N. 11

**Regione Marche**

# ASUR – AREA VASTA 3
## Civitanova Marche

# PIANO GENERALE
# GESTIONE DELLE EMERGENZE

(ai sensi del D.M. 10/03/1998 e D. Lgs. 81/08)

# OSPEDALE DI RETE
# CIVITANOVA MARCHE

# PIANO GENERALE DELLE EMERGENZA
# OSPEDALE CIVITANOVA MARCHE

| | |
|---|---|
| *REDATTO DA:*<br>**SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE** | ..... |
| *IN COLLABORAZIONE CON:*<br>**DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO** | ..... |
| **DIREZIONE SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE** | ..... |
| **UNITA' OPERATIVA PATRIMONIO NUOVE OPERE ATTIVITA' TECNICHE-** | ..... |
| *APPROVATO DA:*<br>**DIRETTORE AREA VASTA 3** | ..... |

Civitanova Marche 10 DIC. 2014 .....

# PIANO GENERALE DELLE EMERGENZE
# OSPEDALE CIVITANOVA MARCHE

ALLA VERSIONE UFFICIALE (10/12/2014)

SONO STATE SOSTITUITE, IN QUANTO AGGIORNATE LE PAGG. 6- 18-19- 20-21- 22-23 E ALL 1. (04/11/2016)

E

PER LA IMMINENTE PARZIALE APERTURA DEL DEA (MEDICINA DI URGENZA P.S.) SONO STATE SOSTITUITE, IN QUANTO AGGIORNATE LE PAGG. 5 – 6 -7 -12 -13- 21 - 80 – 82 (03/03/2017)

LA REVISIONE COMPLETA DEL P. E. SARA' EFFETTUATA SOLO DOPO IL COMPLETAMENTO DELL'APERTURA DEL DEA.

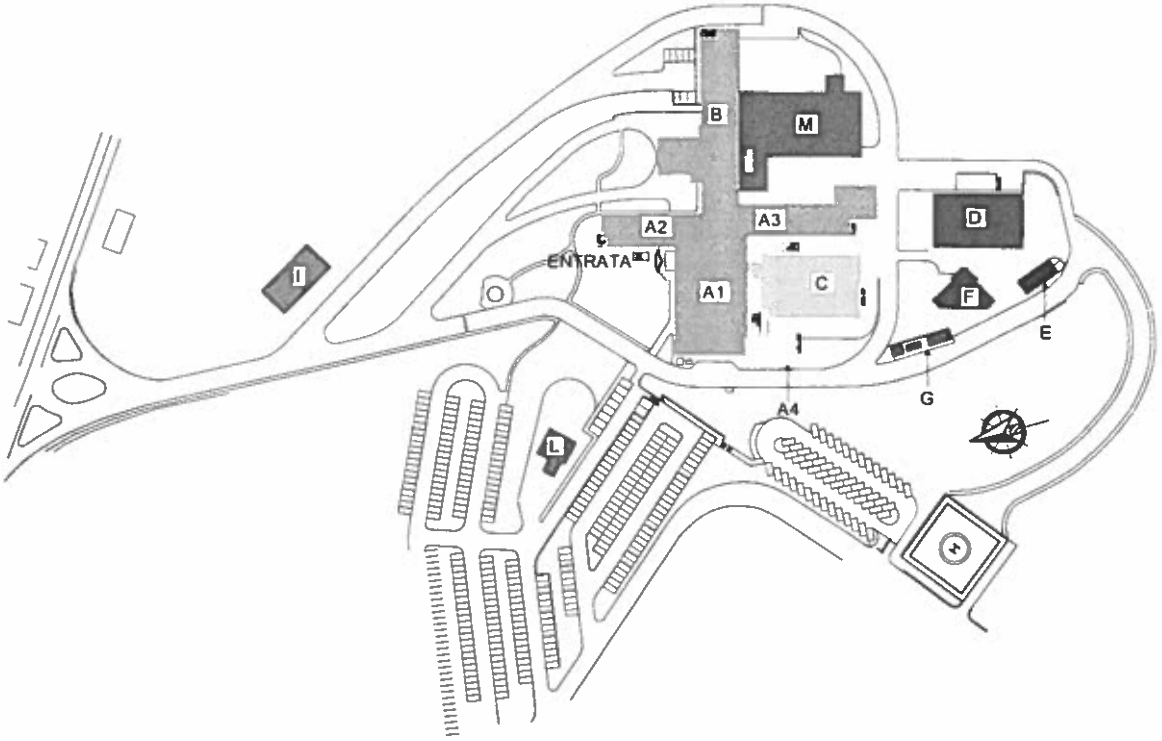
CONTENUTO:


| | |
|---|---|
| DESCRIZIONE DEL PRESIDIO | PAG. 4 |
| EMERGENZA INCENDIO | PAG. 13 |
| PROCEDURE DI INTERVENTO | PAG. 25 |
| EMERGENZA BLACK-OUT ELETTRICO | PAG. 38 |
| EMERGENZA IDRICA | PAG. 46 |
| EMERGENZA SISMICA O CROLLO DI EDIFICIO | PAG. 51 |
| PIANO DI EVACUAZIONE | PAG. 58 |
| SCHEDE OPERATIVE | PAG. 64 |
| ALLEGATI: | PAG. 70 |
| ELENCO NOMINATIVI SQUADRE EMERGENZA (ALL. 1) | PAG. 71 |
| NUMERI TELEFONICI DA UTILIZZARE NELL'EMERGENZA (ALL.2) | PAG. 79 |
| COMPETENZA AREE NON PRESIDIATE H 24 (ALL.3) | PAG. 81 |
| PROCEDURA GESTIONE CENTRALINA ALLARMI INCENDI (ALL.4) | PAG. 82 |
| MODULO REGISTRAZIONE EVENTI DI EMERGENZA (ALL: 5) | PAG. 83 |
| PLANIMETRIE RIPORTANTI SENSORI – NUMERAZIONE STANZE (consegnate alle due postazioni remotizzate) | |

## DESCRIZIONE GENERALE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO

L' Ospedale di Civitanova Marche, visualizzato nella sottostante planimetria, si articola in varie strutture, denominate edifici, come di seguito riportati.

**OSPEDALE CIVITANOVA MARCHE**




| SCHEDA DI IDENTIFICAZIONE DELL'INSEDIAMENTO | |
|---|---|
| TIPOLOGIA EDIFICIO: | Struttura Ospedaliera a più corpi (A, B, C, D, E, F, G, H, I, L, M) |
| INDIRIZZO: | via Ginevri, 1 – 62012 CIVITANOVA MARCHE (MC). |
| PROSSIMITA' A STRADE: | La struttura è servita da una strada comunale. |

IDENTIFICAZIONE DELL'AREA DI RACCOLTA: Per tutte le uscite di sicurezza, sono individuate diverse aree di raccolta nelle zone circostanti gli edifici.-

**Edifici A e B** – Struttura principale ove sono ubicati reparti di degenza, ambulatori, uffici amministrativi e locali tecnologici (specificati nella tabella si seguito riportata. Per meglio identificare le zone, il corpo **A** è stato suddiviso inoltre in ulteriori sotto-corpi (corpi **A1 - A2 - A3**).

**Edificio C** – Unità Operativa di Farmacia (P. 1° S.), l'Unità Operativa di Radiologia (P.T.), da completare ( P. 2°) ;

**Edificio D** – Palazzina Tecnologica (Centrale Termica; Gruppo Elettrogeno; Cabina MT/BT; Centrale Idrica-Antincendio; Deposito/Magazzino)

**Edificio E** – Magazzino/Deposito;

**Edificio F** – Serbatoio Idrico;

**Edificio G** – Centrale Gas medicali;

**H** – Elisuperficie

**Edificio I** - Centro Diurno Dipartimento Salute mentale

**Edificio L** - Palazzina per attività ambulatoriale medica ed amministrativa (P.T. e P.1°);

**Edificio M** – Medicina di Urgenza P.S. e Terapia Intensiva –UTIC (P. – 1); Magazzini Economali e Locali Tecnologici (P. – 2)

Nell'ospedale i posti letto sono così distribuiti:

| Unità operativa | Posti letto ordinari | Posti letto DH | Lunga degenza | Astanteria |
|---|---|---|---|---|
| Medicina<br>Nefrodialisi | 38<br>4 | 4<br>/ | / | / |
| Oncologia | / | 4 | / | / |
| Chirurgia-Urologia | 32 | 5 | / | / |
| Ortopedia | 13 | 4 | / | / |
| Otorinolaringoiatria | 16 | 2 | / | / |
| Ostetr./Ginecol | 15 | 1 | / | / |
| Pediatria | 7 | 4 incubatrici | / | / |
| Cardiologia | 12 | / | / | / |
| UTIC | 4 | / | / | / |
| Rianimazione | 5 | / | / | / |
| Medicina di Urgenza | 8 | / | / | / |
| Psichiatria | 9 | / | / | / |
| Dialisi | / | 13 | / | / |

## UBICAZIONE DEI REPARTI- EDIFICI A1-A2-A3-B

| EDIFICI | PIANO | REPARTI/SERVIZIO |
|---|---|---|
| A1 | P. - 1. | **Locali manutentivi** (meccanici,elettrici)<br>**Locali tecnologici** (UPS, locale batterie, sottostazione idrotermica ed idrica, quadri elettrici, centrale telefonica)<br>**Locali Servizi** (mensa, lavanderia)<br>**Spogliatoi infermieri**<br>**Deposito Farmacia**<br>**Locali tecnologici** (Centrale vapore, Locali Compressori) |
| | P. 0 | **Amministrazione** (Direzione Sanitaria e Amm.va, Cup, centralino, portineria); **UO Allergologia - Bar** |
| | P. 1° | **Blocco Operatorio – Locali Sanitari**<br>**Amministrazione** (Direzione Osped. Sanitaria e Amm.va) |
| | P. 2° | **Ambulatori Medici**<br>**Blocco Operatorio** |
| | P. 3° | **Studi Medici**<br>**Servizio Religioso** (chiesetta) |
| | Sottotetto (P. 4°) | **Locali Tecnologici** (motori ascensori,) |
| A2 | P. - 1. | **U.O. di Psichiatria** (degenze e servizi) |
| | P. 0 | **U.O. Oncologia** (antiblastici-day hospital)<br>**Ambulatori** (Chirurgici/Medici) |
| | P. 1° | **U.O. Otorino** (degenze e servizi) |
| | P. 2° | **U.O. Medicina** (degenze e servizi) |
| | P. 3° | **U.O. Pediatria** (degenze e servizi) |
| | Sottotetto (P. 4°) | Locali non utilizzati |
| A3 | P. - 1. | **U.O. di Dialisi** (day hospital e servizi) |
| | P. T. | **Serv. Gastroscopia -Ambulatori** (Chirurgici/Medici) |
| | P. 1° | **U.O. Ortopedia** (degenze e servizi) |
| | P. 2° | **U.O. Medicina** (degenze e servizi) |
| | P. 3° | **U.O. Cardiologia** (degenze e servizi) |
| | Sottotetto (P. 4°) | **Locali Tecnologici** (UPS, UTA) |
| A | P. 1 / 2 / 3 | **ZONA FILTRO – AREE COMUNI** |
| B | P. - 2 | **Locali Tecnologici** (UPS, UTA, quadri elettrici)<br>**Locali servizi** (guardaroba)<br>**Servizio Mortuario** |
| | P. - 1. | **U.O. Pronto Soccorso** (osservazione e servizi) |
| | P. 0 | **U.O. Laboratori Analisi**<br>**U. O. Trasfusionale** |
| | P. 1° | **U.O. Chirurgia – Urologia** (degenze e servizi) |
| | P. 2° | **U.O. Ostetricia/Ginecologia** (degenze e servizi)<br>**Blocco Parto** |
| | P. 3° | **U.O. Rianimazione/Anestesia** (terapia intensiva)<br>**UTIC** |
| | Sottotetto (P. 4°) | **Locali Tecnologici** (motori ascensori, UTA su terrazzo) |

## CLASSIFICAZIONE DELLE AREE DELLE STRUTTURE SANITARIE, AI FINI ANTINCENDIO:

Le aree delle strutture sanitarie, per i fini antincendio, sono divise in compartimenti e così classificate ai sensi del Decreto del Ministero dell'Interno 18/09/2002 Titolo I punto 1.2):

tipo A – aree o impianti a rischio specifico, classificati come attività soggette al controllo del C.N.VV.F. ai sensi del DPR n° 151 del 01/08/2011;

tipo B – aree a rischio specifico accessibili al solo personale dipendente (laboratori di analisi e ricerca, depositi, lavanderie, ecc.) ubicate nel volume degli edifici destinati, anche in parte ad aree di tipo C e D;

tipo C – aree destinate a prestazioni medico-sanitarie di tipo ambulatoriale (ambulatori, centri specialistici, centri di diagnostica, consultori, ecc.) in cui non è previsto il ricovero;

tipo D – aree destinate a ricovero in regime ospedaliero e/o residenziale nonché aree adibite ad unità speciali (terapia intensiva, neonatologia, reparto di rianimazione, sale operatorie, terapie particolari, ecc.)

tipo E – aree destinate ad altri servizi pertinenti (uffici amministrativi, scuole e convitti professionali, spazi per riunioni e convegni, mensa aziendale, spazi per visitatori inclusi bar e limitati spazi commerciali).

Le aree o impianti soggetti a rischio specifico, presenti nell'Ospedale di Civitanova Marche, così come definite dal DM del 16/02/1982 modificato dal DPR 151/2011, sono le seguenti:

| | |
|---|---|
| Attività n. 68 Cat. 5 C | Ospedale con oltre 100 posti letto ( ex attività 86) |
| Attività n. 5 Cat. 3 C | Deposito di gas comburenti in serbatoi fissi (n° 2), liquefatti della capacità a 15 mc cad (ex attività 5/b); (attualmente non utilizzati) |
| Attività n. 49 Cat. 3C | Gruppo per la produzione di energia elettrica sussidiaria con motori endotermici di potenza complessiva di 1050 KW (ex attività 64) |
| Attività n. 74 Cat. 3 C | Impianto per la produzione di calore (n° 2 caldaie) alimentato a combustibile solido, liquido o gassoso con potenzialità di 2710 KW cad (ex attività 91) |

## ATTREZZATURE ANTINCENDIO, DI SICUREZZA E MEDICHE, DISPONIBILI DURANTE L'EMERGENZA

### ATTREZZATURE ANTINCENDIO

Nell'Ospedale sono presenti delle attrezzature antincendio sotto indicate la cui ubicazione viene riportata nella planimetrie allegate.

TIPOLOGIE DI ATTREZZATURE ANTINCENDIO:

**Estintori:** dispositivi estinguenti portatili a carica variabile, utilizzabili da un solo operatore.
Nel presidio ospedaliero sono presenti:

- estintori a polvere per lo spegnimento di incendi di classe A (materiali solidi) e classe B (materiali liquidi);
- estintori ad anidride carbonica ($CO_2$) per lo spegnimento di incendi di classe A e classe B, nonché di impianti ed apparecchiature elettriche (quadri elettrici, computer, ecc.).

**Idranti**: dispositivi estinguenti fissi UNI 45 e UNI 70, alimentati ad una rete di distribuzione dell'acqua collegata ad una cisterna comunale, di capacità pari a 60 mc., il cui livello è mantenuto costante in modo automatico attraverso l'acquedotto comunale.

**Rivelatore di fumi**: è costituito da un insieme di apparecchiature atte a rilevare, localizzare e segnalare automaticamente un principio di incendio negli ambienti controllati. L'impianto è articolato in "zone" di allarme indipendenti, ciascuna delle quali gestite da una centralina di controllo che attiverà segnalazioni ottico – acustiche di allarme, che consentirà azioni adeguate sui dispositivi di protezione, come elettrocalamite delle porte e serrande tagliafuoco dell'impianto di trattamento d'aria, al fine di limitare la propagazione dei fumi e dell'incendio stesso.

**Pulsanti di allarme**: dispositivo che permette a chiunque la rapida segnalazione della presenza di incendio. Nei reparti e nelle altre aree presidiate costantemente, le sirene sono udibili dal personale in servizio.
Tutti i pulsanti sono collegati ad una centralina di allarme.

**Gruppo elettrogeno:** l'ospedale è dotato di n. 1 gruppo elettrogeno, per ovviare ad una eventuale interruzione di energia elettrica.

Inoltre alcuni reparti specifici, sono dotati di **gruppi di continuità**.

ATTREZZATURE - DISPOSITIVI MEDICI

All'interno della struttura ospedaliera è presente materiale sanitario (es. carrello per le emergenze) e personale preparato per il primo soccorso.

SCHEMA DEI CONTROLLI E DELLE MANUTENZIONI DELLE ATTREZZATURE ANTINCENDIO

| *Attrezzatura* | *Operazioni di controllo* | *Periodicità* | *Incaricati* | *Ditta/Nome Cognome* |
|---|---|---|---|---|
| **Estintori** | Verifica di efficienza secondo le norme UNI 9994 | Semestrale | Esterno | Ditta Esterna |
| | Verifica visiva, posizione, accessibilità, segnaletica, ecc. | Mensile | Interno | Ufficio Tecnico e Addetti squadra di emergenza |
| **Idranti** | Controllo livello serbatoio e verifica pressione. Secondo le norme UNI 9994 | Semestrale | Interno | Ufficio Tecnico |
| | Verifica visiva di efficienza ed integrità della cassetta, della segnaletica, ecc. | Mensile | Interno | Ufficio Tecnico e Addetti squadra di emergenza |
| | Verifica delle attrezzature: srotolamento, prova di funzionamento e riavvolgimento delle manichette | Semestrale | Esterno | Ditta Esterna |
| **Interruttori elettrici generali** (quadri elettrici, ecc.) | Prova di funzionamento, di pulizia e di manutenzione. | Semestrale | Interno ed esterno | Ufficio Tecnico e personale esterno |

| *Attrezzatura* | *Operazioni di controllo* | *Periodicità* | *Incaricati* | *Ditta/Nome Cognome* |
|---|---|---|---|---|
| **Impianti fissi di estinzione automatici** | Prova di funzionamento, di pulizia e di manutenzione secondo le norme UNI 9489 e UNI 9490 | Semestrale | Interno ed Esterno | Ufficio Tecnico e personale esterno |
| **Impianti di rivelazione e segnalazione di fumo e di incendio** | Prova di funzionamento, di pulizia e di manutenzione secondo la norma UNI 9795 | Semestrale | Interno ed Esterno | Ufficio Tecnico e personale esterno |
| **Impianti di allarme** (manuali o automatici) | Prova di funzionamento, di pulizia e di manutenzione . Secondo le norme UNI 9795 | Semestrale | Interno ed Esterno | Ufficio Tecnico e personale esterno |
| **Impianti di illuminazione di emergenza** | Prova di funzionamento, di pulizia e di manutenzione | - Controllo Mensile<br>- Manutenz. semestrale | - Interno<br>- Esterno | - Ufficio Tecnico<br>- Ditta Esterna |
| **Segnaletica di sicurezza e numeri telefonici di emergenza.** | Controllo dei cartelli di segnalazione e verifica dell'aggiornamento dei numeri telefonici stessi. | Semestrale | Interno | Ufficio Tecnico, SPP, DMO, SPS |

USCITE DI SICUREZZA ED AREE DI RACCOLTA

MISURE RELATIVE ALLE VIE DI USCITA IN CASO DI INCENDIO

Il sistema di vie di uscita garantisce che le persone possano utilizzare in sicurezza un percorso senza ostacoli e chiaramente riconoscibile fino ad un luogo sicuro anche senza assistenza esterna.

Il sistema di vie di uscita è stato stabilito in base ai seguenti punti:

a) il numero di persone presenti, la loro conoscenza del luogo di lavoro, la loro capacità di muoversi senza assistenza;

b) dove si trovano le persone quando un incendio accade;

c) i pericoli di incendio presenti nel luogo di lavoro;

d) il numero delle vie di uscita alternative disponibili.

SCELTA DELLA LUNGHEZZA DEI PERCORSI DI ESODO

La scelta è effettuata in base ai seguenti parametri:

- Luogo di lavoro
- frequentato da pubblico;
- utilizzato prevalentemente da persone che necessitano di particolare assistenza in caso di emergenza;
- utilizzato quale area di riposo;
- utilizzato quale area dove sono depositati e/o manipolati materiali infiammabili.

Tali parametri di carattere generale, devono essere applicati al caso specifico dell'ospedale di Recanati, nel quale la struttura, articolata da un unico edificio formato da tre corpi, è di notevole dimensioni.

NUMERO E LARGHEZZA DELLE USCITE DI PIANO

Nel plesso principale (**corpi A e B**) dell'ospedale, sono presenti **due corpi scala interni** e **sette vani scala esterni**, di adeguate dimensioni, per garantire un esodo rapido e sicuro di tutte le persone eventualmente presenti all'interno di tale corpo.

Nel **corpo C**, al piano terra (radiologia), sono presenti **due vie di esodo**: un vano scala esterno, di adeguate dimensioni, lato sud e un percorso tramite una porta direttamente in luogo sicuro; al piano 1° Sottostrada (farmacia) sono presenti **quattro vie di esodo** che portano direttamente in luogo sicuro, per garantire un esodo rapido e sicuro di tutte le persone eventualmente presenti all'interno di tale corpo.

Nel **corpo M** al P. – 2 sono presenti **due vie di esodo**: una tramite un vano scala interno corpo B l'altra tramite porte che portano direttamente in luogo sicuro

al P. – 1 sono presenti **quattro vie di esodo**: una tramite un vano scala esterno lato sud-est, una tramite un vano scala esterno lato sud-est (corpo B), due tramite porte che portano direttamente in luogo sicuro

I restanti **corpi D, E, F** non sono comunicanti con il plesso ospedaliero e si sviluppano in un solo piano (piano terra) destinato ad attività tecnologiche e le vie di esodo portano direttamente in luogo sicuro.

RACCOMANDAZIONI PER LE VIE D'ESODO

**Particolare attenzione deve essere posta nell'esercizio delle** vie d'esodo **in quanto** costituiscono le uniche vie di salvezza per le persone che dovessero trovarsi coinvolte in un incendio.

**Tutte quelle** parti destinate a vie d'esodo, quali passaggi, corridoi, scale, **devono essere** controllate frequentemente per assicurare che siano libere da ostruzioni e da pericoli **che possano comportare scivolamenti o inciampi.**

**Tutte** le porte sulle vie d'esodo devono essere regolarmente controllate per assicurare che si aprano facilmente. **Ogni difetto deve essere riparato il più presto possibile ed** ogni ostruzione deve essere immediatamente rimossa.

**Particolare attenzione deve essere dedicata ai serramenti delle porte.**

**Tutte le** porte resistenti al fuoco **devono essere regolarmente controllate per assicurarsi che non sussistano danneggiamenti e che la porta chiuda regolarmente.**

Le porte autochiudenti, munite di dispositivi di rilascio automatici, devono essere controllate periodicamente **per assicurare che i dispositivi siano efficienti e che le porte si chiudano perfettamente.**

**La** segnaletica direzionale delle uscite **deve essere controllata regolarmente per assicurare la sua chiara visibilità.**

**Le eventuali misure di protezione attiva tendenti a migliorare il livello di sicurezza delle vie d'esodo, quali gli** impianti di evacuazione di fumo, devono essere provate secondo le specifiche dell'installatore e la manutenzione deve essere effettuata periodicamente da persona competente e qualificata.

AREA DI RACCOLTA DEI PAZIENTI

L'area di raccolta dei pazienti è da attivare in caso di evacuazione parziale o totale.

Una prima area di raccolta dei pazienti da evacuare è individuata all'interno dell'ospedale, nei luoghi sicuri limitrofi ai locali interessati all'evento.

In caso di evacuazione totale, l'esodo dei degenti avverrà in aree di raccolta sicure nei piazzali esterni del Ospedale identificati con:

1. PIAZZOLA/SOSTA CAMPER lato ovest ingresso principale (antistante l'ex casa colonica)
2. AREA lato sud in adiacenza alla Palazzina Tecnologica
3. AREA lato sud-est in adiacenza all'obitorio
4. AREA lato ovest tra il corpo A3 e M

Il piazzale esterno del Pronto Soccorso sarà destinato ai pazienti o feriti che dovranno essere soccorsi e/o eventualmente trasferiti in altre strutture ospedaliere.

In questo caso, viene attivata integralmente la procedura PEIMAF, che reca l'indicazione planimetrica di tutti gli ambienti del Presidio Ospedaliero dedicati all'afflusso dei feriti

Le aree esterne sono comunque in ogni caso il luogo sicuro in cui stazionare in attesa dei soccorsi esterni e del definirsi dell'evento.

# ***EMERGENZA***

# ***INCENDIO***

Il presente piano di evacuazione e emergenza sarà di volta in volta implementato e aggiornato a seguito delle modifiche che dovessero avvenire nei vari reparti o corpi.

## OGGETTO E FINALITA'

Il "Piano di emergenza" ha lo scopo di predisporre l'organizzazione necessaria per affrontare adeguatamente possibili situazioni di emergenza in attuazione del D.Lgs. 81/08.

Per emergenza si intende una situazione di pericolo che viene a crearsi per il personale, gli impianti o l'ambiente esterno allo stabile a seguito di un incidente o guasto imprevisto.

Scopo del presente piano è quello di individuare la struttura organizzativa e le procedure operative per gestire situazioni di emergenza in azienda che possano costituire pericolo per persone e cose.

All'ingresso dell'Ospedali di Civitanova Marche viene inoltre affissa copia controllata della presente procedura in modo tale che i lavoratori dipendenti tutti, eventuali ditte esterne e visitatori ne possano entrare a conoscenza.

L'originale del presente documento è conservato a cura del Servizio di Prevenzione e Protezione.

Copia del documento è stata consegnata a ciascuna unità operativa dell'Ospedale

All'interno dell'Ospedale, nelle camere di degenza e lungo i corridoi, sono posizionate le planimetrie che indicano le vie di fuga, le uscite di emergenza, la localizzazione dei luoghi sicuri e utili in caso di incendio o di altra catastrofe e la dislocazione dei dispositivi antincendio; sono inoltre presenti dei cartelli che illustrano schematicamente le norme di comportamento elementare da assumere in situazioni di emergenza (non utilizzare gli ascensori, avvisare immediatamente un infermiere, non farsi prendere dal panico, etc.).

## APPLICABILITA'

Il contenuto del presente piano si applica in tutte le situazioni di emergenza così come definite di seguito.

## RIFERIMENTI

- D.L.gs n.81/08
- D.M. 10 marzo1998
- DM 18 settembre 2002
- DPR n° 151 del 1 agosto 2011
- Sito Protezione Civile – Regione Marche

## LEGENDA DELLE ABBREVIAZIONI USATE:

| | |
|---|---|
| DMPO | Direzione/Direttore Medico/ Presidio Ospedaliero |
| PNOAT | Patrimonio, Nuove Opere, Attività Tecniche |
| RSPS | Responsabile Servizio Professioni Sanitarie |
| RSPP | Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione |
| SPP | Servizio Prevenzione e Protezione |
| RSE | Responsabile Squadra Emergenza |
| SE | Squadra Emergenza |
| ASE | Addetti Squadra Emergenza |
| VVF | Vigili del Fuoco |
| OSS | Operatore Socio Sanitario |

## DEFINIZIONE EMERGENZA

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

L'emergenza è ogni circostanza critica che presenti pericoli in atto o potenziali.

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

- **Emergenze di lieve entità (tipo 1);** controllabili dalla persona che individua l'emergenza o dalle persone presenti sul luogo (es. principio lieve di incendio, versamento di quantità non significative di liquidi contenenti sostanze pericolose, perdita accidentale di protezioni dalle macchine e/o attrezzature).
- **Emergenze di media gravità (tipo 2);** controllabili soltanto mediante intervento della squadra di emergenza 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, perdita accidentale di protezioni dalle macchine con rischio di ferimento degli addetti, black out elettrico, malfunzionamento di apparati di regolazione chimico fisica sugli impianti, danni significativi da eventi naturali, ecc.).
- **Emergenze di alta gravità (tipo 3);** controllabili solamente mediante intervento della squadra di emergenza e con il coinvolgimento degli enti di soccorso esterni (es. Vigili del Fuoco); (es. grave principio di incendio, versamento di grandi quantità di liquidi contenenti sostanze pericolose, black out elettrico con innesco reazioni chimiche, eventi naturali, catastrofici, minacce di attentati, sabotaggi, ecc.).

Tutti gli stati di emergenza verificatisi in azienda debbono essere registrati in un apposito modulo e conservato in apposito raccoglitore, tenuto a cura del SPP.

## CONSIDERAZIONI GENERALI

Si definisce incendio lo sviluppo incontrollato di un fenomeno di combustione, che coinvolge arredi e strutture di un edificio e che può assumere dimensioni tali da mettere a repentaglio anche la sicurezza delle persone che si trovano all'interno dei locali.

Nel caso di strutture di tipo sanitario, la presenza di utenti con difficoltà di movimentazione autonoma, impone di classificare le strutture stesse come soggette ad un RISCHIO ELEVATO in caso di incendio (*definizione data dal D.M.10 marzo 1998*) e rende necessaria l'adozione di particolari provvedimenti di carattere costruttivo e gestionale, sia per prevenire l'insorgere sia per combattere gli sviluppi di un incendio.

Le prime fasi di sviluppo di un incendio sono quelle nelle quali è, spesso, possibile un intervento risolutivo; tuttavia, nonostante la presenza di caratteristiche costruttive tali da limitare il rapido

espandersi del fenomeno, è sempre necessario prevedere la possibilità di dovere evacuare uno o più reparti, se direttamente coinvolti e, pertanto, il piano di gestione delle emergenze ha lo scopo di coordinare e raccordare tutte le procedure di emergenza che possono essere interessate.

## LE CAUSE

Le cause degli incendi sono svariatissime e dipendono da fattori, quasi sempre casuali, che richiedono particolare attenzione da parte di tutto il personale dipendente (che deve, per quanto possibile, vigilare anche sul personale delle imprese e sugli utenti).

Si possono riassumere tra le principali cause di incendio le seguenti:

- sigarette, fiammiferi, mozziconi caduti nei cestini della carta straccia
- surriscaldamento di cavi elettrici o numero eccessivo di cavi collegati alle prese
- cortocircuiti elettrici
- scintille da attrito e da urto (attrezzi, utensili)
- dolo
- combustione spontanea

Comunque parecchie cause d'incendio possono essere controllate stabilendo e facendo rispettare opportune norme di sicurezza e di comportamento, impostando un accurato piano di prevenzione, basato principalmente sulla sensibilizzazione del personale. Anche in considerazione del fatto che l'eliminazione totale delle sorgenti d'ignizione (metodo efficace di prevenzione) non è realizzabile nelle strutture ospedaliere.

## FIGURE COINVOLTE NELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA

Premesso che è compito di tutto il personale, indipendentemente dal ruolo, avvertire gli addetti alle emergenza, della presenza di un pericolo grave ed immediato, il personale sanitario del reparto nel quale presta il proprio servizio deve, in funzione del ruolo professionale che occupa, realizzare i seguenti compiti:

- ***Coordinatori Infermieristici:***

Collaborano con il RSE/SE, nell'ambito dell'emergenza segnalata, seguendo il personale del proprio reparto nell'esecuzione delle istruzioni che si renderanno necessari per risolvere l'emergenza in atto fino all'attivazione dell'Unità di Crisi con cui poi collabora

- ***Infermieri:***

Tutto il personale coinvolto, direttamente o indirettamente, nell'evento deve collaborare nella risoluzione della situazione, in base alle istruzioni che sono date, come ad esempio nel caso riportato di seguito di ordine di evacuazione della struttura:

- impegnarsi per garantire l'eventuale sfollamento del reparto, dando priorità alle persone non autosufficienti, in quanto l'evacuazione dei pazienti autosufficienti è affidata al personale ausiliario di reparto,
- abbandonare per ultimo la zona di propria competenza verificando che non sia rimasto più nessuno in loco, speciale attenzione dovrà essere posta nella verifica di locali quali servizi igienici, scantinati e aree non visibili dai corridoi,
- raggiungere le persone sfollate dalla propria area di competenza nei punti di raccolta esterni prefissati,
- verificare che tutte le persone presenti nel settore di competenza abbiano lasciato l'edificio,
- avvertire il R.S.E. dell'avvenuto completamento del processo di evacuazione per l'area di propria competenza o del fatto che alcune persone manchino all'appello,
- ad emergenza conclusa coadiuvare le operazioni di rientro nell'edificio per quanto attiene il proprio reparto.

❖ ***Operatori Socio Sanitario (OSS):***

Hanno il compito di guidare, su indicazione del coordinatori/infermieri, gli eventuali parenti presenti nel reparto verso le uscite senza fare uso di ascensori e di accompagnare, in caso di evacuazione totale o parziale dell'edificio, i pazienti autosufficienti prima nei luoghi sicuri (trasporti orizzontali), poi all'esterno dell'edificio.

❖ ***Personale medico:***

Resta a disposizione e collabora all'eventuale sfollamento dei reparti, secondo le indicazioni del RSE/Coordinatori

❖ ***Unità di crisi***

È l'organo collegiale deputato a gestire le emergenze, a coordinare tutte le scelte, sia tecniche sia sanitarie, e tutti i contatti con l'esterno .

Si riunisce presso il **Centro Operativo dell'Emergenza** sito al P.T. in locale dedicato, compartimentato e con accesso anche dall'esterno disposto secondo l'Allegato-Titolo II, punto 10.3 del D.M. del 18/09/2002

E' composto da:

- Direttore Medico Presidio Ospedaliero (DMPO) (che la presiede)
- Responsabile Servizio delle Professioni Sanitarie (RSPS)
- Direttore Patrimonio, Nuove Opere, Attività Tecniche (PNOAT)
- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP)

*Direttore Medico Presidio Ospedaliero*

Il Direttore Medico di Presidio, o suo referente, è allertato dalla Portineria in quanto Coordinatore della Gestione delle Emergenze.

Secondo le informazioni ottenute, dal PNOAT e/o dal R.S.E., provvede, coadiuvato, qualora ritenuto necessario, dal RSPP, a comunicare ai vari reparti circa gli sviluppi della situazione e decide sull'attuazione di procedure specifiche di minimo impatto, ovvero sulla necessità di provvedere all'evacuazione di reparti critici.

Nel caso si ravvisi la necessità di evacuazione, anche solo parziale, deve essere messo in preallerta il sistema di gestione dell'Evacuazione.

*Direttore Patrimonio, Nuove Opere, Attività Tecniche*

Il Direttore dell' PNOAT, o suo referente, allertato dalla Portineria ovvero quando a conoscenza in maniera diretta dell'evento, predispone l'invio di proprio personale (manutentivo e tecnico) per verificare il funzionamento delle attrezzature di emergenza (generatore, pompe e idranti, ecc.).

Se l'incendio non è ristretto ad un ambito locale e non è possibile un intervento risolutivo, informa la Direzione Medica di Presidio dei possibili sviluppi a breve e medio termine, per la eventuale attivazione del piano di evacuazione.

*I Servizi delle Professioni Sanitarie e di Prevenzione e Protezione* partecipano in quanto portatori di conoscenze specifiche e per le competenze gestionali ed organizzative in collaborazione con la DMO.

- ***Il Responsabile della Squadra di Emergenza (R.S.E.)***

Il R.S.E. (o, se non rintracciabile, il componente S. E. con maggiore anzianità di servizio) dovrà immediatamente recarsi sul posto da cui è pervenuta la segnalazione con i compiti di:

- ispezione
- valutazione del tipo di evento e del rischio evolutivo
- coordinamento delle operazioni:
  - attivazione della squadra di emergenza interna dell'ospedale
  - attivazione (sulla base delle precedenti valutazioni) del piano di evacuazione,
- attivazione delle centrali operative 118 emergenza sanitaria, comunicando alla stessa il numero di pazienti da evacuare
- Controllo

Successivamente terrà i contatti con la Direzione Medica PO circa l'evoluzione dell'evento.

❖ *Gli addetti della Squadra dell'Emergenza (ASE)*

Attualmente nel Presidio Ospedaliero non è presente una squadra antincendio fissa, operante 24 ore su 24 e, pertanto, si è reso necessario individuare quali addetti all'emergenza gli operato sanitari che hanno ricevuto la formazione specifica antincendio per luoghi di lavoro a rischio di incendio elevato. I nominativi degli stessi sono segnalati nei turni di servizio opportunamente suddivisi nei turni previsti nelle 24H

Alla segnalazione di pericolo la S.E. si reca velocemente sul posto e verifica se si tratta di un vero o di un falso allarme, (per locali chiusi prelevare la chiave disponibile nella bacheca sita all'interno di ogni reparto).

1. **In caso di falso allarme**:
   - comunica il cessato allarme al posto di chiamata

2. **In caso di emergenza incendio** deve:
   - verificare se l'entità dell'incendio è tale da potere essere contrastata con i mezzi a disposizione (estintori, materiale di emergenza in dotazione), interviene per limitare l'evoluzione del fenomeno, avvertendo poi la Portineria che il pericolo è rientrato;
   - in caso contrario deve segnalare alla Portineria la necessità di evacuare l'area interessata dall'evento, chiamare il RSE e/o i VV.F. e nel frattempo assiste i pazienti nell'evacuazione parziale

❖ *Portineria* -

Nell'Ospedale l'H24 per le emergenze è garantita dal personale della Portineria.

In particolare

1) segnalazione di emergenza dal personale di reparto o visitatore:

- Avvisa la S.E/operatore del reparto per recarsi sul posto e riferire l'accaduto e successivamente procedere come sopra;

2) segnalazione di allarme della centralina rilevazione incendi in aree ospedaliere presidiate h24:

- avverte l'ASE/operatore del reparto interessato all'emergenza

3) su segnalazione di allarme della centralina rilevazione incendi in aree ospedaliere **non** presidiate h24:

- avverte l'ASE/operatore del reparto di competenza come indicato nell'allegato n° 1 pag. 71
- successivamente procede come sopra

le comunicazioni sono previste via telefono, dando priorità all'uso di telefoni fissi

❖ *Unità Operative e Servizi Ospedalieri*

Quanti non direttamente coinvolti, devono attenersi alle disposizioni che il RSE definirà, di volta in volta, e che saranno comunicate dalla Direzione Medica di Presidio, preparandosi, se segnalato, alla possibile evacuazione dell'edificio.

E' fatto divieto tassativo al personale di avvicinarsi per qualsiasi motivo al luogo dell'emergenza se non su specifica richiesta del RSE

❖ *I Visitatori*

*devono essere invitati, cortesemente ma con fermezza a:*

➢ attenersi alle disposizioni impartite dal personale;

➢ non farsi prendere dal panico;

➢ avviarsi con ordine verso le uscite di sicurezza senza indugiare per recuperare effetti personali o altro;

➢ uscire dall'edificio ed allontanarsi rapidamente dalle mura perimetrali dello stesso;

➢ non intralciare l'opera del personale di soccorso.

## MEZZI DI COMUNICAZIONE

Le comunicazioni sono previste con:

- telefono (Portineria verso i reparti e viceversa)
- diffusione sonora parziale o totale da **Portineria e Centro Operativo emergenza** verso i reparti

sia per attivare l'emergenza che per dare il cessato allarme con procedura codificata

## PREDISPOSIZIONE DELL'AREA DI RACCOLTA DEI PAZIENTI

Da attivare in caso di evacuazione verticale completa o parziale dei piani interessati.

All'interno del presidio è individuata una prima area di raccolta dei pazienti da evacuare, attualmente collocata in ogni piano nell'incrocio delle quattro ali in adiacenza ai vani scala di tipo protetto, per facilitare le operazioni di supporto e per la possibilità di collegamenti con l'esterno al momento del trasferimento ad altre strutture ospedaliere (in caso di evacuazione definitiva dell'ospedale).

Anche in questo caso, per uniformare le procedure, si fa riferimento integralmente al PEIMAF, che reca l'indicazione planimetrica di tutti gli ambienti per il Presidio Ospedaliero, con la sola osservazione che, trattandosi di un'emergenza interna, tutti i pazienti trattati dovranno essere predisposti per un eventuale trasferimento presso altre sedi.

In caso di raccolta dei pazienti all'esterno l'area di raccolta è identificata con

1. PIAZZOLA/SOSTA CAMPER lato ovest ingresso principale (antistante l'ex casa colonica)
2. AREA LATO SUD in adiacenza alla Palazzina Tecnologica
3. AREA LATO SUD-EST in adiacenza all'obitorio
4. AREA lato ovest tra il corpo A3 e M

## SCHEMA DEGLI GLI INTERVENTI OPERATIVI

**SEGNALAZIONE DI EMERGENZA DAL PERSONALE DI REPARTO**

E' responsabilità di chiunque, tra il personale a qualsiasi livello dell'Azienda, **SEGNALARE** una situazione di emergenza:

**INTERVENIRE SOLO SE**
l'incendio è di lieve entità (tipo 1) tale da potere essere contrastata con i mezzi a disposizione (ad es. estintori)

avvertendo poi la Portineria che il pericolo è rientrato

**IN CASO CONTRARIO:**
**TELEFONARE**
numero interno emergenza

numero breve **3240** – **Portineria**

(utilizzando lo schema TAV. 1)

**AVVERTIRE**

Caposala, Direttore di U.O. o sostituti dell'evento in corso

**–In attesa della squadra di Emergenza/Vigili del Fuoco:**

- **allontanarsi** dall'area di rischio insieme ai pazienti ed eventuali persone esterne, evitando di intralciare le operazioni da effettuare

**attendere l'annuncio di emergenza conclusa** per rientrare nell'area interessata dall'emergenza

## SEGNALAZIONE DI EMERGENZA DAL PERSONALE PORTINERIA

**Nel caso in cui scatta l'allarme della centralina antincendio:**

Operatore Portineria

(utilizzando lo schema (TAV. 1) per le informazioni necessarie)

**segnala** tale emergenza **all'operatore del reparto interessato** componendo il numero indicato nell'elenco telefonico per le emergenze, che è anche presente in tutte le unità operative.

L'operatore contattato **allerta l'addetto della .S.E.** che verificherà la veridicità della segnalazione.

Successivamente l'addetto S.E. avvisa la **Portineria** specificando che

**SI È TRATTATO DI UN FALSO ALLARME O PERICOLO RIENTRATO**

**COMUNICARE IL CESSATO ALLARME**

**È NECESSARIO PROCEDERE COME INDICATO NELLA TAV. 1**

TAV. 1

## DATI DA COMUNICARE ALLA PORTINERIA IN CASO DI EMERGENZA

| Nome | Cognome | Qualifica | di chi sta chiamando |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **Piano** | **Reparto** | **N° Tel. Interno** | **da dove sta chiamando** |
| | | | |

| SI È VERIFICATO | | |
|---|---|---|
| Principio di incendio in una stanza | NO | SI |
| Fumo dal vano ascensori | NO | SI |
| Principio di incendio in reparto | NO | SI |
| Vi sono persone coinvolte o è possibile un coinvolgimento a breve | NO | SI |
| L'incidente può coinvolgere altre stanze, archivi o apparecchiature | NO | SI |
| Probabile necessità di evacuare l'area interessata dall'evento | NO | SI |
| Altro (specificare) | NO | SI |
| | | |

## LA PORTINERIA DEVE AVVERTIRE

| | | | |
|---|---|---|---|
| SEMPRE | Responsabile Squadra Emergenza (RSE) | IN CASO DI NECESSITA' | Vigili del Fuoco |
| | Squadra Emergenza - Addetti Antincendio | | Manutentore Reperibile |
| | | DEVE | Aprire la sbarra per arrivo soccorritori |

**COSA DEVE DIRE**

NELL'EDIFICIO SI È VERIFICATO.....
(Descrivere brevemente sulla base dei dati forniti dal reparto)

**PER I VIGILI DEL FUOCO**

Indicazioni su come raggiungere l'accesso carrabile più vicino

Contattare: Direttore Medico PO /Resp. Serv. Tecnico/Resp. SPP/Resp. Serv.Profess. Sanitar.

**VERIFICARE CHE L'ACCESSO SIA MANTENUTO APERTO**

# ***PROCEDURE***

# ***DI***

# ***INTERVENTO***

TAV. N° 2

| PROCEDURA IN CASO DI EMERGENZA | | |
|---|---|---|
| **SEGNALAZIONE EMERGENZA DAL PERSONALE REPARTO** | | |
| Se nel reparto si riscontra un principio di incendio o presenza di fumo, possibilmente un componente della squadra di emergenza presente si reca verso il luogo interessato e verifica lo stato della situazione, avverte il proprio superiore o altro collega, chiama la **portineria** | | |
| **Fumo proveniente dal vano ascensori** | | in attesa di indicazioni, **sigilla le aperture** nelle porte degli ascensori con panni bagnati, apre le finestre dei corridoi, invita i visitatori ad allontanarsi dal reparto e, infondendo la calma nei pazienti, |
| **Principio di incendio in un locale** | | Cerca di estinguere/contenere l'incendio utilizzando i mezzi di primo intervento (estintori). conformemente a quanto appreso durante i corsi di formazione |
| **Riesce ad estinguere l'incendio** | | |
| Infonde la calma nei pazienti, comunica del cessato pericolo la portineria | | |
| **Non riesce ad estinguere l'incendio** | | |
| Adotta, in funzione del tipo di incendio in oggetto, le misure preventive e protettive sotto riportate | | |

| Incendio in una stanza del reparto | Incendio in corridoio |
|---|---|
| evacuare i pazienti presenti nella camera in emergenza e sistemarli in locali più distanti, preferibilmente vicino alle uscite di sicurezza | evacuazione dei pazienti che occupano le stanze vicino al focolaio dell'incendio |
| interrompere alimentazione elettrica agendo sul Quadro Elettrico in reparto | interrompere alimentazione elettrica agendo sul Quadro Elettrico in reparto |
| chiudere la porta del locale in emergenza che accede al corridoio e sigillare le aperture con panni bagnati | chiudere le porte che accedono al corridoio e sigillare le aperture con coperte bagnate, allontanare i degenti più vicini al locale in emergenza e sistemarli nei locali più distanti, preferibilmente vicino alle uscite di sicurezza o luogo sicuro |
| aprire le finestre all'interno delle altre stanze di degenza e/o nei corridoi | aprire le finestre delle camere di degenza |
| consegnare ad ogni degente panni bagnati da collocare su bocca e naso | consegnare ad ogni degente panni bagnati da collocare su bocca e naso |
| allontanare i degenti più vicini al locale in emergenza e sistemarli nei locali più distanti, preferibilmente vicino alle uscite di sicurezza | |

| PASSAGGIO AD ALLARME GENERALE | |
|---|---|
| **dopo aver ricevuto l'ordine dal R.S.E/ D.M. P.O., iniziare** l'evacuazione del reparto seguendo, per quanto possibile il seguente schema: | utilizzare in via prioritaria i percorsi orizzontali trasferendo prima gli allettati, a partire dai più gravi e dai più vicini alla prima area di raccolta, verso le uscite di emergenza opportunamente segnalate |
| | collaborare ad un eventuale trasporto dei degenti all'esterno dell'edificio (trasporti verticali verso il basso) |
| | Se possibile trasferire successivamente il carrello delle cartelle cliniche |
| | al termine dell'evacuazione, effettuare l'appello e riferire **al RSE/ D.M. P.O.** l'avvenuta evacuazione del reparto |

TAV. N° 3

| PROCEDURA IN CASO DI EMERGENZA | |
|---|---|
| **SEGNALAZIONE EMERGENZA DA PORTINERIA** | |
| La Portineria/Psichiatria, su segnalazione della centralina di allarmi incendi, telefona al componente della S. E. in turno individuato dall'evento, affinché verifichi la reale situazione di allarme incendi nel reparto interessato. | |
| **Falso allarme** | |
| S. E. Comunica il fatto **alla Portineria** | |
| **Vero allarme** | |
| S. E. Riesce ad estinguere l'incendio | |
| S. E. comunica del cessato pericolo la portineria o il pronto soccorso | |
| **Non riesce ad estinguere l'incendio** | |
| S.E:.Adotta, in funzione del tipo di incendio in oggetto, le misure preventive e protettive sotto riportate, in attesa del **RSE** | |
| **Incendio in una stanza del reparto** | **Incendio in corridoio** |
| evacuare i pazienti presenti nella camera in emergenza e sistemarli in locali più distanti, preferibilmente vicino alle uscite di sicurezza | evacuazione dei pazienti che occupano le stanze vicino al focolaio dell'incendio |
| interrompere alimentazione elettrica agendo sul Quadro Elettrico in reparto | interrompere alimentazione elettrica agendo sul Quadro Elettrico in reparto |
| chiudere la porta del locale in emergenza che accede al corridoio e sigillare le aperture con panni bagnati | chiudere le porte che accedono al corridoio e sigillare le aperture con coperte bagnate, allontanare i degenti più vicini al locale in emergenza e sistemarli nei locali più distanti, preferibilmente vicino alle uscite di sicurezza o luogo sicuro |
| aprire le finestre all'interno delle altre stanze di degenza e/o nei corridoi | aprire le finestre delle camere di degenza |
| consegnare ad ogni degente panni bagnati da collocare su bocca e naso | consegnare ad ogni degente panni bagnati da collocare su bocca e naso |
| allontanare i degenti più vicini al locale in emergenza e sistemarli nei locali più distanti, preferibilmente vicino alle uscite di sicurezza | |
| **PASSAGGIO AD ALLARME GENERALE** | |
| **dopo aver ricevuto l'ordine dal R.S.E/ D.M. P.O., iniziare** l'evacuazione del reparto seguendo, per quanto possibile il seguente schema: | utilizzare in via prioritaria i percorsi orizzontali trasferendo prima gli allettati, a partire dai più gravi e dai più vicini al luogo in emergenza, verso le uscite di emergenza opportunamente segnalate |
| | collaborare ad un eventuale trasporto dei degenti all'esterno dell'edificio (trasporti verticali verso il basso) |
| | Se possibile trasferire successivamente il carrello delle cartelle cliniche |
| | al termine dell'evacuazione, effettuare l'appello e riferire **al RSE/ D.M. P.O.** l'avvenuta evacuazione del reparto |

# GESTIONE DELLE EMERGENZE - INCENDIO

## SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 1

| | |
|---|---|
| **MANSIONE** | **Regole di comportamento generale in caso di incendio** |
| **ATTIVAZIONE** | **Allarme incendio** |
| **DESTINAZIONE** | **Tutto il Personale/S. E.** |
| **AZIONI** | In caso di allarme incendio seguire le indicazioni riportate nelle TAV. 1, 2, 3 e tenere le linee di comportamento secondo le istruzioni impartite |
| | Non bisogna mai aprire violentemente le porte oltre le quali si sospetta la presenza di un incendio: infatti l'apertura della porta, facendo affluire aria all'esterno, può produrre una fiammata improvvisa nel locale ravvivando l'incendio. |
| | Qualora sia necessario entrare in una stanza, occorre predisporre adeguati mezzi di spegnimento ed aprire la porta lentamente, tenendosi coperti dietro la porta stessa, in modo da richiuderla rapidamente e sicuramente in caso di bisogno |
| | Nell'affrontare il fuoco occorre sempre essere ben coperti, in tutte le parti del corpo, se presenti, con indumenti ignifughi: la protezione dal calore radiante si ottiene efficacemente con getti di acqua nebulizzata, o anche bagnando i vestiti della persona che si deve esporre alle fiamme ed al calore |
| | In un locale invaso dal fumo, e in mancanza di autorespiratori, occorre abbassarsi quanto più è possibile sul pavimento, per facilitare la respirazione. In quanto i fumi, caldi, tendono ad andare verso l'alto, mentre l'aria fresca affluisce e ristagna nelle zone più basse |
| | Durante un incendio non bisogna utilizzare gli **ascensori non antincendio** per evitare di rimanervi intrappolati |
| | Quando si decide un punto di attacco all'incendio bisogna sempre assicurarsi una o più vie di esodo per un'eventuale ritirata |

| GESTIONE DELLE EMERGENZE - INCENDIO | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 2** | |
| **MANSIONE** | **Regole di comportamento generale in caso di incendio** |
| **ATTIVAZIONE** | **Allarme incendio** |
| **DESTINAZIONE** | **Tutto il Personale/S.E.** |
| **AZIONI** | Prima di iniziare le operazioni di spegnimento accertarsi del distacco elettrico della zona interessata |
| | Quando è possibile, allontanare dal locale interessato da incendio tutti i recipienti in pressione contenenti gas o liquidi, infiammabili e non (bombole di vari gas, estintori, ecc.) allo scopo di evitare scoppi durante lo spegnimento, altrimenti è necessario raffreddarli energicamente |
| | allontanare tutto ciò che può alimentare l'incendio |
| | allontanare i degenti più vicini al locale in emergenza e sistemarli nei locali più distanti, preferibilmente vicino alle uscite di sicurezza |
| | consegnare ad ogni degente panni bagnati da collocare su bocca e naso |
| | Per qualunque operazione da compiere, in locali invasi dal fumo, è bene in ogni caso attendere l'intervento di una Squadra attrezzata/Vigili del Fuoco, con operatori muniti di autorespiratore |

# GESTIONE DELLE EMERGENZE - INCENDIO

## SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 3

| | |
|---|---|
| **MANSIONE** | **Regole per utilizzo degli Estintori** |
| **ATTIVAZIONE** | **Allarme incendio** |
| **DESTINAZIONE** | **Tutto il Personale/S.E.** |

| | |
|---|---|
| **AZIONI** | All'interno dell'Ospedale gli estintori sono prevalentemente di tipo a polvere, in alcuni casi a $CO_2$ (nei pressi di apparecchiature elettromedicali/quadri elettrici). |
| | La posizione degli estintori risulta dalle planimetrie dei singoli piani |
| | Le operazioni da effettuare nell'utilizzo degli estintori sono le seguenti:<br>1. sfilare la spina di sicurezza che blocca la leva dell'erogazione;<br>2. portarsi a ridosso dell'area incendiata;<br>3. impugnare saldamente il tubo erogatore con la mano libera;<br>4. con le dita della mano con cui si sorregge l'estintore, premere la leva dell'erogazione;<br>5. dirigere il getto alla base delle fiamme |
| | Gli estintori a polvere possono spegnere ogni tipologia di principio di incendio; lo spegnimento avviene in quanto la polvere ricopre il materiale incendiato ed essendo inerte, ne soffoca la combustione |
| | Gli estintori a polvere sono adatti anche per spegnere gli incendi di quadri e motori elettrici; comunque è bene tuttavia evitare di azionare, se possibile, gli estintori di questo tipo nei pressi di elaboratori elettronici, dei personal computer e delle macchine di calcolo in quanto la polvere che vi entrasse potrebbe in qualche caso rovinare irreparabilmente gli apparecchi e causare anche la perdita di dati memorizzati |
| | Inoltre la polvere emessa è molto fine e si disperde nell'aria; per questo motivo è bene aerare subito i locali dove l'estintore è stato usato ed in ogni caso occorre aver cura di non respirarla a lungo |
| | L'estintore a $CO_2$ spegne l'incendio aumentando la concentrazione di $CO_2$ nell'area verso la quale si dirige il getto e quindi l'incendio cessa per carenza di ossigeno e cioè di comburente. E' bene utilizzare questi estintori sulle apparecchiature elettriche ed elettroniche se sono presenti, in quanto non danneggiano le apparecchiature. Tutti gli estintori dell'Ospedale sono censiti e la loro ubicazione è riportata sulle planimetrie allegate al presente Piano di Emergenza |

| GESTIONE DELLE EMERGENZE - INCENDIO | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 4** | |
| **MANSIONE** | **Regole per utilizzo degli Idranti** |
| **ATTIVAZIONE** | **Allarme incendio** |
| **DESTINAZIONE** | **Tutto il Personale/S. E.** |
| **AZIONI** | **Attenzione** l'uso dell'idrante è sconsigliato a chi non abbia esperienza, se non è strettamente necessario è raccomandabile attendere l'intervento di personale addestrato |
| | Gli idranti spengono l'incendio mediante un getto di acqua in pressione e proprio a causa di questa pressione il loro utilizzo non è propriamente semplice: la manichetta va impugnata molto saldamente; perciò è consigliabile che un idrante sia manovrato da due persone. |
| | Occorre prestare attenzione a dove viene diretto il getto d'acqua, da un lato per i danni talvolta inutili che può provocare e dall'altro perché non bisogna usare l'acqua su elementi sotto tensione (computer, macchinari, quadri elettrici, ecc.) |
| | **In sintesi le regole da seguire sono le seguenti:** |
| | 1. prelevare la manichetta rompendo il vetro della cassetta con un corpo contundente se necessario. |
| | 2. srotolare la manichetta avendo cura di stenderla completamente e di non aggrovigliarla |
| | 3. impugnare saldamente la lancia |
| | 4. aprire gradualmente la valvola |
| | 5. dirigere il getto sul materiale che brucia |
| | 6. non utilizzare l'acqua su elementi che possono essere sotto tensione elettrica. |

| GESTIONE DELLE EMERGENZE - INCENDIO | |
|---|---|
| SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 5 | |
| MANSIONE | PERSONALE DELLA PORTINERIA |
| ATTIVAZIONE | incendio |
| DESTINAZIONE | Portineria |
| COMPITI | Il personale della Portineria svolge il delicato compito di comunicazione interna/esterna dell'allarme incendio nonché la gestione delle zone di transito. Una volta ricevuta la conferma di un inizio di incendio con comunicazione dalla zona interessata, deve secondo lo schema riportato **TAV. 1.**: |
| | • mettersi in contatto con il RSE |
| | • avvertire la squadra di emergenza / addetti antincendio<br>• avvertire la DMO/RSPP/RSPS<br>• avvertire Servizio Tecnico / Manutenzione |
| | Comunicare per mezzo del sistema diffusione sonora la frase convenzionale :<br><br>ATTENZIONE QUESTA NON E' UN'ESERCITAZIONE, ATTIVARE PROCEDURA DI EMERGENZA INCENDI |
| | • rintracciare il maggior numero possibile di personale medico in servizio |
| | • verificare (eventualmente incaricare una persona) che siano mantenute sgombre le vie di accesso e segnalare l'ingresso ad eventuali mezzi dei VVF |
| | • avvisare i Reparti, in maniera che si attivino a loro volta secondo i protocolli previsti per far uscire tutti i parenti ed i visitatori. |
| | • rintracciare tutto il personale "reperibile", per richiamarlo in servizio |
| Chi effettua le telefonate deve segnare su apposita scheda il nominativo di chi ha risposto nei vari reparti | |

| GESTIONE DELLE EMERGENZE - INCENDIO | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 6** | |
| **MANSIONE** | **S. E. DI PRIMO INTERVENTO** |
| **ATTIVAZIONE** | **Alla ricezione del segnale di allarme incendio** |
| **DESTINAZIONE** | **Luogo dell'incendio** |
| **COMPITI** | Il personale della **squadra di emergenza di primo intervento** svolge un ruolo fondamentale nella gestione dell'emergenza antincendio in quanto deve provvedere al primo intervento di circoscrizione fisica del fenomeno in atto. |
| | • effettuare la ricognizione |
| | • controllare che la compartimentazione antincendio sia in funzione |
| | • recarsi nella zona o locale in emergenza indicati dalla portineria/pronto soccorso |
| | • dare corso alle operazioni di spegnimento e/o contenimento allontanando le eventuali sostanze combustibili |
| | • aprire le finestre più vicine per permettere un'aerazione del locale (quando gli estintori sono a $CO_2$) |
| | Nel caso in cui non sia possibile contenere il fenomeno devono: |
| | • coadiuvare le operazioni di evacuazione |
| | • indirizzare tutte le persone presenti nei corridoi verso le uscite percorribili |
| | • indicare loro il punto di raccolta |
| | • incaricare personale interno o esterno aggiuntivo a supporto dell'evacuazione di portatori di handicap e di barellati |
| | • verificare che gli ambulatori siano stati sgomberati |
| | • al termine dell'evacuazione portarsi all'esterno della struttura rimanendo in zona per indicare all'arrivo della squadra di intervento esterna i termini del fenomeno |

| GESTIONE DELLE EMERGENZE - INCENDIO | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 7** | |
| **MANSIONE** | **ELETTRICISTA - (Turno o Reperibile)** |
| **ATTIVAZIONE** | **Portineria** |
| **DESTINAZIONE** | **Zona dell'allarme** |
| **COMPITI** | Verificare la necessità e/o la possibilità di sezionare l'impianto elettrico della zona incidentata |
| | Verificare funzionamento illuminazione di emergenza |
| | Comunica alla Portineria gli interventi eseguiti e la propria posizione |
| | Si mette a disposizione dell'R.S.E. e della S. E. di Pronto Intervento |

| GESTIONE DELLE EMERGENZE - INCENDIO | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 8** | |
| **MANSIONE** | **MANUTENTORE (in Turno o Reperibile)** |
| **ATTIVAZIONE** | **Portineria** |
| **DESTINAZIONE** | **Zona dell'allarme** |
| **COMPITI** | Verificare necessità e/o la possibilità di sezionare la linea dei gas medicali nella zona incidentata |
| | Verificare il funzionamento del gruppo pompa antincendio |
| | Comunicare alla Portineria l'esecuzione delle manovre di cui sopra e la propria posizione (nei pressi del gruppo pompa antincendio) |

| GESTIONE DELLE EMERGENZE - INCENDIO | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 9** | |
| **MANSIONE** | **TECNICI DEL SERVIZIO MANUTENZIONE** |
| **ATTIVAZIONE** | **Portineria– R.S.E.** |
| **DESTINAZIONE** | **Idranti nei pressi dell'incendio – Centrale Gruppo Elettrogeno** |
| **COMPITI** | I tecnici di manutenzione svolgono il compito di preparare il terreno per l'intervento possibile di una squadra esterna, quindi rimangono a supporto delle operazioni di evacuazione dei locali interessati |
| | • portarsi in prossimità dell'idrante più vicino alla zona di emergenza e mettere a terra la manichetta, liberare l'idrante |
| | • attaccare la manichetta vicina e lasciarla in posizione |
| | • effettuare un giro a piedi di controllo esterno di tutta la struttura aprendo totalmente le porte di deflusso |
| | • supportare la **Squadra di Intervento** per l'evacuazione delle persone con particolare riguardo ai portatori di handicap ed ai barellati |
| | • mettersi a disposizione della **Squadra Emergenza** per qualsiasi ruolo di supporto logistico |
| | • indicare la zona di accoglienza e, se necessario, accompagnare i bisognosi |

| GESTIONE DELLE EMERGENZE - INCENDIO | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 10** | |
| **MANSIONE** | **TUTTI I DIPENDENTI** |
| **ATTIVAZIONE** | **Avvistamento diretto - Segnale di allarme** |
| **DESTINAZIONE** | **Area di lavoro abituale** |
| **COMPITI** | Al fine di intervenire prontamente in caso di incendio, tutti i lavoratori sono chiamati a collaborare attivamente adottando alcune semplici procedure sia nel caso in cui l'incendio sia a noi vicino, sia nel caso di essere solamente allertati di un fenomeno in atto altrove. |
| | Nel caso in cui ci si rende conto che vicino al proprio posto è in atto un incendio provvedere immediatamente a: |
| | • lanciare l'allarme avvertendo la Caposala o il Responsabile di turno o RSE |
| | • mantenere la calma |
| | • segnalare la propria posizione |
| | • invitare tutti i presenti ad evacuare la zona indicando la via di esodo più appropriata |
| | • allontanarsi il più in fretta possibile |
| | • se l'incendio fosse in prossimità esterna della porta di uscita di una stanza, chiudere la porta, allontanarsi il più possibile e recarsi verso la finestra aprirla per respirare in attesa di evacuare;<br>• se l'incendio fosse all'interno di una stanza, chiudere la porta, e dare l'allerta |
| | Nel caso in cui si venga allertati per un incendio nella struttura ma non vicino: |
| | • verificare dov'è l'emergenza |
| | • indicare alle persone più vicine la migliore via di esodo da percorrere |
| | • riportare a tutti quanto comunicato dai componenti della squadra di primo intervento |
| | • abbandonare ordinatamente il luogo |

| GESTIONE DELLE EMERGENZE - INCENDIO | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 11** | |
| **MANSIONE** | **DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO** |
| **ATTIVAZIONE** | **Portineria** |
| **DESTINAZIONE** | **Direzione Ospedaliera/Centro Gestione delle Emergenze** |
| **COMPITI** | • dalla sede della Direzione Ospedaliera o dal Centro Operativo delle Emergenze gestisce l'emergenza con funzione di consultazione e di indirizzo |
| | • verifica tramite la portineria se tutti i soggetti sono stati allertati |
| | • controlla l'attivazione del centro operativo della gestione dell'emergenza |
| | • decide sull'attuazione di procedure specifiche di minimo impatto, ovvero sulla necessità di provvedere all'evacuazione di reparti critici o dell'intero edificio |
| | • tiene i rapporti con il Direttore di Area Vasta, la Prefettura, VVFF, Comune, Protezione Civile |
| | • tiene i rapporti con la stampa e rilascia comunicati |
| | Al termine di tutte le operazioni egli dovrà: |
| | • dichiarare la fine dell'emergenza |
| | • stendere il verbale dell'accaduto, in collaborazione con i componenti centro gestione delle emergenze, contenente tutte le informazioni raccolte in merito a data e ora dell'evento, causa, persone coinvolte, eventuali danni, procedure di intervento, problemi intervenuti durante l'intervento, giudizio finale |

# ***EMERGENZA***

# ***BLACK – OUT ELETTRICO***

## CONSIDERAZIONI GENERALI

Lo scenario in questione può essere dovuto a diverse cause, sia interne sia esterne e deve, pertanto, essere affrontato in conseguenza di tali circostanze.

La mancanza di corrente elettrica, all'interno delle strutture ospedaliere può provocare notevoli problemi di carattere sanitario (sale Operatorie, reparti di Rianimazione, Cardiologia e Dialisi), oltre che di carattere gestionale (Laboratori di Analisi, Radiologia, movimentazione tra i vari piani dell'edificio) ed è per questo motivo che l'Ospedale ha a disposizione un gruppo elettrogeno in grado di sopperire al 100% del fabbisogno di energia elettrica dei servizi nei quali l'attività non può essere sospesa ed almeno al 50% degli altri servizi presenti, con una autonomia minima che varia dalle 4 ore alle 24 ore, dopo le quali è necessario l'approvvigionamento di combustibile tramite autocisterna

In caso di Black-out totale, con attivazione del gruppo elettrogeno, sarà quindi opportuno che tutti i servizi siano rapidamente allertati al fine di provvedere a due possibili sviluppi:

- il primo, immediato e meno problematico, riguarda l'adeguamento delle normali attività che possono essere sospese o rallentate, al fine di ridurre il consumo generale di corrente elettrica, per evitare sovraccarichi al generatore;
- il secondo, più impegnativo ma comunque meno probabile, riguarda la possibile necessità di evacuare alcuni reparti (in particolare Rianimazione, UTIC-Cardiologia e Dialisi), trasferendo i pazienti presso altri ambienti dell'ospedale o, più probabilmente, verso altre strutture.

## LE CAUSE

Il Black-out totale è di solito dovuto a cause esterne e si può distinguere la mancanza di alimentazione da parte del fornitore (guasti in linea, lavori di adeguamento che richiedono la sospensione della fornitura) che, di solito si risolvono in tempi relativamente brevi, o problemi più ampi legati a fenomeni naturali (terremoti, alluvioni, ecc.) o antropici (azioni terroristiche o stato di guerra) per i quali deve, comunque, essere attivato un piano generale che coinvolga la Direzione Aziendale per la valutazione di tutto il quadro della situazione.

Il Black-out parziale, o comunque per cause interne, è di solito limitato ad alcune sezioni dell'impianto e, seppure in linea di massima meno pericoloso, può svilupparsi in maniera tale da

rendere difficoltosa l'individuazione della reale causa del guasto, arrivando a bloccare l'attività di uno o più reparti dell'ospedale anche per molte ore.
Esso può derivare da guasti nei quadri di distribuzione di piano o di reparto, ovvero da interventi e manovre errate durante operazioni di manutenzione strutturale (scavi, demolizioni di pareti, ecc.).

## GLI INTERVENTI

Segnalazione di allarme

Proprio per la presenza di un gruppo elettrogeno, ad avviamento automatico, la presenza di un black-out totale con cause esterne, o con cause interne che riguardano il quadro generale, potrebbe non essere rilevata immediatamente; in quanto l'intervento del generatore è fissato con un ritardo di 15 secondi (le lampade scialitiche delle Sale Operatorie ed alcuni sistemi di Personal Computer sono dotati di batterie "zero stop").
Si distinguono, di conseguenza, due modalità di gestione dell'allarme:
nella prima è il Servizio Tecnico che, rilevando la presenza del guasto o la partenza del gruppo, segnala al **Portineria** di attivare le comunicazioni più idonee in funzione della dimensione e della previsione di durata dell'evento;
nella seconda la notizia giunge al **Portineria** attraverso altri segnali (p.e. nelle ore notturne o nei festivi) ed il Servizio Tecnico, che non è ancora informato deve essere allertato per individuare la causa del guasto. Dopodiché, se necessario, viene attivata la procedura di emergenza.

Procedure di emergenza

1)Servizio Tecnico – Allertato dal **Portineria** ovvero quando è a conoscenza in maniera diretta dell'evento, predispone l'invio di proprio personale per verificare l'origine del guasto e, se del caso, l'avvenuto avviamento ed il regolare funzionamento del generatore.

Se il guasto è ristretto ad un ambito locale (e non è possibile l'intervento del gruppo elettrogeno), informa la Direzione Sanitaria di Presidio, dei possibili sviluppi a breve e medio termine.

Se il guasto coinvolge, o rischia di coinvolgere, i reparti di UTIC- Cardiologia, Dialisi, Rianimazione e Sale Operatorie, informa la Direzione Medica di Presidio per la messa possibile attivazione del piano di emergenza.

NOTA: Considerato che i gruppi elettrogeni forniscono alimentazione anche agli ascensori, si ritiene opportuno che gli stessi siano sorvegliati per limitarne l'utilizzo alle sole esigenze di servizio; al fine di evitare possibili sovraccarichi.

2)Ruolo sanitario – Secondo le informazioni ottenute dal Servizio Tecnico, la Direzione Medica di Presidio provvede a comunicare ai vari reparti gli sviluppi della situazione e decide sull'attuazione di procedure specifiche di minimo impatto (come l'annullamento di visite ambulatoriali o radiodiagnostiche), ovvero sulla necessità di provvedere all'evacuazione di reparti critici.

Nel caso si ravvisi la probabile necessità di evacuazione, anche parziale, deve essere messo in preallerta il sistema di gestione PEIMAF.

3)Tutti - Gli altri servizi, non direttamente coinvolti, devono attenersi alle disposizioni che il Servizio Tecnico definirà, di volta in volta, e che saranno comunicate della Direzione Medica di Presidio, volte a ridurre il consumo di energia elettrica (nel caso di black-out con attivazione del gruppo elettrogeno) o a predisporre l'eventuale accoglienza di utenti provenienti dai reparti incidentati.

# ***PROCEDURE***

# ***DI***

# ***INTERVENTO***

| GESTIONE DELLE EMERGENZE – BLACK OUT | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 1** | |
| **MANSIONE** | **PERSONALE PORTINERIA** |
| **ATTIVAZIONE** | **Servizio Tecnico** |
| **DESTINAZIONE** | **Portineria** |
| La frase convenzionale da comunicare è:<br>ATTENZIONE QUESTA NON E' UN'ESERCITAZIONE<br>PROCEDURA DI EMERGENZA BLACK-OUT<br>ATTIVATE IL PERSONALE PREVISTO | |
| **COMPITI** | La Portineria deve allertare le figure previste dal piano di gestione secondo l'ordine stabilito nella tabella dell'Ordine di Chiamata: |
| | Se l'attivazione deriva direttamente dal Servizio Tecnico, contatta direttamente il Responsabile della Direzione Medica di Presidio. |
| | Se richiesto dal Servizio Tecnico o dal Responsabile della Direzione Medica attiva la **procedura PEIMAF** |
| • Chi effettua le telefonate deve segnare su apposita scheda il nominativo di chi ha risposto nei vari reparti | |

# GESTIONE DELLE EMERGENZE – BLACK OUT

## SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 2

| | |
|---|---|
| **MANSIONE** | **ELETTRICISTA (in Turno o Reperibile)** |
| **ATTIVAZIONE** | **Portineria** |
| **DESTINAZIONE** | **Gruppo Elettrogeno** |

**COMPITI**

Prima di raggiungere il gruppo elettrogeno verificare se l'origine del Black-out è interna oppure esterna secondo lo schema seguente:

| CAUSA INTERNA | | CAUSA ESTERNA |
|---|---|---|
| **Black-out parziale** | **Black-out totale** | **Black-out totale** |
| Ricerca guasto | Verificare la partenza e la funzionalità del gruppo elettrogeno | Verificare la partenza e la funzionalità del gruppo elettrogeno |
| Se il guasto interessa la Rianimazione, UTIC e/o le Sale Operatorie lo segnala al Centralino | Informare il Servizio Tecnico della necessità di approvvigionare di combustibile il gruppo elettrogeno | Informare il Servizio Tecnico della necessità di approvvigionare di combustibile il gruppo elettrogeno |

Comunicare alla Portineria gli interventi eseguiti

# GESTIONE DELLE EMERGENZE – BLACK OUT

## SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 3

| | |
|---|---|
| **MANSIONE** | **DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO** |
| **ATTIVAZIONE** | Portineria e Pronto Soccorso |
| **DESTINAZIONE** | **Struttura sanitaria in black-out** |
| | Una volta a conoscenza di un'emergenza nella struttura ospedaliera il Direttore coadiuvato dal personale incaricato dalla Direzione Ospedaliera verifica |
| | • tramite la Portineria se tutti i soggetti sono stati allertati |
| | • fare allertare il Pronto Soccorso |
| | Dovrà portarsi in zona operativa per verificare di persona lo svolgimento delle operazioni |
| | • assumere le opportune decisioni |
| | • controllare l'attivazione delle operazioni di intervento |
| | Al termine di tutte le operazioni egli dovrà: |
| | • dichiarare la fine dell'emergenza |
| | • stendere il verbale dell'accaduto, in collaborazione con il Servizio Tecnico, contenente tutte le informazioni raccolte in merito a data e ora dell'evento, causa, persone coinvolte, eventuali danni, procedure di intervento, problemi intervenuti durante l'intervento, giudizio finale |

# ***EMERGENZA IDRICA***

# ***MANCATO APPROVVIGIONAMENTO***

# ***DI***

# ***ACQUA POTABILE E/O SANITARIA***

## CONSIDERAZIONI GENERALI

La mancanza di approvvigionamento idrico è un evento relativamente poco probabile nella nostra realtà urbana e, di norma, il fenomeno è di breve durata; tuttavia si possono presentare situazioni di criticità locale, legate a particolari attività, che devono, comunque, essere valutate e, per tale motivo, sono state inserite nel Piano Generale di Gestione delle Emergenze.

La mancanza di acqua, così come la non idoneità all'uso, sia potabile sia solo sanitario, può rendere necessaria la chiusura dei servizi di Dialisi e delle Sale Operatorie, ma può, anche rallentare tutte le attività che richiedono acqua o vapore, come la preparazione dei pasti, o anche solo la conduzione delle normali cure igieniche nei confronti degli utenti.

E' stato, pertanto, predisposto dal Servizio tecnico, un piano di parzializzazione degli approvvigionamenti in caso di emergenza, che consenta di gestire al meglio le risorse disponibili (bacini di stoccaggio) e le eventuali forniture estemporanee (cisterne mobili messe a disposizione da Comune o VVFF).

## LE CAUSE

Le cause di mancanza di acqua, che possono coinvolgere le strutture sanitarie, sono le stesse che ricadono su tutte le utenze civili: lunghi periodi di siccità (rari alle nostre latitudini) con conseguente riduzione dei livelli delle falde, oppure fenomeni antropici che causano l'inquinamento delle fonti degli acquedotti.

La rottura di una tubazione, di solito avviene durante l'esecuzione di altri lavori, per errata valutazione della posizione dei tubi, interessa quasi sempre un ambito ristretto all'area di cantiere e può essere facilmente risolta in tempi ragionevoli. Altrettanto dicasi per la sospensione temporanea dovuta a lavori proprio sulla rete di distribuzione interna.

## GLI INTERVENTI

Segnalazione di allarme

Se la sospensione della fornitura della rete idrica è decisa dal gestore dell'acquedotto, per problemi di contaminazione o di scarsità degli approvvigionamenti, la notizia è diramata dal Comune che, di norma, provvede anche a prendere i contatti con la Direzione Medica ed il Servizio Tecnico, per coordinare gli interventi.

Nel caso di guasti alla rete interna è il Servizio Tecnico che, rilevando direttamente la presenza del guasto, ovvero informato dal Centralino, segnala alla Direzione Medica i provvedimenti opportuni da comunicare ai reparti.

Procedure di emergenza

1)Servizio Tecnico – Allertato dalla **Portineria** ovvero quando è a conoscenza in maniera diretta dell'evento, predispone l'invio di proprio personale per verificare l'origine del guasto e, verificata l'entità del danno, comunica alla Direzione Medica i tempi per il ritorno alla normalità e le eventuali, disposizioni per limitare i consumi

Se la mancanza d'acqua non è dovuta a cause interne, il Servizio Tecnico si coordina con le autorità locali, per verificare le modalità degli approvvigionamenti sostitutivi e comunica alla Direzione Medica i provvedimenti da prendere per fronteggiare l'emergenza (p.e. limitazione dei consumi secondo fasce orarie prestabilite).

2)Ruolo sanitario – Secondo le informazioni ottenute dal Servizio Tecnico, la Direzione Medica di Presidio provvede a comunicare ai vari reparti gli sviluppi della situazione e decide sull'attuazione di procedure specifiche, con lo scopo di ottimizzare i consumi di acqua.

Tali interventi possono arrivare alla riduzione, ovvero sospensione cautelativa, delle attività della Dialisi o delle Sale Operatorie, con conseguente trasferimento ad altra sede delle urgenze.

3)Tutti - Gli altri servizi, non direttamente coinvolti, devono attenersi alle disposizioni che il Servizio Tecnico definirà, di volta in volta, e che saranno comunicate della Direzione Medica di Presidio.

# ***PROCEDURE***

# ***DI***

# ***INTERVENTO***

| GESTIONE DELLE EMERGENZE – MANCANZA ACQUA | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 1** | |
| **MANSIONE** | **IDRAULICO (in turno o reperibile)** |
| **ATTIVAZIONE** | **Portineria** |
| **DESTINAZIONE** | **Verifica guasti** |
| **COMPITI** | In relazione alle cause ed alla dimensione del problema attua gli interventi necessari a ridurre il consumo di acqua e verifica che siano approvvigionati i servizi essenziali |
| | Comunica gli interventi eseguiti a Portineria |

# ***EMERGENZA SISMICA***

# ***CROLLO DI EDIFICIO***

## CONSIDERAZIONI GENERALI*

(*la documentazione è stata ripresa dal sito ufficiale della Protezione Civile -Regione Marche)

Il rischio sismico è la stima del valore del danno indotto dai terremoti che potrebbero verificarsi in futuro in una determinata area. Il rischio sismico dipende da tre elementi:

- la **pericolosità** sismica, ossia la probabilità che in un dato periodo di tempo possano verificarsi terremoti dannosi;
- la **vulnerabilità** sismica degli edifici, cioè la capacità che hanno gli edifici o le costruzioni in genere di resistere ai terremoti;
- l' **esposizione**, cioè la quantità ed il valore dei beni che potrebbero essere danneggiati (edifici, infrastrutture, attività economiche, etc.).

La combinazione di questi tre fattori offre diverse possibilità di stima del rischio sismico. Infatti le zone con una pericolosità sismica molto elevata (alta probabilità di forti terremoti) hanno un rischio nullo se non vi si trovano costruzioni e persone. Al contrario se in una zona a bassa pericolosità ci sono molti edifici e persone esposte al pericolo, e/o se gli edifici sono particolarmente malandati, il rischio è alto.

La legge sismica 64/74 prevedeva zone sismiche di 1°, 2°, 3° categoria, a partire dal 1984 la quasi totalità (230 su 246) dei comuni marchigiani sono stati classificati in seconda categoria; questo significa che gli edifici nuovi devono essere costruiti in modo da resistere a scuotimenti sismici di progetto di livello medio, simili a quelli attesi, ad esempio, in gran parte dei Comuni dell'Appennino Centrale e Meridionale.

**Nel 2003** l'Ordinanza 3274 del Presidente del Consiglio dei Ministri individua sulla base di nuovi studi una nuova classificazione sismica.
La differenza immediatamente visibile tra le due classificazioni riguarda il numero delle zone sismiche: tre nella vecchia, quattro nella attuale.

| |
|---|
| **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 interessati in questa zona possono essere soggetti a scuotimenti modesti. |
| **Zona 4** - E' la meno pericolosa. Nei comuni inseriti in questa zona le possibilità di danni sismici sono basse. |

Nelle Marche le uniche variazioni tra la nuova e la vecchia zonazione sismica hanno riguardato alcuni comuni dell'ascolano (in passato non classificati, oggi compresi tra quelli di 2° o 3° categoria) e dell'alto maceratese (passati dalla 2° categoria alla 1°).

**CONSIDERAZIONI SPECIFICHE**

Da quanto sopra il Comune di Civitanova Marche insiste in un'area a rischio sismico di 2° categoria.

Nella preparazione degli scenari di gestione delle emergenze, deve essere affrontata anche la prospettiva di un eventuale crollo che coinvolga l'edificio dell'Ospedale.

L'ospedale di Civitanova Marche è stato costruito in epoche diverse e le varie zone sono indicate nella planimetria allegata come "CORPI": il Corpo A antecedente all'anno 1974 e i Corpi B e C in epoca successiva.

Recentemente sono stati eseguiti delle verifiche per stabilire la vulnerabilità sismica della struttura

Con l'inevitabile considerazione che, nel caso di un evento sismico di notevoli proporzioni i danni non sarebbero, sicuramente, limitati unicamente alle strutture ospedaliere e, per tale motivo, il piano di gestione delle emergenze non può che fornire le prime basi, relative all'evacuazione dell'Ospedale, per poi appoggiarsi ai piani della Protezione Civile, che saranno nel frattempo stati attivati.

## LE CAUSE

Il crollo parziale o totale dell'edificio, può essere dovuto a cause naturali, come appunto nel caso di un terremoto, o a fenomeni più o meno di origine antropica quali cedimenti strutturali dovuti ad attentati o conseguenti ad un incendio.

Si dovrebbero potere escludere cedimenti dovuti ad errata progettazione delle strutture, in quanto il Servizio Tecnico è in possesso delle risorse, per verificare il mantenimento delle condizioni di garanzia strutturale (anche nel caso di lavori di ristrutturazione ed adeguamento).

## GLI INTERVENTI

Segnalazione di allarme

E' difficile ipotizzare la necessità di divulgare un allarme relativo ad un evento, come il crollo di un edificio, che sicuramente non può passare inosservato.

La Portineria avrà l'incarico di avvertire la Direzione Medica ed il personale reperibile, per attivare l'EVACUAZIONE dando priorità all'uso del telefono fisso

Nel caso dovesse essere diramato un "allarme bomba", dovrà essere allertata la Direzione Medica, per l'evenienza che le autorità di Pubblica Sicurezza richiedano l'evacuazione dell'Ospedale.

Procedure di emergenza

1)Servizio Tecnico – Nel caso di crollo parziale verifica l'entità dei danni, la possibile estensione del fenomeno e comunica alla Direzione Medica la necessità, o meno, di evacuare tutta la struttura.

2)Ruolo sanitario – Nel caso di crollo parziale, la Direzione Medica di Presidio, secondo le informazioni ottenute dal Servizio Tecnico, provvede a comunicare ai vari reparti gli sviluppi della situazione e decide, di concerto con gli Organi competenti Esterni, sull'attuazione di procedure specifiche, compresa l'evacuazione.

3)Tutti - Gli altri servizi, non direttamente coinvolti, devono attenersi alle disposizioni comunicate della Direzione Medica di Presidio.

| GESTIONE DELLE EMERGENZE - CROLLO EDIFICIO | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 1** | |
| **MANSIONE** | **TUTTO IL PERSONALE/PAZIENTI/VISITATORI** |
| **ATTIVAZIONE** | fenomeno sismico |
| **DESTINAZIONE** | **Struttura in emergenza** |
| **ISTRUZIONI** | A) IN CASO DI EVENTO SISMICO, ALLE PRIME SCOSSE TELLURICHE, ANCHE DI MODESTA INTENSITA', E' NECESSARIO: |
| | non spostare eventuali soggetti traumatizzati a meno che non siano in evidente immediato pericolo di vita (crollo imminente, incendio divampante, etc.) ma chiamare immediatamente i soccorsi segnalando la posizione dell'infortunato. |
| | mantenere la calma e prepararsi a fronteggiare la possibilità di ulteriori scosse |
| | allontanarsi da finestre, specchi, vetrine, lampadari, scaffali, strumenti e apparati elettrici per il pericolo di caduta oggetti e trovare riparo sotto i tavoli o letti |
| | mettersi al riparo lungo i muri portanti, architravi, vani delle porte |
| | non sostare al centro degli ambienti |
| | qualora vi trovaste lungo le scale spostatevi verso i muri perimetrali |
| | non utilizzare gli ascensori |
| | utilizzare le regolari vie di esodo, se percorribili, tra cui sia le scale interne che esterne |
| | portarsi al di fuori dell'edificio in modo ordinato |
| | causa il possibile collasso delle strutture di emergenza, allontanarsi subito dall'edificio per non essere colpiti da caduta di materiali |

| GESTIONE DELLE EMERGENZE - CROLLO EDIFICIO | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 2** | |
| **MANSIONE** | **DIRETTORE AREA VASTA 3** |
| **ATTIVAZIONE** | **Informato dal Direttore Medico di Presidio** |
| **DESTINAZIONE** | **Struttura in emergenza** |
| | Le funzioni principali sono di consultazione e di indirizzo nella gestione. |
| | Tenere i rapporti con la Prefettura, VVFF, Comune, Protezione Civile |
| | Tenere i rapporti con la Stampa e rilasciare comunicati (attraverso l'U.R.P.) e fornire la situazione dei Ricoverati |
| | Tenere i rapporti con il Centro Informazioni |

| GESTIONE DELLE EMERGENZE – CROLLO EDIFICIO | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 3** | |
| **MANSIONE** | **DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO** |
| **ATTIVAZIONE** | **Portineria e Pronto Soccorso** |
| **DESTINAZIONE** | **Struttura sanitaria interessata** |
| | Una volta a conoscenza di un'emergenza nella struttura ospedaliera il Direttore coadiuvato dal personale incaricato dalla Direzione Ospedaliera verifica |
| | • tramite la portineria se tutti i soggetti sono stati allertati |
| | • fare allertare il Pronto Soccorso |
| | Dovrà portarsi in zona operativa per verificare di persona lo svolgimento delle operazioni |
| | • assumere le opportune decisioni |
| | • controllare l'attivazione delle operazioni di intervento |
| | Al termine di tutte le operazioni egli dovrà: |
| | • dichiarare la fine dell'emergenza |
| | • stendere il verbale dell'accaduto, in collaborazione con il Servizio Tecnico, contenente tutte le informazioni raccolte in merito a data e ora dell'evento, causa, persone coinvolte, eventuali danni, procedure di intervento, problemi intervenuti durante l'intervento, giudizio finale |

# ***PIANO DI EVACUAZONE***

# PIANO DI EVACUAZIONE DELL'OSPEDALE

Il piano di evacuazione, in quanto parte del **piano generale di emergenza** dell'Azienda, fa parte del regolamento interno dell'ASUR AV3 –sede Civitanova Marche in quanto coinvolge l'intera struttura ospedaliera e contiene tutte le consegne per il Personale, necessarie alla messa in opera del piano; pertanto deve essere conosciuto da tutto il personale e deve essere fornita informazione anche alle imprese ed agli operatori esterni, che prestano la loro opera all'interno delle strutture aziendali.

Il piano di evacuazione viene attuato quando risulta già avviato il piano generale di emergenza; quindi molte attività della squadra di primo intervento, di quelle dei servizi di emergenza sanitaria e l'organizzazione dell'emergenza sono già a regime.

Il piano di emergenza è stilato sulla base delle necessità specifiche per rispondere ad alcuni requisiti fondamentali:

- deve essere strutturato e formulato sulla base degli organici esistenti, per essere operativo e senza ritardi;
- se l'emergenza coinvolge più di metà del volume ospedaliero. si deve provvedere ad attivare il piano di evacuazione dei pazienti verso altri presidi;
- il piano deve essere operativo 24 ore su 24;
- deve esser adattabile a qualsiasi tipo di evento.

## DEFINIZIONE DI EVACUAZIONE

L'evacuazione può essere intesa come il trasferimento di un certo numero di pazienti da un'ala all'altra dello stesso Ospedale, nel caso di un incendio che coinvolga un solo reparto, ovvero come evacuazione di tutto l'ospedale.

L'evacuazione può essere orizzontale nel caso di un evento incidentale (quale un incendio) che richieda l'evacuazione di personale e/o degenti da un compartimento ad un altro, considerato luogo sicuro, nell'ambito dello stesso piano del fabbricato; può essere verticale se il trasferimento delle persone avviene tra piani diversi dell'edificio.

Inoltre l'evacuazione può essere parziale se avviene con il trasferimento delle persone in aree sicure all'interno della struttura stessa (allo stesso piano o a piani diversi) e può essere totale con l'esodo dei degenti in aree sicure all'esterno del fabbricato ospedaliero. La presenza di pazienti non autosufficienti (tipica di una struttura sanitaria) rende preferibile la prima ipotesi che, tuttavia, risulta praticabile solo se vi è una chiara individuazione di zone sicure e locali compartimentati.

Il piano di evacuazione di un reparto viene attuato quando la compartimentazione consente la ridistribuzione da un'ala all'altra (o tra due piani) dei pazienti presenti nel reparto coinvolto e quando l'entità dell'incendio non sia tale da rischiare di coinvolgere in tempi brevi più della metà dell'edificio.

Se le dimensioni e la progressione dell'evento non ne consentono un rapido e sicuro controllo è necessario attivare il PIANO DI EVACUAZIONE DELL'OSPEDALE, che servirà a spostare in modo razionale i pazienti fino ai "centri di raccolta" che sono i luoghi sicuri (piazzali esterni) per i pazienti deambulati in maniera autonoma e per tutto il personale non coinvolto nelle operazioni di lotta antincendio e il piazzale antistante e retrostante il Pronto Soccorso, per i pazienti che necessitano un trasferimento prioritario in altra sede.

Da qui interverrà IL SISTEMA 118 (integrato con i mezzi della protezione civile) con un PIANO MAXIEMERGENZA che avrà lo scopo di trasferire fisicamente i pazienti dall'ospedale che evacua agli ospedali che li accettano, fornendo i mezzi ed il personale necessario e coordinando le operazioni. In caso di difficoltà nelle comunicazioni le operazioni potranno essere coordinate sul posto utilizzando la CENTRALE OPERATIVA MOBILE.

LA CENTRALE OPERATIVA 118 BLOCCHERA' L'AFFLUSSO DI PAZIENTI DALL'ESTERNO VERSO L'OSPEDALE CHE STA EVACUANDO E, PER QUANTO POSSIBILE, LIMITERA' QUELLO VERSO GLI ALTRI OSPEDALI, COINVOLTI NELL'ACCETTAZIONE DEGLI EVACUATI.

L'intervento sanitario nell'evacuazione dell'ospedale sarà di due tipi:

- il trasporto sanitario
- il soccorso sanitario.

Per le quali si rimanda integralmente al **Piano Sanitario Aziendale per la Gestione delle Maxiemergenze**.

Tutto il personale coinvolto deve, comunque, verificare sempre la propria posizione rispetto ai piani di emergenza, in funzione della turnazione e della diversificazione feriale/festiva degli orari.

**PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI DA EVACUARE**

La presa in carico dei pazienti consiste in una serie di operazioni successive che si possono riassumere in:

- triage
- identificazione
- recupero della cartella clinica e/o preparazione della cartella di evacuazione (secondo lo schema PEIMAF)
- preparazione (monitoraggio del paziente se necessario)
- evacuazione.

## Evacuazione verticale totale (EVT)

Tale tipo di evacuazione è da considerarsi in funzione dei seguenti scenari:

- Evoluzione incontrollata di un incendio
- Allarme bomba attendibile;

In entrambi i casi sarà il Centro delle Emergenze che, valutata la situazione, diramerà l'ordine di attuazione della procedura EVT, che consiste nell'evacuazione di tutti i presenti nell'edificio:

- attraverso tutte le vie di fuga verticali (scale);
- mediante l'utilizzo degli ascensori solo se di tipo ANTINCENDIO indicato da apposita cartellonistica, ubicati nel "corpo B" dell'Ospedale

La procedura termina con il raggiungimento da parte degli evacuati delle aree di raccolta.

Dato che non è possibile completare l'evacuazione di un ospedale nel breve tempo di sviluppo di un incendio ci si affida alle scale, in particolare a quelle protette (ma nelle prime fasi dell'emergenza possono essere usate anche le altre scale se non sono direttamente interessate dall'evento), le quali dovranno essere in grado di accogliere tutte le persone da sfollare, poiché non è possibile completare il secondo stadio nel tempo, piuttosto breve, ammesso per lo sfollamento.

Le scale protette offrono una certa garanzia di sicurezza per quanto concerne la resistenza al fuoco e non sono suscettibili di essere invase dai fumi; ciò che va costantemente verificato è che offrano sufficiente spazio affinché le persone possano permanere e muoversi al loro interno in maniera accettabile, ovvero che la densità di affollamento non superi le 4-5 persone/metro quadro.

In caso di SISMA

- utilizzare le regolari vie di esodo, se percorribili, tra cui sia le scale interne che esterne
- non utilizzare ascensori

## Evacuazione Orizzontale (EO)

Un primo problema che si può porre in caso di evacuazione orizzontale da un comparto incidentato, è quello dell'affollamento del comparto o dei comparti adiacenti, che può assumere valori molto elevati; è pertanto necessaria una procedura che miri ad allontanare i parenti dei degenti dal comparto ospitante. Se è poi riscontrabile che solo una parte dei degenti abbia necessità di essere accompagnata nella fase di evacuazione, si può ridurre ulteriormente l'affollamento.

Per quantificare il numero di degenti non deambulanti, o che comunque hanno necessità di essere aiutati nell'evacuazione, risulta necessario reperire dai vari reparti i dati per l'elaborazione statistica in tal senso, il che sarebbe un buono strumento per pianificare al meglio l'evacuazione.

Il presupposto di partenza è di considerare luogo sicuro, ogni comparto antincendio che sia separato, dal comparto direttamente coinvolto, da almeno un comparto antincendio intermedio; risulta necessario quindi individuare locali, ovvero aggregati di locali, utilizzabili come luoghi sicuri e quindi in possesso delle necessarie caratteristiche.

**Considerata l'attuale situazione, si ritiene opportuno evacuare, sempre, in maniera prioritaria i degenti allettati, o comunque non deambulanti, in modo orizzontale cosicché essi possano raggiungere, successivamente, un luogo sicuro più agevolmente (anche attraverso un ascensore antincendio o una scala).**

E' opportuno che tutte le persone, in grado di muoversi autonomamente, non impegnate direttamente nel soccorso ai non deambulanti raggiungano, nel più breve tempo possibile, i luoghi sicuri più vicini; mentre occorre prestare immediata assistenza (in attesa di soccorsi) ai pazienti che siano più difficilmente movimentabili, verificando che le vie di fuga ordinarie non siano impedite e che i pazienti inamovibili non si trovino in locali prossimi ad essere aggrediti dal fuoco.
Anche le persone dei comparti adiacenti a quello incidentato, devono spostarsi verso un luogo sicuro, ed è altresì necessario che i visitatori siano comunque allontanati, anche dai compartimenti reputati sicuri, onde evitare il sovraffollamento di tali comparti.

# ***SCHEDE OPERATIVE***

# ***PIANO DI EVACUAZIONE***

| GESTIONE DELLE EMERGENZE –EVACUAZIONE | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 1** | **EVACUAZIONE ORIZZONTALE DEI NON DEAMBULANTI** |
| **SCOPO** | tale procedura ha lo scopo di far raggiungere un luogo sicuro ai degenti non deambulanti nel più breve tempo possibile. |
| **APPLICABILITA'** | tale procedura deve essere attuata dal personale presente nel reparto all'atto del sinistro su ordine del Caposala o R.S.E./DMPO, |
| **RESPONSABILITA'** | la responsabilità dell'applicazione di tale procedura coinvolge ogni dipendente informato |
| **MODALITA' ESECUTIVE** | Il Caposala (o suo sostituto) o R.S.E. in presenza di un focolaio d'incendio provvederà alla segnalazione secondo le procedure formalizzate. |
| | In attesa dell'arrivo degli altri addetti antincendio, valutata la pericolosità del focolaio e l'entità del volume di fumo prodotto, deciderà l'opportunità di evacuazione orizzontale dei degenti non autosufficienti e non deambulanti, individuando il comparto di destinazione secondo le procedure di attuazione definite. |
| | Il Caposala istruirà quindi brevemente il personale necessario di modo che questi, con l'ausilio di barelle e mezzi di fortuna (ad es. lenzuola e coperte) provvedano al trasferimento dei degenti non deambulanti trasportabili verso il luogo sicuro loro indicato, nel più breve tempo possibile. |
| | Nelle ore più critiche (turni notturni, festivi) di scarsità di personale presente, la portineria, allertata dal reparto, richiederà un infermiere da tutti i comparti vicini, compresi eventualmente quelli ai piani adiacenti. |

| GESTIONE DELLE EMERGENZE –EVACUAZIONE | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 2** | **EVACUAZIONE DELLE PERSONE DEAMBULANTI** |
| **SCOPO** | tale procedura ha lo scopo di far raggiungere un luogo sicuro alle persone deambulanti nel più breve tempo possibile. |
| **APPLICABILITA'** | tale procedura deve essere attuata dal personale presente nel reparto all'atto del sinistro su ordine del R.S.E./DMPO |
| **RESPONSABILITA'** | la responsabilità dell'applicazione di tale procedura coinvolge ogni dipendente informato. |
| **MODALITA' ESECUTIVE** | Il Caposala o R.S.E. dando attuazione all'evacuazione dei non deambulanti, provvederà altresì a sollecitare il raggiungimento di un luogo sicuro da parte delle persone deambulanti: personale non impegnato alle attività di evacuazione, degenti, visitatori. |
| | In particolare il personale sopra menzionato solleciterà i degenti deambulanti e visitatori a: |
| | raggiungere le uscite di sicurezza più vicine; |
| | operare evacuazione orizzontale nel caso che le uscite di sicurezza siano non raggiungibili o non utilizzabili a causa del fumo. |
| | E' fatto divieto di utilizzare gli ascensori nell'area incidentata. |

| GESTIONE DELLE EMERGENZE –EVACUAZIONE | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 3** | **ATTESA NELLA ZONA A RISCHIO** |
| **SCOPO** | tale procedura ha lo scopo di definire il comportamento di coloro per i quali le vie di fuga sono inutilizzabili perché impedite dal fumo o dal fuoco, o che, comunque, sono costretti a rimanere in camera perché inamovibili |
| **APPLICABILITA'** | tale procedura deve essere attuata dal personale e dai degenti eventualmente coinvolti. |
| **RESPONSABILITA'** | la responsabilità dell'applicazione di tale procedura coinvolge ogni dipendente informato. |
| **MODALITA' ESECUTIVE** | I degenti per i quali la fuga è impedita dall'incendio o inamovibili, con eventuale personale d'assistenza, dovranno rimanere nelle proprie camere seguendo le istruzioni loro impartite dal personale presente o che comunque si mette in comunicazione con loro. In particolare il personale provvederà a suggerire loro di: |
| | Rimanere tassativamente chiusi in camera sigillando la porta con tessuti, per evitare l'ingresso del fumo; |
| | bagnare la porta con acqua, se possibile; |
| | segnalare la propria presenza dalla finestra ed attendere i soccorsi. |
| | rimanere calmi. |

| GESTIONE DELLE EMERGENZE –EVACUAZIONE | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 4** | **EVACUAZIONE VERTICALE** |
| **SCOPO** | tale procedura ha lo scopo di far raggiungere un luogo sicuro alle persone, deambulanti e non, nel più breve tempo possibile, quando non sia possibile, o non sia desiderata, un'evacuazione orizzontale. |
| **APPLICABILITA'** | tale procedura deve essere attuata dalle persone presenti nel reparto, su ordine del R.S.E/DMPO. |
| **RESPONSABILITA'** | la responsabilità dell'applicazione di tale procedura coinvolge ogni dipendente informato. |
| **MODALITA' ESECUTIVE** | Il Caposala/RSE, in presenza di un focolaio d'incendio provvederà alla segnalazione secondo le procedure formalizzate |
| | In attesa dell'arrivo di altri addetti antincendio, valutata la pericolosità del focolaio e l'entità del volume di fumo prodotto, deciderà, qualora il comparto sia "centrale" e quindi non sia possibile individuare sullo stesso piano una zona sicura, l'opportunità di evacuazione verticale |
| | Il Caposala/RSE opererà tale evacuazione anche se il focolaio d'incendio è in un comparto adiacente a quello sinistrato, per il quale cioè le procedure di attuazione prevedano lo sgombero dei comparti confinanti, ovvero quando si tratta di reparto adiacente non "critico" (sarebbe possibile un'evacuazione orizzontale), ma nel reparto vi è solo occasionale presenza di degenti (es. ambulatori). |
| | **In particolare il personale opererà in modo tale che:** |
| | i visitatori e i degenti raggiungano le uscite di sicurezza più vicine; |
| | i visitatori e i degenti attuino l'evacuazione orizzontale nel caso che le uscite di sicurezza siano non raggiungibili o non utilizzabili a causa del fumo, per operare l'evacuazione verticale da un comparto adiacente non incidentato; |
| | i degenti non deambulanti siano evacuati. |
| | Nelle ore più critiche (turni notturni, festivi) di scarsità di personale presente, se il comparto in questione è quello incidentato, il centralino richiederà un infermiere da tutti i comparti vicini, compresi eventualmente quelli ai piani adiacenti, se vi sono persone non deambulanti da evacuare. |
| | E' fatto divieto di utilizzare gli ascensori nell'area incidentata. |

| GESTIONE DELLE EMERGENZE –EVACUAZIONE | |
|---|---|
| **SCHEDA DI ISTRUZIONI N° 5** | **ACCOGLIENZA DEGLI EVACUATI** |
| **SCOPO** | tale procedura ha lo scopo di evitare il sovraffollamento per i compiti che rappresentano un luogo sicuro alle persone evacuate dai comparti incidentati |
| **APPLICABILITA'** | tale procedura deve essere attuata dalle persone presenti nel reparto, su ordine del Caposala/RSE/DMPO, |
| **RESPONSABILITA'** | la responsabilità dell'applicazione di tale procedura coinvolge ogni dipendente informato, e richiede massima collaborazione da parte degli eventuali visitatori. |
| **MODALITA' ESECUTIVE** | Il Caposala (o suo sostituto)/RSE del comparto, meta di esodo da un comparto incidentato, dovrà operare per garantire nel miglior modo l'accoglienza degli "ospiti". A tal fine, specie se in orario di visita, egli diffonderà il seguente messaggio indirizzato ai visitatori: |
| | Questo reparto sta per essere meta di degenti provenienti da un reparto adiacente incidentato. |
| | Questo reparto è un luogo sicuro e pertanto siete tutti pregati di mantenere la calma. |
| | I signori visitatori sono pregati di lasciare il reparto mediante le scale per non creare confusione e sovraffollamento. |
| | I vostri parenti non corrono nessun rischio. |
| | Siete pregati di collaborare e di non essere d'intralcio al personale, grazie. |
| | Il personale provvederà quindi ad accogliere gli evacuati, avendo cura di sistemarli opportunamente e prestando attenzione, per quanto possibile, a lasciare sgombre le vie di fuga (ad esempio disporre le barelle in locali diversi dal corridoio e, comunque, da un solo lato del corridoio evitando percorsi a zig-zag). |

# ***ALLEGATI***

L'aggiornamento degli allegati non comporta una ulteriore revisione del P.E.

ALLEGATO 1

| OSPEDALE CIVITANOVA MARCHE<br>RESPONSABILE SQUADRA EMERGEMZA: |
|---|
| COTTICELLI FEDERICO |
| **SOSTITUTI:**<br>MANFRONI MARIA GIACINTA<br>FABIANI BARBARA<br>GARBUGLIA GIORDANO |

**OSPEDALE CIVITANOVA MARCHE**
**ELENCO NOMINATIVI SQUADRE EMERGENZA – ADDETTI ANTINCENDIO**
**GENNAIO 2016**

| COGNOME – NOME | UNITA' OPERATIVA | PIANO |
|---|---|---|
| MENICHELLI ENIO | ALLERGOLOGIA | T |
| ZAMPONI BEATRICE | ALLERGOLOGIA | T |
| CAMPETELLA SIMONETTA | AMB. ORL | T |
| FRATINI MARTA | ANESTESIA/BLOCCO OP | 1-3 |
| LUPACCHINI ERIKA | ANESTESIA/BLOCCO OP | 1-3 |
| MENGONI CLAUDIA | ANESTESIA/BLOCCO OP | 1-3 |
| ROSETTANI ENZO | ANESTESIA/BLOCCO OP | 1-3 |
| CAPRIOTTI STEFANIA | ANESTESIA/RIAN | 3 |
| COSTANTINI CHIARA | ANESTESIA/RIAN | 3 |
| DI COSMO GIOVANNA | ANESTESIA/RIAN | 3 |
| EVANGELISTA MARCELLO | ANESTESIA/RIAN | 3 |
| FABBRI NAZZARENO | ANESTESIA/RIAN | 3 |
| GISMONDI LUCIA | ANESTESIA/RIAN | 3 |
| IACCARINO GIUSEPPE | ANESTESIA/RIAN | 3 |
| IACOLINA BARBARA | ANESTESIA/RIAN | 3 |
| IOSI IDA | ANESTESIA/RIAN | 3 |
| PETRELLI MAURIZIO | ANESTESIA/RIAN | 3 |
| RAPINO ANNA | ANESTESIA/RIAN | 1 |
| SILVESTRINI GIUDITTA | ANESTESIA/RIAN | 3 |
| TURI GOVERNATORI NORBERTA | ANESTESIA/RIAN | 3 |
| BARTOLINI SIMONA | BLOCCO OP. | 1 |
| FINUCCI RICCARDO | BLOCCO OP. | 1 |
| MANNOCCHI MONICA | BLOCCO OP. | 1 |
| PALLOTTI ALESSANDRO | BLOCCO OP. | 1 |
| PANICCIA' FRANCESCO | BLOCCO OP. | 1 |
| PROPERZI GERMANO | BLOCCO OP. | 1 |
| RIPARI SERENA | BLOCCO OP. | 1 |
| VALENTINI CINZIA | BLOCCO OP. | 1 |
| ANGELICCHIO ROSETTA | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| DELLA VALLE ROBERTA | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |

**OSPEDALE CIVITANOVA MARCHE**
**ELENCO NOMINATIVI SQUADRE EMERGENZA – ADDETTI ANTINCENDIO**
**GENNAIO 2016**

| COGNOME – NOME | UNITA' OPERATIVA | PIANO |
|---|---|---|
| FAVARO MONICA | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| FIORAVANTI MARIA ANTONIA | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| FRISCOLANTI DESIRE' | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| GALLUCCIO LOREDANA | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| GEMINIANI TIZIANA | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| GOBBI MARIA VITTORIA | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| LIBERATI STEFANIA | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| MALASPINA ROBERTO | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| MALBASIC KSENIJA | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| MARCHETTI PATRIZIA | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| MARIANI ANNALISA | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| MERCANTI FRANCESCA | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| PERTICARINI SIMONA | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| RIETI LUIGINA | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| SCARINCI FILOMENA | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| SPOSATO SALVATORE | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| VALLESI MARIA | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| VITELLI GIOVANNA | CARDIOLOGIA/UTIC | 3 |
| CORALLINI ALESSANDRO | CHIRURGIA | 1 |
| FERRACUTI FRANCESCA | CHIRURGIA | 1 |
| FRATESI EMANUELA | CHIRURGIA | 1 |
| FRATONI GIORDANA | CHIRURGIA | 1 |
| GASPARRI LEONARDO | CHIRURGIA | 1 |
| GIUSTOZZI STEFANO | CHIRURGIA | 1 |
| MARINI PAMELA | CHIRURGIA | 1 |
| MASSACCESI FEDERICA | CHIRURGIA | 1 |
| MELCHIONDA MARIANGELA | CHIRURGIA | 1 |
| MEZZONE RITA | CHIRURGIA | 1 |
| MONTEMARA' LARA | CHIRURGIA | 1 |
| ONORI CRISTINA | CHIRURGIA | 1 |
| SBATTELLA RACHELE | CHIRURGIA | 1 |
| SCIPIONE LAURA | CHIRURGIA | 1 |
| BIAGINI ANDREA | DIALISI | S1 |
| BOCCANERA GAETANA | DIALISI | S1 |
| BRACALENTE DANIELA | DIALISI | S1 |
| CEROLINI LORENZO | DIALISI | S1 |
| CIMINI SIMONA | DIALISI | S1 |
| COMPAGNUCCI ROBERTINO | DIALISI | S1 |
| CORRADETTI GIOVANNI | DIALISI | S1 |
| DONATI SABRINA | DIALISI | S1 |
| FOCANTE NARIA LETIZIA | DIALISI | S1 |

**OSPEDALE CIVITANOVA MARCHE**
**ELENCO NOMINATIVI SQUADRE EMERGENZA – ADDETTI ANTINCENDIO**
**GENNAIO 2016**

| COGNOME – NOME | UNITA' OPERATIVA | PIANO |
|---|---|---|
| GIACOMELLI MARIA ROMANA | DIALISI | S1 |
| INNAMORATI ORIETTA | DIALISI | S1 |
| MANSUILLI ORIETTA | DIALISI | S1 |
| MARCONI CARLA | DIALISI | S1 |
| PORCARELLI DEBORA | DIALISI | S1 |
| SILVESTRINI LUBIANO | DIALISI | S1 |
| BALDASSARRI ALESSIA | DIR. SANITARIA | T |
| NOTTOLA DANIELE | ENDOSCOPIA | T |
| PIERALISI PAOLA | ENDOSCOPIA | T |
| VALERI EMANUELE | ENDOSCOPIA | T |
| CAMILLETTI TOMMASO | FARMACIA | S1 |
| PISCITELLI MARIA GAETANA | FARMACIA | S1 |
| ROMANO SALOME' | FARMACIA | S1 |
| VENANZI FABRIZIO | FARMACIA | S1 |
| ARGENTATI FRANCESCO | LAB. ANALISI | T |
| BAIOCCO PATRIZIA | LAB. ANALISI | T |
| BONGELLI MARIA GINA | LAB. ANALISI | T |
| BRACACCINI ANNA | LAB. ANALISI | T |
| CELANI SANDRA | LAB. ANALISI | T |
| COGNIGNI SABRINA | LAB. ANALISI | T |
| CRIVELLI LUIGINA | LAB. ANALISI | T |
| FIORANI LUANA | LAB. ANALISI | T |
| FRANCESCONI ANDREA | LAB. ANALISI | T |
| GIANNINI ERICA | LAB. ANALISI | T |
| MARCHITELLI ANDREA | LAB. ANALISI | T |
| PAOLETTI GABRIELLA | LAB. ANALISI | T |
| GATTULLI ROCCO | MANUTENZIONE | S1 |
| MICUCCI MARIO | MANUTENZIONE | S1 |
| BELLEGGIA LUCA | MEDICINA | 2 |
| CENSORI ANNA ROSA | MEDICINA | 2 |
| D'AMBROGIO LILIANA | MEDICINA | 2 |
| DE SANTIS LOREDANA* | MEDICINA | 2 |
| D'EMMA MARIA ROSARIA | MEDICINA | 2 |
| DI GIACOMI LORENA | MEDICINA | 2 |
| DI MASCIA GIANNI | MEDICINA | 2 |
| DIAMANTI CLAUDIA | MEDICINA | 2 |
| DORIA ELISA | MEDICINA | 2 |
| FERRANTI CATERINA | MEDICINA | 2 |
| LAURENZI MARIANNA | MEDICINA | 2 |
| MACELLARI MARIA GRAZIA | MEDICINA | 2 |
| MARINELLI KATIA | MEDICINA | 2 |

**OSPEDALE CIVITANOVA MARCHE**
**ELENCO NOMINATIVI SQUADRE EMERGENZA – ADDETTI ANTINCENDIO**
**GENNAIO 2016**

| COGNOME – NOME | UNITA' OPERATIVA | PIANO |
|---|---|---|
| MARMO GRAZIA | MEDICINA | 2 |
| MATTIOLI MAIKOL | MEDICINA | 2 |
| MOCAN CORINA MONICA | MEDICINA | 2 |
| PASQUALE MARIANGELA T. | MEDICINA | 2 |
| PETERS SABINE MARIA | MEDICINA | 2 |
| PETTINARI LETIZIA | MEDICINA | 2 |
| PIGINI BARBARA* | MEDICINA | 2 |
| PRENCIPE MICHELE | MEDICINA | 2 |
| RUANI DENISE | MEDICINA | 2 |
| SABBATINI MASSIMO | MEDICINA | 2 |
| SARAULLO ILENIA | MEDICINA | 2 |
| SGOLASTRA RACHELE | MEDICINA | 2 |
| TENACE PATRIZIA | MEDICINA | 2 |
| TESTASECCA VALENTINA | MEDICINA | 2 |
| GUBINELLI GLORIA | ONCOLOGIA | T |
| SCOPONI MARIA CHIARA | ONCOLOGIA | T |
| TINTI SABRINA | ONCOLOGIA | T |
| BARTOLINI ANNA MARIA | ORL | 1 |
| CENTINI MARIA ASSUNTA | ORL | 1 |
| CIMINARI ROSANNA | ORL | 1 |
| DI GIORGIO ANNA | ORL | 1 |
| LEONARDIS NUNZIATINA | ORL | 1 |
| ROMITI PASQUALINA | ORL | 1 |
| ROSSI ROBERTA | ORL | 1 |
| CAPPELLA MONICA | ORTOPEDIA | 1 |
| CAPPONI CINZIA | ORTOPEDIA | 1 |
| CAPRIOTTI FEDERICA | ORTOPEDIA | 1 |
| CINGOLANI GIACOMO | ORTOPEDIA | 1 |
| IACOPONI PAOLO | ORTOPEDIA | 1 |
| MARTELLO ANGELA MARIA | ORTOPEDIA | 1 |
| MORGANTI CATIA | ORTOPEDIA | 1 |
| SANTARELLI DAVID | ORTOPEDIA | 1 |
| SERRAGIOTTO FRANCESCA | ORTOPEDIA | 1 |
| AFFEDE ANTONELLA | OST/GIN | 2 |
| BEVILACQUA ORIETTA | OST/GIN | 2 |
| BROGLIETTI CARLA | OST/GIN | 2 |
| CARLINI ALESSIA | OST/GIN | 2 |
| DI PATRIZIO ANNA GABRIELLA | OST/GIN | 2 |
| DI STEFANO LUCIA | OST/GIN | 2 |
| ESPOSITO IVANA | OST/GIN | 2 |
| GATTAFONI IVANA | OST/GIN | 2 |

**OSPEDALE CIVITANOVA MARCHE**
**ELENCO NOMINATIVI SQUADRE EMERGENZA – ADDETTI ANTINCENDIO**
**GENNAIO 2016**

| COGNOME – NOME | UNITA' OPERATIVA | PIANO |
|---|---|---|
| GENTILI BARBARA | OST/GIN | 2 |
| GIUGGIOLONI ALESSANDRA | OST/GIN | 2 |
| MANNETTA FABIOLA | OST/GIN | 2 |
| MARZETTI GIUSEPPINA | OST/GIN | 2 |
| PALAZZO ANNA | OST/GIN | 2 |
| PIGNOTTI GABRIELLA | OST/GIN | 2 |
| RICCI LORIANA | OST/GIN | 2 |
| ACQUAROLI MARIA | PEDIATRIA | 3 |
| CAPPONI CRISTINA | PEDIATRIA | 3 |
| CASTIGNANI CLAUDIA | PEDIATRIA | 3 |
| COSTANTINI LUIGINA | PEDIATRIA | 3 |
| DE LIA ANNA RITA | PEDIATRIA | 3 |
| DI CAPITE ROSELLA | PEDIATRIA | 3 |
| GALASSI RAFFAELA | PEDIATRIA | 3 |
| GIRONELLI PATRIZIA | PEDIATRIA | 3 |
| GREGORI ORIETTA | PEDIATRIA | 3 |
| LORENZETTI SABRINA | PEDIATRIA | 3 |
| MOSCA PATRIZIA | PEDIATRIA | 3 |
| NIBALDI PAMELA | PEDIATRIA | 3 |
| PALLOTTA ANTONELLA | PEDIATRIA | 3 |
| POGGI ROSELLA | PEDIATRIA | 3 |
| ADRUBAU PRIMO | POTES 118 | S1 |
| CAROTA LUCIA | POTES 118 | S1 |
| MERCURI VITTORIO | POTES 118 | S1 |
| RINAUDO CLAUDIO | POTES 118 | S1 |
| ACQUAROLI BARBARA | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| BALDASSARRINI GIUSEPPE | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| CALCABRINI ALESSANDRO | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| CALDERON NORMA ELIZABETH | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| CALZA MARINA | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| CARASSAI CECILIA | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| CIRULLI FRANCESCO | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| DEL BELLO VANESSA | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| DI CICCO ROSA CARMELA | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| DI GIACOMO VALENIA | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| DI PAOLA ANTONIO | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| GAETANI FEDERICA | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| MARIOTTI MAURIZIO | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| MAURIZI MIRCO | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| MAZAREANU LILIANA | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| MORI GIACINTA | PRONTO SOCCORSO | S1 |

**OSPEDALE CIVITANOVA MARCHE**
**ELENCO NOMINATIVI SQUADRE EMERGENZA – ADDETTI ANTINCENDIO**
**GENNAIO 2016**

| COGNOME – NOME | UNITA' OPERATIVA | PIANO |
|---|---|---|
| PACCAMICCIO RITA | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| PASQUARETTA ARIANNA | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| RIBICHINI MATTEO | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| RICCIARDI FABIO | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| SANITA' SILVIA | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| SPERANDEI DANIELE | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| TAFFONI BARBARA | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| VESPRINI SIMONA | PRONTO SOCCORSO | S1 |
| BACCIFAVA PAOLO | RADIOLOGIA | T |
| BARABOGLIA VIRGINIA | RADIOLOGIA | T |
| CAMELI TIZIANA | RADIOLOGIA | T |
| CELI PIO | RADIOLOGIA | T |
| CRISTALLINI PATRIZIO | RADIOLOGIA | T |
| CROCETTI GIUSEPPINA | RADIOLOGIA | T |
| DEL MONTE MARCO | RADIOLOGIA | T |
| FRAPICCINI VALENTINA | RADIOLOGIA | T |
| MACCARONE PIERPAOLO | RADIOLOGIA | T |
| MEZZASOMA TIZIANA | RADIOLOGIA | T |
| MORRESI ORIANA | RADIOLOGIA | T |
| RICCI SERGIO | RADIOLOGIA | T |
| FRANCAVILLESE BRUNO | SALA GESSI | T |
| PAOLETTI MORENA | SALA GESSI | T |
| BAFFO TANIA | SPDC | S1 |
| BAGALINI PATRIZIA | SPDC | S1 |
| CAPPELLETTI ROBERTO | SPDC | S1 |
| CATALINI MARISA | SPDC | S1 |
| FERRINI ANTONELLA | SPDC | S1 |
| FINUCCI LORELLA | SPDC | S1 |
| NAPOLEONE ALESSANDRO | SPDC | S1 |
| NARDONI MARIA | SPDC | S1 |
| PERETTI GIOVANNA | SPDC | S1 |
| PORFIRI PAOLO | SPDC | S1 |
| QUARTO MARIA ANTONIA | SPDC | S1 |
| ROSSI RAOUL | SPDC | S1 |
| SCANDALI CRISTINA | SPDC | S1 |
| COGNIGNI PAOLA | TRASFUSIONALE | T |
| ROMANO SARA | TRASFUSIONALE | T |
| SACCHI LORIANA | TRASFUSIONALE | T |
| BAGLIONI ISABELLA | UROLOGIA | 1 |
| MARCANTONI GLORIA | UROLOGIA | 1 |
| MASTRULLO ANGELA | UROLOGIA | 1 |

| OSPEDALE CIVITANOVA MARCHE<br>ELENCO NOMINATIVI SQUADRE EMERGENZA – ADDETTI ANTINCENDIO<br>GENNAIO 2016 | | |
|---|---|---|
| **COGNOME – NOME** | **UNITA' OPERATIVA** | **PIANO** |
| PICOS GABI IONELA | UROLOGIA | 1 |
| RIBICHINI PRIMO | UROLOGIA | 1 |
| TOTARO PIERLORENZO | UROLOGIA | 1 |
| FRANCHELLUCCI MARISA | URP | T |

* maternità o malattia o aspettativa

Non sono stati inseriti tra i componenti S.E. in quanto:

I portieri Benigni Alberto, Dispensa Giuseppe e Marabini Danilo hanno il compito della comunicazione interna ed esterna dell'allarme incendio

Alessiani Clara lavora presso UO Diabetologia (ex casa colonica) sito all'esterno della struttura ospedaliera.

Focante Maria Letizia ha due sedi di lavoro: 4 giorni. presso l'ospedale di Civitanova Marche e 1 giorno presso l'ospedale di Recanati

**OSPEDALE CIVITANOVA MARCHE**
**NUMERO DEI COMPONENTI SQUADRE EMERGENZA**
**PER UNITA' OPERATIVA E PER PIANO**
**GENNAIO 2016**

| UNITA' OPERATIVA | N° ADDETTI | PIANO |
|---|---|---|
| NEFROLOGIA-DIALISI | 15 | P. - 1 |
| MANUTENZIONE | 2 | |
| PRONTO SOCCORSO | 24 | |
| POTES 118 | 4 | |
| PSICHIATRIA | 13 | |
| FARMACIA | 4 | |
| | T. 62 | |
| | | |
| ENDOSCOPIA DIGESTIVA | 3 | P.0 |
| LABORATORIO ANALISI | 12 | |
| AMBULATORIO ORL | 1 | |
| ONCOLOGIA | 3 | |
| RADIOLOGIA | 12 | |
| TRASFUSIONALE | 3 | |
| URP | 1 | |
| DIREZIONE OSPEDALIERA | 1 | |
| SALA GESSI | 2 | |
| ALLERGOLOGIA | 2 | |
| | T. 40 | |
| | | |
| BLOCCO OPERAT. (INFERM) | 8 | P.1° |
| BLOCCO OPERAT. (INFERM. ANEST.) | 4 | |
| OTORINOLARINGOIATRIA | 7 | |
| CHIRURGIA | 14 | |
| ORTOPEDIA | 10 | |
| UROLOGIA | 6 | |
| | T. 50 | |
| | | |
| MEDICINA | 28 | P. 2° |
| OSTETRICIA-GINECOLOGIA | 15 | |
| | T. 43 | |
| | | |
| RIANIMAZIONE | 14 | P.3° |
| CARDIOLOGIA/UTIC | 20 | |
| PEDIATRIA | 14 | |
| | T. 48 | |
| | | |
| **TOTALE** | 242 | |

ALLEGATO 2

## NUMERI TELEFONICI DA UTILIZZARE NELL'EMERGENZA

| ENTI ESTERNI | TELEFONO | CELLULARE |
|---|---|---|
| VIGILI DEL FUOCO | 115 | / |
| P.O.T.E.S. - 118 | 118 | / |
| CARABINIERI | 112 | / |
| POLIZIA | 113 | / |
| PROTEZIONE CIVILE | 0733/785387 | / |
| PREFETTURA | 0733/255411 | / |
| MUNICIPIO –CENTRALINO | 0733/8221 | / |
| VIGILI URBANI | 0733/813767 | / |

| | | |
|---|---|---|
| CENTRALINO AV3 - MACERATA | 0733/25721 | / |

| SERVIZI INTERNI – AV3 – CIVITANOVA M. | TELEFONO | CELLULARE |
|---|---|---|
| CHIAMATA DALL'ESTERNO 0733/ 82 + NUMERO INTERNO | | |
| CENTRALINO AV3 – CIVITANOVA MARCHE | 0733/8231<br>99 | |
| DIRETTORE MEDICO PRESIDIO OSPEDALIERO | 3551 - 3900 | 3355911769-<br>3204354673 |
| RESPONSABILE SERV. PROFESSIONI SANITARIE | 4792 | 330/650221 |
| RESPONSABILE P_NO_AT | 4741 | 329/2605800 |
| RESPONSABILE S.P.P. | 3071 | 320/9223721 |
| UFFICIO TECNICO/ MANUTENZIONE | 3088 -3080 - 3066 | |
| PORTINERIA (CENTRO OPERATIVO) | 3240 | / |
| PRONTO SOCCORSO - OSSERVAZIONE | 3249 | / |
| PRONTO SOCCORSO – MEDICINA DI URGENZA | 3204 | / |
| MEDICINA DONNE | 3262 | / |
| MEDICINA UOMINI | 3265 | |
| CHIRURGIA | 3314 | / |
| UROLOGIA | 3315- 3928 | / |
| BLOCCO OPERATORIO<br>SALA CHIRURGIA<br>SALA ORTOPEDIA | 3036<br>3226<br>3255 | /<br>/<br>/ |
| ORTOPEDIA | 3363 | / |
| GINECOLOGIA/OSTETRICIA | 3256 | / |
| PEDIATRIA | 3252 | / |
| CARDIOLOGIA | 3393 | / |
| OTORINOLARINGOIATRIA | 3300 | / |

| SERVIZI INTERNI – AV3 – CIVITANOVA M. | TELEFONO | CELLULARE |
|---|---|---|
| RIANIMAZIONE | 3509 | / |
| UTIC | 3399 | / |
| PSICHIATRIA | 3290 | / |
| PRONTO SOCCORSO | 3281 | / |
| DIALISI | 3294 | / |
| LABORATORIO ANALISI | 3272 | / |
| TRASFUSIONALE | 3239 | / |
| RADIOLOGIA | 3271 | / |
| FARMACIA | 3341 | |
| ONCOLOGIA | 3511 | / |
| PNEUMOLOGIA | 3015 | / |
| ENDOSCOPIA DIGESTIVA | 3640 | / |
| URP | 3977 | / |
| DIABETOLOGIA | 3284 | / |

ALLEGATO 3

## COMPETENZA AREE NON PRESIDIATE H 24

| SQUADRA EMERGENZA | AREE |
|---|---|
| PEDIATRIA<br>CARDIOLOGIA (in subordine) | A1 P. 3° CHIESA - SACRESTIA<br>SPOGLIATOIO AVULS<br>STUDI MEDICI (EX PEDIATRIA)<br>A P. 3° ZONA FILTRO- AREE COMUNI |
| MEDICINA | A1 P. 2° DAY HSPITAL MEDICINA<br>BLOCCO OPERATORIO<br>A P. 2° ZONA FILTRO- AREE COMUNI |
| ORTOPEDIA/OTORINO | A1 P. 1° BLOCCO OPERATORIO<br>A P. 1° ZONA FILTRO- AREE COMUNI |
| UROLOGIA/CHIRURGIA | A1 P. 0 ALLERGOLOGIA<br>UFF. DIREZ. SANITARIA/AMM.VA<br>BAR<br>A1 P. 1° UFF. DIREZ. SANITARIA/AMM.VA<br>A2 P. 0 ONCOLOGIA<br>AMBULATORI (CHIRUG-MEDICI)<br>A3 P. 0 GASTROSCOPIA- AMBULATORI- AVIS<br>B P. 0 TRASFUSIONALE<br>A P. 0 ZONA FILTRO- AREE COMUNI |
| GINECOLOGIA/OSTETRICIA +<br>OSS DIP. CHIRURGICO | ESTERNO PALAZZINA TECNOLOGICA*<br>B P. 2° ZONA FILTRO- AREE COMUNI |
| PSICHIATRIA | A1 P.-1 LOCALI TECNOLOG./MANUTENT.*<br>SPOGLIATOI INFERMIERI<br>DEPOSITO FARMACIA<br>LOCALI MENSA/CUCINA<br>LOCALI LAVANDERIA<br>A3 P.-1 DIALISI<br>C P.-1 FARMACIA<br>B P. -2 LOCALI GUARDAROBA<br>LOCALI TECNOLOGICI*<br>SERVIZIO MORTUARIO<br>M P. - 2 MAGAZZINO ECONOMALE<br>LOCALI TECNOLOGICI |

***in tali locali saranno eseguite ispezione visive dall'esterno/ingresso senza accedere all'interno per una valutazione sull'entità dell'evento.**

ALLEGATO 4

# PROCEDURA GESTIONE CENTRALINA ALLARMI INCENDI

*Elaborata dalla Ditta 3 F ELETTRONICA*

## ISTRUZIONI DI FUNZIONAMENTO E GESTIONE SULLA CENTRALE

In caso di azionamento di un rivelatore avviene la segnalazione ottico/acustica sulla centrale e la chiusura delle porte del piano / corpo interessato .

* Recarsi di fronte alla centralina
* Premere il tasto "Acquisizione"
* Leggere il display per identificare il punto scriverlo nell'apposito registro
* Premere il tasto "Riavvio" sulla centralina
* digitare la password di livello 2 (5 volte 2)
* se torna in allarme lo stesso punto premere il tasto "Acquisizione" poi il tasto "Riavvio" sulla centralina ed eseguire la procedura di esclusione

In caso di mancanza di energia elettrica si attiverà il buzzer della centralina e premere "acquisizione" per tacitarlo. Quando torna la corrente è necessario premere il tasto "Riavvia"

## ISTRUZIONI DI FUNZIONAMENTO E GESTIONE DA PANNELLO REMOTO

In caso di azionamento di un rivelatore avviene la segnalazione ottico/acustica sul pannello remoto e la chiusura delle porte del piano / corpo interessato .

* Abilita con chiave la gestione del pannello remoto
* Recarsi di fronte alla centralina
* Premere il tasto "Acquisizione"
* Leggere il display per identificare il punto scriverlo nell'apposito registro
* se torna in allarme lo stesso punto premere il tasto "Acquisizione" poi il tasto "Riavvio" sul pennello remoto eseguire la procedura di esclusione recandosi nel locale CABINA DI REGIA

In caso di mancanza di energia elettrica si attiverà il buzzer della centralina e premere "acquisizione" per tacitarlo. Quando torna la corrente è necessario premere il tasto "Riavvia"

## PROCEDURA DI ESCLUSIONE

* Premere il tasto " esclude "
* digitare la password livello 2 (5 volte 2)
* premere il tasto " dispositivo "
* premere il tasto I
* compilare la richiesta del display con linea e dispositivi inserendo prima il numero della linea e poi digitare il tasto acquisizione successivamente inserire il numero del dispositivo e premere tasto acquisizione poi premere il tasto " esclude"

premere 7 volte la freccia verso sinistra per concludere l'operazione

## MODULO REGISTRAZIONE EVENTI DI EMERGENZA

**ALLEGATO 5**

### PANNELLO REMOTO

| LINEA | ZONA | DISPOSITIVI N° | DISPOSITIVI TIPO | PIANO | EDIFICIO | STANZA N° | AREA COMUNE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° 1 ☐ | N° 1 ☐ | | SENSORE ☐ | N° 1 ☐ | A1 ☐ | ..... | ..... |
| N° 2 ☐ | | | PULSANTE MANUALE ☐ | N° 2 ☐ | A2 ☐ | | |
| N° 3 ☐ | N° 2 ☐ | | .....☐ | N° 3 ☐ | A3 ☐ | | ..... |
| N° 4 ☐ | | | .....☐ | N° 0 ☐ | B ☐ | | |
| N° 5 ☐ | N° 3 ☐ | | .....☐ | N° -1 ☐ | C ☐ | | |
| N° 6 ☐ | | | .....☐ | N° -2 ☐ | A (filtro) ☐ | | |
| N° 7 ☐ | N° 4 ☐ | | .....☐ | | D ☐ | | |
| N° 8 ☐ | | | .....☐ | | | | |
| N° 9 ☐ | | | | | | | |
| N° 10 ☐ | | | | | | | |
| N° 11 ☐ | | | | | | | |

| REPARTO CHIAMATO | NOME INTERLOCUTORE | COMUNICAZIONE DA: A.S.E*. ..... | DATA | ORA | FIRMA COMPILATORE |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | FALSO ALLARME ☐<br>GUASTO ☐<br>EMERGENZA 1° ☐<br>EMERGENZA 2° ☐<br>EMERGENZA 3° ☐ | ..... | ..... | .....<br>..... |

**EMERGENZA 1°** = controllabile da una persona **EMERGENZA 2°** = controllabile dalla squadra o procedura TAV. I **EMERGENZA 3°** = procedura TAV. I

***ASE = addetto squadra emergenza**

**PANNELLO CENTRALINA ANTINCENDIO**
**(PER ESCLUSIONE DISPOSITIVI)**

| DATA | ORA | MOTIVO INTERVENTO | LINEA | DISPOSITIVO | | FIRMA COMPILATORE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | N° | TIPO | |
| ..... | ..... | FALSO ALLARME ☐<br>GUASTO ☐<br>RIMOZIONE ☐<br>..... ☐ | ..... | | SENSORE ☐<br>PULSANTE MANUALE ☐ | .....<br>..... |

**SEGNALARE L'AVVENUTA ESCLUSIONE AL SERVIZIO TECNICO AZIENDALE**