

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	PIANO	Piano evacuazione P.O. Vercelli (SPP.PN.1617.00).doc
		pag1/16

PIANO EVACUAZIONE PRESIDIO OSPEDALIERO “S. ANDREA” di VERCELLI

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma/ evidenza di approvazione</i>
Stesura	Geom. Enzo Bertinotti	ASPP - Coll. Tecnico	06.06.14	<i>F.to in originale</i>
Verifica	Dr.ssa Emanuela Pastorelli	Direttore S.C. Direzione Medica	06.06.14	<i>F.to in originale</i>
	Ing. Giuseppe Giammarinaro	Dirigente Responsabile S.C. Tecnico e Ingegneria Clinica	06.06.14	<i>F.to in originale</i>
Autorizzazione	Avv. Federico Gallo	Direttore Generale ASL VC	06.06.14	<i>F.to in originale</i>
Emissione	Ing. Francesca Vajo	Dirigente Ingegnere Responsabile S.S. Prevenzione e Protezione	01.09.14	<i>F.to in originale</i>

Data di applicazione	01.09.2014
REV.	00

 A.S.L. VC <i>Azienda Sanitaria Locale di Vercelli</i>	PIANO	Piano evacuazione P.O. Vercelli (SPP.PN.1617.00).doc pag2/16
--	--------------	---

1. PREMESSA	3
2. SCOPO	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
4. DEFINIZIONI ED ACRONIMI	3
5. MODALITÀ OPERATIVE	3
6. RESPONSABILITÀ	16
7. RIFERIMENTI	16
8. STORIA DELLE MODIFICHE	16

1. PREMESSA

L'evacuazione di una struttura sanitaria, per la particolare tipologia delle persone presenti (pazienti, utenti, personale, accompagnatori....) richiede un notevole impegno organizzativo da parte dei responsabili delle gestioni delle emergenze. Inoltre in una struttura in cui sono presenti molte persone, alcune delle quali con difficoltà di deambulazione e/o non autosufficienti, è abbastanza frequente che si verifichino condizioni che potrebbero facilmente sfociare in situazioni di panico e di pericolo se non sono state predisposte adeguate Procedure Operative che preventivamente e dettagliatamente indichino le azioni da compiere nelle varie situazioni di emergenza.

2. SCOPO

Lo scopo che il piano di evacuazione intende concretizzare è il seguente:

- rendere più sicuro l'ambiente;
- favorire l'acquisizione di conoscenze per individuare le principali tipologie di rischio ed assumere comportamenti idonei a fronteggiarle;
- predisporre protocolli di comportamento che preparino ad affrontare in modo adeguato le situazioni di emergenza, attraverso procedure conosciute e condivise, per ridurre i rischi e facilitare le operazioni di allontanamento dai luoghi di pericolo.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

In caso di emergenza e/o durante le apposite esercitazioni predisposte periodicamente.

4. DEFINIZIONI ED ACRONIMI

P.E.I.: Piano Emergenza interna

P.Ev.: Piano Evacuazione

C.S.E.: Coordinatore squadre emergenza

E.V.T.: Evacuazione verticale totale

E.O.: Evacuazione Orizzontale

C.P.S.E.: Collaboratore Professionale Sanitario Esperto (capo-sala).

5. MODALITÀ OPERATIVE

▲ Breve descrizione del fabbricato

Il Presidio Ospedaliero "S. Andrea" di Vercelli, costruito nel decennio 1950-60, sorge nella zona sud della città; ha forma poligonale con superficie complessiva di circa 62.000 mq ed è delimitato a sud da una ampia area verde e zona parcheggio automezzi, a nord, ad est e ad ovest da tre vie di comunicazione (rispettivamente C.so M. Abbiate, L.go Giusti e Via Trino) che, oltre a rappresentare i principali accessi al presidio, lo collegano non solo al centro cittadino ma anche alle zone periferiche ed all'imbocco autostradale. Per detta posizione topografica l'Ospedale risulta facilmente accessibile e raggiungibile dai soccorsi esterni in caso di emergenza.

Il nosocomio è stato realizzato secondo la tipologia del monoblocco a bracci funzionali pluripiano di varie altezze (fino a otto piani fuori terra) con struttura portante in cemento armato, solai misti latero-cementizi e tamponamenti in laterizio.

E' costituito da diversi corpi di fabbrica collegati tra loro da percorsi orizzontali e verticali.

I collegamenti verticali tra i piani del presidio avvengono mediante numerosi vani scala compartimentati e da impianti elevatori (ascensori, montacarichi e montalettighe) distribuiti con regolarità nei blocchi del complesso edilizio.

All'esterno dei corpi di fabbrica "A" e "C" sono presenti altresì due scale di sicurezza.

Ad ovest del blocco ospedaliero vi sono quattro immobili ospitanti gli uffici amministrativi e la Direzione Generale (Palazzina Uffici costituita da cinque piani fuori terra), la centrale termica, le officine e il centro di ricevimento merci. Completano l'intero complesso ospedaliero i fabbricati presenti ad est del presidio stesso: il Centro Unificato di Prenotazioni (CUP) con accesso principale da C.so M. Abbiate e la Piastra Ambulatoriale, di nuova realizzazione, con accesso principale da L.go Giusti.

I succitati fabbricati sono comunicanti tra loro mediante la viabilità aziendale interna.

Il perimetro esterno al complesso ospedaliero è delimitato da recinzioni metalliche con accessi pedonali e carrai di dimensioni sufficienti per consentire l'intervento dei mezzi di soccorso.

Il cortile e l'area verde circostante hanno le caratteristiche idonee per essere utilizzati, in caso di emergenza, quale "punto di raccolta".

Ai fini delle norme di prevenzione incendio, secondo la ripartizione prevista dal D.M. 18.9.2002, la struttura in questione viene definita come "struttura sanitaria erogante prestazioni in regime di ricovero ospedaliero".

In base alla classificazione delle aree di cui all'allegato Tit. 1 del suddetto D.M. sono presenti tutte le tipologie previste:

- tipo A: aree a rischio specifico soggette a controllo da parte dei VV.F. (impianti di produzione calore, gruppi elettrogeni...);
- tipo B: aree a rischi specifico accessibili solo al personale dipendente (laboratori, depositi,...)
- tipo C: aree destinate a prestazioni medico-sanitarie di tipo ambulatoriale in cui non è previsto il ricovero (ambulatori, centri di diagnostica,...)
- tipo D: aree destinate a ricovero in regime ospedaliero e/o residenziale nonché aree adibite ad unità speciali (terapia intensive, sale operatorie, rianimazione...)
- tipo E: aree destinate ad altri servizi pertinenti (uffici amministrativi, mensa, spazi per visitatori, bar,...).

La distribuzione dei gas medicali (ossigeno, aria compressa, aspirazione) all'interno del Presidio Ospedaliero (camere di degenza, blocchi operatori, ambulatori,...) avviene mediante un impianto centralizzato. Per contingenti necessità terapeutiche vengono utilizzate occasionalmente anche bombole di ossigeno.

A seconda delle zone e dei corpi di fabbrica oggetto di recenti interventi di ristrutturazione e ammodernamento, sono installati all'interno del Presidio impianti di condizionamento e di ventilazione di tipo centralizzato (UTA) e localizzato (tipo split con unità esterna).

La struttura è dotata di mezzi ed impianti di estinzione incendi (estintori portatili in numero e potere estinguente commisurati al livello di rischio e rete idrica costituita da naspi DN 45) e di sistemi di rivelazione/segnalazione allarme in grado di avvertire il personale delle condizioni di pericolo in caso di incendio. Sono altresì presenti all'esterno del presidio idranti a colonna sopra-suolo con attacchi DN 70 installati in modo da consentire la protezione esterna degli edifici quando le dimensioni e le

caratteristiche dell'incendio stesso non consentono di operare da vicino, ma richiedono un intervento a distanza e/o una azione preliminare ed intensa di raffreddamento.

All'interno del Presidio Ospedaliero vengono erogati servizi e prestazioni sanitarie "tipiche" di una struttura ospedaliera. Attualmente vengono svolte le seguenti attività:

- Prestazioni sanitarie in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo;
- Servizio agli utenti del S.S.N. di prestazioni diagnostiche e/o ambulatoriali (Laboratori – Analisi, Microbiologia, Anatomia Patologica - , Radiodiagnostica, Gastroenterologia, Ambulatori specialistici, ecc.);
- Dialisi
- D.E.A.
- Uffici direzionali e amministrativi.

I posti letto ordinari, attualmente attivati, sono n. 264 e n. 39 in regime diurno (vedasi deliberazione n. 1075 del 30.12.2013) suddivisi nei vari piani e reparti del Presidio e precisamente:

- Piano interrato (Anestesia/Rianimazione e Psichiatria SPDC)
- Piano Rialzato (DEA e Cardiologia/UTIC)
- Piano Primo (Neurologia e Reumatologia)
- Piano Secondo (Area Chirurgica - Chirurgia, Urologia, Oculistica, Ginecologia, ORL, Dermatologia, Day Surgery, - Cure Intermedie e Dialisi)
- Piano Terzo (Oncoematologia, Oncologia, Nido e Ostetricia)
- Piano Quarto (Ortopedia/Traumatologia e Malattie Infettive)
- Piano Quinto (Pediatria e Immaturi)
- Piano Sesto (Medicina Interna, Pneumologia, Nefrologia, DOM e zona ricovero carcerati).

N.B.: ai piani secondo, terzo e quarto sono presenti i Blocchi Operatori delle varie specialità chirurgiche.

Attualmente il numero complessivo dei dipendenti appartenenti a ruoli diversi (sanitario, amministrativo e tecnico) che svolgono la propria attività all'interno del Presidio è di circa 1000 unità, ripartiti sui quattro turni giornalieri (giornata, mattino, pomeriggio e notte).

Il massimo affollamento di persone presenti contemporaneamente nella struttura (utenti, pazienti, visitatori, dipendenti, personale ditte esterne,...) è stimato in circa 1300-1400 unità e, generalmente, coincide con l'orario di apertura al pubblico per le visite parenti (dalle ore 12.30 alle ore 14.30 e dalle ore 18.00 alle ore 20.30).

Le planimetrie di piano del Presidio Ospedaliero e dei relativi schemi degli impianti tecnologici, sono presenti presso il "Centro per l'emergenza" e aggiornati a cura della SC Tecnico e Ing. Clinica.

▲ **Modalità operative**

Il piano di evacuazione coinvolge l'intera struttura e contiene tutte le consegne per il personale, necessarie alla messa in opera del piano stesso, in quanto richiede un notevole impegno organizzativo da parte dei presenti.

Pertanto deve essere noto a tutto il personale e ne deve essere fornita informazione anche alle imprese ed agli operatori delle ditte esterne che prestano la loro opera all'interno delle strutture aziendali.

Il piano generale di emergenza è stilato sulla base delle **linee guida Regionali** per rispondere ad alcuni requisiti fondamentali:

- deve essere strutturato e formulato sulla base degli organici esistenti, per essere immediatamente operativo senza ritardi;
- il piano deve essere operativo 24 ore su 24;
- deve esser adattabile a qualsiasi tipo di evento.

Occorre ricordare che l'evacuazione della struttura (pazienti, utenti, personale, visitatori) a causa di qualche evento improvviso, costituisce l'ultima fase dell'evoluzione di una situazione di emergenza.

A seconda dell'area coinvolta dall'evento (per esempio incendio), l'evacuazione, ovvero il trasferimento di un certo numero di persone (pazienti, visitatori, utenti, dipendenti ecc.), può essere:

orizzontale quando il trasferimento delle persone da un compartimento ad un altro, considerato luogo sicuro, è realizzato nell'ambito dello stesso piano del fabbricato;

verticale quando il trasferimento delle persone è realizzato tra piani diversi dell'edificio.

Inoltre l'evacuazione può essere **parziale** se il trasferimento delle persone avviene in aree sicure all'interno della struttura stessa (allo stesso piano o a piani diversi), **totale** se l'esodo delle persone è verso aree sicure all'esterno del fabbricato.

Una struttura sanitaria in cui è presente un'alta densità di persone, molte delle quali non autosufficienti e/o con disabilità/limitazioni motorie, sensoriali, cognitive e visive, rende preferibile la prima ipotesi che, tuttavia, risulta praticabile solo se vi è una chiara individuazione di zone sicure e aree compartimentate.

L'evacuazione parziale viene attuata se l'entità dell'evento non è tale da rischiare di coinvolgere, in tempi brevi, più della metà dell'edificio.

Se le dimensioni e la progressione dell'evento non ne consentono un rapido e sicuro controllo è necessario attivare il PIANO DI EVACUAZIONE TOTALE della struttura: trasferimento razionale fino ai "punti di raccolta" di pazienti deambulati e non, e di tutto il personale non coinvolto nelle operazioni di lotta antincendio.

Per quantificare il numero di pazienti con difficoltà di deambulazione, o che comunque hanno necessità di essere aiutati nell'evacuazione, risulta necessario effettuare una classificazione in relazione alle capacità residue degli stessi, così come segue:

- **pazienti collaboranti:** in grado di deambulare autonomamente;
- **pazienti parzialmente collaboranti:** allettati e/o con difficoltà motorie ma comunque trasportabili anche con l'uso di ausili;
- **pazienti non collaboranti:** trasportabili con difficoltà (appena operati, con fratture, dializzati,...) e/o pazienti critici di trasporto estremamente difficile (Rianimazione, UTIC,...), in tal senso ciò costituisce un buon strumento per organizzare al meglio l'evacuazione.

Considerata l'attuale situazione, si ritiene opportuno evacuare, sempre, in maniera prioritaria le persone deambulanti, cosicché essi possano raggiungere, un luogo sicuro anche attraverso le scale.

E' opportuno infatti che tutte le persone, in grado di muoversi autonomamente, raggiungano, nel più breve tempo possibile, i luoghi sicuri più vicini.

In attesa dei soccorsi occorre prestare immediata assistenza alle persone in difficoltà, verificando che le vie di fuga ordinarie non siano impedito e che le persone non deambulanti si trovino in locali prossimi ad essere aggrediti dal pericolo.

Evacuazione verticale totale (EVT)

L'Evacuazione Verticale Totale avviene in funzione dei seguenti ipotetici scenari:

- allarme bomba attendibile;
- evoluzione incontrollata di un incendio.

In entrambi i casi sarà il CSE (Coordinatore squadra emergenza) e/o Il Direttore della Direzione Medica di Presidio (Coordinatore per l'Emergenza) che, valutata la situazione, diramerà l'ordine di attuazione della procedura EVT, che consiste nell'evacuazione di tutti i presenti nell'edificio:

☒ attraverso tutte le vie di fuga;

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

Evacuazione Orizzontale (EO)

L'Evacuazione Verticale Totale avviene se lo scenario dell'emergenza è estremamente grave e rischia di compromettere l'intera struttura; è tuttavia più probabile che un evento pericoloso si sviluppi in un determinato comparto e che la velocità di estensione, al resto dell'edificio, consenta di pianificare un'evacuazione di tipo orizzontale nei comparti adiacenti, in modo tale che le persone siano al sicuro.

IL CSE e successivamente il Coordinatore per l'Emergenza avranno modo di decidere in tempi ragionevoli, in funzione dell'entità e dell'evoluzione dell'evento, se proseguire l'evacuazione dell'edificio.

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

Il presupposto di partenza è di considerare, oltre all'area esterna (luogo sicuro statico), ogni comparto antincendio, che sia separato dal comparto direttamente coinvolto, da almeno un comparto antincendio intermedio (zona filtro) utilizzabile come "luogo sicuro dinamico".

Anche le persone dei comparti sottostanti e soprastanti a quello incidentato, devono spostarsi verso un luogo sicuro.

SISTEMA delle PROCEDURE OPERATIVE

Il principio ispiratore su cui si basa il Piano di Evacuazione si può riassumere con una frase:

in caso di emergenza l'intera struttura deve essere messa in grado di reagire rapidamente e nel modo più uniforme per fronteggiare il pericolo.

Perché il Piano di emergenza sia efficiente occorre che:

- sia attuabile per ogni evento che mette in pericolo la struttura, in ogni ora del giorno;
- allerti e faccia intervenire solo ed esclusivamente gli addetti necessari in funzione del livello dell'emergenza (CSE e addetti all'emergenza);
- individui chiaramente i compiti ed i livelli di responsabilità di ogni singolo operatore;
- sia efficace in caso di falso allarme (incidente minimo) fino alla necessità di un'evacuazione totale (incidente massimo).

VALUTAZIONE dei RISCHI connessi all'EVACUAZIONE

Prima di procedere all'evacuazione è necessario effettuare un'attenta valutazione dei rischi che questa operazione può comportare.

I principali fattori che determinano tale decisione sono:

- gravità dell'evento (es. incendio) e luogo in cui si è verificato;
- caratteristiche strutturali del locale dal punto di vista della compartimentazione;
- grado di facilità nel trasportare in un luogo sicuro particolari utenti non deambulanti e/o con difficoltà motorie.

RESPONSABILE del COORDINAMENTO delle procedure di EVACUAZIONE

Le operazioni di evacuazione costituiscono una parte delle procedure di emergenza e dunque il loro coordinamento è di competenza del Direttore della Direzione Medica di Presidio (Coordinatore per l'Emergenza) o, in casi particolari dal Coordinatore della squadra di emergenza (CSE).

Il Direttore della Direzione Medica di Presidio informato dal centralinista/portinaio tramite la procedura di comunicazione dell'allarme [rif. *Schede emergenza P.O. Vercelli (SPP.IL.1618.nn)*], interviene o dispone gli interventi, eventualmente convocando l'UNITÁ di CRISI.

Nel periodo di tempo necessario affinché il Direttore della Direzione Medica di Presidio assuma il coordinamento, le operazioni di evacuazione necessarie sono gestite dal CSE, fermo restando che tutte le decisioni di carattere sanitario spettano al personale sanitario, che dovrà interfacciarsi con il CSE e/o gli addetti all'emergenza.

Il Coordinatore per l'Emergenza deve:

- valutare il grado di emergenza e dare l'ordine di evacuazione parziale o totale, fornendo indicazioni anche relative al compartimento dove trasferire le persone dell'area interessata dal sinistro;
- coordinare l'Unità di Crisi;
- verificare il procedere dell'operazione di evacuazione, attraverso le informazioni fornite dal CSE e/o dagli addetti all'emergenza;
- ove mancassero persone all'appello, coordinare l'operazione di ricerca e di soccorso;
- dare ordine di rientro ad emergenza chiusa;

- in ogni momento, secondo necessità, sostituire le persone incaricate di compiti improrogabili, qualora queste fossero impossibilitate ad agire.

N.B.= Nel caso in cui l'evacuazione dovesse riguardare reparti con pazienti critici quali ad esempio Rianimazione, Cardiologia, Utic, Dialisi, Blocchi Operatori ed altre aree con pazienti a rischio o zone immediatamente adiacenti, attivare il piano di ricollocazione dei pazienti, attraverso la collaborazione del personale medico del DEA che chiederà la mobilitazione di mezzi per l'emergenza per l'eventuale trasferimento agli ospedali più vicini adeguatamente attrezzati.

ADDETTI all'EVACUAZIONE

Agli addetti all'evacuazione spetta il compito di realizzare l'esodo di coloro che si trovano nell'area di loro pertinenza durante l'emergenza, con particolare cura alle persone non autosufficienti e/o non deambulanti.

Gli addetti all'evacuazione sono individuati nel personale sanitario, di supporto e amministrativo in servizio.

Gli addetti all'evacuazione devono:

- disporre per l'assistenza delle persone non in grado di deambulare autonomamente;
- far defluire con calma ed ordine i pazienti e il personale presente nell'area di propria competenza e controllare che siano chiuse le porte REI che delimitano i compartimenti.

Compiti particolari per CPSE (capo-sala) e/o Infermieri

- prelevare il registro di reparto;
- recuperare, per quanto possibile, la cartella clinica dei degenti;
- indicare al CSE e agli addetti all'emergenza lo stato del paziente;
- vigilare che i pazienti siano trasportati in modo corretto, tenendo conto del grado di autosufficienza di ciascuno;
- verificare che nessuno rimanga chiuso nei bagni, ambulatori, sale attese, aree chiuse o non visibili dai corridoi ecc.;
- secondo le proprie mansioni e per quanto possibile mettere in sicurezza impianti e attrezzature;
- abbandonare per ultimo la zona di competenza verificando che non sia rimasto più nessuno in loco;
- verificare che tutte le persone presenti nel settore di competenza abbiano lasciato l'area coinvolta dall'evento;
- raggiungere le persone (utenti, visitatori, personale ecc.) sfollate dalla propria area di competenza nei "punti di raccolta" o quelli segnalati dal CSE;
- avvertire il CSE dell'avvenuto completamento del processo di evacuazione per l'area di propria competenza, o del fatto che alcune persone manchino all'appello;
- vigilare e controllare affinché nessuno rientri nell'area in emergenza per tutto il periodo che ne perdura lo stato;
- ad emergenza chiusa, coordinare le operazioni di rientro nell'edificio, per quanto attiene per l'area di propria competenza.

Compiti specifici per i Medici di turno nei reparti di degenza:

- ^ informare il Coordinatore per l’Emergenza dello stato dei pazienti presenti in attesa di evacuazione (segni di intossicazione da fumi, ecc.);
- ^ concordare con il Coordinatore per l’Emergenza la sospensione dell’erogazione di ossigeno ed altri gas medicali;
- ^ indicare al Coordinatore per l’Emergenza quanti pazienti non possono essere ricoverati in altri reparti dello stesso Presidio, ma devono trovare assistenza specialistica in altre Strutture ospedaliere;
- ^ via via che vengono trasportati in altri ospedali, annotare nominativi ed ospedali di destinazione;
- ^ consegnare la lista al Dirigente Medico di Presidio e/o al Coordinatore dell’Emergenza.

Personale non incaricato di compiti specifici:

- non farsi prendere dal panico e collaborare con gli addetti all’evacuazione, soprattutto per l’esodo in sicurezza delle persone non in grado di muoversi autonomamente;
- attenersi alle disposizioni del CSE e degli addetti all’evacuazione;
- avviarsi con ordine verso le uscite di sicurezza, senza indugiare per recuperare, o far recuperare, effetti personali e/o altro;
- aprire le porte di sicurezza facendo pressione sul maniglione antipanico;
- raggiungere i “punti di raccolta” predeterminati;
- rientrare nell’edificio solo dopo esplicita autorizzazione.

Modalità di evacuazione dei Reparti di degenza:

L’evacuazione procederà, portando in salvo prima i pazienti più vicini all’evento e poi gli altri.

Occorre definire quale modalità di evacuazione adottare, in relazione alle condizioni delle persone da evacuare ed al luogo sicuro da raggiungere.

Si considera ai fini di questo piano LUOGO SICURO ogni comparto antincendio che sia separato da quello coinvolto da una porta REI o meglio da un filtro a prova di fumo.

Risulta necessario quindi individuare sempre la più vicina porta REI e sapere che superata quella porta e richiuso il serramento le probabilità di sopravvivenza per i pazienti/utenti sono enormemente accresciute.

Al fine di rendere schematiche le modalità di evacuazione dei vari piani, in funzione degli scenari, può essere opportuno codificare cinque procedure allegate al presente piano sotto la voce “schede operative di evacuazione” di seguito riportate e precisamente:

Scheda Operativa EV1	Evacuazione orizzontale delle persone non deambulanti
Scheda Operativa EV2	Evacuazione delle persone deambulanti
Scheda Operativa EV3	Attesa nella zona a rischio
Scheda Operativa EV4	Evacuazione verticale
Scheda Operativa EV5	Accoglienza degli evacuati

A.S.L. VC - GESTIONE DELLE EMERGENZE - EVACUAZIONE

SCHEDA DI ISTRUZIONI N°

**EV1 – Evacuazione Orizzontale dei
NON Deambulanti**

SCOPO

Tale procedura ha lo scopo di far raggiungere un luogo sicuro agli utenti non deambulanti nel più breve tempo possibile.

APPLICABILITÀ

Tale procedura deve essere attuata su ordine del CSE o del Coord. per l'Emergenza, dal personale presente.

RESPONSABILITÀ

La responsabilità dell'applicazione di tale procedura coinvolge ogni dipendente informato, in particolare il CSE e/o il Coord. per l'Emergenza.

**MODALITÀ
ESECUTIVE**

Valutata la pericolosità dell'evento, il CSE deciderà l'opportunità di evacuazione orizzontale delle persone non deambulanti, individuando il comparto di destinazione secondo le procedure di attuazione al seguito definite.

Il CSE instruirà quindi brevemente il personale in modo che provveda al trasferimento delle persone non deambulanti verso il luogo sicuro loro indicato, nel più breve tempo possibile.

Nelle ore più critiche (turni notturni, festivi) nel caso di carenza di personale, il centralinista, allertato dal CSE, richiederà l'intervento di altri addetti all'emergenza, secondo lo schema presente presso la portineria/centralino

A.S.L. VC - GESTIONE DELLE EMERGENZE – EVACUAZIONE

SCHEDA DI ISTRUZIONI N°

EV2 – Evacuazione delle Persone Deambulanti

SCOPO

Tale procedura ha lo scopo di far raggiungere un luogo sicuro alle persone deambulanti nel più breve tempo possibile.

APPLICABILITÀ

Tale procedura deve essere attuata su ordine del CSE o del Coord. per l'Emergenza, dal personale presente nel reparto

RESPONSABILITÀ

La responsabilità dell'applicazione di tale procedura coinvolge ogni dipendente informato, ed in particolare il CSE e/o il Coord. per l'Emergenza.

MODALITÀ ESECUTIVE

Il CSE o il Coord. per l'Emergenza dando attuazione all'evacuazione dei non deambulanti, provvederà altresì a sollecitare il raggiungimento di un luogo sicuro da parte delle persone deambulanti: personale non impegnato alle attività di evacuazione, degenti, utenti, accompagnatori, visitatori.

In particolare il personale sopra menzionato solleciterà le persone deambulanti a:

- raggiungere le uscite di sicurezza più vicine;
- operare evacuazione orizzontale nel caso che le uscite di sicurezza siano non raggiungibili o non utilizzabili a causa del fumo.

E' fatto divieto di utilizzare gli ascensori nell'area incidentata (ove presenti)

A.S.L. VC - GESTIONE DELLE EMERGENZE - EVACUAZIONE

SCHEDA DI ISTRUZIONI N°

EV3 – Attesa nella Zona a Rischio

SCOPO

Tale procedura ha lo scopo di definire il comportamento di coloro per i quali le vie di fuga sono inutilizzabili perché impedito dal fumo o dal fuoco, o che, comunque, sono costretti a rimanere bloccati perché inamovibili

APPLICABILITÀ

Tale procedura deve essere attuata dal personale e dalle persone eventualmente coinvolte.

RESPONSABILITÀ

La responsabilità dell'applicazione di tale procedura coinvolge ogni dipendente informato.

MODALITÀ ESECUTIVE

Le persone per i quali la fuga è impedita dall'incendio o inamovibili, dovranno rimanere nelle proprie camere seguendo le istruzioni loro impartite dal personale presente o che comunque si metta in comunicazione con loro.

In particolare il personale provvederà a suggerire loro di:

- rimanere tassativamente chiusi sigillando la porta con tessuti, per evitare l'ingresso del fumo;
- bagnare la porta con acqua, se possibile;
- segnalare la propria presenza dalla finestra ed attendere i soccorsi
- rimanere calmi.

A.S.L. VC - GESTIONE DELLE EMERGENZE - EVACUAZIONE

SCHEDA DI ISTRUZIONI N°

EV4 – Evacuazione Verticale

SCOPO

Tale procedura ha lo scopo di far raggiungere un luogo sicuro alle persone, deambulanti e non, nel più breve tempo possibile, quando non sia possibile, un'evacuazione orizzontale.

APPLICABILITÀ

Tale procedura deve essere attuata dalle persone presenti nel reparto, su ordine del CSE o del Coord. per l'Emergenza.

RESPONSABILITÀ

La responsabilità dell'applicazione di tale procedura coinvolge ogni dipendente informato ed in particolare il CSE o il Coord. per l'Emergenza.

MODALITÀ ESECUTIVE

Il CSE, in presenza di una emergenza deve decidere l'opportunità di evacuazione verticale secondo le procedure di attuazione al seguito definite, qualora non sia possibile individuare sullo stesso piano una zona sicura.

Il CSE opererà tale evacuazione anche se l'emergenza è in un comparto adiacente a quello coinvolto, per il quale cioè le procedure di attuazione prevedano lo sgombero dei comparti confinanti, ovvero quando si tratta di reparto adiacente non "critico" (sarebbe possibile un'evacuazione orizzontale), nel reparto vi è solo occasionale presenza di degenti (es. ambulatori).

In particolare il personale opererà in modo tale che:

- i visitatori e i degenti raggiungano le uscite di sicurezza più vicine;
- i visitatori e i degenti attuino l'evacuazione orizzontale nel caso che le uscite di sicurezza siano non raggiungibili o non utilizzabili a causa del fumo, per poi operare l'evacuazione verticale da un comparto adiacente non coinvolto;
- i degenti non deambulanti siano evacuati.

Nelle ore più critiche (turni notturni, festivi) nel caso di carenza di personale, il centralinista, allertato dal CSE, richiederà l'intervento di altri addetti all'emergenza, secondo lo schema presente presso la portineria/centralino

E' fatto divieto di utilizzare gli ascensori nell'area incidentata (ove presenti)

A.S.L. VC - GESTIONE DELLE EMERGENZE - EVACUAZIONE

SCHEDA DI ISTRUZIONI N°

EV5 – Accoglienza degli Evacuati

SCOPO

Tale procedura ha lo scopo di evitare il sovraffollamento per i comparti che rappresentano un luogo sicuro alle persone evacuate dai comparti incidentati.

APPLICABILITÀ

Tale procedura deve essere attuata dalle persone presenti nel servizio, su ordine del CPSE (Caposala) o suo sostituto.

RESPONSABILITÀ

La responsabilità dell'applicazione di tale procedura coinvolge ogni dipendente informato, e richiede massima collaborazione da parte degli utenti.

**MODALITÀ
ESECUTIVE**

Il CPSE (o suo sostituto) del comparto meta di esodo da un comparto incidentato, dovrà operare per garantire nel miglior modo l'accoglienza degli "ospiti".

A tal fine, egli diffonderà il seguente messaggio indirizzato ai visitatori:

- **Questa area sta per essere meta di pazienti provenienti da una zona adiacente incidentata.**
- **Questa area è un luogo sicuro e pertanto siete tutti pregati di mantenere la calma.**
- **I Sigg. accompagnatori sono pregati di lasciare l'area utilizzando le scale per non creare confusione e sovraffollamento.**
- **I vostri parenti non corrono nessun rischio.**
- **Siete pregati di collaborare e di non essere d'intralcio al personale, grazie.**

Il personale provvederà quindi ad accogliere gli evacuati, avendo cura di sistemarli opportunamente e prestando attenzione, per quanto possibile, a lasciare sgombre le vie di fuga (ad esempio disporre le barelle in locali diversi dal corridoio e, comunque, da un solo lato dello stesso evitando i percorsi a zig-zag).

6. RESPONSABILITÀ

<i>Funzione responsabile</i>	<i>Attività</i>
S.P.P.	Aggiornamento della presente procedura
Direzione Medica	Diffusione della procedura nell'ambito di competenza Vigilanza sulla corretta applicazione di quanto rilevato
S.C. Tecnico	Diffusione della procedura nell'ambito di competenza Vigilanza sulla corretta applicazione di quanto rilevato

7. RIFERIMENTI

- D.M. 10 marzo 1998
- D.M. 18 settembre 2002
- D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e smi
- “Linee guida per una efficace gestione del rischio incendio e dell'emergenza nelle strutture ospedaliere” – Regione Piemonte – gennaio 2007
- “Linee guida regionali per la strutturazione di un piano di emergenza interna ed evacuazione in caso di incendio: dalla sicurezza delle cure alle cure in sicurezza” – ARESS – Regione Piemonte – dicembre 2010
- DVR - Documento di Valutazione dei Rischi – art. 28 del D.Lgs. n. 81/08 e smi
- DVR-INC - Documento di Valutazione del Rischio Incendio.

8. STORIA DELLE MODIFICHE

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	01.09.2014	Prima emissione