

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA

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

N. 1271 DEL 31/07/2026

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: RECEPIMENTO DEL DECRETO DELLA DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA N. 14422 DEL 9 GIUGNO 2026 “APPROVAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L’AGGIORNAMENTO DEI PIANI AZIENDALI DI MAXI-AFFLUSSO ED EVACUAZIONE PER LE STRUTTURE OSPEDALIERE”.

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: 1299/26

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 Michela Piccinini.

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

Premesso che:

- la gestione delle emergenze all'interno delle strutture ospedaliere rappresenta un ambito d'azione strategico e imprescindibile per la tutela della salute pubblica e per la salvaguardia della sicurezza di pazienti, operatori e visitatori. Tale responsabilità impone un'organizzazione strutturata, capace di reagire in modo coordinato e tempestivo a scenari critici, garantendo al contempo la resilienza del sistema sanitario e la continuità dei servizi assistenziali essenziali;
- il quadro normativo nazionale pone in capo al Datore di Lavoro obblighi precisi in materia di gestione delle emergenze e prevenzione incendi, fondandosi in particolare sulle disposizioni del D.Lgs. n. 81/2008 (articoli 18, 43 e 46) e sul D.M. 3 agosto 2015 e s.m.i. (Codice di Prevenzione Incendi). Tale impianto è stato ulteriormente rafforzato dai Decreti Ministeriali del settembre 2021 (01/09/2021, 02/09/2021 e 03/09/2021), che hanno aggiornato i criteri per il controllo, la manutenzione e la gestione della sicurezza antincendio nei luoghi di lavoro;
- la Regione del Veneto, con l'obiettivo di superare l'eterogeneità organizzativa delle diverse Aziende Sanitarie e garantire una risposta omogenea su tutto il territorio regionale, ha emanato il Decreto n. 14422 del 9 giugno 2026. Con tale provvedimento sono state approvate le nuove "Linee di indirizzo regionali per l'aggiornamento dei Piani Aziendali di maxi-afflusso (PEMAF) ed evacuazione (PEVAC) per le strutture ospedaliere", le quali adottano un approccio di tipo "all-hazards" (multirischio), ispirato ai più avanzati standard internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Preso atto che:

- l'Azienda ULSS 7 Pedemontana dispone già di solidi strumenti operativi per la gestione delle emergenze interne, costantemente aggiornati per rispondere alle evoluzioni strutturali e normative dei propri presidi:
 - il Presidio Ospedaliero di Bassano del Grappa opera attualmente secondo il Piano di Emergenza Interna (PEI) nella sua Edizione n. 03 dell'11.04.2025, (approvato con Deliberazione n. 845 del 02.05.2025), che disciplina le procedure per fronteggiare scenari quali incendi, fughe di gas, allagamenti e minacce dolose;
 - il Presidio Ospedaliero di Asiago dispone del proprio PEI Edizione n. 01 del 03.02.2021 (approvato con Deliberazione n. 273 del 17.02.2021), redatto specificamente per il nuovo presidio ospedaliero al fine di disciplinare le procedure di emergenza ed evacuazione a tutela di pazienti e operatori;
 - il Presidio Ospedaliero di Santorso ha recentemente adottato il PEI Edizione n. 06 del 24.03.2026 (approvato con Deliberazione n. 661 del 10.04.2026), integrando procedure specifiche per i nuovi impianti di spegnimento e per l'attivazione dell'Ospedale di Comunità.

Considerato che:

- secondo le nuove disposizioni regionali, i citati Piani di Emergenza Interna (PEI) devono ora evolvere e integrarsi in una "cornice organizzativa" più ampia, che armonizzi le procedure di evacuazione (PEVAC) con quelle dedicate al maxi-afflusso di feriti (PEMAF). Tale integrazione è necessaria per evitare sovrapposizioni o conflitti operativi, assicurando che la pianificazione ospedaliera dialoghi efficacemente con il sistema di emergenza territoriale SUEM 118;
- inoltre le citate Linee di indirizzo regionali richiedono la definizione di un sistema di comando chiaro, riconoscibile e immediatamente attivabile, avente come componenti chiave le funzioni di Leader PEMAF/PEVAC, Comando, Comunicazione, Sicurezza, Triage, Capacità di risposta,

Continuità servizi, Risorse umane, Logistica, Recupero post-emergenza, al fine di garantire la piena continuità decisionale e operativa;

- il Decreto in oggetto dispone il termine del 20 ottobre 2026 affinché le Aziende Sanitarie provvedano alla revisione e all'aggiornamento dei propri Piani PEMAFA e PEVAC sulla base delle nuove linee guida, trasmettendo contestualmente la check-list di autovalutazione (Allegato B del decreto) debitamente compilata.

Ritenuto che è pertanto necessario procedere al formale recepimento del Decreto della Direzione Programmazione Sanitaria n. 14422/2026, avviando le attività di adeguamento dei piani esistenti per conformarli ai nuovi requisiti minimi regionali, con particolare riferimento alla struttura di comando (Unità di Crisi), alle modalità di comunicazione e all'adozione delle "Action Cards" operative.

Per quanto sopra, il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale propone pertanto di recepire il Decreto della Direzione Programmazione Sanitaria n. 14422 del 9 giugno 2026, i cui contenuti si intendono qui integralmente richiamati quali parte integrante e sostanziale 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 recepire il Decreto della Direzione Programmazione Sanitaria n. 14422 del 9 giugno 2026, i cui contenuti si intendono qui integralmente richiamati quali parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di incaricare formalmente le Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri di Bassano del Grappa e di Santorso, in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP), la U.O.C. Direzione delle Professioni Sanitarie e l'U.O.C. Servizi Tecnici e Patrimoniali, di procedere alla revisione e all'aggiornamento dei vigenti Piani di Emergenza Interna (PEI), dei Piani di Emergenza per il Massiccio Afflusso di Feriti (PEMAFA) e dei Piani di Evacuazione (PEVAC) in maniera che i processi previsti dalle tre tipologie di piano siano omogenei e coerenti per la gestione delle diverse tipologie di emergenza;
3. di dare mandato alle suddette Direzioni Mediche di aggiornare i PEMAFA/PEVAC includendo tutte le componenti chiave individuate dal Decreto n. 14422 (Leader PEMAFA/PEVAC, Comando, Comunicazione, Sicurezza, Triage, Capacità di risposta, Continuità servizi, Risorse umane, Logistica, Recupero post-emergenza) e adottando il format delle "Action Cards" (Allegato 1 delle linee di indirizzo) quale strumento operativo essenziale per guidare i ruoli chiave nelle prime fasi dell'emergenza;
4. di stabilire il termine perentorio del 20 ottobre 2026 per il completamento delle attività di aggiornamento dei piani e per la contestuale trasmissione alla Direzione Programmazione Sanitaria della Regione del Veneto della Check-list di autovalutazione (Allegato B del decreto) debitamente compilata, quale attestazione del recepimento dei requisiti minimi regionali;
5. di prevedere l'attivazione di percorsi formativi specifici e sessioni di addestramento (incluse le simulazioni) rivolti ai componenti dell'Unità di Crisi e al personale operativo, finalizzati alla piena conoscenza del nuovo sistema di comando e dei flussi di comunicazione previsti;
6. 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.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. 14422 DEL 09/06/2026

STRUTTURA DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA

OGGETTO

Approvazione delle Linee di indirizzo regionali per l'aggiornamento dei Piani Aziendali di maxi-afflusso ed evacuazione per le strutture ospedaliere.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento vengono approvate le Linee di indirizzo regionali per l'aggiornamento dei Piani Aziendali di maxi-afflusso ed evacuazione per le strutture ospedaliere, al fine di garantire un approccio omogeneo alla pianificazione e alla gestione delle emergenze ospedaliere nel territorio regionale.

IL DIRETTORE

PREMESSO che la gestione delle emergenze ospedaliere, in particolare degli eventi di maxi-afflusso di feriti e delle situazioni che richiedono l'evacuazione delle strutture sanitarie, rappresenta un ambito strategico per la tutela della salute pubblica e per la resilienza del sistema sanitario;

CONSIDERATO che le Aziende sanitarie del Servizio Socio Sanitario Regionale presentano assetti organizzativi e strutturali eterogenei, rendendo necessario disporre di un quadro di riferimento comune per la pianificazione e la gestione delle procedure di gestione delle emergenze in caso di maxi- afflusso di feriti e di evacuazione;

CONSIDERATO che è stato avviato dalla Direzione Programmazione Sanitaria un percorso regionale finalizzato all'aggiornamento e all'armonizzazione dei Piani Aziendali di Emergenza per il maxi-afflusso di Feriti (PEMAF) e dei Piani di Evacuazione (PEVAC), al fine di garantire una risposta coordinata, efficace e omogenea nel territorio regionale;

RILEVATO che, nell'ambito del percorso regionale sopra richiamato, è stato costituito un Gruppo di Lavoro multidisciplinare composto dai professionisti individuati dalle Direzioni Strategiche aziendali su richiesta della Direzione Programmazione Sanitaria, in ragione delle specifiche competenze maturate in materia di gestione delle emergenze ospedaliere;

VISTO il documento "Check-list per la risposta ospedaliera alle emergenze – Uno strumento per tutte le tipologie di rischio per amministratori ospedalieri e responsabili delle emergenze" redatto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che, con un approccio multirischio, supporta le strutture ospedaliere nella preparedness e nella risposta alle emergenze;

CONSIDERATO che il Gruppo di Lavoro regionale, nell'intento di dare piena attuazione a quanto previsto nella Check-list dell'OMS, ha elaborato il documento "Linee di indirizzo regionali per l'aggiornamento dei Piani Aziendali di maxi-afflusso ed evacuazione per le strutture ospedaliere", che costituisce l'**Allegato A** quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RILEVATO che, appare necessario a supporto della redazione, aggiornamento e periodica autovalutazione dei piani aziendali, fornire alle Aziende sanitarie anche il modello di Check-list denominato "Check-list per la preparazione

della risposta ospedaliera alle maxi-emergenze” che costituisce l’**Allegato B** quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RILEVATO che entrambi i documenti, “Linee di indirizzo regionali per l’aggiornamento dei Piani Aziendali di maxi-afflusso ed evacuazione per le strutture ospedaliere” e “Check-list per la preparazione della risposta ospedaliera alle maxi-emergenze”, sono stati oggetto di esame e valutazione positiva da parte della Direzione Programmazione Sanitaria;

RITENUTO opportuno che il Gruppo di Lavoro continui le attività finalizzate a favorire l’implementazione a livello aziendale delle “Linee di indirizzo regionali per l’aggiornamento dei Piani Aziendali di maxi-afflusso ed evacuazione per le strutture ospedaliere”, nonché allo sviluppo di ulteriori strumenti e indicazioni operative in materia di gestione delle emergenze ospedaliere;

DECRETA

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il documento “Linee di indirizzo regionali per l’aggiornamento dei Piani Aziendali di maxi-afflusso ed evacuazione per le strutture ospedaliere”, che costituisce l’**Allegato A** quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di approvare il documento “Check-list per la preparazione della risposta ospedaliera alle maxi-emergenze” che costituisce l’**Allegato B** quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
4. di stabilire che il Gruppo di Lavoro continui le attività connesse all’implementazione a livello aziendale delle Linee di indirizzo regionali, nonché allo sviluppo di ulteriori strumenti e indicazioni operative in materia di gestione delle emergenze;
5. di stabilire che, entro il **20 ottobre 2026**, le Aziende sanitarie provvedono alla revisione e all’aggiornamento dei Piani Aziendali PEMAFA e PEVAC con invio alla Direzione Programmazione Sanitaria dell’**Allegato B** compilato;
6. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale;
7. di pubblicare il presente decreto nel Bollettino ufficiale della Regione.

Dr.ssa Romina Cazzaro



Linee di indirizzo regionali per l'aggiornamento dei Piani Aziendali di maxi-afflusso ed evacuazione per le strutture ospedaliere

Regione del Veneto
2026



Indice del documento

1. Finalità e ambito di applicazione	3
1.1 Premessa	3
1.2 Obiettivi del documento	3
1.3 Destinatari e ambito di applicazione	3
1.4 Approccio operativo adottato	4
1.5 Gruppo di lavoro	4
1.7 Abbreviazioni e definizioni	6
2. PEMAFA e PEVAC Aziendali: principi e struttura di riferimento	7
2.1 Principi organizzativi generali	7
2.2 Componenti chiave del PEMAFA e del PEVAC	7
2.3 Requisiti minimi del PEMAFA e del PEVAC	9
01. Comando e Controllo	9
02. Comunicazione	12
03. Sicurezza e Protezione	13
04. Triage e percorsi	14
05. Capacità di risposta ai picchi di afflusso	15
06. Continuità dei servizi essenziali	16
07. Risorse umane	17
08. Logistica e gestione delle forniture	18
09. Recupero e ricostruzione post-emergenza	19
2.4 Adattamento al contesto aziendale	21
2.5 Integrazione con altre procedure aziendali	21
2.6 Coordinamento interaziendale e con il servizio di emergenza territoriale	21
3. Dalla pianificazione all'operatività	22
3.1 Traduzione operativa del PEMAFA e del PEVAC	22
3.2 Checklist regionale	22
3.3 Action Card	23
3.4 Strumenti di supporto all'attivazione	25
4. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi	26
4.1 Riferimenti internazionali	26
4.2 Riferimenti nazionali	26
4.1 Riferimenti regionali	26
5. Allegati e appendici	27
5.1 Allegati	27
5.1.1 Allegato 1 – Format Action Card	27
5.2 Appendici	29
5.2.1 Appendice 1 - Sintesi del processo di valutazione e criteri di selezione degli item	29



1. Finalità e ambito di applicazione

1.1 Premessa

La gestione delle maxi-emergenze richiede un'organizzazione strutturata, coordinata e tempestiva, in grado di garantire la continuità assistenziale e la sicurezza di pazienti, operatori e strutture. In particolare, gli eventi di maxi-afflusso di feriti e le situazioni che rendono necessaria l'evacuazione parziale o totale di una struttura sanitaria rappresentano scenari complessi che, seppur diversi, impongono una pianificazione preventiva e condivisa.

1.2 Obiettivi del documento

Nel contesto del Servizio Socio Sanitario Regionale del Veneto, le Aziende Sanitarie presentano assetti organizzativi e strutturali eterogenei, che rendono necessario disporre di un quadro di riferimento comune per la pianificazione della risposta alle emergenze, pur nel rispetto delle specificità locali.

Le presenti Linee di indirizzo sono state elaborate con l'obiettivo di supportare le Aziende nella redazione, revisione e implementazione dei Piani Aziendali di Emergenza per il Maxi Afflusso di Feriti (PEMAF) e di Evacuazione (PEVAC), attraverso un approccio pratico e orientato all'operatività.

Il documento si fonda sulla contestualizzazione al contesto regionale della *Hospital Emergency Response Checklist*¹ dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, strumento sviluppato secondo un approccio "all-hazards" per supportare le strutture ospedaliere nella preparedness e nella risposta alle emergenze. Tale checklist, non specificamente orientata alla pianificazione di scenari di maxi-afflusso di feriti o di evacuazione ospedaliera, è stato rielaborato e contestualizzato per rispondere alle esigenze organizzative del sistema regionale.

Il processo di adattamento ha inoltre integrato le evidenze emerse dalle attività di autovalutazione condotte dalle Aziende Sanitarie e dalle esercitazioni di simulazione (SimEx) svolte a livello interaziendale, secondo le modalità trasmesse con nota prot. n. 138489 del 18/03/2025. Sono state inoltre analizzate e valorizzate azioni già presenti nei Piani aziendali, configurabili come buone pratiche, al fine di favorirne la messa a sistema e la diffusione.

L'intento è fornire uno strumento di indirizzo chiaro e applicabile, che favorisca l'omogeneità degli approcci organizzativi, migliori il coordinamento tra le Strutture e rafforzi la capacità di risposta del Servizio Socio Sanitario Regionale in caso di emergenza.

1.3 Destinatari e ambito di applicazione

Le presenti Linee di indirizzo supportano la Direzione Strategica e i Responsabili della gestione delle maxi-emergenze nel rispondere in modo efficace a situazioni di emergenza o disastri che comportino un maxi-afflusso e/o una evacuazione ospedaliera.

Non si applica a emergenze protratte o scenari a lungo termine, per i quali si rimanda alle procedure dedicate, quali ad esempio i Piani Pandemici aziendali (Pan Flu).

¹ World Health Organization (WHO). *Hospital Emergency Response Checklist*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2011.



Il presente documento ha validità regionale e costituisce riferimento per la predisposizione, revisione e armonizzazione dei PEMA e dei PEVAC aziendali, nel rispetto dell'autonomia organizzativa delle singole Aziende e delle specificità dei diversi Presidi Ospedalieri.

1.4 Approccio operativo adottato

La gestione di eventi emergenziali complessi richiede modalità operative strutturate, in grado di garantire rapidità decisionale, chiarezza dei ruoli e coordinamento tra i diversi attori coinvolti. In assenza di un approccio condiviso, il rischio è una risposta frammentata, basata su iniziative non coordinate, con potenziali ricadute sulla sicurezza dei pazienti, degli operatori e sull'efficacia complessiva della risposta.

Le presenti Linee di indirizzo adottano un approccio orientato alla preparazione e alla risposta organizzata, coerente con i modelli di gestione delle emergenze basati su strutture di comando definite, processi decisionali scalabili e integrazione tra livello ospedaliero e territoriale. Tale impostazione, alla base della *Hospital Emergency Response Checklist* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, consente di adattare la risposta all'entità e alla tipologia dell'evento, mantenendo al contempo un quadro di riferimento comune.

Il PEMA e il PEVAC sono intesi non come un documento statico, ma come strumenti operativi, da utilizzare in fase di attivazione e da aggiornare sulla base delle esperienze maturate, delle esercitazioni e delle simulazioni. In questa prospettiva, la pianificazione, la verifica del livello di implementazione e il miglioramento continuo rappresentano elementi inscindibili del processo.

L'approccio proposto mira quindi a supportare le Aziende Sanitarie nella costruzione di piani efficaci, coerenti e confrontabili, anche attraverso l'integrazione delle evidenze emerse da esercitazioni e simulazioni interaziendali (SimEx), utilizzate come momento di verifica operativa e di identificazione delle principali criticità organizzative. Pur sviluppate in una fase antecedente alla definizione della checklist regionale, tali esperienze hanno contribuito a orientare il presente lavoro verso soluzioni concrete e aderenti ai contesti reali.

Il processo di adattamento della checklist e di sviluppo delle presenti Linee di indirizzo è stato condotto attraverso un percorso strutturato articolato in più fasi, descritto nel dettaglio nell'*Appendice 1*.

1.5 Gruppo di lavoro

Le presenti Linee di indirizzo sono state elaborate da un gruppo di lavoro regionale multidisciplinare, composto da referenti individuati dalle Aziende Sanitarie, che ha integrato competenze cliniche, organizzative e gestionali.



Nome e Cognome	Ente di appartenenza
Maria Silvia Varalta	Direzione Programmazione Sanitaria, Regione del Veneto
Liana Miccolis	Direzione Programmazione Sanitaria, Regione del Veneto
Michele Tonon	Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, Regione del Veneto
Edoardo Rossi	U.O.C Pronto Soccorso, Ospedale di Feltre, Azienda ULSS 1
Maria Caterina De Marco	Direzione Sanitaria, Azienda ULSS 2
Enrico Bernardi	U.O.C Pronto Soccorso, Ospedale di Treviso, Azienda ULSS 2
Marco Simeoni	Direzione Professioni Sanitarie, Ospedale di Treviso, Azienda ULSS 2
Paolo Zanatta	U.O.C. Anestesia e Rianimazione, Ospedale di Treviso, Azienda ULSS 2
Marzio Milana	U.O.C Direzione Medica, Ospedale di Treviso, Azienda ULSS 2
Mara Rosada	U.O.C Pronto Soccorso, Ospedale di Mestre, Azienda ULSS 3
Debora Saggioro	U.O.C Anestesia e Rianimazione, Ospedale di Mirano, Azienda ULSS 3
Giovanni Venturato	U.O.C Direzione Medica, Ospedale di San Donà di Piave, Azienda ULSS 4
Andrea Simonitto	U.O.C Pronto Soccorso, Ospedale di San Donà di Piave, Azienda ULSS 4
Lisa Rigon	U.O.C Direzione Medica, Ospedale di Rovigo, Azienda ULSS 5
Roberta Volpin	U.O.C Pronto Soccorso, Ospedale di Schiavonia, Azienda ULSS 6
Simone Gherardi	U.O.C Pronto Soccorso, Ospedale di Bassano, Azienda ULSS 7
Sara Mondino	U.O.C Direzione Medica, Ospedale di Arzignano-Montebelluna, Azienda ULSS 8
Matteo Rigoni	U.O.C Direzione Medica, Ospedale di Vicenza, Azienda ULSS 8
Vinicio Danzi	U.O.C Anestesia e Rianimazione, Ospedale di Vicenza, Azienda ULSS 8
Efrem Bonaldi	U.O.C Anestesia e Rianimazione, Ospedale di Vicenza, Azienda ULSS 8
Denise Lista	U.O.C Direzione Medica, Ospedale di Villafranca, Azienda ULSS 9
Francesca Palladini	U.O.C Direzione Medica, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona
Andrea Paoli	U.O.C SUEM 118, Azienda Ospedale-Università Padova
Riccardo Caberlotto	U.O.C Direzione Medica, Azienda Ospedale-Università Padova



Nome e Cognome	Ente di appartenenza
Vito Cianci	U.O.C. Accettazione e Pronto Soccorso, Azienda Ospedale-Università Padova
Marina Munari	U.O.C. Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedale-Università Padova
Antonella Stefàno	U.O.C. Direzione Medica, Istituto Oncologico Veneto I.R.C.C.S.
Federico Stocco	U.O.C. Anestesia e Rianimazione 2, Istituto Oncologico Veneto I.R.C.C.S.

1.7 Abbreviazioni e definizioni

PEMAF: Piano di Emergenza per il Maxi-Afflusso di Feriti

PEVAC: Piano di Evacuazione



2. PEMAF e PEVAC Aziendali: principi e struttura di riferimento

2.1 Principi organizzativi generali

La gestione delle emergenze ospedaliere richiede un approccio organizzativo strutturato, in grado di garantire una risposta tempestiva, coordinata e proporzionata all'entità dell'evento. In tali contesti, l'efficacia dell'azione non dipende esclusivamente dalle risorse disponibili, ma soprattutto dalla chiarezza dei ruoli, dalla definizione dei processi decisionali e dalla capacità di integrazione tra i diversi livelli organizzativi e istituzionali coinvolti.

Un principio cardine è la **scalabilità** della risposta, intesa come possibilità di modulare l'organizzazione e le risorse attivate in funzione della gravità, dell'evoluzione e dell'impatto dell'emergenza. I Piani devono pertanto essere strutturati in modo da consentire un'attivazione progressiva delle misure, evitando sia risposte sproporzionate sia ritardi nell'implementazione delle misure necessarie, in coerenza con una valutazione integrata delle caratteristiche dell'evento e della capacità di risposta della struttura.

Altro elemento centrale è la standardizzazione dei processi organizzativi, che permette di ridurre l'ambiguità operativa, facilitare la collaborazione tra professionisti e favorire l'integrazione con strutture esterne all'Azienda, incluse le altre Aziende Sanitarie e i servizi territoriali. La standardizzazione non implica uniformità rigida, ma l'adozione di un linguaggio comune, di funzioni chiaramente definite e di modalità operative condivise.

PEMAF e PEVAC devono inoltre essere concepiti come parte integrante di un sistema di pianificazione più ampio, coerenti con gli altri Piani e procedure aziendali e in grado di dialogare con il livello territoriale e regionale. In tale prospettiva, la pianificazione ospedaliera non può essere isolata, ma deve inserirsi in una logica di continuità tra fase pre-ospedaliera, ospedaliera e post-evento.

2.2 Componenti chiave del PEMAF e del PEVAC

Il Piano di Emergenza per il Maxi-Afflusso di Feriti e il Piano di Evacuazione si articolano in un insieme di componenti chiave che rappresentano le funzioni organizzative essenziali per garantire una risposta ospedaliera efficace agli eventi emergenziali complessi.

Tali componenti, pur potendo essere declinate in modo diverso in base al contesto aziendale, costituiscono un riferimento comune e ricorrente nella pianificazione e nella gestione delle emergenze ospedaliere, e riprendono, seppure con adattamenti al contesto regionale, la struttura proposta dalla *Hospital Emergency Response Checklist* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Le componenti chiave non devono essere intese come sezioni rigide del documento, ma come ambiti funzionali che il PEMAF e il PEVAC devono necessariamente affrontare, assicurandone la coerenza, l'integrazione e l'operatività.

1. Comando e controllo



Riguarda l'attivazione di una struttura di governo dell'emergenza, con ruoli, responsabilità e catene decisionali chiaramente definiti.

Include i meccanismi di attivazione del piano, la costituzione di un'Unità di Crisi e le relative modalità di attivazione, e il coordinamento delle funzioni operative, nonché l'integrazione con il livello territoriale e con le autorità competenti.

2. Comunicazione

Comprende la gestione dei flussi informativi interni ed esterni all'Azienda, inclusa la comunicazione tra i servizi coinvolti, con il territorio e con gli Enti esterni e le altre Istituzioni.

Rientrano in questo ambito anche le modalità di attivazione e reclutamento del personale, la comunicazione con i familiari, con i media e la gestione delle informazioni in condizioni di elevata pressione operativa.

3. Sicurezza e protezione

Fa riferimento alle misure finalizzate a garantire la sicurezza di pazienti, operatori e strutture durante l'emergenza.

Include gli aspetti di controllo degli accessi, gestione dei flussi, protezione delle aree sensibili e prevenzione e contenimento di rischi aggiuntivi legati all'evento.

4. Triage e percorsi

Riguarda i criteri e le modalità di valutazione e prioritizzazione dei pazienti in relazione alla gravità clinica e alle risorse disponibili.

Il triage rappresenta un elemento centrale per l'uso appropriato delle risorse e per la gestione ordinata del flusso dei pazienti.

5. Capacità di risposta ai picchi di afflusso

Include le strategie organizzative per fronteggiare un aumento improvviso e significativo della domanda assistenziale.

Rientrano in questo ambito la riorganizzazione degli spazi, la gestione dei posti letto, la rapida decongestione delle aree critiche e il coordinamento tra strutture.

6. Continuità dei servizi essenziali

Riguarda la capacità dell'Azienda di garantire il mantenimento delle attività sanitarie e tecnico-amministrative indispensabili durante l'emergenza.

Include i servizi clinici, diagnostici e di supporto necessari al funzionamento complessivo dell'ospedale.

7. Risorse umane

Comprende la gestione del personale in termini di disponibilità, mobilitazione, turnazione e supporto.

Include inoltre gli aspetti formativi e informativi necessari affinché gli operatori conoscano il proprio ruolo in fase di emergenza.



8. Logistica e gestione delle forniture

Riguarda la disponibilità e la gestione delle risorse materiali, tecnologiche e farmacologiche necessarie alla risposta emergenziale.

Include i sistemi di approvvigionamento, distribuzione e monitoraggio delle forniture critiche.

9. Recupero e ricostruzione post-emergenza

Fa riferimento alle attività successive alla fase acuta dell'evento, finalizzate al ripristino delle condizioni operative ordinarie, alla valutazione della risposta fornita, nonché al recupero delle attività sospese.

Include la raccolta delle evidenze, l'analisi delle criticità e degli elementi che hanno funzionato correttamente, garantendo il coinvolgimento di tutti gli attori interessati, e l'aggiornamento del piano sulla base delle lezioni apprese.

2.3 Requisiti minimi del PEMAFA e del PEVAC

I requisiti minimi individuati derivano dall'analisi integrata della pertinenza e del livello di implementazione degli item valutati dalle Aziende. Essi comprendono sia elementi già ampiamente diffusi sia ambiti che richiedono un rafforzamento a livello regionale. Per un maggiore approfondimento, si rimanda all'Appendice 1 *"Sintesi del processo di valutazione e criteri di selezione degli item"*.

I requisiti minimi riportati di seguito si applicano, salvo diversa indicazione, sia agli scenari di maxi-afflusso di feriti sia alle situazioni di evacuazione ospedaliera. Ove pertinente, vengono evidenziate le specificità legate ai diversi scenari.

01. Comando e Controllo

Una gestione efficace del maxi-afflusso o di una evacuazione richiede un sistema di comando chiaro, riconoscibile e immediatamente attivabile, in grado di garantire continuità decisionale, coordinamento tra le funzioni coinvolte e integrazione con il sistema territoriale dell'emergenza. L'assenza di una struttura di governo definita espone l'organizzazione a frammentazione decisionale e ritardi operativi.

L'Unità di Crisi è essenziale per sviluppare e gestire in modo efficace i sistemi e le procedure ospedaliere necessarie a una risposta coordinata e tempestiva alle emergenze.

La valutazione dello scenario extraospedaliero compete al SUEM 118 che, in raccordo con il Pronto Soccorso di afferenza territoriale, attiva il PEMAFA (Fig. 1).

Il Pronto Soccorso ha il compito di informare tempestivamente la Direzione Medica Ospedaliera che trasmette la comunicazione di attivazione del Piano alla Direzione Sanitaria che la comunica a sua volta alla Direzione Generale.

La Direzione Sanitaria, o un suo delegato, provvede alla convocazione dell'Unità di Crisi.



Nell'organizzazione dell'Unità di Crisi, è opportuno includere rappresentanti dei servizi elencati di seguito che devono essere attivati in caso di emergenza. L'Unità di Crisi si riunirà secondo le modalità ritenute più consone e applicabili al contesto e all'emergenza.

- Direzione Generale
- Direzione Sanitaria
- Direzione Medica
- Direzione Pronto Soccorso
- Direzione SUEM 118
- Ufficio Stampa/Comunicazioni esterne
- Direzione delle Professioni Sanitarie
- Servizi Tecnico-Logistici
- Servizi Amministrativi
- Servizio Prevenzione e Protezione
- Farmacia ospedaliera
- Servizio di Ingegneria Clinica
- Direzione Dipartimento di Prevenzione
- Direzione Funzione Territoriale

L'Unità di Crisi può essere integrata con ulteriori figure in relazione alla natura e alle specifiche esigenze dell'evento maggiore.

È da individuarsi una componente integrativa dell'Unità di Crisi aziendale competente per eventi NBCR.



Figura 1. Catena di comando attivazione PEMA



REQUISITI MINIMI - COMANDO E CONTROLLO

I piani aziendali devono prevedere:

- 1 la composizione, i contatti e le modalità di attivazione dell'Unità di Crisi Ospedaliera quale organismo di coordinamento responsabile della direzione e della gestione delle operazioni di emergenza; qualora non già formalmente istituita, devono essere definite le modalità per la sua costituzione ad hoc;
- 2 l'individuazione di un "Leader PEMAF/PEVAC", responsabile della supervisione generale e del coordinamento strategico delle attività dell'Unità di Crisi durante l'emergenza;
- 3 l'individuazione di un Centro di Comando Ospedaliero, o area equivalente, dedicato al coordinamento delle attività di risposta all'emergenza, dotato di strumenti di comunicazione efficienti e ridondanti;
- 4 la designazione, per ciascuna componente chiave del PEMAF/PEVAC, di un referente responsabile e di un sostituto, al fine di garantire la continuità operativa;
- 5 la designazione, per ciascuna Unità Operativa o Area Omogenea, di un referente per le emergenze e di un sostituto, responsabili della gestione delle attività di risposta all'interno della propria area;
- 6 la predisposizione e la diffusione di schede operative (action cards) o strumenti equivalenti, contenenti le istruzioni essenziali per i ruoli chiave e per le principali aree funzionali coinvolte nella risposta all'emergenza;
- 7 la disponibilità di sistemi di identificazione visiva (es. pettorine o strumenti equivalenti) per rendere immediatamente riconoscibili, durante l'emergenza, il Leader PEMAF/PEVAC, i referenti delle componenti chiave e i referenti delle Unità Operative.
- 8 la previsione di percorsi formativi specifici per i componenti dell'Unità di Crisi Ospedaliera, finalizzati alla conoscenza del sistema di comando dell'emergenza e dei ruoli previsti dal PEMAF e dal PEVAC;
- 9 l'aggiornamento periodico delle procedure interne di gestione delle emergenze e il riferimento alla documentazione normativa e tecnica di livello nazionale, regionale e internazionale;
- 10 la definizione chiara del ruolo del personale dei servizi in Ospedale (pulizia, calore, guardiania...)



02. Comunicazione

L'attività di comunicazione riconosce un ambito dedicato agli operatori parte della risposta all'emergenza e un ambito rivolto alla popolazione.

Una comunicazione chiara, coerente e tempestiva è essenziale per supportare il processo decisionale, garantire il coordinamento tra i servizi coinvolti e mantenere la fiducia degli operatori, dei pazienti e della popolazione durante un evento di maxi-afflusso. In situazioni di emergenza, la mancanza di regole condivise e di canali strutturati può generare disallineamenti informativi, sovraccarico operativo e criticità relazionali.

REQUISITI MINIMI - COMUNICAZIONE TRA OPERATORI

I piani aziendali devono prevedere:

- 1 una catena di allerta formalizzata per l'attivazione del Piano di Emergenza, con indicazione chiara dei soggetti coinvolti e delle modalità di attivazione;
- 2 la previsione di modalità strutturate di comunicazione interna tra Direzione Sanitaria, Direzioni di Dipartimento/Unità Operative e personale operativo coinvolto nella risposta all'emergenza;
- 3 la definizione di procedure per la diffusione rapida e tracciabile delle decisioni clinico-organizzative rilevanti (es. criteri di triage, ricovero, dimissione, isolamento);
- 4 la predisposizione di messaggi chiave predefiniti, sintetici e adattabili ai principali scenari emergenziali, rivolti ai diversi destinatari (pazienti, personale, popolazione);
- 5 la disponibilità di sistemi di comunicazione affidabili e basati su tecnologie differenziate, comprensivi di soluzioni di backup, e l'accesso a un elenco aggiornato dei contatti.

REQUISITI MINIMI - COMUNICAZIONE CON LA POPOLAZIONE

I piani aziendali devono prevedere:

- 1 la designazione di un portavoce ufficiale, quale unica fonte autorizzata alla diffusione di informazioni verso la popolazione, i media, le autorità sanitarie e le Forze dell'Ordine, nonché l'indicazione al personale delle modalità di gestione delle richieste esterne;
- 2 l'individuazione di un'area dedicata all'accoglimento dei familiari, finalizzata a garantire informazione, supporto e presenza in condizioni di sicurezza durante



I piani aziendali devono prevedere:

l'emergenza²;

3

l'individuazione di spazi idonei per le attività di comunicazione esterna (es. conferenze stampa), separati dalle aree assistenziali, dalle aree di triage, dal Centro di Comando e dall'area dedicata all'accoglimento dei familiari;

4

la definizione di una chiara policy aziendale sull'uso dei social media in condizioni di emergenza.

03. Sicurezza e Protezione

Nel corso di un evento di maxi-afflusso di feriti, l'aumento dei flussi di persone, la pressione operativa e l'accesso di soggetti esterni alla struttura ospedaliera possono generare rischi aggiuntivi per la sicurezza di pazienti, operatori e ambienti di cura. La gestione della sicurezza e della protezione rappresenta pertanto una componente essenziale della risposta emergenziale e deve essere integrata fin dalle fasi iniziali di attivazione del PEMA e del PEVAC.

REQUISITI MINIMI - SICUREZZA E PROTEZIONE

I piani aziendali devono prevedere:

1

la costituzione di un team di sicurezza ospedaliero, responsabile della gestione delle attività di sicurezza e protezione della struttura durante l'emergenza;

2

la definizione dei percorsi di entrata, uscita e sosta dei mezzi, inclusi i mezzi di soccorso, al fine di garantire la fluidità dei flussi e prevenire interferenze con le attività assistenziali;

3

l'implementazione di sistemi di riconoscimento del personale e la definizione di misure per la limitazione dell'accesso ai visitatori, in funzione delle esigenze operative e di sicurezza;

4

la definizione delle misure di sicurezza necessarie per un'eventuale evacuazione sicura ed efficiente dell'ospedale o di sue parti³;

5

la previsione di una revisione periodica delle potenziali criticità e dei vincoli di sicurezza, incluse eventuali lacune nella gestione dei materiali pericolosi e nella prevenzione e controllo delle infezioni;

² Il presente requisito si applica specificamente agli scenari di maxi-afflusso di feriti.

³ Il presente requisito si applica specificamente agli scenari di evacuazione ospedaliera.



04. Triage e percorsi

Il triage rappresenta una funzione centrale nella gestione delle emergenze, in quanto consente di orientare le decisioni assistenziali e organizzative in condizioni di risorse limitate. Nel maxi-afflusso di feriti il triage è finalizzato alla prioritizzazione clinica dei pazienti in ingresso, mentre nelle situazioni di evacuazione ospedaliera, una corretta stratificazione dei pazienti assume un ruolo determinante nella definizione delle priorità di trasferimento e nella tutela dei pazienti già ricoverati. In entrambi i casi, una gestione strutturata è fondamentale per garantire sicurezza, appropriatezza e continuità delle cure.

REQUISITI MINIMI - TRIAGE MAXI AFFLUSSO DI FERITI

IL PEMAFA aziendale deve prevedere:

- 1 la designazione di un responsabile per il coordinamento delle attività di triage di maxi-afflusso;
- 2 l'individuazione e la predisposizione di aree di accoglienza dei pazienti e sale d'attesa adeguatamente presidiate, protette da potenziali rischi ambientali e dotate di spazio operativo sufficiente, illuminazione adeguata e accesso ad alimentazione elettrica di emergenza, ponendo particolare attenzione ad alcune categorie di pazienti (es.pediatrici);
- 3 la prossimità funzionale del triage ai servizi essenziali (Pronto Soccorso, sale operatorie, terapia intensiva) e la sua integrazione con la Centrale Operativa SUEM;
- 4 la chiara identificazione e segnalazione dei percorsi di ingresso e uscita dei pazienti dall'area di triage;
- 5 l'individuazione di un sito di riserva per l'accoglienza e il triage di massa e di un'area di attesa separata per i pazienti deambulanti;
- 6 l'adozione di un protocollo di triage per grandi numeri di vittime, basato su criteri di priorità di gestione e conforme a principi e linee di indirizzo del CoRe triage regionale;
- 7 la previsione della transizione a supporti cartacei per la gestione del triage e dei flussi interni dei pazienti in caso di indisponibilità dei sistemi informativi;
- 8 la definizione di un metodo chiaro di identificazione dei pazienti durante il triage e la disponibilità di un numero sufficiente di tag (es. braccialetti) di triage.



REQUISITI MINIMI- STRATIFICAZIONE DEI PAZIENTI PER L'EVACUAZIONE OSPEDALIERA

IL PEVAC aziendale deve prevedere:

- 1 la designazione di un responsabile per il coordinamento delle attività di stratificazione dei pazienti per l'evacuazione;
- 2 l'identificazione delle modalità di evacuazione attuabili (parziale o completa, orizzontale o verticale), in coerenza con le procedure antincendio vigenti secondo normativa;
- 3 la definizione dei criteri di priorità per l'evacuazione dei pazienti, includendo livello di acuità clinica, mobilità, necessità di isolamento e condizioni di particolare vulnerabilità;
- 4 la verifica dell'esistenza e dell'adeguatezza delle procedure di evacuazione del personale, con chiara attribuzione di ruoli, responsabilità, flussi di movimento e modalità di tracciamento;
- 5 la definizione delle procedure per la messa in sicurezza delle aree evacuate, comprese la chiusura delle porte, la disattivazione selettiva dei sistemi e la segnalazione delle zone completate;
- 6 la predisposizione di un sistema di tracciamento dei pazienti durante tutte le fasi dell'evacuazione, comprensivo di identificazione, destinazione, tempi di spostamento e documentazione clinica trasferita.
- 7 la definizione delle rotte di evacuazione primarie e alternative, corredate di planimetrie, verificando accessibilità, illuminazione di emergenza ed eventuali ostacoli strutturali ⁴

05. Capacità di risposta ai picchi di afflusso

La capacità di risposta ai picchi di afflusso rappresenta la possibilità dell'organizzazione ospedaliera di adattare tempestivamente la propria capacità assistenziale a un aumento improvviso della domanda di cure. Tale aumento può derivare sia da un afflusso esterno di pazienti, sia da una riorganizzazione interna conseguente a eventi quali evacuazioni parziali o trasferimenti intraospedalieri. In entrambi i casi, una pianificazione strutturata della capacità di risposta è pertanto essenziale per prevenire il sovraccarico dei servizi critici e garantire la sicurezza e la continuità assistenziale.

⁴ Il presente requisito si applica specificamente agli scenari di evacuazione ospedaliera.



REQUISITI MINIMI - CAPACITÀ DI RISPOSTA AI PICCHI DI AFFLUSSO

I piani aziendali devono prevedere:

- 1 il calcolo della capacità massima di accoglienza e cura dei pazienti, tenendo conto dei posti letto disponibili, delle risorse umane essenziali e della flessibilità degli spazi ospedalieri;
- 2 le modalità di attivazione e gestione della risposta, modulabili in funzione della gravità e dell'evoluzione dell'evento;
- 3 la stima dell'aumento previsto della domanda di servizi ospedalieri e del modo in cui soddisfarlo, inclusi il fabbisogno di sale operatorie e di diagnostica strumentale;
- 4 l'individuazione di spazi di "boarding" per la ricollocazione temporanea dei pazienti già ricoverati a bassa intensità di cura, al fine di rendere disponibili posti letto per i pazienti critici durante l'emergenza;
- 5 la valutazione della potenziale ricollocazione in Pronto Soccorso di personale in servizio presso altre Unità Operative;
- 6 la verifica della disponibilità di veicoli e risorse necessari per il trasporto dei pazienti;
- 7 la predisposizione di un piano di contingenza per il trasferimento di pazienti tra presidi ospedalieri e per la gestione di eventuali carenze assistenziali;
- 8 l'adattamento dei criteri di ricovero e dimissione e la rimodulazione o sospensione dei servizi non essenziali, quali gli interventi chirurgici programmati e le prestazioni ambulatoriali programmate, quando necessario;
- 9 la previsione, all'interno del PEMAFA, di protocolli adattati di ricovero, dimissione, trasferimento e accesso alle sale operatorie, finalizzati a garantire un flusso efficiente dei pazienti⁵.
- 10 la designazione di un'area da utilizzare come obitorio temporaneo e la definizione di action card o strumenti equivalenti per la gestione post-mortem, inclusi il riconoscimento delle salme, in collaborazione con i partner appropriati (es. operatori funebri, medici legali, anatomopatologi)⁵.

06. Continuità dei servizi essenziali

Durante un evento emergenziale, l'attivazione del PEMAFA non elimina la necessità di garantire la continuità dei servizi sanitari essenziali, che devono proseguire parallelamente alla gestione

⁵ Il presente requisito si applica specificamente agli scenari di maxi-afflusso di feriti.



dell'emergenza stessa. In scenari di maxi-afflusso o di evacuazione, il rischio è che il sovraccarico operativo o la riorganizzazione degli spazi e delle risorse compromettano l'erogazione di prestazioni indispensabili per la sicurezza dei pazienti più fragili e per il funzionamento complessivo dell'ospedale.

REQUISITI MINIMI - CONTINUITÀ DEI SERVIZI ESSENZIALI

I piani aziendali devono prevedere:

- 1 l'individuazione e la valutazione dei servizi ospedalieri, con classificazione in ordine di priorità;
- 2 la garanzia dei servizi ospedalieri identificati come essenziali, intesi come quelli che devono essere disponibili in ogni momento e in qualsiasi circostanza;
- 3 la previsione della sospensione progressiva dei servizi sanitari valutati come non essenziali durante l'emergenza;
- 4 l'individuazione delle risorse necessarie per assicurare la continuità dei servizi essenziali, con particolare attenzione ai pazienti critici e alle categorie vulnerabili (a titolo non esaustivo: pazienti pediatrici, anziani e persone con disabilità);
- 5 la previsione di un piano di evacuazione che salvaguardi la continuità delle cure critiche, inclusi l'accesso alla ventilazione meccanica e ai farmaci salvavita⁶;
- 6 il coordinamento con le autorità sanitarie e gli ospedali della rete di riferimento, al fine di definire ruoli e responsabilità e garantire la continuità dei servizi essenziali a livello di comunità;
- 7 la disponibilità di sistemi di backup per le linee vitali essenziali, inclusi acqua, energia elettrica, ossigeno e altri gas medicali.

07. Risorse umane

La gestione di un'emergenza ospedaliera comporta un aumento improvviso e spesso prolungato del fabbisogno di personale, in un contesto caratterizzato da stress operativo e necessità di riallocazione delle risorse. Una pianificazione strutturata delle risorse umane è quindi essenziale per garantire la continuità operativa, la sicurezza delle cure e la tutela del personale coinvolto.

⁶ Il presente requisito si applica specificamente agli scenari di evacuazione ospedaliera.



REQUISITI MINIMI - RISORSE UMANE

I piani aziendali devono prevedere:

- 1 il mantenimento di un elenco aggiornato dei contatti del personale ospedaliero da attivare in caso di emergenza;
- 2 l'individuazione del fabbisogno minimo di personale necessario a garantire la funzionalità operativa essenziale di ciascun reparto;
- 3 la predisposizione di un piano di contingenza per la fornitura di cibo e acqua al personale ospedaliero impegnato nella gestione dell'emergenza⁷;
- 4 l'organizzazione di attività di formazione ed esercitazioni rivolte a tutti gli attori potenzialmente coinvolti nella risposta all'emergenza, al fine di garantire adeguati livelli di competenza e prontezza operativa;
- 5 la disponibilità di team multidisciplinari di supporto psicosociale, comprendenti assistenti sociali, psicologi o counsellor, mediatori culturali e ministri di culto, a sostegno delle famiglie dei pazienti;
- 6 la previsione della designazione di personale di supporto alla mobilità dei pazienti, in particolare in situazioni che richiedano trasferimenti rapidi o riorganizzazioni assistenziali.

08. Logistica e gestione delle forniture

La continuità della catena di approvvigionamento e la disponibilità tempestiva di attrezzature, materiali e farmaci rappresentano un fattore critico per la gestione efficace delle emergenze ospedaliere. Eventi di maxi-afflusso, evacuazioni o interruzioni dei servizi possono determinare carenze improvvise o difficoltà nella distribuzione delle risorse, rendendo necessaria una pianificazione logistica strutturata e flessibile.

REQUISITI MINIMI - LOGISTICA E GESTIONE DELLE FORNITURE

I piani aziendali devono prevedere:

- 1 l'elaborazione e il mantenimento di un inventario aggiornato di tutte le attrezzature, delle forniture e dei farmaci, corredato da un sistema di allerta per la gestione delle carenze;
- 2 la garanzia della continuità nella fornitura di farmaci e materiali essenziali, anche attraverso l'utilizzo di scorte centralizzate e la stipula di accordi di contingenza con fornitori locali;

⁷ Il presente requisito si applica specificamente agli scenari di maxi-afflusso di feriti.



I piani aziendali devono prevedere:

- 3 l'individuazione di spazi fisici all'interno dell'ospedale destinati allo stoccaggio e all'accumulo di forniture aggiuntive;
- 4 la costituzione di scorte di materiali e farmaci essenziali in conformità alle linee guida nazionali, assicurando un utilizzo programmato per evitare perdite dovute a scadenze;
- 5 la previsione di meccanismi efficaci per la manutenzione e la riparazione tempestiva delle attrezzature necessarie all'erogazione dei servizi essenziali, con possibilità di sospensione delle attività non prioritarie quando necessario;
- 6 l'identificazione dei fornitori essenziali da rendere contattabili con continuità.

09. Recupero e ricostruzione post-emergenza

La fase di recupero e ripristino costituisce parte integrante della gestione dell'emergenza e deve essere avviata già nelle fasi finali della risposta operativa. Un approccio strutturato al post-evento consente di ridurre l'impatto a medio e lungo termine sull'organizzazione, di ripristinare in sicurezza le attività sanitarie e di valorizzare le lezioni apprese, trasformando l'esperienza emergenziale in un'opportunità di miglioramento.

RECUPERO E RICOSTRUZIONE POST-EMERGENZA - REQUISITI MINIMI

I piani aziendali devono prevedere:

- 1 la definizione dei criteri e delle procedure essenziali per la chiusura dell'emergenza e per il ripristino progressivo in sicurezza dei sistemi e dei servizi ospedalieri (es. esaurimento dell'afflusso, completamento del triage e definizione della destinazione);
- 2 la valutazione dell'agibilità della struttura nella fase post-emergenza, qualora si sia resa necessaria un'evacuazione a seguito di condizioni di inagibilità⁸;
- 3 la redazione, a cura dell'Unità di Crisi Ospedaliera, di una relazione post-evento da trasmettere alla Direzione Generale e agli stakeholder competenti, contenente almeno:
 - il riepilogo dell'evento,
 - una valutazione della risposta organizzativa;
- 4 l'organizzazione di sessioni di debriefing per il personale entro 24-72 ore dal termine dell'emergenza, finalizzate all'elaborazione dell'esperienza, all'accesso al supporto psicologico e al miglioramento delle prestazioni lavorative;

⁸ Il presente requisito si applica specificamente agli scenari di evacuazione ospedaliera.



I piani aziendali devono prevedere:

5

l'attivazione di un programma di supporto al recupero del personale post-emergenza, basato sui bisogni rilevati, comprendente, ad esempio, interventi di counselling psicologico;

6

l'individuazione di modalità di restituzione e di valorizzazione del lavoro svolto con riconoscimento professionale.



2.4 Adattamento al contesto aziendale

I requisiti minimi descritti nel presente capitolo costituiscono un quadro di riferimento comune per la predisposizione dei PEMAFA e dei PEVAC aziendali e sono stati valutati dal gruppo di lavoro come pertinenti rispetto al contesto regionale.

L'applicazione di tali requisiti deve tuttavia tener conto delle specificità di ciascuna Azienda Sanitaria, incluse la dimensione, la distribuzione delle sedi ospedaliere, l'assetto organizzativo e le risorse disponibili.

L'adattamento al contesto aziendale riguarda pertanto le modalità operative di attuazione dei requisiti, senza modificarne i principi di fondo né l'obiettivo di garantire una risposta coordinata ed efficace alle emergenze.

Ciascuna Azienda è chiamata a declinare i requisiti all'interno dei propri PEMAFA e PEVAC, definendo soluzioni organizzative coerenti con la propria realtà, purché funzionalmente equivalenti rispetto agli ambiti essenziali individuati.

2.5 Integrazione con altre procedure aziendali

Il PEMAFA e il PEVAC aziendali si inseriscono all'interno del sistema complessivo di pianificazione della risposta all'emergenza e devono essere integrati con gli altri piani e procedure già presenti a livello aziendale e in ottemperanza alla normativa vigente, tra cui le disposizioni in materia di sicurezza sul lavoro, prevenzione incendi ed evacuazione.

In particolare, il Piano di Maxi-Afflusso e il Piano di Evacuazione devono essere sviluppati in modo coerente e interoperabile con gli altri strumenti di pianificazione aziendale, garantendo un'integrazione reciproca con le procedure antincendio, i piani di gestione delle emergenze infettive e le procedure di emergenza territoriale.

L'integrazione tra i diversi strumenti di pianificazione consente di evitare sovrapposizioni, incongruenze o conflitti operativi e di garantire un coordinamento efficace durante l'attivazione dell'emergenza.

PEMAFA e PEVAC assumono pertanto un ruolo di cornice organizzativa di riferimento, all'interno della quale vengono richiamate e attivate, secondo necessità, le procedure specifiche già in uso.

2.6 Coordinamento interaziendale e con il servizio di emergenza territoriale

Nell'ambito della pianificazione e dell'attuazione dei Piani, le Aziende Sanitarie sono chiamate a prevedere modalità di collaborazione con le strutture ospedaliere limitrofe e con il sistema dell'emergenza territoriale, in particolare con il SUEM 118.

La gestione di eventi complessi richiede una risposta coordinata a livello sovra-aziendale, sia in termini di distribuzione dei pazienti, sia per la condivisione di risorse, informazioni e capacità assistenziali.

In tale prospettiva, il PEMAFA e il PEVAC aziendali devono includere il riferimento a modalità di integrazione operativa formalizzate, da attivare in caso di emergenza, favorendo il coordinamento e la comunicazione tempestiva tra i diversi attori coinvolti nella risposta.



3. Dalla pianificazione all'operatività

3.1 Traduzione operativa del PEMA e del PEVAC

Il Piano di Emergenza per il Maxi-Afflusso e il Piano di Evacuazione costituiscono lo strumento di riferimento per la gestione organizzata delle emergenze ospedaliere, definendo ambiti, requisiti e assetti essenziali di risposta. Affinché i piani possano essere effettivamente applicabili nelle fasi operative dell'emergenza, è tuttavia necessario che i contenuti siano supportati da strumenti in grado di tradurre la pianificazione in azioni concrete, tempestive e coordinate.

In contesti emergenziali caratterizzati da elevata complessità, pressione decisionale e rapido mutamento dello scenario, la sola disponibilità di procedure non è sufficiente a garantire una risposta efficace. Risulta pertanto fondamentale affiancare al PEMA e al PEVAC strumenti operativi (Es. check-list, action card etc) che consentano di chiarire ruoli, responsabilità e flussi decisionali, facilitando l'attivazione delle risorse e il coordinamento tra i diversi livelli organizzativi coinvolti.

Tali strumenti costituiscono parte integrante del sistema di pianificazione dell'emergenza e possono essere inclusi nei Piani o sviluppati come supporti operativi ad essi correlati, purché coerenti e integrati con i contenuti del PEMA e del PEVAC.

In questa prospettiva, la presente sezione descrive gli strumenti operativi a supporto, finalizzati a rendere immediatamente fruibili i contenuti del piano e a favorire un approccio strutturato e condiviso alla gestione dell'emergenza. Tali strumenti si inseriscono in un percorso continuo che comprende la pianificazione, la verifica dell'implementazione, l'esercitazione e il miglioramento progressivo della capacità di risposta.

3.2 Checklist regionale

La checklist regionale, intesa come versione finale elaborata nell'ambito del presente documento, rappresenta uno strumento operativo di supporto alla pianificazione e al miglioramento continuo del PEMA e del PEVAC aziendali. Essa deriva dall'adattamento della *Hospital Emergency Response Checklist* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal successivo processo di revisione e valutazione condotto a livello regionale. La checklist è stata concepita come strumento di autovalutazione strutturata, finalizzato a verificare la presenza e il livello di implementazione degli elementi ritenuti essenziali per la gestione delle emergenze ospedaliere.

Essa consente alle Aziende Sanitarie di analizzare in modo sistematico il proprio assetto organizzativo e operativo, individuando punti di forza, aree di miglioramento e ambiti prioritari di intervento. Il suo utilizzo favorisce inoltre un linguaggio comune e un quadro di riferimento condiviso a livello regionale, pur nel rispetto delle specificità organizzative locali.

Nell'ambito del presente documento, la checklist costituisce il riferimento per la definizione dei requisiti minimi del PEMA e del PEVAC descritti nel *Capitolo 2*. Essa non sostituisce i piani aziendali, ma ne supporta la costruzione, l'aggiornamento e la verifica nel tempo, anche in relazione agli esiti di esercitazioni, simulazioni ed eventi reali.



La checklist regionale è allegata al presente documento ed è destinata a essere utilizzata periodicamente dalle Aziende Sanitarie come strumento di monitoraggio e di supporto alla pianificazione, in un'ottica di miglioramento progressivo della preparedness e della capacità di risposta alle emergenze.

3.3 Action Card

Le Action Card costituiscono uno strumento operativo di supporto all'attuazione del PEMA e del PEVAC, finalizzato a rendere immediatamente fruibili le informazioni essenziali per l'attivazione e lo svolgimento dei ruoli coinvolti nella gestione dell'emergenza. Esse sono concepite come strumenti sintetici, facilmente consultabili nelle fasi operative, a supporto del coordinamento e della chiarezza delle responsabilità.

Il format di Action Card, proposto come *Allegato 1* del presente documento, è stato sviluppato nell'ambito del gruppo di lavoro regionale, a partire dalle esperienze aziendali e dalle evidenze emerse nel processo di adattamento della checklist. Esso rappresenta uno strumento di supporto e non ha carattere prescrittivo.

Le Aziende Sanitarie possono adottare il format proposto, adattarlo al proprio contesto organizzativo o mantenere strumenti già in uso, purché coerenti con i principi di chiarezza dei ruoli, tempestività dell'azione e coordinamento operativo.

Nel presente documento non vengono definite le singole azioni operative da svolgere per ciascun ruolo. Al contrario, viene messo a disposizione un format con l'obiettivo di garantire un'impostazione comune e riconoscibile a livello regionale, lasciando alle singole Aziende Sanitarie la responsabilità di compilare e declinare i contenuti in funzione della propria organizzazione e dei propri processi interni.

Il format proposto prevede campi strutturati, tra cui:

- ruolo o funzione che attiva e a cui si risponde;
- un elenco sintetico di azioni immediate, limitato alle prime cinque attività prioritarie;
- relazioni funzionali con altri ruoli.

Le Action Card devono essere previste per ruoli funzionali e, laddove ritenuto opportuno anche per Unità Operative. Tale impostazione consente di adottare, in emergenza, una logica operativa flessibile e adattabile, che può non coincidere con l'assetto organizzativo ordinario.

La predisposizione delle Action Card è coerente con quanto previsto tra i requisiti organizzativi del PEMA e del PEVAC, in particolare in relazione all'individuazione dei referenti per le diverse componenti del piano e alla definizione di strumenti operativi a supporto dei ruoli.

Sono pertanto identificati dei ruoli funzionali per i quali è raccomandata la predisposizione di una Action Card, nonché messo a disposizione un format vuoto, utilizzabile dalle Aziende anche per la definizione di ulteriori ruoli ritenuti necessari in relazione al proprio contesto.

RUOLI DI RIFERIMENTO PER LA PREDISPOSIZIONE DELLE ACTION CARD

Al fine di supportare la predisposizione delle Action Card a livello aziendale, si individua un insieme di ruoli funzionali di riferimento, coerenti con le principali funzioni organizzative del piano e ritenuti essenziali



per garantire una gestione coordinata ed efficace delle emergenze ospedaliere. Tali ruoli costituiscono il nucleo minimo per la strutturazione delle action card e rappresentano una base comune, adattabile alle specificità organizzative delle singole Aziende Sanitarie.

La struttura di comando e coordinamento attivata in caso di emergenza risponde a una logica funzionale e temporanea, finalizzata alla gestione efficace dell'evento.

Si chiarisce che, in relazione alle dimensioni della struttura, alla complessità dell'evento e alle risorse disponibili, le Aziende Sanitarie possono prevedere, a propria discrezione, l'attribuzione di più ruoli funzionali alla medesima figura, ferma restando la necessità di garantire chiarezza delle responsabilità e continuità operativa durante la gestione dell'emergenza.

In particolare, è raccomandata la predisposizione di action card per i seguenti ruoli, relativi alle sezioni in cui è organizzato il piano:

- **Leader PEMA/PEVAC**, responsabile della direzione strategica complessiva della risposta all'emergenza, nonché Responsabile dell'Unità di Crisi Ospedaliera, e relativo **sostituto**, al fine di garantire la continuità del comando;
- **Responsabile del Comando e Controllo**, con funzioni di supporto al coordinamento operativo dell'Unità di Crisi, e relativo **sostituto**;
- **Responsabile della Comunicazione**, con eventuale articolazione in deleghe specifiche per la comunicazione istituzionale verso media, popolazione e autorità, per la comunicazione interna e per l'accoglienza e il supporto ai familiari;
- **Responsabile della Sicurezza e Protezione**, incaricato del presidio degli aspetti di sicurezza della struttura, dei percorsi e delle aree critiche;
- **Responsabile del Triage e Percorsi**, per la gestione delle attività di triage in caso di maxi-afflusso e stratificazione dei pazienti in caso di evacuazione;
- **Responsabile della Capacità di Risposta ai Picchi di Afflusso**, con eventuali deleghe per la gestione dei posti letto, dei flussi dei pazienti e dei trasferimenti;
- **Responsabile della Continuità dei Servizi Essenziali**, incaricato di garantire il mantenimento delle attività sanitarie prioritarie;
- **Responsabile delle Risorse Umane**, con possibili deleghe per la gestione del personale in emergenza, la formazione ed esercitazioni PEMA/PEVAC e il supporto psicosociale;
- **Responsabile della Logistica e Gestione delle Forniture**, con eventuali deleghe per approvvigionamenti, farmacia in emergenza, manutenzioni e tecnologie;
- **Responsabile del Recupero e Ripristino Post-Emergenza**, con deleghe per le attività di de-mobilitazione, valutazione post-evento e miglioramento.

Si raccomanda inoltre di predisporre action card rivolte al personale operativo in base al ruolo: ad esempio **"Infermiere Area Rossa"**.

Accanto a tali ruoli, è opportuno che le Aziende Sanitarie individuino **referenti PEMA/PEVAC a livello di Unità Operativa o di Area Omogenea**, con funzioni di raccordo operativo tra l'Unità di Crisi e i contesti



assistenziali locali. Per tali figure è raccomandata l'adozione di Action Card aziendali dedicate, coerenti con i format regionali.

L'elenco dei ruoli sopra riportato non è da intendersi come esaustivo né rigido, ma come riferimento comune per favorire un'impostazione omogenea e riconoscibile delle Action Card, nel rispetto dell'autonomia organizzativa delle singole Aziende.

Si raccomanda infine:

- una verifica periodica dell'apprendimento del contenuto delle action card da parte degli operatori
- l'assegnazione delle action card al personale neo-assunto in base allo specifico ruolo.

3.4 Strumenti di supporto all'attivazione

L'efficacia dell'attivazione del PEMAF e del PEVAC dipende in larga misura dalla rapidità, chiarezza e affidabilità delle comunicazioni verso le figure responsabili della gestione dell'emergenza. In contesti ad elevata pressione operativa, la trasmissione non strutturata delle informazioni può comportare ritardi, disallineamenti e difficoltà di tracciabilità delle decisioni assunte.

A supporto delle fasi di attivazione, le Aziende Sanitarie possono avvalersi di strumenti operativi dedicati, anche di tipo informatico, finalizzati a facilitare l'invio tempestivo e standardizzato delle comunicazioni di attivazione ai ruoli chiave coinvolti nella gestione dell'emergenza, nonché a garantire la documentazione delle comunicazioni effettuate.

Nell'ambito del presente lavoro, viene messo a disposizione un tool di supporto all'attivazione, progettato per l'invio automatico di comunicazioni di attivazione del PEMAF ai responsabili individuati nel sistema di comando e coordinamento.

Lo strumento consente di associare a ciascun ruolo messaggi predefiniti contenenti istruzioni operative sintetiche, favorendo una rapida presa in carico delle funzioni e una maggiore uniformità delle comunicazioni iniziali.

L'utilizzo del tool è da intendersi come strumento complementare e non sostitutivo delle modalità di attivazione previste dal piano (ad esempio contatti telefonici diretti), e non incide sulle responsabilità organizzative e decisionali attribuite ai singoli ruoli.

Le modalità di adozione e di utilizzo degli strumenti di supporto all'attivazione restano demandate alle singole Aziende Sanitarie, che possono adattarli alle proprie esigenze organizzative e integrarli con soluzioni già in uso o sviluppate a livello locale, nel rispetto dei principi di chiarezza, tracciabilità e sicurezza delle informazioni.



4. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi

4.1 Riferimenti internazionali

1. World Health Organization (WHO).
Hospital Emergency Response Checklist.
WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2011.
2. World Health Organization (WHO).
Mass Casualty Management Course.
World Health Organization, Geneva.

4.2 Riferimenti nazionali

1. Dipartimento della Protezione Civile, linee guida n.54 del 1998.
Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi emergenza.
Roma, settembre 1998.
2. Decreto Ministeriale 13 febbraio 2001.
Criteri di massima sull'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi.
Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
3. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81.
Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.
4. Decreto Ministeriale 3 agosto 2015.
Approvazione di norme tecniche di prevenzione incendi ai sensi dell'articolo 15 del decreto legislativo 8 marzo 2006, n. 139.

4.1 Riferimenti regionali

1. Deliberazione della Giunta Regionale n. 3258 del 21 settembre 1999.
Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi emergenza nella Regione Veneto.
2. Deliberazione della Giunta Regionale n. 1179 del 28 marzo 2000.
Organizzazione del sistema di urgenza ed emergenza.
3. Deliberazione della Giunta Regionale n. 1918 del 25 giugno 2004.
Organizzazione del soccorso sanitario extraospedaliero nelle grandi emergenze.

5.1 Allegati

inserisci qui il logo aziendale

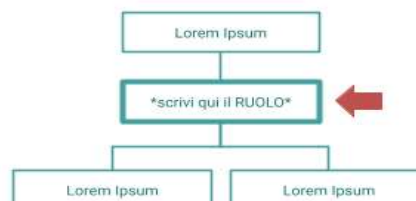
scrivi qui il RUOLO

sostituto: _____

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

attivato da:

attiva:





scrivi qui il RUOLO

OBIETTIVO

AZIONI SUCCESSIVE

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

NOTE

CONSERVA LA SCHEDA PER IL DEBRIEFING

*inserisci qui il
logo aziendale*



5.2 Appendici

5.2.1 Appendice 1 - Sintesi del processo di valutazione e criteri di selezione degli item

Sintesi del processo di valutazione e criteri di selezione degli item

Premessa

La presente appendice descrive in modo sintetico il processo adottato per la valutazione degli item della checklist regionale e i criteri utilizzati per la loro selezione ai fini della definizione dei requisiti minimi del PEMA e del PEVAC.

La checklist regionale è stata elaborata a partire dalla *Hospital Emergency Response Checklist* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e adattata al contesto organizzativo e normativo delle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto.

L'obiettivo era disporre di uno strumento strutturato e condiviso, utile sia ai fini dell'elaborazione regionale, sia al supporto delle successive attività di autovalutazione e miglioramento continuo a livello aziendale.

Processo di adattamento della checklist

Lo sviluppo della checklist regionale è stato condotto attraverso un percorso strutturato articolato in più fasi, finalizzato a integrare evidenze scientifiche, pratiche organizzative esistenti e contributi degli esperti del sistema regionale.

Il processo di adattamento della checklist è stato avviato mediante la costituzione di un gruppo di lavoro regionale multidisciplinare, coordinato dalla Direzione Programmazione Sanitaria e composto da rappresentanti della Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria nonché da professionisti delle Aziende Sanitarie con competenze nella gestione delle emergenze ospedaliere, individuati dalle Direzioni strategiche.

Il gruppo ha incluso, in particolare, referenti delle Direzioni Mediche, dei Pronto Soccorso, delle Professioni Sanitarie, delle Unità di Anestesia e Rianimazione e del sistema di emergenza territoriale (SUEM 118).

Fase 1 - Raccolta e analisi delle buone pratiche aziendali

Sono stati analizzati i Piani aziendali di emergenza già in essere presso le Aziende Sanitarie, al fine di individuare azioni e soluzioni organizzative configurabili come buone pratiche e potenzialmente trasferibili ad altri contesti.

Fase 2 – Analisi della letteratura e revisione del riferimento metodologico

In parallelo, è stata condotta un'analisi della letteratura di riferimento e una prima revisione della *Hospital Emergency Response Checklist* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), tradotta in lingua italiana, quale base metodologica per lo sviluppo dello strumento regionale.

La struttura della checklist, articolata in nove componenti chiave, è stata ripresa dal modello OMS e successivamente adattata al contesto organizzativo e operativo regionale.

Fase 3 – Revisione preliminare della checklist

Un sottogruppo ristretto del gruppo di lavoro ha proceduto a una revisione critica della checklist OMS, attraverso:



- eliminazione di item non pertinenti al contesto regionale;
- riformulazione di item per migliorarne chiarezza e applicabilità;
- introduzione di nuovi item, anche sulla base delle buone pratiche aziendali individuate.

Fase 4 – Valutazione da parte delle Aziende Sanitarie

La checklist così elaborata è stata sottoposta ai componenti del Gruppo di Lavoro, quali referenti delle Aziende Sanitarie, ai quali è stato richiesto di esprimere, per ciascun item, una doppia valutazione:

- Stato di implementazione, riferito alla situazione aziendale:
 - assente
 - parzialmente presente
 - presente e operativo
- Grado di pertinenza, riferito alla rilevanza dell'item ai fini della checklist regionale:
 - 1 = non pertinente
 - 2 = parzialmente pertinente
 - 3 = pienamente pertinente

La valutazione dell'implementazione e della pertinenza è stata condotta secondo un metodo Delphi semplificato, basato sulla raccolta strutturata dei giudizi dei referenti aziendali, considerati esperti del contesto organizzativo e operativo.

Analisi dei risultati

Per ciascun item sono stati analizzati congiuntamente:

- il livello medio di pertinenza;
- il livello di implementazione, espresso in termini aggregati.

L'incrocio tra i due parametri ha consentito di costruire una matrice di priorità, articolata in quattro classi:

1. Da mantenere: item caratterizzati da elevata pertinenza ed elevato livello di implementazione;
2. Da implementare: item con elevata pertinenza ma con livello di implementazione non ancora diffuso;
3. Da discutere: item con livelli intermedi di pertinenza e/o implementazione;
4. Da escludere: item con bassa pertinenza e bassa implementazione.

Criteri di selezione degli item

Ai fini della definizione dei requisiti minimi del PEMA e del PEVAC, sono stati considerati prioritari gli item classificati come da mantenere e da implementare, in quanto ritenuti fondamentali per garantire una risposta ospedaliera efficace e coerente agli eventi di maxi-afflusso e alle situazioni di evacuazione.

Nei casi in cui l'analisi quantitativa non fosse risultata univoca, in particolare per item caratterizzati da elevata pertinenza ma basso livello di implementazione o da punteggi prossimi alle soglie di classificazione, la selezione sarebbe stata integrata da una valutazione qualitativa.



Tale valutazione avrebbe tenuto conto di obblighi normativi, raccomandazioni scientifiche consolidate e rilevanza strategica ai fini della risposta alle emergenze e del miglioramento continuo. Nello specifico non sono emersi item da eliminare sulla base dei criteri quantitativi adottati.

Integrazione con le evidenze operative

Il processo di selezione degli item è stato inoltre arricchito dalle evidenze emerse dalle esercitazioni e simulazioni interaziendali (SimEx), in particolare dallo scenario relativo al disastro ferroviario, svolte secondo le modalità trasmesse con nota prot. n. 138489 del 18/03/2025. Le criticità rilevate sono state utilizzate come ulteriore elemento di validazione e contestualizzazione operativa, contribuendo a orientare la selezione verso soluzioni concrete e applicabili.

Validazione del documento

Il documento è stato sottoposto a un processo di revisione congiunto:

1. revisione da parte della Direzione Programmazione Sanitaria;
2. successiva revisione condivisa con il gruppo di lavoro e trasmissione per validazione finale;
3. Approvazione da parte della Direzione Programmazione Sanitaria.

Conclusione

Il processo di valutazione adottato ha consentito di integrare il giudizio strutturato dei referenti aziendali con le evidenze emerse da esercitazioni e simulazioni, offrendo una lettura condivisa e contestualizzata degli item della checklist. L'utilizzo congiunto della valutazione di pertinenza e di implementazione ha permesso di orientare la selezione degli item verso elementi ritenuti realmente rilevanti e applicabili, favorendo un approccio pragmatico e coerente con le esigenze operative delle Aziende Sanitarie.



Checklist per la preparazione della risposta ospedaliera alle maxi-emergenze

Uno strumento completo per la Direzione Strategica e per i Responsabili della gestione delle maxi-emergenze



Questo documento è tratto e adattato da "World Health Organization. Hospital emergency response checklist – An all-hazards tool for hospital administrators and emergency managers. Geneva: WHO; 2011."



Checklist per la preparazione della risposta ospedaliera alle maxi-emergenze

Uno strumento completo per la Direzione Strategica e per i Responsabili della gestione delle emergenze

Il presente strumento è pensato per supportare la Direzione Strategica e i Responsabili della gestione delle emergenze ospedaliere nell'aggiornamento e nell'autovalutazione periodica della completezza dei Piani Aziendali di Maxi Afflusso ed Evacuazione.

Non si applica a emergenze protratte o scenari a lungo termine, per i quali si rimanda alle procedure dedicate e, in particolare, ai Piani Pandemici aziendali (Pan Flu).

Le Strutture Sanitarie che si trovano a fronteggiare un'elevata domanda di prestazioni a causa di un evento emergenziale o catastrofico dovrebbero verificare il livello di attuazione di ciascuna delle azioni indicate nel documento.

Nota introduttiva:

Tutti gli item della presente checklist sono considerati validi sia per la gestione di situazioni di maxi-afflusso sia per il Piano di Evacuazione, cui è necessario il raccordo con quanto previsto dalla normativa vigente (D.Lgs n.81 del 9 aprile 2008). Le celle colorate evidenziano invece gli item che si applicano esclusivamente a una delle due situazioni: giallo per il maxi-afflusso e viola per l'evacuazione.

CHECKLIST PER LA PREPARAZIONE DELLA RISPOSTA OSPEDALIERA ALLE MAXI-EMERGENZE



Componente chiave 1
Comando e controllo

Responsabile della componente:

Un sistema di comando e controllo efficiente è essenziale per garantire una gestione efficace delle emergenze in ambito ospedaliero.
Si raccomanda di attuare le seguenti azioni.

	Azione raccomandata	presente
1.	Attivare l'Unità di Crisi Ospedaliera o, in assenza di tale struttura, istituirla ad hoc, quale organismo di coordinamento responsabile della direzione e gestione delle operazioni di emergenza all'interno dell'ospedale (vedi Box 1).	☐

Box 1 – Unità di Crisi Ospedaliera ad hoc

Se non è già attivo un meccanismo di gestione coordinata delle emergenze ospedaliere (ad esempio un'Unità di Crisi Ospedaliera), il Direttore Sanitario deve convocare tempestivamente una riunione con tutti i responsabili dei servizi principali per costituire un'Unità di Crisi ad hoc.
L'Unità di Crisi è essenziale per sviluppare e gestire in modo efficace i sistemi e le procedure ospedaliere necessarie a una risposta coordinata e tempestiva alle emergenze.
La valutazione dello scenario extraospedaliero compete al SUEM 118, che, in raccordo con il Pronto Soccorso di afferenza territoriale, attiva il PEMA.

Il Pronto Soccorso ha il compito di informare tempestivamente la Direzione Medica Ospedaliera che trasmette la comunicazione di attivazione del Piano alla Direzione Sanitaria, che la comunica a sua volta alla Direzione Generale. La Direzione Sanitaria, o un suo delegato, provvede alla convocazione dell'Unità di Crisi.

Nell'organizzazione dell'Unità di Crisi Ospedaliera, è opportuno includere rappresentanti dei servizi elencati di seguito che devono essere **attivati in caso di emergenza**. L'Unità di Crisi si riunirà secondo le modalità ritenute più consone e applicabili al contesto e all'emergenza.

- Direzione Generale

Direzione Sanitaria e Medica

Direzione Pronto Soccorso

Direzione SUEM 118

Ufficio Stampa/Comunicazioni esterne

Direzione delle Professioni Sanitarie

Servizi Tecnico-Logistici
- Servizi Amministrativi

Servizio Prevenzione e Protezione

Farmacia ospedaliera

Servizio di Ingegneria Clinica

Direzione Dipartimento di Prevenzione

Direzione Funzione Territoriale

L'Unità di Crisi può essere integrata con ulteriori figure in relazione alla natura e alle specifiche esigenze dell'evento maggiore.
È da individuarsi una componente integrativa dell'Unità di Crisi aziendale competente per eventi NBCR.

CHECKLIST PER LA PREPARAZIONE DELLA RISPOSTA OSPEDALIERA ALLE MAXI-EMERGENZE



	Azione raccomandata	presente
2.	Identificare un <i>Leader PEMA/PEVAC</i> responsabile della supervisione generale e del coordinamento strategico delle attività dell'Unità di Crisi durante l'emergenza	☐
3.	Individuare un Centro di Comando Ospedaliero, ossia un'area dedicata e attrezzata per coordinare le attività di risposta alle emergenze a livello dell'intera struttura, dotata di strumenti di comunicazione efficienti e ridondanti	☐
4.	Per ciascuna delle nove componenti chiave elencate in questo documento, designare un referente, responsabile della corretta gestione e del coordinamento delle attività di risposta correlate, e relativo sostituto per garantire la continuità operativa	☐
5.	Per ciascuna Unità Operativa o Area Omogenea, designare un referente per le emergenze, responsabile della gestione delle attività di risposta all'emergenza nella propria area, e un sostituto, che garantisca la continuità operativa	☐
6.	Implementare o sviluppare schede (<i>action cards o tapes</i>) che presentino le istruzioni operative per ciascun ruolo chiave o area funzionale coinvolte nelle attività di risposta alle emergenze	☐
7.	Predisporre pettorine o altri sistemi equivalenti per rendere visibilmente identificabili, durante l'emergenza, il Leader PEMA/PEMAC, i referenti delle componenti chiave e i referenti delle Unità Operative	☐
8.	Garantire una formazione adeguata a tutti i componenti dell'Unità di Crisi Ospedaliera sul funzionamento del sistema di comando dell'emergenza e sui ruoli previsti nel piano di risposta	☐
9.	Aggiornare periodicamente le procedure interne relative alla gestione delle emergenze ospedaliere e consultare regolarmente la documentazione di riferimento (es. Ministero della Salute, Regione, OMS)	☐
10.	Definire chiaramente il ruolo del personale dei servizi in Ospedale (pulizia, calore, guardiania...)	☐

Tutti gli item sono considerati validi sia per la gestione di situazioni di maxi-afflusso sia per il Piano di Evacuazione. Le celle colorate evidenziano invece gli item che si applicano esclusivamente a una delle due situazioni: giallo per il maxi-afflusso e viola per l'evacuazione.

CHECKLIST PER LA PREPARAZIONE DELLA RISPOSTA OSPEDALIERA ALLE MAXI-EMERGENZE



Componente chiave 2

Comunicazione

Responsabile della componente:

Una comunicazione chiara, precisa e tempestiva è fondamentale per garantire decisioni informate, una collaborazione efficace tra le strutture sanitarie e gli enti coinvolti, e per mantenere la fiducia e la consapevolezza della popolazione.

Si raccomanda di attuare le seguenti azioni.

2.1 Comunicazione TRA OPERATORI

	Azione raccomandata	presente
1.	Prevedere una catena di allerta per l'attivazione del Piano di Emergenza, con indicazione chiara dei soggetti coinvolti e delle modalità di attivazione (vedi Box 1).	☐
2.	Prevedere modalità strutturate di comunicazione interna tra Direzione Sanitaria, Direzioni di Dipartimento/Unità Operative e personale operativo coinvolto nella risposta all'emergenza	☐
3.	Garantire la definizione e la diffusione rapida e documentata delle decisioni clinico-organizzative (es. criteri di triage, ricovero, dimissione, isolamento)	☐
4.	Preparare in anticipo messaggi chiave predefiniti, sintetici e adattabili ai principali scenari emergenziali, rivolti ai diversi destinatari (pazienti, personale, popolazione)	☐
5.	Assicurare la disponibilità di sistemi di comunicazione affidabili e basati su differenti tecnologie (es. telefoni satellitari, dispositivi mobili, linee fisse, connessione Internet, cercapersone, radio bidirezionali, numeri non pubblici), comprensivi di soluzioni di backup, e l'accesso a un elenco aggiornato dei contatti	☐

Tutti gli item sono considerati validi sia per la gestione di situazioni di maxi-afflusso sia per il Piano di Evacuazione. Le celle colorate evidenziano invece gli item che si applicano esclusivamente a una delle due situazioni: giallo per il maxi-afflusso e viola per l'evacuazione.

CHECKLIST PER LA PREPARAZIONE DELLA RISPOSTA OSPEDALIERA ALLE MAXI-EMERGENZE



2.2 Comunicazione CON LA POPOLAZIONE

	Azione raccomandata	presente
1.	Designare un portavoce ufficiale quale unica fonte autorizzata alla diffusione di informazioni verso popolazione, media, autorità sanitarie e Forze dell'Ordine, indicando al personale a chi indirizzare le richieste esterne	☐
2.	Prevedere un'area dedicata all'accoglimento dei familiari per garantire comunicazione, supporto e presenza in condizioni di sicurezza durante l'emergenza	☐
3.	Individuare uno spazio adatto per le attività di comunicazione esterna (es. conferenze stampa), lontano dalle aree assistenziali, dalle aree di triage/sale d'attesa, dal Centro di Comando e dall'area dedicata all'accoglimento dei familiari	☐
4.	Definire una chiara policy aziendale sull'uso dei social media in condizioni di emergenza	☐

Tutti gli item sono considerati validi sia per la gestione di situazioni di maxi-afflusso sia per il Piano di Evacuazione. Le celle colorate evidenziano invece gli item che si applicano esclusivamente a una delle due situazioni: giallo per il maxi-afflusso e viola per l'evacuazione.

CHECKLIST PER LA PREPARAZIONE DELLA RISPOSTA OSPEDALIERA ALLE MAXI-EMERGENZE



Componente chiave 3

Sicurezza e protezione

Responsabile della componente:

Procedure ben sviluppate di sicurezza e protezione sono fondamentali per garantire il funzionamento dell'ospedale e per la gestione efficace delle operazioni di risposta durante un'emergenza o un disastro.

Si raccomanda di attuare le seguenti azioni.

	Azione raccomandata	presente
1.	Costituire un team di sicurezza ospedaliero responsabile di tutte le attività relative alla sicurezza e protezione della struttura durante l'emergenza	☐
2.	Definire i percorsi di entrata/uscita e sosta dei mezzi, inclusi i mezzi di soccorso, al fine di garantire la fluidità dei flussi e prevenire interferenze con le attività assistenziali	☐
3.	Implementare il sistema di riconoscimento del personale e limitare l'accesso ai visitatori in funzione delle esigenze operative e di sicurezza	☐
4.	Definire chiaramente le misure di sicurezza necessarie per un'evacuazione sicura ed efficiente dell'ospedale o di sue parti	☐
5.	Rivedere periodicamente potenziali criticità e vincoli nella sicurezza, incluse eventuali lacune nella gestione di materiali pericolosi e nella prevenzione e controllo delle infezioni	☐

Tutti gli item sono considerati validi sia per la gestione di situazioni di maxi-afflusso sia per il Piano di Evacuazione. Le celle colorate evidenziano invece gli item che si applicano esclusivamente a una delle due situazioni: giallo per il maxi-afflusso e viola per l'evacuazione.

CHECKLIST PER LA PREPARAZIONE DELLA RISPOSTA OSPEDALIERA ALLE MAXI-EMERGENZE



Componente chiave 4

Triage e percorsi

Il mantenimento delle attività di triage dei pazienti, basato su un protocollo di triage per eventi con numerose vittime ben funzionante, è essenziale per l'organizzazione appropriata dell'assistenza. Si raccomanda di attuare le seguenti azioni.

4.1 Triage di maxi-afflusso

Responsabile della componente:

	Azione raccomandata	presente
1.	Designare un responsabile per il coordinamento delle attività di triage di maxi-afflusso	☐
2.	Identificare e predisporre aree di accoglienza dei pazienti e sale d'attesa che siano ben presidiate, protette da potenziali rischi ambientali e dotate di spazio operativo sufficiente, illuminazione adeguata e accesso ad alimentazione elettrica di emergenza. Porre particolare attenzione ad alcune categorie di pazienti (es. pediatrici)	☐
3.	Garantire la prossimità del triage ai servizi essenziali (es. pronto soccorso, sale operatorie, terapia intensiva) e l'integrazione funzionale con la CO SUEM	☐
4.	Identificare e segnalare chiaramente i percorsi di ingresso e uscita dei pazienti dall'area di triage	☐
5.	Individuare un sito di riserva per l'accoglienza e il triage di massa e un'area d'attesa separata per i pazienti deambulanti	☐
6.	Adottare il protocollo di triage per grandi numeri di vittime, basato sulla priorità di gestione, conforme a principi e linee di indirizzo del CoRe triage regionale	☐
7.	Prevedere la possibilità di transizione a supporto cartaceo per la gestione del triage e dei flussi interni del paziente in caso di indisponibilità dei sistemi informativi	☐
8.	Definire un metodo chiaro di identificazione dei pazienti durante il triage e garantire la disponibilità di un numero sufficiente di tag di triage	☐

Tutti gli item sono considerati validi sia per la gestione di situazioni di maxi-afflusso sia per il Piano di Evacuazione. Le celle colorate evidenziano invece gli item che si applicano esclusivamente a una delle due situazioni: giallo per il maxi-afflusso e viola per l'evacuazione.

CHECKLIST PER LA PREPARAZIONE DELLA RISPOSTA OSPEDALIERA ALLE MAXI-EMERGENZE



4.2 Stratificazione dei pazienti per l'evacuazione ospedaliera

Responsabile della componente:

	Azione raccomandata	presente
1.	Designare un responsabile per il coordinamento delle attività di stratificazione dei pazienti per l'evacuazione ospedaliera	☐
2.	Identificare le possibili modalità di evacuazione attuabili (parziale, completa, orizzontale e verticale) anche in considerazione delle procedure antincendio vigenti secondo normativa	☐
3.	Definire i criteri di priorità per l'evacuazione dei pazienti, includendo livello di acuità clinica, mobilità, necessità di isolamento e vulnerabilità cliniche specifiche	☐
4.	Verificare l'esistenza e l'adeguatezza di procedure di evacuazione del personale, chiarendo ruoli, responsabilità, flussi di movimento e modalità per il tracciamento durante l'evento	☐
5.	Definire le procedure per la messa in sicurezza delle aree evacuate, comprese la chiusura delle porte, la disattivazione selettiva dei sistemi e la segnalazione delle zone completate	☐
6.	Predisporre un sistema per il tracciamento dei pazienti durante tutte le fasi dell'evacuazione, che includa identificazione, destinazione, tempi di spostamento e documentazione clinica trasferita	☐
7.	Definire le rotte di evacuazione primarie e alternative, corredate di planimetrie, verificando accessibilità, illuminazione di emergenza ed eventuali ostacoli strutturali	☐

Tutti gli item sono considerati validi sia per la gestione di situazioni di maxi-afflusso sia per il Piano di Evacuazione. Le celle colorate evidenziano invece gli item che si applicano esclusivamente a una delle due situazioni: giallo per il maxi-afflusso e viola per l'evacuazione.

CHECKLIST PER LA PREPARAZIONE DELLA RISPOSTA OSPEDALIERA ALLE MAXI-EMERGENZE



Componente chiave 5

Capacità di risposta ai picchi di afflusso

Responsabile della componente:

La capacità di risposta ai picchi di afflusso – definita come la capacità di un servizio sanitario di espandere l'attività oltre la normale capacità per far fronte a un aumento della domanda di cure cliniche – è un fattore cruciale nella gestione delle emergenze ospedaliere e dovrebbe essere considerata fin dalle fasi iniziali della pianificazione.

Si raccomanda di attuare le seguenti azioni.

Azione raccomandata		presente
1.	Calcolare la capacità massima di accoglienza e la cura dei pazienti, considerando posti letto, risorse umane essenziali e la flessibilità degli spazi ospedalieri	☐
2.	Prevedere le modalità di attivazione e gestione della risposta, modulabili in funzione della gravità e dell'evoluzione dell'evento;	☐
3.	Stimare l'aumento della domanda di servizi ospedalieri previsto (es stima necessità sale operatoria, diagnostica strumentale)	☐
4.	Individuare spazi "boarding" per la ricollocazione temporanea dei pazienti già ricoverati a bassa intensità di cura, al fine di rendere disponibili posti letto per i pazienti critici durante l'emergenza	☐
5.	Valutare la potenziale ricollocazione in Pronto Soccorso di personale in servizio presso altre Unità Operative	☐
6.	Verificare la disponibilità di veicoli e risorse necessarie per il trasporto dei pazienti	☐
7.	Predisporre un piano di contingenza per il trasferimento di pazienti tra presidi ospedalieri e la gestione di eventuali carenze assistenziali	☐
8.	Adattare i criteri di ricovero e dimissione e rimodulare o sospendere i servizi non essenziali, come interventi chirurgici programmati, quando necessario	☐

Tutti gli item sono considerati validi sia per la gestione di situazioni di maxi-afflusso sia per il Piano di Evacuazione. Le celle colorate evidenziano invece gli item che si applicano esclusivamente a una delle due situazioni: giallo per il maxi-afflusso e viola per l'evacuazione.

CHECKLIST PER LA PREPARAZIONE DELLA RISPOSTA OSPEDALIERA ALLE MAXI-EMERGENZE



9.	Assicurare che nel PEMAF siano previsti i protocolli adattati di ricovero, dimissione, trasferimento e accesso alle sale operatorie per facilitare un flusso efficiente dei pazienti	☐
10.	Designare un'area da utilizzare come obitorio temporaneo, definire action card/tape per la gestione post-mortem (incluso il riconoscimento delle salme) in collaborazione con i partner appropriati (ad esempio operatori funebri, medici legali e anatomopatologi)	☐

Tutti gli item sono considerati validi sia per la gestione di situazioni di maxi-afflusso sia per il Piano di Evacuazione. Le celle colorate evidenziano invece gli item che si applicano esclusivamente a una delle due situazioni: giallo per il maxi-afflusso e viola per l'evacuazione.

CHECKLIST PER LA PREPARAZIONE DELLA RISPOSTA OSPEDALIERA ALLE MAXI-EMERGENZE



Componente chiave 6

Continuità dei servizi essenziali

Responsabile della componente:

Un disastro non elimina la necessità quotidiana di servizi medici e chirurgici essenziali (ad esempio cure di emergenza, interventi urgenti, assistenza materno-infantile) che sussistono normalmente. La disponibilità di tali servizi deve essere garantita parallelamente all'attivazione del piano di emergenza ospedaliero.

Si raccomanda di attuare le seguenti azioni.

	Azione raccomandata	presente
1.	Individuare e valutare i servizi ospedalieri, classificandoli in ordine di priorità	☐
2.	Garantire i servizi ospedalieri valutati come essenziali, ossia quelli che devono essere disponibili in ogni momento e in qualsiasi circostanza	☐
3.	Prevedere la sospensione progressiva dei servizi sanitari valutati non essenziali durante l'emergenza	☐
4.	Individuare le risorse necessarie per assicurare la continuità dei servizi essenziali, con particolare attenzione ai pazienti critici e alle categorie vulnerabili (ad esempio pazienti pediatrici, anziani e persone con disabilità)	☐
5.	Garantire l'esistenza di un piano di evacuazione che salvaguardi la continuità delle cure critiche (incluso, ad esempio, l'accesso alla ventilazione meccanica e ai farmaci salvavita)	☐
6.	Coordinarsi con le autorità sanitarie, gli ospedali della rete di riferimento per definire i ruoli e le responsabilità di ciascun membro della rete sanitaria locale, al fine di assicurare la continuità dei servizi essenziali a livello di comunità	☐
7.	Assicurare sistemi di backup per le linee vitali essenziali, inclusi acqua, energia elettrica, ossigeno e altri gas medicali	☐

Tutti gli item sono considerati validi sia per la gestione di situazioni di maxi-afflusso sia per il Piano di Evacuazione. Le celle colorate evidenziano invece gli item che si applicano esclusivamente a una delle due situazioni: giallo per il maxi-afflusso e viola per l'evacuazione.

CHECKLIST PER LA PREPARAZIONE DELLA RISPOSTA OSPEDALIERA ALLE MAXI-EMERGENZE



Componente chiave 7

Risorse umane

Responsabile della componente:

Una gestione efficace delle risorse umane è essenziale per garantire una capacità adeguata del personale e la continuità operativa durante qualsiasi evento che comporti un aumento della domanda di personale.

Si raccomanda di attuare le seguenti azioni.

	Azione raccomandata	presente
1.	Mantenere aggiornato l'elenco dei contatti del personale ospedaliero da attivare in caso di emergenza	☐
2.	Individuare il fabbisogno minimo di personale ospedaliero necessario a garantire la funzionalità operativa essenziale di ciascun reparto	☐
3.	Predisporre un piano di contingenza per la fornitura di cibo e acqua per il personale ospedaliero impegnato nella gestione dell'emergenza	☐
4.	Organizzare attività di formazione ed esercitazioni per tutti gli attori potenzialmente coinvolti nella risposta all'emergenza, per garantire al personale adeguati livelli di competenza e prontezza operativa	☐
5.	Assicurare la disponibilità di team multidisciplinari di supporto psicosociale, comprendenti assistenti sociali, psicologi o counsellor, mediatori culturali e ministri di culto, a sostegno delle famiglie dei pazienti	☐
6.	Prevedere la designazione di personale di supporto alla mobilità dei pazienti, in particolare in situazioni che richiedano trasferimenti rapidi o riorganizzazioni assistenziali	☐

Tutti gli item sono considerati validi sia per la gestione di situazioni di maxi-afflusso sia per il Piano di Evacuazione. Le celle colorate evidenziano invece gli item che si applicano esclusivamente a una delle due situazioni: giallo per il maxi-afflusso e viola per l'evacuazione.

CHECKLIST PER LA PREPARAZIONE DELLA RISPOSTA OSPEDALIERA ALLE MAXI-EMERGENZE



Componente chiave 8

Logistica e gestione delle forniture

Responsabile della componente:

La continuità della catena di approvvigionamento e distribuzione ospedaliera rappresenta spesso una sfida sottovalutata durante un'emergenza o un disastro, e richiede una pianificazione di contingenza accurata e una risposta tempestiva.

Si raccomanda di attuare le seguenti azioni.

	Azione raccomandata	presente
1.	Elaborare e mantenere aggiornato un inventario di tutte le attrezzature, forniture e farmaci, e stabilire un sistema di allerta per la gestione delle carenze	☐
2.	Garantire la continuità nella fornitura di farmaci e materiali essenziali, anche attraverso scorte centralizzate e accordi di contingenza con fornitori locali	☐
3.	Individuare spazi fisici all'interno dell'ospedale per lo stoccaggio e l'accumulo di forniture aggiuntive	☐
4.	Costituire scorte di materiali e farmaci essenziali in conformità alle linee guida nazionali, assicurando l'utilizzo tempestivo dei prodotti per evitare perdite dovute a scadenze	☐
5.	Garantire un meccanismo efficace per la manutenzione e riparazione tempestiva delle attrezzature necessarie all'erogazione dei servizi essenziali; sospendere i servizi non prioritari quando necessario	☐
6.	Identificare i fornitori essenziali da rendere contattabili con continuità.	☐

Tutti gli item sono considerati validi sia per la gestione di situazioni di maxi-afflusso sia per il Piano di Evacuazione. Le celle colorate evidenziano invece gli item che si applicano esclusivamente a una delle due situazioni: giallo per il maxi-afflusso e viola per l'evacuazione.

CHECKLIST PER LA PREPARAZIONE DELLA RISPOSTA OSPEDALIERA ALLE MAXI-EMERGENZE



Componente chiave 9

Recupero e ricostruzione post-emergenza

Responsabile della componente:

La pianificazione del recupero post-emergenza deve essere avviata sin dalle prime fasi della risposta all'evento.

L'attuazione tempestiva delle attività di recupero può contribuire a mitigare gli effetti a lungo termine dell'emergenza sulle funzioni ospedaliere.

Si raccomanda di attuare le seguenti azioni.

	Azione raccomandata	presente
1.	Definire i criteri e le procedure essenziali per la chiusura dell'emergenza e per il ripristino progressivo in sicurezza dei sistemi e dei servizi ospedalieri (es. esaurimento dell'afflusso, completamento del triage e definizione della destinazione)	☐
2.	Valutare l'agibilità della struttura nella fase post-emergenza, qualora si sia resa necessaria un'evacuazione a seguito di condizioni di inagibilità	☐
3.	Redigere, a cura dell'Unità di Crisi, una relazione post-evento da trasmettere alla Direzione Generale e agli stakeholder competenti, contenente: • il riepilogo dell'evento • una valutazione della risposta	☐
4.	Organizzare sessioni di <i>debriefing</i> per il personale entro 24–72 ore dal termine dell'emergenza, per favorire l'elaborazione dell'esperienza, l'accesso al supporto psicologico e il miglioramento delle prestazioni lavorative	☐
5.	Attivare un programma di supporto al recupero del personale post-emergenza, basato sui bisogni rilevati, comprendente ad esempio counselling psicologico	☐
6.	Individuare modalità di restituzione e di valorizzazione del lavoro svolto con riconoscimento professionale.	☐

Tutti gli item sono considerati validi sia per la gestione di situazioni di maxi-afflusso sia per il Piano di Evacuazione. Le celle colorate evidenziano invece gli item che si applicano esclusivamente a una delle due situazioni: giallo per il maxi-afflusso e viola per l'evacuazione.