REGIONE DEL VENETO
ULSS7 PEDEMONTANA
Via dei Lotti, n. 40
36061 Bassano del Grappa (VI)
Codice fiscale e partita IVA 00913430245

N. 1797 DEL 20/11/2026

DELIBERAZIONE
del

DIRETTORE GENERALE

Nominato con D.P.G.R. n. 21 del 28/02/2026

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO	dott.ssa LAURA ESPOSITO
DIRETTORE SANITARIO	dr. ANTONIO DI CAPRIO
DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI	dott.ssa PAOLA VESCOVI

OGGETTO: ADOZIONE DEI PIANI DI EVACUAZIONE OSPEDALIERA (PEVAC) PER I PRESIDI OSPEDALIERI DI BASSANO DEL GRAPPA, ASIAGO E SANTORSO, IN ATTUAZIONE DEL DECRETO DEL DIRETTORE DELLA DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA DELLA REGIONE DEL VENETO N. 14422 DEL 09/06/2026.

IL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA
dott. Giovanni Carretta

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005, del T.U. n. 445/2000 e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è conservato digitalmente negli archivi informatici dell'Azienda.

Proponente: UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE
Anno Proposta: 2026 Numero Proposta: 1738/26

Il Direttore dell'U.O.C. Direzione Amministrativa di Ospedale, nonché Responsabile del procedimento, attesta che la presente proposta di deliberazione è stata regolarmente istruita nel rispetto della vigente normativa nazionale, regionale e regolamentare: f.to dott.ssa Michela Piccinini.

Il Dirigente dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale relaziona quanto segue.

Premesso che:

- la gestione delle emergenze ospedaliere, con particolare riferimento agli eventi di evacuazione (PEVAC) e di maxi-afflusso di feriti (PEMAF), costituisce un pilastro fondamentale per la tutela della salute pubblica e per la resilienza dell'intero sistema sanitario regionale;
- il quadro normativo nazionale impone precisi obblighi in materia di gestione delle emergenze e prevenzione incendi nei luoghi di lavoro, ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008 (artt. 18, 43 e 46), del D.M. 3 agosto 2015 e s.m.i., nonché dei D.M. 1, 2 e 3 settembre 2021;
- la Regione del Veneto, con Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 14422 del 09/06/2026, ha approvato le nuove *"Linee di indirizzo regionali per l'aggiornamento dei Piani Aziendali di maxi-afflusso ed evacuazione per le strutture ospedaliere"* (Allegato A) e la *"Check-list per la preparazione della risposta ospedaliera alle maxi-emergenze"* (Allegato B), con l'obiettivo di armonizzare le procedure di evacuazione su scala regionale adottando la metodologia *"all-hazards"* dell'OMS;
- con deliberazione n. 1271 del 31/07/2026, l'Azienda ULSS 7 Pedemontana ha recepito il suddetto provvedimento regionale, stabilendo la revisione integrativa dei Piani di Emergenza Interna (PEI) dei propri presidi ospedalieri ed esplicitando l'adozione delle *"Action Cards"* di reparto e dei registri di tracciamento;

Dato atto che i Presidi Ospedalieri di Bassano del Grappa, Asiago e Santorso dispongono di propri Piani di Emergenza Interna (PEI) – approvati rispettivamente con Deliberazione n. 845/2025 (Bassano), Deliberazione n. 273/2021 (Asiago) e Deliberazione n. 661/2026 (Santorso) – che necessitano di aggiornamento e uniformazione secondo i nuovi requisiti regionali, mediante l'articolazione negli specifici piani operativi di maxi-afflusso (PEIMAF) ed evacuazione (PEVAC);

Considerato che:

- in attuazione di tale percorso di aggiornamento, le Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri, in collaborazione con i Responsabili della UOSD Risk Management e del Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP), hanno elaborato e sottoscritto le procedure operative standardizzate di Evacuazione Ospedaliera (PEVAC) per tutti i presidi aziendali, così codificate:
  - Procedura PR0333 – *"Piano di Evacuazione (PEVAC) – Ospedale di Bassano del Grappa"* (Rev. n. 00 del 19/10/2026);
  - Procedura PR0334 – *"Piano di Evacuazione (PEVAC) – Ospedale di Asiago"* (Rev. n. 00 del 19/10/2026);
  - Procedura PR0335 – *"Piano di Evacuazione (PEVAC) – Ospedale Alto Vicentino (Santorso)"* (Rev. n. 00 del 19/10/2026);
- la condivisione di un'unica matrice procedurale e metodologica per tutti i presidi garantisce l'omogeneità organizzativa dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana e la piena rispondenza ai criteri di *preparedness* prescritti dalla Regione del Veneto;
- l'articolazione tecnica di ciascun Piano PEVAC si fonda sui seguenti due allegati operativi:
  - Allegato 1: "Registro degli Evacuati di Unità Operativa", modello standard per il tracciamento formale e la riconciliazione numerica (Roll Call) dei pazienti durante lo sfollamento;
  - Allegato 2: "Action Cards di Reparto", schede operative tascabili con caselle di spunta composte per guidare in sequenza le azioni del Gestore Locale dell'Emergenza (GLE), delle

Squadre operative di evacuazione (Squadra A - Autonomi/EP1; Squadra B - Dipendenti/EP2; Squadra C - Critici/EP3) e dell'Unità Operativa Ricevente, sia in assetto diurno che notturno.

Verificato che è assicurata la completa interoperabilità e integrazione dei Piani PEVAC sia con i vigenti Piani di Emergenza Interna (PEI) sia con i Piani di Emergenza per il Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) dei rispettivi stabilimenti ospedalieri.

Per quanto sopra, il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale propone pertanto di approvare le procedure operative PEVAC dei Presidi Ospedalieri di Bassano del Grappa, Asiago e Santorso e i relativi allegati tecnici, i cui contenuti si intendono qui integralmente richiamati quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento.

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la relazione e la proposta del Responsabile del procedimento;

Dato atto che il Responsabile dell'U.O.C. competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale, regionale e regolamentare;

Acquisito il parere favorevole dei Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio Sanitari, per quanto di rispettiva competenza.

DELIBERA

1. di richiamare le premesse, quali parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di approvare le seguenti procedure operative di evacuazione ospedaliera (PEVAC) dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana, unitamente ai relativi allegati tecnici, i quali costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:
   - PR0333 - Ospedale di Bassano";
   - PR0334 - Ospedale di Asiago";
   - PR0335 - Ospedale Alto Vicentino";
3. di incaricare le Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri di Bassano del Grappa, Asiago e Santorso della tempestiva attuazione dei Piani, curando la distribuzione capillare delle Action Cards, la formazione del personale operante nelle Unità Operative con degenza e l'allestimento delle cartelline PEVAC di reparto;
4. di dare mandato alle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri, all'UOSD Risk Management e al Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) di pianificare ed eseguire periodiche esercitazioni e prove di evacuazione con l'utilizzo delle Action Cards, provvedendo al riesame post-evento (debriefing) e all'aggiornamento continuo dei Piani;
5. di confermare la piena interoperabilità e integrazione dei Piani PEVAC con i vigenti Piani di Emergenza Interna (PEI) e con i Piani di Emergenza per il Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) dei rispettivi ospedali;
6. di trasmettere il presente provvedimento ai Direttori delle Direzioni Mediche di Presidio, al Responsabile SPP, al Responsabile UOSD Risk Management, ai Direttori delle UU.OO. e alle Organizzazioni Sindacali per quanto di rispettiva competenza;
7. di dare atto che la presente deliberazione viene pubblicata all'albo del sito istituzionale dell'Azienda per 10 gg. continuativi, inviata contestualmente al Collegio Sindacale, e diventa esecutiva il giorno stesso della sua pubblicazione, come da norma regolamentare approvata con deliberazione n. 1386 del 22/07/2022.

INDICE

Premessa	Pag.2
Scopo	Pag.2
Campo di Applicazione	Pag.2
Riferimenti	Pag.2
Definizioni e abbreviazioni	Pag.3
Responsabilità	Pag.4
Modalità Operative	Pag.4
Allegati	Pag.9

DISTRIBUITA A: UUOO afferenti al Presidio Ospedaliero "San Bassiano" di Bassano del Grappa.

	Nome e Funzione	Firma	Data
Compilata da	Pierfrancesco Tricarico Responsabile UOSD Risk Management		19/10/2026
Verificata da	Ettore Masucci Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione		20/10/2026
Approvata da	Francesca Camilli UOC Direzione Medica Bassano		20/10/2026

Revisione	Data	Descrizione delle modifiche
0	19/10/2026	Prima emissione – conforme a DDR n. 14422 del 09/06/2026
1		

PAROLE CHIAVE

PEVAC; Piano di Evacuazione Ospedaliera; Emergenza; PEI;

PREMESSA

La gestione delle emergenze intraospedaliere che richiedono l'evacuazione parziale o totale di una struttura sanitaria rappresenta uno scenario ad elevata complessità organizzativa, clinica e logistica. L'Azienda ULSS 7 Pedemontana, nel rispetto degli indirizzi definiti dalla Giunta Regionale del Veneto con Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 14422 del 09/06/2026 ("Linee di indirizzo regionali per l'aggiornamento dei Piani Aziendali di maxi-afflusso ed evacuazione per le strutture ospedaliere"), ha adottato una pianificazione dell'emergenza strutturata e coordinata.
Il Piano di Evacuazione (PEVAC) definisce le regole generali valide per l'intero Ospedale; le azioni specifiche per ruoli funzionali e per ciascuna Unità Operativa sono declinate operativamente mediante apposite Action Card di reparto.

SCOPO

Gli scopi del PEVAC sono:

- Garantire la salvaguardia della vita e della salute di pazienti, operatori, visitatori e personale delle ditte esterne presenti all'interno del Presidio Ospedaliero "San Bassiano" in presenza di eventi emergenziali di gravità tale da rendere necessario l'allontanamento temporaneo o permanente dai locali;
- Definire in modo chiaro e univoco la catena di comando, i ruoli e le responsabilità nella gestione delle fasi decisionali ed esecutive dell'evacuazione;
- Fornire i criteri generali per la stratificazione clinica dei pazienti e la determinazione delle priorità di evacuazione mediante modelli di "Reverse Triage" validati;
- Assicurare la continuità dell'assistenza sanitaria e delle cure critiche (ventilazione meccanica, farmaci salvavita, supporto vitale) per tutti i degenti durante e dopo le fasi di trasferimento;
- Garantire un sistema rigoroso e tracciabile di registrazione e monitoraggio di tutti i soggetti evacuati o temporaneamente trattenuti;

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il PEVAC si applica in generale a tutte le Unità Operative complesse e semplici, ai Servizi diagnostici e ambulatoriali, alle aree amministrative, tecniche e commerciali del Presidio Ospedaliero "San Bassiano". La modalità operativa con action card, tuttavia, è applicabile solo alle Unità Operative dove siano presenti pazienti degenti.

RIFERIMENTI

- D.G.R. n. 3258 del 21/09/1999 - Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi emergenza nella Regione Veneto;
- D.M. 18 settembre 2002 - Regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, costruzione ed esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- D.G.R. n. 1918 del 25/06/2004 - Organizzazione del soccorso sanitario extraospedaliero nelle grandi emergenze.

- D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i. - Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro (in particolare artt. 18, 43, 45 e 46);
- World Health Organization (WHO) - Hospital Emergency Response Checklist, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2011;
- Massachusetts Department of Public Health (MDPH) – Hospital Evacuation toolkit – Hospital Evacuation Planning Guide, 2014;
- D.M. 19 marzo 2015 e s.m.i. - Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per le strutture sanitarie;
- D.M. 3 agosto 2015 e s.m.i. - Codice di Prevenzione Incendi e D.M. 29 marzo 2021 (RTV Strutture Sanitarie);
- D.M. 1° settembre 2021, D.M. 2 settembre 2021 e D.M. 3 settembre 2021 - Criteri generali per la gestione della sicurezza antincendio nei luoghi di lavoro.
- NHS England - Evacuation and shelter guidance for the NHS in England, Emergency Preparedness, Resilience and Response (EPRR), Version 4, 2023.
- Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 14422 del 09/06/2026 - "Approvazione delle Linee di indirizzo regionali per l'aggiornamento dei Piani Aziendali di maxi-afflusso ed evacuazione per le strutture ospedaliere" (Allegati A e B);

DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

Action card: Documento sintetico, strutturato sotto forma di checklist, che declina operativamente le attività che deve svolgere la figura/squadra durante l'emergenza.
PEVAC (Piano di Evacuazione Ospedaliera): Insieme delle misure organizzative, procedurali e gestionali volte ad assicurare l'allontanamento sicuro e ordinato delle persone da aree minacciate da un pericolo grave e imminente.
PEIMAF: Piano Aziendale di Emergenza Interna per il Maxi-Afflusso di Feriti.
PEI: Piano di Emergenza Interno dell'Ospedale San Bassiano.
CGE (Centro Gestione Emergenze): Locale presidiato h24 situato presso la Portineria dell'Ospedale San Bassiano. Riceve i segnali di allarme antincendio e le chiamate di emergenza al numero interno 8401, fungendo da centrale operativa di allertamento.
CG (Coordinatore Generale dell'Emergenza): Responsabile supremo della direzione strategica dell'emergenza ospedaliera. La carica è ricoperta dal Direttore Medico di Presidio o suo sostituto reperibile (in prima battuta Medico di PS o Medico Anestesista di guardia).
GLE (Gestore Locale dell'Emergenza / Leader di Evacuazione): Figura presente nell'area allarmata o nel reparto (Direttore di UO, Coordinatore Infermieristico o sanitario con maggiore anzianità in turno). Dirige le prime operazioni di evacuazione di reparto e raccorda l'UO con il CG.
AdC (Addetto di Compartimento): Lavoratore designato in ciascun turno per ogni compartimento sanitario, in possesso di Idoneità Tecnica Antincendio, incaricato della prima verifica e del contenimento dell'emergenza.
ASE (Addetti alla Squadra delle Emergenze): Componente operativa antincendio e di soccorso dell'Ospedale, formata da 4 operatori sanitari presenti h24 nei reparti presidiati, dotati di Idoneità Tecnica VV.F. e addestramento APVR (autorespiratori).
OT (Operatori Tecnici Manutentori): 2 operatori tecnici qualificati della ditta manutentrice presenti h24 nel presidio, responsabili della verifica impiantistica, intercettazione utenze e guida dei Vigili del Fuoco.

UDC (Unità di Crisi Ospedaliera): Organismo collegiale strategico di governo dell'emergenza presieduto dal CG e composto dalla Direzione Medica, Servizi Tecnici, Pronto Soccorso.
Reverse Triage (Triage Inverso per l'Evacuazione): Metodologia clinico-assistenziale per la prioritizzazione dei pazienti durante l'evacuazione, basata su mobilità, dipendenza e complessità di cure (Categorie EP1, EP2, EP3).
Spazio Calmo: Luogo sicuro temporaneo, adiacente alle vie di esodo o all'interno di un compartimento antincendio REI, dove gli occupanti possono attendere assistenza per il completamento dell'esodo.
Punti di Raccolta Esterni: Aree sicure all'esterno dell'edificio (identificate da apposita segnaletica da 1 a 9 presso l'Ospedale San Bassiano) in cui si radunano gli evacuati.

RESPONSABILITÀ

Descrizione dell'attività	CG - UDC	GLE	Squadra A	Squadra B	Squadra C
Coordinamento generale emergenza	R				
Evacuazione di Ospedale	R				
Evacuazione di Reparto		R	C	C	C

R= Responsabile, C= collabora, R*= Responsabile per la parte di competenza

GRUPPO DI LAVORO

Pierfrancesco Tricarico, Paolo Francese, Franco Santacaterina, Alexa Bordignon

GRUPPO DI VERIFICA

Ettore Masucci, Cristian Girotto

MODALITÀ OPERATIVE

SISTEMI DI ALLERTA E CATENA DI COMUNICAZIONE

Come previsto dal PEI qualsiasi anomalia, principio di incendio o condizione di pericolo deve essere immediatamente segnalata al Centro Gestione Emergenze (CGE) al numero interno 8401.
La catena di allerta per l'evacuazione si articola come segue:
1) Rilevazione dell'evento: Rilevazione automatica (fumi/calore) o segnalazione manuale (pulsante o chiamata telefonica all'8401).
2) Verifica immediata (Allerta): Il CGE 8401 allerta telefonicamente l'AdC di reparto o gli ASE ed OT per le aree non presidiate (eseguendo la verifica "vero/falso" entro pochi minuti).
3) Conferma Emergenza: In caso di evento confermato, il CGE allerta in sequenza:

- Il Gestore Locale (GLE) dell'Unità Operativa interessata;
- Tutti gli Addetti alla Squadra Emergenze (ASE) via cordless/telefoni brevi;
- Gli Operatori Tecnici (OT);
- Il Coordinatore Generale dell'Emergenza (CG / Direzione Medica);
- Il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco (115) e il SUEM 118 (se disposto dal CG).

4) Convocazione Unità di Crisi: Il CG, tramite il CGE 8401, dispone la convocazione dell'Unità di Crisi Ospedaliera presso la sede prescritta (Portineria/CGE o Direzione Medica).
Nelle fasi 3 e 4, per determinate emergenze (incendio confermato, fuga di gas, allagamento, dissesto statico e terremoto, sversamento sostanze pericolose, blackout energetico totale, azione

dolosa/atto terroristico) può essere necessario ordinare l'evacuazione: **CG o CGE chiederanno alla UO di prendere la valigetta EVACUAZIONE e attivare le Action Card.**

TIPOLOGIE E LIVELLI DI EVACUAZIONE OSPEDALIERA

L'Evacuazione della UO avviene in maniera parziale o totale secondo una logica a modello progressivo, ciascuna con un diverso livello decisionale.

Tipologia Evacuazione	Definizione Operativa	Ambito e Modalità di Attuazione	Autorità Decisionale
Parziale di Reparto	Spostamento momentaneo di pazienti da un locale ad un altro dello stesso compartimento.	Circoscritta a singole stanze o piccoli focolai. I pazienti vengono spostati nelle stanze adiacenti oltre le porte di compartimentazione del reparto.	Gestore Locale (GLE) / Medico di UO / Coordinatore
Totale di Reparto (Esodo Orizzontale Progressivo)	Allontanamento completo di tutti i pazienti dal reparto interessato verso un compartimento adiacente sullo stesso piano.	Consente il passaggio di oltrepassare le porte REI (garantite REI 60/120) verso l'UO di accoglienza/supporto definita nel piano dello stesso piano. Si collocano i pazienti negli spazi di sosta/attesa del compartimento sicuro.	Gestore Locale (GLE) con immediata notifica al CG
Verticale	Trasferimento di persone e pazienti verso piani inferiori o superiori dell'edificio.	Si attua quando il pericolo compromette l'intero piano o la compartimentazione orizzontale. Utilizzo prioritario delle scale protette ed esterne. Gli ascensori non si usano in caso di incendio, fatta eccezione per gli ascensori antincendio L1 ed L5 sotto il controllo esclusivo dei VV.FF.	Coordinatore Generale (CG) / Comando Vigili del Fuoco
Generale dell'Ospedale	Esodo dell'intera popolazione (pazienti, personale, utenti) verso i Punti di Raccolta Esterni.	Applicata in caso di emergenza catastrofica o cedimento strutturale esteso. Richiede l'attivazione del SUEM 118 e della rete regionale per la ridistribuzione dei ricoverati negli altri ospedali dell'ULSS 7 o della Regione.	Coordinatore Generale (CG) di concerto con Comando Vigili del Fuoco

Il PEVAC riguarda tutte le Unità Operative dell'Ospedale ma è necessario distinguere tra:

- **aree amministrative e tecniche:** assenza di soggetti allettati/non deambulanti; l'evacuazione può avvenire senza necessità di pianificare e stratificare l'ordine di uscita;
- **aree ambulatoriali:** presenza ipotetica di soggetti allettati/non deambulanti, che possono evacuare l'area con il caregiver o il personale del Servizio a cui sono stati affidati dopo il deflusso di soggetti deambulanti/autonomi;
- **aree di degenza/gruppo operatorio:** l'evacuazione deve essere pianificata e stratificata.

EVACUAZIONE RAPIDA VS EVACUAZIONE CONTROLLATA DI DEGENZE/GRUPPO OPERATORIO

In base al tempo di preavviso e al livello di minaccia, si distinguono due modalità esecutive dell'evacuazione:

A. **Evacuazione Rapida:** si applica in presenza di pericolo improvviso e imminente (es. esplosione, incendio generalizzato o locale non controllabile); l'evacuazione avviene utilizzando le vie di esodo più vicine, portando in salvo prima le persone più vicine al pericolo (indipendentemente dalla gravità clinica) e successivamente le altre (con criterio Reverse Triage).
B. **Evacuazione Controllata:** si applica quando il tempo a disposizione lo consente (es. incendio contenuto in altro compartimento, criticità impiantistica ad evoluzione lenta); permette di applicare la stratificazione sistematica del Reverse Triage (EP1 -> EP2 -> EP3), la preparazione della documentazione clinica, il recupero dei farmaci e l'organizzazione coordinata del trasporto.

Strategia di stratificazione e priorità clinica (reverse triage)

Nelle Unità Operative, l'ordine di evacuazione applica i principi del *Reverse Triage* (Triage Inverso): a differenza del triage ordinario da maxi-afflusso (dove si curano prima i più gravi), durante l'evacuazione interna si evacuano per primi i pazienti più autonomi e meno complessi.
Qualora i pazienti dovessero poi rientrare presso il Reparto o essere trasferiti all'esterno, la priorità sarà nuovamente riservata ai più critici.

La stratificazione clinica suddivide i pazienti in tre categorie di priorità per l'esodo dal reparto:

Categoria Evacuazione Reparto	**Priorità Esodo Reparto**	**Descrizione e Caratteristiche Cliniche**	**Risorse e Modalità di Trasporto**	**Priorità Trasferimento Esterno (AD ALTRI OSPEDALI)**
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	**1° PRIORITÀ (Evacuare per PRIMI)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	1 operatore/volontario può guidare un gruppo di 5-10 pazienti verso il Luogo Sicuro o Punto di Raccolta. Nessun presidio richiesto.	**P3** (Trasferiti/Dimessi per ULTIMI dal **luogo sicuro)**
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	**2° PRIORITÀ (Evacuare per SECONDI)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	Richiedono 1-2 operatori. Trasporto tramite sedia a rotelle, sedia portantina, telo d'evacuazione o letto di degenza.	**P2** (Trasferiti per SECONDI verso altri ospedali)
EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	**3° PRIORITÀ (Evacuare per ULTIMI)**	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	Richiedono da 2 a 4 operatori qualificati (medico/infermiere). Trasporto su letto/barella con monitoraggio continuativo e bombole O2 portatili.	**P1** (Stabilizzati e trasferiti per **PRIMI** verso Terapie Intensive esterne)

FASI DELL'EVACUAZIONE

L'evacuazione di un'Unità Operativa si articola in 5 fasi operative sequenziali:

Fase 1 - Attivazione e Preparazione Reparto: Il GLE riceve la conferma dell'emergenza o rileva il pericolo, assegna i compiti al personale (Squadre), lancia l'allerta interna e fa predisporre i pazienti. Il modello standard della distribuzione dei compiti si basa sul *worst case scenario* (dotazione notturna):

Ruolo	Componenti	Compito	Eventuale supporto se presente
GLE	Medico di guardia AdC Sanitario con maggiore anzianità di servizio	Coordinamento	Direttore UO Coordinatore UO Medico di guardia Sanitario con maggiore anzianità di servizio
Squadra A	OSS (o infermiere)	Evacuazione EP1	ASE Altri OSS o infermieri in turno Caregiver presenti
Squadra B	2 Infermieri	Evacuazione EP2	Altri infermieri in turno Infermiere da UO Ricevente
Squadra C	Medico e infermiere	Evacuazione EP3	Altri medici

Fase 2 - Evacuazione Pazienti EP1 (Deambulanti): La Squadra A raccoglie i pazienti autonomi, fa indossare loro le calzature e una coperta/giacca, e li guida in gruppo verso il Luogo Sicuro di reparto/compartimento o Punto di Raccolta.

Fase 3 - Evacuazione Pazienti EP2 (Dipendenti) ed EP3 (Critici): Le Squadre B e C e le squadre ASE trasportano i pazienti allettati tramite sedie o letti; per i pazienti EP3 si garantisce la continuità della ventilazione (pallone AMBU/ventilatore da trasporto) e delle infusioni salvavita.

Fase 4 - Recupero Presidi Essenziali e Cartelle Cliniche: La Squadra A preleva la documentazione clinica (o supporti informatici portatili) e il registro evacuati.

Fase 5 - Bonifica del Reparto e Check Finale: Il GLE ed il Caposquadra ASE eseguono un sopralluogo finale in tutti i locali (stanze, bagni, depositi, studi) per verificare che non vi sia rimasto nessuno. Si chiudono le porte e le finestre.

SISTEMA DI TRACCIAMENTO: REGISTRO EVACUATI E REGISTRO EVACUAZIONE DIFFERITA

Durante tutte le fasi dell'evacuazione, deve essere garantito il tracciamento formale dei pazienti spostati, al fine di evitare la dispersione delle informazioni e garantire la sicurezza clinica.

Registro degli Evacuati di UO: Il GLE o un suo delegato (es. Coordinatore/Infermiere) compila il registro riportando per ciascun paziente: Nome e Cognome, Data di Nascita, Categoria di Priorità (EP1/EP2/EP3), Reparto di Destinazione/Luogo Sicuro, Ora di Spostamento e Firma dell'operatore.

Il registro è contenuto nella cartellina PEVAC assieme alle action card di Reparto.

Qualora per eccezionali motivi clinici, strutturali o di rischio estremo per gli operatori si renda necessario posticipare temporaneamente l'evacuazione di un paziente EP3/critico, tale decisione deve essere assunta congiuntamente da due clinici e motivata sul registro; a quel punto sarà necessario raccordarsi direttamente con il Comandante dei Vigili del Fuoco per predisporre mezzi straordinari di estricazione e soccorso ad elevata protezione.

MESSA IN SICUREZZA DELLE AREE EVACUATE

Al termine del completamento dell'esodo di un compartimento o reparto:

- Tutte le finestre e le porte delle stanze devono essere chiuse (non a chiave);
- Le porte tagliafuoco (REI) dei compartimenti devono essere rilasciate e chiuse;
- Sulla porta d'ingresso del reparto evacuato deve essere affisso il cartello (inserito nella cartella PEVAC di Reparto) "*AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO*" con ora e firma del GLE;
- Gli Operatori Tecnici (OT) provvedono all'intercettazione selettiva delle linee elettriche e dei gas medicali del compartimento abbandonato, previa conferma del GLE.

CONTINUITÀ DELLE CURE CRITICHE E GESTIONE DELLE LINEE VITALI

Durante l'evacuazione delle aree ad alta intensità di cura (Terapia Intensiva, UTIC, Blocco Operatorio, Neonatologia):

- Devono essere impiegati esclusivamente ventilatori polmonari da trasporto dotati di batteria autonoma o sistemi di ventilazione manuale con pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola d'ossigeno portatile;
- Le pompe infusionali eroganti farmaci inotropi, antiaritmici o anestetici devono essere mantenute attive a batteria;
- Nelle aree di accoglienza temporanea deve essere garantita la presenza di prese di alimentazione elettrica sotto gruppo elettrogeno/UPS e attacchi/bombole di gas medicali.

EVACUAZIONE VERTICALE

L'Evacuazione Verticale avviene solamente su decisione del CG di concerto con l'Unità di Crisi e in condivisione con i Vigili del Fuoco.

Le scale e gli ascensori dedicati all'evacuazione verticale sono:

- Ascensori della torre esterna **L1** e **L5** (Panoramico) contrassegnati dalla segnaletica "ASCENSORE ANTINCENDIO" solo con autorizzazione dei VVFF;
- Scale antincendio della torre esterna;
- Scale esterne perimetrali al Blocco Principale e Blocchi Secondari.

L'ordine di evacuazione dei Piani più razionale in funzione dell'emergenza più probabile e a più veloce propagazione (incendio) è il seguente:

1. **Piano dell'evento (Piano N):** evacuazione immediata verso i piani sottostanti (almeno a N-2, ossia due più in basso).
2. **Piano immediatamente superiore (Piano N+1):** priorità critica dovuta alla naturale risalita di calore e fumi tossici.
3. **Piano immediatamente inferiore (Piano N-1):** priorità per prevenire il coinvolgimento dovuto a crolli, percolazione di acqua o propagazione verticale degli impianti.
4. **Piani superiori rimanenti (da N+2 fino all'11° piano):** evacuazione progressiva dall'alto verso il basso (o dal piano più vicino all'evento a salire, a seconda della tenuta dei filtri a prova di fumo) per evitare che i pazienti dei piani alti restino intrappolati al di sopra della zona incendiata.
5. **Piani inferiori rimanenti (da N-2 al piano terra):** evacuazione successiva, mantenendo i piani intermedi come aree di sosta temporanea dei piani superiori evacuati.

L'evacuazione verticale segue le stesse regole, passaggi e squadre dell'evacuazione orizzontale che di norma la precede: i primi a spostarsi dal Piano saranno i Pazienti EP1 con la Squadre A, poi i Pazienti Ep2 con le Squadre B, infine i Pazienti Ep3 con le Squadre C.

I Vigili del Fuoco rimangono comunque la figura di riferimento per la gestione di un'evacuazione verticale e generale, e possono decidere diversamente da quanto sopra riportato.

COMUNICAZIONE IN EMERGENZA

- **Comunicazione Interna tra Operatori:** Avviene preferibilmente mediante rete telefonica fissa, telefoni cordless d'emergenza, sistemi di filodiffusione EVAC.
- **Messaggi ai Degenti/Utenti:** I messaggi eventualmente diramati via filodiffusione sono predefiniti, chiari e finalizzati ad evitare il panico.

CHIUSURA DELL'EMERGENZA, RIPRISTINO, DEBRIEFING E SUPPORTO

La fase post-emergenziale si articola nei seguenti passaggi obbligatori:

1. **Dichiarazione di Fine Emergenza:** È pronunciata dal Coordinatore Generale (CG) di concerto con il Comandante dei Vigili del Fuoco a seguito del completo ripristino delle condizioni di sicurezza.
2. **Valutazione di Agibilità Strutturale ed Impiantistica:** I Servizi Tecnici Aziendali, unitamente ai VVFF, verificano l'agibilità dei locali e il perfetto funzionamento dei sistemi antincendio, elettrici e dei gas medicali prima del rientro dei pazienti.
3. **Debriefing Operativo:** Entro 24-72 ore dal termine dell'emergenza, vengono organizzate sessioni di debriefing con gli operatori coinvolti per analizzare le criticità emerse, valutare l'efficacia della risposta e aggiornare i piani aziendali.
4. **Supporto Psicologico:** Viene attivato lo sportello psicologico per il sostegno agli operatori sanitari e delle famiglie dei pazienti sottoposti a stress acuto.
5. **Relazione Post-Evento dell'Unità di Crisi:** Entro 7 giorni dalla chiusura, l'Unità di Crisi redige una relazione dettagliata per la Direzione Strategica.

GESTIONE E DISPONIBILITÀ DELLE ACTION CARD E DEI MATERIALI DI EVACUAZIONE

Poiché la declinazione operativa del Piano avviene tramite le action card è indispensabile che tutto il materiale sia contenuto in una **cartellina rossa** chiaramente identificabile con la scritta EVACUAZIONE conservata in un posto noto ed accessibile a tutto il personale di UO, idealmente in diretta prossimità del telefono al quale può arrivare la chiamata della CGE.
Il contenuto della cartellina per ogni UO è:

- 3 copie di Action card per ogni ruolo **presente** (GLE, Squadra A, Squadra B, Squadra C, UO Ricevente)
- 3 copie del registro evacuazione per ogni ruolo presente, allegate alle relative action card.
- 4 copie del cartello *"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"*

La cartellina con del Coordinatore Generale (CG) è ubicata in Pronto Soccorso (a fianco a quella del PEIMAF ove previsto) e contiene:

- 3 copie di Action card CG con relative mappe.

INDICATORI

N di esercitazioni "Prova di Evacuazione" con utilizzo delle action card e relativo debriefing.

ALLEGATI

- Allegato 1: Modello Standard di "Registro degli Evacuati di Unità Operativa"
- Allegato 2: Action card di Evacuazione di UO
- Allegato 3: Cartello *"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"*

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA	DIREZIONE SANITARIA	REGISTO EVACUAZIONE PR__
	DIREZIONE MEDICA BASSANO	Rev. n.00

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE DI BASSANO

UO:_____ **UO/Luogo Sicuro:_____**

N°	Cognome e Nome Paziente	Data Nascita	Stanza / Letto	EP1	EP2	EP3	Ora Esodo	Note	Firma ricevente
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA	DIREZIONE SANITARIA	REGISTO EVACUAZIONE PR__
	DIREZIONE MEDICA BASSANO	Rev. n.00

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE DI BASSANO

N°	Cognome e Nome Paziente	Data Nascita	Stanza / Letto	EP1	EP2	EP3	Ora Esodo	Note	Firma ricevente
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA	DIREZIONE SANITARIA	REGISTO EVACUAZIONE PR__
	DIREZIONE MEDICA BASSANO	Rev. n.00

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE DI BASSANO

N°	Cognome e Nome Paziente	Data Nascita	Stanza / Letto	EP1	EP2	EP3	Ora Esodo	Note	Firma ricevente
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA	DIREZIONE SANITARIA	REGISTO EVACUAZIONE PR__
	DIREZIONE MEDICA BASSANO	Rev. n.00

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE DI BASSANO

N°	Cognome e Nome Paziente	Data Nascita	Stanza / Letto	EP1	EP2	EP3	Ora Esodo	Note	Firma ricevente
31									
32									
33									
34									
35									
66									
37									
38									
39									
40									

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE DI BASSANO

N°	Cognome e Nome Paziente	Data Nascita	Stanza / Letto	EP1	EP2	EP3	Ora Esodo	Note	Firma ricevente
41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									

RIEPILOGO RICONCILIAZIONE E CHECK FINALE REPARTO (ROLL CALL):

Totale Pazienti Presenti ad inizio turno: _____ | Totale Evacuati Registrati: _____ | Pazienti Differiti: _____

☐ **CHECK BONIFICA REPARTO EFFETTUATO:** Tutti i locali verificati, stanze vuote, porte REI chiuse.

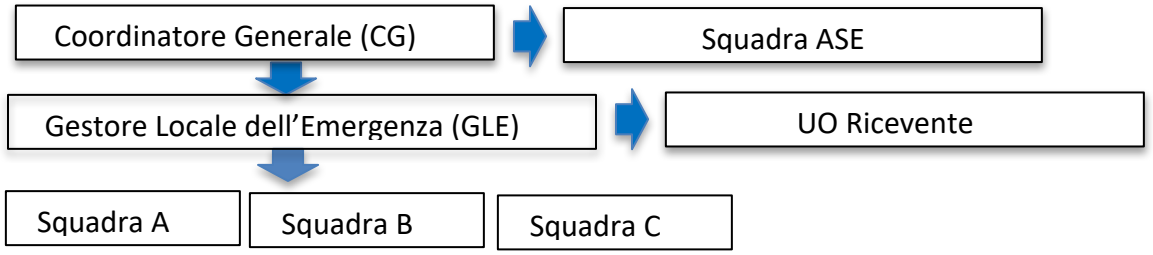
Firma Gestore Locale (GLE): _____ Ora Completamento: ____:____

COORDINATORE GENERALE (CG)

(Direttore Medico/Reperibile Direzione Medica/Medico Pronto Soccorso/Anestesista)

RUOLO: Responsabile del coordinamento dell'evacuazione di singole UO, del comando e del coordinamento dell'evacuazione verticale e generale.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Reperibile Direzione Medica o Direttore Medico quando arriva presso l'Unità di Crisi.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **VALUTA ENTITÀ DELL'EMERGENZA:** Ricevi tramite **CGE 8401** notifica di emergenza che può comportare evacuazione (incendio confermato, fuga di gas, allagamento, dissesto statico e terremoto, sversamento sostanze pericolose, blackout energetico totale, azione dolosa/atto terroristico); se possibile recati in loco per valutare concretamente l'entità della minaccia.

☐ **EVACUAZIONE ORIZZONTALE (CONTROLLATA PARZIALE O TOTALE) DI REPARTO:** in base alle informazioni raccolte e alle valutazioni effettuate comunica personalmente (se sei in loco) o tramite **CGE 8401** la necessità di evacuare parzialmente o totalmente il reparto; tieni presente che il **GLE** può aver già iniziato l'evacuazione (sia rapida che controllata).

Lo schema di evacuazione Totale dei Reparti del PO San Bassiano è il seguente:

Piano	Lato Ovest	Verso	Lato Est
11	ODC 3359		Cantiere aperto
10	Medicina Generale 8601-8916		Gastro/Nefro 8049, Pneumologia 8603-8614
9	Geriatria 8588-8025		CDC/Vulnologia, Psichiatria 9596-9597
8	No degenze		No degenze
7	Chir. Generale e Vascolare 8565-8568		Ortopedia 8494-8698
6	Neurologia 8525-8524		Pediatria 9250-8011
5	Ginecologia 8505-8506		Ostetricia/Patologia neonatale 8507-8508
4	No degenze (DH Chirurgico 8496-8499)		Chirurgie Specialistiche 8017-8843
3	Tecnico		Tecnico

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE DI BASSANO

Piano	Da/a	Verso	Da/a
2	Rianimazione 8804-8738 UTIC 8802-3346	⇔	Blocco Operatorio 8800-8001 Cardiologia 8544-5392
1	No degenze		No degenze
0	Pronto Soccorso		No degenze (Radiologia 5045-8065)

☐ **EVACUAZIONE VERTICALE E EVACUAZIONE GENERALE:** nel caso sia necessario evacuare verticalmente o in toto l'edificio, la decisione deve essere presa di concerto con i Vigile del Fuoco.

Le scale e gli ascensori dedicati all'evacuazione verticale sono:

- Ascensori della torre esterna **L1** e **L5** (Panoramico) contrassegnati dalla segnaletica "ASCENSORE ANTINCENDIO" solo con autorizzazione dei VVFF;
- Scale antincendio della torre esterna;
- Scale esterne perimetrali al Blocco Principale e Blocchi Secondari.

L'ordine di evacuazione dei Piani più razionale in funzione dell'emergenza più probabile e a più veloce propagazione (incendio) è il seguente:

1. **Piano dell'evento (Piano N):** evacuazione immediata verso i piani sottostanti (almeno a N-2, ossia due più in basso).
2. **Piano immediatamente superiore (Piano N+1):** priorità critica dovuta alla naturale risalita di calore e fumi tossici.
3. **Piano immediatamente inferiore (Piano N-1):** priorità per prevenire il coinvolgimento dovuto a crolli, percolazione di acqua o propagazione verticale degli impianti.
4. **Piani superiori rimanenti (da N+2 fino all'11° piano):** evacuazione progressiva dall'alto verso il basso (o dal piano più vicino all'evento a salire, a seconda della tenuta dei filtri a prova di fumo) per evitare che i pazienti dei piani alti restino intrappolati al di sopra della zona incendiata.
5. **Piani inferiori rimanenti (da N-2 al piano terra):** evacuazione successiva, mantenendo i piani intermedi come aree di sosta temporanea dei piani superiori evacuati.

I Vigili del Fuoco rimangono comunque la figura di riferimento per la gestione di un'evacuazione verticale e generale, e possono decidere diversamente da quanto sopra riportato.

L'evacuazione verticale segue le stesse regole, passaggi e squadre dell'evacuazione orizzontale che di norma la precede: dai indicazione ai GLE che i primi a spostarsi dal Piano saranno i Pazienti EP1 con la Squadre A, poi i Pazienti Ep2 con le Squadre B, infine i Pazienti Ep3 con le Squadre C.

☐ **DICHIARAZIONE DI CHIUSURA EVACUAZIONE:** Al termine di tutte le procedure di evacuazione ricevi il report dal/dai GLE (includerà il registro di evacuazione e le schede delle squadre coinvolte); a seguito del completo ripristino delle condizioni di sicurezza E ottenuto l'ok dei Vigili del Fuoco, dichiara chiusa la fase di evacuazione.

☐ (**Entro 24-72 ore dalla chiusura) DEBRIEFING POST-EMERGENZA:** Organizza uno o più sessioni di debriefing con gli operatori coinvolti per analizzare le criticità emerse, valutare l'efficacia della risposta e aggiornare i piani aziendali.

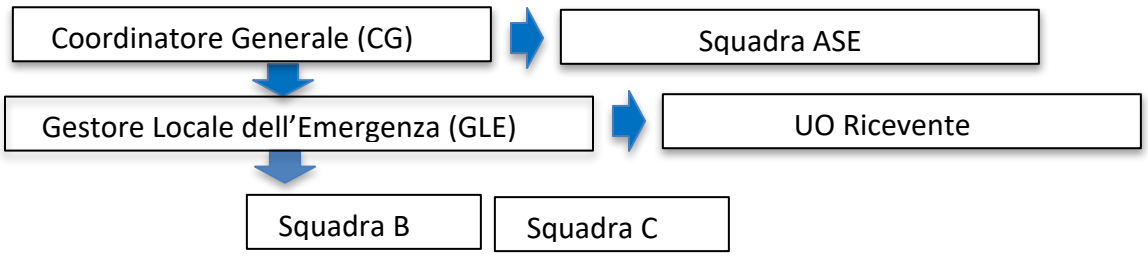
☐ (**Entro 7 giorni dalla chiusura) RELAZIONE POST-EVENTO: con** l'Unità di Crisi predisponi una relazione dettagliata per la Direzione Strategica.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore Medico/Direttore UO Anestesia e Rianimazione/Coordinatore Infermieristico/Anestesista di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione del Blocco Operatorio.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	5 matt 3 pom 0 notte
EP3 - Critici (Non	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di	4 matt 2 pom

Autosufficienti)	intervento chirurgico.	2 notte

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
B	2 infermieri 2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.
C	Medico e infermiere Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
B	2 infermieri 2 infermieri 2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.
C	Medico e infermiere Medico e infermiere Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **PREDISPOSIZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza/Supporto (**Rianimazione 8804-8738**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra B o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

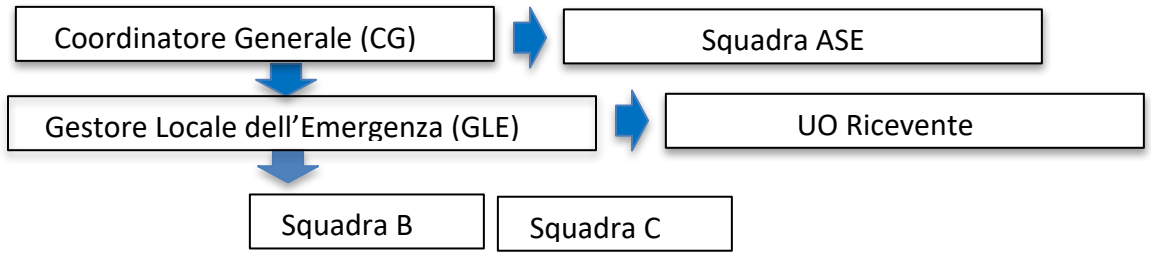
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. (Rianimazione). Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.
Se notte: l'infermiere con minore anzianità di servizio rimane presso il Blocco Operatorio a sorvegliare i pazienti man mano che giungono, l'altro infermiere della coppia ritorna in Rianimazione e presidia i pazienti non ancora trasferiti.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici

portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

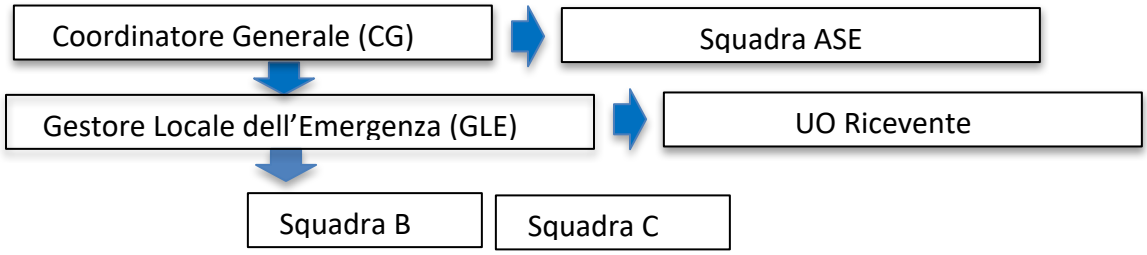
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA C – EVACUAZIONE EP3- CRITICI

(Medico e infermiere – in coppia)

RUOLO: Trasporto protetto e continuità assistenziale dei pazienti critici o con supporto vitale (Priorità 3 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO E VALUTAZIONE CLINICA:** Ricevi l'ordine dal GLE di evacuare i pazienti categoria **EP3 (Critici)**. Verifica la stabilità clinica per il trasporto.

☐ **GARANZIA CONTINUITÀ DELLE LINEE VITALI:**

- Passa la ventilazione meccanica da rete fissa a **ventilatore polmonare da trasporto a batteria** o prepara pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola O2 portatile da trasporto.
- Verifica che le pompe infusionali con farmaci salvavita (inotropi, anestetici) siano commutate su alimentazione autonoma a batteria.
- Solleva e fissa tutti i monitor multiparametrici portatili e presidi invasivi.

☐ **DISCONNESSIONE APPARECCHIATURE NON ESSENZIALI:** Scollega rapidamente sistemi di emodialisi/CRRT, aspirazioni fisse (sostituire con aspiratori portatili se necessario) e macchinari non vitali per ridurre l'ingombro.

☐ **TRASPORTO DEDICATO E SCORTA SANITARIA:** Trasporta il paziente su letto/barella con scorta continua di almeno 1 Medico ed 1 Infermiere. Se disponibili chiedi l'ausilio di 2 addetti ASE per la spinta del letto lungo il percorso d'esodo protetto.

☐ **COORDINAMENTO PER ELEVATO RISCHIO:** Se le condizioni cliniche del paziente rendono il trasporto ad altissimo rischio di decesso immediato o vi sono ostacoli strutturali impraticabili, segnala immediatamente la condizione al GLE per l'attivazione dell'**Evacuazione Differita** con protezione in situ/VVF.

☐ **PRESA IN CARICO NEL LUOGO SICURO CRITICO:** Posiziona i pazienti nell'area ad alta intensità dell'UO Accoglienza (Rianimazione), partendo dalle pre-sale, ricollega i gas medicali e l'alimentazione elettrica di rete/UPS e mantieni il monitoraggio continuo dei parametri vitali. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente in BO (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP3 fino al completamento dell'area assegnata.

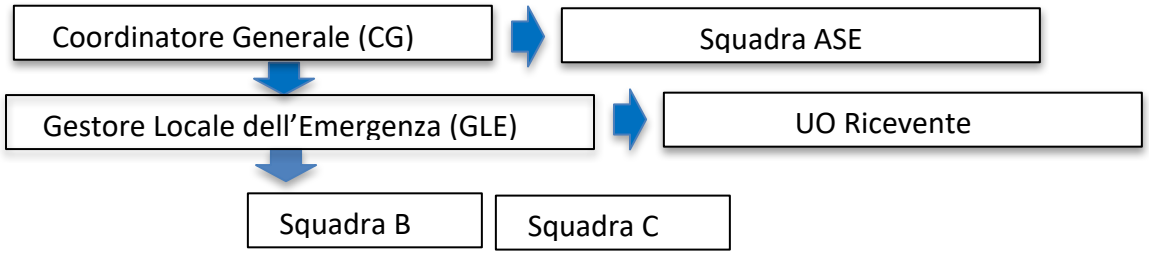
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dalla Rianimazione e/o dall'UTIC.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) del reparto allarmato o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 8401).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): Area transfer.
- Area EP2 (Dipendenti): Area transfer, poi pre-sala
- Area EP3 (Critici): pre-sala, partendo dal più lontano rispetto all'ingresso del BO.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	4 UTIC
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	4 UTIC 5 RIA
EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	2 UTIC 9 RIA

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.

- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

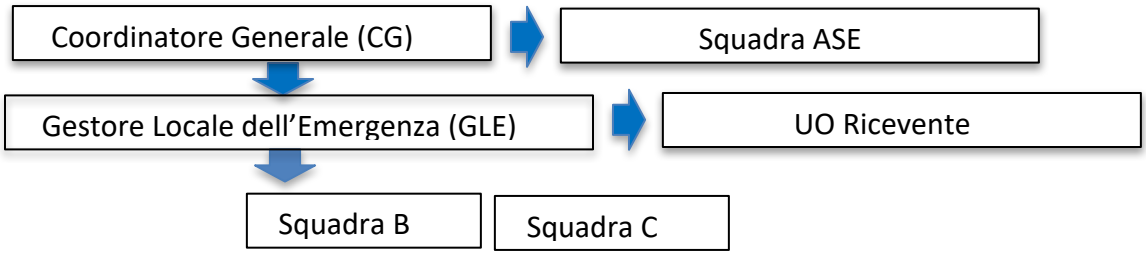
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore Infermieristico/Medico di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione della Cardiologia.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	18
EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	2

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
B	2 infermieri Oppure 1 infermiere+ASE	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.
C	Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
B	2 infermieri 1 infermiere+ASE	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.
C	Medico e infermiere Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **PREDISPOSIZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza/Supporto (**UTIC 8802-3346**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra B o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

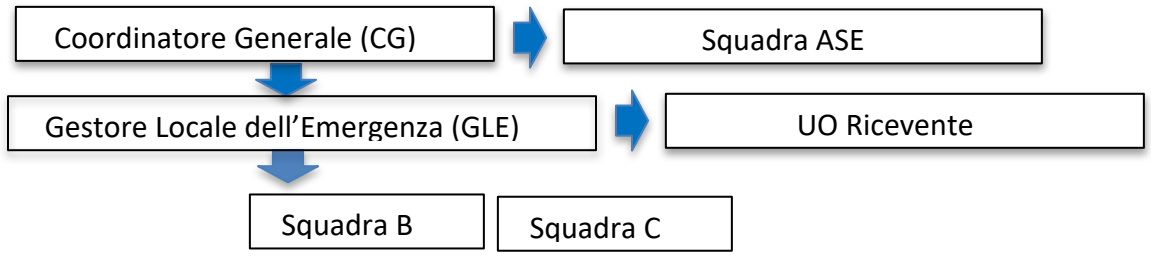
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. (UTIC). Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

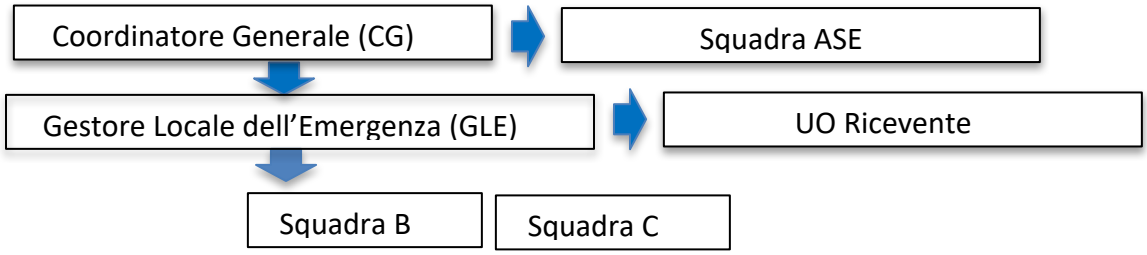
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA C – EVACUAZIONE EP3- CRITICI

(Medico e infermiere – in coppia)

RUOLO: Trasporto protetto e continuità assistenziale dei pazienti critici o con supporto vitale (Priorità 3 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO E VALUTAZIONE CLINICA:** Ricevi l'ordine dal GLE di evacuare i pazienti categoria **EP3 (Critici)**. Verifica la stabilità clinica per il trasporto.

☐ **GARANZIA CONTINUITÀ DELLE LINEE VITALI:**

- Passa la ventilazione meccanica da rete fissa a **ventilatore polmonare da trasporto a batteria** o prepara pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola O2 portatile da trasporto.
- Verifica che le pompe infusionali con farmaci salvavita (inotropi, anestetici) siano commutate su alimentazione autonoma a batteria.
- Solleva e fissa tutti i monitor multiparametrici portatili e presidi invasivi.

☐ **DISCONNESSIONE APPARECCHIATURE NON ESSENZIALI:** Scollega rapidamente sistemi di emodialisi/CRRT, aspirazioni fisse (sostituire con aspiratori portatili se necessario) e macchinari non vitali per ridurre l'ingombro.

☐ **TRASPORTO DEDICATO E SCORTA SANITARIA:** Trasporta il paziente su letto/barella con scorta continua di almeno 1 Medico ed 1 Infermiere. Se disponibili chiedi l'ausilio di 2 addetti ASE per la spinta del letto lungo il percorso d'esodo protetto.

☐ **COORDINAMENTO PER ELEVATO RISCHIO:** Se le condizioni cliniche del paziente rendono il trasporto ad altissimo rischio di decesso immediato o vi sono ostacoli strutturali impraticabili, segnala immediatamente la condizione al GLE per l'attivazione dell'**Evacuazione Differita** con protezione in situ/VVF.

☐ **PRESA IN CARICO NEL LUOGO SICURO CRITICO:** Posiziona i pazienti nell'area ad alta intensità dell'UO Accoglienza (UTIC), partendo dalle pre-sale, ricollega i gas medicali e l'alimentazione elettrica di rete/UPS e mantieni il monitoraggio continuo dei parametri vitali. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente in BO (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP3 fino al completamento dell'area assegnata.

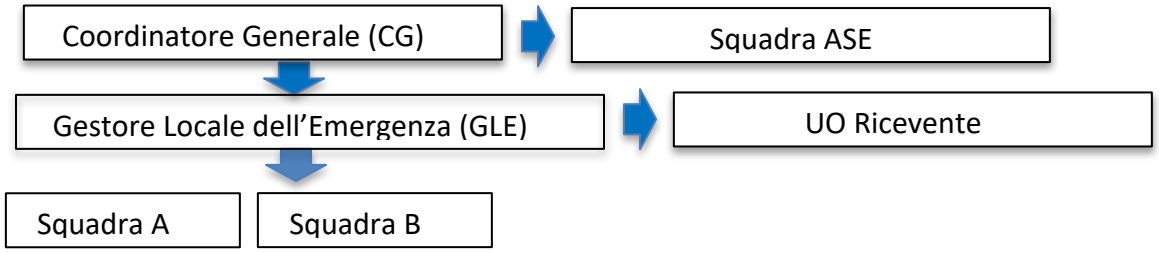
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore Infermieristico/Medico di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Chirurgia Generale e Vascolare.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	4
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo,	36

	drenaggio).	

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS (ASE)	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 medici	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	2 OSS Eventuali caregiver presenti	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri Medico e infermiere OSS e infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 8401** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale area medica e/o il cardiologo). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Ortopedia 8494-8698**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla

porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

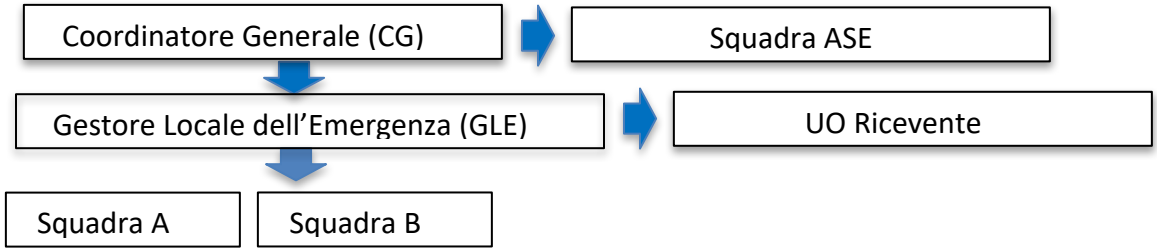
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS -ASE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Ortopedia), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

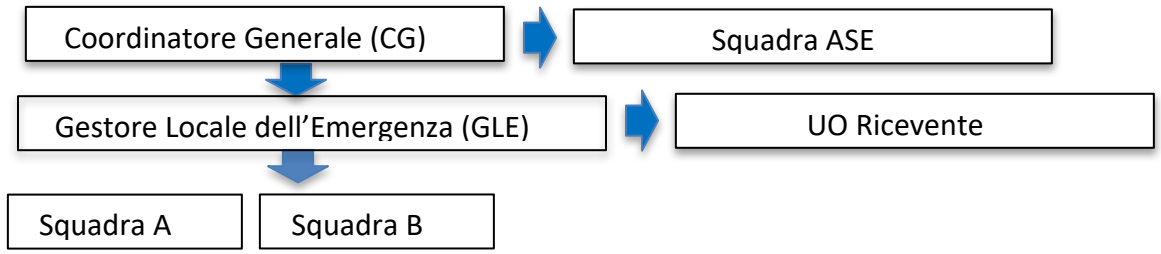
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri, coppia di medici)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (Ortopedia) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

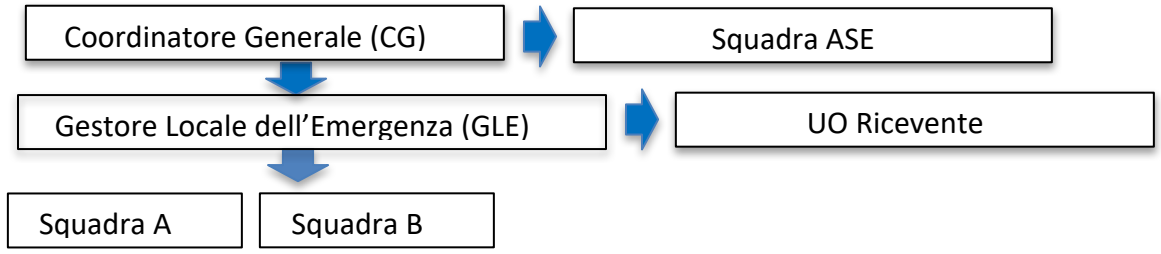
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dall'Ortopedia.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) dell'Ortopedia o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 8401).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): Soggiorno.
- Area EP2 (Dipendenti): Posiziona i pazienti in sedia in modo ordinato partendo dal soggiorno, poi le stanze di degenza (partendo dal fondo del reparto), infine lungo i corridoi.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	2
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	38

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti

nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

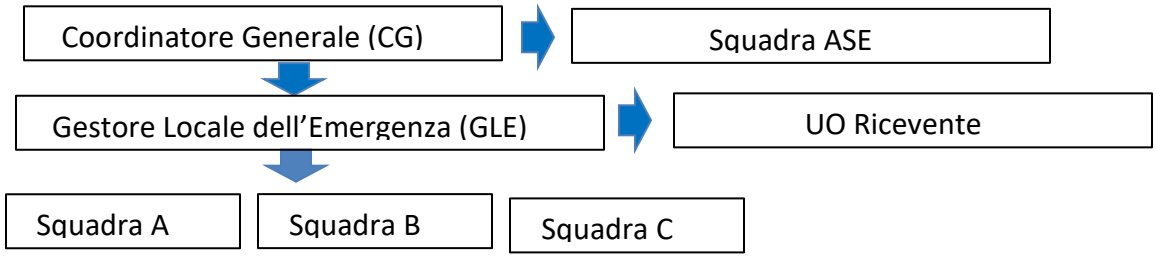
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore Infermieristico/Medico di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Chirurgie Specialistiche e Week Surgery.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie (tenuto presente che tutti hanno un caregiver).

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	14
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo,	6 (+22)

	drenaggio).	
Critici	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico	2 (solo diurno)

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS (ASE) se WS aperta	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**DH Chirurgico 8496-8499)** Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri, medico se WS aperta	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**DH Chirurgico 8496-8499**)

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**DH Chirurgico 8496-8499**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 1 medico e 1 infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**DH Chirurgico 8496-8499**)
C	Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**DH Chirurgico 8496-8499**)

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 8401** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale area chirurgica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**DH Chirurgico 8496-8499 solo diurno**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

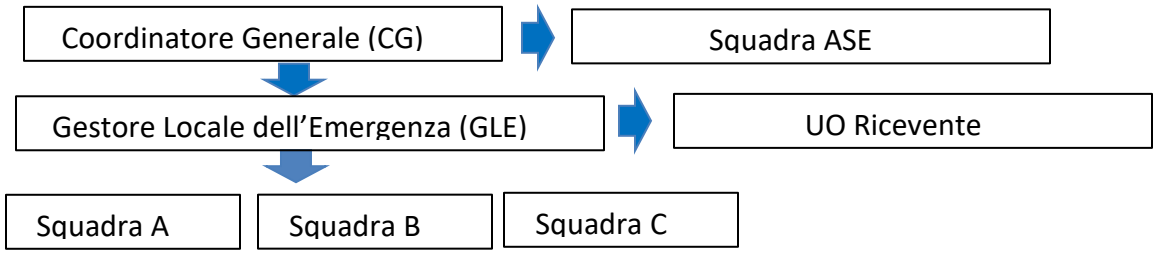
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS -ASE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**DH Chirurgico 8496-8499 solo diurno**) assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

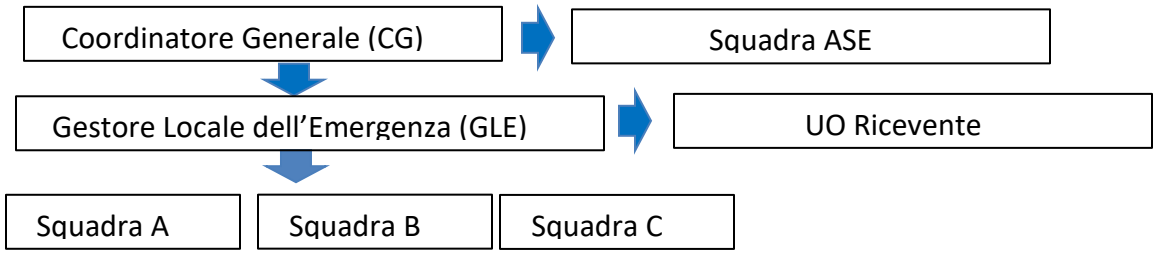
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (**DH Chirurgico 8496-8499 solo diurno**) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

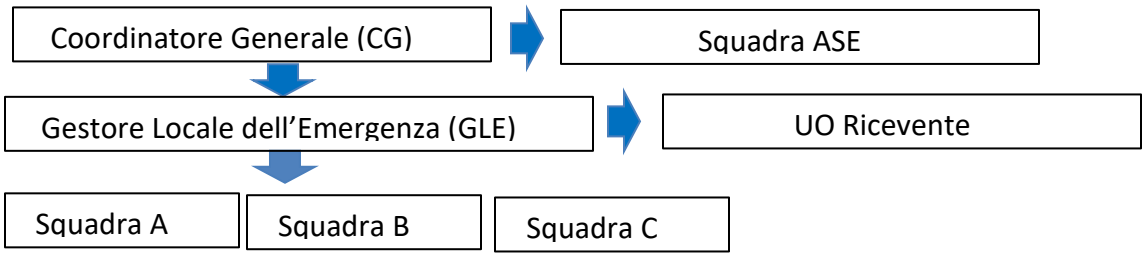
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA C – EVACUAZIONE EP3- CRITICI

(Medico e infermiere – in coppia)

RUOLO: Trasporto protetto e continuità assistenziale dei pazienti critici o con supporto vitale (Priorità 3 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO E VALUTAZIONE CLINICA:** Ricevi l'ordine dal GLE di evacuare i pazienti categoria **EP3 (Critici)**. Verifica la stabilità clinica per il trasporto.

☐ **GARANZIA CONTINUITÀ DELLE LINEE VITALI:**

- Passa la ventilazione meccanica da rete fissa a **ventilatore polmonare da trasporto a batteria** o prepara pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola O2 portatile da trasporto.
- Verifica che le pompe infusionali con farmaci salvavita (inotropi, anestetici) siano commutate su alimentazione autonoma a batteria.
- Solleva e fissa tutti i monitor multiparametrici portatili e presidi invasivi.

☐ **DISCONNESSIONE APPARECCHIATURE NON ESSENZIALI:** Scollega rapidamente sistemi di emodialisi/CRRT, aspirazioni fisse (sostituire con aspiratori portatili se necessario) e macchinari non vitali per ridurre l'ingombro.

☐ **TRASPORTO DEDICATO E SCORTA SANITARIA:** Trasporta il paziente su letto/barella con scorta continua di almeno 1 Medico ed 1 Infermiere. Se disponibili chiedi l'ausilio di 2 addetti ASE per la spinta del letto lungo il percorso d'esodo protetto.

☐ **COORDINAMENTO PER ELEVATO RISCHIO:** Se le condizioni cliniche del paziente rendono il trasporto ad altissimo rischio di decesso immediato o vi sono ostacoli strutturali impraticabili, segnala immediatamente la condizione al GLE per l'attivazione dell'**Evacuazione Differita** con protezione in situ/VVF.

☐ **PRESA IN CARICO NEL LUOGO SICURO CRITICO:** Posiziona i pazienti nell'area ad alta intensità dell'UO Accoglienza (**DH Chirurgico 8496-8499 solo diurno**) partendo dagli ambulatori chirurgici, ricollega i gas medicali e l'alimentazione elettrica di rete/UPS e mantieni il monitoraggio continuo dei parametri vitali. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente in BO (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP3 fino al completamento dell'area assegnata.

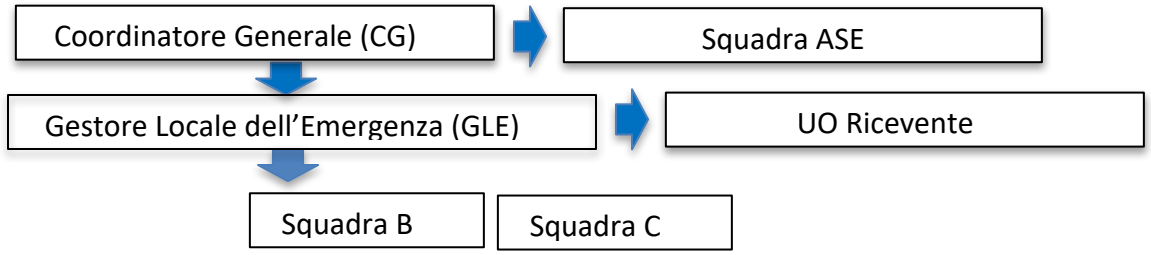
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO /Coordinatore Infermieristico/Medico di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Emodinamica.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	1
EP3 - Critici (Non	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di	1

Autosufficienti)	intervento chirurgico.	

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.
C	Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.
C	Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **PREDISPOSIZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza/Supporto (**UTIC 8802-3346).**

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra B o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

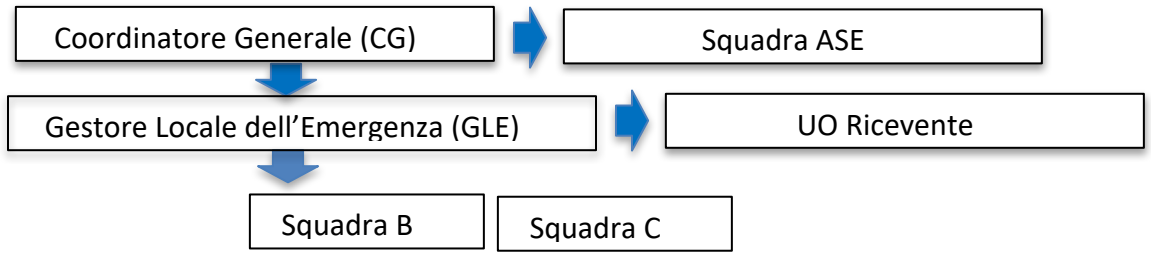
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. (UTIC). Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

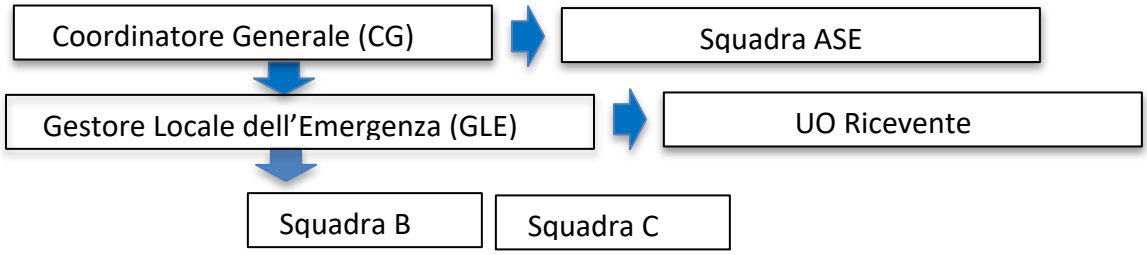
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA C – EVACUAZIONE EP3- CRITICI

(Medico e infermiere – in coppia)

RUOLO: Trasporto protetto e continuità assistenziale dei pazienti critici o con supporto vitale (Priorità 3 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO E VALUTAZIONE CLINICA:** Ricevi l'ordine dal GLE di evacuare i pazienti categoria **EP3 (Critici)**. Verifica la stabilità clinica per il trasporto.

☐ **GARANZIA CONTINUITÀ DELLE LINEE VITALI:**

- Passa la ventilazione meccanica da rete fissa a **ventilatore polmonare da trasporto a batteria** o prepara pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola O2 portatile da trasporto.
- Verifica che le pompe infusionali con farmaci salvavita (inotropi, anestetici) siano commutate su alimentazione autonoma a batteria.
- Solleva e fissa tutti i monitor multiparametrici portatili e presidi invasivi.

☐ **DISCONNESSIONE APPARECCHIATURE NON ESSENZIALI:** Scollega rapidamente sistemi di emodialisi/CRRT, aspirazioni fisse (sostituire con aspiratori portatili se necessario) e macchinari non vitali per ridurre l'ingombro.

☐ **TRASPORTO DEDICATO E SCORTA SANITARIA:** Trasporta il paziente su letto/barella con scorta continua di almeno 1 Medico ed 1 Infermiere. Se disponibili chiedi l'ausilio di 2 addetti ASE per la spinta del letto lungo il percorso d'esodo protetto.

☐ **COORDINAMENTO PER ELEVATO RISCHIO:** Se le condizioni cliniche del paziente rendono il trasporto ad altissimo rischio di decesso immediato o vi sono ostacoli strutturali impraticabili, segnala immediatamente la condizione al GLE per l'attivazione dell'**Evacuazione Differita** con protezione in situ/VVF.

☐ **PRESA IN CARICO NEL LUOGO SICURO CRITICO:** Posiziona i pazienti nell'area ad alta intensità dell'UO Accoglienza (UTIC), partendo dalle pre-sale, ricollega i gas medicali e l'alimentazione elettrica di rete/UPS e mantieni il monitoraggio continuo dei parametri vitali. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente in BO (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP3 fino al completamento dell'area assegnata.

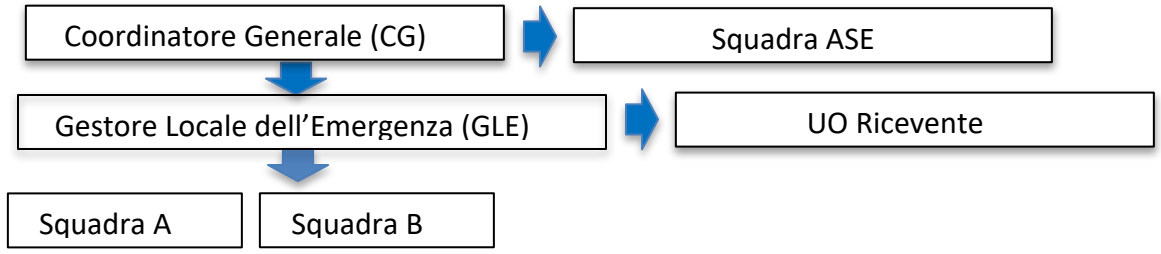
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore Infermieristico/Medico di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Geriatria.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	10
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	40

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS (ASE)	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	2 OSS Eventuali caregiver presenti	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri Medico e infermiere OSS e infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 8401** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale chirurgica e/o il cardiologo). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Psichiatria 9596-9597**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

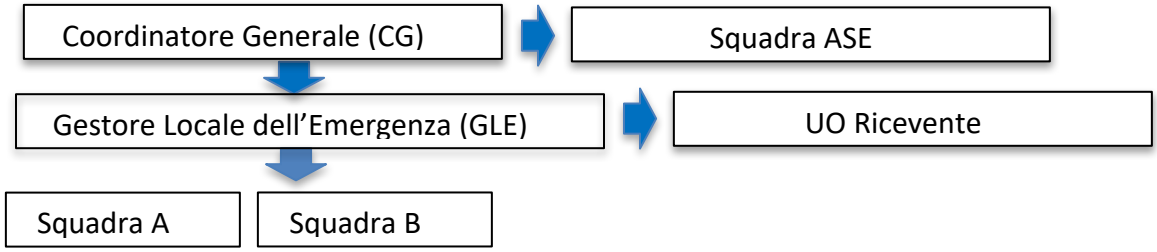
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS -ASE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Zona CDCD/Vulnologia e corridoio Psichiatria), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Rimani con i pazienti EP1 nel luogo sicuro, fornendo assistenza basica e rassicurazione fino a nuove disposizioni. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A, B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

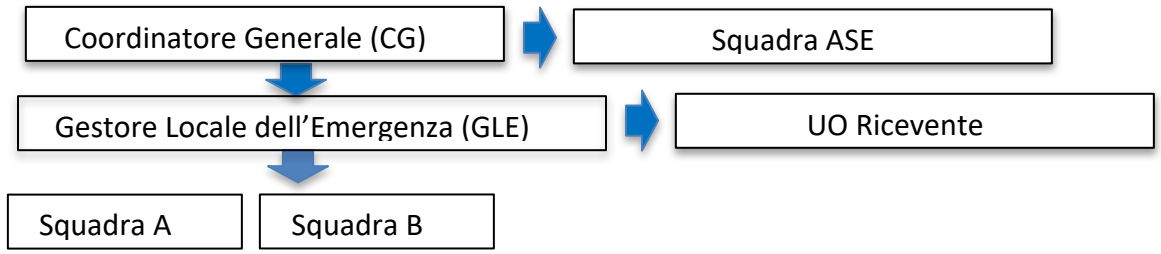
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri, infermiere e medico)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (Zona CDCD/Vulnologia e corridoio Psichiatria) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

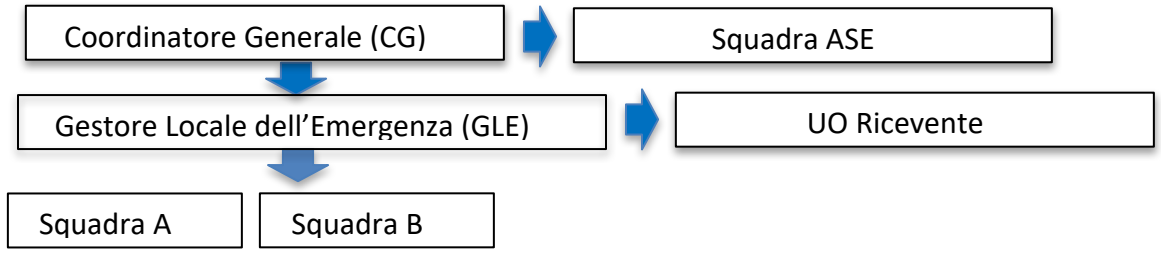
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dalla Psichiatria.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) della Psichiatria o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 8401).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): Soggiorno.
- Area EP2 (Dipendenti): Libera una stanza da 2 (aggiungendo i pazienti nelle stanze da 4) per accogliere fino a due pazienti allettati e sedati.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	14
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	2

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti

nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

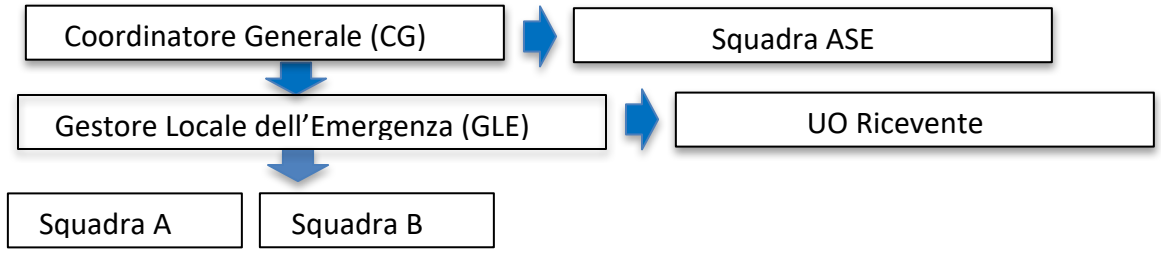
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore Infermieristico/Medico di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Ginecologia.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie (tenuto presente che tutti hanno un caregiver).

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	15
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	5

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS (da ostetricia)	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 ostetriche (da ostetricia) 1 medico e 1 infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS OSS (da ostetricia)	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 ostetriche (da ostetricia) 1 medico e 1 infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 8401** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale area chirurgica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Ostetricia 8507-8508**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**
- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se

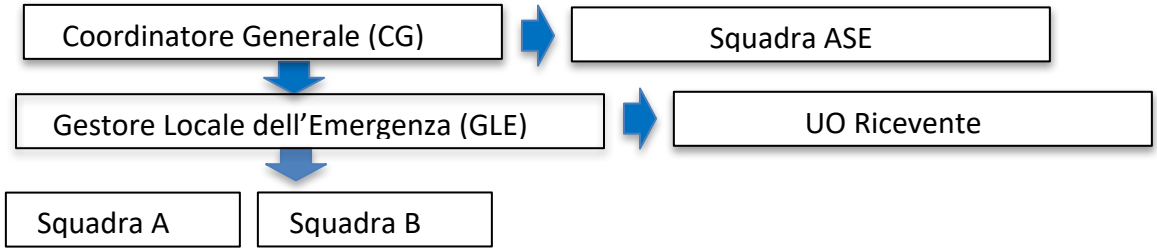
più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS -ASE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Ostetricia), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

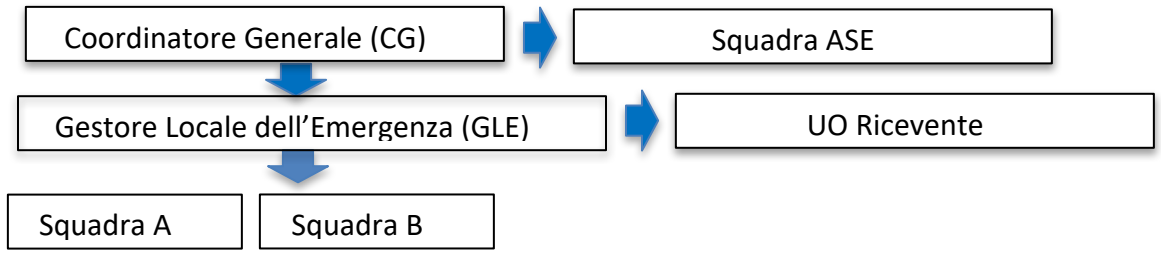
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (Ostetricia) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

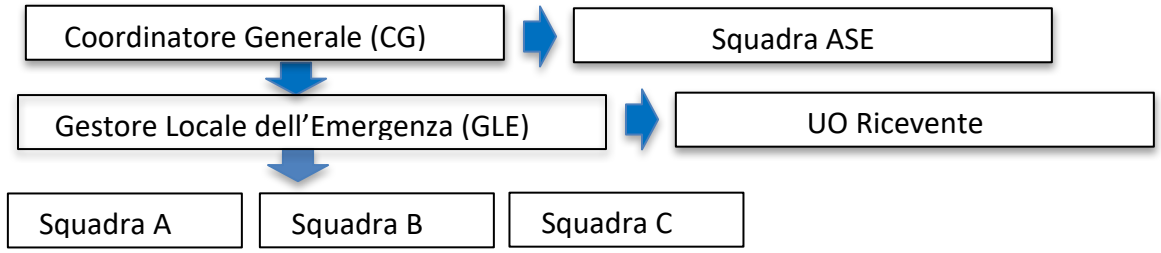
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dall'Ostetricia.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) dall'Ostetricia o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 8401).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): Salottino e zona studi medici.
- Area EP2 (Dipendenti): Parti dal salottino e poi le stanze di degenza più vicine a quest'ultimo.
- Area EP3 (Critici): Utilizza le stanze di degenza.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	17
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	3
EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	Neonati della patologia neonatale	5

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

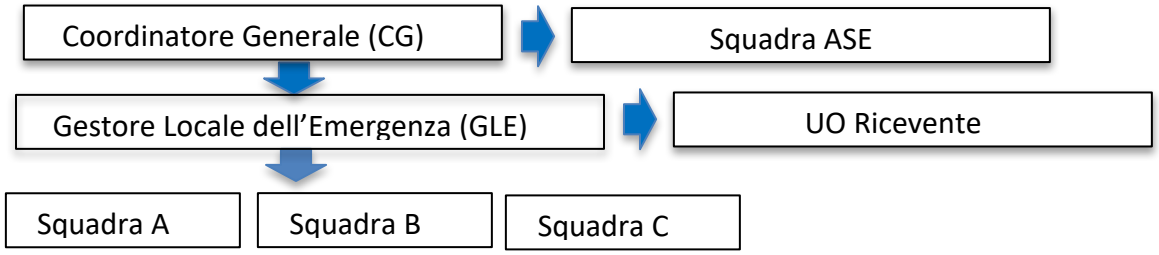
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore Infermieristico/Medico di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Gastroenterologia, Nefrologia e Pneumologia.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	12
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo,	23

	drenaggio).	
EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	5

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	Infermiere con minore anzianità di servizio (ASE)	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.
C	Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	2 OSS Eventuali caregiver presenti	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.
C	Medico e infermiere Altri medici	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 8401** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale chirurgica e/o il cardiologo). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Medicina Generale 8601-8916**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

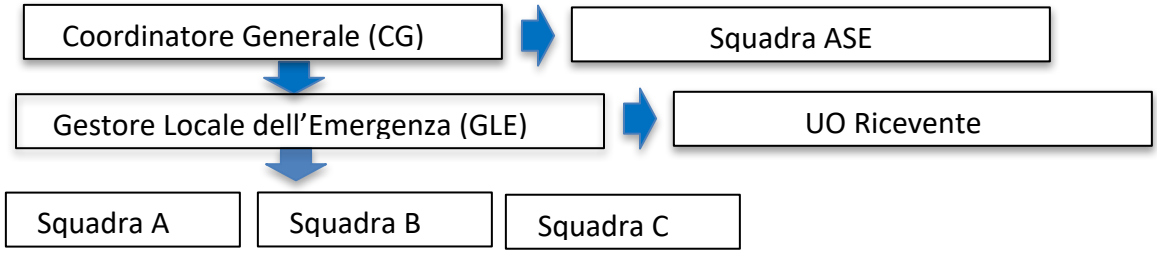
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(Infermiere designato dal GLE/OSS)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Medicina Generale), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A, B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

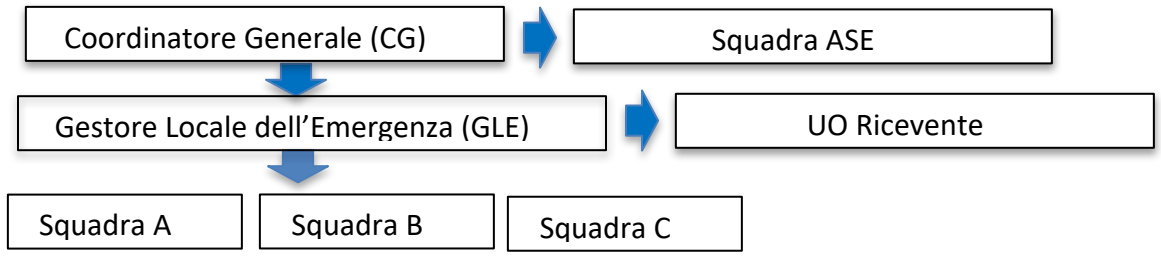
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (Medicina Generale) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

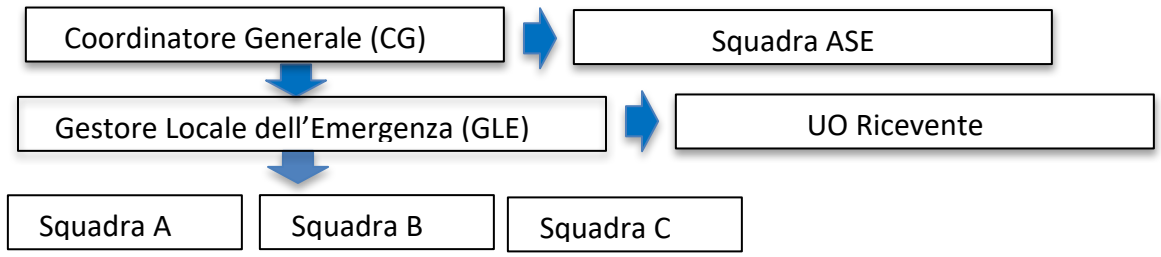
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

SQUADRA C – EVACUAZIONE EP3- CRITICI

(Medico e infermiere – in coppia)

RUOLO: Trasporto protetto e continuità assistenziale dei pazienti critici o con supporto vitale (Priorità 3 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO E VALUTAZIONE CLINICA:** Ricevi l'ordine dal GLE di evacuare i pazienti categoria **EP3 (Critici)**. Verifica la stabilità clinica per il trasporto.

☐ **GARANZIA CONTINUITÀ DELLE LINEE VITALI:**

- Passa la ventilazione meccanica da rete fissa a **ventilatore polmonare da trasporto a batteria** o prepara pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola O2 portatile da trasporto.
- Verifica che le pompe infusionali con farmaci salvavita (inotropi, anestetici) siano commutate su alimentazione autonoma a batteria.
- Solleva e fissa tutti i monitor multiparametrici portatili e presidi invasivi.

☐ **DISCONNESSIONE APPARECCHIATURE NON ESSENZIALI:** Scollega rapidamente sistemi di emodialisi/CRRT, aspirazioni fisse (sostituire con aspiratori portatili se necessario) e macchinari non vitali per ridurre l'ingombro.

☐ **TRASPORTO DEDICATO E SCORTA SANITARIA:** Trasporta il paziente su letto/barella con scorta continua di almeno 1 Medico ed 1 Infermiere. Se disponibili chiedi l'ausilio di 2 addetti ASE per la spinta del letto lungo il percorso d'esodo protetto.

☐ **COORDINAMENTO PER ELEVATO RISCHIO:** Se le condizioni cliniche del paziente rendono il trasporto ad altissimo rischio di decesso immediato o vi sono ostacoli strutturali impraticabili, segnala immediatamente la condizione al GLE per l'attivazione dell'**Evacuazione Differita** con protezione in situ/VVF.

☐ **PRESA IN CARICO NEL LUOGO SICURO CRITICO:** Posiziona il paziente nell'area ad alta intensità dell'UO Accoglienza (es. Blocco Operatorio, UTIC, Rianimazione), ricollega i gas medicali e l'alimentazione elettrica di rete/UPS e mantieni il monitoraggio continuo dei parametri vitali. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP3 fino al completamento dell'area assegnata.

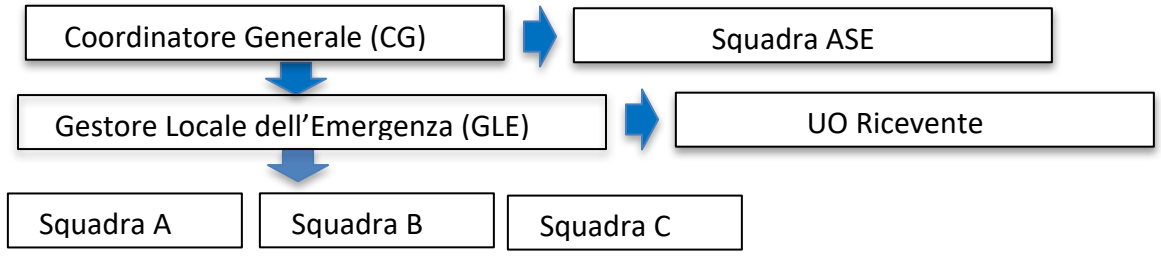
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dalla Medicina Generale.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) della Medicina Generale o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 8401).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): Soggiorno.
- Area EP2 (Dipendenti): Posiziona i pazienti in sedia in modo ordinato partendo dal soggiorno, poi le stanze di degenza (da 1 o da 2 posti), infine lungo i corridoi.
- Area EP3 (Critici): non dovrebbero esserci! Se sono presenti vanno aggiunti direttamente con il letto nelle stanze da 4.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	10
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	40
EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	0

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

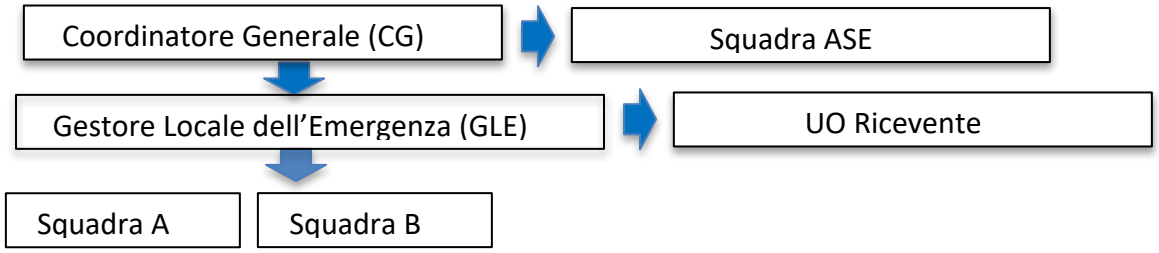
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore Infermieristico/Medico di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Medicina Generale.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	10
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo,	40

	drenaggio).	

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS (ASE)	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	2 OSS Eventuali caregiver presenti	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 8401** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale chirurgica e/o il cardiologo). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Gastroenterologia/Nefrologia 8049, Pneumologia 8603-8614**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla

porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

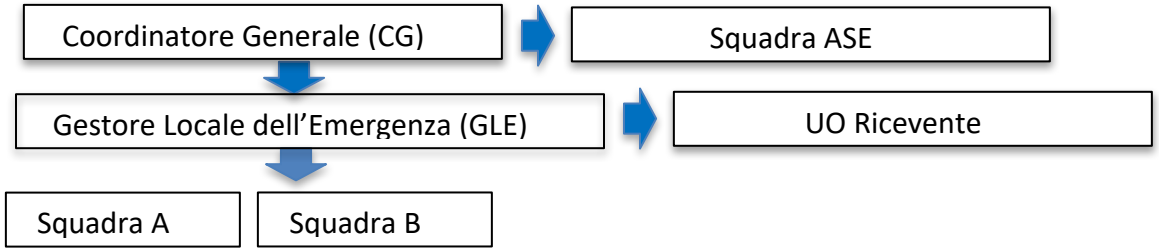
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS -ASE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Gastroenterologia/Nefrologia/Pneumologia), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A, B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

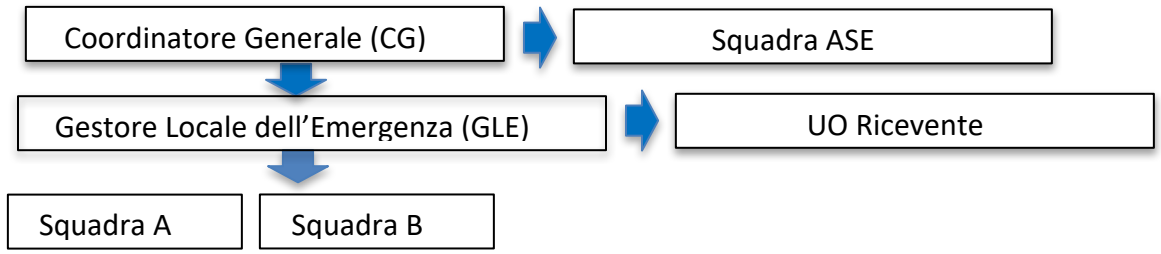
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri, infermiere e medico)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (Gastroenterologia/Nefrologia/Pneumologia) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

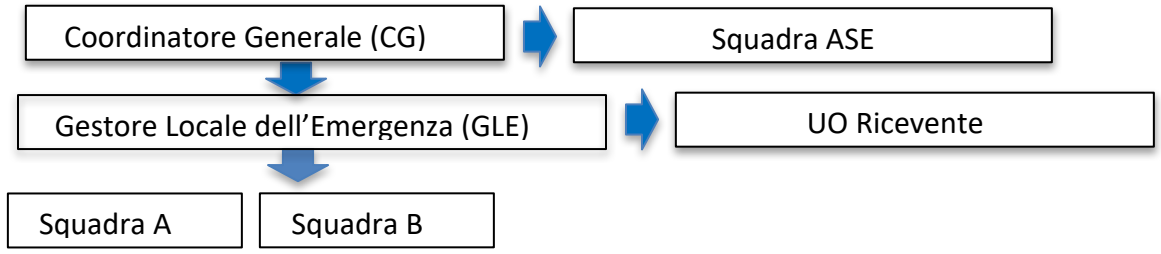
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti da Gastroenterologia, Nefrologia e Pneumologia.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) dal reparto allarmato o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 8401).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): Soggiorno.
- Area EP2 (Dipendenti): Posiziona i pazienti in sedia in modo ordinato partendo dal soggiorno, poi le stanze di degenza (da 1 o da 2 posti), infine lungo i corridoi.
- Area EP3 (Critici): vanno aggiunti direttamente con il letto nelle stanze da 4, presta attenzione ai ventilati provenienti dalla Pneumologia.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	12
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	23
EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	5

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.

- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

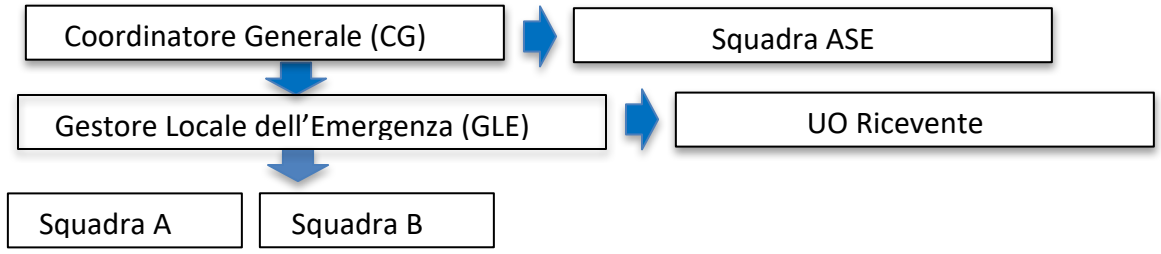
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore Infermieristico/Medico di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Neurologia.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie (tenuto presente che tutti hanno un caregiver).

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	4
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo,	10

	drenaggio).	

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS (ASE)	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 1 medico	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 medici	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 8401** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale area medica e/o il cardiologo). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Pediatria 9250-8011**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

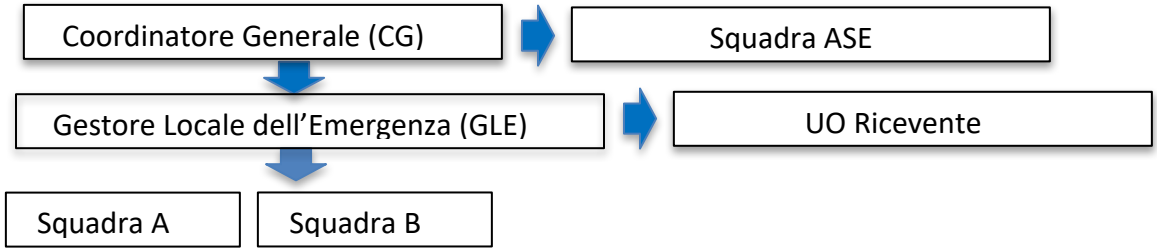
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS -ASE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Pediatria), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

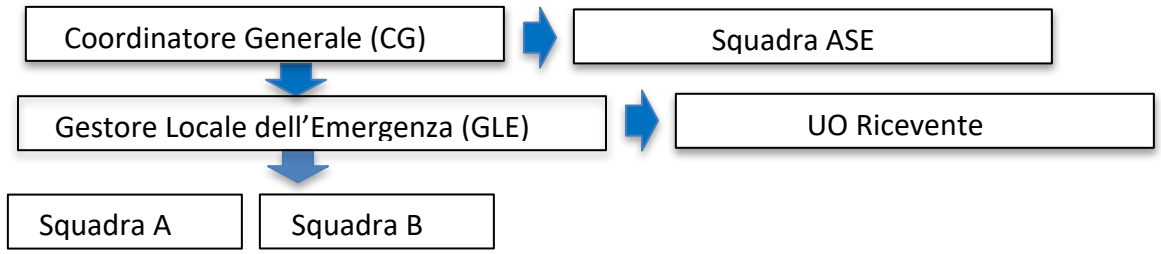
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri, coppia di medici)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (Pediatria) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

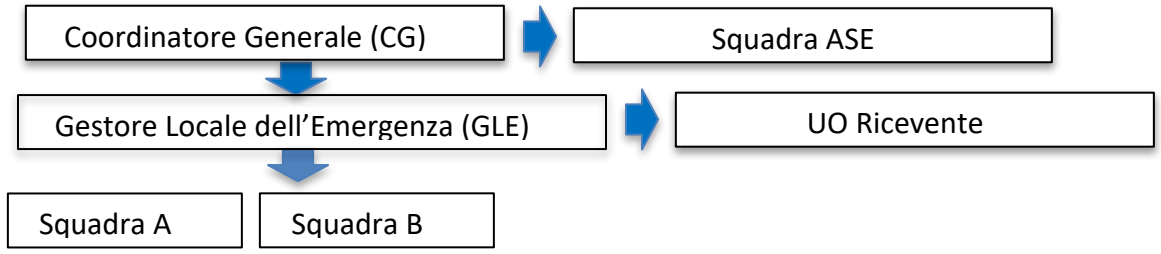
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dalla Pediatria.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) della Pediatria o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 8401).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): Soggiorno.
- Area EP2 (Dipendenti): Posiziona i pazienti allettati partendo dal Soggiorno e poi nelle stanze di degenza.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	14
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	3

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

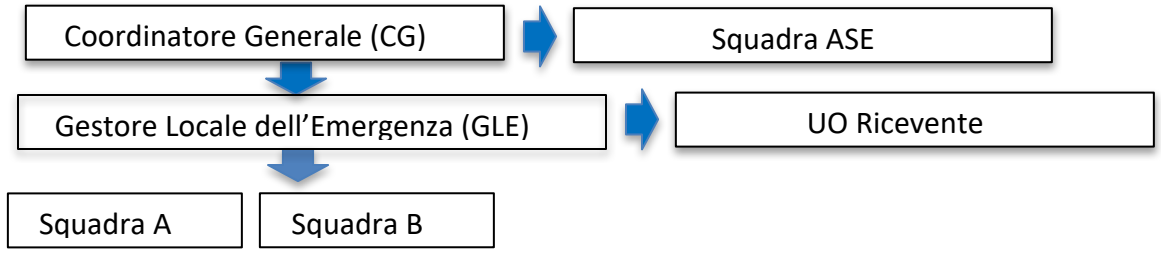
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore Infermieristico/Medico di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Ospedale di Comunità.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	1	1
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	9

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE DI BASSANO

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	ASE	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	1 OSS Eventuali caregiver presenti	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** richiedi al **CGE 8401** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale area medica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

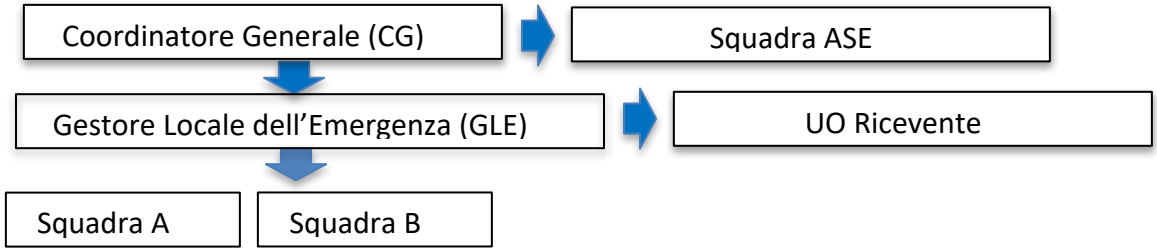
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(ASE/OSS)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (11° emipiano opposto) assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A, B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

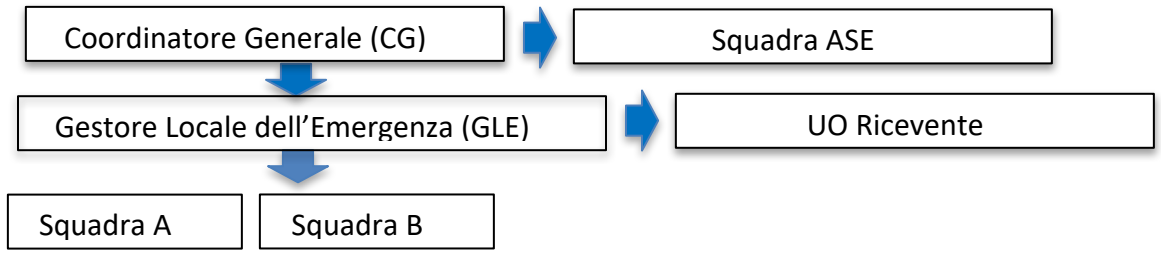
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri, infermiere e medico)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (11° emipiano opposto) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

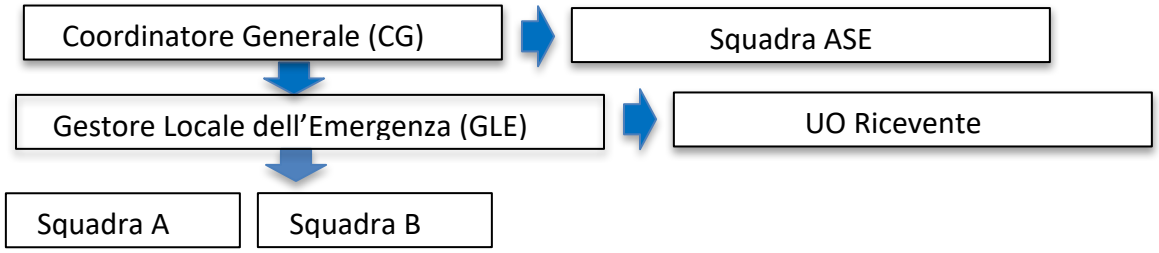
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore Infermieristico/Medico di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Ortopedia e Traumatologia.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	2
EP2 – Dipendenti	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento,	38

(Non Deambulanti)	ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS (ASE)	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 medici	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	2 OSS Eventuali caregiver presenti	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri Medico e infermiere OSS e infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 8401** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale area medica e/o il cardiologo). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Chirurgia Generale e Vascolare 8565-8568**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla

porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

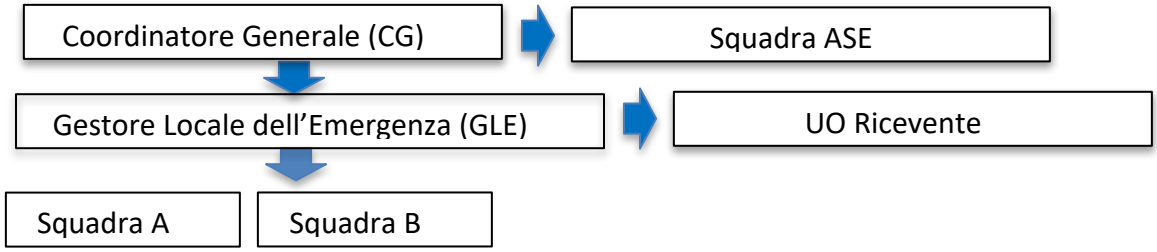
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS -ASE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Chirurgia Generale e Vascolare), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

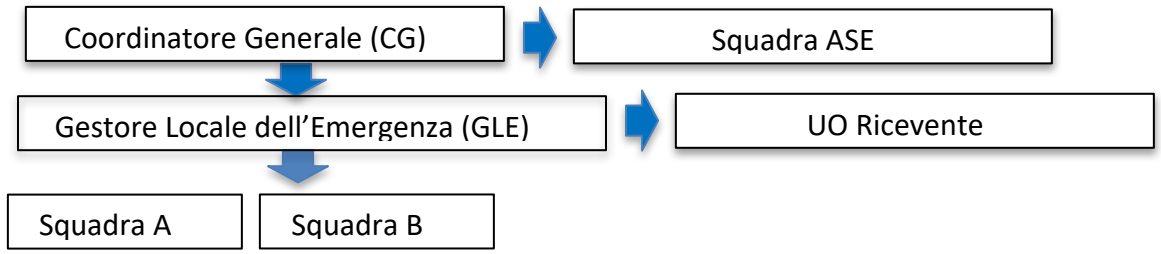
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri, coppia di medici)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (Chirurgia Generale e Vascolare) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

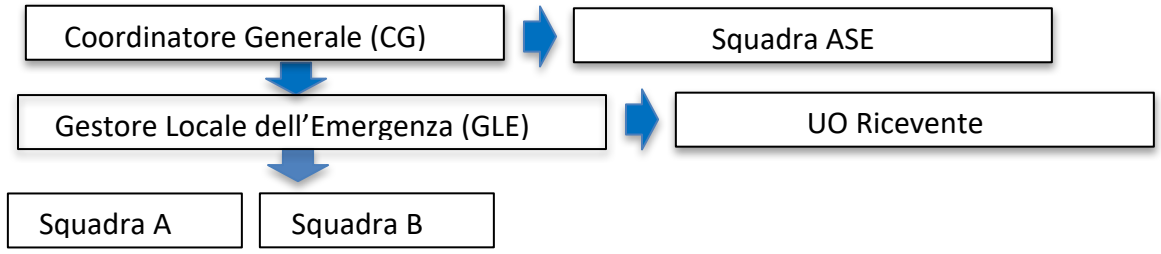
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dalla Chirurgia Generale e Vascolare.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) dal reparto allarmato o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 8401).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): Soggiorno.
- Area EP2 (Dipendenti): Posiziona i pazienti in sedia in modo ordinato partendo dal soggiorno, poi le stanze di degenza (partendo dal fondo del reparto), infine lungo i corridoi.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	2
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	38

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

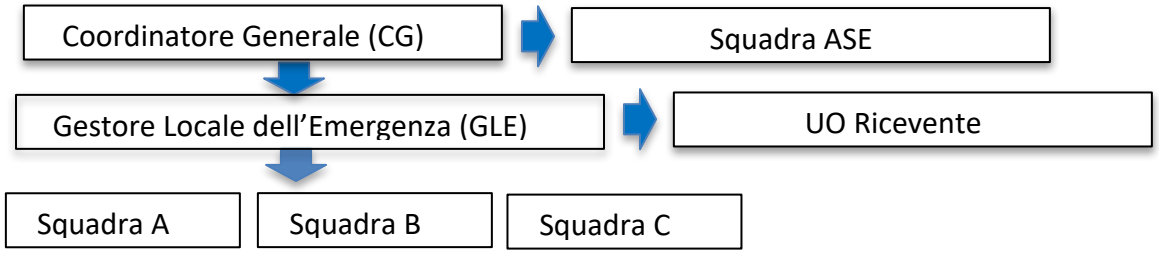
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore Infermieristico/Medico di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Ostetricia e Patologia Neonatale/Nido.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie (tenuto presente che tutti hanno un caregiver).

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	17
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo,	3

	drenaggio).	
EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	Neonati della patologia neonatale	5

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 ostetriche 1 medico e 1 ostetrica	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.
C	1 infermiere e medico Pediatria	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 ostetriche 1 medico e 1 ostetrica	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.
C	1 infermiere e medico Pediatria	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 8401** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale area chirurgica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Ginecologia 8505-8506**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

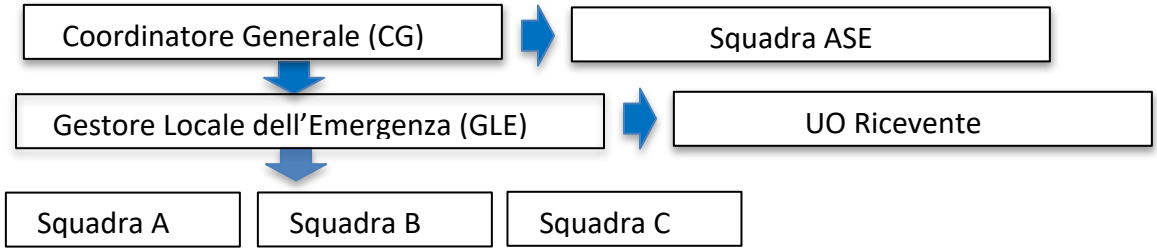
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS -ASE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Ginecologia), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

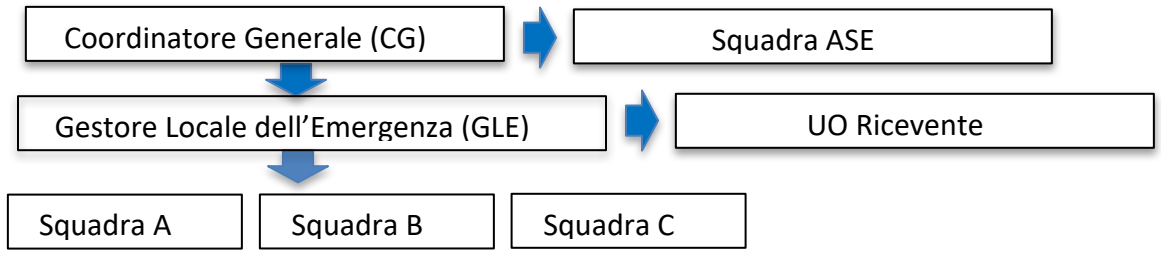
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (Ginecologia) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

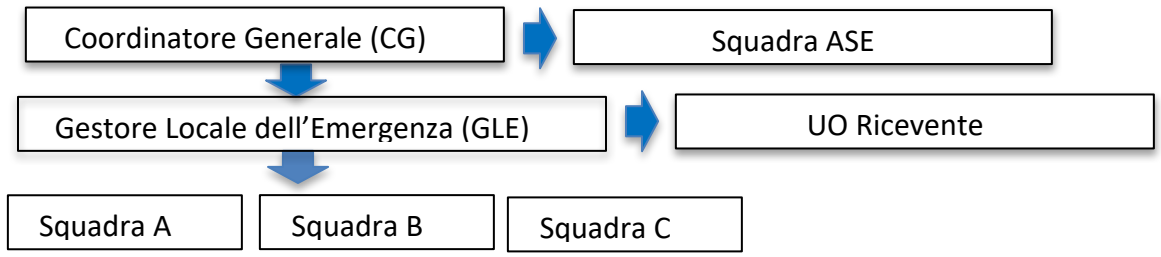
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA C – EVACUAZIONE EP3- CRITICI

(Medico e infermiere Pediatria – in coppia)

RUOLO: Trasporto protetto e continuità assistenziale dei pazienti critici o con supporto vitale (Priorità 3 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO E VALUTAZIONE CLINICA:** Ricevi l'ordine dal GLE di evacuare i pazienti categoria **EP3 (Critici)**. Verifica la stabilità clinica per il trasporto.

☐ **GARANZIA CONTINUITÀ DELLE LINEE VITALI:**

- Passa la ventilazione meccanica da rete fissa a **ventilatore polmonare da trasporto a batteria** o prepara pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola O2 portatile da trasporto.
- Verifica che le pompe infusionali con farmaci salvavita (inotropi, anestetici) siano commutate su alimentazione autonoma a batteria.
- Solleva e fissa tutti i monitor multiparametrici portatili e presidi invasivi.

☐ **DISCONNESSIONE APPARECCHIATURE NON ESSENZIALI:** Scollega rapidamente sistemi di emodialisi/CRRT, aspirazioni fisse (sostituire con aspiratori portatili se necessario) e macchinari non vitali per ridurre l'ingombro.

☐ **TRASPORTO DEDICATO E SCORTA SANITARIA:** Trasporta il paziente su letto/barella con scorta continua di almeno 1 Medico ed 1 Infermiere. Se disponibili chiedi l'ausilio di 2 addetti ASE per la spinta del letto lungo il percorso d'esodo protetto.

☐ **COORDINAMENTO PER ELEVATO RISCHIO:** Se le condizioni cliniche del paziente rendono il trasporto ad altissimo rischio di decesso immediato o vi sono ostacoli strutturali impraticabili, segnala immediatamente la condizione al GLE per l'attivazione dell'**Evacuazione Differita** con protezione in situ/VVF.

☐ **PRESA IN CARICO NEL LUOGO SICURO CRITICO:** Posiziona il paziente nell'area ad alta intensità dell'UO Accoglienza (es. Blocco Operatorio, UTIC, Rianimazione), ricollega i gas medicali e l'alimentazione elettrica di rete/UPS e mantieni il monitoraggio continuo dei parametri vitali. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP3 fino al completamento dell'area assegnata.

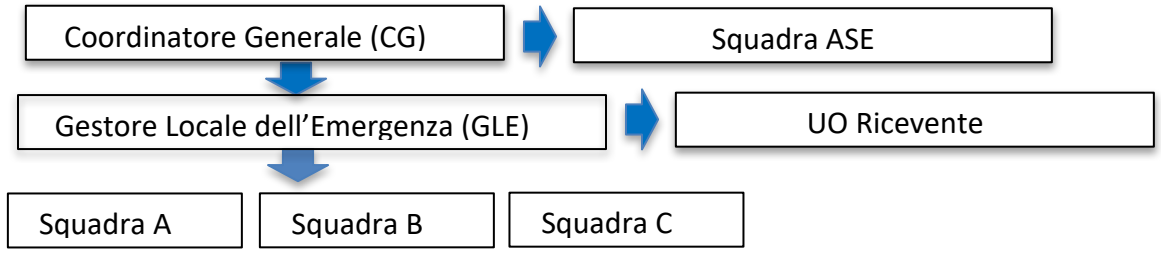
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dalla Ginecologia.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) della Medicina Generale o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 8401).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): Zona visitatori Nido/Patologia Neonatale
- Area EP2 (Dipendenti): Posiziona i pazienti allettati partendo dalle sale parto.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	15
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	5

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

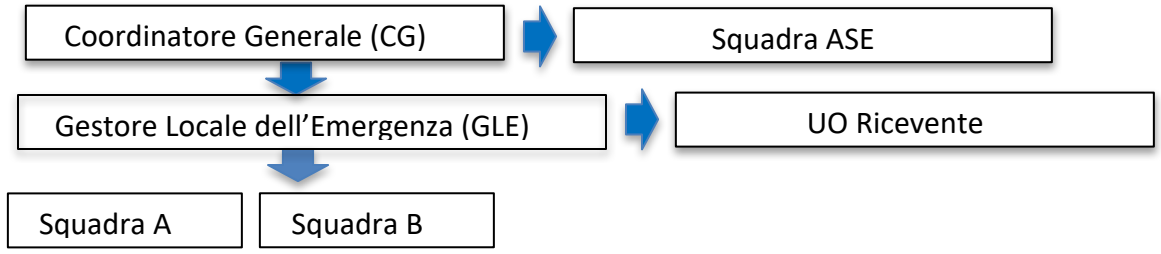
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore Infermieristico/Medico di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Pediatria.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie (tenuto presente che tutti hanno un caregiver).

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	14
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo,	3

	drenaggio).	

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS (ASE)	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 1 medico	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 medici	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 8401** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale area medica e/o il cardiologo). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Neurologia 8525-8524**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**
- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

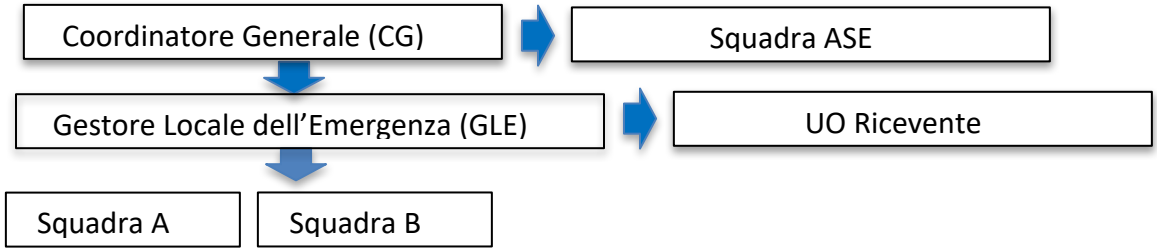
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS -ASE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Neurologia), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

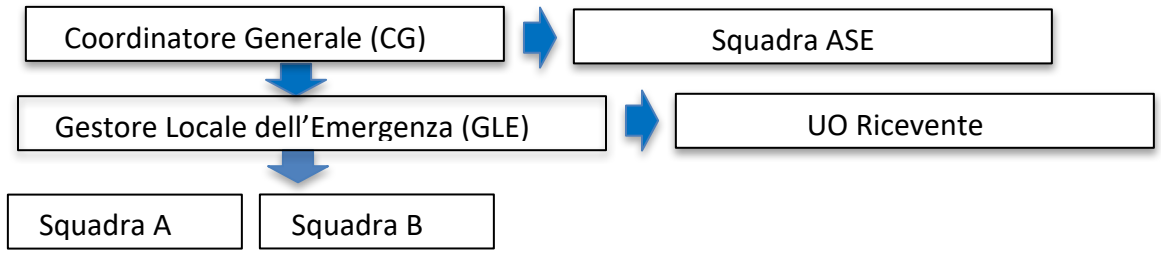
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri, coppia di medici)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (Neurologia) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

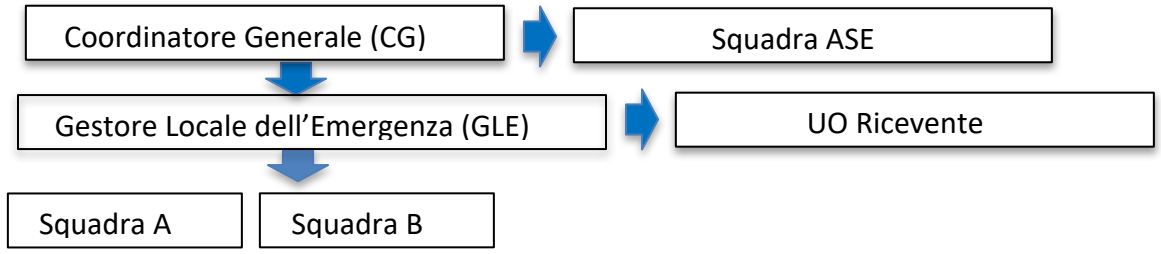
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dalla Neurologia.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) della Neurologia o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 8401).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): Soggiorno.
- Area EP2 (Dipendenti): Posiziona i pazienti in sedia in modo ordinato partendo dalle aree OBI e PS, poi le stanze di degenza.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	4
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	10

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

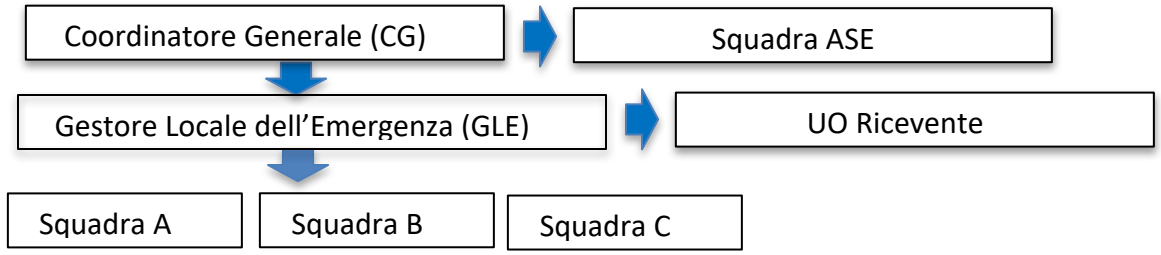
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore Infermieristico/Medico di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Pronto Soccorso.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	20
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	10

EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	5

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Esterno) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Radiologia 5045**)
C	Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Radiologia 5045**)

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS Assistente di sala	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro (Esterno) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri 2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Radiologia 5045**)
C	Medico e infermiere Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Radiologia 5045**)

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Se i pazienti EP3 non possono evacuare all'esterno, contatta l'UO di Accoglienza (Esterno, **Radiologia 5045**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

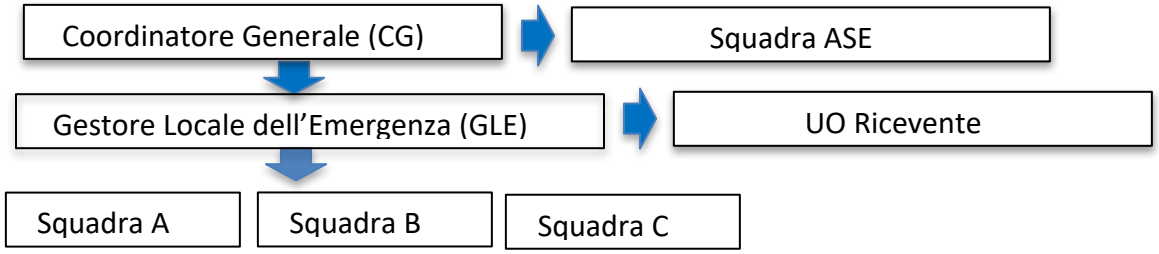
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Esterno**), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A, B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

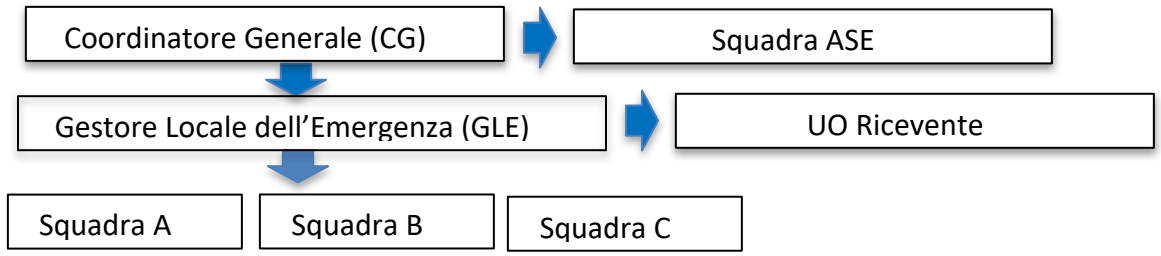
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (**Radiologia 5045**) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

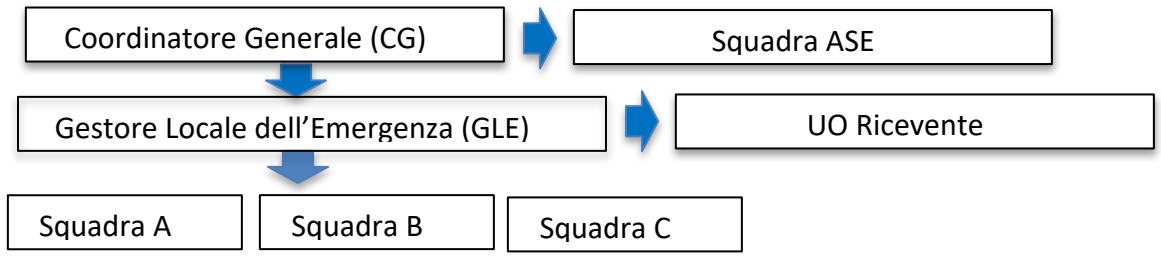
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA C – EVACUAZIONE EP3- CRITICI

(Medico e infermiere – in coppia)

RUOLO: Trasporto protetto e continuità assistenziale dei pazienti critici o con supporto vitale (Priorità 3 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO E VALUTAZIONE CLINICA:** Ricevi l'ordine dal GLE di evacuare i pazienti categoria **EP3 (Critici)**. Verifica la stabilità clinica per il trasporto.

☐ **GARANZIA CONTINUITÀ DELLE LINEE VITALI:**

- Passa la ventilazione meccanica da rete fissa a **ventilatore polmonare da trasporto a batteria** o prepara pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola O2 portatile da trasporto.
- Verifica che le pompe infusionali con farmaci salvavita (inotropi, anestetici) siano commutate su alimentazione autonoma a batteria.
- Solleva e fissa tutti i monitor multiparametrici portatili e presidi invasivi.

☐ **DISCONNESSIONE APPARECCHIATURE NON ESSENZIALI:** Scollega rapidamente sistemi di emodialisi/CRRT, aspirazioni fisse (sostituire con aspiratori portatili se necessario) e macchinari non vitali per ridurre l'ingombro.

☐ **TRASPORTO DEDICATO E SCORTA SANITARIA:** Trasporta il paziente su letto/barella con scorta continua di almeno 1 Medico ed 1 Infermiere. Se disponibili chiedi l'ausilio di 2 addetti ASE per la spinta del letto lungo il percorso d'esodo protetto.

☐ **COORDINAMENTO PER ELEVATO RISCHIO:** Se le condizioni cliniche del paziente rendono il trasporto ad altissimo rischio di decesso immediato o vi sono ostacoli strutturali impraticabili, segnala immediatamente la condizione al GLE per l'attivazione dell'**Evacuazione Differita** con protezione in situ/VVF.

☐ **PRESA IN CARICO NEL LUOGO SICURO CRITICO:** Posiziona il paziente nell'area dell'UO Accoglienza (**Radiologia 5045**), ricollega i gas medicali e l'alimentazione elettrica di rete/UPS e mantieni il monitoraggio continuo dei parametri vitali. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP3 fino al completamento dell'area assegnata.

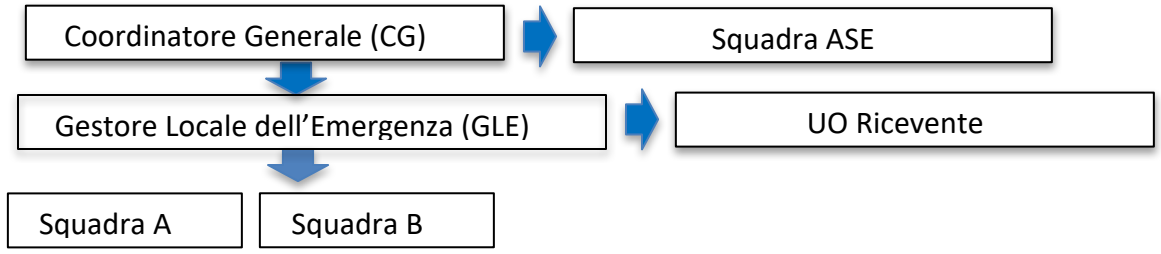
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore Infermieristico/Medico di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Psichiatria
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	14
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	2	23

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	Infermiere con meno anzianità di servizio	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	Infermiere con meno anzianità di servizio	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 8401** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale medica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Geriatria 8588-8025**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**
- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se

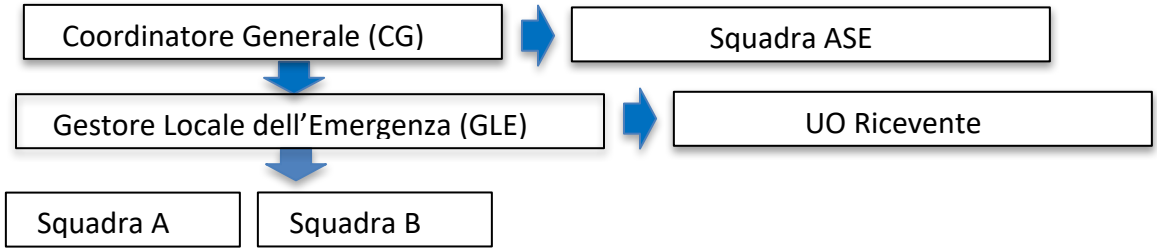
più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS -ASE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Geriatria), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A, B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

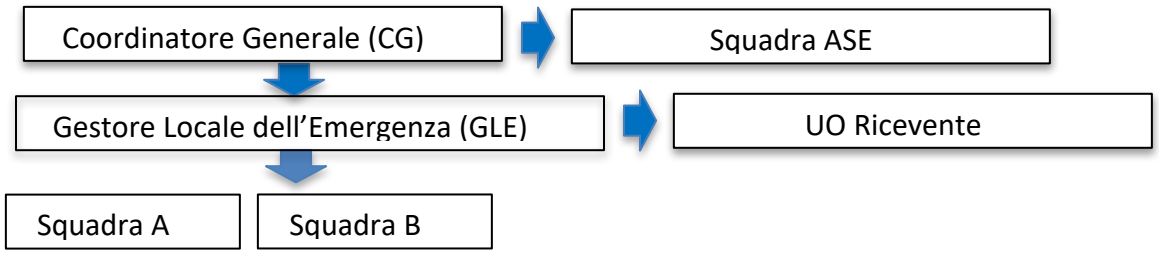
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando il **letto di degenza**.

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (Geriatria) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

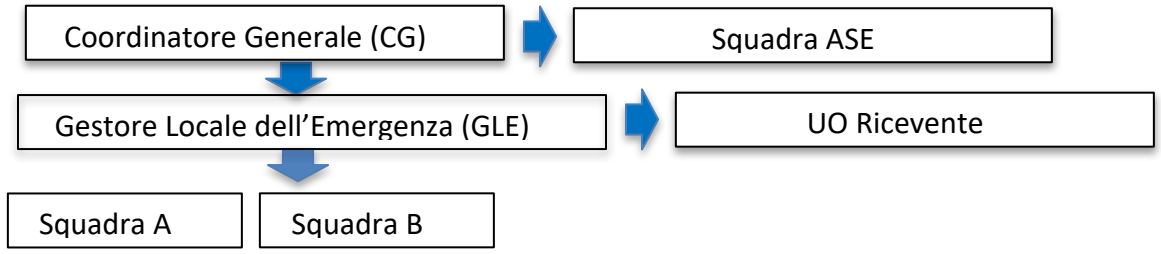
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti da Geriatria.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) della Geriatria o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 8401).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Porta i tuoi pazienti autonomi in salottino, in maniera da garantire la possibilità alla Geriatria di utilizzare eventualmente il corridoio di ingresso e le prime stanze.

- Area EP1 (Autonomi): area segreteria/accettazione CDCD.
- Area EP2 (Dipendenti): Posiziona i pazienti in sedia in modo ordinato partendo dal lato più vicino alla Geriatria e occupa progressivamente le aree CDCD/Vulnologia e poi l'interno del reparto di Psichiatria.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	10
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	40

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

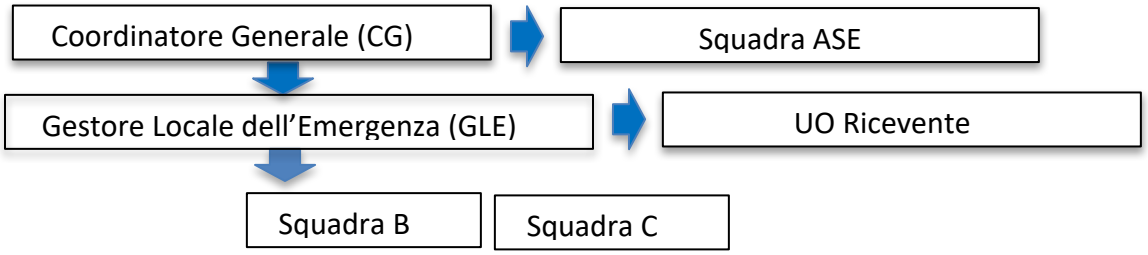
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore Infermieristico/Medico di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Rianimazione e Terapia Semintensiva.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	5
EP3 - Critici	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto	9

(Non Autosufficienti)	vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
B	2 infermieri 2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.
C	Medico e infermiere Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
B	2 infermieri 2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.
C	Medico e infermiere Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI:** Coinvolgi sempre l'Anestesista delle urgenze **5020.**

☐ **PREDISPOSIZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza/Supporto (**Blocco Operatorio 8800, 8001**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati; se notte manda l'infermiere con minore anzianità di servizio ad aprire le sale operatorie passando dallo spogliatoio.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra B o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili

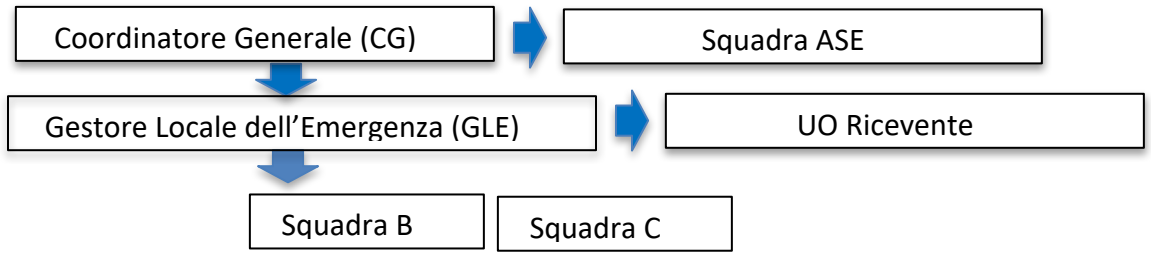
del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREDISPOSIZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** **se notte** l'infermiere con minore anzianità di servizio va ad aprire le sale operatorie passando dallo spogliatoio e poi si rimette a disposizione della squadra.

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. (Blocco Operatorio). Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.
Se notte: l'infermiere con minore anzianità di servizio rimane presso il Blocco Operatorio a sorvegliare i pazienti man mano che giungono, l'altro infermiere della coppia ritorna in Rianimazione e presidia i pazienti non ancora trasferiti.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

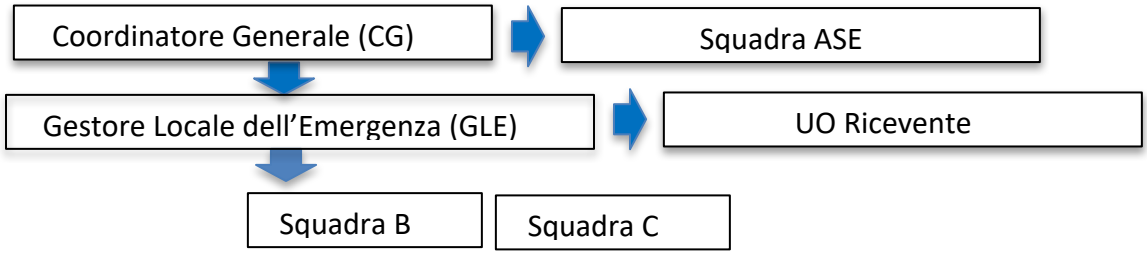
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA C – EVACUAZIONE EP3- CRITICI

(Medico e infermiere – in coppia)

RUOLO: Trasporto protetto e continuità assistenziale dei pazienti critici o con supporto vitale (Priorità 3 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO E VALUTAZIONE CLINICA:** Ricevi l'ordine dal GLE di evacuare i pazienti categoria **EP3 (Critici)**. Verifica la stabilità clinica per il trasporto.

☐ **GARANZIA CONTINUITÀ DELLE LINEE VITALI:**

- Passa la ventilazione meccanica da rete fissa a **ventilatore polmonare da trasporto a batteria** o prepara pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola O2 portatile da trasporto.
- Verifica che le pompe infusionali con farmaci salvavita (inotropi, anestetici) siano commutate su alimentazione autonoma a batteria.
- Solleva e fissa tutti i monitor multiparametrici portatili e presidi invasivi.

☐ **DISCONNESSIONE APPARECCHIATURE NON ESSENZIALI:** Scollega rapidamente sistemi di emodialisi/CRRT, aspirazioni fisse (sostituire con aspiratori portatili se necessario) e macchinari non vitali per ridurre l'ingombro.

☐ **TRASPORTO DEDICATO E SCORTA SANITARIA:** Trasporta il paziente su letto/barella con scorta continua di almeno 1 Medico ed 1 Infermiere. Se disponibili chiedi l'ausilio di 2 addetti ASE per la spinta del letto lungo il percorso d'esodo protetto.

☐ **COORDINAMENTO PER ELEVATO RISCHIO:** Se le condizioni cliniche del paziente rendono il trasporto ad altissimo rischio di decesso immediato o vi sono ostacoli strutturali impraticabili, segnala immediatamente la condizione al GLE per l'attivazione dell'**Evacuazione Differita** con protezione in situ/VVF.

☐ **PRESA IN CARICO NEL LUOGO SICURO CRITICO:** Posiziona i paziente nell'area ad alta intensità dell'UO Accoglienza (Blocco Operatorio), partendo dalle pre-sale, ricollega i gas medicali e l'alimentazione elettrica di rete/UPS e mantieni il monitoraggio continuo dei parametri vitali. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP3 fino al completamento dell'area assegnata.

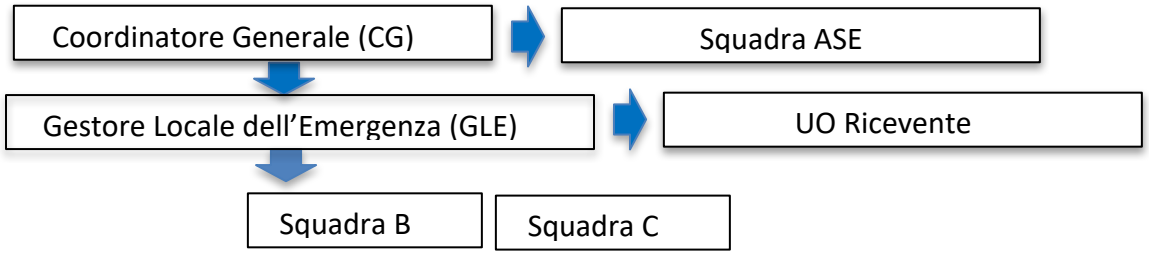
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dal Blocco Operatorio.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) del reparto allarmato o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 8401).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 2 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP2 (Dipendenti): Bonifica, corridoio, box rianimazione se c'è posto dopo che hai accolto gli EP3.
- Area EP3 (Critici): all'interno dei box Rianimazione, in base alla disponibilità.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	5
EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	4

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

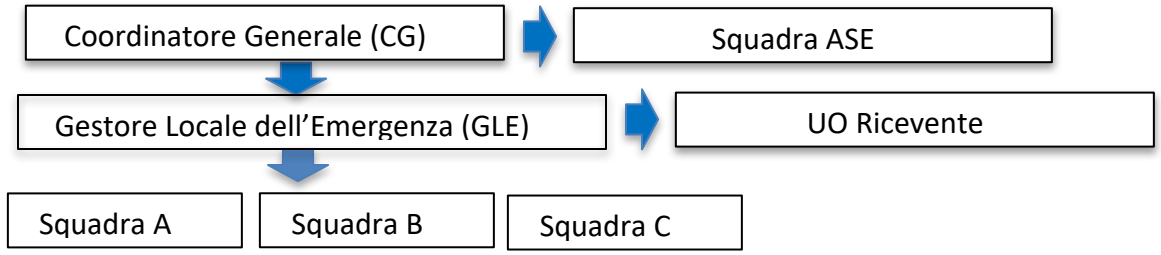
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore Infermieristico/Medico di Guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità UTIC.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 8401**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	4
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	4

EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	2

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	ASE	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.
C	Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS Eventuali caregiver presenti	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.
C	Medico e infermiere Altri medici	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 8401** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza/Supporto (**Blocco Operatorio 8800, 8001**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati; se notte manda l'ASE ad aprire le sale operatorie passando dallo spogliatoio.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

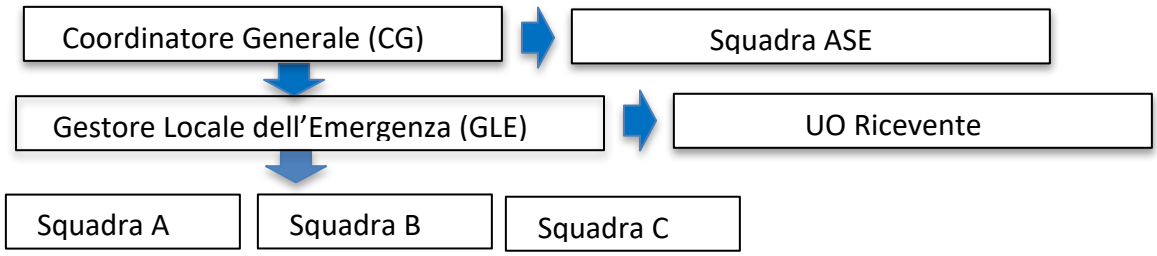
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(ASE/OSS)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **PREDISPOSIZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** **se notte** vai ad aprire le sale operatorie passando dallo spogliatoio e poi torna in UTIC.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Blocco Operatorio), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea (area transfer), compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE. **Se notte** rimani a custodire questi pazienti.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A, B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

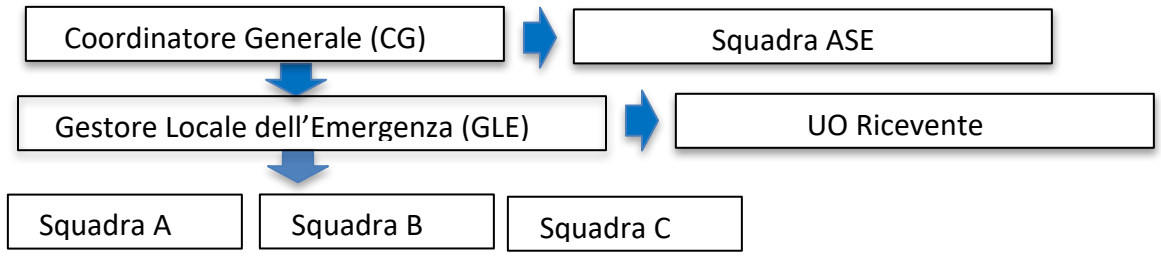
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (Blocco Operatorio) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza (area transfer e poi pre-sale). Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

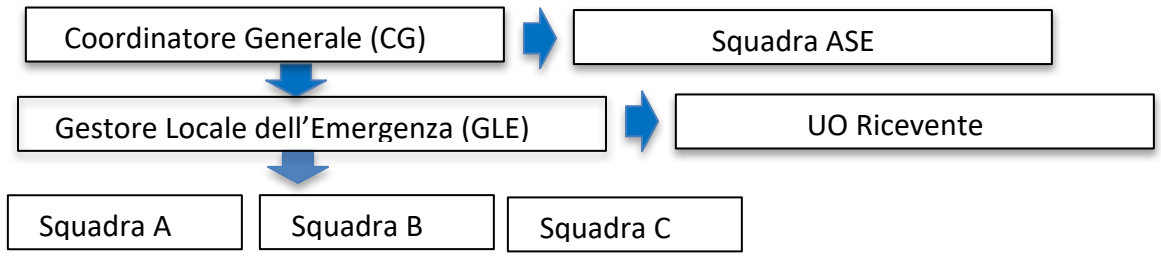
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA C – EVACUAZIONE EP3- CRITICI

(Medico e infermiere – in coppia)

RUOLO: Trasporto protetto e continuità assistenziale dei pazienti critici o con supporto vitale (Priorità 3 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO E VALUTAZIONE CLINICA:** Ricevi l'ordine dal GLE di evacuare i pazienti categoria **EP3 (Critici)**. Verifica la stabilità clinica per il trasporto.

☐ **GARANZIA CONTINUITÀ DELLE LINEE VITALI:**

- Passa la ventilazione meccanica da rete fissa a **ventilatore polmonare da trasporto a batteria** o prepara pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola O2 portatile da trasporto.
- Verifica che le pompe infusionali con farmaci salvavita (inotropi, anestetici) siano commutate su alimentazione autonoma a batteria.
- Solleva e fissa tutti i monitor multiparametrici portatili e presidi invasivi.

☐ **DISCONNESSIONE APPARECCHIATURE NON ESSENZIALI:** Scollega rapidamente sistemi di emodialisi/CRRT, aspirazioni fisse (sostituire con aspiratori portatili se necessario) e macchinari non vitali per ridurre l'ingombro.

☐ **TRASPORTO DEDICATO E SCORTA SANITARIA:** Trasporta il paziente su letto/barella con scorta continua di almeno 1 Medico ed 1 Infermiere. Se disponibili chiedi l'ausilio di 2 addetti ASE per la spinta del letto lungo il percorso d'esodo protetto.

☐ **COORDINAMENTO PER ELEVATO RISCHIO:** Se le condizioni cliniche del paziente rendono il trasporto ad altissimo rischio di decesso immediato o vi sono ostacoli strutturali impraticabili, segnala immediatamente la condizione al GLE per l'attivazione dell'**Evacuazione Differita** con protezione in situ/VVF.

☐ **PRESA IN CARICO NEL LUOGO SICURO CRITICO:** Posiziona il paziente nell'area ad alta intensità dell'UO Accoglienza (Blocco Operatorio) in pre.sala, ricollega i gas medicali e l'alimentazione elettrica di rete/UPS e mantieni il monitoraggio continuo dei parametri vitali. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP3 fino al completamento dell'area assegnata.

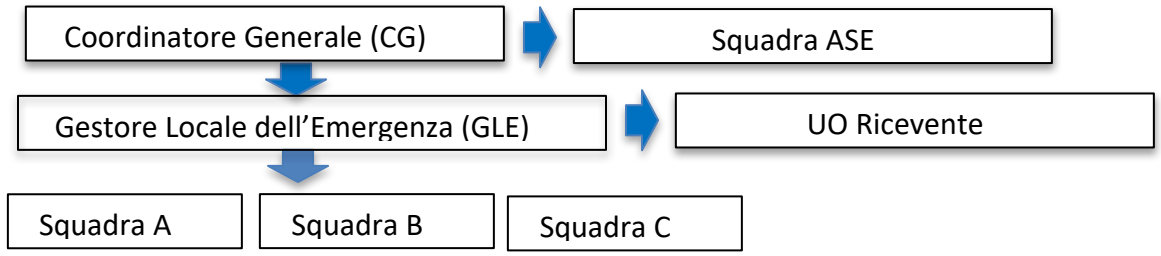
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dal Blocco Operatorio (solo in supporto alla Rianimazione se quest'ultima non è in grado di accogliere tutti i pazienti).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) dal reparto allarmato o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 8401).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP2 (Dipendenti): Posiziona i pazienti a letto nelle stanze di degenza ed eventualmente lungo i corridoi.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	4

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti

nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

REGIONE DEL VENETO

ULSS7 PEDEMONTANA

PIANO EVACUAZIONE - PEVAC

AREA COMPLETAMENTE EVACUATA

CHECK EFFETTUATO

INDICE

Premessa	Pag.2
Scopo	Pag.2
Campo di Applicazione	Pag.2
Riferimenti	Pag.2
Definizioni e abbreviazioni	Pag.3
Responsabilità	Pag.4
Modalità Operative	Pag.4
Allegati	Pag.9

DISTRIBUITA A: UUOO afferenti al Presidio Ospedaliero di Asiago.

	Nome e Funzione	Firma	Data
Compilata da	Plerfrancesco Tricarico Responsabile UOSD Risk Management		19/10/2026
Verificata da	Ettore Masucci Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione		20/10/2026
Approvata da	Francesca Camilli UOC Direzione Medica Bassano		20/10/2026

Revisione	Data	Descrizione delle modifiche
0	19/10/2026	Prima emissione – conforme a DDR n. 14422 del 09/06/2026
1		

PAROLE CHIAVE

PEVAC; Piano di Evacuazione Ospedaliera; Emergenza; PEI;

PREMESSA

La gestione delle emergenze intraospedaliere che richiedono l'evacuazione parziale o totale di una struttura sanitaria rappresenta uno scenario ad elevata complessità organizzativa, clinica e logistica. L'Azienda ULSS 7 Pedemontana, nel rispetto degli indirizzi definiti dalla Giunta Regionale del Veneto con Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 14422 del 09/06/2026 ("Linee di indirizzo regionali per l'aggiornamento dei Piani Aziendali di maxi-afflusso ed evacuazione per le strutture ospedaliere"), ha adottato una pianificazione dell'emergenza strutturata e coordinata.
Il Piano di Evacuazione (PEVAC) definisce le regole generali valide per l'intero Ospedale; le azioni specifiche per ruoli funzionali e per ciascuna Unità Operativa sono declinate operativamente mediante apposite Action Card di reparto.

SCOPO

Gli scopi del PEVAC sono:

- Garantire la salvaguardia della vita e della salute di pazienti, operatori, visitatori e personale delle ditte esterne presenti all'interno del Presidio Ospedaliero "San Bassiano" in presenza di eventi emergenziali di gravità tale da rendere necessario l'allontanamento temporaneo o permanente dai locali;
- Definire in modo chiaro e univoco la catena di comando, i ruoli e le responsabilità nella gestione delle fasi decisionali ed esecutive dell'evacuazione;
- Fornire i criteri generali per la stratificazione clinica dei pazienti e la determinazione delle priorità di evacuazione mediante modelli di "Reverse Triage" validati;
- Assicurare la continuità dell'assistenza sanitaria e delle cure critiche (ventilazione meccanica, farmaci salvavita, supporto vitale) per tutti i degenti durante e dopo le fasi di trasferimento;
- Garantire un sistema rigoroso e tracciabile di registrazione e monitoraggio di tutti i soggetti evacuati o temporaneamente trattenuti;

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il PEVAC si applica in generale a tutte le Unità Operative complesse e semplici, ai Servizi diagnostici e ambulatoriali, alle aree amministrative, tecniche e commerciali del Presidio Ospedaliero di Asiago. La modalità operativa con action card, tuttavia, è applicabile solo alle Unità Operative dove siano presenti pazienti degenti.

RIFERIMENTI

- D.G.R. n. 3258 del 21/09/1999 - Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi emergenza nella Regione Veneto;
- D.M. 18 settembre 2002 - Regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, costruzione ed esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- D.G.R. n. 1918 del 25/06/2004 - Organizzazione del soccorso sanitario extraospedaliero nelle grandi emergenze.

- D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i. - Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro (in particolare artt. 18, 43, 45 e 46);
- World Health Organization (WHO) - Hospital Emergency Response Checklist, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2011;
- Massachusetts Department of Public Health (MDPH) – Hospital Evacuation toolkit – Hospital Evacuation Planning Guide, 2014;
- D.M. 19 marzo 2015 e s.m.i. - Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per le strutture sanitarie;
- D.M. 3 agosto 2015 e s.m.i. - Codice di Prevenzione Incendi e D.M. 29 marzo 2021 (RTV Strutture Sanitarie);
- D.M. 1° settembre 2021, D.M. 2 settembre 2021 e D.M. 3 settembre 2021 - Criteri generali per la gestione della sicurezza antincendio nei luoghi di lavoro.
- NHS England - Evacuation and shelter guidance for the NHS in England, Emergency Preparedness, Resilience and Response (EPRR), Version 4, 2023.
- Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 14422 del 09/06/2026 - "Approvazione delle Linee di indirizzo regionali per l'aggiornamento dei Piani Aziendali di maxi-afflusso ed evacuazione per le strutture ospedaliere" (Allegati A e B);

DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

Action card: Documento sintetico, strutturato sotto forma di checklist, che declina operativamente le attività che deve svolgere la figura/squadra durante l'emergenza.
PEVAC (Piano di Evacuazione Ospedaliera): Insieme delle misure organizzative, procedurali e gestionali volte ad assicurare l'allontanamento sicuro e ordinato delle persone da aree minacciate da un pericolo grave e imminente.
PEIMAF: Piano Aziendale di Emergenza Interna per il Maxi-Afflusso di Feriti.
PEI: Piano di Emergenza Interno dell'Ospedale San Bassiano.
CGE (Centro Gestione Emergenze): Locale presidiato h24 situato presso la Portineria dell'Ospedale San Bassiano. Riceve i segnali di allarme antincendio e le chiamate di emergenza al numero interno 8401, fungendo da centrale operativa di allertamento.
CG (Coordinatore Generale dell'Emergenza): Responsabile supremo della direzione strategica dell'emergenza ospedaliera. La carica è ricoperta dal Direttore Medico di Presidio o suo sostituto reperibile (in prima battuta Medico di PS o Medico Anestesista di guardia).
GLE (Gestore Locale dell'Emergenza / Leader di Evacuazione): Figura presente nell'area allarmata o nel reparto (Direttore di UO, Coordinatore Infermieristico o sanitario con maggiore anzianità in turno). Dirige le prime operazioni di evacuazione di reparto e raccorda l'UO con il CG.
AdC (Addetto di Compartimento): Lavoratore designato in ciascun turno per ogni compartimento sanitario, in possesso di Idoneità Tecnica Antincendio, incaricato della prima verifica e del contenimento dell'emergenza.
ASE (Addetti alla Squadra delle Emergenze): Componente operativa antincendio e di soccorso dell'Ospedale, formata da 4 operatori sanitari presenti h24 nei reparti presidiati, dotati di Idoneità Tecnica VV.F. e addestramento APVR (autorespiratori).
OT (Operatori Tecnici Manutentori): 2 operatori tecnici qualificati della ditta manutentrice presenti h24 nel presidio, responsabili della verifica impiantistica, intercettazione utenze e guida dei Vigili del Fuoco.

UDC (Unità di Crisi Ospedaliera): Organismo collegiale strategico di governo dell'emergenza presieduto dal CG e composto dalla Direzione Medica, Servizi Tecnici, Pronto Soccorso.
Reverse Triage (Triage Inverso per l'Evacuazione): Metodologia clinico-assistenziale per la prioritizzazione dei pazienti durante l'evacuazione, basata su mobilità, dipendenza e complessità di cure (Categorie EP1, EP2, EP3).
Spazio Calmo: Luogo sicuro temporaneo, adiacente alle vie di esodo o all'interno di un compartimento antincendio REI, dove gli occupanti possono attendere assistenza per il completamento dell'esodo.
Punti di Raccolta Esterni: Aree sicure all'esterno dell'edificio (identificate da apposita segnaletica da 1 a 9 presso l'Ospedale San Bassiano) in cui si radunano gli evacuati.

RESPONSABILITÀ

Descrizione dell'attività	CG - UDC	GLE	Squadra A	Squadra B	Squadra C
Coordinamento generale emergenza	R				
Evacuazione di Ospedale	R				
Evacuazione di Reparto		R	C	C	C

R= Responsabile, C= collabora, R*= Responsabile per la parte di competenza

GRUPPO DI LAVORO

Pierfrancesco Tricarico, Paolo Francese, Franco Santacaterina, Alexa Bordignon

GRUPPO DI VERIFICA

Ettore Masucci, Cristian Girotto

MODALITÀ OPERATIVE

SISTEMI DI ALLERTA E CATENA DI COMUNICAZIONE

Come previsto dal PEI qualsiasi anomalia, principio di incendio o condizione di pericolo deve essere immediatamente segnalata al Centro Gestione Emergenze (CGE) al numero interno 4999.
La catena di allerta per l'evacuazione si articola come segue:
1) Rilevazione dell'evento: Rilevazione automatica (fumi/calore) o segnalazione manuale (pulsante o chiamata telefonica all'4999).
2) Verifica immediata (Allerta): Il CGE 4999 allerta telefonicamente l'AdC di reparto o gli ASE ed OT per le aree non presidiate (eseguendo la verifica "vero/falso" entro pochi minuti).
3) Conferma Emergenza: In caso di evento confermato, il CGE allerta in sequenza:

- Il Gestore Locale (GLE) dell'Unità Operativa interessata;
- Tutti gli Addetti alla Squadra Emergenze (ASE) via cordless/telefoni brevi;
- Gli Operatori Tecnici (OT);
- Il Coordinatore Generale dell'Emergenza (CG / Direzione Medica);
- Il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco (115) e il SUEM 118 (se disposto dal CG).

4) Convocazione Unità di Crisi: Il CG, tramite il CGE 4999, dispone la convocazione dell'Unità di Crisi Ospedaliera presso la sede prescritta (Portineria/CGE o Direzione Medica).
Nelle fasi 3 e 4, per determinate emergenze (incendio confermato, fuga di gas, allagamento, dissesto statico e terremoto, sversamento sostanze pericolose, blackout energetico totale, azione

dolosa/atto terroristico) può essere necessario ordinare l'evacuazione: **CG o CGE chiederanno alla UO di prendere la valigetta EVACUAZIONE e attivare le Action Card.**

TIPOLOGIE E LIVELLI DI EVACUAZIONE OSPEDALIERA

L'Evacuazione della UO avviene in maniera parziale o totale secondo una logica a modello progressivo, ciascuna con un diverso livello decisionale.

Tipologia Evacuazione	Definizione Operativa	Ambito e Modalità di Attuazione	Autorità Decisionale
Parziale di Reparto	Spostamento momentaneo di pazienti da un locale ad un altro dello stesso compartimento.	Circoscritta a singole stanze o piccoli focolai. I pazienti vengono spostati nelle stanze adiacenti oltre le porte di compartimentazione del reparto.	Gestore Locale (GLE) / Medico di UO / Coordinatore
Totale di Reparto (Esodo Orizzontale Progressivo)	Allontanamento completo di tutti i pazienti dal reparto interessato verso un compartimento adiacente sullo stesso piano.	Consente il passaggio di oltrepassare le porte REI (garantite REI 60/120) verso l'UO di accoglienza/supporto definita nel piano dello stesso piano. Si collocano i pazienti negli spazi di sosta/attesa del compartimento sicuro.	Gestore Locale (GLE) con immediata notifica al CG
Verticale	Trasferimento di persone e pazienti verso piani inferiori o superiori dell'edificio.	Si attua quando il pericolo compromette l'intero piano o la compartimentazione orizzontale. Utilizzo prioritario delle scale protette ed esterne. Gli ascensori non si usano in caso di incendio, fatta eccezione per gli ascensori antincendio L1 ed L5 sotto il controllo esclusivo dei VV.FF.	Coordinatore Generale (CG) / Comando Vigili del Fuoco
Generale dell'Ospedale	Esodo dell'intera popolazione (pazienti, personale, utenti) verso i Punti di Raccolta Esterni.	Applicata in caso di emergenza catastrofica o cedimento strutturale esteso. Richiede l'attivazione del SUEM 118 e della rete regionale per la ridistribuzione dei ricoverati negli altri ospedali dell'ULSS 7 o della Regione.	Coordinatore Generale (CG) di concerto con Comando Vigili del Fuoco

Il PEVAC riguarda tutte le Unità Operative dell'Ospedale ma è necessario distinguere tra:

- **aree amministrative e tecniche:** assenza di soggetti allettati/non deambulanti; l'evacuazione può avvenire senza necessità di pianificare e stratificare l'ordine di uscita;
- **aree ambulatoriali:** presenza ipotetica di soggetti allettati/non deambulanti, che possono evacuare l'area con il caregiver o il personale del Servizio a cui sono stati affidati dopo il deflusso di soggetti deambulanti/autonomi;
- **aree di degenza/gruppo operatorio:** l'evacuazione deve essere pianificata e stratificata.

EVACUAZIONE RAPIDA VS EVACUAZIONE CONTROLLATA DI DEGENZE/GRUPPO OPERATORIO

In base al tempo di preavviso e al livello di minaccia, si distinguono due modalità esecutive dell'evacuazione:

A. **Evacuazione Rapida:** si applica in presenza di pericolo improvviso e imminente (es. esplosione, incendio generalizzato o locale non controllabile); l'evacuazione avviene utilizzando le vie di esodo più vicine, portando in salvo prima le persone più vicine al pericolo (indipendentemente dalla gravità clinica) e successivamente le altre (con criterio Reverse Triage).
B. **Evacuazione Controllata:** si applica quando il tempo a disposizione lo consente (es. incendio contenuto in altro compartimento, criticità impiantistica ad evoluzione lenta); permette di applicare la stratificazione sistematica del Reverse Triage (EP1 -> EP2 -> EP3), la preparazione della documentazione clinica, il recupero dei farmaci e l'organizzazione coordinata del trasporto.

Strategia di stratificazione e priorità clinica (reverse triage)

Nelle Unità Operative, l'ordine di evacuazione applica i principi del *Reverse Triage* (Triage Inverso): a differenza del triage ordinario da maxi-afflusso (dove si curano prima i più gravi), durante l'evacuazione interna si evacuano per primi i pazienti più autonomi e meno complessi.
Qualora i pazienti dovessero poi rientrare presso il Reparto o essere trasferiti all'esterno, la priorità sarà nuovamente riservata ai più critici.

La stratificazione clinica suddivide i pazienti in tre categorie di priorità per l'esodo dal reparto:

Categoria Evacuazione Reparto	**Priorità Esodo Reparto**	**Descrizione e Caratteristiche Cliniche**	**Risorse e Modalità di Trasporto**	**Priorità Trasferimento Esterno (AD ALTRI OSPEDALI)**
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	**1° PRIORITÀ (Evacuare per PRIMI)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	1 operatore/volontario può guidare un gruppo di 5-10 pazienti verso il Luogo Sicuro o Punto di Raccolta. Nessun presidio richiesto.	**P3** (Trasferiti/Dimessi per ULTIMI dal **luogo sicuro)**
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	**2° PRIORITÀ (Evacuare per SECONDI)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	Richiedono 1-2 operatori. Trasporto tramite sedia a rotelle, sedia portantina, telo d'evacuazione o letto di degenza.	**P2** (Trasferiti per SECONDI verso altri ospedali)
EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	**3° PRIORITÀ (Evacuare per ULTIMI)**	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	Richiedono da 2 a 4 operatori qualificati (medico/infermiere). Trasporto su letto/barella con monitoraggio continuativo e bombole O2 portatili.	**P1** (Stabilizzati e trasferiti per **PRIMI** verso Terapie Intensive esterne)

FASI DELL'EVACUAZIONE

L'evacuazione di un'Unità Operativa si articola in 5 fasi operative sequenziali:

Fase 1 - Attivazione e Preparazione Reparto: Il GLE riceve la conferma dell'emergenza o rileva il pericolo, assegna i compiti al personale (Squadre), lancia l'allerta interna e fa predisporre i pazienti. Il modello standard della distribuzione dei compiti si basa sul *worst case scenario* (dotazione notturna):

Ruolo	Componenti	Compito	Eventuale supporto se presente
GLE	Medico di guardia AdC Sanitario con maggiore anzianità di servizio	Coordinamento	Direttore UO Coordinatore UO Medico di guardia Sanitario con maggiore anzianità di servizio
Squadra A	OSS (o infermiere)	Evacuazione EP1	ASE Altri OSS o infermieri in turno Caregiver presenti
Squadra B	2 Infermieri	Evacuazione EP2	Altri infermieri in turno Infermiere da UO Ricevente
Squadra C	Medico e infermiere	Evacuazione EP3	Altri medici

Fase 2 - Evacuazione Pazienti EP1 (Deambulanti): La Squadra A raccoglie i pazienti autonomi, fa indossare loro le calzature e una coperta/giacca, e li guida in gruppo verso il Luogo Sicuro di reparto/compartimento o Punto di Raccolta.

Fase 3 - Evacuazione Pazienti EP2 (Dipendenti) ed EP3 (Critici): Le Squadre B e C e le squadre ASE trasportano i pazienti allettati tramite sedie o letti; per i pazienti EP3 si garantisce la continuità della ventilazione (pallone AMBU/ventilatore da trasporto) e delle infusioni salvavita.

Fase 4 - Recupero Presidi Essenziali e Cartelle Cliniche: La Squadra A preleva la documentazione clinica (o supporti informatici portatili) e il registro evacuati.

Fase 5 - Bonifica del Reparto e Check Finale: Il GLE ed il Caposquadra ASE eseguono un sopralluogo finale in tutti i locali (stanze, bagni, depositi, studi) per verificare che non vi sia rimasto nessuno. Si chiudono le porte e le finestre.

SISTEMA DI TRACCIAMENTO: REGISTRO EVACUATI E REGISTRO EVACUAZIONE DIFFERITA

Durante tutte le fasi dell'evacuazione, deve essere garantito il tracciamento formale dei pazienti spostati, al fine di evitare la dispersione delle informazioni e garantire la sicurezza clinica.

Registro degli Evacuati di UO: Il GLE o un suo delegato (es. Coordinatore/Infermiere) compila il registro riportando per ciascun paziente: Nome e Cognome, Data di Nascita, Categoria di Priorità (EP1/EP2/EP3), Reparto di Destinazione/Luogo Sicuro, Ora di Spostamento e Firma dell'operatore.

Il registro è contenuto nella cartellina PEVAC assieme alle action card di Reparto.

Qualora per eccezionali motivi clinici, strutturali o di rischio estremo per gli operatori si renda necessario posticipare temporaneamente l'evacuazione di un paziente EP3/critico, tale decisione deve essere assunta congiuntamente da due clinici e motivata sul registro; a quel punto sarà necessario raccordarsi direttamente con il Comandante dei Vigili del Fuoco per predisporre mezzi straordinari di estricazione e soccorso ad elevata protezione.

MESSA IN SICUREZZA DELLE AREE EVACUATE

Al termine del completamento dell'esodo di un compartimento o reparto:

- Tutte le finestre e le porte delle stanze devono essere chiuse (non a chiave);
- Le porte tagliafuoco (REI) dei compartimenti devono essere rilasciate e chiuse;
- Sulla porta d'ingresso del reparto evacuato deve essere affisso il cartello (inserito nella cartella PEVAC di Reparto) "*AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO*" con ora e firma del GLE;
- Gli Operatori Tecnici (OT) provvedono all'intercettazione selettiva delle linee elettriche e dei gas medicali del compartimento abbandonato, previa conferma del GLE.

CONTINUITÀ DELLE CURE CRITICHE E GESTIONE DELLE LINEE VITALI

Durante l'evacuazione delle aree ad alta intensità di cura (Terapia Intensiva, UTIC, Blocco Operatorio, Neonatologia):

- Devono essere impiegati esclusivamente ventilatori polmonari da trasporto dotati di batteria autonoma o sistemi di ventilazione manuale con pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola d'ossigeno portatile;
- Le pompe infusionali eroganti farmaci inotropi, antiaritmici o anestetici devono essere mantenute attive a batteria;
- Nelle aree di accoglienza temporanea deve essere garantita la presenza di prese di alimentazione elettrica sotto gruppo elettrogeno/UPS e attacchi/bombole di gas medicali.

EVACUAZIONE VERTICALE

L'Evacuazione Verticale avviene solamente su decisione del CG di concerto con l'Unità di Crisi e in condivisione con i Vigili del Fuoco.

Le scale e gli ascensori dedicati all'evacuazione verticale sono:

- Ascensori del lato sud (Pronto Soccorso) **n.6** e **n.7** contrassegnati dalla segnaletica "ASCENSORE ANTINCENDIO" solo con autorizzazione dei VVFF;
- Scale esterne perimetrali agli angoli dell'edificio.

L'ordine di evacuazione dei Piani più razionale in funzione dell'emergenza più probabile e a più veloce propagazione (incendio) è il seguente:

1. **Piano dell'evento (Piano N):** sgombero verso l'esterno (se piano terra) o verso i piani inferiori.
2. **Piani superiori all'evento (es. 2° e 3° piano se l'evento è al 1°):** evacuazione immediatamente successiva al piano dell'evento, poiché il vano scala potrebbe essere compromesso rapidamente dal fumo in risalita.
3. **Piani inferiori all'evento:** evacuazione per ultimi (se l'evento è al 2° o 3° piano, il piano terra funge da area di raccolta interna o punto di smistamento rapido verso l'esterno).

L'evacuazione verticale segue le stesse regole, passaggi e squadre dell'evacuazione orizzontale che di norma la precede: i primi a spostarsi dal Piano saranno i Pazienti EP1 con la Squadre A, poi i Pazienti Ep2 con le Squadre B, infine i Pazienti Ep3 con le Squadre C.

I Vigili del Fuoco rimangono comunque la figura di riferimento per la gestione di un'evacuazione verticale e generale, e possono decidere diversamente da quanto sopra riportato.

COMUNICAZIONE IN EMERGENZA

- **Comunicazione Interna tra Operatori:** Avviene preferibilmente mediante rete telefonica fissa, telefoni cordless d'emergenza, sistemi di filodiffusione EVAC.
- **Messaggi ai Degenti/Utenti:** I messaggi eventualmente diramati via filodiffusione sono predefiniti, chiari e finalizzati ad evitare il panico.

CHIUSURA DELL'EMERGENZA, RIPRISTINO, DEBRIEFING E SUPPORTO

La fase post-emergenziale si articola nei seguenti passaggi obbligatori:

1. **Dichiarazione di Fine Emergenza:** È pronunciata dal Coordinatore Generale (CG) di concerto con il Comandante dei Vigili del Fuoco a seguito del completo ripristino delle condizioni di sicurezza.
2. **Valutazione di Agibilità Strutturale ed Impiantistica:** I Servizi Tecnici Aziendali, unitamente ai VVFF, verificano l'agibilità dei locali e il perfetto funzionamento dei sistemi antincendio, elettrici e dei gas medicali prima del rientro dei pazienti.
3. **Debriefing Operativo:** Entro 24-72 ore dal termine dell'emergenza, vengono organizzate sessioni di debriefing con gli operatori coinvolti per analizzare le criticità emerse, valutare l'efficacia della risposta e aggiornare i piani aziendali.
4. **Supporto Psicologico:** Viene attivato lo sportello psicologico per il sostegno agli operatori sanitari e delle famiglie dei pazienti sottoposti a stress acuto.
5. **Relazione Post-Evento dell'Unità di Crisi:** Entro 7 giorni dalla chiusura, l'Unità di Crisi redige una relazione dettagliata per la Direzione Strategica.

GESTIONE E DISPONIBILITÀ DELLE ACTION CARD E DEI MATERIALI DI EVACUAZIONE

Poiché la declinazione operativa del Piano avviene tramite le action card è indispensabile che tutto il materiale sia contenuto in una **cartellina rossa** chiaramente identificabile con la scritta EVACUAZIONE conservata in un posto noto ed accessibile a tutto il personale di UO, idealmente in diretta prossimità del telefono al quale può arrivare la chiamata della CGE.
Il contenuto della cartellina per ogni UO è:

- 3 copie di Action card per ogni ruolo **presente** (GLE, Squadra A, Squadra B, Squadra C, UO Ricevente)
- 3 copie del registro evacuazione per ogni ruolo presente, allegate alle relative action card.
- 4 copie del cartello *"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"*

La cartellina con del Coordinatore Generale (CG) è ubicata in Pronto Soccorso e contiene:

- 3 copie di Action card CG con relative mappe.

INDICATORI

N di esercitazioni "Prova di Evacuazione" con utilizzo delle action card e relativo debriefing.

ALLEGATI

- Allegato 1: Modello Standard di "Registro degli Evacuati di Unità Operativa"
- Allegato 2: Action card di Evacuazione di UO
- Allegato 3: Cartello *"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"*

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA	DIREZIONE SANITARIA	REGISTO EVACUAZIONE PR__
	DIREZIONE MEDICA BASSANO	Rev. n.00

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE DI ASIAGO

UO:_____ **UO/Luogo Sicuro:_____**

N°	Cognome e Nome Paziente	Data Nascita	Stanza / Letto	EP1	EP2	EP3	Ora Esodo	Note	Firma ricevente
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA	DIREZIONE SANITARIA	REGISTO EVACUAZIONE PR__
	DIREZIONE MEDICA BASSANO	Rev. n.00

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE DI ASIAGO

N°	Cognome e Nome Paziente	Data Nascita	Stanza / Letto	EP1	EP2	EP3	Ora Esodo	Note	Firma ricevente
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA	DIREZIONE SANITARIA	REGISTO EVACUAZIONE PR__
	DIREZIONE MEDICA BASSANO	Rev. n.00

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE DI ASIAGO

N°	Cognome e Nome Paziente	Data Nascita	Stanza / Letto	EP1	EP2	EP3	Ora Esodo	Note	Firma ricevente
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA	DIREZIONE SANITARIA	REGISTO EVACUAZIONE PR__
	DIREZIONE MEDICA BASSANO	Rev. n.00

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE DI ASIAGO

N°	Cognome e Nome Paziente	Data Nascita	Stanza / Letto	EP1	EP2	EP3	Ora Esodo	Note	Firma ricevente
31									
32									
33									
34									
35									
66									
37									
38									
39									
40									

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA	DIREZIONE SANITARIA	REGISTO EVACUAZIONE PR__
	DIREZIONE MEDICA BASSANO	Rev. n.00

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE DI ASIAGO

N°	Cognome e Nome Paziente	Data Nascita	Stanza / Letto	EP1	EP2	EP3	Ora Esodo	Note	Firma ricevente
41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									

RIEPILOGO RICONCILIAZIONE E CHECK FINALE REPARTO (ROLL CALL):

Totale Pazienti Presenti ad inizio turno: _____ | Totale Evacuati Registrati: _____ | Pazienti Differiti: _____

☐ **CHECK BONIFICA REPARTO EFFETTUATO:** Tutti i locali verificati, stanze vuote, porte REI chiuse.

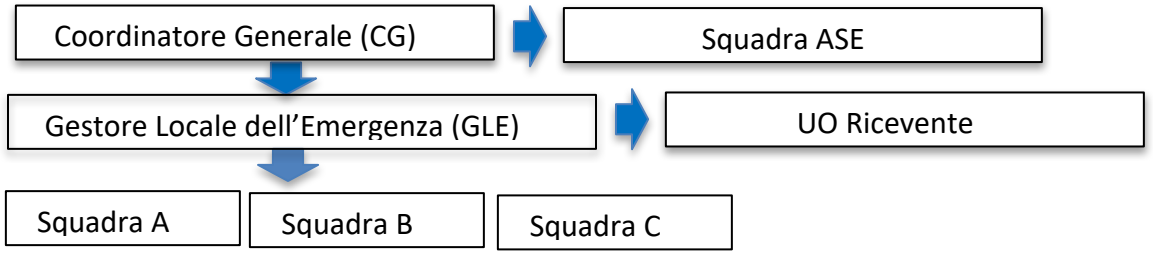
Firma Gestore Locale (GLE): _____ Ora Completamento: ____:____

COORDINATORE GENERALE (CG)

(Direttore Medico/Reperibile Direzione Medica/Medico Pronto Soccorso/Anestesista)

RUOLO: Responsabile del coordinamento dell'evacuazione di singole UO, del comando e del coordinamento dell'evacuazione verticale e generale.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Reperibile Direzione Medica o Direttore Medico quando arriva presso l'Unità di Crisi.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **VALUTA ENTITÀ DELL'EMERGENZA:** Ricevi tramite **CGE 4999** notifica di emergenza che può comportare evacuazione (incendio confermato, fuga di gas, allagamento, dissesto statico e terremoto, sversamento sostanze pericolose, blackout energetico totale, azione dolosa/atto terroristico); se possibile recati in loco per valutare concretamente l'entità della minaccia.

☐ **EVACUAZIONE ORIZZONTALE (CONTROLLATA PARZIALE O TOTALE) DI REPARTO:** in base alle informazioni raccolte e alle valutazioni effettuate comunica personalmente (se sei in loco) o tramite **CGE 4999** la necessità di evacuare parzialmente o totalmente il reparto; tieni presente che il **GLE** può aver già iniziato l'evacuazione (sia rapida che controllata).

Lo schema di evacuazione orizzontale dei Reparti del PO Asiago è il seguente:

Piano	Lato est	Verso	Lato ovest
2	ODC/Hospice Cardiologia Riab.	⟷	Medicina Generale nord Medicina Generale sud
1	Palestre Area Ambulatoriale		Riabilitazione nord Riabilitazione sud
0	Degenze Chirurgiche nord Degenze Chirurgiche sud		Dialisi Punto Nascita

Piano	Lato Est	Verso	Lato Ovest
-1	Pronto Soccorso 4009	⟷	Blocco Operatorio 4264

☐ **EVACUAZIONE VERTICALE E EVACUAZIONE GENERALE:** nel caso sia necessario evacuare verticalmente o in toto l'edificio, la decisione deve essere presa di concerto con i Vigile del Fuoco.

Le scale e gli ascensori dedicati all'evacuazione verticale sono:

- Ascensori del lato sud (Pronto Soccorso) **n.6** e **n.7** contrassegnati dalla segnaletica "ASCENSORE ANTINCENDIO" solo con autorizzazione dei VVFF;
- Scale esterne perimetrali agli angoli dell'edificio.

L'ordine di evacuazione dei Piani più razionale in funzione dell'emergenza più probabile e a più veloce propagazione (incendio) è il seguente:

1. **Piano dell'evento (Piano N):** sgombero verso l'esterno (se piano terra) o verso i piani inferiori.
2. **Piani superiori all'evento (es. 2° e 3° piano se l'evento è al 1°):** evacuazione immediatamente successiva al piano dell'evento, poiché il vano scala potrebbe essere compromesso rapidamente dal fumo in risalita.
3. **Piani inferiori all'evento:** evacuazione per ultimi (se l'evento è al 2° o 3° piano, il piano terra funge da area di raccolta interna o punto di smistamento rapido verso l'esterno).

I Vigili del Fuoco rimangono comunque la figura di riferimento per la gestione di un'evacuazione verticale e generale, e possono decidere diversamente da quanto sopra riportato.

L'evacuazione verticale segue le stesse regole, passaggi e squadre dell'evacuazione orizzontale che di norma la precede: i primi a spostarsi dal Piano saranno i Pazienti EP1 con la Squadre A, poi i Pazienti Ep2 con le Squadre B, infine i Pazienti Ep3 con le Squadre C.

☐ **DICHIARAZIONE DI CHIUSURA EVACUAZIONE:** Al termine di tutte le procedure di evacuazione ricevi il report dal/dai GLE (includerà il registro di evacuazione e le schede delle squadre coinvolte); a seguito del completo ripristino delle condizioni di sicurezza E ottenuto l'ok dei Vigili del Fuoco, dichiara chiusa la fase di evacuazione.

☐ (**Entro 24-72 ore dalla chiusura) DEBRIEFING POST-EMERGENZA:** Organizza uno o più sessioni di debriefing con gli operatori coinvolti per analizzare le criticità emerse, valutare l'efficacia della risposta e aggiornare i piani aziendali.

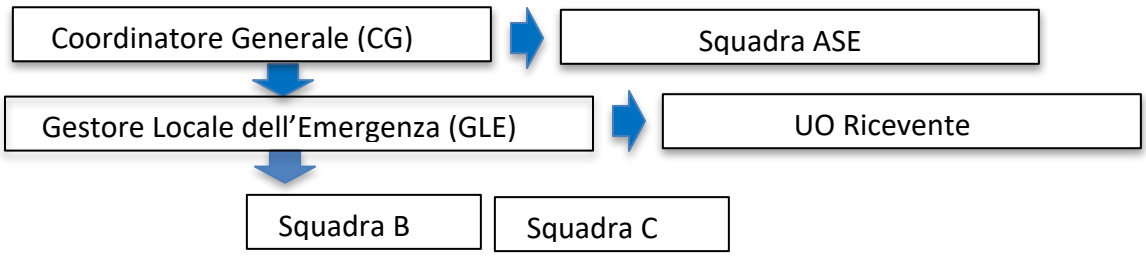
☐ (**Entro 7 giorni dalla chiusura) RELAZIONE POST-EVENTO: con** l'Unità di Crisi predisponi una relazione dettagliata per la Direzione Strategica.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore Medico/Direttore UO Anestesia e Rianimazione/Coordinatore/Anestesista di Guardia/AdC Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione del Blocco Operatorio.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 4999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	1

EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	2

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Pronto Soccorso 4009**)
C	Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Pronto Soccorso 4009**)

☐ **PREDISPOSIZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza/Supporto (**Pronto Soccorso 4009**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra B o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

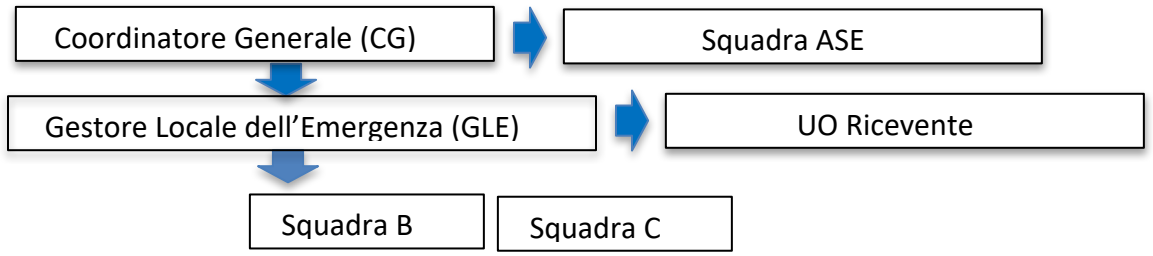
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza (**Pronto Soccorso 4009**). Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

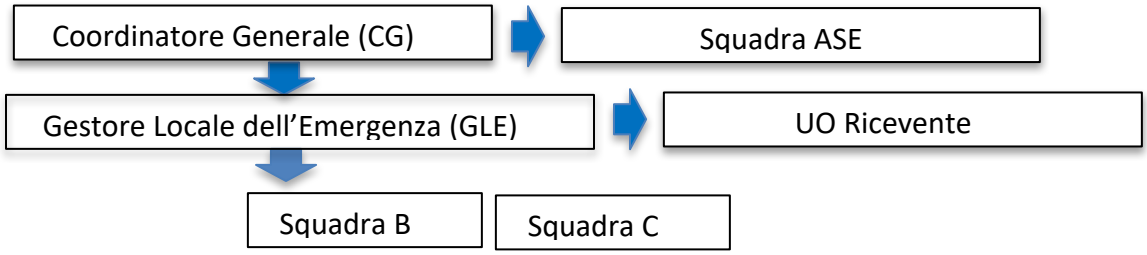
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA C – EVACUAZIONE EP3- CRITICI

(Medico e infermiere – in coppia)

RUOLO: Trasporto protetto e continuità assistenziale dei pazienti critici o con supporto vitale (Priorità 3 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO E VALUTAZIONE CLINICA:** Ricevi l'ordine dal GLE di evacuare i pazienti categoria **EP3 (Critici)**. Verifica la stabilità clinica per il trasporto.

☐ **GARANZIA CONTINUITÀ DELLE LINEE VITALI:**

- Passa la ventilazione meccanica da rete fissa a **ventilatore polmonare da trasporto a batteria** o prepara pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola O2 portatile da trasporto.
- Verifica che le pompe infusionali con farmaci salvavita (inotropi, anestetici) siano commutate su alimentazione autonoma a batteria.
- Solleva e fissa tutti i monitor multiparametrici portatili e presidi invasivi.

☐ **DISCONNESSIONE APPARECCHIATURE NON ESSENZIALI:** Scollega rapidamente sistemi di emodialisi/CRRT, aspirazioni fisse (sostituire con aspiratori portatili se necessario) e macchinari non vitali per ridurre l'ingombro.

☐ **TRASPORTO DEDICATO E SCORTA SANITARIA:** Trasporta il paziente su letto/barella con scorta continua di almeno 1 Medico ed 1 Infermiere. Se disponibili chiedi l'ausilio di 2 addetti ASE per la spinta del letto lungo il percorso d'esodo protetto.

☐ **COORDINAMENTO PER ELEVATO RISCHIO:** Se le condizioni cliniche del paziente rendono il trasporto ad altissimo rischio di decesso immediato o vi sono ostacoli strutturali impraticabili, segnala immediatamente la condizione al GLE per l'attivazione dell'**Evacuazione Differita** con protezione in situ/VVF.

☐ **PRESA IN CARICO NEL LUOGO SICURO CRITICO:** Posiziona i pazienti nell'area ad alta intensità dell'UO Accoglienza (**Pronto Soccorso 4009**), ricollega i gas medicali e l'alimentazione elettrica di rete/UPS e mantieni il monitoraggio continuo dei parametri vitali. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente in BO (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP3 fino al completamento dell'area assegnata.

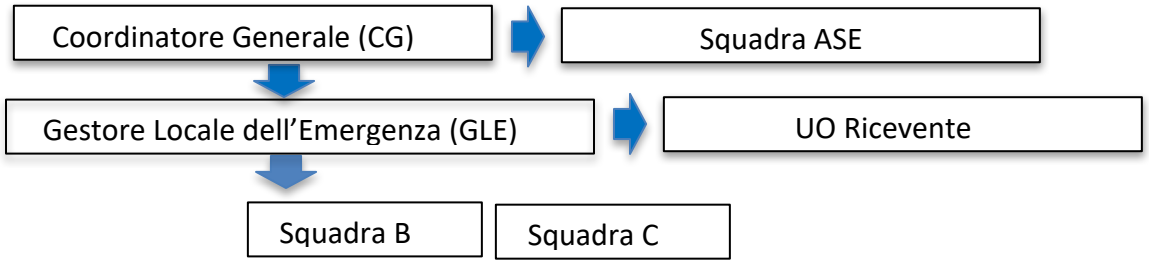
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dal Pronto Soccorso.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) del reparto allarmato o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 4999).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP2 (Dipendenti): zona filtro, presala
- Area EP3 (Critici): presala

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	4
EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	1

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

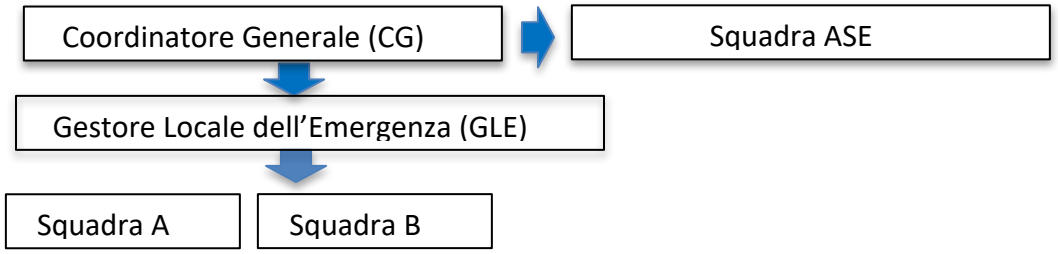
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore /Medico di Guardia/AdC Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Degenze Chirurgiche centralizzate.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 4999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici)-

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	5
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo,	15

	drenaggio).	

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri ASE	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri Medico	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** richiedi al **CGE 4999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (anestesista di guardia). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **PREPARAZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** utilizza la Squadra A per individuare 2 aree nell'emipiano opposto (in senso est-ovest) rispetto a dove c'è l'emergenza, con questa corrispondenza:

Lato est	Lato ovest
Degenze Chirurgiche nord Degenze Chirurgiche sud	Dialisi Punto Nascita

- Area EP1 (Autonomi): Soggiorno
- Area EP2 (Dipendenti): Posiziona un letto aggiuntivo in ogni stanza, partendo dalle più lontane, poi passa al corridoio ordinatamente sui lati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**
- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia

rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

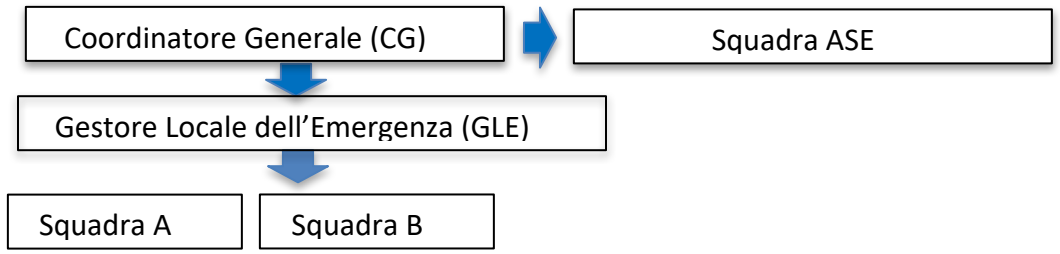
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **PREPARAZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** predisponi 2 aree nell'emipiano opposto (in senso est-ovest) rispetto a dove c'è l'emergenza, con questa corrispondenza:

Lato est	Lato ovest
Degenze Chirurgiche nord Degenze Chirurgiche sud	Dialisi Punto Nascita

- Area EP1 (Autonomi): Soggiorno
- Area EP2 (Dipendenti): Posiziona un letto aggiuntivo in ogni stanza, partendo dalle più lontane, poi passa al corridoio ordinatamente sui lati.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro, assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri

ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

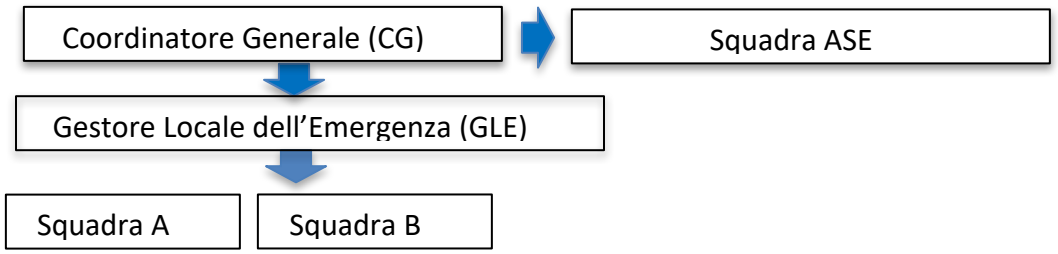
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro indicato dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento del Luogo Sicuro. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

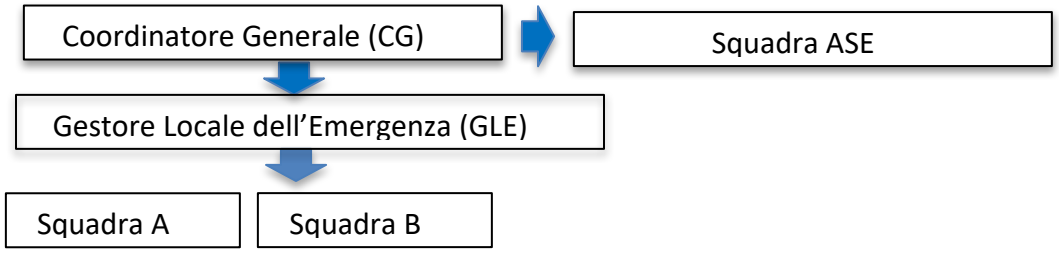
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore /Medico di Guardia/AdC Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Medicina Generale (incluso Cardiologia Riabilitativa e ODC-Hospice)
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 4999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	2 Med 9 Card 1 ODC
EP2 – Dipendenti	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento,	25 Med

(Non Deambulanti)	ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	1 Card 9 ODC

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS ODC ASE	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 4999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (anestesista di guardia). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **PREPARAZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** utilizza la Squadra A per individuare 2 aree nell'emipiano opposto (in senso est-ovest) rispetto a dove c'è l'emergenza, con questa corrispondenza:

Lato est	Lato ovest
ODC/Hospice Cardiologia Riab.	Medicina Generale nord Medicina Generale sud

- Area EP1 (Autonomi): Soggiorni, palestra, area workshop.
- Area EP2 (Dipendenti): Posiziona un letto aggiuntivo in ogni stanza, partendo dalle più lontane, poi passa al corridoio ordinatamente sui lati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**
- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

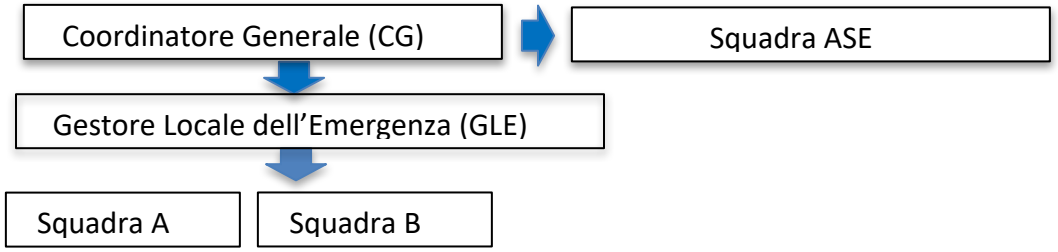
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS/Infermiere designato dal GLE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **PREPARAZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** predisponi 2 aree nell'emipiano opposto (in senso est-ovest) rispetto a dove c'è l'emergenza, con questa corrispondenza:

Lato est	Lato ovest
ODC/Hospice Cardiologia Riab.	Medicina Generale nord Medicina Generale sud

- Area EP1 (Autonomi): Soggiorni, palestra, area workshop.
- Area EP2 (Dipendenti): Posiziona un letto aggiuntivo in ogni stanza, partendo dalle più lontane, poi passa al corridoio ordinatamente sui lati.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro, assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri

ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

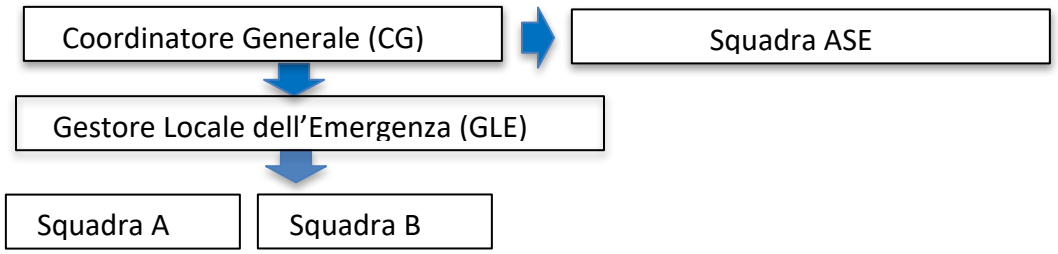
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro indicato dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento del Luogo Sicuro. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

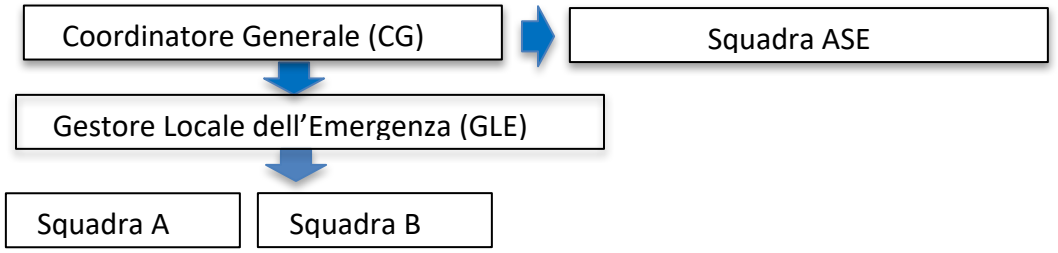
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore /Medico di Guardia/AdC Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Percorso Nascita e Ginecologia Asiago
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 4999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	1
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo)	1

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE DI ASIAGO

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno/diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	ASE	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	Ostetrica Ostetrica	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** richiedi al **CGE 4999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (anestesista di guardia). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **PREPARAZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** utilizza la Squadra A per individuare 2 aree nell'emipiano opposto (in senso est-ovest) rispetto a dove c'è l'emergenza, con questa corrispondenza:

Lato est	Lato ovest
Degenze Chirurgiche sud	Punto Nascita

- Area EP1 (Autonomi): Soggiorno
- Area EP2 (Dipendenti): Posiziona un letto aggiuntivo in ogni stanza, partendo dalle più lontane, poi passa al corridoio ordinatamente sui lati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**
- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

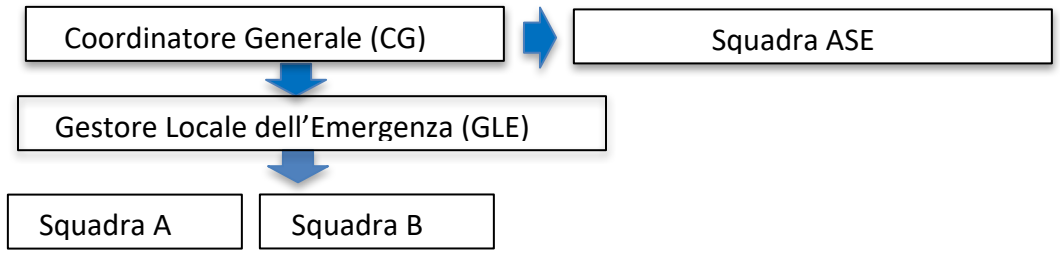
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(ASE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **PREPARAZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** predisponi 2 aree nell'emipiano opposto (in senso est-ovest) rispetto a dove c'è l'emergenza, con questa corrispondenza:

Lato est	Lato ovest
Degenze Chirurgiche sud	Punto Nascita

- Area EP1 (Autonomi): Soggiorno
- Area EP2 (Dipendenti): Posiziona un letto aggiuntivo in ogni stanza, partendo dalle più lontane, poi passa al corridoio ordinatamente sui lati.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro, assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri

ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

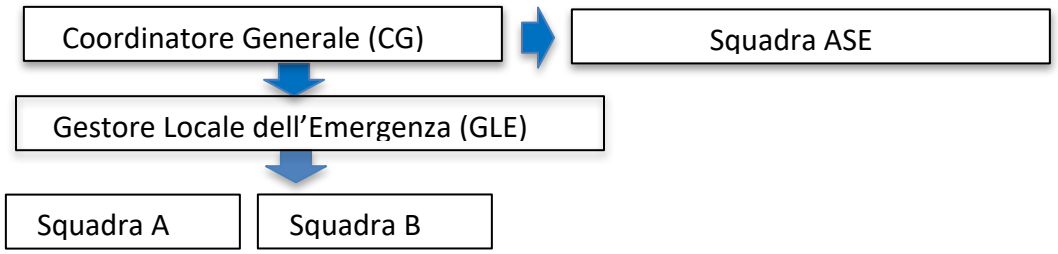
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro indicato dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento del Luogo Sicuro. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

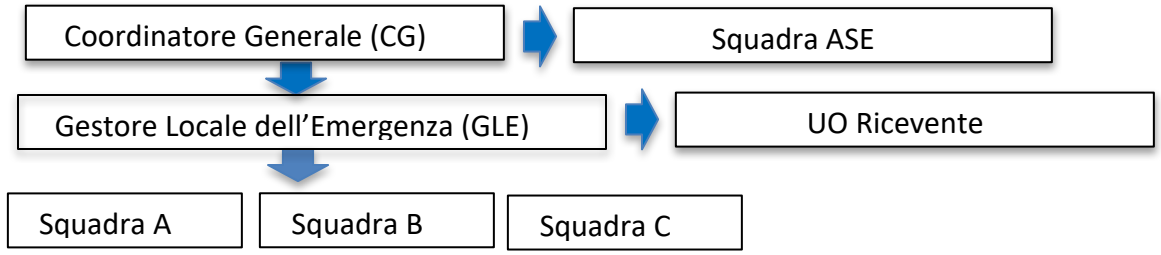
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore /Medico di Guardia/AdC Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Pronto Soccorso.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 4999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	6
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	4

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE DI ASIAGO

EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	1

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	ASE	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / (Esterno) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Blocco Operatorio 4264**)
C	Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Blocco Operatorio 4264**)

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro (Esterno) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Blocco Operatorio 4264**)
C	Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Blocco Operatorio 4264**)

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** richiedi al **CGE 4999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (anestesista di guardia). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Se i pazienti EP3 non possono evacuare all'esterno, contatta l'UO di Accoglienza (**Blocco Operatorio 4264**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

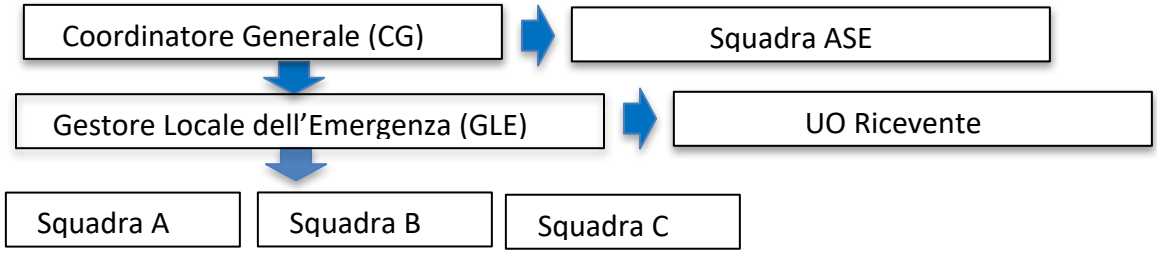
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(ASE/OSS)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Esterno), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A, B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

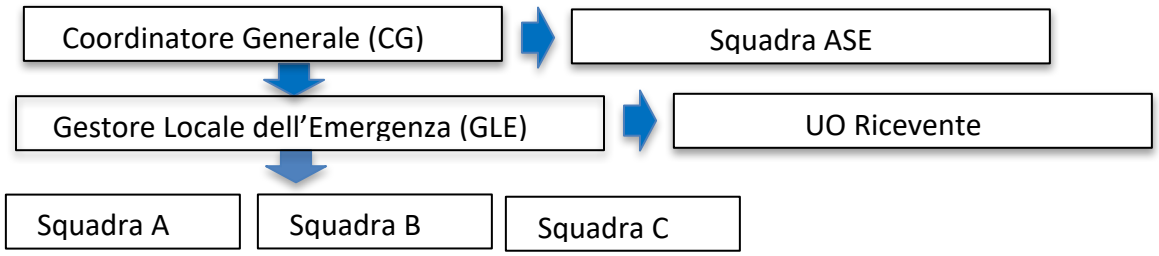
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (**Blocco Operatorio 4264**) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

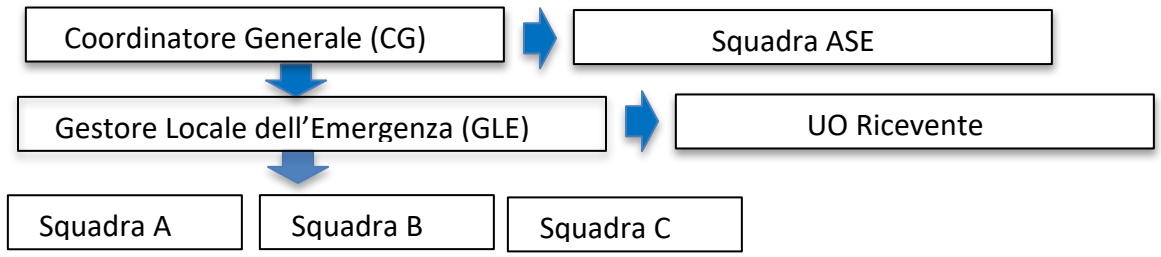
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA C – EVACUAZIONE EP3- CRITICI

(Medico e infermiere – in coppia)

RUOLO: Trasporto protetto e continuità assistenziale dei pazienti critici o con supporto vitale (Priorità 3 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO E VALUTAZIONE CLINICA:** Ricevi l'ordine dal GLE di evacuare i pazienti categoria **EP3 (Critici)**. Verifica la stabilità clinica per il trasporto.

☐ **GARANZIA CONTINUITÀ DELLE LINEE VITALI:**

- Passa la ventilazione meccanica da rete fissa a **ventilatore polmonare da trasporto a batteria** o prepara pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola O2 portatile da trasporto.
- Verifica che le pompe infusionali con farmaci salvavita (inotropi, anestetici) siano commutate su alimentazione autonoma a batteria.
- Solleva e fissa tutti i monitor multiparametrici portatili e presidi invasivi.

☐ **DISCONNESSIONE APPARECCHIATURE NON ESSENZIALI:** Scollega rapidamente sistemi di emodialisi/CRRT, aspirazioni fisse (sostituire con aspiratori portatili se necessario) e macchinari non vitali per ridurre l'ingombro.

☐ **TRASPORTO DEDICATO E SCORTA SANITARIA:** Trasporta il paziente su letto/barella con scorta continua di almeno 1 Medico ed 1 Infermiere. Se disponibili chiedi l'ausilio di 2 addetti ASE per la spinta del letto lungo il percorso d'esodo protetto.

☐ **COORDINAMENTO PER ELEVATO RISCHIO:** Se le condizioni cliniche del paziente rendono il trasporto ad altissimo rischio di decesso immediato o vi sono ostacoli strutturali impraticabili, segnala immediatamente la condizione al GLE per l'attivazione dell'**Evacuazione Differita** con protezione in situ/VVF.

☐ **PRESA IN CARICO NEL LUOGO SICURO CRITICO:** Posiziona il paziente nell'area dell'UO Accoglienza (**Blocco Operatorio 4264**), ricollega i gas medicali e l'alimentazione elettrica di rete/UPS e mantieni il monitoraggio continuo dei parametri vitali. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP3 fino al completamento dell'area assegnata.

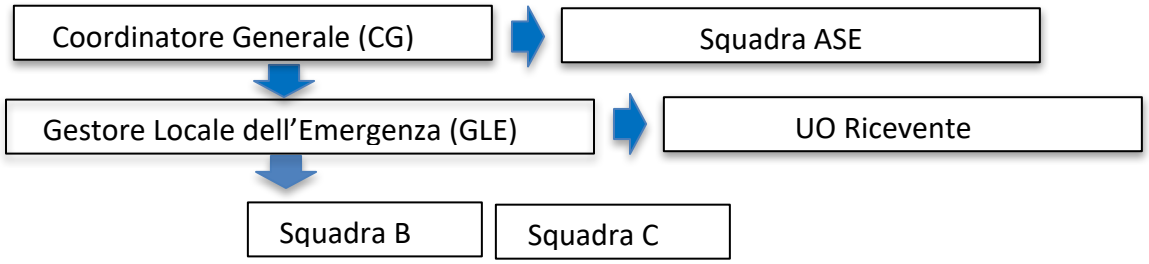
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dalla Sala Operatoria.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) del reparto allarmato o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 4999).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP2 (Dipendenti): Astanteria
- Area EP3 (Critici): ambulatorio o shock room

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	1
EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	2

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

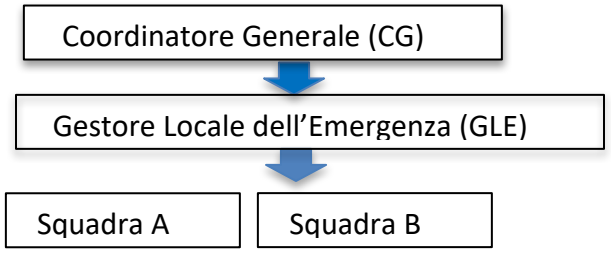
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore /Medico di Guardia/AdC Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Recupero e Riabilitazione Funzionale.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 4999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	10
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo)	11

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS (ASE)	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	OSS (ASE) e infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri Medico	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** richiedi al **CGE 4999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (anestesista di guardia). Un ASE costituirà la Squadra A, l'altro va nella Squadra B.

☐ **PREPARAZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** utilizza la Squadra A per individuare 2 aree nell'emipiano opposto (in senso est-ovest) rispetto a dove c'è l'emergenza, con questa corrispondenza:

Lato est	Lato ovest
Palestre Area Ambulatoriale	Riabilitazione nord Riabilitazione sud

- Area EP1 (Autonomi): Soggiorni, palestra.
- Area EP2 (Dipendenti): Posiziona un letto aggiuntivo in ogni stanza, partendo dalle più lontane, poi passa al corridoio ordinatamente sui lati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**
- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla

porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

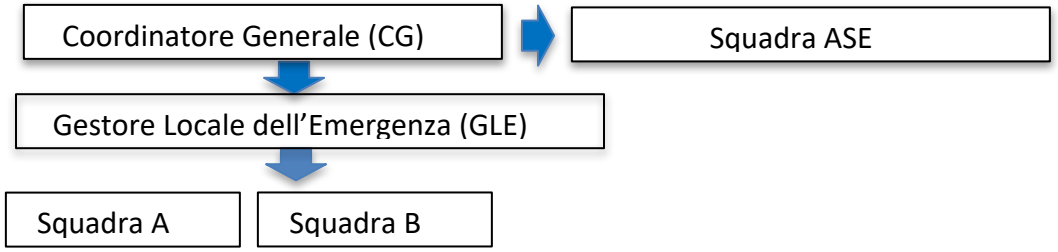
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS/Infermiere designato dal GLE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **PREPARAZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** predisponi 2 aree nell'emipiano opposto (in senso est-ovest) rispetto a dove c'è l'emergenza, con questa corrispondenza:

Lato est	Lato ovest
Palestre Area Ambulatoriale	Riabilitazione nord Riabilitazione sud

- Area EP1 (Autonomi): Soggiorni, palestra.
- Area EP2 (Dipendenti): Posiziona un letto aggiuntivo in ogni stanza, partendo dalle più lontane, poi passa al corridoio ordinatamente sui lati.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro, assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri

ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

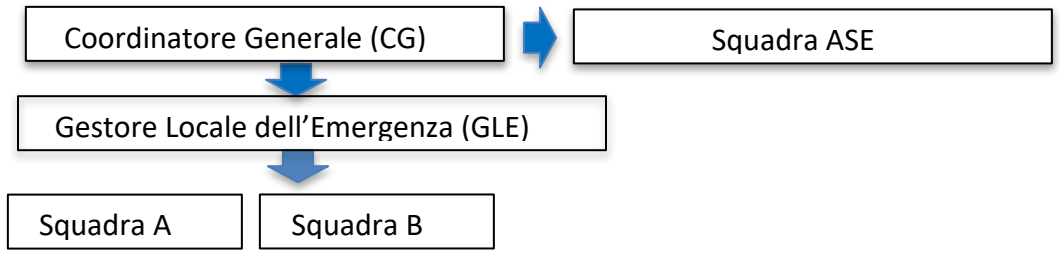
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia Infermiere-ASE)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro indicato dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento del Luogo Sicuro. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REGIONE DEL VENETO

ULSS7 PEDEMONTANA

PIANO EVACUAZIONE - PEVAC

AREA COMPLETAMENTE EVACUATA

CHECK EFFETTUATO

INDICE

Premessa	Pag.2
Scopo	Pag.2
Campo di Applicazione	Pag.2
Riferimenti	Pag.2
Definizioni e abbreviazioni	Pag.3
Responsabilità	Pag.4
Modalità Operative	Pag.4
Allegati	Pag.9

DISTRIBUITA A: UUOO afferenti al Presidio Ospedaliero "Alto Vicentino" di Santorso.

	Nome e Funzione	Firma	Data
Compilata da	Pierfrancesco Tricarico Responsabile UOSD Risk Management		19/10/2026
Verificata da	Ettore Masucci Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione		20/10/2026
Approvata da	Mario Grattarola UOC Direzione Medica Santorso		20/10/2026

Revisione	Data	Descrizione delle modifiche
0	19/10/2026	Prima emissione – conforme a DDR n. 14422 del 09/06/2026
1		

PAROLE CHIAVE

PEVAC; Piano di Evacuazione Ospedaliera; Emergenza; PEI;

PREMESSA

La gestione delle emergenze intraospedaliere che richiedono l'evacuazione parziale o totale di una struttura sanitaria rappresenta uno scenario ad elevata complessità organizzativa, clinica e logistica. L'Azienda ULSS 7 Pedemontana, nel rispetto degli indirizzi definiti dalla Giunta Regionale del Veneto con Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 14422 del 09/06/2026 ("Linee di indirizzo regionali per l'aggiornamento dei Piani Aziendali di maxi-afflusso ed evacuazione per le strutture ospedaliere"), ha adottato una pianificazione dell'emergenza strutturata e coordinata.
Il Piano di Evacuazione (PEVAC) definisce le regole generali valide per l'intero Ospedale; le azioni specifiche per ruoli funzionali e per ciascuna Unità Operativa sono declinate operativamente mediante apposite Action Card di reparto.

SCOPO

Gli scopi del PEVAC sono:

- Garantire la salvaguardia della vita e della salute di pazienti, operatori, visitatori e personale delle ditte esterne presenti all'interno del Presidio Ospedaliero "San Bassiano" in presenza di eventi emergenziali di gravità tale da rendere necessario l'allontanamento temporaneo o permanente dai locali;
- Definire in modo chiaro e univoco la catena di comando, i ruoli e le responsabilità nella gestione delle fasi decisionali ed esecutive dell'evacuazione;
- Fornire i criteri generali per la stratificazione clinica dei pazienti e la determinazione delle priorità di evacuazione mediante modelli di "Reverse Triage" validati;
- Assicurare la continuità dell'assistenza sanitaria e delle cure critiche (ventilazione meccanica, farmaci salvavita, supporto vitale) per tutti i degenti durante e dopo le fasi di trasferimento;
- Garantire un sistema rigoroso e tracciabile di registrazione e monitoraggio di tutti i soggetti evacuati o temporaneamente trattenuti;

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il PEVAC si applica in generale a tutte le Unità Operative complesse e semplici, ai Servizi diagnostici e ambulatoriali, alle aree amministrative, tecniche e commerciali del Presidio Ospedaliero "Alto Vicentino". La modalità operativa con action card, tuttavia, è applicabile solo alle Unità Operative dove siano presenti pazienti degenti.

RIFERIMENTI

- D.G.R. n. 3258 del 21/09/1999 - Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi emergenza nella Regione Veneto;
- D.M. 18 settembre 2002 - Regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, costruzione ed esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- D.G.R. n. 1918 del 25/06/2004 - Organizzazione del soccorso sanitario extraospedaliero nelle grandi emergenze.

- D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i. - Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro (in particolare artt. 18, 43, 45 e 46);
- World Health Organization (WHO) - Hospital Emergency Response Checklist, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2011;
- Massachusetts Department of Public Health (MDPH) – Hospital Evacuation toolkit – Hospital Evacuation Planning Guide, 2014;
- D.M. 19 marzo 2015 e s.m.i. - Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per le strutture sanitarie;
- D.M. 3 agosto 2015 e s.m.i. - Codice di Prevenzione Incendi e D.M. 29 marzo 2021 (RTV Strutture Sanitarie);
- D.M. 1° settembre 2021, D.M. 2 settembre 2021 e D.M. 3 settembre 2021 - Criteri generali per la gestione della sicurezza antincendio nei luoghi di lavoro.
- NHS England - Evacuation and shelter guidance for the NHS in England, Emergency Preparedness, Resilience and Response (EPRR), Version 4, 2023.
- Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 14422 del 09/06/2026 - "Approvazione delle Linee di indirizzo regionali per l'aggiornamento dei Piani Aziendali di maxi-afflusso ed evacuazione per le strutture ospedaliere" (Allegati A e B);

DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

Action card: Documento sintetico, strutturato sotto forma di checklist, che declina operativamente le attività che deve svolgere la figura/squadra durante l'emergenza.
PEVAC (Piano di Evacuazione Ospedaliera): Insieme delle misure organizzative, procedurali e gestionali volte ad assicurare l'allontanamento sicuro e ordinato delle persone da aree minacciate da un pericolo grave e imminente.
PEIMAF: Piano Aziendale di Emergenza Interna per il Maxi-Afflusso di Feriti.
PEI: Piano di Emergenza Interno dell'Ospedale San Bassiano.
CGE (Centro Gestione Emergenze): Locale presidiato h24 situato presso la Portineria dell'Ospedale San Bassiano. Riceve i segnali di allarme antincendio e le chiamate di emergenza al numero interno 8401, fungendo da centrale operativa di allertamento.
CG (Coordinatore Generale dell'Emergenza): Responsabile supremo della direzione strategica dell'emergenza ospedaliera. La carica è ricoperta dal Direttore Medico di Presidio o suo sostituto reperibile (in prima battuta Medico di PS o Medico Anestesista di guardia).
GLE (Gestore Locale dell'Emergenza / Leader di Evacuazione): Figura presente nell'area allarmata o nel reparto (Direttore di UO, Coordinatore Infermieristico o sanitario con maggiore anzianità in turno). Dirige le prime operazioni di evacuazione di reparto e raccorda l'UO con il CG.
AdC (Addetto di Compartimento): Lavoratore designato in ciascun turno per ogni compartimento sanitario, in possesso di Idoneità Tecnica Antincendio, incaricato della prima verifica e del contenimento dell'emergenza.
ASE (Addetti alla Squadra delle Emergenze): Componente operativa antincendio e di soccorso dell'Ospedale, formata da 4 operatori sanitari presenti h24 nei reparti presidiati, dotati di Idoneità Tecnica VV.F. e addestramento APVR (autorespiratori).
OT (Operatori Tecnici Manutentori): 2 operatori tecnici qualificati della ditta manutentrice presenti h24 nel presidio, responsabili della verifica impiantistica, intercettazione utenze e guida dei Vigili del Fuoco.

UDC (Unità di Crisi Ospedaliera): Organismo collegiale strategico di governo dell'emergenza presieduto dal CG e composto dalla Direzione Medica, Servizi Tecnici, Pronto Soccorso.
Reverse Triage (Triage Inverso per l'Evacuazione): Metodologia clinico-assistenziale per la prioritizzazione dei pazienti durante l'evacuazione, basata su mobilità, dipendenza e complessità di cure (Categorie EP1, EP2, EP3).
Spazio Calmo: Luogo sicuro temporaneo, adiacente alle vie di esodo o all'interno di un compartimento antincendio REI, dove gli occupanti possono attendere assistenza per il completamento dell'esodo.
Punti di Raccolta Esterni: Aree sicure all'esterno dell'edificio (identificate da apposita segnaletica in posizione A-B, A-B sud, B-C, B-C sud e C-D presso l'Ospedale Alto Vicentino) in cui si radunano gli evacuati.

RESPONSABILITÀ

Descrizione dell'attività	CG - UDC	GLE	Squadra A	Squadra B	Squadra C
Coordinamento generale emergenza	R				
Evacuazione di Ospedale	R				
Evacuazione di Reparto		R	C	C	C

R= Responsabile, C= collabora, R*= Responsabile per la parte di competenza

GRUPPO DI LAVORO

Pierfrancesco Tricarico, Paolo Francese, Franco Santacaterina, Alexa Bordignon, Cristian Girotto

GRUPPO DI VERIFICA

Ettore Masucci, Manola Milan, Silvia Veronese

MODALITÀ OPERATIVE

SISTEMI DI ALLERTA E CATENA DI COMUNICAZIONE

Come previsto dal PEI qualsiasi anomalia, principio di incendio o condizione di pericolo deve essere immediatamente segnalata al Centro Gestione Emergenze (CGE) al numero interno 1999.
La catena di allerta per l'evacuazione si articola come segue:
1) Rilevazione dell'evento: Rilevazione automatica (fumi/calore) o segnalazione manuale (pulsante o chiamata telefonica all'8401).
2) Verifica immediata (Allerta): Il CGE 1999 allerta telefonicamente l'AdC di reparto o gli ASE ed OT per le aree non presidiate (eseguendo la verifica "vero/falso" entro pochi minuti).
3) Conferma Emergenza: In caso di evento confermato, il CGE allerta in sequenza:

- Il Gestore Locale (GLE) dell'Unità Operativa interessata;
- Tutti gli Addetti alla Squadra Emergenze (ASE) via cordless/telefoni brevi;
- Gli Operatori Tecnici (OT);
- Il Coordinatore Generale dell'Emergenza (CG / Direzione Medica);
- Il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco (115) e il SUEM 118 (se disposto dal CG).

4) Convocazione Unità di Crisi: Il CG, tramite il CGE 1999, dispone la convocazione dell'Unità di Crisi Ospedaliera presso la sede prescritta (Portineria/CGE o Direzione Medica).

Nelle fasi 3 e 4, per determinate emergenze (incendio confermato, fuga di gas, allagamento, dissesto statico e terremoto, sversamento sostanze pericolose, blackout energetico totale, azione dolosa/atto terroristico) può essere necessario ordinare l'evacuazione: **CG o CGE chiederanno alla UO di prendere la valigetta EVACUAZIONE e attivare le Action Card.**

TIPOLOGIE E LIVELLI DI EVACUAZIONE OSPEDALIERA

L'Evacuazione della UO avviene in maniera parziale o totale secondo una logica a modello progressivo, ciascuna con un diverso livello decisionale.

Tipologia Evacuazione	Definizione Operativa	Ambito e Modalità di Attuazione	Autorità Decisionale
Parziale di Reparto	Spostamento momentaneo di pazienti da un locale ad un altro dello stesso compartimento.	Circoscritta a singole stanze o piccoli focolai. I pazienti vengono spostati nelle stanze adiacenti oltre le porte di compartimentazione del reparto.	Gestore Locale (GLE) / Medico di UO / Coordinatore
Totale di Reparto (Esodo Orizzontale Progressivo)	Allontanamento completo di tutti i pazienti dal reparto interessato verso un compartimento adiacente sullo stesso piano.	Consente il passaggio di oltrepassare le porte REI (garantite REI 60/120) verso l'UO di accoglienza/supporto definita nel piano dello stesso piano. Si collocano i pazienti negli spazi di sosta/attesa del compartimento sicuro.	Gestore Locale (GLE) con immediata notifica al CG
Verticale	Trasferimento di persone e pazienti verso piani inferiori o superiori dell'edificio.	Si attua quando il pericolo compromette l'intero piano o la compartimentazione orizzontale. Utilizzo prioritario delle scale protette ed esterne. Gli ascensori non si usano in caso di incendio, fatta eccezione per gli ascensori antincendio L1 ed L5 sotto il controllo esclusivo dei VV.FF.	Coordinatore Generale (CG) / Comando Vigili del Fuoco
Generale dell'Ospedale	Esodo dell'intera popolazione (pazienti, personale, utenti) verso i Punti di Raccolta Esterni.	Applicata in caso di emergenza catastrofica o cedimento strutturale esteso. Richiede l'attivazione del SUEM 118 e della rete regionale per la ridistribuzione dei ricoverati negli altri ospedali dell'ULSS 7 o della Regione.	Coordinatore Generale (CG) di concerto con Comando Vigili del Fuoco

Il PEVAC riguarda tutte le Unità Operative dell'Ospedale ma è necessario distinguere tra:

- **aree amministrative e tecniche:** assenza di soggetti allettati/non deambulanti; l'evacuazione può avvenire senza necessità di pianificare e stratificare l'ordine di uscita;
- **aree ambulatoriali:** presenza ipotetica di soggetti allettati/non deambulanti, che possono evacuare l'area con il caregiver o il personale del Servizio a cui sono stati affidati dopo il deflusso di soggetti deambulanti/autonomi;
- **aree di degenza/gruppo operatorio:** l'evacuazione deve essere pianificata e stratificata.

EVACUAZIONE RAPIDA VS EVACUAZIONE CONTROLLATA DI DEGENZE/GRUPPO OPERATORIO

In base al tempo di preavviso e al livello di minaccia, si distinguono due modalità esecutive dell'evacuazione:

A. **Evacuazione Rapida:** si applica in presenza di pericolo improvviso e imminente (es. esplosione, incendio generalizzato o locale non controllabile); l'evacuazione avviene utilizzando le vie di esodo più vicine, portando in salvo prima le persone più vicine al pericolo (indipendentemente dalla gravità clinica) e successivamente le altre (con criterio Reverse Triage).
B. **Evacuazione Controllata:** si applica quando il tempo a disposizione lo consente (es. incendio contenuto in altro compartimento, criticità impiantistica ad evoluzione lenta); permette di applicare la stratificazione sistematica del Reverse Triage (EP1 -> EP2 -> EP3), la preparazione della documentazione clinica, il recupero dei farmaci e l'organizzazione coordinata del trasporto.

Strategia di stratificazione e priorità clinica (reverse triage)

Nelle Unità Operative, l'ordine di evacuazione applica i principi del *Reverse Triage* (Triage Inverso): a differenza del triage ordinario da maxi-afflusso (dove si curano prima i più gravi), durante l'evacuazione interna si evacuano per primi i pazienti più autonomi e meno complessi.
Qualora i pazienti dovessero poi rientrare presso il Reparto o essere trasferiti all'esterno, la priorità sarà nuovamente riservata ai più critici.

La stratificazione clinica suddivide i pazienti in tre categorie di priorità per l'esodo dal reparto:

Categoria Evacuazione Reparto	**Priorità Esodo Reparto**	**Descrizione e Caratteristiche Cliniche**	**Risorse e Modalità di Trasporto**	**Priorità Trasferimento Esterno (AD ALTRI OSPEDALI)**
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	**1° PRIORITÀ (Evacuare per PRIMI)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	1 operatore/volontario può guidare un gruppo di 5-10 pazienti verso il Luogo Sicuro o Punto di Raccolta. Nessun presidio richiesto.	**P3** (Trasferiti/Dimessi per ULTIMI dal **luogo sicuro)**
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	**2° PRIORITÀ (Evacuare per SECONDI)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	Richiedono 1-2 operatori. Trasporto tramite sedia a rotelle, sedia portantina, telo d'evacuazione o letto di degenza.	**P2** (Trasferiti per SECONDI verso altri ospedali)
EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	**3° PRIORITÀ (Evacuare per ULTIMI)**	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o	Richiedono da 2 a 4 operatori qualificati (medico/infermiere). Trasporto su letto/barella con monitoraggio	**P1** (Stabilizzati e trasferiti per **PRIMI** verso Terapie Intensive esterne)

Categoria Evacuazione Reparto	Priorità Esodo Reparto	Descrizione e Caratteristiche Cliniche	Risorse e Modalità di Trasporto	Priorità Trasferimento Esterno (AD ALTRI OSPEDALI)
		in corso di intervento chirurgico.	continuativo e bombole O2 portatili.	

FASI DELL'EVACUAZIONE

L'evacuazione di un'Unità Operativa si articola in 5 fasi operative sequenziali:

Fase 1 - Attivazione e Preparazione Reparto: Il GLE riceve la conferma dell'emergenza o rileva il pericolo, assegna i compiti al personale (Squadre), lancia l'allerta interna e fa predisporre i pazienti. Il modello standard della distribuzione dei compiti si basa sul *worst case scenario* (dotazione notturna):

Ruolo	Componenti	Compito	Eventuale supporto se presente
GLE	Medico di guardia AdC Sanitario con maggiore anzianità di servizio	Coordinamento	Direttore UO Coordinatore UO Medico di guardia Sanitario con maggiore anzianità di servizio
Squadra A	OSS (o infermiere)	Evacuazione EP1	ASE Altri OSS o infermieri in turno Caregiver presenti
Squadra B	2 Infermieri	Evacuazione EP2	Altri infermieri in turno Infermiere da UO Ricevente
Squadra C	Medico e infermiere	Evacuazione EP3	Altri medici

Fase 2 - Evacuazione Pazienti EP1 (Deambulanti): La Squadra A raccoglie i pazienti autonomi, fa indossare loro le calzature e una coperta/giacca, e li guida in gruppo verso il Luogo Sicuro di reparto/compartimento o Punto di Raccolta.

Fase 3 - Evacuazione Pazienti EP2 (Dipendenti) ed EP3 (Critici): Le Squadre B e C e le squadre ASE trasportano i pazienti allettati tramite sedie o letti; per i pazienti EP3 si garantisce la continuità della ventilazione (pallone AMBU/ventilatore da trasporto) e delle infusioni salvavita.

Fase 4 - Recupero Presidi Essenziali e Cartelle Cliniche: La Squadra A preleva la documentazione clinica (o supporti informatici portatili) e il registro evacuati.

Fase 5 - Bonifica del Reparto e Check Finale: Il GLE ed il Caposquadra ASE eseguono un sopralluogo finale in tutti i locali (stanze, bagni, depositi, studi) per verificare che non vi sia rimasto nessuno. Si chiudono le porte e le finestre.

SISTEMA DI TRACCIAMENTO: REGISTRO EVACUATI E REGISTRO EVACUAZIONE DIFFERITA

Durante tutte le fasi dell'evacuazione, deve essere garantito il tracciamento formale dei pazienti spostati, al fine di evitare la dispersione delle informazioni e garantire la sicurezza clinica.

Registro degli Evacuati di UO: Il GLE o un suo delegato (es. Coordinatore/Infermiere) compila il registro riportando per ciascun paziente: Nome e Cognome, Data di Nascita, Categoria di Priorità (EP1/EP2/EP3), Reparto di Destinazione/Luogo Sicuro, Ora di Spostamento e Firma dell'operatore.

Il registro è contenuto nella cartellina PEVAC assieme alle action card di Reparto.

Qualora per eccezionali motivi clinici, strutturali o di rischio estremo per gli operatori si renda necessario posticipare temporaneamente l'evacuazione di un paziente EP3/critico, tale decisione

deve essere assunta congiuntamente da due clinici e motivata sul registro; a quel punto sarà necessario raccordarsi direttamente con il Comandante dei Vigili del Fuoco per predisporre mezzi straordinari di estricazione e soccorso ad elevata protezione.

MESSA IN SICUREZZA DELLE AREE EVACUATE

Al termine del completamento dell'esodo di un compartimento o reparto:

- Tutte le finestre e le porte delle stanze devono essere chiuse (non a chiave);
- Le porte tagliafuoco (REI) dei compartimenti devono essere rilasciate e chiuse;
- Sulla porta d'ingresso del reparto evacuato deve essere affisso il cartello (inserito nella cartella PEVAC di Reparto) "*AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO*" con ora e firma del GLE;
- Gli Operatori Tecnici (OT) provvedono all'intercettazione selettiva delle linee elettriche e dei gas medicali del compartimento abbandonato, previa conferma del GLE.

CONTINUITÀ DELLE CURE CRITICHE E GESTIONE DELLE LINEE VITALI

Durante l'evacuazione delle aree ad alta intensità di cura (Terapia Intensiva, UTIC, Blocco Operatorio, Neonatologia):

- Devono essere impiegati esclusivamente ventilatori polmonari da trasporto dotati di batteria autonoma o sistemi di ventilazione manuale con pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola d'ossigeno portatile;
- Le pompe infusionali eroganti farmaci inotropi, antiaritmici o anestetici devono essere mantenute attive a batteria;
- Nelle aree di accoglienza temporanea deve essere garantita la presenza di prese di alimentazione elettrica sotto gruppo elettrogeno/UPS e attacchi/bombole di gas medicali.

EVACUAZIONE VERTICALE

L'Evacuazione Verticale avviene solamente su decisione del CG di concerto con l'Unità di Crisi e in condivisione con i Vigili del Fuoco.

Le scale e gli ascensori dedicati all'evacuazione verticale sono:

- Ascensori **L14** (Blocco **A1**), **L19** (Blocco **B3**) e **L22** (Blocco **C1**) contrassegnati dalla segnaletica "ASCENSORE ANTINCENDIO" solo con autorizzazione dei VVFF;
- Scale antincendio presenti all'interno dei compartimenti dei Reparti.

L'ordine di evacuazione dei Piani più razionale in funzione dell'emergenza più probabile e a più veloce propagazione (incendio) è il seguente:

1. **Piano dell'evento (Piano N):** sgombero verso l'esterno (se piano terra) o verso i piani inferiori.
2. **Piani superiori all'evento (es. 2° e 3° piano se l'evento è al 1°):** evacuazione immediatamente successiva al piano dell'evento, poiché il vano scala potrebbe essere compromesso rapidamente dal fumo in risalita.
3. **Piani inferiori all'evento:** evacuazione per ultimi (se l'evento è al 2° o 3° piano, il piano terra funge da area di raccolta interna o punto di smistamento rapido verso l'esterno).

L'evacuazione verticale segue le stesse regole, passaggi e squadre dell'evacuazione orizzontale che di norma la precede: i primi a spostarsi dal Piano saranno i Pazienti EP1 con la Squadre A, poi i Pazienti Ep2 con le Squadre B, infine i Pazienti Ep3 con le Squadre C.
I Vigili del Fuoco rimangono comunque la figura di riferimento per la gestione di un'evacuazione verticale e generale, e possono decidere diversamente da quanto sopra riportato.

COMUNICAZIONE IN EMERGENZA

- **Comunicazione Interna tra Operatori:** Avviene preferibilmente mediante rete telefonica fissa, telefoni cordless d'emergenza, sistemi di filodiffusione EVAC.
- **Messaggi ai Degenti/Utenti:** I messaggi eventualmente diramati via filodiffusione sono predefiniti, chiari e finalizzati ad evitare il panico.

CHIUSURA DELL'EMERGENZA, RIPRISTINO, DEBRIEFING E SUPPORTO

La fase post-emergenziale si articola nei seguenti passaggi obbligatori:

1. **Dichiarazione di Fine Emergenza:** È pronunciata dal Coordinatore Generale (CG) di concerto con il Comandante dei Vigili del Fuoco a seguito del completo ripristino delle condizioni di sicurezza.
2. **Valutazione di Agibilità Strutturale ed Impiantistica:** I Servizi Tecnici Aziendali, unitamente ai VVFF, verificano l'agibilità dei locali e il perfetto funzionamento dei sistemi antincendio, elettrici e dei gas medicali prima del rientro dei pazienti.
3. **Debriefing Operativo:** Entro 24-72 ore dal termine dell'emergenza, vengono organizzate sessioni di debriefing con gli operatori coinvolti per analizzare le criticità emerse, valutare l'efficacia della risposta e aggiornare i piani aziendali.
4. **Supporto Psicologico:** Viene attivato lo sportello psicologico per il sostegno agli operatori sanitari e delle famiglie dei pazienti sottoposti a stress acuto.
5. **Relazione Post-Evento dell'Unità di Crisi:** Entro 7 giorni dalla chiusura, l'Unità di Crisi redige una relazione dettagliata per la Direzione Strategica.

GESTIONE E DISPONIBILITÀ DELLE ACTION CARD E DEI MATERIALI DI EVACUAZIONE

Poiché la declinazione operativa del Piano avviene tramite le action card è indispensabile che tutto il materiale sia contenuto in una **cartellina rossa** chiaramente identificabile con la scritta EVACUAZIONE conservata in un posto noto ed accessibile a tutto il personale di UO, idealmente in diretta prossimità del telefono al quale può arrivare la chiamata della CGE.
Il contenuto della cartellina per ogni UO è:

- 3 copie di Action card per ogni ruolo **presente** (GLE, Squadra A, Squadra B, Squadra C, UO Ricevente)
- 3 copie del registro evacuazione per ogni ruolo presente, allegate alle relative action card.
- 4 copie del cartello *"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"*

La cartellina con del Coordinatore Generale (CG) è ubicata in Pronto Soccorso (a fianco a quella del PEIMAF ove previsto) e contiene:

- 3 copie di Action card CG con relative mappe.

INDICATORI

N di esercitazioni “Prova di Evacuazione” con utilizzo delle action card e relativo debriefing.

ALLEGATI

- Allegato 1: Modello Standard di "Registro degli Evacuati di Unità Operativa"
- Allegato 2: Action card di Evacuazione di UO
- Allegato 3: Cartello *“AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO”*

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA	DIREZIONE SANITARIA	REGISTO EVACUAZIONE PR__
	DIREZIONE MEDICA ALTO VICENTINO	Rev. n.00

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE ALTO VICENTINO

UO:_____ **UO/Luogo Sicuro:_____**

N°	Cognome e Nome Paziente	Data Nascita	Stanza / Letto	EP1	EP2	EP3	Ora Esodo	Note	Firma ricevente
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA	DIREZIONE SANITARIA	REGISTO EVACUAZIONE PR__
	DIREZIONE MEDICA ALTO VICENTINO	Rev. n.00

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE ALTO VICENTINO

N°	Cognome e Nome Paziente	Data Nascita	Stanza / Letto	EP1	EP2	EP3	Ora Esodo	Note	Firma ricevente
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA	DIREZIONE SANITARIA	REGISTO EVACUAZIONE PR__
	DIREZIONE MEDICA ALTO VICENTINO	Rev. n.00

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE ALTO VICENTINO

N°	Cognome e Nome Paziente	Data Nascita	Stanza / Letto	EP1	EP2	EP3	Ora Esodo	Note	Firma ricevente
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE ALTO VICENTINO

N°	Cognome e Nome Paziente	Data Nascita	Stanza / Letto	EP1	EP2	EP3	Ora Esodo	Note	Firma ricevente
31									
32									
33									
34									
35									
66									
37									
38									
39									
40									

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE ALTO VICENTINO

N°	Cognome e Nome Paziente	Data Nascita	Stanza / Letto	EP1	EP2	EP3	Ora Esodo	Note	Firma ricevente
41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									

RIEPILOGO RICONCILIAZIONE E CHECK FINALE REPARTO (ROLL CALL):

Totale Pazienti Presenti ad inizio turno: _____ | Totale Evacuati Registrati: _____ | Pazienti Differiti: _____

☐ **CHECK BONIFICA REPARTO EFFETTUATO:** Tutti i locali verificati, stanze vuote, porte REI chiuse.

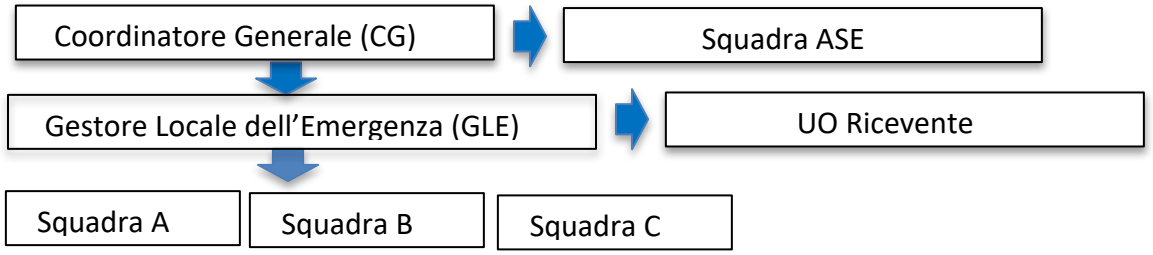
Firma Gestore Locale (GLE): _____ Ora Completamento: ____:____

COORDINATORE GENERALE (CG)

(Direttore Medico/Reperibile Direzione Medica/Medico Pronto Soccorso/Anestesista)

RUOLO: Responsabile del coordinamento dell'evacuazione di singole UO, del comando e del coordinamento dell'evacuazione verticale e generale.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Reperibile Direzione Medica o Direttore Medico quando arriva presso l'Unità di Crisi.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **VALUTA ENTITÀ DELL'EMERGENZA:** Ricevi tramite **CGE 1999** notifica di emergenza che può comportare evacuazione (incendio confermato, fuga di gas, allagamento, dissesto statico e terremoto, sversamento sostanze pericolose, blackout energetico totale, azione dolosa/atto terroristico); se possibile recati in loco per valutare concretamente l'entità della minaccia.

☐ **EVACUAZIONE ORIZZONTALE (CONTROLLATA PARZIALE O TOTALE) DI REPARTO:** in base alle informazioni raccolte e alle valutazioni effettuate comunica personalmente (se sei in loco) o tramite **CGE 1999** la necessità di evacuare parzialmente o totalmente il reparto; tieni presente che il **GLE** può aver già iniziato l'evacuazione (sia rapida che controllata).

Lo schema di evacuazione Totale dei Reparti del PO Alto Vicentino è il seguente:

Piano	Blocco	Unità Operativa	UO di Accoglienza	Blocco
3	A	Ortopedia 1787-1788-1789/ RFF 1372-1373-137	Chirurgia Generale 1845-1849-1854 Week Surgery 1973	A C
3	A	Chirurgia Generale 1845-1849-1854	Ortopedia 1787-1788-1789/ RFF 1372-1373-137	A
3	B	Rianimazione, UTIC/Stroke Unit	Gruppo Operatorio Principale 1868 Gruppo Operatorio Secondario 1934	B C
3	B	Gruppo Operatorio Principale 1868	TIPO 1825 Gruppo Operatorio Secondario 1934	B C
3	B	Emodinamica	Gruppo Operatorio Principale 1868	B
3	C	Week Surgery 1973	Ortopedia 1787-1788-1789/ RFF 1372-1373-137	A
3	C	Gruppo Operatorio Secondario 1934	TIPO 1825 Gruppo Operatorio Principale 1868	B B

PIANO DI EVACUAZIONE (PEVAC) - OSPEDALE DI SANTORSO

Piano	Blocco	Unità Operativa	UO di Accoglienza	Blocco
2	A	Medicina Generale A3 1632-1637	Medicina A1 – Med Urgenza 1290-1110 Ginecologia 1701	A B
2	A	Medicina A1 – Med Urgenza 1290-1110	Medicina Generale A3 1632-1637	A
2	B	Ostetricia/Nido 1705, Ginecologia 1701	Medicina Generale A3 1632-1637 Pediatra 1724	A C
2	B	Cardiologia/Neurologia	Ginecologia 1701 Medicina A1 – Med Urgenza 1290-1110	B A
2	C	Gruppo Parto	Ostetricia 1705	B
2	C	Pediatria, TIN	Ginecologia 1701 Ostetricia/Nido 1705-1706	B B

Piano	Blocco	Unità Operativa	UO di Accoglienza	Blocco
1	A	Geriatria	Poliambulatorio 2 1391	B

Piano	Blocco	Unità Operativa	UO di Accoglienza	Blocco
0	A	Psichiatria	Cortile esterno di Reparto	A
0	A	Polo Endoscopico	Radiologia 1135-1166	B
0	B	Pronto Soccorso 1020-1021-1025	Ospedale di Comunità 1014	C
0	C	Ospedale di Comunità 1014	Pronto Soccorso 1020-1021-1025	B

☐ **EVACUAZIONE VERTICALE E EVACUAZIONE GENERALE:** nel caso sia necessario evacuare verticalmente o in toto l'edificio, la decisione deve essere presa di concerto con i Vigile del Fuoco.

Le scale e gli ascensori dedicati all'evacuazione verticale sono:

- Ascensori **L14** (Blocco **A1**), **L19** (Blocco **B3**) e **L22** (Blocco **C1**) contrassegnati dalla segnaletica "ASCENSORE ANTINCENDIO" solo con autorizzazione dei VVFF;
- Scale antincendio presenti all'interno dei compartimenti dei Reparti.

L'ordine di evacuazione dei Piani più razionale in funzione dell'emergenza più probabile e a più veloce propagazione (incendio) è il seguente:

1. **Piano dell'evento (Piano N):** sgombero verso l'esterno (se piano terra) o verso i piani inferiori.
2. **Piani superiori all'evento (es. 2° e 3° piano se l'evento è al 1°):** evacuazione immediatamente successiva al piano dell'evento, poiché il vano scala potrebbe essere compromesso rapidamente dal fumo in risalita.
3. **Piani inferiori all'evento:** evacuazione per ultimi (se l'evento è al 2° o 3° piano, il piano terra funge da area di raccolta interna o punto di smistamento rapido verso l'esterno).

I Vigili del Fuoco rimangono comunque la figura di riferimento per la gestione di un'evacuazione verticale e generale, e possono decidere diversamente da quanto sopra riportato.

L'evacuazione verticale segue le stesse regole, passaggi e squadre dell'evacuazione orizzontale che di norma la precede: i primi a spostarsi dal Piano saranno i Pazienti EP1 con la Squadre A, poi i Pazienti Ep2 con le Squadre B, infine i Pazienti Ep3 con le Squadre C.

☐ **DICHIARAZIONE DI CHIUSURA EVACUAZIONE:** Al termine di tutte le procedure di evacuazione ricevi il report dal/dai GLE (includerà il registro di evacuazione e le schede delle squadre coinvolte); a seguito del completo ripristino delle condizioni di sicurezza E ottenuto l'ok dei Vigili del Fuoco, dichiara chiusa la fase di evacuazione.

☐ (**Entro 24-72 ore dalla chiusura) DEBRIEFING POST-EMERGENZA:** Organizza uno o più sessioni di debriefing con gli operatori coinvolti per analizzare le criticità emerse, valutare l'efficacia della risposta e aggiornare i piani aziendali.

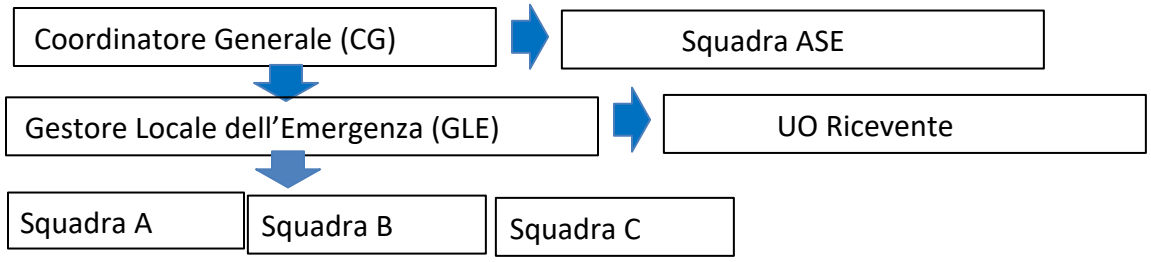
☐ (**Entro 7 giorni dalla chiusura) RELAZIONE POST-EVENTO: con** l'Unità di Crisi predisponi una relazione dettagliata per la Direzione Strategica.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore Medico/Direttore UO Anestesia e Rianimazione/Coordinatore Infermieristico/Anestesista di Guardia/AdC o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione del Blocco Operatorio Principale.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 1999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).
  A. PARZIALE: nel comparto adiacente (oltre le porte REI), senza abbandonare il Reparto.
  B. TOTALE: presso il luogo sicuro esterno (Blocco Operatorio Secondario per gli interventi in corso, Rianimazione TIPO per gli altri)

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi **(Deambulanti)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	6 giorno
EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	12 giorno
EP3 - Critici **(Non Autosufficienti)**	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	6 giorno 3 notte

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	ASE	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**TIPO 1825**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**TIPO 1825**)

	2 infermieri	
C	Medico e infermiere Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**TIPO 1825-Gruppo Operatorio Secondario 1934**)

Assetto diurno

Squadra	**Da chi è composta**	**Cosa deve fare**
A	ASE	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**TIPO 1825**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri 2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**TIPO 1825**)
C	Medico e infermiere Medico e infermiere Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**TIPO 1825-Gruppo Operatorio Secondario 1934**)

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in

turno, richiedi al **CGE 1999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale medica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **PREDISPOSIZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza/Supporto (**TIPO 1825-Gruppo Operatorio Secondario 1934**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati; se notte manda l'OSS o l'ASE ad aprire le porte della Week Surgery tramite tastierino.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra B o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

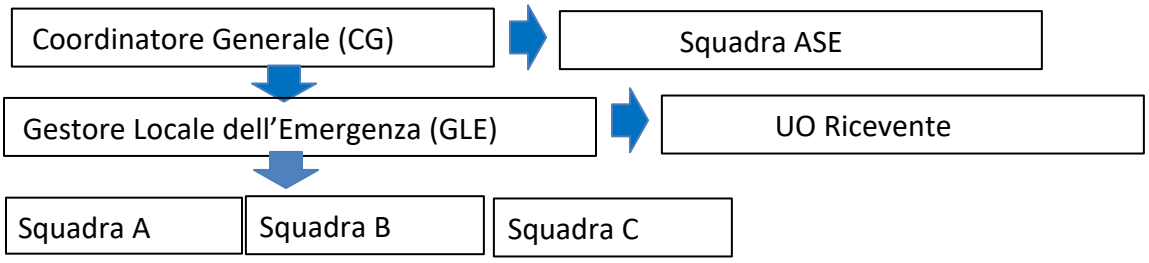
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. (blocco secondario). Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.
Se notte: l'infermiere con minore anzianità di servizio rimane presso il Blocco Operatorio a sorvegliare i pazienti man mano che giungono, l'altro infermiere della coppia ritorna in blocco secondario e presidia i pazienti non ancora trasferiti.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

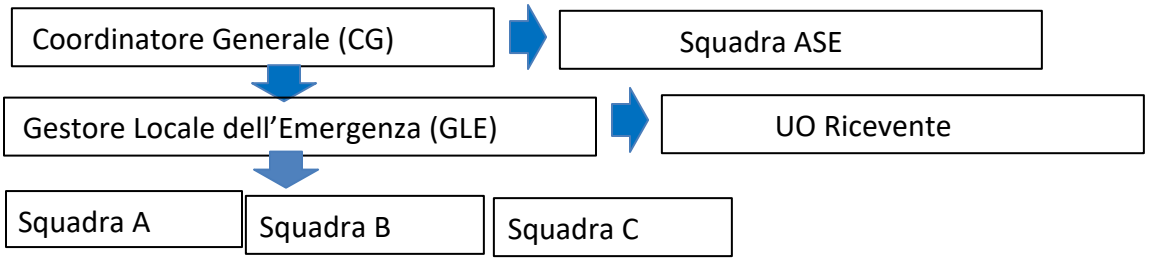
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA C – EVACUAZIONE EP3- CRITICI

(Medico e infermiere – in coppia)

RUOLO: Trasporto protetto e continuità assistenziale dei pazienti critici o con supporto vitale (Priorità 3 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO E VALUTAZIONE CLINICA:** Ricevi l'ordine dal GLE di evacuare i pazienti categoria **EP3 (Critici)**. Verifica la stabilità clinica per il trasporto.

☐ **GARANZIA CONTINUITÀ DELLE LINEE VITALI:**

- Passa la ventilazione meccanica da rete fissa a **ventilatore polmonare da trasporto a batteria** o prepara pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola O2 portatile da trasporto.
- Verifica che le pompe infusionali con farmaci salvavita (inotropi, anestetici) siano commutate su alimentazione autonoma a batteria.
- Solleva e fissa tutti i monitor multiparametrici portatili e presidi invasivi.

☐ **DISCONNESSIONE APPARECCHIATURE NON ESSENZIALI:** Scollega rapidamente sistemi di emodialisi/CRRT, aspirazioni fisse (sostituire con aspiratori portatili se necessario) e macchinari non vitali per ridurre l'ingombro.

☐ **TRASPORTO DEDICATO E SCORTA SANITARIA:** Trasporta il paziente su letto/barella con scorta continua di almeno 1 Medico ed 1 Infermiere. Se disponibili chiedi l'ausilio di 2 addetti ASE per la spinta del letto lungo il percorso d'esodo protetto.

☐ **COORDINAMENTO PER ELEVATO RISCHIO:** Se le condizioni cliniche del paziente rendono il trasporto ad altissimo rischio di decesso immediato o vi sono ostacoli strutturali impraticabili, segnala immediatamente la condizione al GLE per l'attivazione dell'**Evacuazione Differita** con protezione in situ/VVF.

☐ **PRESA IN CARICO NEL LUOGO SICURO CRITICO:** Posiziona i pazienti nell'area ad alta intensità dell'UO Accoglienza (Blocco operatorio secondario), partendo dalle pre-sale, ricollega i gas medicali e l'alimentazione elettrica di rete/UPS e mantieni il monitoraggio continuo dei parametri vitali. Man mano che posizioni i pazienti

compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente in BO (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP3 fino al completamento dell'area assegnata.

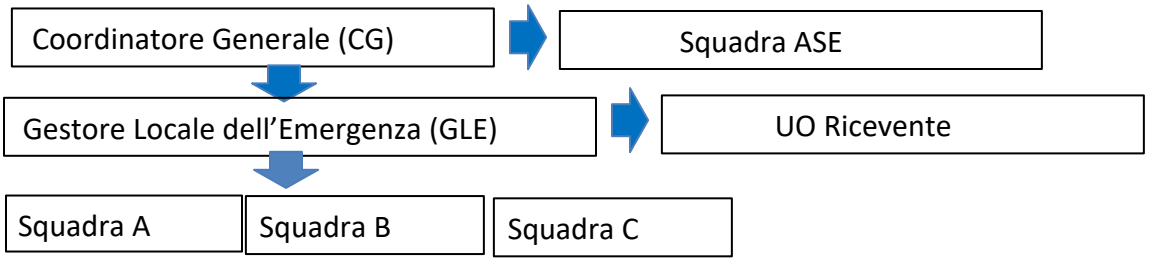
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dal Blocco Operatorio Secondario.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) del Blocco Operatorio Secondario o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 1999).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 2 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP2 (Dipendenti): Area transfer, poi pre-sala
- Area EP3 (Critici): pre-sala, partendo dal più lontano rispetto all'ingresso del BO.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP3 - Critici **(Non Autosufficienti)**	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	5 mattina 2 pomeriggio

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

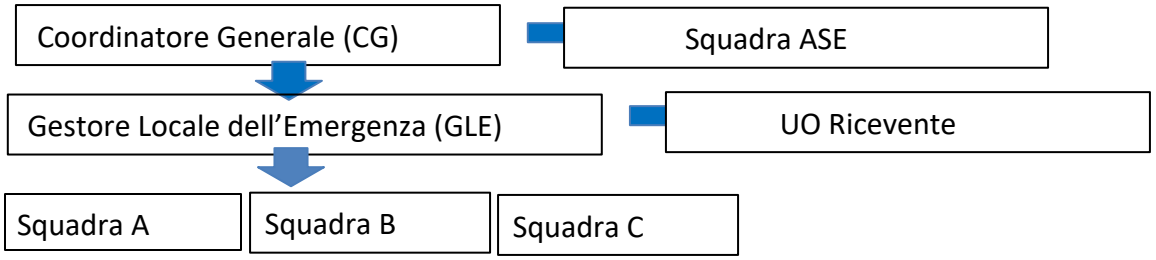
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore Medico/Direttore UO Anestesia e Rianimazione/Coordinatore Infermieristico/Anestesista di Guardia/AdC o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione del Blocco Operatorio Secondario.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 1999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).
    A. PARZIALE: nel comparto adiacente (oltre le porte REI), senza abbandonare il Reparto.
    B. TOTALE: presso il luogo sicuro esterno (Blocco Operatorio Principale per gli interventi in corso, Rianimazione TIPO per gli altri)

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi **(Deambulanti)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	10 solo giorno
EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	8 solo giorno
EP3 - Critici **(Non Autosufficienti)**	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	5 mattina 2 pomeriggio

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno NON PREVISTO

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	ASE	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**TIPO 1825**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.

B	2 infermieri 2 infermieri 2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**TIPO 1825**)
C	Medico e infermiere Medico e infermiere Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**TIPO 1825-Gruppo Operatorio Principale 1868**)

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 1999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale medica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **PREDISPOSIZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza/Supporto (**TIPO 1825-Gruppo Operatorio Principale 1868**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra B o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

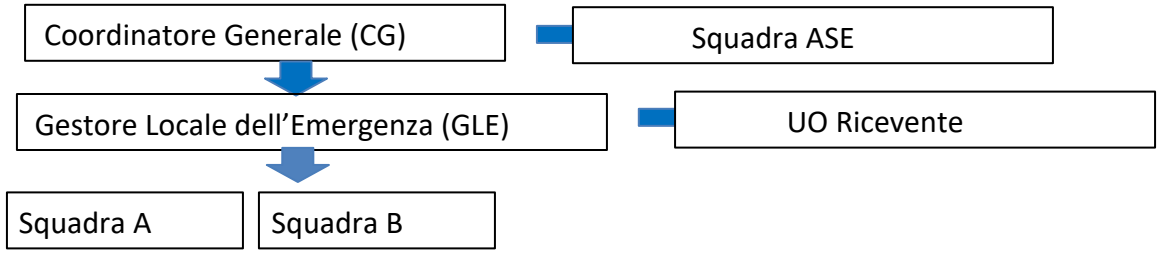
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS -ASE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**TIPO 1825**), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

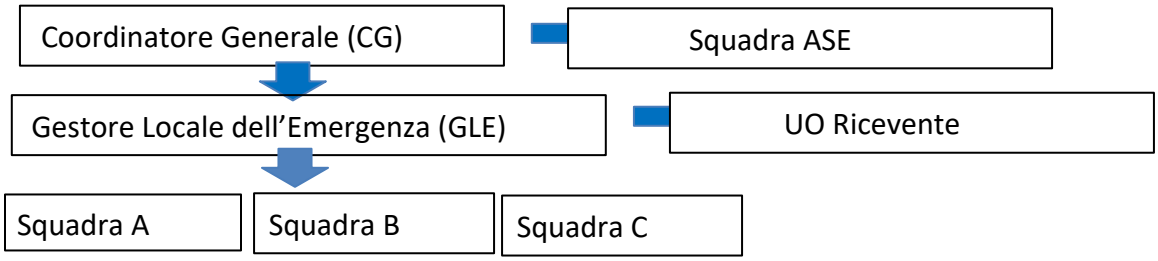
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuaticompleto, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. (**TIPO 1825**). Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

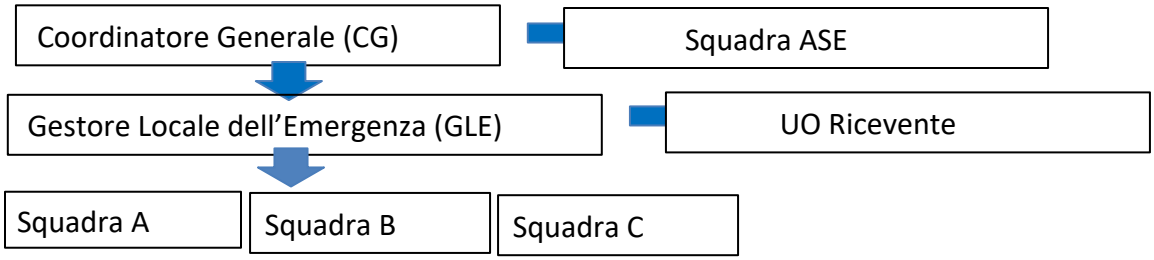
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA C – EVACUAZIONE EP3- CRITICI

(Medico e infermiere – in coppia)

RUOLO: Trasporto protetto e continuità assistenziale dei pazienti critici o con supporto vitale (Priorità 3 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO E VALUTAZIONE CLINICA:** Ricevi l'ordine dal GLE di evacuare i pazienti categoria **EP3 (Critici)**. Verifica la stabilità clinica per il trasporto.

☐ **GARANZIA CONTINUITÀ DELLE LINEE VITALI:**

- Passa la ventilazione meccanica da rete fissa a **ventilatore polmonare da trasporto a batteria** o prepara pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola O2 portatile da trasporto.
- Verifica che le pompe infusionali con farmaci salvavita (inotropi, anestetici) siano commutate su alimentazione autonoma a batteria.
- Solleva e fissa tutti i monitor multiparametrici portatili e presidi invasivi.

☐ **DISCONNESSIONE APPARECCHIATURE NON ESSENZIALI:** Scollega rapidamente sistemi di emodialisi/CRRT, aspirazioni fisse (sostituire con aspiratori portatili se necessario) e macchinari non vitali per ridurre l'ingombro.

☐ **TRASPORTO DEDICATO E SCORTA SANITARIA:** Trasporta il paziente su letto/barella con scorta continua di almeno 1 Medico ed 1 Infermiere. Se disponibili chiedi l'ausilio di 2 addetti ASE per la spinta del letto lungo il percorso d'esodo protetto.

☐ **COORDINAMENTO PER ELEVATO RISCHIO:** Se le condizioni cliniche del paziente rendono il trasporto ad altissimo rischio di decesso immediato o vi sono ostacoli strutturali impraticabili, segnala immediatamente la condizione al GLE per l'attivazione dell'**Evacuazione Differita** con protezione in situ/VVF.

☐ **PRESA IN CARICO NEL LUOGO SICURO CRITICO:** Posiziona i pazienti nell'area ad alta intensità dell'UO Accoglienza (**Gruppo Operatorio Principale 1868**), partendo dalle pre-sale, ricollega i gas medicali e l'alimentazione elettrica di rete/UPS e mantieni il monitoraggio continuo dei parametri vitali. Man mano che

posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente in BO (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP3 fino al completamento dell'area assegnata.

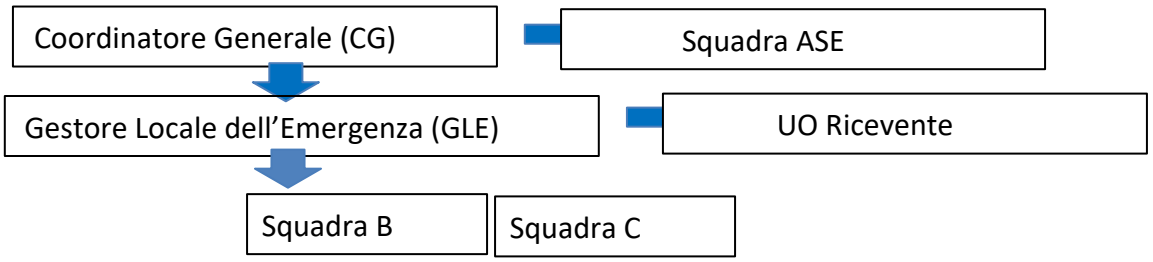
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dal Blocco Operatorio Principale.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) dal Blocco Operatorio Principale o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 1999).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 1 area di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP3 (Critici): pre-sala, partendo dal più lontano rispetto all'ingresso del BO.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP3 - Critici **(Non Autosufficienti)**	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	6 giorno 3 notte

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

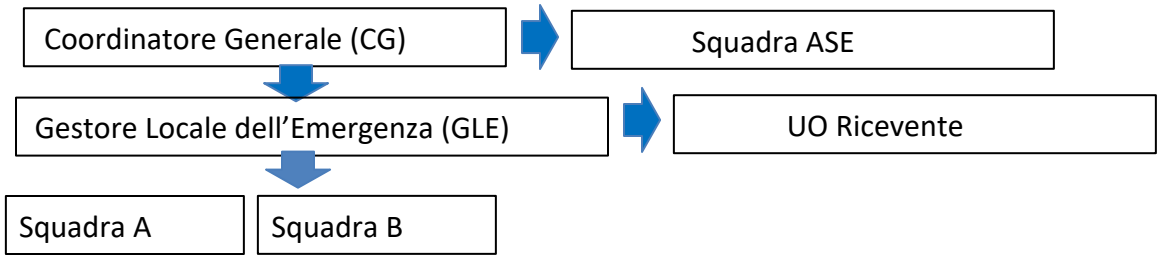
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore/Medico di Guardia/AdC o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Chirurgia Generale e Specialistiche.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 1999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti

EP1 – Autonomi **(Deambulanti)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	8
EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	17

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	ASE	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ortopedia 1787-1788-1789/RFF 1372-1373-137**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ortopedia 1787-1788-1789/RFF 1372-1373-137**)

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare

A	OSS Eventuali caregiver presenti	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ortopedia 1787-1788-1789/RFF 1372-1373-137**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ortopedia 1787-1788-1789/RFF 1372-1373-137**)

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 1999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale area chirurgica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Ortopedia 1787-1788-1789/RFF 1372-1373-137**) stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

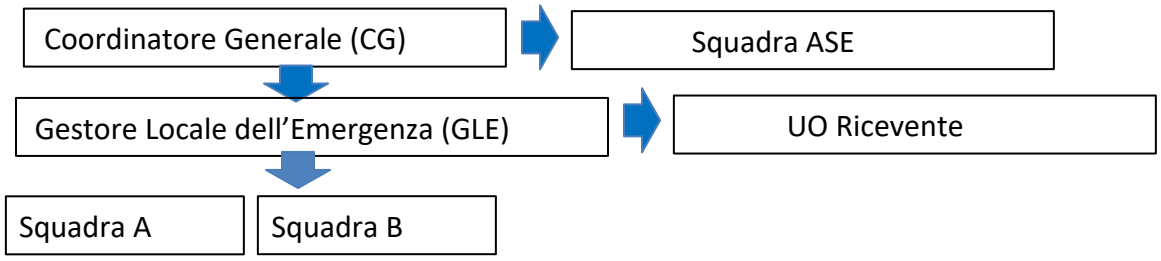
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(ASE-OSS)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ortopedia 1787-1788-1789/RFF 1372-1373-137**) assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

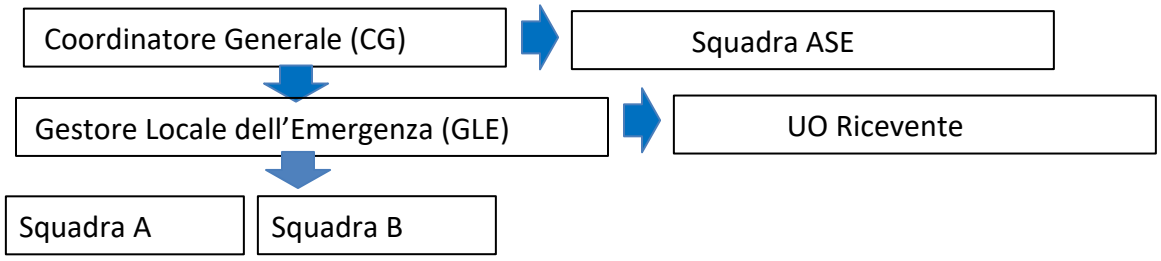
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (**Ortopedia 1787-1788-1789/RFF 1372-1373-137**) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

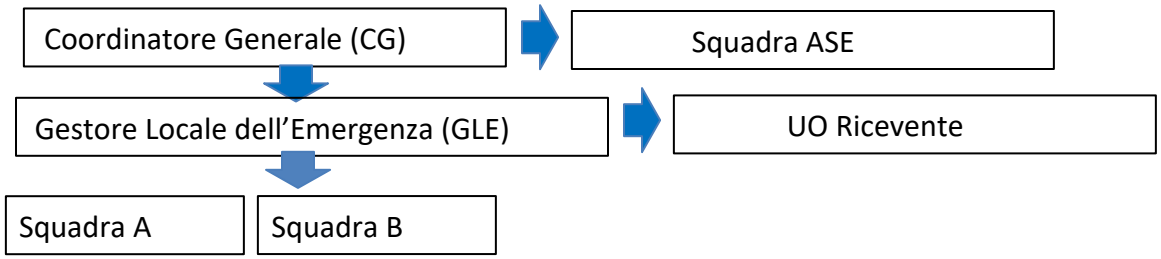
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dall'Ortopedia/RRF.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) della Ortopedia/RRF o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 1999).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): soggiorno.
- Area EP2 (Dipendenti): aggiungi il terzo letto nelle stanze di degenza

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi **(Deambulanti)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	2
EP2 – Dipendenti	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento,	18

(Non Deambulanti)	ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

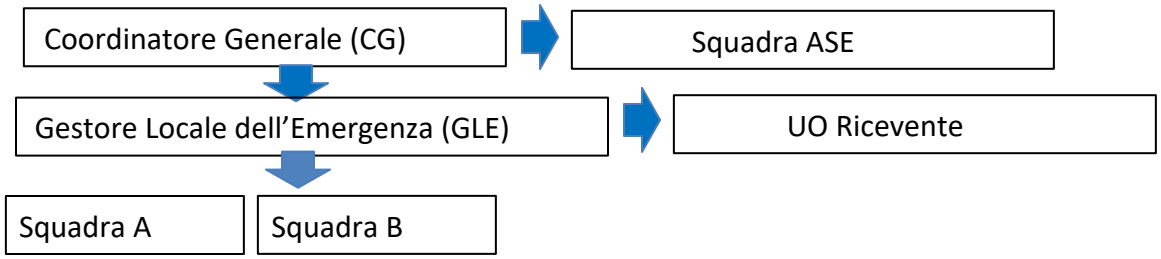
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore/Medico di Guardia/AdC o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Chirurgia Day Week Surgery.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 1999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie (tenuto presente che tutti hanno un caregiver).

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi **(Deambulanti)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	15
EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	12

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	ASE	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ortopedia 1787-1788-1789/RFF 1372-1373-137**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ortopedia 1787-1788-1789/RFF 1372-1373-137**)

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare

A	OSS Eventuali caregiver presenti	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ortopedia 1787-1788-1789/RFF 1372-1373-137**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ortopedia 1787-1788-1789/RFF 1372-1373-137**)

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 1111** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale area chirurgica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Ortopedia 1787-1788-1789/RFF 1372-1373-1374**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili

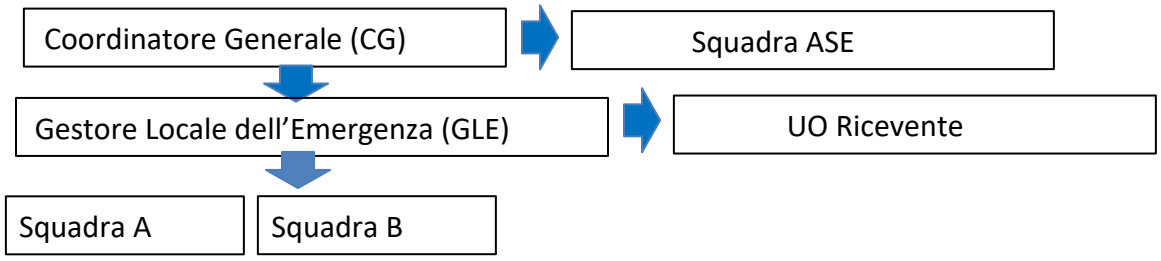
del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS -ASE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ortopedia 1787-1788-1789/RFF 1372-1373-137**), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

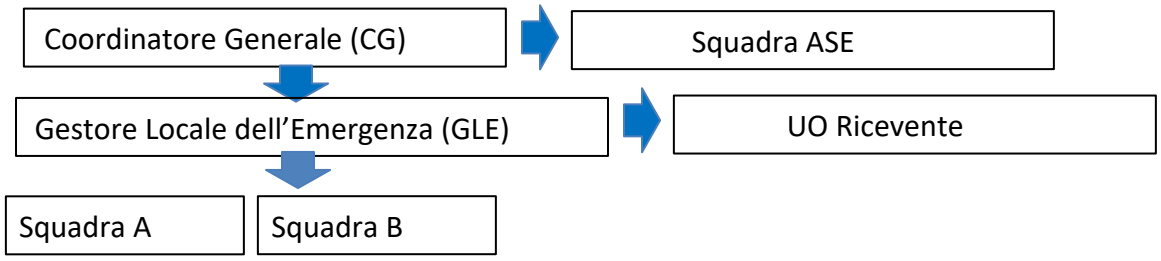
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (**Ortopedia 1787-1788-1789/RFF 1372-1373-137**) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

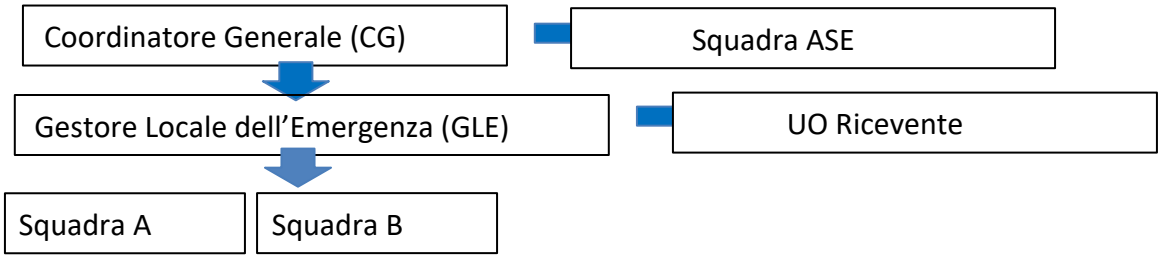
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dall'Ortopedia/RRF.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) della Ortopedia/RRF o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 1999).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 2 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): soggiorno.
- Area EP2 (Dipendenti): aggiungi il terzo letto nelle stanze di degenza poi negli open space

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	2
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	28

☐ **VERIFICA PRESIDI E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.

- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

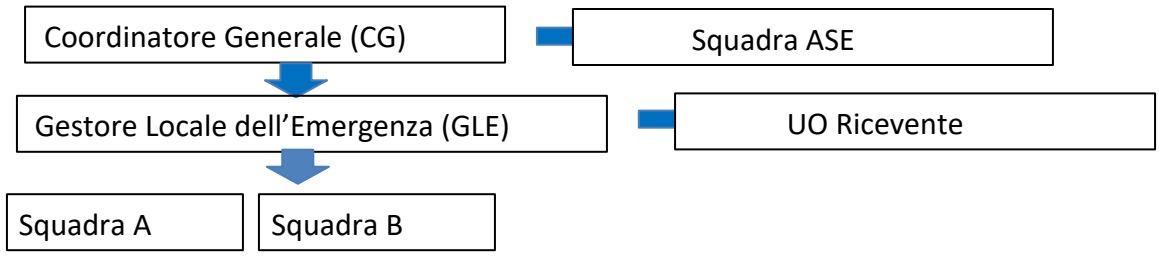
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore/Medico di Guardia/AdC o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Geriatria.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 1999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).
  A. PARZIALE: nel comparto adiacente (oltre le porte REI), senza abbandonare il Reparto.
  B. TOTALE: presso il luogo sicuro esterno (Poliambulatori 2)

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**

Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti

EP1 – Autonomi **(Deambulanti)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	4
EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	32

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	**Da chi è composta**	**Cosa deve fare**
A	ASE	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Poliambulatorio 2 1391 – diurno**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Poliambulatorio 2 1391 – diurno**)

Assetto diurno

Squadra	**Da chi è composta**	**Cosa deve fare**

A	OSS Eventuali caregiver presenti	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Poliambulatorio 2 1391 – diurno**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri Medico e infermiere OSS e infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Poliambulatorio 2 1391 – diurno**)

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** richiedi al **CGE 1999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale area medica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza sullo stesso piano (**Poliambulatorio 2 1391 - diurno**) e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati; se notte manda l'ASE ad aprire i Poliambulatori con la chiave master.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se

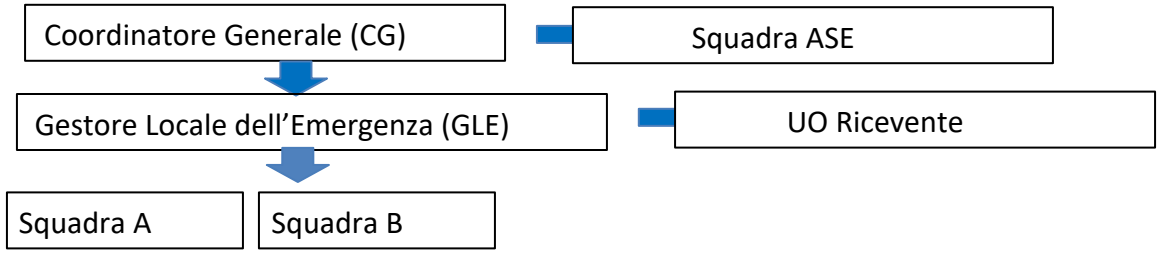
più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS -ASE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Poliambulatorio 2 1391 - diurno**) assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Rimani con i pazienti EP1 nel luogo sicuro, fornendo assistenza basica e rassicurazione fino a nuove disposizioni. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A, B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

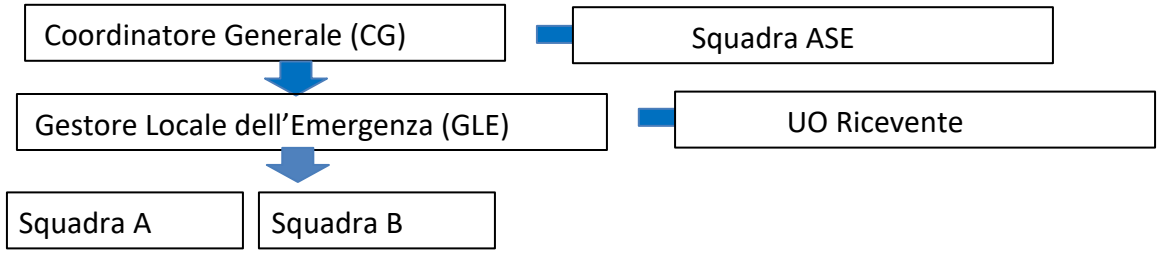
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri, infermiere e medico)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (Poliambulatorio 2) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza (**Poliambulatorio 2 1391 - diurno**). Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

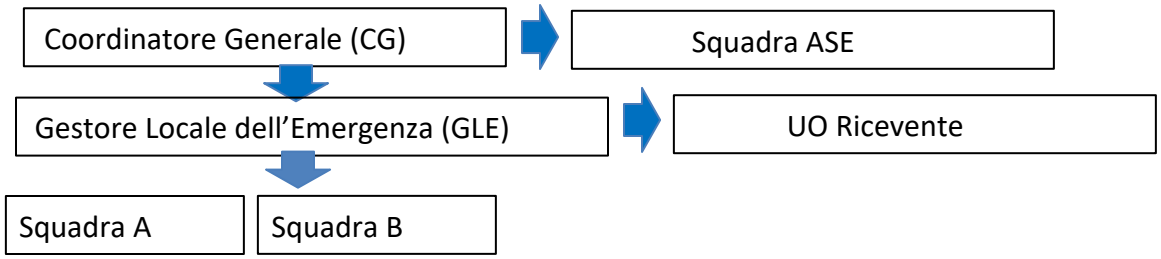
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore/Medico di Guardia/AdC o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Ginecologia, Senologia e Ostetricia e Sezione Neonatale.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 1999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto".*

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).
  A. PARZIALE: nel comparto adiacente (oltre le porte REI), senza abbandonare il Reparto.
  B. TOTALE: presso il luogo sicuro esterno (Medicina A3 per Ginecologia/Senologia, Pediatria per Ostetricia e Nido)

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie (tenuto presente che tutti hanno un caregiver).

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi **(Deambulanti)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	10 Gin 15 Ost
EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	10 Gin/Ost 10 Nido 2 PMA

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	Infermiere con minore anzianità di servizio ASE	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Medicina A3 1632, Pediatra 1724**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati
B	2 infermiere 1 medico e 1 infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Medicina A3 1632, Pediatra 1724**)

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Medicina A3 1632, Pediatra 1724**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati
B	2 infermiere 1 medico e 1 infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Medicina A3 1632, Pediatra 1724**)

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 1999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale area chirurgica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente delle UO di Accoglienza (**Medicina A3 1632, Pediatra 1724**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il

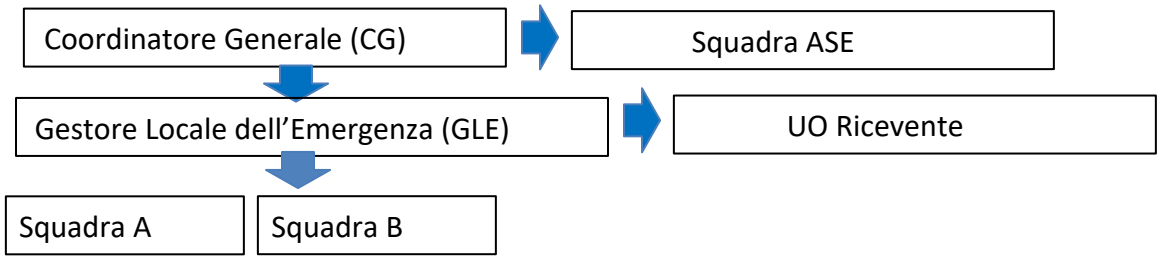
Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(infermiere con minore anzianità di servizio, ASE, OSS)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Medicina A3 per Ginecologia/Senologia, Pediatria per Nido e Ostetricia), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

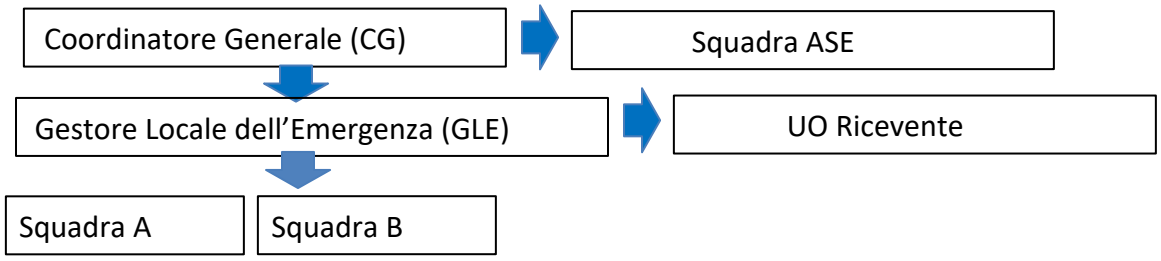
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (Medicina A3 per Ginecologia /Senologia, Pediatria per Nido e Ostetricia) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

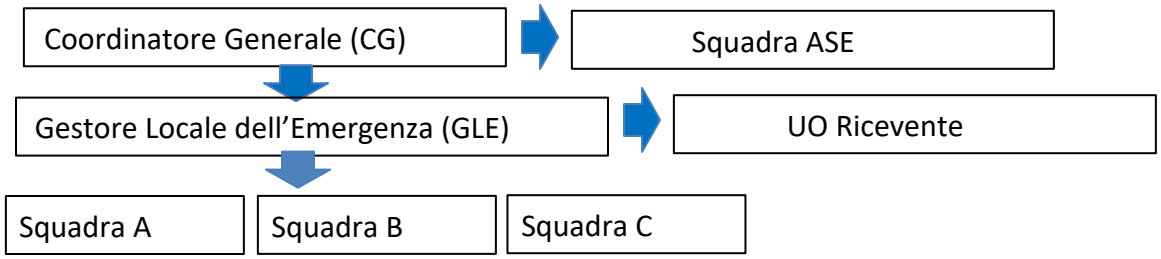
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dal Blocco Parto o dalla TIN in Ostetricia, dalla Medicina in Ginecologia/Senologia.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) del reparto allarmato o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 1999).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): soggiorno.
- Area EP2 (Dipendenti): aggiungi il terzo letto nelle stanze di degenza
- Area EP3 (Critici): utilizza il Nido ed eventualmente le stanze di degenza più vicine.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi **(Deambulanti)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	10 B. Parto 8 A3 16 Neu/Car

EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	2 B. Parto 30 A3 17 Neu/Car
EP3 - Critici **(Non Autosufficienti)**	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	10 TIN 1 B. Parto 8 A3

☐ **VERIFICA PRESIDI E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

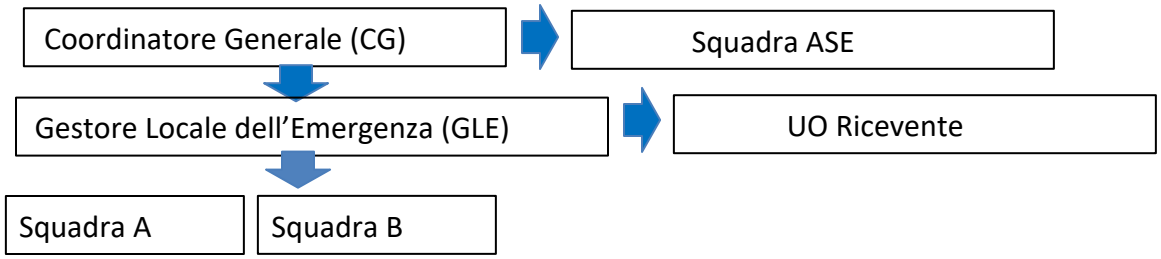
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore/Medico di Guardia/AdC o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Medicina A1 e Medicina d'urgenza.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 1999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti

EP1 – Autonomi **(Deambulanti)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	10
EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	25

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	**Da chi è composta**	**Cosa deve fare**
A	ASE	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Medicina A3 1632-1637)** Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Medicina A3 1632-1637)**

Assetto diurno

Squadra	**Da chi è composta**	**Cosa deve fare**
A	OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo

	Eventuali caregiver presenti	Sicuro / UO Accoglienza (**Medicina A3 1632-1637)** Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Medicina A3 1632-1637)**

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 1999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale medica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza sullo stesso piano (**Medicina A3 1632-1637**) e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

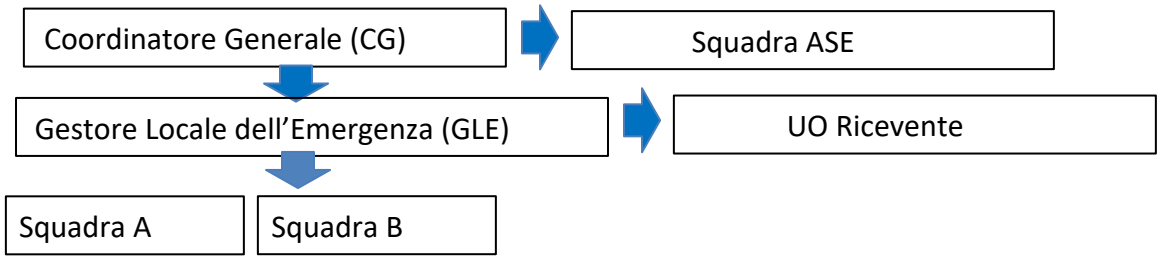
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(ASE-OSS)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Medicina A3 1632-1637**), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Rimani con i pazienti EP1 nel luogo sicuro, fornendo assistenza basica e rassicurazione fino a nuove disposizioni. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A, B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

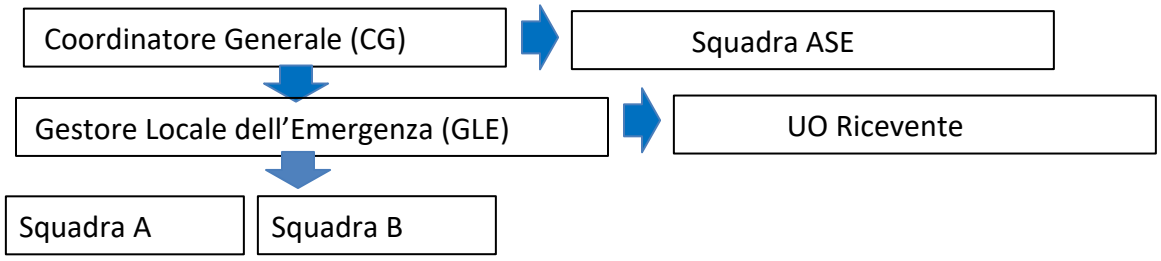
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri, infermiere e medico)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (**Medicina A3 1632-1637**) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

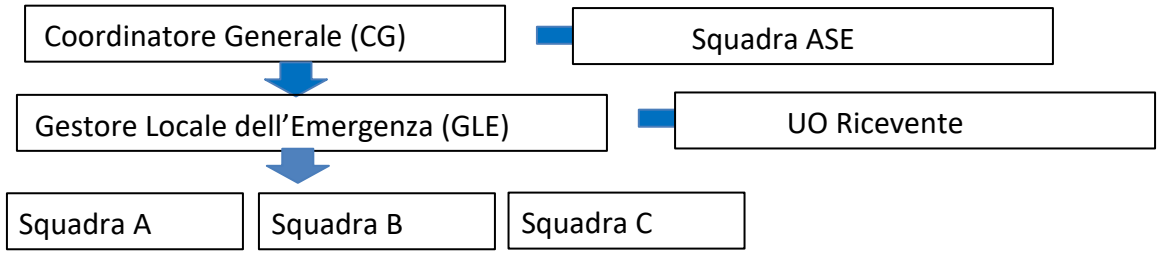
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dalla Medicina Generale A3.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) della Medicina Generale A3 o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 1999).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 2 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): soggiorno.
- Area EP2 (Dipendenti): aggiungi il terzo letto nelle stanze di degenza
-

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	10
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	34

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.

- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

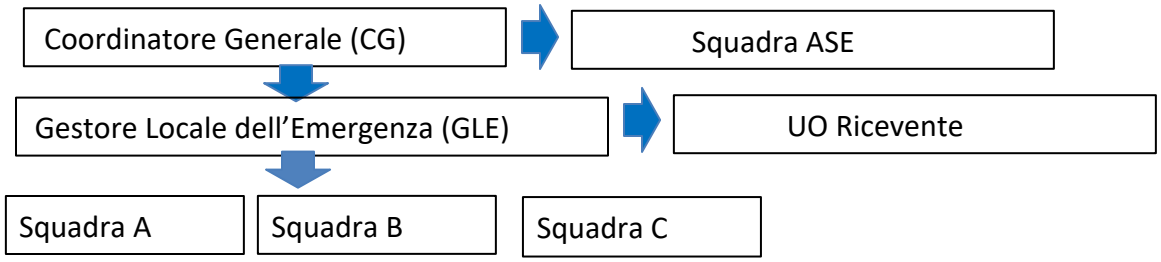
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore/Medico di Guardia/AdC o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Medicina Generale A3 che include la Terapia Semintensiva.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 1999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).
    A. PARZIALE: nel comparto adiacente (oltre le porte REI), senza abbandonare il Reparto.
    B. TOTALE: presso il luogo sicuro esterno (Medicina A1 compartimento più vicino al corridoio, Ginecologia il secondo compartimento)

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi **(Deambulanti)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	8
EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	30
EP3 - Critici **(Non Autosufficienti)**	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	8 semintensiva

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	ASE	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Medicina d'urgenza A1 1298-1110, Ginecologia 1701)** Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Medicina**

		d'urgenza A1 1298-1110, Ginecologia 1701)
C	Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Medicina d'urgenza A1 1298-1110, Ginecologia 1701)**

Assetto diurno

Squadra	**Da chi è composta**	**Cosa deve fare**
A	OSS Eventuali caregiver presenti	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Medicina d'urgenza A1 1298-1110, Ginecologia 1701)** Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Medicina d'urgenza A1 1298-1110, Ginecologia 1701)**
C	Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Medicina d'urgenza A1 1298-1110, Ginecologia 1701)**

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 1999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale medica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente delle UO di Accoglienza (compartimento più vicino al corridoio principale: **Medicina d'urgenza A1 1298-1110,** secondo compartimento **Ginecologia 1701**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

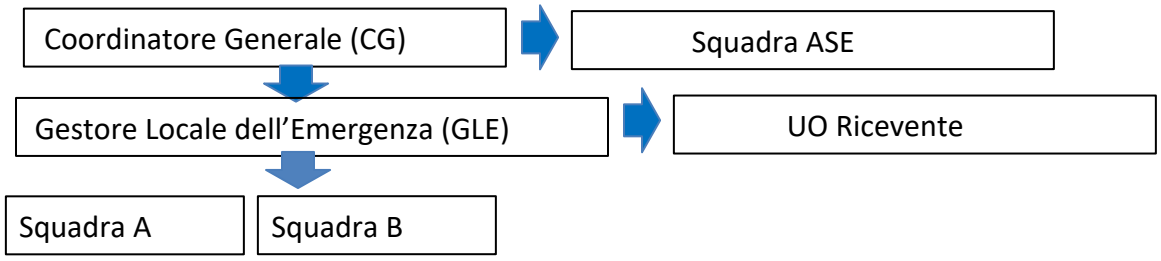
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(ASE-OSS)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (compartimento più vicino al corridoio principale: **Medicina d'urgenza A1 1298-1110,** secondo compartimento **Ginecologia 1701**), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A, B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

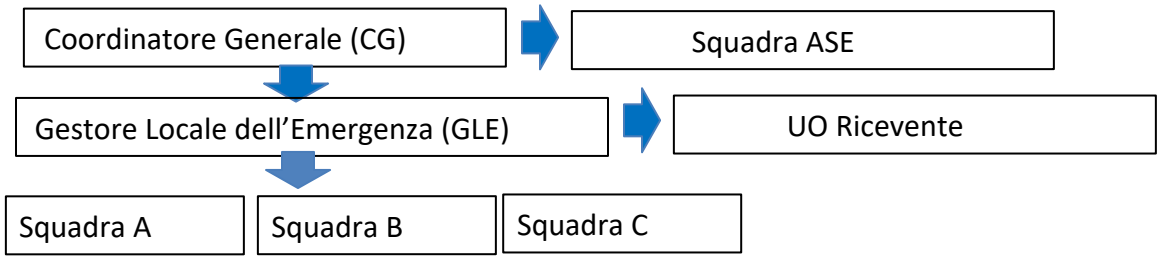
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri, infermiere e medico)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (compartimento più vicino al corridoio principale: **Medicina d'urgenza A1 1298-1110,** secondo compartimento **Ginecologia 1701**) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

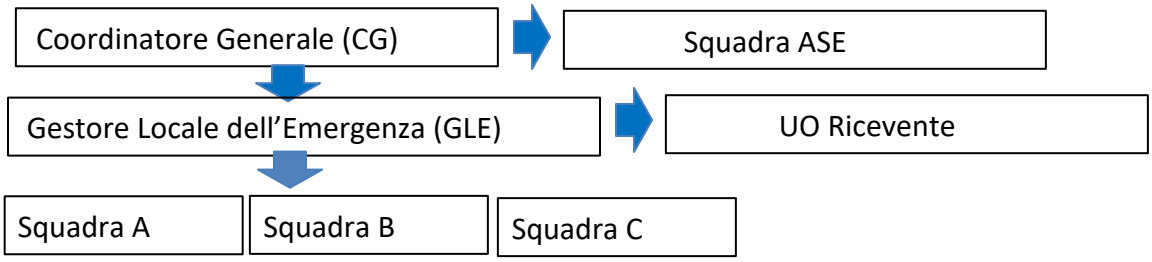
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA C – EVACUAZIONE EP3- CRITICI

(Medico e infermiere – in coppia)

RUOLO: Trasporto protetto e continuità assistenziale dei pazienti critici o con supporto vitale (Priorità 3 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO E VALUTAZIONE CLINICA:** Ricevi l'ordine dal GLE di evacuare i pazienti categoria **EP3 (Critici)**. Verifica la stabilità clinica per il trasporto.

☐ **GARANZIA CONTINUITÀ DELLE LINEE VITALI:**

- Passa la ventilazione meccanica da rete fissa a **ventilatore polmonare da trasporto a batteria** o prepara pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola O2 portatile da trasporto.
- Verifica che le pompe infusionali con farmaci salvavita (inotropi, anestetici) siano commutate su alimentazione autonoma a batteria.
- Solleva e fissa tutti i monitor multiparametrici portatili e presidi invasivi.

☐ **DISCONNESSIONE APPARECCHIATURE NON ESSENZIALI:** Scollega rapidamente sistemi di emodialisi/CRRT, aspirazioni fisse (sostituire con aspiratori portatili se necessario) e macchinari non vitali per ridurre l'ingombro.

☐ **TRASPORTO DEDICATO E SCORTA SANITARIA:** Trasporta il paziente su letto/barella con scorta continua di almeno 1 Medico ed 1 Infermiere. Se disponibili chiedi l'ausilio di 2 addetti ASE per la spinta del letto lungo il percorso d'esodo protetto.

☐ **COORDINAMENTO PER ELEVATO RISCHIO:** Se le condizioni cliniche del paziente rendono il trasporto ad altissimo rischio di decesso immediato o vi sono ostacoli strutturali impraticabili, segnala immediatamente la condizione al GLE per l'attivazione dell'**Evacuazione Differita** con protezione in situ/VVF.

☐ **PRESA IN CARICO NEL LUOGO SICURO CRITICO:** Posiziona i pazienti nell'area ad alta intensità dell'UO Accoglienza (**Ginecologia 1701**), partendo dalle pre-sale, ricollega i gas medicali e l'alimentazione elettrica di rete/UPS e mantieni il monitoraggio continuo dei parametri vitali. Man mano che posizioni i pazienti compila la

scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP3 fino al completamento dell'area assegnata.

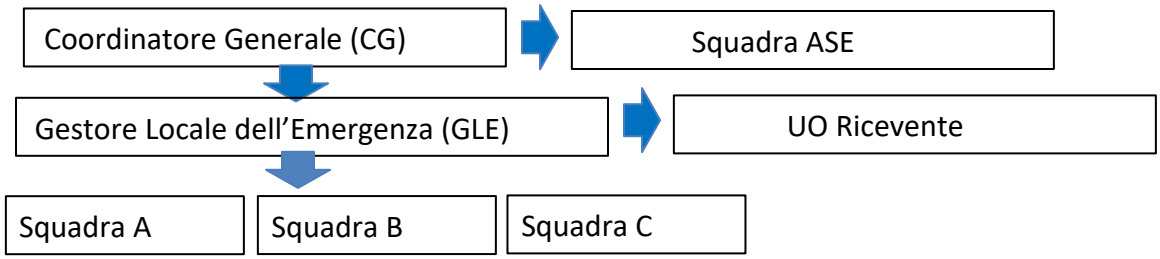
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dalla Ginecologia o dalla Medicina d'Urgenza A1.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) della Ginecologia o della Medicina d'Urgenza A1 o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 1999).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 2 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): soggiorno.
- Area EP2 (Dipendenti): aggiungi il terzo letto nelle stanze di degenza

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	10 Ginecologia 10 A1
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	2 PMA 5 Ginecologia 25 A1

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.

- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

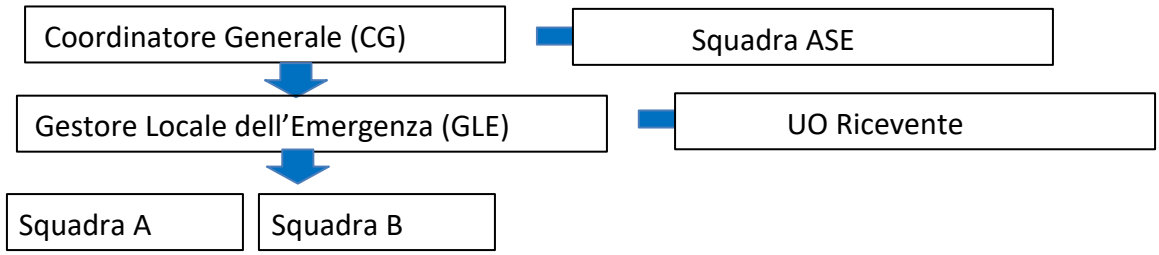
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore/Medico di Guardia/AdC o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa di Cardiologia e Neurologia.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 1999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).
    A. PARZIALE: nel comparto adiacente (oltre le porte REI), senza abbandonare il Reparto.
    B. TOTALE: presso il luogo sicuro esterno (Medicina A3 per Ginecologia, Pediatria per Ostetricia e Nido)

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie (tenuto presente che tutti hanno un caregiver).

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi **(Deambulanti)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	16
EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	17

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	ASE	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ginecologia 1701**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Medicina A1 -Medicina d'urgenza 1290-1110**)

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare

A	OSS OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ginecologia 1701**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Medicina A1 -Medicina d'urgenza 1290-1110**)

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 1999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale area medica e/o il cardiologo). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Medicina A1 -Medicina d'urgenza 1290-1110 e Ginecologia 1701**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

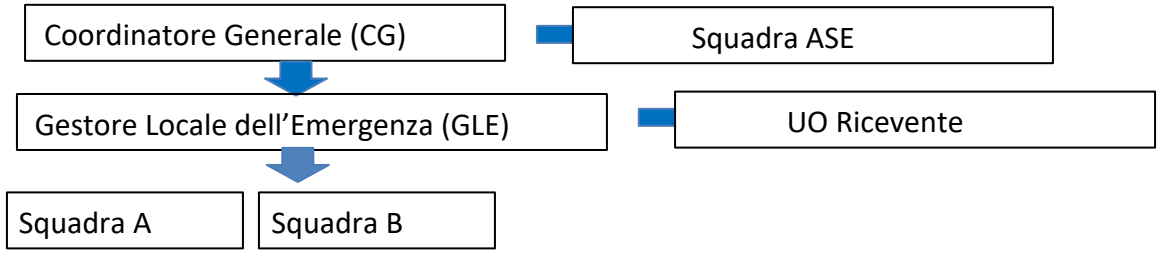
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(ASE-OSS)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ginecologia 1701**), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

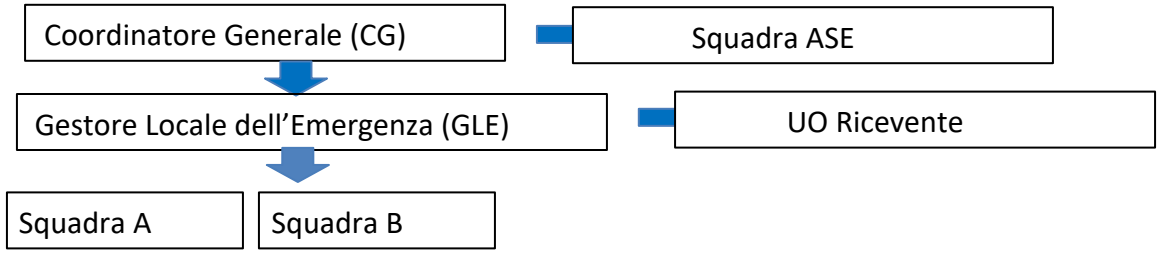
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri, coppia di medici)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (**Medicina A1 -Medicina d'urgenza 1290-1110**) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

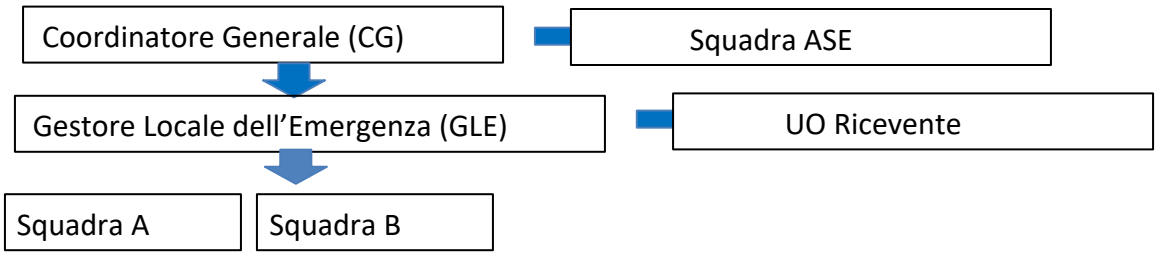
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore/Medico di Guardia/AdC o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Ospedale di Comunità.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 1999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili	1

(Deambulanti)	minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	
EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	9

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	ASE	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Pronto Soccorso 1020-1021-1025**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	1 infermiere e 1 OSS	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Pronto Soccorso 1020-1021-1025**)

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	1 OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Pronto Soccorso 1020-1021-**

	Eventuali caregiver presenti	**1025**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Pronto Soccorso 1020-1021-1025**)

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** richiedi al **CGE 1999 l'invio** immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale area medica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Pronto Soccorso 1020-1021-1025**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

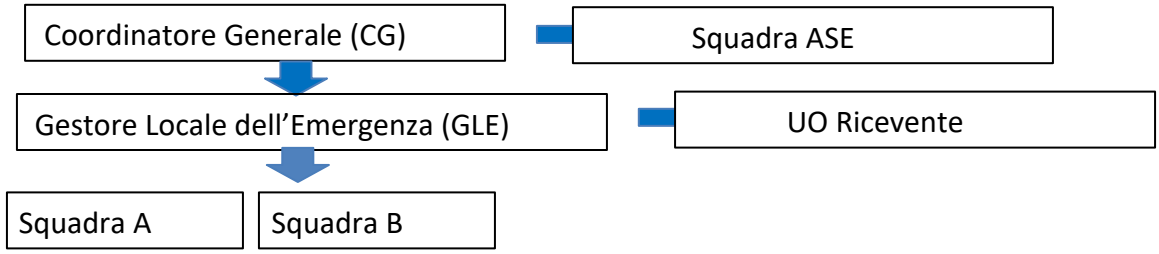
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(ASE/OSS)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Pronto Soccorso 1020-1021-1025**) assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici

portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A, B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

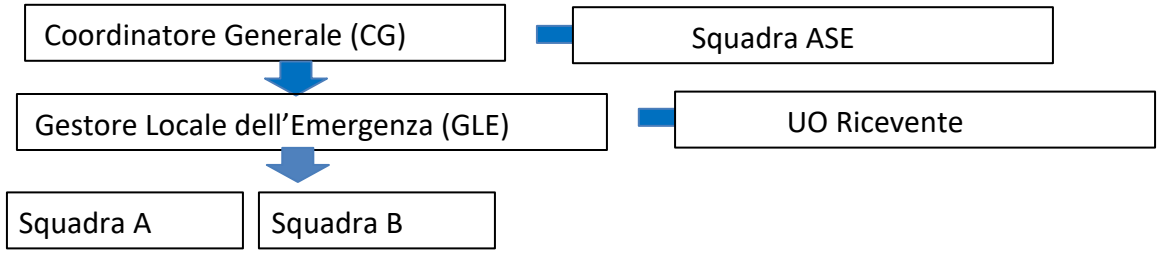
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri, infermiere e medico)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (**Pronto Soccorso 1020-1021-1025**) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

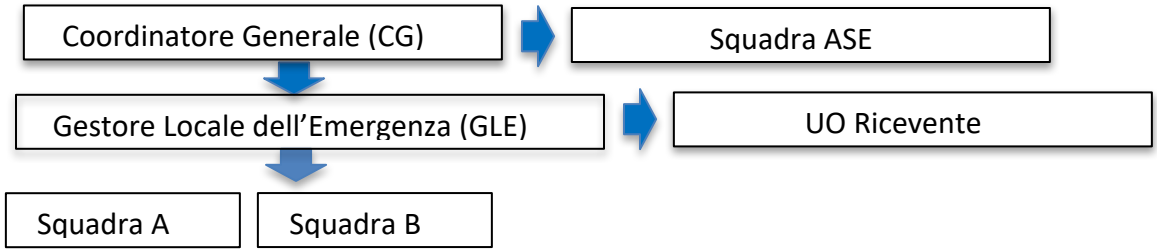
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dal Pronto Soccorso.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) del Pronto Soccorso o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 1999).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): soggiorno.
- Area EP2 (Dipendenti): aggiungi il terzo letto nelle stanze di degenza
- Area EP3 (Critici): aggiungi il terzo letto nelle stanze di degenza (ricorda che devono avere possibilità di allacciare i gas medicali)

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	40
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	6
EP3 - Critici (Non Autosufficienti)	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	4

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.

- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

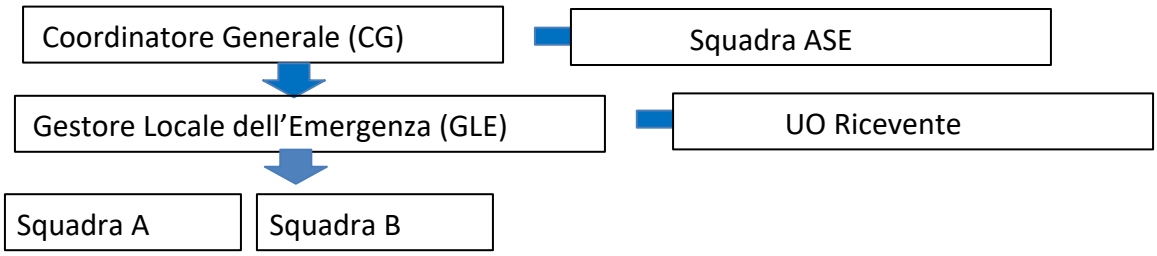
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore/Medico di Guardia/AdC o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Ortopedia e RRF.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 1999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).
  A. PARZIALE: nel comparto adiacente (oltre le porte REI), senza abbandonare il Reparto.
  B. TOTALE: presso il luogo sicuro esterno (Chirurgia Generale il compartimento più vicino al corridoio, Day-Week Surgery il secondo compartimento)

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi **(Deambulanti)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	2 Ortopedia
EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	22 RRF 24 Ortopedia

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Chirurgia Generale 1845-1849-1854, Week Surgery 1973 solo diurno**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Chirurgia Generale 1845-1849-1854, Week Surgery 1973 solo diurno)**

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare

A	2 OSS Eventuali caregiver presenti	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Chirurgia Generale 1845-1849-1854, Week Surgery 1973 solo diurno)** Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri Medico e infermiere OSS e infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Chirurgia Generale 1845-1849-1854, Week Surgery 1973 solo diurno)**

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 1999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale chirurgica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Chirurgia Generale 1845-1849-1854, Week Surgery 1973 solo diurno**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati; se notte manda l'OSS o l'ASE ad aprire le porte della Week Surgery tramite tastierino.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla

porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

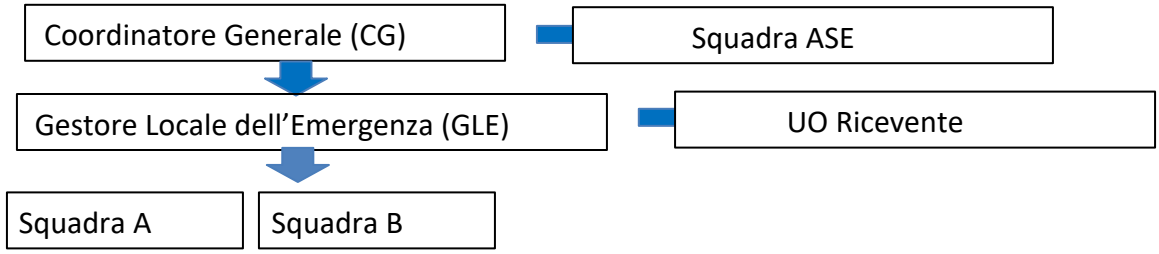
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza, effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS -ASE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Chirurgia Generale 1845-1849-1854, Week Surgery 1973 solo diurno**), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

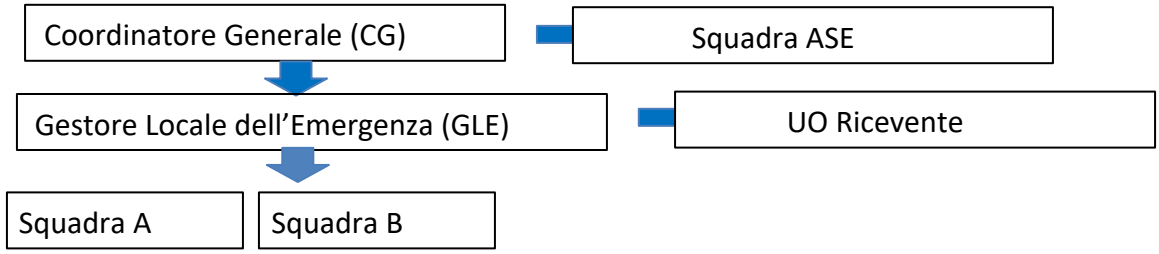
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Raggiungi con il GLE il Luogo Sicuro, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri, coppia di medici)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (**Chirurgia Generale 1845-1849-1854, Week Surgery 1973 solo diurno**) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

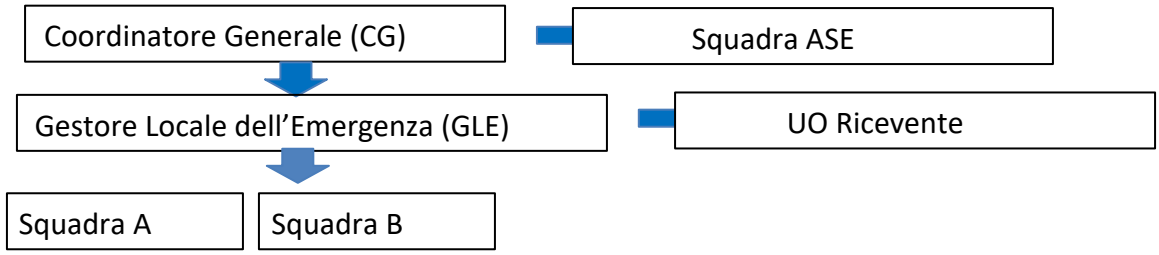
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza, effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dalla Chirurgia Generale o dalla Week Surgery.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) della Chirurgia Generale o della Week Surgery o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 1999).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): soggiorno.
- Area EP2 (Dipendenti): aggiungi il terzo letto nelle stanze di degenza

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi **(Deambulanti)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	8 chirurgia 10 Day-Week

EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	17 chirurgia 10/20 Day Week

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

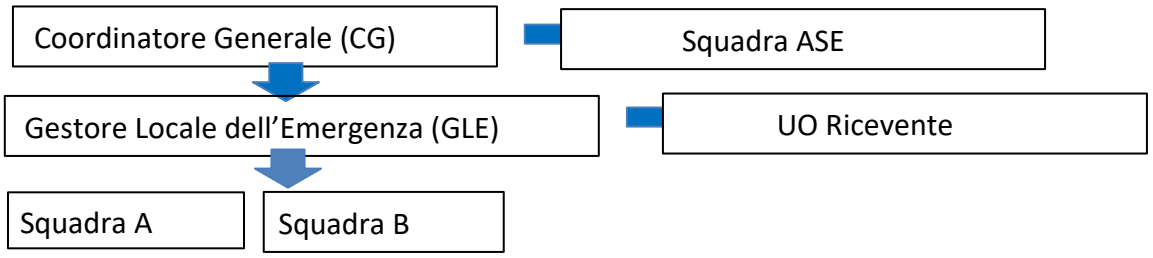
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore/Medico di Guardia/AdC o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Blocco Parto.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 1999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti

EP1 – Autonomi **(Deambulanti)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	10
EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	2
EP3 - Critici **(Non Autosufficienti)**	Eventuale taglio cesareo in corso di intervento senza che sia possibile chiudere o sospendere la procedura.	1

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ostetricia 1705**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 ostetriche 1 infermiere (se non impegnato) e ostetrica	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ostetricia 1705**) 1
C	1 infermiere e 1 medico	Se impossibile concludere o sospendere la procedura,

		sposta tutta l'equipe presso il **Gruppo Operatorio Secondario 1934** (3° Piano)

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	1 OSS Eventuali caregiver presenti	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ostetricia 1705**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 ostetriche 1 infermiere (se non impegnato) e ostetrica Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ostetricia 1705**) 1
C	1 infermiere e 1 medico	Se impossibile concludere o sospendere la procedura, sposta tutta l'equipe presso il **Gruppo Operatorio Secondario 1934** (3° Piano)

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 1999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale chirurgica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Ostetricia 1705, Gruppo Operatorio Secondario 1934**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

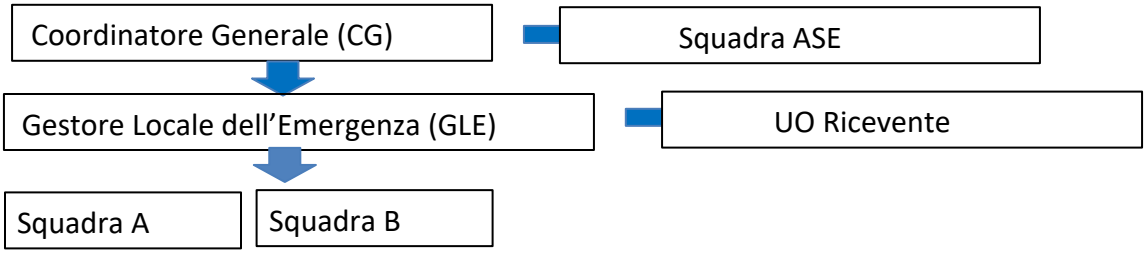
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Ostetricia) assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A, B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

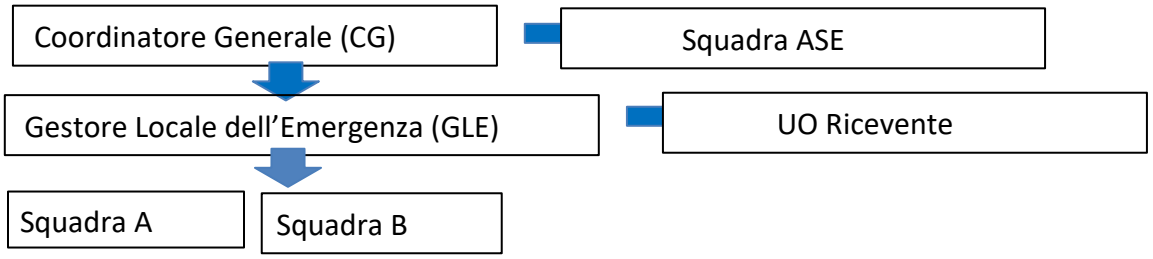
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di ostetriche, infermiere e ostetrica)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (Ostetricia) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

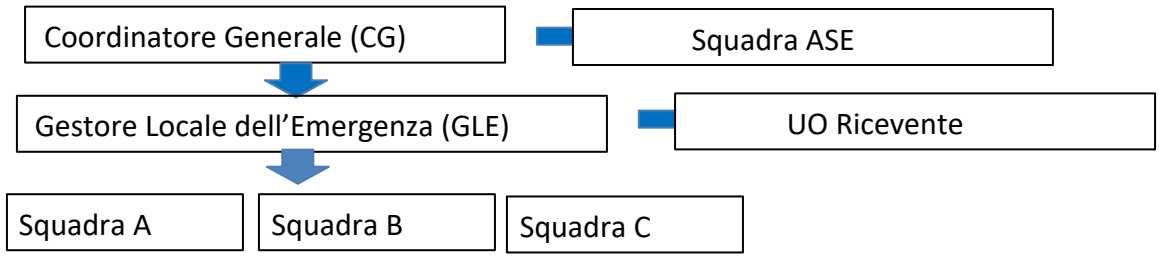
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore/Medico di Guardia/AdC o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Pronto Soccorso.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 1999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili	40

(Deambulanti)	minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	
EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	6
EP3 - Critici **(Non Autosufficienti)**	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	4

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ospedale di Comunità 1014)** Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ospedale di Comunità 1014)**
C	Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il

		Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ospedale di Comunità 1014**) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri 2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ospedale di Comunità 1014**)
C	Medico e infermiere Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ospedale di Comunità 1014**)

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Ospedale di Comunità 1014**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo

visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

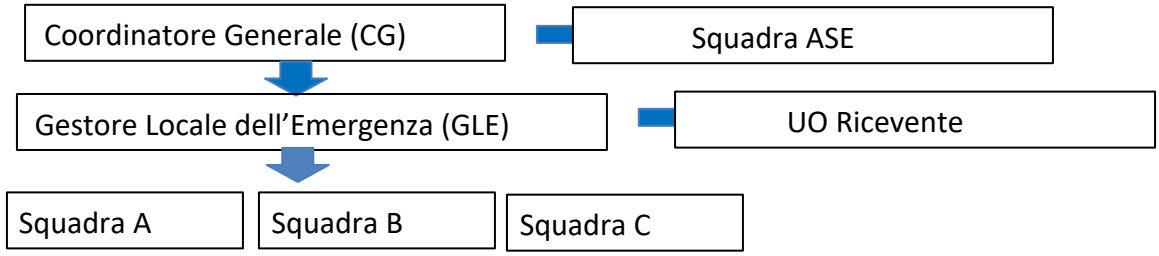
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Ospedale di Comunità 1014**) assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici

portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A, B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

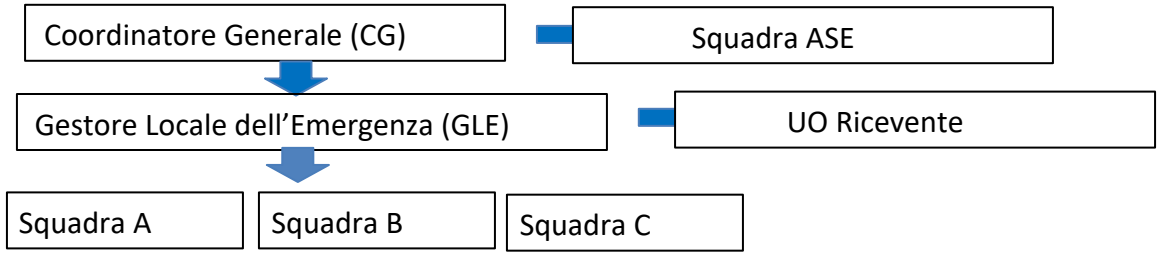
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (**Ospedale di Comunità 1014**) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

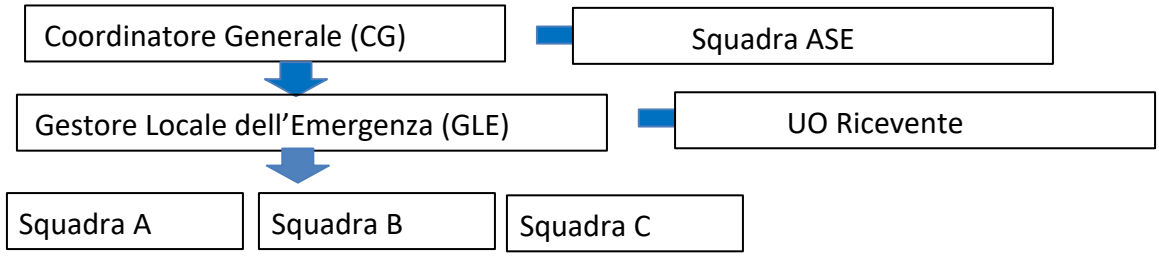
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA C – EVACUAZIONE EP3- CRITICI

(Medico e infermiere – in coppia)

RUOLO: Trasporto protetto e continuità assistenziale dei pazienti critici o con supporto vitale (Priorità 3 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO E VALUTAZIONE CLINICA:** Ricevi l'ordine dal GLE di evacuare i pazienti categoria **EP3 (Critici)**. Verifica la stabilità clinica per il trasporto.

☐ **GARANZIA CONTINUITÀ DELLE LINEE VITALI:**

- Passa la ventilazione meccanica da rete fissa a **ventilatore polmonare da trasporto a batteria** o prepara pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola O2 portatile da trasporto.
- Verifica che le pompe infusionali con farmaci salvavita (inotropi, anestetici) siano commutate su alimentazione autonoma a batteria.
- Solleva e fissa tutti i monitor multiparametrici portatili e presidi invasivi.

☐ **DISCONNESSIONE APPARECCHIATURE NON ESSENZIALI:** Scollega rapidamente sistemi di emodialisi/CRRT, aspirazioni fisse (sostituire con aspiratori portatili se necessario) e macchinari non vitali per ridurre l'ingombro.

☐ **TRASPORTO DEDICATO E SCORTA SANITARIA:** Trasporta il paziente su letto/barella con scorta continua di almeno 1 Medico ed 1 Infermiere. Se disponibili chiedi l'ausilio di 2 addetti ASE per la spinta del letto lungo il percorso d'esodo protetto.

☐ **COORDINAMENTO PER ELEVATO RISCHIO:** Se le condizioni cliniche del paziente rendono il trasporto ad altissimo rischio di decesso immediato o vi sono ostacoli strutturali impraticabili, segnala immediatamente la condizione al GLE per l'attivazione dell'**Evacuazione Differita** con protezione in situ/VVF.

☐ **PRESA IN CARICO NEL LUOGO SICURO CRITICO:** Posiziona il paziente nell'area dell'UO Accoglienza (**Ospedale di Comunità 1014**) ricollega i gas medicali e l'alimentazione elettrica di rete/UPS e mantieni il monitoraggio continuo dei parametri vitali. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP3 fino al completamento dell'area assegnata.

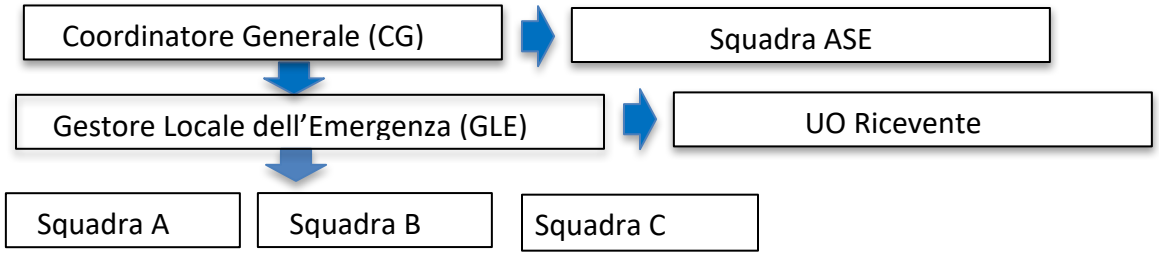
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dall'Ospedale di Comunità.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) dell'ODC o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 1999).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): sala d'attesa interna.
- Area EP2 (Dipendenti): posiziona i letti prima negli ambulatori vuoti di fonte alla sala d'attesa interna, poi sala d'attesa-

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	1
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	9

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

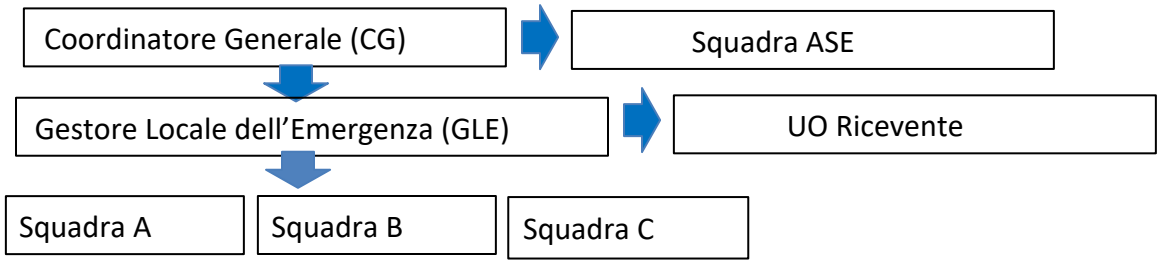
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore/Medico di Guardia/AdC o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Pediatria e TIN.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 1999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie (tenuto presente che tutti hanno un caregiver).

Categoria	Caratteristiche	Previsti

EP1 – Autonomi **(Deambulanti)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	10 Pediatria
EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	5 Pediatria
EP3 - Critici **(Non Autosufficienti)**	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	2 Pediatria 10 TIN

ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS (ASE)	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.
C	Infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il

	medico	Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
A	OSS OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza. Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri 2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.
C	Infermiere medico	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza.

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 1999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale area medica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **COMUNICAZIONE ALL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza (**Ginecologia 1701** per la Pediatria**, Ostetricia/Nido 1705-1706** per la **TIN**) sullo stesso piano e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

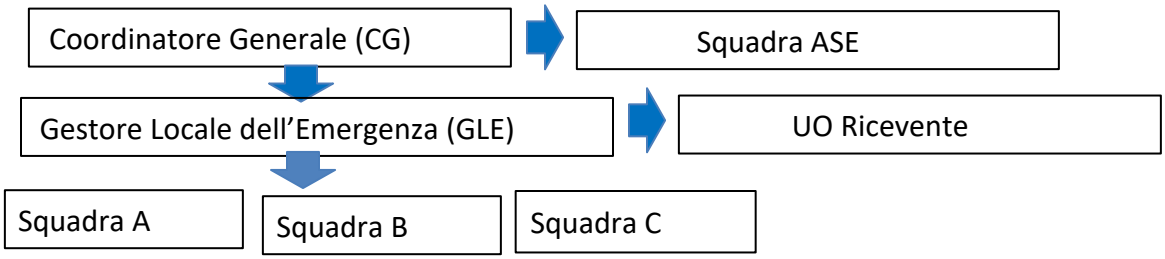
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS -ASE)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Ginecologia), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A e B.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

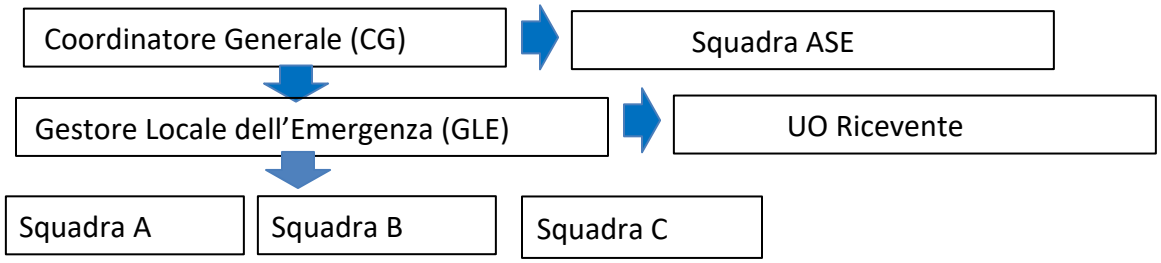
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri, coppia di medici)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (Ginecologia) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

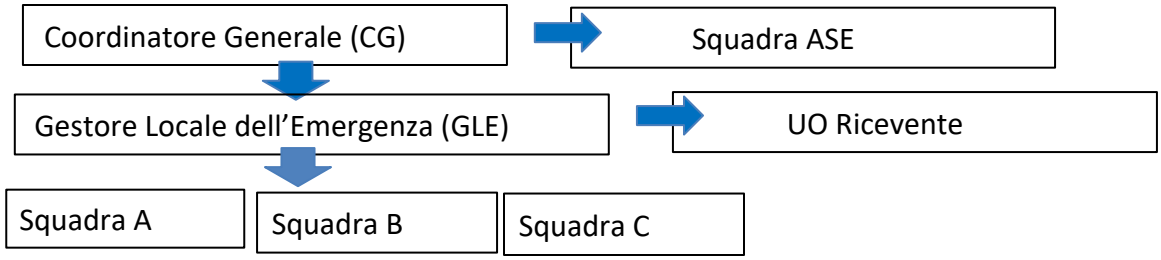
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA C– EVACUAZIONE EP3 – CRITICI

(infermiere e medico)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali evitando trazioni.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **termoculla**.

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi la termoculla il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza (Ostetricia presso il Nido) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

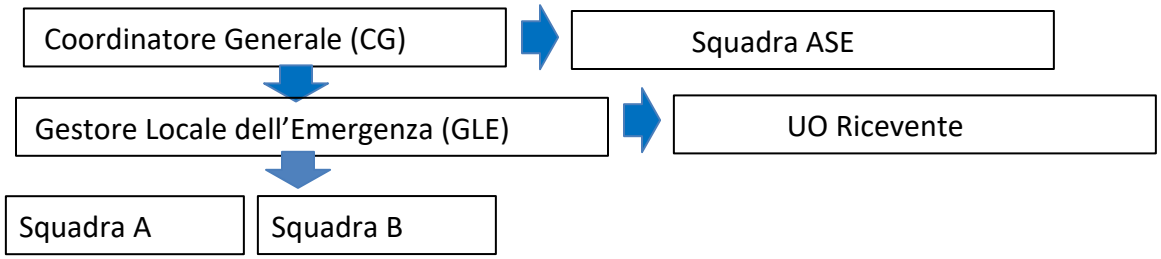
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti da Ostetricia/Nido.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) dell'Ostetricia/Nido o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 1999).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 3 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP1 (Autonomi): Soggiorno.
- Area EP2 (Dipendenti): donne allettate e neonati con mamma nelle stanze di degenza libere (o come terzo letto)

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP1 – Autonomi (Deambulanti)	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	15 Ost
EP2 – Dipendenti	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo,	10 Nido

(Non Deambulanti)	drenaggio).	5 Ost

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP1 (AUTONOMI):** Accogli il gruppo condotto dalla Squadra A, posiziona i pazienti nell'Area EP1, acquisisci la scheda/elenco con i nominativi e garantisci la presenza di un operatore per l'assistenza basica e la rassicurazione.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

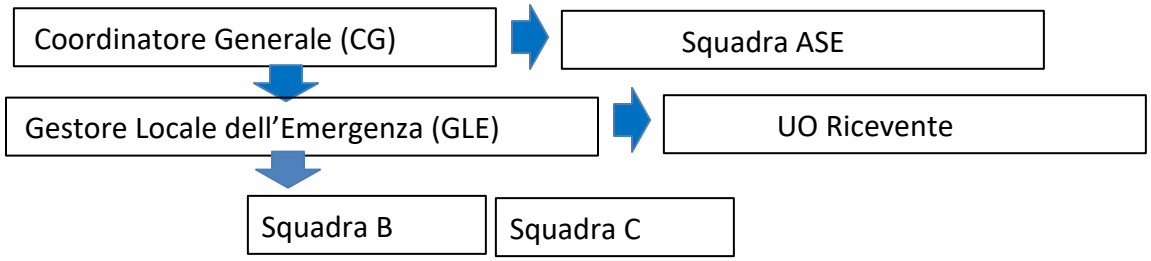
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore/Medico di Guardia/AdC o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Rianimazione, UCIC e Stroke Unit.
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 1999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).
  A. PARZIALE: nel comparto adiacente (oltre le porte REI), senza abbandonare il Reparto.
  B. TOTALE: presso il luogo sicuro esterno (Gruppo Operatorio principale per Rianimazione, Gruppo Operatorio Secondario per UCIC/Stroke)

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	6 UCIC 4 STROKE
EP3 - Critici **(Non Autosufficienti)**	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	12 RIA 6 UCIC

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare
B	2 infermieri 2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Gruppo Operatorio Secondario 1934**)
C	Medico e infermiere Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Gruppo Operatorio Principale 1864 – Gruppo Operatorio Secondario 1934**)

Assetto diurno

Squadra	Da chi è composta	Cosa deve fare

B	2 infermieri 2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Gruppo Operatorio Secondario 1934**)
C	Medico e infermiere Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP3 (Critici) mediante letti verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (**Gruppo Operatorio Principale 1864 – Gruppo Operatorio Secondario 1934**)

☐ **RICHIESTA RINFORZI:** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 1999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE). Coinvolgi sempre l'Anestesista delle urgenze **1921.** Se notte, chiama **l'1111** e fai attivare tutti reperibili del Blocco Operatorio.

☐ **PREDISPOSIZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** Contatta il referente dell'UO di Accoglienza/Supporto sullo stesso piano (**Gruppo Operatorio Principale 1864 – Gruppo Operatorio Secondario 1934)** e avvisa dell'arrivo imminente dei pazienti evacuati; se notte manda l'infermiere con minore anzianità di servizio ad aprire le sale operatorie principale e secondaria con la chiave master.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra B o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

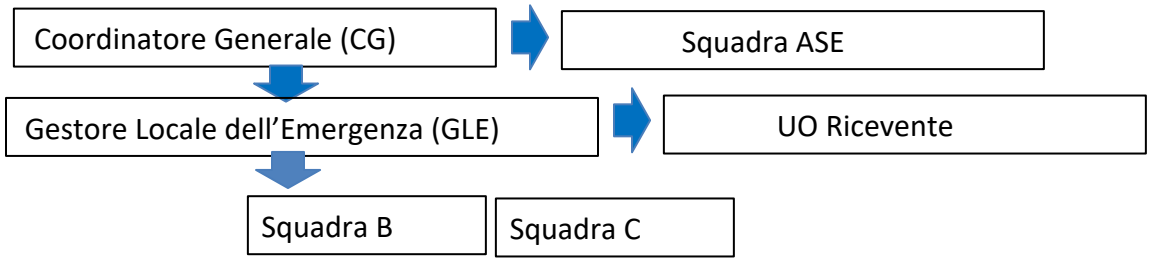
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREDISPOSIZIONE DELL'UNITÀ DI ACCOGLIENZA:** **se notte** l'infermiere con minore anzianità di servizio va ad aprire le sale operatorie principale e secondaria con la chiave master.

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando preferibilmente la **sedia a rotelle** (se il posizionamento del paziente non richiede troppo tempo), oppure direttamente il **letto di degenza** (se le porte/corridoi lo consentono).

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro / UO Accoglienza indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. (**Gruppo Operatorio Principale 1864 – Gruppo Operatorio Secondario 1934**). Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.
Se notte: l'infermiere con minore anzianità di servizio rimane presso il Blocco Operatorio a sorvegliare i pazienti man mano che giungono, l'altro infermiere della coppia ritorna in Rianimazione/UTIC/Stroke e presidia i pazienti non ancora trasferiti.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

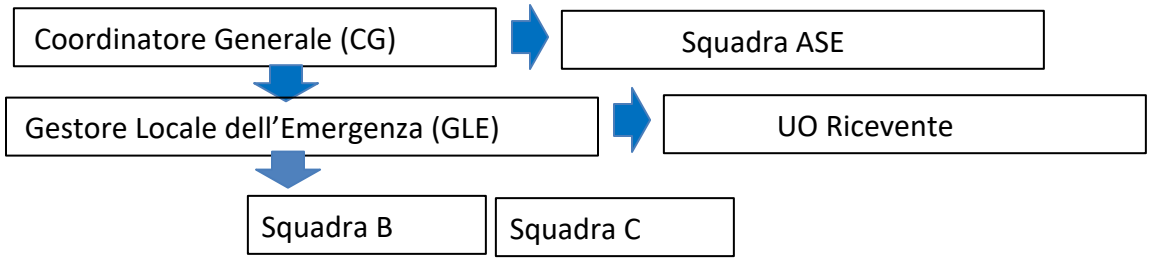
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA C – EVACUAZIONE EP3- CRITICI

(Medico e infermiere – in coppia)

RUOLO: Trasporto protetto e continuità assistenziale dei pazienti critici o con supporto vitale (Priorità 3 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO E VALUTAZIONE CLINICA:** Ricevi l'ordine dal GLE di evacuare i pazienti categoria **EP3 (Critici)**. Verifica la stabilità clinica per il trasporto.

☐ **GARANZIA CONTINUITÀ DELLE LINEE VITALI:**

- Passa la ventilazione meccanica da rete fissa a **ventilatore polmonare da trasporto a batteria** o prepara pallone autoespandibile (AMBU) collegato a bombola O2 portatile da trasporto.
- Verifica che le pompe infusionali con farmaci salvavita (inotropi, anestetici) siano commutate su alimentazione autonoma a batteria.
- Solleva e fissa tutti i monitor multiparametrici portatili e presidi invasivi.

☐ **DISCONNESSIONE APPARECCHIATURE NON ESSENZIALI:** Scollega rapidamente sistemi di emodialisi/CRRT, aspirazioni fisse (sostituire con aspiratori portatili se necessario) e macchinari non vitali per ridurre l'ingombro.

☐ **TRASPORTO DEDICATO E SCORTA SANITARIA:** Trasporta il paziente su letto/barella con scorta continua di almeno 1 Medico ed 1 Infermiere. Se disponibili chiedi l'ausilio di 2 addetti ASE per la spinta del letto lungo il percorso d'esodo protetto.

☐ **COORDINAMENTO PER ELEVATO RISCHIO:** Se le condizioni cliniche del paziente rendono il trasporto ad altissimo rischio di decesso immediato o vi sono ostacoli strutturali impraticabili, segnala immediatamente la condizione al GLE per l'attivazione dell'**Evacuazione Differita** con protezione in situ/VVF.

☐ **PRESA IN CARICO NEL LUOGO SICURO CRITICO:** Posiziona i pazienti nell'area ad alta intensità dell'UO Accoglienza (**Gruppo Operatorio Principale 1864**), partendo dalle pre-sale, ricollega i gas medicali e l'alimentazione elettrica di rete/UPS e mantieni il monitoraggio continuo dei parametri vitali. Man mano che

posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP3 fino al completamento dell'area assegnata.

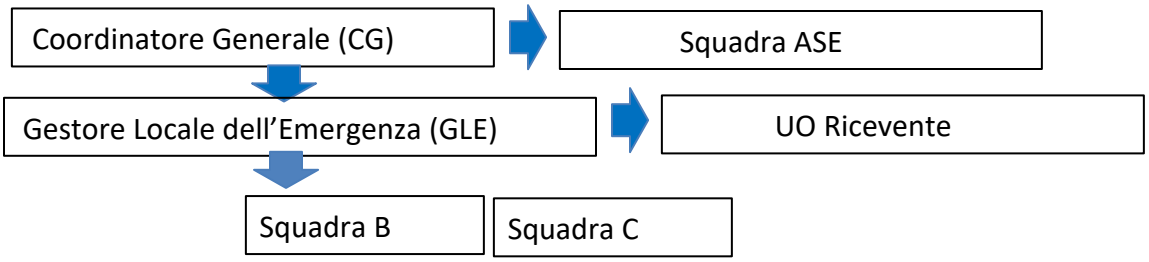
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REPARTO RICEVENTE – UO DI ACCOGLIENZA

(Direttore UO, Coordinatore UO, Medico di guardia o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Gestione dell'accoglienza, presa in carico assistenziale, predisposizione delle aree di sosta e tracciamento dei pazienti evacuati provenienti dal Blocco Operatorio Principale o Secondario.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ALLERTA E COMUNICAZIONE:** Prendi in carico la notifica di pre-allerta trasmessa dal Gestore Locale dell'Emergenza (GLE) del reparto allarmato o dal Centro Gestione Emergenze (CGE 1999).

☐ **PREDISPOSIZIONE DEGLI SPAZI E LOGISTICA:** Sgombera i corridoi e gli spazi di sosta principali all'interno del compartimento sicuro. Individua ed allestisci 2 aree distinte di stazionamento in base alle categorie del Reverse Triage:

- Area EP2 (Dipendenti): Bonifica, corridoio, box rianimazione se c'è posto dopo che hai accolto gli EP3.
- Area EP3 (Critici): all'interno dei box Rianimazione, in base alla disponibilità.

Categoria	Caratteristiche	Previsti
EP2 – Dipendenti (Non Deambulanti)	Pazienti allettati o con ridotta mobilità, non autonomi nello spostamento, ma clinicamente stabili. Collegati a presidi semplici (es. catetere, flebo, drenaggio).	5
EP3 - Critici	Pazienti in condizioni critiche, in ventilazione meccanica, con supporto	4

(Non Autosufficienti)	vitale ininterrotto, instabilità emodinamica, intubati o in corso di intervento chirurgico.	

☐ **VERIFICA PRESIDII E LINEE VITALI**

- Verifica la disponibilità ed il corretto funzionamento degli attacchi a parete di O2 e aspirazione.
- Predisponi prese di corrente sotto continuità elettrica (UPS/Gruppo Elettrogeno) per il collegamento immediato di ventilatori polmonari e pompe infusionali.
- Tieni a disposizione il carrello emergenze e aspiratori portatili dell'UO.

☐ **PRESA IN CARICO PAZIENTI EP2 (DIPENDENTI) ED EP3 (CRITICI):**

- Ricevi i pazienti trasportati dalle Squadre B/C.
- Per i pazienti EP3: effettua il passaggio di consegne cliniche immediate, ricollega le apparecchiature alla rete elettrica/gas dell'UO e ripristina il monitoraggio continuo dei parametri vitali.
- Registra nelle tue schede per ciascun paziente: Nome, Cognome, Stanza/UO di provenienza e Ora di arrivo.

☐ **RICONCILIAZIONE E REGISTRAZIONE:**

- Raccordati con il GLE del reparto evacuante per la verifica incrociata dei dati.
- Compila o integra il registro di presa in carico per consentire il Riconteggio finale (Roll Call).

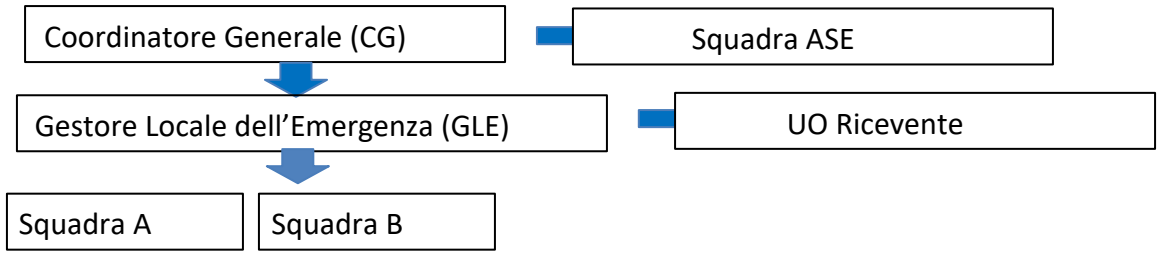
☐ **REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Segnala al GLE del reparto evacuante e all'Unità di Crisi / Coordinatore Generale (CG) il completamento della presa in carico dei pazienti ed eventuali criticità cliniche o logistiche sopraggiunte. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

GESTORE LOCALE DELL'EMERGENZA (GLE)

(Direttore UO/Coordinatore/Medico di Guardia/AdC o Infermiere con maggiore anzianità di servizio)

RUOLO: Responsabile del comando e coordinamento dell'evacuazione dell'Unità Operativa Psichiatria
PASSAGGIO DI RUOLO: al Direttore UO o al Coordinatore UO o al Medico di Guardia quando arriva in Reparto.

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE ORDINE O RILEVAZIONE PERICOLO:** Prendi in carico la notifica di evacuazione trasmessa dal Centro Gestione Emergenze (**CGE 1999**) o rileva la condizione di pericolo imminente nel reparto.

☐ **COMUNICAZIONE INTERNA DI REPARTO:** Avvisa immediatamente tutto il personale di turno del reparto verbalmente o via altoparlante/filodiffusione interna: *"Attenzione personale, attivare procedura di evacuazione di reparto"*.

☐ **DETERMINAZIONE DELLA MODALITÀ DI EVACUAZIONE:**

- **EVACUAZIONE RAPIDA (Pericolo Diretto / Fumo denso imminente):** Evacua immediatamente le persone più vicine al pericolo, indipendentemente dalla gravità clinica.
- **EVACUAZIONE CONTROLLATA:** Applica rigorosamente il **Reverse Triage** (evacuare prima pazienti EP1 Autonomi, poi EP2 Dipendenti, infine EP3 Critici).

NB: L'EVACUAZIONE VERTICALE e l'EVACUAZIONE GENERALE vengono adottate solo dal CG. In questi casi applica i primi passaggi (reverse triage e formazione delle squadre) ma attendi l'indicazione del CG per la destinazione e l'inizio delle operazioni.

☐ **REVERSE TRIAGE:**
Prendi il Registro di Evacuazione e con l'aiuto del personale presente assegna tutti i pazienti presenti ad una delle categorie.

Categoria	Caratteristiche	Previsti

EP1 – Autonomi **(Deambulanti)**	Pazienti in grado di camminare e muoversi autonomamente o con ausili minimi. Capaci di seguire istruzioni vocali e vestirsi autonomamente.	14
EP2 – Dipendenti **(Non Deambulanti)**	2	2

☐ **ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI AGLI OPERATORI DI REPARTO:**
Componi le squadre come indicato e assegna loro le relative action card e schede:

Assetto notturno

Squadra	**Da chi è composta**	**Cosa deve fare**
A	OSS	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Esterno) Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Esterno)

Assetto diurno

Squadra	**Da chi è composta**	**Cosa deve fare**
A	OSS Eventuali caregiver presenti	Guida dei pazienti EP1 (Deambulanti) verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Esterno)

		Completata questa fase preleva le cartelle cliniche e gestisce il Registro Evacuati.
B	2 infermieri Medico e infermiere	Trasporto dei pazienti EP2 (Allettati) mediante letti o sedie verso il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (Esterno)

☐ **RICHIESTA RINFORZI (se necessario):** Se il numero di pazienti EP2/EP3 supera la capacità del personale in turno, richiedi al **CGE 1999** l'invio immediato della Squadra Emergenze (ASE) e personale di supporto (il medico di guardia interdivisionale medica). Assegna gli ASE prioritariamente alla Squadra A.

☐ **SUPERVISIONE TRACCIAMENTO ED EVACUAZIONE DIFFERITA:**

- Verifica la regolare compilazione del **Registro degli Evacuati**.
- In caso di paziente EP3/Critico con impossibilità temporanea di spostamento per rischio clinico/strutturale estremo, formalizza la decisione con un secondo medico e annotalo nel **Registro degli Evacuati** notificando immediatamente i Vigili del Fuoco ed il CG.

☐ **CHECK FINALE E BONIFICA REPARTO:** Effettua (unitamente alla Squadra A o Caposquadra ASE) il controllo visivo finale di tutti i locali, stanze degenti, bagni, depositi e studi. Accertati che nessun paziente o operatore sia rimasto all'interno.

☐ **MESSA IN SICUREZZA E SEGNALAZIONE:** Chiudi le porte delle stanze e le porte tagliafuoco REI. Affiggi sulla porta d'ingresso del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** con ora e firma.

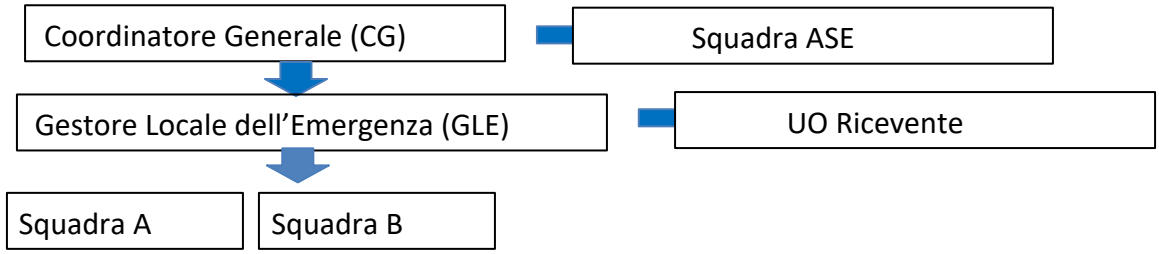
☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Raggiungi il Luogo Sicuro / UO Accoglienza (se più di una inizia da quella dove ci sono i pazienti più critici e poi le altre in ordine inverso di gravità), effettua il Riconteggio (Roll Call) di tutti i pazienti e del personale. Riferisci l'esito al Coordinatore Generale (CG) ed ai Vigili del Fuoco. Partecipa al Debriefing Operativo post-emergenza.

SQUADRA A – EVACUAZIONE EP1-Autonomi

(OSS)

RUOLO: Gestione e raccolta dei pazienti autonomi (Priorità 1 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal Gestore Locale (GLE) di prendere in carico l'evacuazione dei pazienti categoria **EP1 (Deambulanti-Autonomi)**.

☐ **AVVISO AI PAZIENTI:** Percorri le stanze di degenza assegnate e avvisa i pazienti autosufficienti con voce calma e ferma: *"Attenzione, dobbiamo spostarci per motivi di sicurezza. Indossate calzature e coperta/giacca, prendete solo occhiali e protesi acustiche e seguitemi in corridoio"*. Se in reparto sono presenti *caregiver*, incaricali di aiutare i pazienti di ogni stanza a prepararsi per uscire e poi di aiutarti a scortarli verso il Luogo Sicuro.

☐ **FORMAZIONE GRUPPO DI ESODO:** Raggruppa i pazienti EP1 in corridoio (in gruppi gestibili di 5-10 persone). Assicurati che nessuno torni indietro per recuperare oggetti personali.

☐ **GUIDA VERSO IL LUOGO SICURO / UO ACCOGLIENZA:** Guida il gruppo lungo la via di esodo indicata (oltre le porte tagliafuoco REI del compartimento adiacente o verso il Punto di Raccolta se evacuazione generale). Non utilizzare gli ascensori.

☐ **CONSEGNA ELENCO PAZIENTI ED ACCOGLIENZA:** Una volta giunto nel Luogo Sicuro (Esterno), assegna i pazienti all'area di sosta temporanea, compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **ASSISTENZA E MONITORAGGIO:** Ritorna a disposizione del GLE in Reparto per sorveglianza e supporto durante l'evacuazione. Se la squadra è composta da più di un operatore, un OSS rimane con i pazienti, gli altri ritornano a disposizione di GLE.

☐ **RECUPERO KIT ED APPARECCHIATURE DI EMERGENZA:** ricevuto l'ordine dal GLE:

- Preleva le **bombole di ossigeno portatili** di riserva e presidi di ventilazione manuale.

☐ **RECUPERO DOCUMENTAZIONE CLINICA:** Preleva le cartelle cliniche cartacee (o i dispositivi informatici

portatili/tablet con le schede dei pazienti).

☐ **GESTIONE REGISTRO DEGLI EVACUATI:**

- Presidia il punto di uscita del reparto o la postazione nel Luogo Sicuro.
- Aiuta il GLE a verificare che tutti i nomi del **Registro degli Evacuati** siano presenti nelle schede delle Squadre A, B e C.

☐ **ISPEZIONE E CHECK FINALE DEI LOCALI (BONIFICA REPARTO):**

- Sotto il coordinamento del GLE e con un ASE, effettua l'ispezione stanza per stanza di tutta l'UO (compresi bagni pazienti/personale, spogliatoi, depositi, cucinette e studi medici).
- Verifica visivamente e a voce (chiamando ad alta voce) che non sia rimasto nessuno.
- Chiudi le finestre e le porte delle stanze controllate (senza chiuderle a chiave).

☐ **CHIUSURA E APPOSIZIONE CARTELLO:** Rilascia e chiudi le porte tagliafuoco REI di compartimento. Affiggi sulla porta d'ingresso principale del reparto il cartello: **"AREA COMPLETAMENTE EVACUATA - CHECK EFFETTUATO"** indicando Ora e Firma.

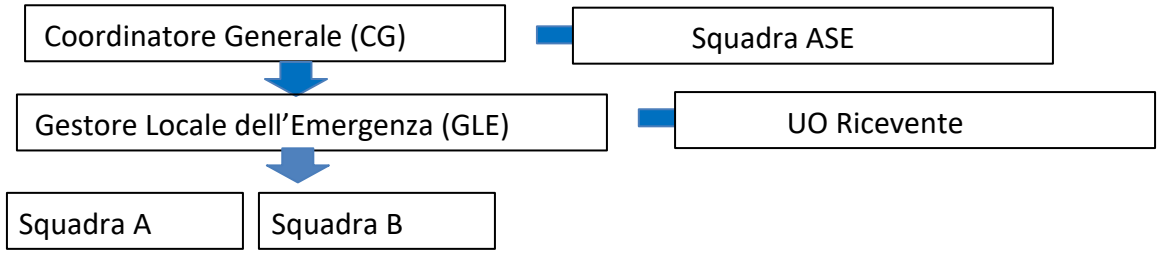
☐ **CONSEGNA REGISTRO E DEBRIEFING:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

SQUADRA B – EVACUAZIONE EP2 – DIPENDENTI

(coppia di Infermieri)

RUOLO: Trasporto e messa in sicurezza dei pazienti allettati stabili (Priorità 2 di evacuazione di reparto).

ORGANIGRAMMA SINTETICO



COMPITI

☐ **RICEZIONE INCARICO:** Ricevi l'ordine dal GLE di avviare l'evacuazione dei pazienti categoria **EP2 (Dipendenti)**. Operare sempre in coppia (2 operatori).

☐ **PREPARAZIONE PAZIENTE:** In ciascuna stanza degenza:

- Stacca le apparecchiature non essenziali dalla rete elettrica fissa.
- Assicura le sacche di drenaggio, cateteri e linee infusionali al letto/carrozzina evitando trazioni.
- Copri il paziente con una coperta.

☐ **SCELTA MEZZO DI TRASPORTO:** Sposta il paziente utilizzando il **letto di degenza**.

☐ **TRASFERIMENTO ORIZZONTALE PROGRESSIVO:** Spingi il letto/sedia lungo il corridoio d'esodo oltre le porte tagliafuoco REI verso il compartimento sicuro (Esterno) indicata dal GLE. Non usare gli ascensori.

☐ **COLLOCAZIONE E TRACCIAMENTO:** Sistemare il paziente nell'area di stazionamento dell'UO Accoglienza. Man mano che posizioni i pazienti compila la scheda con i nomi dei pazienti consegnati e conservala per il GLE.

☐ **NAVETTA E RIPETIZIONE:** Rientra immediatamente nel reparto (se le condizioni di sicurezza lo consentono) per prelevare i successivi pazienti EP2 fino al completamento dell'area assegnata.

☐ **RICONCILIAZIONE E REPORT AL COORDINATORE GENERALE:** Quando vieni raggiunto dal GLE, consegna il Registro Evacuati completo, partecipa all'appello finale (Roll Call) e al Debriefing Operativo di squadra.

REGIONE DEL VENETO

ULSS7 PEDEMONTANA

PIANO EVACUAZIONE - PEVAC

AREA COMPLETAMENTE EVACUATA

CHECK EFFETTUATO