INFETTIVE	

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 10 di 70

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

LICCIARDELLO FRANCESCO	MALATTIE INFETTIVE	
CUCINOTTA NOEMI	MEDICINA GENERALE	
MONACO ROSARIO	MEDICINA GENERALE	
MESSINA ANTONINO	MEDICINA GENERALE	
ANDOLINA ROSARIA	MEDICO COMPETENTE	
MASCALI ADALGISA	NEFROLOGIA E DIALISI	
BRANCATO MARIA	NEONATOLOGIA	
BOMBACI P. ANNA	NEUROCHIRURGIA	
GRASSO FRANCESCO	NEUROCHIRURGIA	
LA COGNATA ROSETTA	NEUROCHIRURGIA	
LA PORTA GAETANO	NEUROCHIRURGIA	
LONGO VENERA	NEUROCHIRURGIA	
MAIRA ANDREA	NEUROCHIRURGIA	
SAMPERI ANGELO	NEUROCHIRURGIA	
VIGLIANISI ALESSANDRO	NEUROCHIRURGIA	
ATTINÀ ANTONINA NUNZIA	NEUROLOGIA	
FRANCO GIOVANNI	NEUROLOGIA	
PALMISANO ANTONIO	NEUROLOGIA	
NORELLI ANTONELLA	ODONTOIATRIA	
BAUDO ALFIO	ORTOPEDIA	
BONAFIGLIA ANTONIO	ORTOPEDIA	
GALATI GIORDANO M.E	ORTOPEDIA	
GENUINO LAURA	ORTOPEDIA	
MALGERI OLGA	ORTOPEDIA	
MIRAGLIA GRAZIA	ORTOPEDIA	
TOMASI ALESSANDRA	ORTOPEDIA	
VACANTE GIOVANNI	ORTOPEDIA	
CANGEMI FABIO	OTORINO – OCULISTICA	
MARGARONE MARIA LAURA	OTORINO – OCULISTICA	
CALTABIANO CONCETTA	PEDIATRIA	
LO CASCIO ROSARIO	PEDIATRIA	
MUSUMECI LUIGI	PIANO – 1 MONO B	
MUSUMECI LUIGI	PRONTO SOCCORSO	

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 11 di 70

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

MUSUMECI SEBASTIANO	PRONTO SOCCORSO	
ARCIDIACONO GRAZIA	QUARTIERE OPERATORIO 1°	
MUSUMECI AGATA	QUARTIERE OPERATORIO 2°	
PACINO ALFIO	QUARTIERE OPERATORIO 2°	
SQUATRITO PAOLO	QUARTIERE OPERATORIO PS	
PESCE NUNZIO	RADIOLOGIA	
POMETTI ROBERTO	RADIOLOGIA PS	
NOMINATIVO	REPARTO	
BLANCO GIOVANNINO	RIABILITAZIONE FISICA	
GALATI GIORDANO GRAZIELLA	RIABILITAZIONE FISICA	
MUSUMECI GABRIELLA	RIABILITAZIONE FISICA	
CONSOLI DONATELLA	SETTORE PERSONALE	
BONACCORSO SALVATORE	SETTORE TECNICO E PATRIMONIALE	
GUGLIELMINO GIOVANNI	STERILIZZAZIONE	
MUSUMECI AGATA	STERILIZZAZIONE	
NICOLOSI ROBERTO	STERILIZZAZIONE	
LEONARDI DOMENICO	SUES 118	
BRANCATO FILADELFO	TERAPIA INTENSIVA - RIANIMAZIONE	
CRISPI SALVATORE	TERAPIA INTENSIVA - RIANIMAZIONE	
SORTINO MATTEO	TERAPIA INTENSIVA - RIANIMAZIONE	
ANZALONE AGATA	U.T.I.C.	
FRAZZITTA ROSARIA	U.T.I.C.	
TOCCO GIOVANNI	U.T.I.C.	
BARBAGALLO ANTONELLA	UNITA' SPINALE	
BELLUSO VERA	UNITA' SPINALE	
CAVALLARO LUCIA	UNITA' SPINALE	
D'ANGELO GIUSEPPINA	UNITA' SPINALE	
LA ROSA FRANCO	UROLOGIA	
PLATANIA GIOVANNA	UROLOGIA	
VIGLIANISI CARLO	UTIR	

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 12 di 70

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

ADDETTI FORMATI NELL'ANNO 2013			
N°	NOMINATIVO	REPARTO	TEL.
1	DI PASQUALE MARIA BARBARA	ANESTESIA RIANIMAZIONE 1	
2	RANNO MARIA	CARDIOANESTESIA	
3	FERRO NICOLA	CARDIOLOGIA	
4	SOPRANO MARIA CARMELA	CARDIOLOGIA	
5	ARCIDIACONO GAETANA	CENTRO GRANDI USTIONI	
6	ARCIDIACONO MARIA GRAZIA	CENTRO GRANDI USTIONI	
7	SCUDERI GRAZIA	CENTRO GRANDI USTIONI	
8	FRANCO MATILDE	CENTRO PET	
9	IPPOLITO MASSIMO	CENTRO PET	
10	RAO ARIANNA LUCIA	CENTRO PET	
11	SCOPELLITI FABRIZIO	CENTRO PET	
12	CASTRO MARIA	GRUPPO OP. 1	
13	SCHILIRO' MARGHERITA	GRUPPO OP. 1	
14	PARISI RICCARDO	GRUPPO OP. 1	
15	PRIVITERA SANTO MARIA	GRUPPO OP. 2	
16	SCIUTO GIUSEPPE	GRUPPO OP. 2	
17	PISTONE SALVATORE	GRUPPO OP. P.S.	
18	RUSSO GRAZIA	GRUPPO OP. P.S.	
19	ARCIDIACONO SALVATORE	GRUPPO OP. P.S.	
20	MICALE DOMENICO	IMMUN. - TRASFUSIONALE	
21	LAZZARA FRANCESCO	MED.URGENZA-P.SOCCORSO	
22	L'EPISCOPO ROSAURA	MED.URGENZA-P.SOCCORSO	
23	TRIFILETTI MARIA	MEDICINA	
24	MARCONI ANTONIO	NEFROLOGIA	
25	BARBAGALLO ANTONELLA	NEONATOLOGIA	
26	LEONARDI GRAZIA	NEONATOLOGIA	
27	GIUSTO ROSALBA	NEUROCHIRURGIA	
28	CAPONNETTO MASSIMO	NEUROLOGIA	
29	DI MARIA GIULIA	NEUROLOGIA	
30	LA ROSA MARIA ANNA	NEUROLOGIA	
31	SCIUTO VIVIANA	NEUROLOGIA	
32	RUSSO BARBARA	OST. GINECOLOGIA	
33	CONSOLI DONATELLA	PERSONALE	
34	STARVAGGI GIANPAOLO	RADIOLOGIA	
35	MARLETTA FRANCESCO GIUSEPPE	RADIOTERAPIA	
36	RALLO FRANCESCO	RADIOTERAPIA	
37	TAMBURO MARIA SIGNORELLA	RADIOTERAPIA	
38	SCIORTINO ANTONINO	S.P.P.	
39	STRANO MARIA GRAZIA	S.P.P.	
40	BARRILE SIMONA	SENOLOGIA	
41	FUSTANEO DONATELLA LUCIA	SENOLOGIA	
42	MARCHESE SALVATORE	SENOLOGIA	

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 13 di 70

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

43	MONTALTO MARIO NATALE	SENOLOGIA	
44	MOSCA ELENA	SENOLOGIA	
45	CALANDRA SALVATORE	SETTORE PERSONALE	
46	CUOMO FRANCESCO	UNITÀ SPINALE	
47	DI TERMINI LUIGI	UNITÀ SPINALE	
48	METALLO LOREDANA	UNITÀ SPINALE	
49	MODICA MICHELE	UNITÀ SPINALE	
50	CAVALLARO RITA MARIA VENERA	UROLOGIA	
51	GIARDINA LEONORA	UROLOGIA	
52	RAPISARDA ANTONINO	UROLOGIA	

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 14 di 70

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

SERVIZI ESTERNI DA ALLERTARE IN CASO DI EMERGENZA

ENTE	TELEFONO
PROTEZIONE CIVILE CENTRO SEGNALAZIONI EMERGENZE	095/484.000
CARABINIERI PRONTO INTERVENTO	112
POLIZIA PUBBLICA EMERGENZA	113
VIGILI DEL FUOCO	115
EMERGENZA SANITARIA AMBULANZE	118
GUARDIA DI FINANZA	117
POLIZIA MUNICIPALE	095/531.333
ANTINCENDIO BOSCHIVO (FORESTALE)	1515
SOCCORSO IN MARE	1530
ACQUEDOTTO SIDRA	800.650.640
ENEL GUASTI	803.500
ENEL SERVIZIO CLIENTI (per le famiglie)	800.900.800
ENEL SERVIZIO CLIENTI (per le aziende)	800.900.860
ENEL ILLUMINAZIONE PUBBLICA	800.901.050
GAS ASEC PRONTO INTERVENTO	095/345.114
NETTEZZA URBANA CATANIA	095/742.2752
AZIENDA USL 3 CATANIA	095/25.41.111
OSPEDALE CANNIZZARO	095/7.261.111
OSPEDALE POLICLINICO	095/3.781.111
OSPEDALE FERRAROTTO/SANTA MARTA / SANTO BAMBINO E VITTORIO EMANUELE	095/7.431.111
OSPEDALE ASCOLI TOMASELLI/GARIBALDI/S. LUIGI	095/7.591.111
GUARDIA MEDICA CATANIA	095/377.122
PROVINCIA REGIONALE CATANIA	095/4.011.111
REGIONE SICILIANA	091/7.071.111
VIAGGIARE INFORMATI CCISS	1518
AEROPORTO CATANIA	800.605.656
FERROVIE TRENITALIA	892.021
AMT CATANIA	800.018.696
AST TRASPORTI EXTRAURBANI	840.000.323
FERROVIA CIRCUMETNEA	095/534.323

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	I	27/01/2014	Pag. 15 di 70

PROCEDURE PER EVENTO

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 16 di 70

INCENDIO IN REPARTO

Chiunque rilevi la presenza di un focolaio di incendio:

- ☐ Dirama l'allarme chiamando il n° 8888;
- ☐ Interviene operativamente sul focolaio con gli estintori presenti;
- ☐ Avverte il più vicino componente della squadra antincendio e il proprio Preposto;
- ☐ Invita i visitatori presenti nell'area del focolaio a lasciare il reparto;
- ☐ Si mantiene a disposizione degli addetti all'evacuazione per collaborare all'eventuale sgombero dei degenti.

L'Addetto alle comunicazioni di emergenza deve far partire immediatamente l'emergenza.

- ☐ Chiama i VV.F. (Questa telefonata di allarme si esegue leggendo l'apposito testo predisposto);
- ☐ Chiama il Coordinatore dell'emergenza;
- ☐ Chiama gli Addetti della squadra antincendio, segnalando telefonicamente il luogo dell'emergenza;
- ☐ Per incendi di categoria 2 e 3 chiama i componenti dell'UNITA' di CRISI e, salvo diversa indicazione del Coordinatore, chiama i reperibili di area tecnica e di area sanitaria;
- ☐ Chiama gli addetti alla manutenzione;
- ☐ Avverte i Reparti/Servizi adiacenti all'emergenza (compresi sovrastranti e sottostanti) dell'emergenza in corso.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 17 di 70

ESPLOSIONE

Perdite di gas, bollitori, contenitori in pressione, recipienti di sostanze chimiche possono produrre esplosioni, creando situazioni potenzialmente pericolose per la vita umana. In tal caso:

- Restate calmi.
- Preparatevi a fronteggiare la possibilità di ulteriori esplosioni.
- Allontanarsi da finestre, specchi, vetrine, lampadari, scaffali di libri, strumenti, apparati elettrici. Attenti alla caduta di oggetti.
- Rifugiatevi sotto un tavolo, scegliendo quello che appare più robusto e cercando di addossarvi alle pareti perimetrali, per evitare il rischio di sprofondamento del pavimento. Potete anche rifugiarsi in un sottoscala o nel vano di una porta, che si apre in un muro maestro.
- Aprite le porte con molta prudenza e muovetevi con estrema prudenza, saggiando il pavimento, le scale ed i pianerottoli, prima di avventurarvi sopra. Saggiate il pavimento appoggiandovi sopra dapprima il piede che non sopporta il peso del corpo, indi avanzando.
- Spostatevi lungo i muri, anche discendendo le scale. Queste aree sono quelle strutturalmente più robuste.
- Scendete le scale all'indietro. Non trasferite il vostro peso su un gradino, se non avete incontrato un supporto sufficiente.
- Controllate attentamente la presenza di crepe. Le crepe orizzontali sono più pericolose di quelle verticali, perché indicano che le mura sono sollecitate verso l'esterno.
- Attendete istruzioni da parte degli addetti della sicurezza. Se viene dichiarata l'evacuazione, recatevi in uno dei punti di raccolta individuati in precedenza.
- I preposti guideranno tutte le persone all'esterno secondo il piano di evacuazione già predisposto.
- Non perdere la calma, non spingere, non accalcarsi e evitare assolutamente la fuga disordinata.
- Ripararsi nell'attesa dell'evacuazione in prossimità delle strutture portanti o sotto qualcosa di solido.
- Non usare gli ascensori.
- Non accendere fuochi di alcun genere. Ciò implica il non utilizzo di accendini o fiammiferi., perché le scosse potrebbero aver fratturato le tubazioni del gas.
- Evitare di usare i telefoni, salvo i casi di estrema urgenza.
- Non contribuire a diffondere informazioni non verificate.
- Quando siete al sicuro, nel punto di raccolta, evitate di parlare con i rappresentanti degli organi di informazione e dirottateli sul responsabile specifico.

MANCANZA DI ENERGIA ELETTRICA.

L'Azienda è dotata di illuminazione di emergenza ai piani e nelle scale che permettono di indicare i percorsi di fuga, pertanto un'emergenza legata al verificarsi di tale evento è poco probabile: potrebbe essere, comunque, la conseguenza di altro evento (guasto a linee elettriche dell'edificio).

Alcune aree dispongono di un gruppo di generatori locali di emergenza, che si attiva automaticamente. Se si verifica una mancanza di energia elettrica:

- Restare calmi.
- Fornite assistenza ai visitatori nelle immediate vicinanze od altre persone che possono cominciare ad agitarsi;
- Indicate ai presenti le vie di fuga, cercando di indirizzare con calma tutti i presenti nella direzione appropriata;
- Evitare di spingere le persone nella giusta direzione, ma accompagnatele con dolcezza.
- Se vi trovate in area completamente al buio, attendete qualche istante per vedere se l'energia ritorna e per adattare gli occhi alla carenza di illuminazione. Dopo poco, cercate di visualizzare, con l'aiuto della memoria, l'ambiente ed eventuali ostacoli. Indi spostatevi con molta prudenza, in direzione dell'uscita o di un'area con illuminazione di emergenza.
- Attendete dai responsabili impiantistici istruzioni a voce. Se ricevete l'ordine di evacuazione, raggiungete uno dei punti di raccolta.

MANCANZA DI ENERGIA ELETTRICA IN ASCENSORE.

- Restate calmi.
- Calmate e rassicurate le persone che potrebbero agitarsi.
- Usate il pulsante di emergenza per richiamare l'attenzione del personale di soccorso.
- Attendete dai responsabili impiantistici istruzioni a voce.
- Aspettate l'intervento della squadra di emergenza.

BLOCCO SISTEMA INFORMATICO

L'Azienda è dotata di una rete informatica con dorsali in fibra ottica, ridondata e composta da nodi centrali e nodi periferici.

In caso di incendio dei nodi centrali usare sistemi di spegnimento a CO2 e chiamare il Responsabile del Servizio Informatico.

Per i nodi secondari hanno impatto solo localmente, per qualunque intervento chiamare il Responsabile del Servizio Informatico.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 19 di 70

ALLAGAMENTO.

Sono molteplici le sorgenti d'acqua che possono causare danni od incidenti, come:

- Tracimazione di acqua dagli argini artificiali,
- Tubazioni che scoppiano.
- Scarichi di acqua piovana che si intasano,
- Temporali,
- Finestre infrante dalla grandine,
- Danneggiamenti accidentali dovuti alla rottura di tubazioni.

In questi casi:

- Rimanete calmi.
- Informate immediatamente il responsabile della sicurezza, telefonando al numero 8888 oppure informate il più vicino custode od addetto alla sicurezza reperibile.
- Date informazione sulla natura, sull'esatta ubicazione e soprattutto sulla entità della perdita di acqua o caratteristiche della inondazione, indicandone la causa, se identificabile.
- Indicate eventuali rischi che stanno per coinvolgere valori, documenti ed oggetti delicati in mostra. Informate anche il vostro diretto superiore, offrendo le stesse informazioni.
- Usate estrema cautela se vi sono apparati elettrici o prese d'energia nelle immediate vicinanze della zona allagata. Se vi sono rischi concreti evacuate l'area.
- Se avete identificato con esattezza la causa della perdita e ritenete di poterla mettere sotto controllo (ad esempio mediante la chiusura di una valvola a volantino o lo sblocco di una conduttura intasata), intervenite, ma procedete sempre con estrema cautela.

PERDITE DI SOSTANZE CHIMICHE INQUINANTI

Se si verifica una perdita od un inquinamento di origine chimica, comportatevi come segue: se la sostanza chimica è tossica, o ritenete che lo sia, ed essa entra in contatto con la vostra pelle, sciacquate subito la parte colpita con abbondante acqua pulita. Fate lo stesso per altre persone coinvolte che non possono farlo da sole, perché incapacitate. Informate immediatamente il responsabile della sicurezza, telefonando al numero interno 8888 oppure informate il più vicino addetto alla sicurezza reperibile. Informate anche il vostro diretto superiore, offrendo le stesse informazioni, se possibile.

In caso di incendio, conseguente allo spillamento, abbandonate l'area.

Se si verifica un incendio causato da sostanze chimiche, comportatevi come segue:

- Rimanete calmi.
- Informate immediatamente il responsabile della sicurezza, telefonando al numero interno 8888 oppure informate il più vicino custode od addetto alla sicurezza reperibile.
- Non allertare direttamente il centralino dei Vigili del fuoco.
- Se il principio di incendio è modesto e vi sentite capaci di farlo, cercate di soffocarlo con un estintore.
- Non mettete in alcun modo a rischio la vostra incolumità.
- Evitate in ogni modo che il fuoco, nel suo propagarsi, si intrometta tra voi e la via di fuga.
- Informate anche il vostro diretto superiore sull'ubicazione e sulle dimensioni dell'incendio, se possibile.
- Se siete incapaci di mettere l'incendio sotto controllo, evacuate l'area. Chiudete dietro a voi porte e finestre, raggiungete il punto di raccolta designato.
- Seguite le istruzioni specifiche, previste per i casi di incendio.
- Non infrangete finestre, per non alimentare il fuoco con l'ossigeno dell'aria.
- Non cercate di portar via degli oggetti personali, a rischio di rimanere intrappolati o rallentare l'evacuazione.
- Non rientrare nell'area evacuata sino a quando il rientro non verrà autorizzato dagli addetti al pronto intervento.

N.B. : Tutti gli spargimenti accidentali di sostanze chimiche devono essere riferite al responsabile della sicurezza, indipendentemente dal fatto che abbiano o no causato incendi, inquinamento o danni localizzati

AGGRESSIONE DEL PERSONALE.

Nei locali a contatto con il pubblico, è possibile che malintenzionati, folli o persone che hanno particolari motivi di rancore verso l'attività svolta in Azienda, aggrediscano, spesso senza alcun preavviso, dipendenti e dirigenti della Azienda.

Le aggressioni avvengono, di solito in modo repentino e senza preavviso. In caso di aggressione:

- Restare calmi.
- Informate immediatamente il responsabile della sicurezza, telefonando al numero interno 4300 oppure informate il più vicino addetto alla sicurezza reperibile.
- Tenetevi alla larga dall'aggressore, specie se brandisce armi proprie (pistole, coltelli) od improprie (tagliacarte e simili oggetti acuminati)
- Cercate di calmare l'aggressore con parole accomodanti, senza mettervi a discutere con lui e soprattutto senza contestare le sue dichiarazioni.
- Rassicuratelo sul fatto che tutto si può accomodare ed informatelo che avete già avvertito la Direzione, che sta inviando qualcuno per esaminare le sue ragioni.
- Se del caso, avvertite direttamente, ma senza farvi notare, le Forze dell'Ordine. Spiegate nei minimi dettagli la natura dell'emergenza e rammentate alle Forze dell'Ordine di arrivare sul posto, spegnendo la sirena, per evitare gesti inconsulti da parte dell'aggressore.
- Non cercate di intervenire direttamente, per evitare possibili pericolose reazioni, di cui potrebbe restare ferito l'agredito o l'eventuale ostaggio.
- Cercate di far parlare in continuazione l'aggressore, fino all'arrivo delle Forze dell'Ordine. Un aggressore che parla, solitamente, non commette atti irrimediabili.

RAPINA

In caso di rapina, se all'improvviso un'arma da fuoco, od un coltello, vengono puntati contro di voi, cercate di mantenere la calma. Ricordatevi che i malviventi sono assoggettati ad una fortissima tensione e che bisogna ad ogni costo evitare che essi abbiano reazioni violente.

Comportatevi come segue:

- Seguite alla lettera le loro istruzioni, senza fretta ma neppure con troppa lentezza. Fate tutto ciò che il malvivente vi chiede, ma nulla di più. Un atteggiamento docile e pacato, ma non eccessivamente collaborativi, è il più appropriato ed è proprio quello che il malvivente si aspetta da voi.
- Se per consegnare il denaro dovete compiere un qualsiasi spostamento o movimento chiedete sempre il permesso o preavvertite il malvivente.
- Se la rapina si svolge in silenzio, ad esempio con la consegna di un biglietto facendo intravedere l'arma di minaccia seguite le istruzioni, non toccate il biglietto e, se del caso, fatelo scivolare con molta noncuranza per terra. Potrebbe essere prezioso per recuperare le impronte digitali del malvivente.
- Se il malvivente vi minaccia, ma l'arma non è visibile, partite sempre dall'assunto che l'arma ci sia. E' il comportamento più ragionevole e prudente.
- Se durante la rapina squilla il telefono, non rispondete senza aver chiesto prima il permesso al malvivente e prevedendo che tale evento possa alterare lo stato d'animo dello stesso.
- Se utilizzate dei dispositivi temporizzati, alla richiesta di aprire la porta o lo sportello protetto rispondete indicando l'adesivo, che deve essere sempre messo in bella mostra sulla cassaforte.
- Mentre state eseguendo le istruzioni dei malviventi, cercate di memorizzarne i tratti caratteristici della fisionomia, dell'abbigliamento e, importantissima, l'altezza, per confronto con riferimenti noti (un quadro, una pianta). Cercate anche di osservare le armi impugnate.
- E' assai raro il caso che i malviventi si allontanino, portando con sé un ostaggio, perché un ostaggio rappresenta sempre un impaccio. Se dovesse capitarvi, non fate resistenza, ma anzi comportatevi con inerzia, sino allo svenimento, intralciando ulteriormente la fuga.
- Non ostacolate i malviventi mentre si allontanano, per evitare ritorsioni.
- Telefonate subito al 113 od al 112, comunicando il nome dell'Azienda, il fatto che si è appena verificata una rapina e particolari sul mezzo e modalità di fuga.
- Mettetevi a disposizione delle Forze dell'Ordine, offrendo tutti i chiarimenti che vi verranno richiesti.
- Isolate la zona ove i malviventi hanno agito, in modo da salvaguardare eventuali impronte digitali.
- Dopo aver ottenuto l'assenso delle forze dell'ordine, accompagnate i visitatori o chiunque altro esterno all'Azienda alla porta, cercando di rasserenarli.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	I	27/01/2014	Pag. 23 di 70

CADUTA ELICOTTERI E AEREI.

L'Azienda è dotata di eliporto poiché esplica il servizio di elisoccorso.

L'evento anche se molto raro e difficilmente verificabile, può avere gravi conseguenze sugli occupanti l'insediamento. In tal caso:

- Restate calmi.
- Preparatevi a fronteggiare la possibilità di ulteriori crolli di strutture rese pericolanti a causa dell'impatto o di eventuali esplosioni scaturite da esso.
- Rifugiatevi sotto un tavolo, scegliendo quello che appare più robusto e cercando di addossarvi alle pareti perimetrali, per evitare il rischio di sprofondamento del pavimento. Potete anche rifugiarvi in un sottoscala o nel vano di una porta, che si apre in un muro maestro.
- Allontanatevi da finestre, specchi, vetrine, lampadari, scaffali di libri, strumenti, apparati elettrici. State attenti alla caduta di oggetti.
- Aprite le porte con molta prudenza e muovetevi con estrema prudenza, saggiando il pavimento, le scale ed i pianerottoli, prima di avventurarvi sopra. Saggiate il pavimento appoggiandovi sopra dapprima il piede che non sopporta il peso del corpo, indi avanzando.
- Spostatevi lungo i muri, anche discendendo le scale. Queste aree sono quelle strutturalmente più robuste.
- Scendete le scale all'indietro. Non trasferite il vostro peso su un gradino, se non avete incontrato un supporto sufficiente.
- Controllate attentamente la presenza di crepe. Le crepe orizzontali sono più pericolose di quelle verticali, perché indicano che le mura sono sollecitate verso l'esterno.
- Attendete istruzioni da parte degli addetti della sicurezza. Se viene dichiarata l'evacuazione, recatevi in uno dei punti di raccolta individuati in precedenza.
- Non spostate una persona traumatizzata dal crollo o da conseguenti esplosioni, a meno che non sia in evidente immediato pericolo di vita (crollo imminente, incendio che si sta avvicinando, ecc).
- State attenti alla caduta di oggetti
- Non usate gli ascensori.
- Non usate accendini o fiammiferi.
- Evitare di usare i telefoni, salvo i casi di estrema urgenza.
- Non contribuire a diffondere informazioni non verificate.

MINACCIA TERRORISTICA A MEZZO TELEFONICO.

Anche se la chiamata in genere viene filtrata dal centralino, chiunque può aver occasione di ricevere una telefonata terroristica, nella quale si segnala la presenza di un ordigno, o si minaccia di depositarlo in Azienda.

In caso di ricezione di minacce di sabotaggi ed attentati, chiunque riceva la segnalazione avviserà immediatamente il Centralino o la Portineria, il RSPP, o il CSE o i componenti la SE.

Il RSPP o il CSE provvederà a segnalare l'evento alle forze dell'ordine e, nel caso di indicazione del luogo in cui avverrà il presunto attentato o sabotaggio, provvederà immediatamente a far allontanare il personale rispettando la procedura.

Quando si riceve una minaccia di bomba occorre:

- Ascoltare, essere calmi e cortesi, non interrompere mai il chiamante.
- Cercare di estrarre un massimo di informazioni, tenendo il chiamante in linea per il maggior tempo possibile.
- Richiamare l'attenzione di un collega o di un superiore con dei segnali convenzionali, mentre il chiamante è ancora il linea.
- Al termine della telefonata, soffermarsi a scrivere tutto ciò che si ricorda e fornire una dettagliata relazione dell'evento ai responsabili dell'emergenza.
- Le persone informate del fatto non devono rivelare ad altri la notizia, per evitare la diffusione del panico.

INCIDENTE ELETTRICO.

L'elettrocuzione si verifica quando il corpo umano interrompe il flusso di corrente tra due punti in tensione (differenza di potenziale) in un circuito elettrico.

1) **Elettrocuzione con limitazione della coscienza** (per es. corrente alternata per uso domestico): in genere reversibile, breve e non lascia tracce.

Primo intervento: se il soggetto è "incollato" alla sorgente elettrica:

- ▶ Interrompere la corrente immediatamente oppure staccare il soggetto con tela gommata o un palo di legno, cioè con oggetto non conduttore.
- ▶ Non toccare l'infortunato direttamente con le mani!
- ▶ Accertarsi della presenza del rumore respiratorio ponendo l'orecchio sulla bocca e naso e guardare i movimenti del torace.
- ▶ Posizionare il paziente in decubito laterale per evitare difficoltà respiratorie, inviare l'infortunato al pronto soccorso per accertamento clinico.

2) **In caso di elettrocuzione grave** è necessario l'intervento dell'addetto al Pronto Soccorso, data la gravità del quadro patologico.

USTIONI O CAUSTIFICAZIONI.

Le ustioni sono lesioni dovute a contatto con fuoco vivo o corpi incandescenti, oppure con corpi freddi (ustioni da freddo) o per l'azione di liquidi corrosivi, quali acidi e basi concentrati (acido. solforico, cloridrico etc.). In tutti i casi bisogna:

- ▶ Lavare con soluzione fisiologica sterile oppure con acqua fredda la zona colpita.
- ▶ Detergere con soluzione acquosa di amuchina al 3%.
- ▶ Non spogliare il malato, tranne quando i vestiti sono impregnati di sostanze irritanti, sono caldi e ancora fumanti.
- ▶ Sciogliere gli indumenti compressivi.
- ▶ Avvolgere la parte ustionata con bende sterili possibilmente imbevute di soluzione antisettica oppure con teli puliti.
- ▶ Se non è possibile accompagnare il soggetto al Pronto Soccorso, preparare una scheda che riassume i dati anagrafici del soggetto, le circostanze dell'incidente, la natura della sostanza ustionante ed istruire adeguatamente l'accompagnatore.
- ▶ In caso di ustioni anche lievi (di 1° grado) ma molto estese in ampiezza, il paziente deve essere subito trasportato al Pronto Soccorso.

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
-----	--	---

EMERGENZA PER CONTAMINAZIONE CHIMICA (sostanze pericolose, manipolazione farmaci antitumorali, ecc.)

tutti gli spargimenti accidentali di sostanze chimiche devono essere riferiti ai responsabili del reparto, indipendentemente se abbiano causato o meno incendi, inquinamento o danni localizzati a persone e/o cose e all'ambiente.

contaminazione personale:

A) se la sostanza chimica tossica entra in contatto con la pelle:

- sciacquare subito la parte colpita abbondantemente con acqua
- fare lo stesso per eventuali altre persone coinvolte incapacitate
- informare immediatamente il responsabile del reparto
- recarsi al pronto soccorso e successivamente alla medicina preventiva per i controlli di competenza

B) inalazione di prodotti volatili:

- nel caso di inalazione di prodotti volatili (gas, vapori, fumi ecc.) e' necessario recarsi urgentemente al pronto soccorso, se il caso, chiamare immediatamente il **118**

contaminazione ambientale:

prima di intervenire nella bonifica indossare tutti i dispositivi di protezione individuale necessari: tuta in tyvek, semimaschera con filtri o maschera pieno facciale (controllare che i filtri siano adeguati all'agente inquinante), guanti, occhiali o visiera (se non si e' indossata la maschera pieno facciale), stivali o sovrascarpe adeguate:

a) contaminazione da polveri:

- evitare di creare correnti d'aria che possano spostare le polveri;
- delimitare l'area con carta inumidita, per segnalare la zona e impedire lo spargimento della sostanza;

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 28 di 70

TRASPORTO DEL PAZIENTE IN EMERGENZA

Si riassumono le tecniche corrette ed adeguate al trasporto dei pazienti presenti nel presidio.

Trasferimento letto/carrozzina (paziente non collaborante)

Occorre ricordare che:

- sono necessari almeno due operatori
- la carrozzina deve avere i braccioli estraibili e lo schienale basso
- il paziente non va afferrato sotto le ascelle
- l'operatore deve evitare di flettere e/o ruotare la schiena

Il trasferimento va diviso in tre fasi:

1. mettere il paziente seduto sul letto:

- gli operatori tengono i piedi distanti e gli arti flessi
- appoggiano il dorso di una mano dietro la spalla del paziente
- sollevano il paziente facendo forza sugli arti inferiori e sul braccio

2. presa del paziente:

- il primo operatore, con un ginocchio appoggiato sul letto, si pone alle spalle del paziente e lo afferra abbracciandolo cioè infilando le proprie braccia sotto le ascelle del paziente in modo da afferrare gli avambracci conserti, effettua da solo una presa crociata
- il secondo operatore posiziona la carrozzina accanto al letto

Trasferimento in carrozzina:

- il primo operatore solleva il paziente facendo leva sul ginocchio appoggiato al letto per scaricare il carico del peso sollevato
- il secondo operatore sostiene gli arti inferiori durante il trasferimento, afferrandoli sotto le ginocchia: nell'atto di afferrare le gambe del paziente, l'operatore deve flettere le ginocchia e non la schiena
- nel caso che il trasferimento sia dalla carrozzina al letto, la movimentazione del paziente deve essere eseguita con analoga successione di movimenti, avendo l'accortezza di appoggiare sul letto prima i piedi e poi il resto del corpo del paziente.

Trasferimento letto/barella (paziente non collaborante)

Occorre ricordare che:

- è preferibile utilizzare sempre gli idonei sollevatori meccanici ma anche in tal caso sono necessari due operatori
- se il trasferimento è manuale, sono necessari almeno tre operatori; un quarto operatore si rende necessario per lo spostamento di accessori di assistenza (flebo, drenaggi ecc..)
- la barella va posizionata con un angolo di 90° rispetto al letto e non parallela

Trasferimento letto/barella con l'ausilio di sollevatori meccanici

- il primo operatore fa ruotare il paziente sul fianco
- il secondo operatore posiziona sopra il letto il piano del sollevatore
- il primo operatore fa ruotare nuovamente il paziente in posizione supina sopra il piano del sollevatore

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 29 di 70

Trasferimento letto/barella manuale

il trasferimento va scomposto in due fasi:

1. spostare il paziente sul bordo del letto:

- due operatori si dispongono ai due lati del letto
- entrambi appoggiano un ginocchio sul letto e afferrano il paziente a livello del bacino e dietro la spalla spostando il paziente sul bordo del letto

2. sollevare e trasferire il paziente:

- deve intervenire il terzo operatore
- il primo operatore afferra il paziente attorno alle spalle e non sotto le ascelle
- il secondo operatore afferra il paziente a livello del bacino
- il terzo operatore afferra il paziente dietro le ginocchia: durante il sollevamento gli operatori devono flettere le proprie ginocchia
- il paziente viene trasferito e adagiato sulla barella: per questa ultima operazione occorre flettere le gambe

Trasferimento tramite tavolo

se gli spazi sono inadatti al corretto posizionamento della barella, può essere utilizzata una tavola di legno da interporre fra il letto e barella: essa consentirà agli operatori di trasferire il paziente, per trascinamento.

Tecniche di evacuazione della persona disabile

1) Paziente collaborante ma non del tutto autosufficiente.

Tecnica ad un soccorritore: lo si afferra al polso, facendosi passare il braccio sul collo, quindi, cingendogli la vita, lo si trasporta rapidamente in zona di sicurezza. Questa tecnica può essere effettuata anche da due soccorritori.

2) Trasporto sul dorso con partenza dal letto (con 1 soccorritore)

Facendo sedere il paziente sul bordo del letto con le gambe divaricate, il soccorritore gli si porrà davanti consentendogli di adagiarsi sul dorso. Quindi, afferratolo per le gambe, ci si allontanerà. In alternativa si può usare la tecnica a "sacco di farina" ove la presa si effettua frontalmente.

3) Presa "a seggiolino" (con 2 soccorritori)

Può essere effettuata solo da due soccorritori, che sostengono il paziente formando con le braccia lo "schienale" e la base d'appoggio. In particolare la tecnica richiede che i soccorritori si afferrino reciprocamente e saldamente i polsi. Il paziente, se in grado, dovrà appoggiare le braccia sulle spalle (attorno al collo) dei soccorritori.

4) Presa di Rautek (con 2 soccorritori)

Anche in questo caso il trasporto richiede due soccorritori, e prevede il trasporto del paziente non collaborante.

Mentre un soccorritore solleva le gambe del paziente l'altro lo afferra alle spalle facendogli passare le proprie braccia sotto le ascelle, e afferrandolo per gli avambracci si garantisce una presa più efficace.

5) Partenza dal letto con presa a pala (con 2 soccorritori)

Paziente con trauma, non collaborante. I due soccorritori devono tenere allineata la colonna vertebrale.

6) Trascinamento (con 1 soccorritore)

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 30 di 70

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

Partendo dal letto, il soccorritore solleva il paziente posteriormente, facendo passare le mani sotto le ascelle e afferrandogli gli avambracci procede all'indietro. Questa tecnica è adatta per un rapido allontanamento.

7) Utilizzo di lenzuolo o copriletto

Per il trasporto di pazienti che presentano particolari problemi di peso, o nel caso di percorsi lunghi, è indicato l'uso di lenzuola o copriletto (il secondo è più resistente). Questi presidi sono facilmente reperibili, poiché si devono utilizzare gli stessi che si trovano sul letto della persona da trasportare.

Procedimento: rimuovere il copriletto del paziente e posizionarlo per terra, a fianco al letto, quindi sollevare il paziente e adagiarlo nel copriletto, avendo cura di chiudere questo dalla parte dei piedi, fatto ciò, guadagnare la più vicina zona di sicurezza.

8) Evacuazione con materasso

Tecnica particolarmente adatta con la presenza di scale o nel caso il paziente non sia trasportabile in diverso modo.

Dopo aver posizionato il copriletto per terra, vi si adagiano sopra il materasso ed il paziente; si trascina via il tutto facendo scivolare il copriletto.

Giunti presso le scale, se il trasporto è effettuato da un soccorritore, questo si deve portare dalla parte dei piedi e cominciare la discesa controllando che il paziente non scivoli dal materasso.

Se il trasporto è effettuato da due soccorritori sarà invece possibile controllare entrambe le estremità del materasso.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 31 di 70

PROCEDURE PER RUOLO

COMPITI DEL COORDINATORE DELL'EMERGENZA

Il Coordinatore dell'emergenza, (coadiuvato dai componenti dell'Unità di Crisi) oltre quanto indicato per le singole situazioni di emergenza, svolge nella prima fase i seguenti compiti:

- definisce il livello di gravità dell'emergenza;
- indica al Portiere le chiamate e le comunicazioni da effettuare;
- dispone, se necessaria, l'evacuazione di una o più aree;
- Per incendi di 2^a e 3^a categoria richiede l'assenso ai medici dei reparti, alla chiusura dell'erogazione dell'ossigeno e degli altri gas medicali;
- a seguito di tale assenso ordina l'intercettazione di queste erogazioni all'incaricato della manutenzione;
- relaziona sulla situazione ai VV.F. quando questi giungono sul luogo;
- verifica e decreta la cessazione dello stato di emergenza, in accordo con l'Unità di Crisi;
- compila tramite il RSPP i moduli "RAPPORTO DI INTERVENTO DI EMERGENZA";
- rappresenta l'azienda nei rapporti con le forze istituzionali, con la cittadinanza e con i media.

Le figure che assumono questa funzione, per essere in ogni momento reperibili sono dotate di apposito telefono cellulare.

ADDETTO COMUNICAZIONI DI EMERGENZA

Allo squillare del telefono dedicato all' emergenza interrompe le normali attività dando precedenza assoluta alla chiamata.

Aiuta l'interlocutore a fornire una corretta esposizione dei fatti chiedendo ed annotando:

- nome cognome e qualifica segnalatore
- luogo esatto dove è scattata l'emergenza (padiglione, piano, reparto)
- tipo e dimensione dell'evento (incendio, allagamento, scoppio,...)
- presenza di feriti o di esposti
- eventuale presenza di prodotti chimici, biologici, infiammabili
- coinvolgimento di altre persone oltre ai degenti

Avvisa in rapida successione, riportando i dati ricevuti:

- squadra di pronto intervento (SPI)
- I VVF DEL COMANDO tel. 115 dando il preallerta
- il RSPP

RESTA a disposizione per eventuali altre comunicazioni

SEGNALA il cessato allarme

UNITÀ DI CRISI

- valutare preliminarmente le situazioni sulla base delle prime informazioni ricevute
 - recarsi il più presto possibile presso il centro di controllo dell'emergenza (centralino)
 - acquisire tutte le informazioni necessarie per avere un quadro preciso dell'evento
 - valutare, definire o confermare la categoria dell'emergenza
 - valutare possibili sviluppi dell'incidente
 - coordinare la fermata o la messa in sicurezza degli impianti
 - preoccuparsi che il ripristino della erogazione dei servizi vitali avvenga il prima possibile
 - dirigere tutte le operazioni all'interno dell'area coinvolta
 - valutare la necessità dell' evacuazione dell'area interessata e dalle altre aree a rischio e coordinarne l'effettuazione
 - assicurarsi che le vittime ricevano i soccorsi necessari
 - assicurarsi che venga effettuata la verifica dei dispersi
 - assicurarsi che venga attivato il piano di emergenza aziendale
 - controllare il traffico da e verso il luogo dell'incidente
 - assicurarsi che vengano preservate eventuali prove dell'accaduto
- dichiarare la fine dello stato di emergenza

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE

- coordina l'attività del pronto soccorso
- dispone il trasferimento dei pazienti dal luogo dell'emergenza a strutture limitrofe
- si accerta dell'evacuazione dei reparti di terapia intensiva e operatorio

RESPONSABILE DEL SERVIZIO 118

- coordina l'attività degli operatori del 118
- coordina il trasferimento dei pazienti dal luogo dell'emergenza a strutture limitrofe

RESPONSABILE DEL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione, o suo sostituto, avrà compito di coadiuvare il Responsabile della Gestione Emergenza nei casi che quest'ultimo lo ritenga necessario.

- mette a disposizione le proprie conoscenze tecniche e normative sulla sicurezza e sulla situazione generale del presidio
- collabora alla presa delle decisioni durante l'evoluzione dell'emergenza

RESPONSABILE UFFICIO TECNICO

E' informato dal Responsabile Gestione Emergenza dello stato dell'emergenza;

In fase di emergenza si reca nella sede della Centrale Operativa di Gestione dell'Emergenza ovvero sul luogo del sinistro, e in stretta collaborazione con il Responsabile della Gestione Emergenze coordina gli interventi del personale tecnico riguardo l'interruzione selettiva impianti tecnologici a rischio, blocco ed ispezione ascensori, funzionalità rete idranti, ecc..

- verifica i danni subiti dalle strutture, dagli impianti, dalle attrezzature
- mette a disposizione gli schemi tecnici degli impianti e i manuali operativi
- decide la necessità della chiamata delle squadre di pronto intervento degli enti erogatori di acqua, elettricità, gas
- coordina il controllo della evoluzione tecnologica dell'emergenza
- coordina il ripristino della erogazione dei servizi vitali
- fa intervenire i mezzi tecnici esterni

LIVELLO OPERATIVO

SQUADRA DI PRONTO INTERVENTO

Personale specificatamente formato con i corsi di prevenzione incendi, attrezzato e preparato in merito agli interventi di natura tecnica (by-pass impianti gas, gruppi elettrogeni, impianti idrici antincendio, sezionamento impianti elettrici)

Compito della squadra è di intervenire con i mezzi messi a disposizione per gestire le varie emergenze sia interne agli edifici costituenti il presidio che nelle aree comuni ed esterne comprese le aree tecniche ed impiantistiche.

All' interno della squadra costituita da 6 unità per i turni diurni e 4 per i turni notturni sarà individuato un capo squadra con il compito di coordinamento della stessa squadra e degli addetti antincendio aziendali.

ADDETTI ALLA SQUADRA ANTINCENDIO (ASA)

Sono individuati e segnalati dalle figure di coordinamento sopramenzionate e devono possedere l'attestato di idoneità tecnica.

Nella fase di emergenza andranno a formare il gruppo che opera con i mezzi di estinzione a meno che si valuti l'impossibilità o la particolare difficoltà nell'operare.

Per quanto attiene il numero di ASA si richiede la presenza di un operatore/unità organizzativa o reparto per ogni turno di lavoro con un minimo di due ASA/reparto (un ASA può essere il riferimento di un'altra unità operativa che non sia la propria).

In generale i compiti assegnati ad un ASA possono così riassumersi:

- azioni di primo contrasto, salvo i casi di impossibilità citati, dell'incidente con priorità di salvaguardia delle persone ed in seconda battuta di limitazione dei danni e non propagazione delle conseguenze;
- soccorso ai degenti che necessitano di aiuto immediato od a persone che comunque sono state coinvolte nell'incidente affidandole al personale medico e paramedico;
- coordinamento e disposizioni al restante personale per il necessario ausilio all'evacuazione dei degenti o persone non autosufficienti con indicazione dei compartimenti da occupare per l'evacuazione orizzontale, chiusura delle porte tagliafuoco, ecc..

- richiesta al Centro di Gestione Emergenza di personale in supporto da altre unità;
- accertamento della completa evacuazione delle zone interessate dall'incidente, qualora le condizioni lo consentano;
- informazioni al Responsabile Gestione Emergenze della situazione e della sua evoluzione;
- collaborazione con i VVF ed enti esterni in generale.

SQUADRA DI EVACUAZIONE PAZIENTI (SEP)

Agli addetti all'evacuazione spetta il compito di realizzare l'esodo di coloro che si trovano nell'area di loro pertinenza durante l'emergenza, con particolare riferimento alle persone con gravi immobilità. Gli addetti all'evacuazione devono essere almeno due per ogni Reparto per ciascun turno di lavoro.

In generale i compiti assegnati alla SEP possono così riassumersi:

- soccorso ai degenti che necessitano di aiuto immediato od a persone che comunque sono state coinvolte nell'incidente
- provvedere alla movimentazione e all'esodo di persone portatrici di handicap, ferite o comunque non autonome e bisognose di aiuto

RESPONSABILI/COORDINATORI DELLE UNITÀ ORGANIZZATIVE (DEGENZA, LABORATORI, ANALISI, UFFICI, IMPIANTI TECNICI, ECC) (RUO)

Si tratta di operatori normalmente adibiti a funzioni proprie della loro qualifica professionale ma che ricoprono nell'ambito delle unità organizzative ruoli di coordinamento, direzione e comunque riferimento per il personale interno ed esterno (dirigenti medici, capo sala, direttori di laboratorio, ecc.).

Nell'ambito delle emergenze in genere non è chiesto loro di operare al di fuori delle proprie competenze ma comunque di fornire una stretta collaborazione con i soccorritori. Il loro ruolo si esplica in particolare nelle fasi di prima segnalazione dell'evento emergenziale e riferiscono notizie ai componenti dall'ASA e alle figure di coordinamento soprannominate. Devono avere conoscenza dei sistemi di allarme e antincendio ubicati nella propria unità nonché di informazioni proprie del reparto (per i laboratori, farmacia, impianti tecnici ecc.) e modalità di diramazione degli allarmi. A seconda che l'evento incidentale sia localizzato nella propria o altra area di pertinenza le azioni che i RUO devono mettere in atto possono così riassumersi:

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 38 di 70

PERSONALE DI REPARTO

1) MANTENGO LA CALMA

2) AVVISO il Coordinatore Interno o Capoturno

3) TELEFONO al numero di emergenza 8888 e riferisco con voce calma l'entità di quanto riscontrato visibilmente sul posto fornendo le seguenti informazioni:

- ☐ nome cognome e qualifica segnalatore
- ☐ luogo esatto dove è scattata l'emergenza (padiglione, piano, reparto)
- ☐ tipo e dimensione dell'evento (incendio, allagamento, scoppio,...)
- ☐ se presenza di prodotti chimici, biologici, infiammabili
- ☐ coinvolgimento di altre persone oltre ai degenti

prima di riagganciare il telefono mi accerto che il messaggio sia stato appreso dal centralinista nella sua gravità e chiedo conferma di poter riagganciare.

nel caso che la linea telefonica fosse fuori uso a causa d'un guasto, dovrò contattare immediatamente di persona i colleghi del reparto vicino.

4) in caso d'incendio intervengo solo se ritengo di essere in grado di poter eseguire azioni senza pericolo per me o per gli altri utilizzando gli estintori presenti in zona. (preferibilmente non agire mai da soli ma almeno in coppia con altra persona)

5)allontano i materiali infiammabili non ancora a contatto con le fiamme

6)chiudo tutte le porte attigue del locale in fiamme ed evito di aprire le finestre

7)mettersi a disposizione della squadra antincendio fornendo tutte le notizie necessarie alla salvaguardia dei degenti, indicando le stanze dei più gravi e dei disabili, la posizione delle bombole e dei liquidi infiammabili, i depositi di materiali combustibili e la dislocazione degli idranti ed estintori.

se la situazione precipita e comunque se disposto dall'ufficiale dei vigili del fuoco o dal responsabile gestione emergenze inizio le procedure di evacuazione.

- allontano i degenti in grado di muoversi autonomamente e gli eventuali visitatori verso le uscite di reparto
- con il concorso del personale, nel frattempo sopraggiunto, procedo all'evacuazione dei degenti non deambulanti
- trasferisco nel luogo di riunione la lista dei degenti, le cartelle cliniche ed il carrello delle terapie
- i degenti dovranno essere trasferiti fuori dal reparto compiendo il più velocemente
- possibile un percorso in senso orizzontale verso la parte che si ritiene più sicura e non ancora invasa dal fumo (dopo ogni passaggio le porte andranno richiuse per evitare il
- più possibile il trasferimento di fumi verso gli ambienti attigui)
- nell'evacuare il reparto controllare che nessuno sia rimasto nei locali
- non devo usare ascensori o monta lettighe se non autorizzato in maniera specifica
- alla fine dell'evacuazione mi dirigo verso il punto di raccolta individuato dal piano di evacuazione

PERSONALE DI REPARTO

EVACUAZIONE ORIZZONTALE PROGRESSIVA

I degenti dovranno essere trasferiti fuori dal reparto compiendo il più velocemente possibile un percorso in senso orizzontale verso la parte che si ritiene più sicura e non ancora invasa dal fumo (dopo ogni passaggio le porte andranno richiuse per evitare il più possibile il trasferimento di fumi verso gli ambienti attigui)

Se l'incendio interessa un reparto dove ci sono ambulatori con pazienti in attesa l'operatore deve accompagnare (sospingendoli, allargando le braccia) i pazienti nel luogo sicuro individuato.

☐ Con il concorso del personale, nel frattempo sopraggiunto, **PROCEDO ALL'EVACUAZIONE** dei degenti non deambulanti

La categorizzazione dei pazienti (triage) è compito del medico di reparto, o in sua assenza dell'infermiere con più anzianità di servizio.

L'operazione di evacuazione delle stanze richiede l'intervento di almeno due operatori che devono effettuare le seguenti manovre:

☐ Scollegare il campanello di allarme a disposizione del paziente (solitamente il cavo è avvolto o nella sponda del letto o sul triangolo di sollevamento) staccandolo dalla parete se presente l'attacco a jack oppure srotolando il filo dal letto.

☐ Staccare l'ossigeno dalla presa a parete.

☐ Abbassare completamente il letto elettrico e scollegare la spina dal quadretto di alimentazione.

☐ Alzare completamente le bandinelle laterali del letto.

☐ Depositare all'interno del letto le eventuali sacche, cateteri, flebo, macchine respiratorie.

☐ Sbloccare i freni del letto.

☐ Uscire dalla stanza tranquillizzando il paziente ed informandolo sulla manovra.

☐ Se la stanza è dotata di bagno verificare la non presenza di persone all'interno dello stesso.

☐ Chiudere le porte e posare delle traverse bagnate sul pavimento a ridosso delle stesse.

☐ **TRASFERISCO** nel luogo di riunione la lista dei degenti, il carrello delle cartelle cliniche ed il carrello delle terapie

☐ Alla fine dell'evacuazione **VERIFICO** che nessuno sia rimasto nei locali e mi dirigo verso il punto di raccolta individuato dal piano di emergenza

NORME AMBIENTI SPECIFICI

CICLOTRONE ZONE CONTROLLATE CALDE.

IN CASO DI INCENDIO

Premesso che in tale evenienza il rischio è sufficientemente basso, obiettivo primario risulta quello di porre in salvo le persone coinvolte.

Pertanto occorre:

- far allontanare tutti i pazienti, visitatori, ecc., operando con calma ed in maniera rassicurante e decisa, per evitare qualsiasi forma di panico;
- far allontanare immediatamente tutto il Personale non coinvolto nelle preliminari operazioni di spegnimento;
- avvisare i Vigili del Fuoco (**Pronto intervento: 115**), comunicando la presenza degli isotopi radioattivi, della loro collocazione e della loro attività;
- avvisare l'Esperto Qualificato;
- rimuovere, ove possibile, le sorgenti radioattive;
- collaborare con i Vigili del Fuoco nelle operazioni di supporto allo spegnimento;
- limitare l'uso di acqua, preferendo l'uso di estinguenti gassosi (CO₂) ad effetto inibente, al fine di ridurre la dispersione della sostanza radioattiva;
- operare, nello spegnimento, alla massima distanza possibile;
- procedere, a cura dell'Esperto Qualificato che potrà avvalersi anche di altro Personale istruito e dotato dei mezzi necessari, alla bonifica degli ambienti.

Sia in caso di incendio che in caso di allagamento, i soccorritori vengono dotati di dosimetro elettronico a lettura diretta e vengono autorizzati ad accedere alle aree interessate dal RSPP, sentito l'operatore di turno, o, in caso di non presenza del personale, da RSPP sentito l'ultimo operatore smontante:

Comunicare al soccorritore il tempo massimo che può stare dentro il reparto.

Dopo quanto tempo dall'evento è permesso l'accesso ai locali mantenendo la dose entro i limiti per il personale non esposto.

Turnazione in caso di superamento valori accettabili di dose impegnata per i soccorritori.

In caso di incendio nei locali oggetto del presente l'esperto qualificato ha effettuato la valutazione di dose per esposizione interna dovuta ad inalazione di sostanze radioattive presenti nei locali inseguito ad incendio.

Tale valutazione, basata sul caso peggiore è riportata nella relazione di radio protezione allegata all'istanza di modifica dell'N.O. di categoria A ed è effettuata sia per i lavori che per la popolazione.

Nel presente piano si riportano tali valutazioni relativi ai lavoratori coinvolti.

La valutazione si considera anche valida per l'eventuale personale esterno (V.V.F.) che dovesse intervenire per lo spegnimento in emergenza dell'incendio.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 42 di 70

CICLOTRONE ZONE CONTROLLATE CALDE.

IN CASO DI ALLAGAMENTO

Premesso che anche in tale evenienza il rischio è sufficientemente basso, occorre (come in caso di incendio):

- far allontanare tutti i pazienti, visitatori, ecc.;
- far allontanare immediatamente tutto il Personale non coinvolto nelle preliminari operazioni di spegnimento;
- avvisare i Vigili del Fuoco (**Pronto intervento: 115**);
- avvisare l'Esperto Qualificato;
- rimuovere, ove possibile, le sorgenti radioattive;
- collaborare con i Vigili del Fuoco nelle operazioni di supporto;
- procedere, a cura dell'Esperto Qualificato che potrà avvalersi anche di altro Personale istruito e dotato dei mezzi necessari, alla bonifica degli ambienti.

In caso di allagamento i soccorritori vengono dotati di dosimetro elettronico a lettura diretta e vengono autorizzati ad accedere alle aree interessate dal RSPP, sentito l'operatore di turno, o, in caso di non presenza del personale, da RSPP sentito l'ultimo operatore smontante:

Comunicare al soccorritore il tempo massimo che può stare dentro il reparto.

Dopo quanto tempo dall'evento è permesso l'accesso ai locali mantenendo la dose entro i limiti per il personale non esposto.

Turnazione in caso di superamento valori accettabili di dose impegnata per i soccorritori.

NORME NEL CASO DI RILASCIO DI SOSTANZE RADIOATTIVE

INCENDIO IN CAMERA CALDA

nella sezione dedicata alle attività diagnostiche del reparto di Medicina Nucleare Centro PET che coinvolge i lavoratori presenti

Lo scenario previsto per tale evento ipotizza la vaporizzazione istantanea:

- della massima attività detenibile per tutti gli isotopi impiegati per gli esami di Medicina Nucleare tradizionale e pertanto detenuti presso la camera calda della sezione di diagnostica,
- e di una singola dose per i radiofarmaci impiegati per gli esami PET in quanto quest'ultimi vengono preparati e frazionati presso i laboratori di radiochimica, al piano inferiore.

Si esclude la possibilità che tale evento possa interessare le sorgenti sigillate impiegate per le calibrazioni dei tomografi e per i controlli di qualità sul calibratore di dose, in quanto o detenute all'interno del tomografo stesso o all'interno di appositi schermi in piombo allocati in altro locale. Inoltre si esclude la possibilità che tale evento possa comportare l'evaporazione del Mo99 contenuto all'interno del generatore, perché ritenuto altamente improbabile.

Si riporta in tabella una sintesi degli isotopi delle attività prese in considerazione.

Isotopo	Attività (GBq)	Percentuale dell'Attività
F18	0,370	Singola Dose
Tc99m	185,000	100%
I123	5,550	100%
In111	3,700	100%
C11	0,370	Singola Dose
Tl201	0,814	100%
I131	0,074	100%
Ga67	0,814	100%
Ga68	0,370	Singola Dose

INCENDIO IN CAMERA CALDA

nella sezione dedicata alle attività diagnostiche del reparto di Medicina Nucleare Centro PET che coinvolge i lavoratori presenti

Lo scenario previsto per tale evento ipotizza la vaporizzazione istantanea:

- della massima attività detenibile per tutti gli isotopi impiegati per gli esami di Medicina Nucleare tradizionale e pertanto detenuti presso la camera calda della sezione di diagnostica,
- e di una singola dose per i radiofarmaci impiegati per gli esami PET in quanto quest'ultimi vengono preparati e frazionati presso i laboratori di radiochimica, al piano inferiore.

Si esclude la possibilità che tale evento possa interessare le sorgenti sigillate impiegate per le calibrazioni dei tomografi e per i controlli di qualità sul calibratore di dose, in quanto o detenute all'interno del tomografo stesso o all'interno di appositi schermi in piombo allocati in altro locale. Inoltre si esclude la possibilità che tale evento possa comportare l'evaporazione del Mo99 contenuto all'interno del generatore, perché ritenuto altamente improbabile.

Si riporta in tabella una sintesi degli isotopi delle attività prese in considerazione.

Isotopo	Attività (GBq)	Percentuale dell'Attività
F18	0,370	Singola Dose
Tc99m	185,000	100%
I123	5,550	100%
In111	3,700	100%
C11	0,370	Singola Dose
Tl201	0,814	100%
I131	0,074	100%
Ga67	0,814	100%
Ga68	0,370	Singola Dose

La sequela spaziale e temporale ipotizzata dell'incidente è quella di seguito descritta.

Dopo una prima diluizione dell'attività nell'intero volume della camera calda (70 m3), si realizza una ulteriore progressiva riduzione della concentrazione tramite il sistema di aspirazione previsto nel laboratorio in grado di realizzare almeno 6 ricambi/ora. Non è prevista, invece, la diffusione dell'aria contaminata negli ambienti circostanti, poiché la camera calda si trova in depressione rispetto ai questi ultimi, senza alcun impegno di dose per i lavoratori contemporaneamente impegnati nella altre sale.

Viene valutata la dose efficace impegnata per una distanza ravvicinata secondo il documento ANPEQ "Guida alla Stesura della Relazione di cui all'art. 115ter sulle Esposizioni Potenziali", a varie concentrazioni dei radioisotopi in aria e al variare del tempo di permanenza nel locale.

Si riportano nella seguente tabella i valori di dose efficace impegnata per ogni singolo radioisotopo:

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	I	27/01/2014	Pag. 45 di 70

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

	Tempo di esposizione (minuti)							
% F18	1	2	3	5	10	20	30	
10	5,35E-04	9,36E-04	1,25E-03	1,70E-03	2,34E-03	2,88E-03	3,12E-03	Dose Efficace Impegnata (mSv)
50	2,67E-03	4,68E-03	6,24E-03	8,51E-03	1,17E-02	1,44E-02	1,56E-02	
100	5,35E-03	9,36E-03	1,25E-02	1,70E-02	2,34E-02	2,88E-02	3,12E-02	
	Tempo di esposizione (minuti)							
% Tc99m	1	2	3	5	10	20	30	
10	9,06E-02	1,59E-01	2,11E-01	2,88E-01	3,96E-01	4,88E-01	5,29E-01	Dose Efficace Impegnata (mSv)
50	4,53E-01	7,93E-01	1,06E+00	1,44E+00	1,98E+00	2,44E+00	2,64E+00	
100	9,06E-01	1,59E+00	2,11E+00	2,88E+00	3,96E+00	4,88E+00	5,29E+00	
	Tempo di esposizione (minuti)							
% I123	1	2	3	5	10	20	30	
10	8,16E-03	1,43E-02	1,90E-02	2,59E-02	3,57E-02	4,39E-02	4,76E-02	Dose Efficace Impegnata (mSv)
50	4,08E-02	7,14E-02	9,51E-02	1,30E-01	1,78E-01	2,20E-01	2,38E-01	
100	8,16E-02	1,43E-01	1,90E-01	2,59E-01	3,57E-01	4,39E-01	4,76E-01	
	Tempo di esposizione (minuti)							
% In111	1	2	3	5	10	20	30	
10	2,08E-02	3,65E-02	4,86E-02	6,63E-02	9,12E-02	1,12E-01	1,22E-01	Dose Efficace Impegnata (mSv)
50	1,04E-01	1,82E-01	2,43E-01	3,32E-01	4,56E-01	5,61E-01	6,08E-01	
100	2,08E-01	3,65E-01	4,86E-01	6,63E-01	9,12E-01	1,12E+00	1,22E+00	
	Tempo di esposizione (minuti)							
% C11	1	2	3	5	10	20	30	
10	1,63E-04	2,85E-04	3,81E-04	5,19E-04	7,14E-04	8,78E-04	9,51E-04	Dose Efficace Impegnata (mSv)
50	8,16E-04	1,43E-03	1,90E-03	2,59E-03	3,57E-03	4,39E-03	4,76E-03	
100	1,63E-03	2,85E-03	3,81E-03	5,19E-03	7,14E-03	8,78E-03	9,51E-03	
	Tempo di esposizione (minuti)							
% Tl201	1	2	3	5	10	20	30	
10	8,77E-04	1,53E-03	2,05E-03	2,79E-03	3,84E-03	4,72E-03	5,12E-03	Dose Efficace Impegnata (mSv)
50	4,39E-03	7,67E-03	1,02E-02	1,40E-02	1,92E-02	2,36E-02	2,56E-02	
100	8,77E-03	1,53E-02	2,05E-02	2,79E-02	3,84E-02	4,72E-02	5,12E-02	
	Tempo di esposizione (minuti)							
% I131	1	2	3	5	10	20	30	
10	4,35E-03	7,61E-03	1,01E-02	1,38E-02	1,90E-02	2,34E-02	2,54E-02	Dose Efficace Impegnata (mSv)
50	2,17E-02	3,81E-02	5,07E-02	6,92E-02	9,51E-02	1,17E-01	1,27E-01	
100	4,35E-02	7,61E-02	1,01E-01	1,38E-01	1,90E-01	2,34E-01	2,54E-01	
	Tempo di esposizione (minuti)							
% Ga67	1	2	3	5	10	20	30	
10	1,28E-03	2,23E-03	2,98E-03	4,06E-03	5,58E-03	6,87E-03	7,44E-03	Dose Efficace Impegnata (mSv)
50	6,38E-03	1,12E-02	1,49E-02	2,03E-02	2,79E-02	3,43E-02	3,72E-02	
100	1,28E-02	2,23E-02	2,98E-02	4,06E-02	5,58E-02	6,87E-02	7,44E-02	
	Tempo di esposizione (minuti)							
% Ga68	1	2	3	5	10	20	30	
10	4,44E-04	7,77E-04	1,04E-03	1,41E-03	1,94E-03	2,39E-03	2,59E-03	Dose Efficace Impegnata (mSv)
50	2,22E-03	3,89E-03	5,18E-03	7,06E-03	9,71E-03	1,20E-02	1,30E-02	
100	4,44E-03	7,77E-03	1,04E-02	1,41E-02	1,94E-02	2,39E-02	2,59E-02	

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 46 di 70

Nella tabella seguente si riporta la dose efficace impegnata in funzione della concentrazione totale di tutti gli isotopi potenzialmente presenti.

% di Tutti i Radioisotopi	Tempo di esposizione (minuti)							
	1	2	3	5	10	20	30	
10	1,27E-01	2,23E-01	2,97E-01	4,05E-01	5,57E-01	6,85E-01	7,42E-01	Dose Efficace Impegnata (mSv)
50	6,36E-01	1,11E+00	1,48E+00	2,02E+00	2,78E+00	3,43E+00	3,71E+00	
100	1,27E+00	2,23E+00	2,97E+00	4,05E+00	5,57E+00	6,85E+00	7,42E+00	

Dalla tabella si evince come anche nel caso più sfavorevole di massima percentuale di attività in aria e di un improbabile tempo di esposizione di 30 min, la dose impegnata è inferiore ai 8 mSv.

Si sottolinea come in caso di incendio, come riportato nelle norme interne, il personale deve allontanarsi immediatamente dalla zona chiudendo la porta del locale in cui si è verificato. Questo comporta un'esposizione, anche nel caso più sfavorevole di massima percentuale di attività in aria, una dose efficace impegnata pari a 1,27 mSv.

**INCENDIO NEL LABORATORIO DI RADIOCHIMICA
CHE COINVOLGE I LAVORATORI PRESENTI**

Lo scenario previsto per tale evento ipotizza la vaporizzazione istantanea della massima attività detenibile per tutti gli isotopi potenzialmente presenti.

Si esclude la possibilità che tale evento possa interessare le sorgenti sigillate impiegate per i controlli di qualità sul calibratore di dose, in quanto detenute all'interno di appositi schermi in piombo allocati dentro la cella di manipolazione. Inoltre si esclude la possibilità che tale evento possa comportare l'evaporazione del Ge68 contenuto all'interno del generatore, detenuto all'interno dell'apposita cella, perché ritenuto altamente improbabile.

La sequela spaziale e temporale ipotizzata dell'incidente è quella di seguito brevemente descritta.

Dopo una prima diluizione dell'attività nell'intero volume della camera calda (100 m³), si realizza una ulteriore progressiva riduzione della concentrazione tramite il sistema di aspirazione previsto nel laboratorio in grado di realizzare almeno 12 ricambi/ora. Non è prevista, invece, la diffusione dell'aria contaminata negli ambienti circostanti, poiché il laboratorio di radiochimica si trova in depressione rispetto ai questi ultimi, senza alcun impegno di dose per i lavoratori contemporaneamente impegnati nella altre sale.

Viene valutata la dose efficace impegnata per una distanza ravvicinata secondo il documento ANPEQ "Guida alla Stesura della Relazione di cui all'art. 115ter sulle Esposizioni Potenziali", a varie concentrazioni dei radioisotopi in aria e al variare del tempo di permanenza nel locale.

Si riportano nella seguente tabella i valori di dose efficace impegnata per ogni singolo radioisotopo:

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 48 di 70

% F18	Tempo di esposizione (minuti)							
	1	2	3	5	10	20	30	
10	2,91E-01	4,99E-01	6,55E-01	8,73E-01	1,16E+00	1,40E+00	1,50E+00	Dose Efficace Impegnata (mSv)
50	1,46E+00	2,49E+00	3,27E+00	4,37E+00	5,82E+00	6,99E+00	7,48E+00	
100	2,91E+00	4,99E+00	6,55E+00	8,73E+00	1,16E+01	1,40E+01	1,50E+01	

% C11	Tempo di esposizione (minuti)							
	1	2	3	5	10	20	30	
10	1,78E-05	3,04E-05	4,00E-05	5,33E-05	7,10E-05	8,52E-05	9,13E-05	Dose Efficace Impegnata (mSv)
50	1,07E-04	2,13E-04	3,20E-04	5,33E-04	1,07E-03	2,13E-03	3,20E-03	
100	2,13E-04	4,26E-04	6,39E-04	1,07E-03	2,13E-03	4,26E-03	6,39E-03	

% Ga68	Tempo di esposizione (minuti)							
	1	2	3	5	10	20	30	
10	1,21E-06	2,07E-06	2,72E-06	3,63E-06	4,83E-06	5,80E-06	6,22E-06	Dose Efficace Impegnata (mSv)
50	7,25E-06	1,45E-05	2,18E-05	3,63E-05	7,25E-05	1,45E-04	2,18E-04	
100	1,45E-05	2,90E-05	4,35E-05	7,25E-05	1,45E-04	2,90E-04	4,35E-04	

Nella tabella seguente si riporta la dose efficace impegnata in funzione della concentrazione totale di tutti gli isotopi potenzialmente presenti.

% di Tutti i Radioisotopi	Tempo di esposizione (minuti)							
	1	2	3	5	10	20	30	
10	2,91E-01	4,99E-01	6,55E-01	8,73E-01	1,16E+00	1,40E+00	1,50E+00	Dose Efficace Impegnata (mSv)
50	1,46E+00	2,50E+00	3,27E+00	4,37E+00	5,82E+00	6,99E+00	7,49E+00	
100	2,91E+00	4,99E+00	6,55E+00	8,73E+00	1,16E+01	1,40E+01	1,50E+01	

Dalla tabella si evince come anche nel caso più sfavorevole di massima percentuale di attività in aria e di un improbabile tempo di esposizione di 30 min, la dose impegnata è inferiore ai 15 mSv.

Si sottolinea come in caso di incendio, come riportato nelle norme interne, il personale deve allontanarsi immediatamente dalla zona chiudendo la porta del locale in cui si è verificato. Questo comporta un'esposizione, anche nel caso più sfavorevole di massima percentuale di attività in aria, una dose efficace impegnata pari a 2,91 mSv.

NOTA:

Le precedenti norme di comportamento sono state stilate dall' Esperto Qualificato di terza categoria Dott. Ing. Benedetto Savatteri.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 49 di 70

NORME REPARTO DI RADIOTERAPIA

Il personale del Reparto è tenuto ad osservare e fare osservare le seguenti disposizioni di radio-protezione e sicurezza:

1. Nelle Sale di Trattamento sono installati Acceleratori Lineari per Radioterapia con energie di accelerazione di fotoni fino a 18 MV ed elettroni fino a 20 MeV.
2. L'erogazione di radiazioni ionizzanti deve avvenire esclusivamente per l'effettuazione dei trattamenti Radioterapici prescritti e, comunque, solo per un giustificato motivo.
3. L'accesso alla Sala di Trattamento (Zona Controllata) è consentito solo al Personale classificato ed autorizzato che è assoggettato a particolari disposizioni e prescrizioni.
4. Al Personale classificato è fatto obbligo di utilizzare i dosimetri personali di cui è munito.
5. I dosimetri personali total-body devono essere applicati all'altezza del torace.
6. I dosimetri personali non devono mai essere abbandonati nella Sala di Trattamento o esposti al fascio diretto; se ciò dovesse comunque accadere, occorre informare tempestivamente l'Esperto Qualificato.
7. Gli assegnatari dei dosimetri ne sono gli unici responsabili e ne rispondono personalmente in caso di smarrimento e/o danneggiamento.
8. Qualsiasi intervento di manutenzione ordinaria o straordinaria sulle Apparecchiature deve essere preventivamente autorizzata dal Datore di Lavoro.
9. Qualora si riscontrasse un malfunzionamento, un'anomalia o un difetto di qualsiasi genere, anche solo se ritenuto tale, **NON UTILIZZARE** il sistema fino a quando non sia stato effettuato l'opportuno intervento di manutenzione.
10. E' VIETATO l'accesso alla Sala di Trattamento a coloro i quali non sono interessati al trattamento radioterapico.
11. E' ASSOLUTAMENTE VIETATO rimanere in Sala Trattamento durante la seduta terapeutica.
12. E' VIETATO abbandonare la consolle di comando durante l'irradiazione.
13. E' VIETATO entrare nella Sala Trattamento prima che sia finita l'emissione (**indicazione di fine trattamento**).
14. E' VIETATO compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di propria competenza o che possano compromettere i sistemi di sicurezza e protezione.
15. Effettuare il posizionamento del paziente ed uscire dalla Sala Trattamento chiudendo la porta scorrevole con gli appositi pulsanti di manovra.
16. Controllare, prima dell'inizio di ogni trattamento, i dati relativi al trattamento radioterapico e tutti i dispositivi di sicurezza presenti, verificandone il corretto funzionamento.
17. Accertarsi tramite i monitors di controllo dell'assenza di persone all'interno della Sala Trattamento prima di azionare l'emissione del fascio.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 50 di 70

18. Comunicare con il paziente durante la seduta di trattamento mediante il sistema fonico e controllare le sue condizioni tramite il sistema video.
19. Eliminare dalla Sala Trattamento tutti gli oggetti inutili e non indispensabili alla pratica radioterapia che sono potenziali fonti di radiazione diffusa.
20. A fine seduta radioterapica, se non strettamente necessario, attendere qualche minuto (2 - 3) prima di accedere alla Sala di Trattamento per le operazioni di rilascio del paziente.
21. ACCERTARE NELLE DONNE IN ETA' FERTILE, L'EVENTUALE STATO DI GRAVIDANZA PRIMA DI ESEGUIRE QUALSIASI ESAME ESPONENTE ALLE RADIAZIONI MIONIZZANTI. IN CASO AFFERMATIVO RICHIEDERE ESPRESSA AUTOTORIZZAZIONE QUALORA SIA INDISPENSABILE EFFETTUARE IL TRATTAMENTO.
22. Osservare le disposizioni impartite dal Datore di lavoro ai fini della sicurezza e della protezione individuale e collettiva ciascuno secondo le proprie mansioni.
23. Usare con cura e in modo corretto i dispositivi di sicurezza ed i mezzi di protezione.
24. Segnalare immediatamente al Responsabile della Sicurezza, al Responsabile del Reparto, al Datore di Lavoro ed all'Esperto Qualificato qualsiasi anomalia o deficienza dei sistemi di sicurezza, di protezione, di controllo e comando del sistema, nonché di eventuali altre condizioni ritenute di pericolo e l'eventuale guasto ai sistemi di segnalazione indicanti il "Pericolo di irradiazione".
25. NON UTILIZZARE gas o vapori infiammabili, come alcuni gas anestetici o spray disinfettanti potenzialmente infiammabili, poiché i vapori risultanti potrebbero incendiarsi.
26. E' VIETATO utilizzare dispositivi ricetrasmittenti portatili (unità diatermiche, telefoni cellulari, ecc...) in prossimità del sistema poiché, se non compatibili con le norme relative ai Campi ElettroMagnetici, potrebbero interferire con il corretto funzionamento del sistema e provocare lesioni gravi, somministrazioni di trattamento errate, danni al sistema.
27. I Campi Elettrici e Magnetici prodotti dall'apparecchiatura possono interferire con certi tipi di PACE MAKER Cardiaco o altri dispositivi elettromedicali. Il buon funzionamento di questi dispositivi DEVE ESSERE MONITORATO durante il trattamento per evitare l'insorgere di lesioni personali gravi o letali.
28. Le Radiazioni Ionizzanti erogate dall'apparecchiatura possono produrre effetti negativi su certi tipi di PACE MAKER Cardiaco o altri dispositivi elettromedicali. Il buon funzionamento di questi dispositivi DEVE ESSERE MONITORATO durante il trattamento per evitare l'insorgere di lesioni personali gravi o letali.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 51 di 70

29. I PACE MAKER e altri dispositivi elettromedicali non devono mai essere esposti direttamente al fascio di irradiazione. Il buon funzionamento di questi dispositivi DEVE ESSERE MONITORATO durante il trattamento per evitare l'insorgere di lesioni personali gravi o letali.

30. Non fissare il RAGGIO LASER. L'esposizione diretta degli occhi al raggio laser può provocare gravi lesioni personali.

31. Alla fine della giornata lavorativa spegnere la consolle di comando ed azionare i sistemi di spegnimento secondo le indicazioni impartite.

32. Alla fine della giornata lavorativa chiudere a chiave le sale di trattamento e i locali di comando.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 52 di 70

IN CASO DI INCENDIO

1. Sospendere la seduta di irraggiamento, fare uscire il paziente dalla Sala di Trattamento il più rapidamente possibile e chiudere la porta di accesso.
2. Fare allontanare tutte le persone presenti, non addette alle operazioni di spegnimento, operando con calma, ma in modo rassicurante e deciso per evitare qualsiasi insorgenza di forme di panico.
3. Spegnerne il sistema secondo le istruzioni impartite utilizzando eventualmente i pulsanti di emergenza a fungo presenti.
4. Avvisare il personale addetto allo spegnimento e i Vigili del Fuoco comunicando la presenza di materiale radioattivo attivato.
5. Avvisare il Responsabile del Reparto, il Datore di Lavoro e l'Esperto Qualificato.
6. Collaborare con i Vigili del Fuoco alle operazioni di spegnimento.
7. Limitare l'uso di acqua e preferire estinguenti a polvere o gassosi.
8. Durante le operazioni di spegnimento operare alla massima distanza possibile.
9. Indirizzare il getto dell'estintore alla base delle fiamme e tenere sempre una via di fuga alle spalle.
10. Liberare i locali dal fumo aprendo le finestre.
11. Se l'incendio ha coinvolto la Sala di Trattamento dove sono detenute parti dell'Acceleratore "attivate" durante il funzionamento, procedere alla bonifica secondo le indicazioni fornite dall'Esperto Qualificato che si potrà avvalere di altro personale addestrato e dotato dei mezzi necessari.

BLOCCO DELLA PORTA DI ACCESSO AL BUNKER

1. In caso di blocco della porta di accesso al bunker fare intervenire solo quegli operatori in grado di operare sul sistema di sblocco.
2. In caso di assenza di alimentazione elettrica procedere all'apertura normalmente tramite l'UPS di cui è dotato il sistema di apertura che interviene istantaneamente a mantenere la continuità elettrica.
3. In caso di blocco meccanico della porta, o di assenza di alimentazione da parte dell'UPS, agire sulla pompa oleodinamica come da indicazioni impartite dal costruttore e note agli operatori.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 53 di 70

NORME PER L'IMPIANTO DI RISONANZA MAGNETICA

QUENCH

In caso di guasto si può verificare un'improvvisa fuoriuscita di vapori di criogeno dal magnete RM (quench) che può provocare asfissia, congelamento, ferite, panico.

In caso di quench senza perdite di elio all'interno della sala magnete:

1. interrompere l'esame ed evacuare immediatamente il paziente dalla sala magnete
2. controllare la percentuale residua di elio nel serbatoio del magnete
3. avvertire l'Esperto responsabile ed il Medico Responsabile dell'impianto RM della natura dell'incidente

In caso di quench con perdite di elio all'interno della sala magnete:

1. E' riscontrabile dall'entrata in funzione dell'allarme ossigeno e dalla formazione di una nebbia bianca sulla testata del magnete.
2. Se non si è attivato automaticamente, azionare manualmente il pulsante di estrazione di aria in emergenza
3. Comunicare tramite il sistema audio al paziente di non scendere dal tavolo e che verrà immediatamente assistito.
4. Entrare in sala magnete, sganciare il tavolo ed aiutare il paziente ad uscire dalla sala ed allontanarsi.
5. Fare evacuare l'area fino al ritorno alla normalità.
6. avvertire l'Esperto responsabile ed il Medico Responsabile dell'impianto RM della natura dell'incidente

Se la sala magnete viene invasa da elio, potrebbe essere impossibile aprire la porta. In questo caso:

1. Fare ripetuti tentativi di apertura della porta.
2. Se la porta non si apre, dopo circa 45 secondi, rompere il vetro per scaricare la pressione.
3. Entrare nella sala attraverso la porta o, se continua a non aprirsi, attraverso la finestra.
4. Evacuare il paziente come sopra.

IN CASO DI INCENDIO

1. Sospendere l'esame, fare uscire il paziente dalla Sala RM il più rapidamente possibile e chiudere la porta di accesso.
2. Fare allontanare tutte le persone presenti, non addette alle operazioni di spegnimento, operando con calma, ma in modo rassicurante e deciso per evitare qualsiasi insorgenza di forme di panico.
3. Spegnerne il sistema secondo le istruzioni impartite utilizzando eventualmente i pulsanti di emergenza a fungo presenti.
4. Avvisare il personale addetto allo spegnimento e i Vigili del Fuoco comunicando la presenza di campo magnetico.
5. Avvisare il Responsabile del Reparto, il Datore di Lavoro e l'Esperto Responsabile.
6. Collaborare con i Vigili del Fuoco alle operazioni di spegnimento.
7. Utilizzare esclusivamente l'estintore amagnetico dedicato all'impianto.
8. Durante le operazioni di spegnimento operare alla massima distanza possibile.
9. Indirizzare il getto dell'estintore alla base delle fiamme e tenere sempre una via di fuga alle spalle.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 55 di 70

IN CASO DI ALLAGAMENTO

1. Sospendere l'esame, fare uscire il paziente dalla Sala RM il più rapidamente possibile e chiudere la porta di accesso.
2. Fare allontanare tutte le persone presenti, non addette alle operazioni di contenimento, operando con calma, ma in modo rassicurante e deciso per evitare qualsiasi insorgenza di forme di panico.
3. Avvisare il personale addetto e i Vigili del Fuoco comunicando la presenza di campo magnetico.
4. Avvisare il Responsabile del Reparto, il Datore di Lavoro e l'Esperto Responsabile.
5. Collaborare con i Vigili del Fuoco alle operazioni di contenimento.

SPEGNIMENTO PILOTATO DEL CAMPO MAGNETICO STATICO

E' una procedura da attivare in caso di estrema emergenza e solo nel caso in cui non si può intervenire in altro modo:

o pericolo per la salute di persone in caso di incidenti all'interno della sala magnete.

o situazioni di emergenza incendio e pericolo in cui i Vigili del Fuoco devono necessariamente intervenire con oggetti metallici in sala magnete.

Nel caso di spegnimento pilotato:

o lo spegnimento pilotato si attiva intervenendo sull'apposito pulsante di emergenza che induce un quench nel magnete.

o Il campo statico si riduce ad un livello di sicurezza non immediatamente, ma dopo che è trascorso qualche minuto dalla pressione del pulsante.

o La pressione del pulsante può essere seguita da un certo rumore dovuto alla frantumazione del disco di rottura del serbatoio di elio e anche da un sibilo dovuto alla evaporazione dell'elio.

Il personale deve:

o Allontanare tutte le persone dalla sala magnete.

o Attivare manualmente il sistema di estrazione in emergenza.

o Non introdurre in sala magnete oggetti metallici prima che sia trascorso qualche minuto dalla pressione del pulsante di emergenza.

o In caso di dubbio sull'esito positivo della procedura di disattivazione del campo magnetico statico:

a. Non entrare all'interno della sala magnete con oggetti ferromagnetici.

b. Non introdurre oggetti in materiale ferromagnetico nella sala magnete in presenza di persone all'interno.

c. Verificare la percentuale di riempimento di elio contenuto nel serbatoio.

o L'accesso alla sala magnete deve comunque essere sempre interdetto ai portatori di pace-maker, protesi con circuiti elettronici e metalliche, clips vascolari, preparati intracranici metallici, schegge in materiale ferromagnetico se non in presenza di nulla osta rilasciato dall'Esperto Responsabile.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 57 di 70

TESTO CHIAMATE EMERGENZA

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 58 di 70

PRINCIPIO D'INCENDIO

TELEFONATA AL NUMERO UNICO EMERGENZE 8888

EFFETTUARE DA PARTE DI CHIUNQUE

1. Attenzione! Qui è il reparto di _____.

2. Si è verificato un incendio presso la zona _____.

Occorre indicare con precisione:

- il Reparto o il Servizio interessato
- l'estensione dell'incendio (n° di locali interessati)

3. Al momento VI SONO/NON VI SONO persone intrappolate da soccorrere.

Occorre anche indicare con precisione:

- la presenza di persone ferite o intossicate
- se è già iniziata l'evacuazione dal reparto
- nome e cognome del chiamante
- n° di telefono interno da cui si effettua la chiamata

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

PRINCIPIO D'INCENDIO

TELEFONATA DA EFFETTUARE AI VVF (Tel. 115)

Qui è l'Azienda Ospedaliera Cannizzaro di via Messina, 829 Catania

Si richiede un vostro intervento urgente.

Si è verificato un incendio presso la zona _____.

Troverete un incaricato per guidare le squadre esterne al loro arrivo

occorre indicare con precisione:

- il Reparto o il Servizio interessato
- l'estensione (n° di locali interessati)
- il punto di ingresso per i mezzi di soccorso

Al momento VI SONO/NON VI SONO persone intrappolate da soccorrere.

Ha chiamato _____

- nome e cognome del chiamante
- n° di telefono da cui si effettua la chiamata

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 60 di 70

BLACK OUT ELETTRICO GENERALE

TELEFONATA DA INOLTARE SOLO DOPO AVER AVUTO L'ASSENSO DAL COORDINATORE DELL'EMERGENZA

Qui è l'Azienda Ospedaliera Cannizzaro di via Messina, 829 Catania

Si è verificata un'interruzione di energia elettrica per cause ancora da accertare.

Si richiede un vostro intervento urgente per liberare le persone intrappolate negli ASCENSORI.

Occorre indicare con precisione:

- il Reparto o il Servizio interessato dall'emergenza
- il numeri identificativi degli impianti con persone intrappolate
- se i gruppi elettrogeni dell'ospedale sono entrati in funzione
- il punto di ingresso per i mezzi di soccorso
- il nominativo dell'incaricato di guidare le squadre esterne al loro arrivo

Ha chiamato _____

- nome e cognome del chiamante
- n° di telefono da cui si effettua la chiamata

BLACK OUT ELETTRICO

con persone intrappolate negli ascensori

SQUADRA PRONTO INTERVENTO - ADDETTI MANUTENZIONE

Si è verificata un'interruzione di energia elettrica per cause ancora da accertare.

Si richiede un vostro intervento urgente per liberare le persone intrappolate negli A-SCENSORI.

Occorre indicare con precisione:

- i Reparti o i Servizi interessati con persone bloccate all'interno delle cabine.

Ha chiamato _____

- nome e cognome del chiamante
- n° di telefono da cui si effettua la chiamata

BLOCCO ASCENSORI

con persone intrappolate

SQUADRA PRONTO INTERVENTO - MANUTENZIONE DITTA ESTERNA

**TELEFONATA DA INOLTARE DIRETTAMENTE SENZA
ATTENDEREL'ASSENSO DAL COORDINATORE DELL'EMERGENZA**

Qui è l'Azienda Ospedaliera Cannizzaro di via Messina, 829 Catania

Si è verificato un blocco dell'ascensore dell' edificio _____

Si richiede un vostro intervento urgente per liberare le persone intrappolate.

Occorre indicare con precisione:

- i Reparti o i Servizi interessati
- se i gruppi elettrogeni dell'ospedale sono entrati in funzione
- il punto di ingresso per i mezzi di soccorso
- il nominativo dell'incaricato di guidare le squadre esterne al loro arrivo

Ha chiamato _____

- nome e cognome del chiamante
- n° di telefono da cui si effettua la chiamata

PRESENZA DI UNO SQUILIBRATO O DI UN MALVIVENTE

TELEFONATA ALLE FORZE DELL'ORDINE

POLIZIA (Tel. 113) CARABINIERI (Tel. 112)

Qui è l'Azienda Ospedaliera Cannizzaro di via Messina, 829 Catania

Si richiede un vostro intervento urgente per la presenza di uno SQUILIBRATO/MALINTENZIONATO presso il reparto di _____;

vi attenderà all'ingresso il sig. _____

Occorre indicare con precisione:

- la zona o il Reparto o il Servizio interessato
- il punto di ingresso per i mezzi di soccorso
- il nominativo dell'incaricato di guidare le squadre esterne al loro arrivo

Ha chiamato _____

- nome e cognome del chiamante
- n° di telefono da cui si effettua la chiamata

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

TERREMOTO

TELEFONATA DA INOLTARE AI VVF (Tel. 115)

TELEFONATA DA INOLTARE SOLO DOPO AVER AVUTO L'ASSENSO DAL COORDINATORE DELL'EMERGENZA

Qui è l'Azienda Ospedaliera Cannizzaro di via Messina, 829 Catania

A seguito del TERREMOTO si richiede un vostro intervento urgente di soccorso.

Occorre indicare con precisione:

- se si sono verificati crolli, scoppi, intrappolamenti di persone, black out, ecc.;
- il Reparto o il Servizio interessato;
- il punto di ingresso per i mezzi di soccorso;
- il nominativo dell'incaricato di guidare le squadre esterne al loro arrivo.

Ha chiamato _____

- nome e cognome del chiamante
- n° di telefono da cui si effettua la chiamata

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 65 di 70

TERREMOTO

SALA OPERATIVA PROTEZIONE CIVILE 095-7425148

TELEFONATA DA INOLTARE SOLO DOPO AVER
AVUTO L'ASSENSO DAL COORDINATORE DELL'EMERGENZA

Qui è l'Azienda Ospedaliera Cannizzaro di via Messina, 829 Catania

A seguito del TERREMOTO si richiede un vostro intervento urgente di soccorso.

Occorre indicare con precisione:

- se si sono verificati crolli, scoppi, intrappolamenti di persone, black out, ecc.;
- il Reparto o il Servizio interessato
- il punto di ingresso per i mezzi di soccorso;
- il nominativo dell'incaricato di guidare le squadre esterne al loro arrivo

Sono stati già allertati i Vigili del Fuoco.

Ha chiamato _____

- nome e cognome del chiamante
- n° di telefono da cui si effettua la chiamata

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

EVACUAZIONE TUTTE LE PERSONE PRESENTI

MESSAGGIO DA DIFFONDERE DOPO AVER AVUTO L'ORDINE DEL COORDINATORE DELL'EMERGENZA

1. Attenzione! Attenzione! Messaggio per tutte le persone presenti. ESISTE UNA SITUAZIONE DI EMERGENZA.
2. Lasciare il reparto attraverso i percorsi e le uscite di sicurezza, seguendo le istruzioni del personale addetto all'evacuazione.
3. Il personale ospedaliero provvederà ad aiutare i degenti non in grado di muoversi autonomamente .
4. Rimanere calmi, il personale è addestrato a fronteggiare l'emergenza.
5. Tutti i visitatori debbono allontanarsi al più presto dal perimetro dell'ospedale.

RIPETERE PIU' VOLTE IL MESSAGGIO.

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 67 di 70

MODULISTICA

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 68 di 70

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

MODULO DI REGISTRAZIONE STATI DI EMERGENZA

REGISTRAZIONE STATI DI EMERGENZA				
Codice progressivo evento:				
Descrizione dell'evento:				
Nominativo della persona che ha dato l'allarme:				
Altre persone presenti:				
Data ed ora della segnalazione:				
Nominativo dell'incaricato di piano intervenuto:				
Azioni intraprese:				
Richiesta di soccorsi:		SI ☐ NO ☐		Chiamati alle ore:
Orario di arrivo dei primi soccorsi:				
Azioni intraprese dai soccorritori:				
Danni alle persone:				
Danni alle cose:				
Eventuali danni causati a terzi:				
Analisi dell'evento				
Probabili cause:				
Inefficienze riscontrate:				
Compilato da:				Firma del RSPP
Data compilazione:				

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 69 di 70

PGE	PIANO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE	
------------	--	---

SOMMARIO

NUMERO TELEFONICO UNICO DI EMERGENZA	5
TELEFONI INTERNI AZIENDALI	6
COMPONENTI DELLA SQUADRA DI PRONTO INTERVENTO (SPI)	7
ADDETTI SQUADRA ANTINCENDIO (ASA)	9
SERVIZI ESTERNI DA ALLERTARE IN CASO DI EMERGENZA	15
PROCEDURE PER EVENTO	16
PROCEDURE PER RUOLO	32
RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE	36
RESPONSABILE DEL SERVIZIO 118	36
RESPONSABILE DEL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	36
RESPONSABILE UFFICIO TECNICO	36
LIVELLO OPERATIVO	37
SQUADRA DI PRONTO INTERVENTO	37
ADDETTI ALLA SQUADRA ANTINCENDIO (ASA)	37
SQUADRA DI EVACUAZIONE PAZIENTI (SEP)	38
RESPONSABILI/COORDINATORI DELLE UNITÀ ORGANIZZATIVE	38
PERSONALE DI REPARTO	39
PERSONALE DI REPARTO	40
EVACUAZIONE ORIZZONTALE PROGRESSIVA	40
CICLOTRONE ZONE CONTROLLATE CALDE.	42
CICLOTRONE ZONE CONTROLLATE CALDE.	43
NORME NEL CASO DI RILASCIO DI SOSTANZE RADIOATTIVE	44
MODULO DI REGISTRAZIONE STATI DI EMERGENZA	69
SOMMARIO	70

Documento	Edizione	Revisione	Data	Pagina
PGE AOC A1	II	1	27/01/2014	Pag. 70 di 70