



AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA

NOTE INFORMATIVE SUI RISCHI PRESENTI IN
ASST LARIANA

ALLEGATO 1 : OPUSCOLO INFORMATIVO

ALLEGATO 2 : DISPOSIZIONI GENERALI DI SICUREZZA

ALLEGATO 3 : OBBLIGHI IN MATERIA DI SICUREZZA

ALLEGATO 4 : PIANI DI EMERGENZA –ASST LARIANA

**ALLEGATO 5 : RISCHIO AGGRESSIONI NEI SERVIZI
PSICHIATRICI**

Per presa visione : Datore di Lavoro ditta appaltatrice

.....

ALLEGATO 1

OPUSCOLO INFORMATIVO

Segnalazione dei rischi che si possono riscontrare negli ambienti dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana ed eventuali misure atte a prevenirli.

Informazioni di sicurezza rivolte alle imprese appaltatrici ed ai lavoratori autonomi per lavori affidati all'interno dell'ASST Lariana ai sensi dell'art. 26 del Decreto Legislativo n° 81 del 9 aprile 2008

Introduzione

Lo scopo del presente opuscolo è quello di fornire il più possibile, informazioni riguardanti i rischi specifici presenti negli ambienti dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana e sulla loro rilevanza rispetto al personale di ditte, imprese, cooperative ecc.. nonché lavoratori autonomi, professionisti cui sono affidati appalti o contratti d'opera all'interno della stessa Azienda. Esso raccoglie quindi le principali indicazioni di sicurezza predisposte dall'Azienda Ospedaliera in applicazione **dell'art. 26 del Decreto Legislativo 81/08**.

Appare chiaro che per il perseguimento delle migliori condizioni di sicurezza nei lavori affidati a personale non sanitario all'interno dell'Azienda ospedaliera, risulta di primaria importanza l'attivazione di un flusso informativo fra i diversi soggetti implicati: datore di lavoro committente, datore di lavoro della ditta appaltatrice, responsabile/i dei reparti e servizi interessati ai lavori, ufficio ospedaliero preposto alla gestione dell'appalto, Direzione Sanitaria e Servizio di prevenzione e protezione. Il presente opuscolo si configura quale supporto operativo nel contesto di questo flusso di informazioni.

Le informazioni e indicazioni contenute nel presente opuscolo costituiscono adempimento, da parte del datore di lavoro committente (datore di lavoro dell'Azienda Ospedaliera), dell'obbligo di fornire alle imprese appaltatrici/lavoratori autonomi, dettagliate informazioni sui rischi dovuti alle interferenze tra i lavori delle diverse imprese coinvolte nell'esecuzione dell'opera complessiva.

Il presente opuscolo vuole essere parte integrante del processo di cooperazione e coordinamento degli interventi atti alla prevenzione e protezione, della compresenza di più ditte nello stesso luogo di lavoro (D.Lvo 81/08, art. 26 c.2 lett. b), processo la cui promozione è in capo al DDL committente (D.Lvo 81/08, art. 26 c.3).

Il suddetto obbligo non si estende ai rischi specifici propri dell'attività delle imprese appaltatrici o dei singoli lavoratori autonomi, come stabilito al c. 3 dell'art. 26 del D. Lvo 81/08. Si è tuttavia ritenuto utile riportare nel presente opuscolo anche alcune indicazioni relative a rischi specifici propri di attività tipicamente affidate a ditte appaltatrici all'interno dell'Azienda Ospedaliera: queste indicazioni, frutto dell'esperienza maturata nello specifico dell'ambito ospedaliero, sono da intendersi esclusivamente quali suggerimenti/accorgimenti non esaustivi di tutti i possibili rischi propri di queste attività. Esse si rivolgono ai datori di lavoro delle imprese appaltatrici o lavoratori autonomi.

Si riporta di seguito il testo integrale dell'art. 26 del Decreto Legislativo 81/08 che detta norme sui contratti d'appalto e contratti d'opera.

TESTO UNICO SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

CAPO III – GESTIONE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO

SEZIONE I – MISURE DI TUTELA E OBBLIGHI

Articolo 26 - Obblighi connessi ai contratti d'appalto o d'opera o di somministrazione

1. Il datore di lavoro, in caso di affidamento dei lavori all'impresa appaltatrice o a lavoratori autonomi all'interno della propria azienda, o di una singola unità produttiva della stessa, nonché nell'ambito dell'intero ciclo produttivo dell'azienda medesima:
 - a) verifica, con le modalità previste dal decreto di cui all'articolo 6, comma 8, lettera g), l'idoneità tecnico professionale delle imprese appaltatrici o dei lavoratori autonomi in relazione ai lavori da affidare in appalto o mediante contratto d'opera o di somministrazione. Fino alla data di entrata in vigore del decreto di cui al periodo che precede, la verifica è eseguita attraverso le seguenti modalità:
 - 1) acquisizione del certificato di iscrizione alla camera di commercio, industria e artigianato;
 - 2) acquisizione dell'autocertificazione dell'impresa appaltatrice o dei lavoratori autonomi del possesso dei requisiti di idoneità tecnico professionale, ai sensi dell'art. 47 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445;
 - b) fornisce agli stessi soggetti dettagliate informazioni sui rischi specifici esistenti nell'ambiente in cui sono destinati ad operare e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate in relazione alla propria attività.
2. Nell'ipotesi di cui al comma 1, i datori di lavoro, ivi compresi i subappaltatori:
 - a) cooperano all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione dai rischi sul lavoro incidenti sull'attività lavorativa oggetto dell'appalto;
 - b) coordinano gli interventi di protezione e prevenzione dai rischi cui sono esposti i lavoratori, informandosi reciprocamente anche al fine di eliminare rischi dovuti alle interferenze tra i lavori delle diverse imprese coinvolte nell'esecuzione dell'opera complessiva.
3. Il datore di lavoro committente promuove la cooperazione ed il coordinamento di cui al comma 2, elaborando un unico documento di valutazione dei rischi che indichi le misure adottate per eliminare o, ove ciò non è possibile, ridurre al minimo i rischi da interferenze. Tale documento è allegato al contratto di appalto o di opera.

Ai contratti stipulati anteriormente al 25 agosto 2007 ed ancora in corso alla data del 31 dicembre 2008, il documento di cui al precedente periodo deve essere allegato entro tale ultima data. Le disposizioni del presente comma non si applicano ai rischi specifici propri dell'attività delle imprese appaltatrici o dei singoli lavoratori autonomi.

4. Ferme restando le disposizioni di legge vigenti in materia di responsabilità solidale per il mancato pagamento delle retribuzioni e dei contributi previdenziali e assicurativi, l'imprenditore committente risponde in solido con l'appaltatore, nonché con ciascuno degli eventuali subappaltatori, per tutti i danni per i quali il lavoratore, dipendente dall'appaltatore o dal subappaltatore, non risulti indennizzato ad opera dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) o dell'Istituto di previdenza per il settore marittimo (IPSEMA). Le disposizioni del presente comma non si applicano ai danni conseguenza dei rischi specifici propri dell'attività delle imprese appaltatrici o subappaltatrici.
5. Nei singoli contratti di subappalto, di appalto e di somministrazione, anche qualora in essere al momento della data di entrata in vigore del presente decreto, di cui agli articoli 1559, ad esclusione dei contratti di somministrazione di beni e servizi essenziali, 1655, 1656 e 1677 del codice civile, devono essere specificamente indicati a pena di nullità ai sensi dell'articolo 1418 del codice civile i costi relativi alla sicurezza del lavoro con particolare riferimento a quelli propri connessi allo specifico appalto. Con riferimento ai contratti di cui al precedente periodo stipulati prima del 25 agosto 2007 i costi della sicurezza del lavoro devono essere indicati entro il 31 dicembre 2008, qualora gli stessi contratti siano ancora in corso a tale data. A tali dati possono accedere, su richiesta, il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza e gli organismi locali delle organizzazioni sindacali dei lavoratori comparativamente più rappresentative a livello nazionale.
6. Nella predisposizione delle gare di appalto e nella valutazione dell'anomalia delle offerte nelle procedure di affidamento di appalti di lavori pubblici, di servizi e di forniture, gli enti aggiudicatari sono tenuti a valutare che il valore economico sia adeguato e sufficiente rispetto al costo del lavoro e al costo relativo alla sicurezza, il quale deve essere specificamente indicato e risultare congruo rispetto all'entità e alle caratteristiche dei lavori, dei servizi o delle forniture. Ai fini del presente comma il costo del lavoro e' determinato periodicamente, in apposite tabelle, dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale, sulla base dei valori economici previsti dalla contrattazione collettiva stipulata dai sindacati comparativamente più rappresentativi, delle norme in materia previdenziale ed assistenziale, dei diversi settori merceologici e delle differenti aree territoriali. In mancanza di contratto collettivo applicabile, il costo del lavoro e' determinato in relazione al contratto collettivo del settore merceologico più vicino a quello preso in considerazione.
7. Per quanto non diversamente disposto dal decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163, come da ultimo modificate dall'articolo 8, comma 1, della legge 3 agosto 2007, n. 123, trovano applicazione in materia di appalti pubblici le disposizioni del presente decreto.
8. Nell'ambito dello svolgimento di attività in regime di appalto o subappalto, il personale occupato dall'impresa appaltatrice o subappaltatrice deve essere munito di apposita tessera di riconoscimento corredata di fotografia, contenente le generalità del lavoratore e l'indicazione del datore di lavoro.

RASSEGNA DEI PRINCIPALI RISCHI SPECIFICI PER LA SALUTE E LA SICUREZZA DEI LAVORATORI IN AMBIENTE OSPEDALIERO E LORO INCIDENZA SUI LAVORATORI NON ADDETTI AD ATTIVITÀ SANITARIE

Considerazioni generali

I rischi di esposizione a microrganismi, endoparassiti umani, vettori virali, agenti biologici patogeni, sussiste in tutti i reparti/servizi di assistenza e diagnosi. Il rischio biologico più rilevante è quello associato agli agenti virali a trasmissione ematica (sangue), come il virus dell'epatite e quello dell'immunodeficienza umana (HIV).

La trasmissione occupazionale di questi virus e di altri agenti infettivi a trasmissione ematica, avviene solitamente in seguito a esposizione con sangue o altri liquidi biologici infetti, in seguito a punture o tagli provocate da aghi o taglienti inopportunosamente manipolati o non correttamente eliminati, ed è comunque in stretta relazione con le attività sanitarie svolte.

La stretta osservanza dell'applicazione delle precauzioni universali per la manipolazione e lo smaltimento di fluidi, dei materiali biologici e degli scarti potenzialmente infetti, il corretto uso di contenitori rigidi per aghi o taglienti associata alla osservanza delle corrette procedure per la manipolazione dei campioni biologici, riduce al minimo questo rischio per gli operatori sanitari e ne riduce al minimo anche l'incidenza sulle attività non sanitarie affidate ad imprese esterne o lavoratori autonomi.

La specifica informazione ai lavoratori esterni al reparto che devono operare all'interno dello stesso, operata da parte del personale responsabile del reparto, costituisce fattore determinante per la riduzione del rischio biologico.

Indicazioni generali sul rischio biologico in servizi e attività non sanitarie di supporto all'ambiente ospedaliero (pulizia e sanificazione, manutenzione in genere, servizi economici)

Durante l'attività di pulizia degli ambienti (o le attività di manutenzione in genere), risulta, di norma, molto bassa la possibilità di contaminazione biologica per le motivazioni di seguito espresse.

Innanzitutto si rileva che detta modalità di contagio, come espresso nel precedente paragrafo, si può generalmente verificare quando c'è un contatto

diretto con il paziente, nell'esecuzione di procedure assistenziali che sono di competenza esclusiva del personale addetto all'assistenza.

Oltre a quanto sopra, la garanzia di adeguate condizioni di sicurezza per il personale di ditte esterne operante all'interno dei luoghi di assistenza, è assicurata dall'applicazione delle precauzioni essenziali di sicurezza comunemente adottate in ogni ambiente sanitario, l'applicazione delle quali è controllata dal responsabile di reparto.

Più in particolare ogni responsabile di reparto deve favorire lo svolgimento dell'attività degli operatori di ditte esterne evitando loro l'esposizione accidentale ad agenti biologici accertando la sussistenza di quanto segue :

- *osservanza, da parte del personale di assistenza, dell'applicazione delle precauzioni universali per la manipolazione e lo smaltimento dei rifiuti potenzialmente infetti nei modi e nei tempi previsti (corretto smaltimento di aghi e taglienti in contenitori rigidi);*
- *controllo sistematico della adeguatezza ed osservanza delle corrette procedure in uso in reparto per quanto attiene la manipolazione dei campioni biologici;*
- *fornitura di informazioni sistematiche al personale delle ditte appaltanti in merito agli eventuali rischi di esposizione, soprattutto riguardo ai pazienti sottoposti a misure cautelative di isolamento; a questo proposito, il responsabile di reparto deve fornire informazioni sulle modalità di trasmissione degli agenti infettivi e sulle misure cautelative da adottare.*

Dette informazioni devono riguardare:

- *l'eventuale necessità ed il tipo di dispositivo di protezione da utilizzare*
- *l'eventuale necessità di utilizzare sovracamici o quant'altro a protezione della persona*
- *le procedure che possono potenzialmente esporre al rischio di contagio durante il normale svolgimento delle pulizie.*

A questo proposito si fa presente che, quando il paziente affetto da patologie infettive non è più presente nella camera (per trasferimento, dimissione...,) e la stessa è stata opportunamente ventilata (apertura delle finestre per almeno 20 minuti), cessano di esistere le condizioni che impongono l'utilizzo di dispositivi di protezione.

Il personale addetto alle operazioni di pulizia ordinaria, straordinaria o di manutenzione in genere deve sempre osservare quanto segue:

- *Prima di iniziare qualsiasi intervento di pulizia ordinaria, straordinaria o di manutenzione in genere, è necessario che il personale addetto si rivolga al responsabile del reparto o all'addetto da lui incaricato per richiedere informazioni su eventuali circostanze di rischio specifico per le quali sia necessario adottare particolari misure di prevenzione.*
- *In caso di infortunio attenersi alle procedure stabilite dal "documento di valutazione dei rischi adottato dall'Azienda Sant'Anna in ottemperanza al nuovo Decreto Legislativo n° 81 del 9 aprile 2008 (vedi allegato n° 001).*

Alcune precauzioni contro il rischio biologico proprio delle operazioni di pulizia e sanificazione

Viste le particolarità ambientali in cui è svolto il lavoro, all'interno di una struttura sanitaria, si ritiene opportuno indicare alcuni principi generali di sicurezza che l'impresa appaltatrice deve considerare nell'ambito della valutazione dei rischi di sua competenza, al fine di ridurre l'esposizione a rischio biologico dei propri lavoratori.

- *nei laboratori, in nessun caso gli operatori del servizio di pulizia devono essere addetti alla sanificazione e quant'altro delle apparecchiature per l'esecuzione degli esami, delle cabine di sicurezza, dello strumentario di laboratorio, dei piani di lavoro, o di altra superficie sulla quale vi sono campioni biologici, fatta salva l'esplicita autorizzazione da parte del responsabile del laboratorio stesso.*
- *ogni operatore deve indossare idonea divisa da lavoro, completa di calzature antiscivolo, possibilmente idrorepellenti e chiuse completamente o almeno nella parte anteriore; è da evitare l'uso di ciabatte o zoccoli che non garantiscano la copertura completa dell'avampiede o che non diano garanzia di corretta calzabilità durante lo svolgimento del lavoro.*

L'utilizzo di calzature aperte può costituire causa di infortunio a seguito di traumatismi per colpi accidentali in punti quali le ruote dei lettini, gli spigoli delle porte, ecc. . Non garantiscono inoltre un corretto isolamento del piede dall'acqua nelle procedure che prevedono l'utilizzo di deceranti con conseguente spargimento di liquidi in consistente quantità sui pavimenti.

- *Prima delle normali operazioni di pulizia indossare guanti in gomma vinilica, con contenimento dell'avambraccio (tipo domestico), da sostituire in base agli ambienti cui sono dedicati (possibilmente differenziati per colore: 1 paio per le zone di degenza, 1 paio per i bagni). Tutti gli operatori dovranno essere debitamente informati in merito alle corrette procedure di manutenzione dei guanti in dotazione (pulizia dopo l'utilizzo, valutazione dell'usura, ecc.).*

E' sconsigliato l'uso di guanti monouso in lattice in quanto facilmente perforabili e perché non garantiscono sicura tenuta per evitare il contatto della cute con i preparati detergenti e/o disinfettanti utilizzati per le pulizie; possono inoltre essere causa di sensibilizzazioni cutanee al lattice del personale esposto.

- *Devono essere messi a disposizione, da parte della ditta appaltatrice, presidi protettivi quali sovracamici e mascherine idonee al tipo di lavoro, da indossare ogniqualvolta il responsabile di reparto ne faccia segnalazione.*
- *In alcuni reparti (ematologia adulti e pediatrica), è richiesto al personale dell'impresa pulizie di indossare mascherine prima di entrare nelle camere di degenza. Questa richiesta è a protezione dei pazienti ricoverati e solitamente non comporta nessuna esposizione a rischio infettivo del personale.*
- *Nel caso sia necessaria la protezione delle vie respiratorie per la prevenzione di esposizione ad agenti infettivi, il personale deve essere dotato, da parte della impresa, di dispositivi di protezione delle vie respiratorie idonei allo scopo e deve essere opportunamente informato circa il loro corretto utilizzo e manutenzione. Si segnala che per patologie a trasmissibilità aerea, quale ad esempio la tubercolosi, nei casi indicati occorre utilizzare apposite mascherine tipo facciale filtrante di classe FFP2.*

Evitare assolutamente

- *di introdurre le mani in cestini o sacchi per la raccolta dei rifiuti;*
- *di raccogliere aghi o altro senza le dovute precauzioni; avvisare il personale di assistenza per evitare incidenti e per provvedere al corretto smaltimento;*
- *di manipolare apparecchi o presidi a contatto con il paziente.*

Rischio biologico connesso alla movimentazione e stoccaggio dei rifiuti ospedalieri

Il personale addetto alla movimentazione ed al trasporto al luogo di stoccaggio dei contenitori dei rifiuti ospedalieri non assimilabili agli urbani, sono esposti a rischio potenziale di contaminazioni biologiche in seguito a puntura, taglio o contatto accidentale con materiale biologico contenuto nei rifiuti, in seguito ad errate procedure di manipolazione.

Al fine di evitare questa possibilità, è necessario che i lavoratori addetti alla movimentazione rifiuti siano correttamente edotti, da parte dei rispettivi datori di lavoro, sulla natura dei materiali che devono trasportare.

È assolutamente vietato quanto segue:

- *aprire i contenitori ed introdurre le mani, o capovolgere gli stessi con rischio di fuoriuscita del materiale contenuto;*
- *manipolare i contenitori senza avere indossato idonei guanti protettivi forniti dal datore di lavoro; si consiglia l'uso di guanti protettivi anche per le operazioni di pulizia dei carrelli utilizzati per il trasporto;*
- *toccare a mani nude i contenitori visibilmente sporchi o umidi; in questo caso segnalare ai responsabili di reparto l'inconveniente affinché sia possibile la sostituzione del contenitore in sicurezza.*

Si raccomanda l'uso di una divisa da lavoro da indossare durante le manovre di raccolta e stoccaggio dei rifiuti ospedalieri non assimilabili agli urbani e di idonee calzature antiscivolo, onde prevenire incidenti da caduta o scivolamento.

Rischio biologico connesso al servizio di lavanderia e guardaroba

Il rischio di esposizione ad agenti biologici per il personale del servizio di lavanderia e guardaroba è molto limitato.

In letteratura non sono riportati casi di patologie infettive a carico del personale addetto a questo servizio, anche se sono da segnalare rischi di contatto accidentale con materiale biologico in seguito a puntura accidentale causata da presidi erroneamente smaltiti tra la biancheria.

Le disposizioni impartite ai reparti al fine di identificare in modo inequivocabile la biancheria sporca con materiale o fluidi biologici, riduce il rischio di entrare in contatto con queste sostanze.

Per evitare che comunque si verifichino incidenti da esposizione a materiale biologico si raccomanda a tutto il personale operante in questo servizio di:

- *evitare di aprire i sacchi contenenti biancheria o effetti letterei identificati come potenzialmente infetti;*
- *evitare o ridurre la cernita manuale della biancheria e comunque, durante tutte le manipolazioni di carico macchina e manipolazione, indossare obbligatoriamente idonei guanti protettivi resistenti al taglio, al fine di evitare rischi di puntura accidentale con taglienti erroneamente contenuti nella biancheria;*
- *indossare guanti protettivi durante le operazioni di sfoderamento di materassi e cuscini e provvedere alla disinfezione in autoclave di tutti gli effetti letterei visibilmente macchiati (anche se le macchie sono di piccole dimensioni);*
- *indossare idonea maschera FFP1 durante le operazioni di sfoderamento degli effetti letterei al fine di evitare ripetute esposizioni a polveri e lattice che si liberano nell'ambiente durante la manovra;*
- *indossare idonei guanti vinilici durante le operazioni di rifoderatura degli effetti letterei.*

La biancheria e gli effetti letterei segnalati come potenzialmente infetti vanno inviati, a mezzo Ditta esterna, a trattamento di disinfezione e lavaggio.

Rischio biologico connesso ai servizi di manutenzione in genere (impianti tecnologici, macchinari, apparecchiature in genere)

In generale si deve osservare che, fermo restando il rispetto delle elementari norme igieniche, per il personale, interno o esterno, operante in questo settore il rischio di contrarre patologie di origine infettiva negli ambienti ospedalieri non è superiore rispetto alle medesime attività svolte in altri ambienti di lavoro. Pertanto per questo personale la possibilità di contrarre patologie di origine infettiva sul luogo di lavoro è da ritenersi estremamente bassa.

In caso di interventi di manutenzione da effettuare nei reparti, se si richiede l'intervento all'interno delle camere e dei servizi di degenza, si raccomanda di rivolgersi preventivamente alla caposala o comunque al personale di reparto per acquisire informazioni in merito ad eventuali misure cautelative da adottare.

Si raccomanda, soprattutto per gli interventi che riguardano la manutenzione di bagni e/o servizi igienici, l'utilizzo di guanti protettivi in gomma e di stivali, e di eventuali altri mezzi barriera onde impedire il contatto con liquami o acque sporche.

Norme per la prevenzione delle infezioni da Aspergillo (durante l'esecuzione dei lavori)

L'*Aspergillus* spp è un fungo ubiquitario che è stato isolato da aria non filtrata, sistemi di ventilazione, polvere contaminata sollevata nel corso di ristrutturazioni e costruzioni ospedaliere, superfici orizzontali, cibo e piante ornamentali. L'*aspergillosi* nosocomiale rappresenta una causa sempre più frequentemente riconosciuta di rischio nei pazienti con elevato grado di immunocompromissione.

Gli interventi di costruzione o ristrutturazione ospedaliera, soprattutto per lavori interni o in contiguità alle attività sanitarie, dovranno rispettare le seguenti precauzioni che saranno applicate in funzione dell'effettivo livello di rischio per i pazienti sopra richiamato, secondo il parere dalla direzione sanitaria del presidio:

- *costruire delle barriere tra le aree di degenza dei pazienti e le aree in cui si svolgono i lavori, per prevenire l'ingresso di polvere; tali barriere (ad es. di plastica o muri a secco) dovrebbero essere impermeabili all'Aspergillus spp;*
- *lavorare mantenendo una condizione di umidità sufficiente a ridurre la dispersione di polveri;*
- *utilizzare attrezzature con sistemi di aspirazione;*
- *deve essere data informazione al personale ed ai visitatori sulle zone in cui è interdetto il passaggio, anche mediante adeguata segnaletica; devono essere individuati e segnalati i percorsi alternativi;*
- *con l'utilizzo di segnaletica o di altri idonei accorgimenti, dirigere il passaggio delle persone provenienti dalla zona dei lavori lontano dalle aree di degenza, in modo da limitare al massimo l'apertura e chiusura di porte (o altre barriere) che possono provocare la diffusione di polveri, ingresso di aria o tracce di polvere nelle aree di degenza dei pazienti;*
- *stabilire la tempistica di attività del cantiere con relativi orari di lavoro;*
- *rimuovere il materiale di risulta con modalità tali da evitare la dispersione di polvere;*
- *la zona di lavoro deve essere adeguatamente pulita ogni giorno;*
- *nel caso di lavori effettuati all'interno dell'ospedale, valutare la necessità di creare e mantenere una pressione negativa rispetto alle adiacenti aree di degenza (valutando anche che non esistano controindicazioni quali, ad esempio, la presenza di pazienti con tubercolosi contagiosa nelle vicine aree di degenza).*

La Ditta appaltatrice potrà individuare, in sostituzione ai provvedimenti sopra riportati, soluzioni tecniche alternative equivalenti che saranno proposte alla direzione sanitaria del presidio .

Rischio movimentazione manuale dei carichi

TITOLO VI – MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI

Articolo 167 - Campo di applicazione

1. Le norme del presente titolo si applicano alle attività lavorative di movimentazione manuale dei carichi che comportano per i lavoratori rischi di patologie da sovraccarico biomeccanico, in particolare dorso-lombari.

2. Ai fini del presente titolo, s'intendono:

- a) **movimentazione manuale dei carichi:** le operazioni di trasporto o di sostegno di un carico ad opera di uno o più lavoratori, comprese le azioni del sollevare, deporre, spingere, tirare, portare o spostare un carico, che, per le loro caratteristiche o in conseguenza delle condizioni ergonomiche sfavorevoli, comportano rischi di patologie da sovraccarico biomeccanico, in particolare dorso-lombari;
- b) **patologie da sovraccarico biomeccanico:** patologie delle strutture osteoarticolari, muscolotendinee e nervovascolari.

Negli ambienti ospedalieri sono presenti percorsi in pendenza che richiedono una specifica valutazione per le operazioni di traino e spinta di carrelli, letti e barelle, inoltre è possibile la presenza di carichi eccessivi, sbilanciati ecc..

1. Il datore di lavoro adotta le misure organizzative necessarie e ricorre ai mezzi appropriati, in particolare attrezzature meccaniche, per evitare la necessità di una movimentazione manuale dei carichi da parte dei lavoratori.

2. Qualora non sia possibile evitare la movimentazione manuale dei carichi ad opera dei lavoratori, il datore di lavoro adotta le misure organizzative necessarie, ricorre ai mezzi appropriati e fornisce ai lavoratori stessi i mezzi adeguati, allo scopo di ridurre il rischio che comporta la movimentazione manuale di detti carichi, tenendo conto dell'allegato (vedi allegato n° 002), ed in particolare:

- a) organizza i posti di lavoro in modo che detta movimentazione assicuri condizioni di sicurezza e salute;
- b) valuta, se possibile anche in fase di progettazione, le condizioni di sicurezza e di salute connesse al lavoro in questione;
- c) evita o riduce i rischi, particolarmente di patologie dorso-lombari, adottando le misure adeguate, tenendo conto in particolare dei fattori individuali di rischio, delle caratteristiche dell'ambiente di lavoro e delle esigenze che tale attività comporta;
- d) sottopone i lavoratori alla sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41, sulla base della valutazione del rischio e dei fattori individuali di rischio.

Rischio chimico

Considerazioni generali

In tutti i settori ospedalieri sono in uso sostanze chimiche, pertanto i provvedimenti idonei alla prevenzione dell'esposizione incongrua a sostanze di origine chimica sono:

- *l'adeguata segnalazione dei rischi correlati all'uso di sostanze chimiche,*
- *particolare attenzione all'etichettatura su tutti i contenitori,*
- *presenza delle schede di sicurezza delle sostanze utilizzate,*
- *corretta informazione degli operatori che utilizzano dette sostanze.*

Nei reparti e servizi ospedalieri, le sostanze chimiche più diffuse sono i detergenti ed i disinfettanti.

Si raccomanda attenzione nella manipolazione all'utilizzo dei prodotti con etichette riportanti la sigla rischio R40 ('possibilità di effetti cancerogeni – Prove insufficienti'), R45 ('può provocare il cancro') e R49 ('può provocare il cancro per inalazioni'). Si segnala che i farmaci non riportano queste frasi di rischio, in quanto non obbligatoria la segnalazione sulle sostanze farmaceutiche.

Rischi chimici propri delle imprese appaltatrici o dei singoli lavoratori autonomi

È assolutamente vietato manipolare, spostare, aprire, versare il contenuto di confezioni di sostanze chimiche eventualmente presenti negli ambienti sanitari, in cui le ditte sono chiamate ad operare senza giustificato motivo e senza esplicita autorizzazione del responsabile del reparto. Per quanto attiene le sostanze chimiche che possono essere comunque presenti negli ambienti, si richiama l'attenzione al fatto che le stesse – sotto la responsabilità dei responsabili di reparto - risultano chiuse in contenitori etichettati a norma di legge ed ogni eventuale problema o contatto accidentale con esse va immediatamente riferito al responsabile del reparto che suggerirà i provvedimenti del caso.

L'esposizione ad agenti chimici, per quanto riguarda il personale delle ditte appaltatrici, ed in particolare per il personale delle ditte impegnate nelle operazioni di pulizia, movimentazione dei rifiuti, manutenzione, si può considerare limitato all'esposizione a sostanze (detergenti/disinfettanti, solventi, ecc) impiegate per lo svolgimento delle attività in oggetto.

Allo scopo di garantire la sicurezza nell'impiego di dette sostanze, ogni ditta appaltatrice dovrà procurare le schede di sicurezza di ogni prodotto utilizzato e provvedere all'informazione dei propri dipendenti in merito al corretto utilizzo delle sostanze e degli idonei DPI.

Farmaci Antiblastici

Fra gli agenti chimici ai quali può essere esposto il personale sanitario vengono considerati anche i farmaci antiblastici, alcuni dei quali possono avere effetti teratogeni e carcinogeni.

Durante tutte le fasi di manipolazione di questi farmaci, non deve ovviamente verificarsi la presenza di personale non sanitario negli stessi ambienti; per i casi particolari sarà attuata idonea informazione da parte del responsabile del reparto.

L'esposizione a farmaci antiblastici deve essere il più possibile controllata, inoltre devono essere disponibili tutti i DPI necessari e deve essere rispettato il protocollo di preparazione previsto.

La corretta applicazione, da parte del personale sanitario, di tutte le precauzioni atte a ridurre il rischio di esposizione a questi farmaci è tale da eliminare l'incidenza di questo fattore di rischio sul personale addetto ai servizi non sanitari (pulizie, manutenzione ecc.).

Rischio fisico

Radiazioni ionizzanti

In ospedale l'esposizione a radiazioni ionizzanti è dovuta alla occasionale e rara dispersione di raggi X dalle apparecchiature diagnostiche e terapeutiche ed alla emissione di radiazioni da pazienti trattati con radionuclidi.

Le conseguenze acute e croniche alla esposizione a radiazioni ionizzanti sono ben note. L'ambiente ospedaliero è generalmente ben protetto, mediante particolari accorgimenti strutturali, segnalazione e delimitazione delle zone a rischio e controlli dosimetrici del personale esposto. È importante evitare le esposizioni non necessarie e sottoporre a programmi di sorveglianza sanitaria il personale esposto, al fine di evidenziare i possibili effetti da esposizione cronica, che, se non controllata può causare: alterazioni cromosomiche, cancro, cataratta, anemia aplastica, fibrosi polmonare e renale, sterilità, invecchiamento precoce. Si ritiene poco significativa l'incidenza di questo fattore di rischio sul personale di ditte esterne comunque operante nelle aree classificate come a rischio in quanto:

- *nell'ospedale sono già correntemente applicati tutti i provvedimenti di radioprotezione a salvaguardia, oltretutto del personale sanitario, anche e principalmente dei pazienti e visitatori, provvedimenti che quindi tutelano anche l'eventuale personale di ditte esterne e/o personale comunque non sanitario chiamato ad operare nelle aree a rischio;*
- *durante lo svolgimento delle attività di ditte esterne all'interno degli ambienti sanitari, negli stessi non deve essere in corso alcun tipo di attività sanitaria ed in particolare radiologica;*
- *per i casi particolari nei quali sarà necessario l'accesso da parte delle ditte esterne e/o di personale comunque non sanitario nelle aree a rischio, il responsabile del reparto comunicherà le precauzioni contro il rischio di esposizione a radiazioni ionizzanti, concordando tempi e modalità dell'intervento, in occasione dei contatti preliminari all'avvio dei lavori.*

Radiazioni non ionizzanti

Nei lavoratori ospedalieri è frequente l'esposizione a radiazioni non ionizzanti generate da particolari apparecchiature fra queste le principali sono:

- *sorgenti di luce ultravioletta (lampade germicide, incubatrici, alcuni filtri per l'aria),*
- *radiazioni infrarosse (apparecchiature per la produzione di calore),*
- *microonde (da apparecchi per diatermia, sterilizzatori, forni per la preparazione dei cibi),*
- *sorgenti laser.*

Durante tutte le fasi di utilizzo di queste apparecchiature, non deve verificarsi la presenza di personale non sanitario negli stessi ambienti; per i casi particolari sarà attuata idonea informazione da parte del responsabile del reparto e saranno concordati con esso l'accesso, i tempi e le modalità di lavoro negli ambienti interessati.

Gli effetti sulla salute sono la produzione locale di calore con eventuale lieve irritazione congiuntivale e cutanea. L'esposizione a luce ultravioletta può provocare anche cataratta. Dall'esposizione diretta al raggio laser si possono ottenere bruciature alla pelle ed agli occhi fino ad arrivare alla cecità.

Il controllo di questo fattore di rischio è costituito, oltre che da periodiche misurazioni ambientali dei campi elettromagnetici, dall'adozione di cautele in tutte le fasi di utilizzo dei macchinari e attrezzature generatrici di radiazioni non ionizzanti; queste cautele possono essere oggetto di specifica formazione e informazione degli operatori sanitari esposti a questo fattore di rischio.

La stretta osservanza delle "disposizioni generali di sicurezza" riportate nell'apposito paragrafo del presente documento, unitamente al rispetto dei principi comportamentali dei lavoratori, contenuti in particolare nell'articolo 20 del D.L.vo 81/08, sono tali da ridurre al minimo l'incidenza di questo fattore di rischio nei confronti del personale di ditte esterne e/o del personale comunque non sanitario chiamato ad operare nelle aree nelle quali lo stesso rischio è presente.

Campi elettromagnetici:

Risonanza magnetica nucleare.

Attenersi alle specifiche istruzioni sui rischi derivanti dalla presenza di campi magnetici a forte intensità (vedi allegato n° 003)

Rischio per lavoratrici madri

Il Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale provvede ad informare le lavoratrici madri sui rischi che possono incorrere nel caso di gravidanza. All'atto dell'assunzione, tutto il personale femminile è informato delle normative di tutela della maternità e della paternità che fissano i principi per garantire la salute delle "lavoratrici madri" e del figlio, identificando mansioni e luoghi di lavoro "sicuri" per la donna in gravidanza. (vedi allegato n° 004)

Rischio elettrico

Considerazioni generali

I principali effetti sulla salute sono: scosse dolorose, arresti respiratori, bruciature profonde (elettriche e termiche), irregolarità del ritmo cardiaco, morte.

L'esposizione può avvenire quando c'è una mancanza di manutenzione ad una qualsiasi delle attrezzature elettriche, in caso di abuso e di mancanza di conoscenza dell'attrezzatura e/o dei suoi controlli. Le atmosfere arricchite di ossigeno e l'acqua possono contribuire a rendere le condizioni più rischiose.

Al fine di garantire un idoneo contenimento dei rischi per il personale utilizzatore di impianti e attrezzature elettriche, lo stesso personale deve porre particolare attenzione a che la strumentazione di qualsiasi tipo, i macchinari e gli impianti siano in buono stato, perfettamente funzionanti e non danneggiati: ogni situazione ritenuta non idonea, deve essere segnalata tempestivamente all'Ufficio Tecnico per le verifiche del caso; allo stesso Ufficio deve essere segnalata tempestivamente ogni "scossa elettrica", anche se di modesta entità, proveniente da qualsiasi tipo di attrezzatura elettrica.

È opportuno che l'allacciamento di apparecchi elettrici alla rete ospedaliera, a qualsiasi titolo, sia preceduto da una verifica degli stessi da parte degli uffici preposti (Ufficio Tecnico, Ingegneria Clinica), per accertarne la rispondenza alle norme di sicurezza vigenti e la compatibilità con rete elettrica ospedaliera.

È quindi da evitare l'uso di apparecchi che non siano stati preventivamente autorizzati e soprattutto deve essere controllato e ridotto al minimo l'allacciamento alla rete elettrica di apparecchi ad uso personale dei pazienti.

Considerazioni specifiche per le imprese appaltatrici o dei singoli lavoratori autonomi

Le ditte in appalto che per lo svolgimento delle proprie attività utilizzano utensili o macchinari ad alimentazione elettrica, devono utilizzare solo apparecchiature conformi alle norme vigenti in materia, e provvedere alla loro corretta manutenzione.

Per tutto ciò che attiene l'alimentazione delle apparecchiature elettriche, le imprese dovranno acquisire le necessarie informazioni dall'Ufficio Tecnico dell'Azienda ospedaliera ed attenersi strettamente alle indicazioni dallo stesso fornite.

Particolare attenzione va posta all'eventuale utilizzo di apparecchiature o utensili elettrici in prossimità di punti di erogazione gas medicali a motivo dell'aumentato rischio di incendio e/o esplosione; in questi casi è sempre necessario accertare che non sussistano dispersioni o situazioni di pericolo, chiedendo informazioni al responsabile del reparto/servizio in cui si opera.

Sicurezza antincendio

Le seguenti osservazioni di carattere generale valgono sia per gli addetti interni che per tutto il personale esterno operante a qualsiasi titolo all'interno degli ambienti ospedalieri.

Particolare attenzione viene posta al rischio di incendio nel normale svolgimento di tutte le attività sanitarie. In generale vengono adottate dall'Azienda Ospedaliera le misure di prevenzione (atte a limitare la possibilità di insorgenza dell'incendio) e le misure di protezione (atte a proteggere le persone in caso di incendio: impianti di rilevazione, impianti e dispositivi di spegnimento, definizione del piano di emergenza).

Ai fini del contenimento del rischio di incendio le vie e le uscite di sicurezza devono essere lasciate sgombre da qualsiasi tipo di materiali; i dispositivi antincendio devono essere correttamente ubicati ed in buono stato: ogni situazione ritenuta non idonea deve essere segnalata tempestivamente all'Ufficio Tecnico per le verifiche del caso.

In caso di emergenza il comportamento che ogni lavoratore, operante a qualsiasi titolo all'interno degli ambienti ospedalieri, deve tenere, è riportato nelle istruzioni contenute nel "Piano di emergenza presidio ospedaliero San'Anna" (vedi allegato n° 005)

Gas compressi, bombole

I gas compressi sono utilizzati in molti ambienti sanitari. Si possono trovare in contenitori (bombole) di varie dimensioni e allo stato puro o composto (esempi: ossigeno, anidride carbonica e azoto).

I gas compressi possono essere tossici, infiammabili ed esplosivi. Tali effetti derivano dalla compressione del gas e dagli effetti sulla salute che possono avere i prodotti chimici stessi.

Il controllo di questo fattore di rischio comporta essenzialmente l'adozione di cautele in tutte le fasi di utilizzo dei gas compressi e manipolazione dei relativi recipienti; queste cautele sono essere oggetto di specifica formazione e informazione degli operatori sanitari esposti a questo fattore di rischio.

Le precauzioni per il trasporto e l'impiego di gas compressi in bombola sono contenuti nell'apposita scheda informativa allegata.(vedi allegato n° 006)

OBBLIGHI IN MATERIA DI SICUREZZA DELL'APPALTATORE O LAVORATORE AUTONOMO E GESTIONE RISCHI DI INTERFERENZE

L'Appaltatore/lavoratore autonomo deve rispettare scrupolosamente, in ogni fase dell'attività oggetto dell'appalto, tutte le norme legislative e regolamentari vigenti sulla prevenzione degli infortuni, sulla sicurezza e sull'igiene nei luoghi di lavoro.

Fra le disposizioni di cui sopra si richiamano in particolare:

- il D.Lvo 9 aprile 2008 n. 81 "Attuazione dell'art. 1 della legge 3 agosto 2007 n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro";
- D.M. del 10/03/1998 recante: "Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro".
- D.M. del 18/09/2002 recante: "Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private".

Nel contesto degli obblighi derivanti all'aggiudicatario dalle suddette norme si richiama in particolare che lo stesso deve:

- rispettare regolamenti e disposizioni interni, portati a sua conoscenza dalla stazione appaltante;
- impiegare personale e mezzi idonei ad ogni lavorazione/attività;
- formare e informare il proprio personale al fine di garantire la propria e altrui sicurezza;
- richiedere al personale a qualunque titolo da lui coinvolto nel presente appalto la collaborazione, nei termini e modi pianificati dall'Azienda Ospedaliera, nell'attuazione del piano di emergenza/evacuazione aziendale: in tale contesto potrà essere richiesto che il suddetto personale venga chiamato a far parte della squadra di emergenza ai sensi del DM 10/03/1998";
- dotare il proprio personale dei dispositivi di protezione individuale necessari, in merito ai quali dovrà assicurare una formazione adeguata, organizzare l'addestramento all'uso se richiesto, esigerne il corretto impiego;

- controllare la rigorosa osservanza delle norme di sicurezza e d'igiene del lavoro da parte del proprio personale e d'eventuali subappaltatori;
- predisporre tutte le segnalazioni di pericolo eventualmente necessarie;
- fornire all'Amministrazione Aziendale tempestiva segnalazione d'ogni circostanza di cui viene a conoscenza, anche non dipendente dall'attività appaltata, che possa essere fonte di pericolo;
- attuare la cooperazione e coordinamento, con l'appaltante e ogni altro lavoratore – autonomo, ditta appaltatrice o subappaltatrice - presente nei luoghi di lavoro nei quali è chiamato ad operare, nello scambio delle informazioni ed in ogni ulteriore azione di prevenzione e protezione volte ad eliminare i rischi dovuti alle interferenze.

Ferme restando le responsabilità dell'Appaltatore riguardo alla sicurezza, l'Azienda Ospedaliera ha la facoltà di controllare che lo svolgimento dell'appalto avvenga nel rispetto delle condizioni di sicurezza contenute nel presente articolo e, in caso d'inadempienza, di far sospendere l'esecuzione del servizio, riservandosi di valutare ogni altra eventuale azione a tutela dei propri interessi.

DOCUMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DEL LAVORO DELL'APPALTATORE LAVORATORE/AUTONOMO

La Ditta titolare dell'appalto , a richiesta , dovrà presentare la seguente documentazione in relazione alle attività oggetto dell'appalto.

1. modalità operative di prevenzione d'incidenti e/o infortuni in relazione ai rischi specifici propri dell'attività appaltata (istruzioni, procedure, ecc.);
2. elenco completo delle sostanze e preparati utilizzate, relative schede di sicurezza, informazioni date ai lavoratori esposti;
3. mezzi/attrezzature disponibili e/o previsti per l'esecuzione dei lavori;
4. mezzi/attrezzature antinfortunistiche inerenti alla tipologia dei lavori da eseguire;
5. dotazione di dispositivi di protezione individuale e relativa formazione e addestramento all'uso;
6. organizzazione prevista per la gestione delle problematiche d'igiene e sicurezza: responsabile del servizio di prevenzione e protezione, medico competente, altre figure responsabili e relativi compiti;
7. Attestati di idoneità alla mansione rilasciati dal Medico Competente.
8. nominativi dei rappresentanti dei lavoratori
9. formazione professionale ed informazione (documentate) del proprio personale in materia di salute e sicurezza dello specifico lavoro appaltato;
10. adempimenti documentali prescritti da norme generali e particolari in materia d'igiene e sicurezza del lavoro.

RISCHI DA INTERFERENZE: ATTUAZIONE DELL'ART. 26 DEL D.L.vo n. 81/08

In osservanza dell'art. 26 del D.Lgs. n. 81 del 9 Aprile 2008 , la stazione appaltante:

- fornisce all'appaltatrice puntuali informazioni sui rischi specifici esistenti nell'ambiente in cui la stessa è destinata ad operare e sulle misure di prevenzione ed emergenza adottate in relazione alla propria attività; queste informazioni sono contenute nel presente opuscolo;

- promuove la cooperazione e coordinamento degli interventi di prevenzione e protezione di cui al comma 2 dell'art. 26 del D.L.vo N. 81 del 9 Aprile 2008 e a tal fine ha predisposto il "documento unico di valutazione dei rischi", di seguito denominato DUVRI, contenente le misure per eliminare o, in caso di impossibilità, ridurre al minimo i rischi da interferenze. Il DUVRI è allegato alla documentazione di appalto.

L'attività di cooperazione e coordinamento degli interventi di prevenzione e protezione di cui al comma 2 dell'art. 26 del D.L.vo N. 81 del 9 Aprile 2008 proseguirà durante il corso dell'appalto mediante riunioni periodiche di coordinamento della sicurezza indette dalla stazione appaltante di sua iniziativa o su richiesta dell'aggiudicatario. La prima riunione di coordinamento avrà luogo prima dell'avvio delle attività appaltate.

Nella prima riunione di coordinamento della sicurezza saranno discussi i documenti di cui al precedente punto B predisposti dall'aggiudicatario ed il DUVRI predisposto dall'appaltante.

MISURE DI PREVENZIONE PER IMPRESE ED I LAVORATORI AUTONOMI

Sono qui di seguito puntualizzate alcune significative disposizioni alle quali il personale delle imprese ed i lavoratori autonomi devono tassativamente attenersi durante le attività svolte negli ambienti dell'Azienda Ospedaliera:

- avvisare del proprio accesso il responsabile del reparto/servizio in cui l'impresa/lavoratore autonomo deve operare, comunicandogli gli interventi lavorativi previsti nell'appalto/incarico ed gli eventuali rischi a terzi che da questi possono derivare.
- accertarsi, dal responsabile del reparto/servizio nel quale deve operare, della necessità di indossare particolari DPI e di eventuali procedure speciali di accesso al reparto/servizio stesso;
- togliere i DPI di cui al precedente punto all'uscita dal luogo in cui si è operato;
- negli ambienti interni all'azienda ospedaliera è vietato fumare;
- negli ambienti interni all'azienda ospedaliera è vietato usare fiamme libere, pezzi roventi o comunque ogni tipo di apparecchio portatile o fisso che provochi scintille senza l'autorizzazione della Ripartizione Tecnica dall'Azienda Ospedaliera;
- è vietato recarsi in luoghi e/o impianti diversi da quelli ove è comandato e svolgere il proprio lavoro;
- seguire i percorsi di accesso ai posti di lavoro indicati dall'Azienda Ospedaliera;
- non lasciare attrezzi e/o materiali che possano ingombrare o costituire potenziale pericolo in luoghi di lavoro e transito (comprese le vie di fuga) frequentati da operatori, utenti e pazienti dell'Azienda Ospedaliera
- è vietato operare allacciamenti a reti idriche, elettriche, aria compressa, gas o comunque qualsiasi tipo di allacciamento, senza la specifica autorizzazione della Ripartizione Tecnica dall'Azienda Ospedaliera;
- è vietato eseguire manovre non autorizzate su impianti, macchine ed attrezzature, ecc.; trasportare persone con mezzi non adibiti a tale scopo (carrelli, gru, pale meccaniche ecc.);
- evitare di toccare oggetti e strumenti dei quali non si conosca l'uso e comunque senza l'autorizzazione del responsabile del reparto/servizio;
- è vietato manipolare, spostare, aprire, versare il contenuto di contenitori di sostanze chimiche e/o fluidi biologici eventualmente presenti negli ambienti sanitari in cui le ditte sono chiamate ad operare senza esplicita autorizzazione del responsabile del reparto e senza giustificato motivo;
- lavarsi le mani ogni volta che si lasciano gli ambienti sanitari per mangiare, bere o fumare;
- non mangiare, bere, fumare, fare uso di cosmetici negli ambienti sanitari;

- non pulire o spolverare banconi di laboratorio senza il permesso del personale del laboratorio stesso;
- in caso di rovesciamento di contenitori, provette ecc., avvertire immediatamente il responsabile del reparto/servizio nel quale si sta operando;
- non tentare di rimediare a qualsiasi incidente senza aver ricevuto specifiche istruzioni;
- non accedere, senza autorizzazione, nelle zone che espongono segnalazioni di accesso limitato quali segno di radiazioni o rischio biologico;
- non effettuare mai interventi e/o riparazioni sugli impianti elettrici o sulle macchine se non si è in possesso di conoscenze specifiche o delle caratteristiche di professionalità previste dalla legislazione vigente e senza specifica autorizzazione;
- non effettuare operazioni di pulizia su macchine elettriche con detergenti liquidi nebulizzati o con strofinacci umidi, prima di avere disinserito la spina di alimentazione elettrica;
- non utilizzare componenti elettrici non conformi alle norme;
- non usare apparecchiature elettriche non predisposte, in condizioni di rischio elettrico accresciuto (ad esempio: con le mani bagnate, su pavimenti bagnati o in ambienti umidi);
- non lasciare apparecchiature elettriche (cavi, prolunghe, trapani, ecc.) abbandonate sulle vie di transito.

MISURE DI EMERGENZA PER LE IMPRESE E LAVORATORI AUTONOMI

INCENDIO/EVACUAZIONE

Comportamento di qualsiasi lavoratore comunque operante all'interno dell'ospedale

Circostanza	Azioni
SEMPRE	Ogni lavoratore deve prendere attenta visione dei dispositivi di prevenzione e protezione antincendio (estintori, idranti, pulsanti di allarme ecc.) e delle norme di comportamento specifiche (indicazioni, planimetrie con percorsi di fuga e luoghi di ritrovo) del luogo in cui è chiamato ad operare.
SE SI SCOPRE UN PRINCIPIO DI INCENDIO	Ogni lavoratore che si accorge di un principio di incendio o di un pericolo in genere, è tenuto ad intervenire immediatamente con la seguente modalità: <ul style="list-style-type: none">• ricercare se nella zona in cui ci si trova è presente un pulsante antincendio e premerlo, oppure;• contattare telefonicamente il centralino telefonico dell'ospedale comunicando il posto ed il tipo di evento;• se si tratta di principio di incendio ed il lavoratore è stato addestrato, intervenire utilizzando l'estintore più vicino.
SE SI È COINVOLTI IN UNA EMERGENZA	Seguire le indicazioni degli addetti alla gestione emergenza (addetti di reparto, gruppo di primo intervento, squadre di emergenza, VVFF); se richiesto: <ul style="list-style-type: none">• fornire aiuto per lo spostamento ed evacuazione dei pazienti;• contribuire a mantenere la calma, non correre, non urlare, evitare situazioni di panico; negli altri casi: <ul style="list-style-type: none">• uscire dal reparto seguendo le segnalazioni delle uscite di sicurezza e dirigersi verso il punto di raccolta indicato nella planimetria affissa alle pareti del luogo in cui vi trovate e attendere istruzioni; è vietato ritornare negli ambienti in emergenza fino a comunicazione di cessato allarme.

RISCHIO BIOLOGICO: CONTATTO ACCIDENTALE CON MATERIALE CONTAMINATO

Misure immediate da adottare nel caso di:

A) Lesioni percutanee in caso di puntura con aghi o ferita con strumenti contaminati da materiale biologico

1. provocare sanguinamento della lesione attraverso la spremitura della stessa;

2. lavare la ferita per 10 minuti con acqua e sapone e disinfettare (es. soluzione di iodio o composti di cloro 10%)

B) Contaminazione di mucose

1. sciacquare abbondantemente con acqua corrente per 10-15 minuti, senza sfregare, evitando l'uso di soluzioni, detergenti o disinfettanti.

C) Contaminazione di cute lesa

1. lavare abbondantemente con acqua corrente la zona interessata
2. disinfettare

Dopo queste misure: seguire la procedura. (vedi allegato n° 001)

RISCHIO CHIMICO: SPANDIMENTO ACCIDENTALE DI SOSTANZE, PREPARATI O RIFIUTI CHIMICI

avvisare immediatamente il responsabile del reparto/servizio in cui si opera ed il proprio responsabile;

RISCHIO RADIOLOGICO: SPANDIMENTO SOSTANZE RADIOATTIVE

avvisare immediatamente il responsabile del reparto/servizio in cui si opera ed il proprio responsabile;

ALLEGATI

(Allegato 001)

Rischio biologico

Istruzioni operative in caso di esposizione professionale accidentale a rischio biologico

1. Scopo.

Iter procedurale da attuare nel caso di esposizione a rischio biologico (contatto con liquidi biologici, materiale potenzialmente infetto, ad esempio: punture accidentali) di:

- ✓ personale dipendente, con rapporto di lavoro subordinato anche speciale (personale in convenzione, consulenti, soci lavoratori, ...),
- ✓ lavoratori d'impresa in appalto (ad esempio: impresa di pulizie, manutenzione ...)
- ✓ allievi degli istituti d'istruzione ed universitari e partecipanti a corsi di formazione professionale (tirocinanti, stagisti).

2. Terminologia ed abbreviazioni.

AST	Aspartato amino transferasi – anche indicata con la sigla GOT (glutammico ossalacetico transaminasi)
ALT	Alanino amino transferasi – anche indicata con la sigla GPT /glutammato piruvato transaminasi)
VDRL	Venereal Disease Research Laboratori – test sierologico per la diagnosi della sifilide
TPHA	TPHA, Treponema pallidum haemagglutination assay - anticorpi anti Treponema di tipo IgG, IgM
HIV-1	Human Immunodeficiency Virus (virus dell'immunodeficienza umana) suddiviso in due ceppi: HIV-1 e HIV-2
HCV	Hepatitis C Virus
HBsAb	Hepatitis B surface Antibody – Anticorpi contro l'antigene di superficie dell'epatite B
HbsAg	Hepatitis B surface Antigen – Antigene di superficie dell'epatite B – ricerca dell'antigene di superficie del virus dell'epatite B

3. Campo di Applicazione.

La presente procedura è applicata da tutte le UU.OO. Sanitarie, le UU.OO. Amministrative e gli Staff dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como, ogni qualvolta si verifichi un caso di esposizione professionale a rischio biologico di:

- ✓ personale dipendente, con rapporto di lavoro subordinato anche speciale (personale in convenzione, consulenti, soci lavoratori, ...),
- ✓ lavoratori d'impresa in appalto (ad esempio: impresa di pulizie, manutenzione ...)
- ✓ allievi degli istituti d'istruzione ed universitari e partecipanti a corsi di formazione professionale (tirocinanti, stagisti).

4. Responsabilità.

La mancata segnalazione di un evento che espone a rischio infettivo o il rifiuto a sottoporsi al protocollo di sorveglianza espone a diretta responsabilità il dipendente.

Le diverse responsabilità riguardanti l'esposizione professionale a rischio biologico sono descritte al paragrafo 6.

5. Descrizione delle attività.

PRESIDIO: S. Anna Como	
ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ
Il lavoratore esposto si reca in <u>Pronto Soccorso</u> per: ✓ compilazione del verbale di denuncia d'infortunio ✓ essere sottoposto a prelievo ematico per l'esecuzione degli esami previsti dal protocollo "prelievo tempo zero" (<i>in anonimato con comunicazione del numero d'esposizione al dipendente</i>).	<u>Lavoratore esposto</u>
Gli esami ematici saranno effettuati anche sul paziente "fonte", previo suo consenso scritto .	
Valutazione della protezione vaccinale anti-epatite B: se il lavoratore esposto non ha mai effettuato la vaccinazione anti-epatite B, sarà sottoposto, in relazione al rischio, a somministrazione di gamma-globuline al momento del prelievo.	<u>Medico di Pronto Soccorso</u>
Il lavoratore esposto si reca presso l'U.O. di <u>Malattie Infettive</u> per effettuare visita specialistica infettivologica	<u>Lavoratore esposto</u>

Eventuale proposta da parte dell' infettivologo della profilassi post-esposizione con farmaci antiretrovirali per operatori esposti ad HIV.	<u>Infettivologo</u>
Il lavoratore consegna al Servizio di Medicina del Lavoro: <ul style="list-style-type: none"> il referto della visita medica di P.S., il verbale di denuncia d'infortunio, il referto della visita specialistica infettivologica il modulo di consenso per il dosaggio dell'HIV-Ab. 	<u>Lavoratore esposto</u>
Valutazione della protezione vaccinale antiepatite B: se il lavoratore esposto non ha mai effettuato la vaccinazione antiepatite B, sarà sottoposto, in relazione al rischio, a pratica vaccinale.	<u>Medico Competente</u>
Il Servizio di Medicina del Lavoro consegna al lavoratore esposto lo schema di follow-up con relative date di effettuazione dei prelievi ematici	<u>Medico Competente</u>
Compilazione della scheda di esposizione mediante colloquio con il lavoratore (in relazione alla partecipazione al progetto S.I.R.O.H. "Studio Italiano Rischio Occupazionale da HIV" condotto dal Centro di Riferimento AIDS dell'Azienda Ospedaliera Lazzaro Spallanzani di Roma).	<u>Medico Competente</u>
Il Lavoratore esposto, se dipendente, consegna all'Ufficio Infortuni presso l'U.O. Organizzazione e Risorse Umane il verbale di denuncia d'infortunio	<u>Lavoratore esposto dipendente</u>
Il <u>Lavoratore esposto</u> , se prestatore d'opera dipendente di società fornitrici di servizi (ad esempio: impresa di pulizie) consegnerà la documentazione sanitaria ricevuta al <u>Medico Competente</u> del suo datore di lavoro	<u>Lavoratore esposto prestatore d'opera dipendente di società fornitrici di servizi</u>

PRESIDI: <ul style="list-style-type: none"> P.O. Cantù – Mariano Comense struttura di Cantù P.O. Cantù – Mariano Comense struttura di Mariano P.O. di Menaggio 	
ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ
Il <u>lavoratore</u> esposto si reca in Pronto Soccorso per: <ul style="list-style-type: none"> ✓ compilazione del verbale di denuncia d'infortunio ✓ essere sottoposto a prelievo ematico per l'esecuzione degli esami previsti dal protocollo "prelievo tempo zero". 	<u>Lavoratore esposto</u>
Gli esami ematici saranno effettuati anche sul paziente "fonte", previo suo consenso scritto .	
Valutazione della protezione vaccinale antiepatite B: se il lavoratore esposto non ha mai effettuato la vaccinazione antiepatite B, sarà sottoposto, in relazione al rischio, a somministrazione di gamma-globuline al momento del prelievo.	<u>Medico di Pronto Soccorso</u>
Il Medico del P.S. contatta telefonicamente l' U.O. di Malattie Infettive per l'effettuazione della visita specialistica infettivologica ed eventuale proposta da parte dell'infettivologo della profilassi post-esposizione con farmaci antiretrovirali per operatori esposti ad HIV.	<u>Medico di Pronto Soccorso</u>
Il <u>lavoratore</u> esposto, se prescritto, si reca presso l'U.O. di <u>Malattie Infettive</u> per effettuare visita specialistica infettivologica	<u>Lavoratore esposto</u>
Eventuale proposta da parte dell' infettivologo della profilassi post-esposizione con farmaci antiretrovirali per operatori esposti ad HIV.	<u>Infettivologo</u>
<ul style="list-style-type: none"> Il lavoratore consegna al Servizio di Medicina del Lavoro: il referto della visita medica di P.S., il verbale di denuncia d'infortunio, il referto della visita specialistica infettivologica 	<u>Lavoratore esposto</u>

• il modulo di consenso per il dosaggio dell'HIV-Ab.	
Valutazione della protezione vaccinale antiepatite B: se il lavoratore esposto non ha mai effettuato la vaccinazione antiepatite B, sarà sottoposto, in relazione al rischio, a pratica vaccinale.	<u>Medico Competente</u>
Il Servizio di Medicina del Lavoro consegna al lavoratore esposto lo schema di follow-up con relative date di effettuazione dei prelievi ematici	<u>Medico Competente</u>
Il <u>Lavoratore esposto</u>, se <i>dependente</i>, consegna all'<u>Ufficio Infortuni</u> presso l'<u>U.O. Organizzazione e Risorse Umane</u> il verbale di denuncia d'infortunio	<u>Lavoratore esposto</u> <u>dipendente</u>
Il <u>Lavoratore esposto</u> , se <i>prestatore d'opera dipendente di società fornitrici di servizi</i> (ad esempio: impresa di pulizie) consegnerà la documentazione sanitaria ricevuta al <u>Medico Competente</u> del suo datore di lavoro	<u>Lavoratore esposto</u> <i>prestatore d'opera</i> dipendente di società fornitrici di servizi

6. Riferimenti normativi.

✓ Decreto Legislativo 19 settembre 1994 n.626 "Attuazione delle Direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42, 98/24, 99/38 e 2001/45/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro".

✓ Decreto 30 giugno 1965 n.1124 "Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

7. Archiviazione.

Gli allegati, ed i risultati degli accertamenti sanitari, sono archiviati e custoditi, con salvaguardia del segreto professionale, nella cartella sanitaria e di rischio, sotto la responsabilità del Medico Competente, che informa ogni lavoratore interessato dei risultati degli accertamenti sanitari e, a richiesta dello stesso, gli rilascia copia della documentazione sanitaria.

8. Allegati.

PROTOCOLLO DI SORVEGLIANZA SANITARIA IN CASO DI ESPOSIZIONE PROFESSIONALE ACCIDENTALE A RISCHIO BIOLOGICO	MOD.209.01
SCHEDA PAZIENTE FONTE	MOD.209.02
DICHIARAZIONE STATO VACCINALE	MOD.209.03

PROTOCOLLO DI SORVEGLIANZA SANITARIA IN CASO DI ESPOSIZIONE PROFESSIONALE ACCIDENTALE A RISCHIO BIOLOGICO

Dipendente _____
cognome
nome

_____ nato il _____ qualifica _____ reparto _____ P.O. _____

Eeguire i seguenti esami nei tempi prefissati:

Tempo	Data	AST	ALT	VDRL	TPHA	HIV-1	HCV	HBsAb/	HBsAg
0		X	X	X	X	X	X	X	X
45		X	X	X	X	X	X		
90		X	X	X	X	X	X	X *	
180		X	X	X	X	X	X		
365						X			

* HBsAb di controllo 2 mesi dopo il termine del ciclo di vaccinazione antiepatite B.

Il Medico

per presa visione Il Dipendente _____

Osservazioni del Medico Competente

Il Medico Competente

SCHEDA PAZIENTE FONTE

Per esposizione accidentale a rischio biologico di personale dipendente (contatto con liquidi biologici, materiale potenzialmente infetto, ad esempio punture accidentali).

P.S. n° _____ / Ric. n° _____

DATA _____

Viene richiesta l'esecuzione dei seguenti esami ematochimici:

- ☒ V.D.R.L.
- ☒ T.P.H.A.
- ☒ HIV-1
- ☒ HCV
- ☒ HBsAb/Ag

Sapendo che non esistono obblighi di Legge, informato della motivazione dell'accertamento, acconsento al prelievo ematico per la determinazione dei parametri-indici infettivi di cui sopra.

☐ desidero ☐ non desidero

conoscere i risultati, che nel caso ritirerò con la mia documentazione sanitaria, nei tempi e nei modi ordinariamente previsti ed indicati.

Data _____

Firma (per esteso) _____

DICHIARAZIONE STATO VACCINALE

Il sottoscritto _____

in servizio presso l'U.O. _____

dell'Ospedale di _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di:

☐ Essere

☐ Non essere

stato sottoposto a vaccinazione anti-epatite B

Il dichiarante

La prevenzione del rischio di patologie da sovraccarico biomeccanico, in particolare dorso-lombari, connesse alle attività lavorative di movimentazione manuale dei carichi dovrà considerare, in modo integrato, il complesso degli elementi di riferimento e dei fattori individuali di rischio riportati nel presente allegato.

ELEMENTI DI RIFERIMENTO

1. CARATTERISTICHE DEL CARICO

La movimentazione manuale di un carico può costituire un rischio di patologie da sovraccarico biomeccanico, in particolare dorso-lombari nei seguenti casi:

- il carico è troppo pesante;
- è ingombrante o difficile da afferrare;
- è in equilibrio instabile o il suo contenuto rischia di spostarsi;
- è collocato in una posizione tale per cui deve essere tenuto o maneggiato a una certa distanza dal tronco o con una torsione o inclinazione del tronco;
- può, a motivo della struttura esterna e/o della consistenza, comportare lesioni per il lavoratore, in particolare in caso di urto.

2. SFORZO FISICO RICHIESTO

Lo sforzo fisico può presentare rischi di patologie da sovraccarico biomeccanico, in particolare dorso-lombari nei seguenti casi:

- è eccessivo;
- può essere effettuato soltanto con un movimento di torsione del tronco;
- può comportare un movimento brusco del carico;
- è compiuto col corpo in posizione instabile.

3. CARATTERISTICHE DELL'AMBIENTE DI LAVORO

Le caratteristiche dell'ambiente di lavoro possono aumentare le possibilità di rischio di patologie da sovraccarico biomeccanico, in particolare dorso-lombari nei seguenti casi:

- lo spazio libero, in particolare verticale, è insufficiente per lo svolgimento dell'attività richiesta;
- il pavimento è ineguale, quindi presenta rischi di inciampo o è scivoloso
- il posto o l'ambiente di lavoro non consentono al lavoratore la movimentazione manuale di carichi a un'altezza di sicurezza o in buona posizione;
- il pavimento o il piano di lavoro presenta dislivelli che implicano la manipolazione del carico a livelli diversi;
- il pavimento o il punto di appoggio sono instabili;
- la temperatura, l'umidità o la ventilazione sono inadeguate.

4. ESIGENZE CONNESSE ALL'ATTIVITA'

L'attività può comportare un rischio di patologie da sovraccarico biomeccanico, in particolare dorso-lombari se comporta una o più delle seguenti esigenze:

- sforzi fisici che sollecitano in particolare la colonna vertebrale, troppo frequenti o troppo prolungati;
- pause e periodi di recupero fisiologico insufficienti;
- distanze troppo grandi di sollevamento, di abbassamento o di trasporto;
- un ritmo imposto da un processo che non può essere modulato dal lavoratore.

FATTORI INDIVIDUALI DI RISCHIO

Fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in tema di tutela e sostegno della maternità e di protezione dei giovani sul lavoro, il lavoratore può correre un rischio nei seguenti casi:

- inidoneità fisica a svolgere il compito in questione tenuto altresì conto delle differenze di genere e di età;
- indumenti, calzature o altri effetti personali inadeguati portati dal lavoratore;
- insufficienza o inadeguatezza delle conoscenze o della formazione o dell'addestramento

RIFERIMENTI A NORME TECNICHE

Le norme tecniche della serie ISO 11228 (parti 1-2-3) relative alle attività di movimentazione manuale (sollevamento, trasporto, traino, spinta, movimentazione di carichi leggeri ad alta frequenza) sono da considerarsi tra quelle previste all'articolo 152, comma 3.

REGOLAMENTO DI SICUREZZA RISONANZA MAGNETICA

MODALITA' OPERATIVE E NORME DI SICUREZZA

1. Norme di sicurezza per il personale addetto alle pulizie dell'impianto
2. Norme di sicurezza antincendio

PROTOCOLLO DEI CONTROLLI DI SICUREZZA PERIODICI RELATIVI ALL'IMPIANTO RISONANZA MAGNETICA

Al fine di tutelare la salute dei lavoratori e della popolazione, viene monitorata una serie di parametri ambientali e di sistemi di controllo e di sicurezza riferibili a una condizione di buon funzionamento dell'impianto.

La successiva tabella riporta i controlli inseriti nel protocollo del Regolamento di sicurezza, unitamente alla loro periodicità.

Controllo	Periodicità	Esecutori
Livello del criogeno	giornaliera	TSRM addetto + ERS
Sistemi di controllo dell'accesso al sito	semestrale	ESR
Sistema di disattivazione del magnete	annuale	Tecnici GE + ERS
Sistema di ventilazione e climatizzazione della sala	semestrale	ERS
Canalizzazioni e valvole di sicurezza dei criogeni	annuale	Tecnici GE + ERS
Sistema di rivelazione ossigeno con bombola calibrata	annuale	Tecnici GE + ERS
Rivelatori di metalli	semestrale	ERS
Sistemi di sicurezza degli amplificatori a RF	bimestrale	Tecnici GE + ERS
Tenuta della gabbia di Faraday	annuale	ERS
Verifica curve isomagnetiche	annuale	ERS
Resistenze di terra	annuale	ERS
Correnti disperse	annuale	ERS
Sistemi di prevenzione incendi	semestrale	ERS
ERS: Esperto Responsabile per la Sicurezza		

Modalità operative e misure di sicurezza relative alla gestione dell'impianto di Risonanza Magnetica

L'intero sito RM, che comprende anche il locale tecnico attiguo, è considerato **Zona di rispetto**.

Il sito RM vero e proprio è accessibile solamente oltrepassando una porta dotata di serratura elettrica con molla di ritorno e di citofono, con apertura abilitata dalla console di comando dell'unità a risonanza magnetica.

Al suo interno viene individuata una **Zona di accesso controllato** (segnalata da appositi cartelli di pericolo), dove il campo magnetico disperso può superare gli 0,5 mT, composta dalla sala magnete e dall'attiguo locale tecnico.

La porta di accesso a questo locale dovrà rimanere rigorosamente chiusa a chiave.

L'ingresso alla **Zona di accesso controllato** è riservato, oltre al personale sanitario addetto al settore RM, alle sole persone autorizzate dal medico responsabile.
Il controllo dei pazienti, degli accompagnatori dei visitatori e del personale tecnico ed ausiliario che devono accedere a questa area viene eseguito singolarmente con il rivelatore di metalli ed in maniera ispettiva, da parte del personale di servizio.

Norme di sicurezza per il personale addetto alle pulizie dell'impianto

1. L'accesso alla Sala di Esame è proibito:

- a donne in stato di gravidanza -a portatori di pacemaker
- a portatori di neurostimolatori
- a portatori di protesi metalliche in materiale ferromagnetico

2. Prima di entrare nella Sala di Esame depositare negli appositi armadietti:

- l'orologio
- schede telefoniche e carte magnetiche di qualsiasi genere (che verrebbero disattivate)
- chiavi, monete, spille, fibbie, ecc. metalliche

3. Per le operazioni di pulizia utilizzare **soltanto attrezzi (scope, palette, secchi, ecc.) in materiale plastico**

E' vietato e pericoloso utilizzare attrezzi metallici

4. Non premere per nessun motivo il pulsante rosso collocato, all'interno della sala d'esame, sulla parete della porta

5. Trattenersi a una distanza inferiore a 50 cm dal foro del *tunnel* di esame per il tempo strettamente necessario per eseguire le operazioni di pulizia, e comunque per **non più di 15'/giorno**

6. Eseguire con la massima rapidità le operazioni di pulizia all'interno del *tunnel* di esame. In ogni caso, non mantenere mani e avambracci all'interno del *tunnel* di esame per più di 10'/giorno

Norme di sicurezza antincendio

PERICOLO D'INCENDIO NELLA SALA ESAME

L'elio utilizzato come agente refrigerante del magnete superconduttore è un gas non combustibile. comunque, esiste un potenziale pericolo d'incendio quando il gas fuoriesce dal circuito di raffreddamento (es. per rottura della tubazione) e l'ossigeno presente nella stanza, condensandosi con l'elio, potrebbe venire a contatto con sostanze infiammabili.

Questo potenziale rischio d'incendio comporta che, all'interno della sala esame è assolutamente **VIETATO FUMARE E USARE FIAMME LIBERE** e occorre evitare che qualsiasi **materiale infiammabile** si trovi nelle vicinanze del magnete.

In caso d'incendio, devono essere attuate, compatibilmente con le condizioni ambientali presenti, tutte le possibili procedure d'emergenza antincendio. Il comando dei Vigili del Fuoco deve essere informato sul sistema a RM e sulle caratteristiche dell'impianto, in modo da poter adottare le misure di spegnimento appropriate.

È tutelata la gravidanza, e, successivamente, fino a 7 mesi di età, il figlio, anche in caso di adozione od affidamento.

Le misure si applicano alle lavoratrici che hanno informato il Datore di Lavoro del proprio stato di salute.

Comunicazione dello stato di gravidanza (vedi modulo allegato).

Le lavoratrici:

- non esposte a radiazioni ionizzanti devono consegnare al Datore di Lavoro il certificato medico indicante la data presunta del parto prima dell'inizio del congedo di maternità (periodo di divieto al lavoro).

Quindi le lavoratrici non esposte a radiazioni ionizzanti (che non hanno il dosimetro) possono comunicare la propria condizione entro il 7° mese di gravidanza, anche se, ai fini preventivi, è opportuno informare quanto prima il Datore di Lavoro del proprio stato di gravidanza.

- potenzialmente esposte a radiazioni ionizzanti hanno obbligo di comunicare al Datore di Lavoro il proprio stato di gravidanza, non appena accertato.

Poi, entro 30 giorni dopo il parto, la lavoratrice deve presentare al Datore di Lavoro il certificato di nascita del figlio.

La comunicazione consente la valutazione tempestiva di eventuali rischi specifici sopraggiunti, e quindi l'eventuale opportunità di spostare la dipendente ad altre mansioni compatibili con gestazione ed allattamento, fino a 7 mesi dopo il parto.

Il Datore di Lavoro si considera sollevato da qualsiasi responsabilità se, dopo avere informato la lavoratrice dei rischi per la salute riproduttiva ai quali è esposta, non riceve comunicazione del suo stato di gravidanza.

Congedo di maternità

- ✓ È vietato adibire al lavoro le donne nei 2 mesi precedenti la data presunta del parto e nei 3 mesi dopo il parto, con anticipazione a 3 mesi dalla data presunta del parto se le lavoratrici sono occupate in lavori che, in relazione all'avanzata gravidanza, sono da ritenersi gravosi o pregiudizievoli.

L'interdizione dal lavoro, anticipata rispetto ai termini di cui sopra, avviene in caso di:

- a) gravi complicanze della gravidanza o preesistenti forme morbose,
- b) condizioni di lavoro o ambientali ritenute pregiudizievoli alla salute della donna e del bambino,
- c) impossibilità di spostamento della lavoratrice ad altre mansioni.

L'anticipazione del divieto al lavoro è disposta dalla Direzione Provinciale del Lavoro.

- ✓ La flessibilità del congedo di maternità consente invece alle lavoratrici di astenersi dal lavoro dal mese precedente la data presunta del parto e nei 4 mesi successivi, se medico specialista (ostetrico-ginecologo) del Servizio Sanitario Nazionale (o convenzionato) e Medico Competente attestano, certificandolo, che non reca pregiudizio a gestante e nascituro.

L'opzione è possibile se:

- a) non vi sono condizioni patologiche di rischio per la salute della lavoratrice e/o del nascituro al momento della richiesta;
- b) non vi è provvedimento d'interdizione anticipata da parte della Direzione provinciale del lavoro;
- c) sono cessate le cause che hanno portato ad interdizione anticipata nelle prime fasi di gravidanza;
- d) non vi è pregiudizio alla salute della lavoratrice e del nascituro derivante da: mansioni svolte, ambiente di lavoro, orario di lavoro.

Non può essere consentito, per l'opzione, spostamento ad altre mansioni o modifica di condizioni ed orario di lavoro;

e) assenza di controindicazioni nelle modalità di raggiungimento del luogo di lavoro.
La lavoratrice per valersi dell'opzione deve presentare la domanda (e le certificazioni sanitarie) a Datore di Lavoro e Direzione Provinciale del Lavoro durante il 7° mese di gravidanza.

Criteri per la valutazione del rischio per le "lavoratrici madri" nelle attività sanitarie.

Nelle tabelle si riporta l'elenco dei fattori di rischio valutati nella struttura sanitaria, con indicazione delle misure di prevenzione.

Se la valutazione rivela un rischio per sicurezza e salute delle lavoratrici, il Datore di Lavoro adotta misure affinché l'esposizione al rischio sia evitata, modificando temporaneamente condizioni/orario di lavoro.

Se la modifica non è possibile, il Datore di Lavoro adibisce la lavoratrice ad altre mansioni per il periodo, informandone per iscritto il servizio ispettivo del Ministero del Lavoro.

La lavoratrice è spostata ad altre mansioni anche quando i servizi ispettivi del Ministero del Lavoro accertano che condizioni di lavoro od ambientali sono pregiudizievoli.

Se la lavoratrice non può essere spostata ad altre mansioni, il servizio ispettivo del Ministero del Lavoro può disporre l'interdizione dal lavoro per tutta la gravidanza, fino a 7 mesi di età del figlio.

Se è possibile modificare la mansione lavorativa o adibire la lavoratrice ad altre mansioni, il Medico Competente formula giudizio d'idoneità a mansione specifica "modificata" o alternativa.

RISCHIO BIOLOGICO.

È vietato occupare lavoratrici gestanti, puerpere e donne in allattamento (per 7 mesi dopo il parto), in condizioni di lavoro ad elevato rischio infettivo.

Le attività che espongono a contatto con liquidi biologici in ospedali, case di riposo, laboratori di analisi cliniche e microbiologiche, ecc., ipotizzano una condizione di rischio, anche se di difficile quantificazione.

Il contatto con sangue e fluidi corporei può avvenire in seguito a procedimenti medici e chirurgici (es. prelievo e analisi del sangue od altri fluidi corporei), maneggiando materiali di scarto contaminati (es. guanti, biancheria, bende, copriabiti di protezione, ecc.) o aspirazione delle vie aeree durante travaglio e parto.

L'esposizione solitamente avviene per procedimenti inadeguati di controllo delle infezioni.

Per le attività sanitarie con elevato rischio potenziale, in base alle manovre invasive praticate ed alla tipologia di pazienti assistiti, possono essere individuate alcune aree a rischio elevato (es. Malattie infettive, Nefrologia-Dialisi, Anatomia Patologica, Pronto Soccorso, Chirurgie ad alta invasività).

Attuazione di corrette procedure di comportamento in sicurezza, decontaminazione ambientale, e presenza di protocolli di profilassi immunitaria sono interventi efficaci per limitare le conseguenze di evento accidentale pericoloso con possibili rischi per la salute.

Dalla classificazione secondo Fleming delle manovre ad alto, medio e basso rischio, graduate per l'esposizione ad HIV (ma che possono essere ritenute valide anche per HBV, HCV, TBC) si è elaborata la seguente classificazione:

MANOVRE a RISCHIO di CONTAMINAZIONE BIOLOGICA:

A) Manovre ad alto rischio con DIVIETO ASSOLUTO per le donne gravide:

1. incanalazione di vie arteriose
2. esecuzione prelievi arteriosi

3. angiografia
4. introduzione di sonda di blackmore
5. riscontri autoptici
6. interventi chirurgici in sala operatoria, sala parto e pronto soccorso
7. attività chirurgica comportante: endoscopie, aspirazioni endobronchiali, intubazioni naso-oro-tracheali, tracheostomie, cambio di cannule tracheostomiche, punture esplorative/evacuative in cavità di organi
8. attività di laboratorio comportanti:
 - manipolazione rifiuti biologici;
 - manutenzione di strumenti con sezioni che entrano in contatto con materiali biologici;
 - effettuazione di esami sierologici di microorganismi trasmessi per via parenterale (HBV, HCV, HIV);
 - manipolazione di campioni biologici (liquor, sangue, ecc.) per la ricerca di antigeni;
 - semina di campioni biologici in terreni di coltura;
 - allestimento di preparati microscopici da campioni biologici
 - manipolazione di campioni biologici per ricerca microscopica e colturale di micobatteri;
 - manipolazione di campioni biologici per esecuzione di indagini virologiche e parassitologiche;
 - colorazione e lettura di preparati microscopici.

Manovre a rischio *CONSENTITE* con obbligo d'uso di Dispositivi di Protezione Individuale e dispositivi di protezione collettivi.

1. prelievi venosi
2. incannulamento di vie venose centrali e periferiche
3. svuotamento di contenitori contenenti liquidi organici
4. medicazioni di ferite chirurgiche, ulcere da decubito
5. effettuazioni di esami di laboratorio.

RISCHIO CHIMICO

Irritanti respiratori

È vietata l'esposizione a sostanze irritanti per donne gestanti, puerpere ed in allattamento.

RIFERIMENTI NORMATIVI E DIVIETI

Particolare attenzione va posta alle sostanze etichettate con le seguenti frasi di rischio:

1. Sostanze e preparati classificati come nocivi (Xn)
 - R39: pericolo di effetti irreversibili molto gravi
 - R40: possibilità di effetti irreversibili
 - R42: può provocare sensibilizzazione mediante inalazione
 - R43: può provocare sensibilizzazione per contatto con la pelle
 - R45: può provocare il cancro
 - R46: può provocare alterazioni genetiche ereditarie
 - R47: può provocare malformazioni genetiche
 - R49: può provocare il cancro per inalazione
 - R60: può ridurre la fertilità
 - R61: può provocare danni ai bambini non ancora nati
 - R63: possibile rischio di danni ai bambini non ancora nati
 - R64: possibile rischio per i bambini allattati al seno,
2. Sostanze o preparati classificati irritanti (Xi)
 - R42: può provocare sensibilizzazione mediante inalazione
 - R43: può provocare sensibilizzazione per contatto con la pelle

ESPOSIZIONE A RADIAZIONI IONIZZANTI E NON IONIZZANTI

L'esposizione a radiazioni ionizzanti comporta rischi per il nascituro.

In ospedale eventuale esposizione a radiazioni ionizzanti è dovuta ad occasionale e rara dispersione di raggi X da apparecchiature diagnostiche/terapeutiche, e ad emissione di radiazioni da pazienti trattati con radionuclidi.

L'ambiente ospedaliero è protetto mediante accorgimenti strutturali e controlli dosimetrici del personale esposto, controllato da personale specializzato (esperto qualificato e medico autorizzato).

L'ambiente sanitario presenta grande varietà di applicazioni di radiazioni non ionizzanti (NIR): apparati per diatermia a radiofrequenze (RF) e microonde (MW), sorgenti di radiazione visibile ed ultravioletta, laser, campi magnetici statici connessi ad apparecchi di risonanza magnetica (NMR).

Data l'incertezza sugli effetti, come misura di prevenzione dei rischi si adotta il divieto di utilizzo nel periodo di gravidanza.

All'assegnazione di servizio, le lavoratrici esposte a radiazioni ionizzanti sono informate della necessità di rendere tempestivamente noto il proprio stato di gravidanza.

È vietato alle gestanti lavorare in zone classificate (protezione contro le radiazioni ionizzanti) ed essere adibite ad attività che potrebbero esporre il nascituro ad una dose superiore ad 1 millisievert (mSv) durante la gravidanza, e le donne che allattano non possono essere adibite ad attività a rischio di esposizione.

Considerate le incertezze legate ai reali effetti delle radiazioni non ionizzanti sul nascituro, il rispetto della normativa vigente è garantito allontanando la gestante da esposizione, se sono superati i valori di cautela per esposizioni prolungate a campi magnetici per la popolazione (2 mT-croTesla) o nelle aree destinate all'infanzia, in strutture sanitarie ed aree residenziali (0.5 - 0.6 micro-Tesla).

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI E POSTURE INCONGRUE

La movimentazione manuale di carichi pesanti è ritenuta rischiosa per la gravidanza in quanto può determinare lesioni al feto e parto prematuro.

Il rischio dipende dallo sforzo, cioè da:

- peso del carico,
- modo in cui viene sollevato
- frequenza con cui avviene il sollevamento durante l'orario di lavoro.

Quali misure di prevenzione per le lavoratrici madri, fermo restando i divieti imposti dalle norme e di seguito riportati, si ritiene opportuno porre limitazione al peso dei carichi movimentati in forma non occasionale (frequenza media di almeno 1 volta/ora nella giornata lavorativa tipo) ad un massimo di 6 – 8 kg., con valutazione dell'attività da parte del preposto.

Per spostamenti di pesi inferiori non si applicano i criteri relativi a movimentazione manuale carichi, ma vanno valutati altri rischi quali: stazione eretta, posture incongrue, ritmi lavorativi. S'intendono come incongrue le posizioni di lavoro fisse mantenute nel tempo (es.: ortostatismo prolungato) e quelle con movimenti ripetuti della colonna particolarmente affaticanti (flessioni, torsioni della colonna dorso-lombare).

È vietato adibire lavoratrici gestanti, puerpere e in allattamento a processi e condizioni di lavoro che comportino colpi, vibrazioni meccaniche o movimenti:

- condotta di veicoli, macchine operatrici semoventi con propulsione meccanica, pulizia di motori ed organi di trasmissione in moto;
- trasporto, a braccia ed a spalle, con carretti a ruote su strada o guida, e sollevamento di pesi, compreso carico/scarico durante la gravidanza e fino a 7 mesi di età del figlio;
- assistenza e cura in reparti per malattie nervose e mentali (ad es. reparti di psichiatria e neuropsichiatria infantile) durante gravidanza e per 7 mesi dopo il parto;

- lavori su scale/impalcature mobili e fisse durante gestazione e fino al termine del periodo d'interdizione dal lavoro;
- manovalanza pesante durante gestazione e fino al termine del periodo d'interdizione dal lavoro;
- lavori con macchine scuotenti/utensili che trasmettono intense vibrazioni durante gestazione e fino al termine del periodo d'interdizione dal lavoro;
- impiego di martelli pneumatici, mole ad albero flessibile ed altri strumenti vibranti; uso di pistole fissachiodi ad elevata potenza durante gravidanza e fino a 7 mesi di età del figlio.

Il rischio lavorativo è accettabile se sovrapponibile a quello delle comuni attività di vita quotidiana.

Attività in postura fissa, eretta o seduta

Le gestanti possono lavorare al videoterminale, se sono rispettate condizioni ergonomiche. Sono corretti frequenti cambiamenti posturali (alternanza di posizione seduta/movimento) ed adeguati periodi di pausa anche per lavoratrici addette al videoterminale per meno di 4 ore al giorno.

Rumore: il Datore di Lavoro non può esporre lavoratrici gestanti, puerpere o in allattamento a LEP-d superiori a 90 dBA.

Sollecitazioni termiche: sono vietati lavori che espongono a importanti stress microclimatici.

LAVORO NOTTURNO

Il Datore di Lavoro non deve adibire le lavoratrici al lavoro notturno, dall'accertamento dello stato di gravidanza fino a compimento di 1 anno di età del bambino e, se necessario, modifica temporaneamente condizioni/orario di lavoro o, se ciò non è possibile, adibisce la lavoratrice ad altre mansioni.

- **E' vietato adibire le donne al lavoro dalle ore 24 alle 6, da accertamento dello stato di gravidanza fino a compimento di 1 anno di età del bambino.**
- **Il lavoro notturno non deve essere obbligatoriamente prestato:**
 - a. dalla lavoratrice madre con figlio di età inferiore a 3 anni o, alternativamente, dal padre convivente con la stessa;**
 - b. da lavoratrice/lavoratore unico genitore affidatario di figlio convivente di età inferiore a 12 anni;**
 - c. da lavoratrice/lavoratore che abbia a proprio carico un soggetto disabile.**

ALLEGATI

Vi sono sintetizzati i rischi presenti nella struttura sanitaria in base alla normativa vigente, correlati a prescrizioni/divieti per le lavoratrici, e ad alcune informazioni sugli effetti più noti sulla salute della madre, del feto e del bambino durante l'allattamento.

Sono inoltre identificati reparti, servizi, ambulatori, attività con esposizione a rischio chimico ed ergonomico da interdire alle lavoratrici in gravidanza, puerperio ed allattamento.

È stata graduata l'entità di rischio biologico di singole attività/procedure, per definire più precisamente quelle da cui escludere la donna in gravidanza, dando contemporaneamente indicazioni al Datore di Lavoro sulle procedure che possono essere svolte senza rischio, o con rischio residuo basso.

Sono individuati, attraverso schede di sicurezza e frasi di rischio, gli agenti chimici pericolosi per fertilità e sviluppo embrionale (**R40, R45, R46, R49, R60**), ed il Medico Competente valuta le situazioni in cui è controindicata l'esposizione del lavoratore.

Per la gestione organizzativa si adotta uniformemente la seguente procedura, con relativa modulistica, in merito alla comunicazione da parte della lavoratrice dello stato di gravidanza.

PROCEDURE DI TUTELA DELLE LAVORATRICI MADRI

1. Le lavoratrici venute a conoscenza del loro stato di gravidanza devono darne tempestiva notizia al loro Dirigente responsabile (SITRA, Capo Dipartimento, Direttore Staff...), mediante compilazione dell'apposito modulo (Mod.1), con allegato certificato di gravidanza rilasciato dallo specialista ginecologo.
2. Il Dirigente responsabile (SITRA, Capo Dipartimento, Direttore Staff...) assegna la dipendente, mediante compilazione dell'apposito modulo (Mod.2) a sede lavorativa idonea, in base alla valutazione dei rischi per le lavoratrici madri (approvata con Delibera del Direttore Generale n.744 del 7.12.05).

(Tutti gli interessati possono avvalersi della consulenza di: Medico Competente, Medico Autorizzato, Servizio Prevenzione e Protezione, Esperto Qualificato, SITRA, Direzioni Mediche di Presidio, Area Gestione Risorse Umane, particolarmente se non vi è possibilità di collocare la lavoratrice all'interno del proprio reparto, richiedendo di valutare la possibilità di una soluzione alternativa in altro reparto all'interno dell'Azienda.)

3. Firma di tale comunicazione da parte della dipendente per presa visione.
4. Trasmissione delle suddette comunicazioni (Comunicazione di stato di gravidanza compilata dalla dipendente, Scheda di valutazione per la collocazione della lavoratrice madre, certificato di gravidanza del ginecologo), da parte del Dirigente responsabile (SITRA, Capo Dipartimento, Direttore Staff...) all'U.O. Organizzazione e Risorse Umane, e, per conoscenza, al Medico Competente.
5. Eventuale intervento del Medico Competente nel caso di problematiche specifiche relative a singoli casi, al fine dell'espressione del giudizio sull'idoneità dell'attività lavorativa espletata dalla lavoratrice in gravidanza.

FLESSIBILITÀ DEL CONGEDO DI MATERNITÀ.

La gestante può proseguire l'attività fino all'8° mese di gravidanza, **se** Medico Competente **e** specialista ginecologo esprimono congiuntamente parere favorevole.

- Se la lavoratrice intende esercitare tale diritto consegna al Medico Competente la prevista certificazione, redatta dallo specialista ginecologo (predisposta dall'U.O. Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero S.Anna), e concorda preliminarmente (15 giorni prima) la data per la valutazione dell'idoneità con il Medico Competente.
- Colloquio del Medico Competente con la dipendente, per la valutazione del caso, in merito all'attestazione prevista dalla norma di legge (il Medico Competente dovrà attestare che posticipare di un mese il congedo di maternità continuando l'attività lavorativa non reca pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro).
- Copia dell'attestazione è inviata all'U.O. Organizzazione e Risorse Umane.

Note:

- Il Datore di Lavoro si considerare sollevato da qualsiasi responsabilità se, informata la lavoratrice dei rischi per la salute riproduttiva a cui è esposta, non riceve comunicazione dello stato di gravidanza dalla stessa; eventi sfavorevoli dipendenti da omissione o ritardo nella comunicazione non ricadranno a carico dell'Ente.
- Le lavoratrici madri addette ad attività a rischio di esposizione a Radiazioni Ionizzanti classificate nelle Categorie A/B, hanno obbligo di comunicare al Datore di Lavoro il proprio stato di gravidanza non appena accertato.
- Qualora sia evidenziato un rischio per la sicurezza e la salute delle lavoratrici, sono adottate misure necessarie affinché l'esposizione al rischio delle lavoratrici sia evitata (es.

limitazione all'esecuzione di alcuni compiti a rischio), fino a modificare temporaneamente condizioni od orario di lavoro.

- In caso di accertata incompatibilità può essere previsto lo spostamento ad una mansione non a rischio.
- L'impossibilità di spostamento ad altra mansione deve essere comunicata alla Direzione Provinciale del Lavoro di Como, che può disporre l'interdizione dal lavoro per tutta la gravidanza e fino a 7 mesi di età del figlio.

Se la lavoratrice ritorna al lavoro subito dopo l'astensione obbligatoria (fine 3° mese dalla data del parto) dovrà essere destinata a mansione compatibile con il suo stato.

RIENTRO AL LAVORO

La ripresa dell'attività lavorativa può avvenire in diversi momenti:

- **Nei primi sette mesi dopo il parto:** la lavoratrice non può essere esposta a lavori a rischio per il puerperio o l'allattamento.
- **Nei primi 12 mesi dopo il parto:** la lavoratrice non può svolgere la propria attività in turno notturno (dalle ore 24.00 alle ore 6.00).

Se la lavoratrice e/o il Dirigente responsabile richiedono valutazione clinica ed aggiornamento della cartella sanitaria prima dell'eventuale rientro al lavoro, almeno 15 gg. prima del termine del congedo di maternità concordano con il Medico Competente la data d'effettuazione della visita.

ESONERO DAL LAVORO NOTTURNO.

- **E' vietato adibire le donne al lavoro, dalle ore 24 alle ore 6, dall'accertamento dello stato di gravidanza fino a compimento di 1 anno di età del bambino.**

Non sono obbligati a prestare lavoro notturno (è facoltativo):

- la lavoratrice madre di un figlio di età inferiore a 3 anni o, in alternativa, il lavoratore padre convivente con la stessa;
- la lavoratrice o il lavoratore, se unico genitore affidatario di un figlio convivente di età inferiore a 12 anni;
- la lavoratrice o il lavoratore che abbia a proprio carico un soggetto disabile.

Tabella n.1:**REPARTI E SERVIZI DA INTERDIRE ALLA LAVORATRICE IN GRAVIDANZA,
PUERPUERIO E ALLATTAMENTO**

REPARTI/SERVIZI	RISCHI PREVALENTI				
	Biologico	Infortunio per contatto con pazienti	Ergonomico m.m.c	Chimico	Radiazioni Ionizzanti
			Posturale		
Ambulatori di odontostomatologia					
Anatomia Patologica (sala autoptica e laboratorio)					
Emodinamica					
Laboratorio Analisi (settori di Microbiologia e Virologia)					
Malattie Infettive					
Medicina Nucleare Radiologia Radioterapia					
Neuropsichiatria Infantile e Psichiatria					
Pronto Soccorso e 118 (esclusa centrale operativa)					
Reparti di oncologia, ematologia					
Reparti Pediatrici					
Sale operatorie e di diagnostica invasiva ed endoscopica					
Servizio Immunotrasfusionale					
Unità di terapia intensiva					

Tabella n.2:

Attività e procedure a rischio ergonomico e chimico da interdire alla lavoratrice in gravidanza, puerperio e allattamento

A RISCHIO ERGONOMICO	A RISCHIO CHIMICO
<ul style="list-style-type: none">- Assistenza diretta al paziente non autosufficiente o parzialmente autosufficiente in tutti i reparti<ul style="list-style-type: none">➤ igiene del paziente➤ movimentazione del paziente- Trasporto di pazienti<ul style="list-style-type: none">➤ barella o letto➤ carrozzina- Assistenza a domicilio- Fisioterapia- Pulizie ambientali- Trasporti<ul style="list-style-type: none">➤ materiali vari economici➤ rifiuti➤ Guida ed altre mansioni (es.: trasporto malati) a bordo di mezzi di trasporto (pulmini, elicotteri)	<ul style="list-style-type: none">- Lavaggio, disinfezione, sterilizzazione di strumenti<ul style="list-style-type: none">➤ endoscopia➤ ambulatori chirurgici➤ sala operatoria- Antiblastici<ul style="list-style-type: none">➤ preparazione e somministrazione➤ pulizia di cappe o pulizia di ambienti- Preparazioni di anatomia patologica<ul style="list-style-type: none">➤ citologia istologia➤ colorazione e preparazione di vetrini➤ prelievi in sala autoptica (formaldeide)- Analisi di laboratorio<ul style="list-style-type: none">➤ analisi estemporanee➤ colorazioni➤ preparazioni terreni di coltura- Disinfezione e disinfestazione ambientali

Tabella n.3 Attività e procedure a rischio di esposizione biologica

A RISCHIO ELEVATO	A RISCHIO MODERATO
La dipendente deve essere esclusa dall'esecuzione delle seguenti procedure o attività	La dipendente deve essere esclusa dall'esecuzione delle seguenti procedure o attività, se non vengono seguite le <u>Precauzioni Universali</u> e le <u>Precauzioni Specifiche</u>, o non siano a disposizione idonei <u>Dispositivi di protezione individuale e collettiva</u>
<ul style="list-style-type: none">- incannulamento di vie arteriose- incannulamento di vie venose centrali- esecuzione di prelievi arteriosi- angiografia- introduzione sonda di blackmore- riscontri autoptici- interventi chirurgici in sala operatoria- assistenza in sala parto- assistenza in ambulatori dentistici- assistenza in Pronto Soccorso e 118- endoscopie, aspirazioni endobronchiali, intubazioni naso oro tracheali, tracheostomie, cambio di cannule tracheostomiche, punture esplorative ed evacuative	<ul style="list-style-type: none">- prelievi o iniezioni endovenose- incannulamento di vie venose periferiche- lavaggio strumenti- svuotamento di contenitori contenenti liquidi organici- medicazioni di ferite chirurgiche, ulcere da decubito, ecc.- esecuzione di esami di Laboratorio (esclusi i settori di Microbiologia e Virologia)

Tabella n. 4:

Attività e procedure non a rischio biologico o con rischio residuo basso.

Si ricorda che deve essere valutato lo stato vaccinale della gravida, in particolare per la rosolia.

Inoltre l'attività di assistenza dovrà necessariamente essere rivolta a pazienti collaboranti o quantomeno che non possano impedire una corretta esecuzione delle procedure.

Inoltre la lavoratrice va comunque collocata altrove quando sono in atto episodi epidemici con la possibilità di contagio per via aerea.

Attività di reparto di degenza e di day hospital

- ◆ coadiuvare il/la caposala nella gestione burocratico/amministrativa del reparto stesso (ad es.: provvedere alla fornitura dei materiali e loro gestione; ecc.)
- ◆ coadiuvare nella gestione burocratico/amministrativa del paziente (registrazione dei dati del paziente sulla cartella clinica, richiesta di esami: laboratorio, radiologia, ecc.)
- ◆ accoglimento pazienti
- ◆ esecuzione di procedure sanitarie di assistenza non invasive (esecuzione ECG, uso di termometro, di sfigmomanometro, terapia orale, ecc.)
- ◆ prelievi venosi e fleboclisi con utilizzo di guanti, occhiali o visiera di protezione, e di presidi antinfortunistici su pazienti collaboranti
- ◆ terapie iniettive su pazienti collaboranti
- ◆ medicazioni, inserimento cateteri vescicali con utilizzo dei DPI su pazienti collaboranti
- ◆ distribuzione dei pasti ai pazienti
- ◆ rifacimento di letti vuoti o di pazienti autosufficienti e collaboranti
- ◆ ripristino e pulizia comodini
- ◆ riordino biancheria pulita
- ◆ ritiro cartelle cliniche e referti di esami
- ◆ consegne e richieste per la Farmacia, ritiro farmaci (esclusi antitumorali)

Attività ambulatoriale e distrettuale

- ◆ gestione burocratico/amministrativa dell'utente (registrazione dei dati, richiesta di esami ecc.)
- ◆ possibile assistenza al medico specialista con utilizzo dei DPI ad esclusione degli ambulatori pediatrici e vaccinazioni.
- ◆ esecuzione di procedure sanitarie non invasive (ECG, uso termometro, sfigmomanometro, ecc.)
- ◆ prelievi venosi e fleboclisi con utilizzo di guanti, occhiali/visiera di protezione e presidi antinfortunistici su pazienti collaboranti
- ◆ terapie iniettive su pazienti collaboranti
- ◆ medicazioni, inserimento cateteri vescicali con utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale su pazienti collaboranti

Attività territoriale

- ◆ coadiuvare il/la caposala nella gestione burocratico/amministrativa dell'attività esterna (ad es.: provvedere alla fornitura dei materiali e loro gestione; organizzazione dell'attività dei colleghi, programmazione ..)
- ◆ coadiuvare nella gestione burocratico/amministrativa del paziente (registrazione dei dati del paziente sulla cartella clinica, richiesta di esami: laboratorio, radiologia, ecc.)

Attività amministrative

- ◆ in attività con utilizzo di videoterminale aumentare la frequenza delle pause per evitare disturbi del rachide dorso-lombare.

Tabella n°5:

ELENCO INDICATIVO NON ESAUSTIVO di MANSIONI SPECIFICHE COMPATIBILI con lo STATO di GRAVIDANZA e/o PUERPERIO - ALLATTAMENTO fino al 7° MESE di ETA' del BAMBINO	
MANSIONE	ATTIVITA' NON A RISCHIO
Mansioni amm.ve	Tutte le attività amministrative nel rispetto delle interruzioni previste da normativa (min.15/2 ore di lavoro continuativo al VDT); durante le interruzioni possono essere svolte altre mansioni lavorative senza impegno visivo e fissità posturale.
Centralinista/Portiere	Centralino/ Portineria (escluso turno notturno)
Magazziniere	Attività di supporto (amministrativa, logistica) ai magazzini aziendali
Add. guardaroba	Guardaroba (con la possibilità agevole di variare la postura ed esclusa movimentazione manuale carichi)
Tecnico di laboratorio	Analisi chimico-fisiche Microbiologia: sono compatibili con lo stato di gravidanza le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> - preparazione terreni solidi/liquidi per batteriologia con l'esclusione della manipolazione di sostanze tossiche (vedi elenco sostanze indicate nell'allegato n°1); - caricamento richieste esami batteriologici e apparecchiature delle emocolture; - inserimento dei risultati tramite VDT
T.S.R.M.	Attività consentite: <ul style="list-style-type: none"> - Ecografia - Mansioni di supporto in aree non classificate (att. amm.ve, logistiche)
ASV Ausiliari/OTA/OSS Infermieri/Capo Sala Medici Ostetriche/Vigilatrici/ puericultrici	- Attività in Servizi/Ambulatori di prestazioni non invasive e senza utilizzo di strumenti radiogeni
Terapisti della Riabilitazione	Attività di riabilitazione che non comportino: <ul style="list-style-type: none"> - superamento dei valori di cautela per esposizioni prolungate a campi magnetici per la popolazione - esposizione biologica a rischio elevato
Educatori professionali	gestione attività burocratico/amministrative che non esponano ad infortunio per contatto con pazienti
Personale Sanitario laureato non medico	<u>Fisici</u> : non accesso in aree classificate <u>Biologi</u> : non attività ad alto rischio biologico <u>Chimici</u> : non manipolazione di sostanze segnalate
Tutte le mansioni sanitarie	Prescrizione di utilizzo personale e continuativo di guanti protettivi durante le manovre a rischio biologico a bassa invasività



L'UTILIZZO DI GAS COMPRESSI

I recipienti per gas o liquidi realizzati di un sol pezzo di capacità compresa tra 0,5 e 150 litri sono comunemente denominati BOMBOLE, questo tipo di recipienti vanno collaudati e sottoposti a revisione periodica. Collaudo e revisione sono a carico del proprietario (Ditta Fornitrice), ciò comporta la restituzione delle bombole vuote alla ditta fornitrice. Inoltre la ditta fornitrice deve essere contattata qualora sia scaduta la validità del collaudo, cioè dopo 10 anni dall'ultima verifica periodica che è riportata tramite punzonatura sul corpo bombola e, per quanto riguarda le bombole contenenti gas medicali – terapeutici, qualora siano passati due anni a partire dalla data di confezionamento del prodotto, tale data è apposta su ogni recipiente mediante un'etichetta adesiva o un cartellino. La mancata riconsegna dei vuoti o l'utilizzo di bombole scadute, rende l'utilizzatore responsabile delle conseguenze che potrebbero derivare dall'uso delle stesse.

PRECAUZIONI PER UNA SICURA MANIPOLAZIONE DEI RECIPIENTI DI GAS

Un recipiente di gas deve essere messo in uso solo se il suo contenuto risulta chiaramente identificabile. Il contenuto va identificato nei modi seguenti:

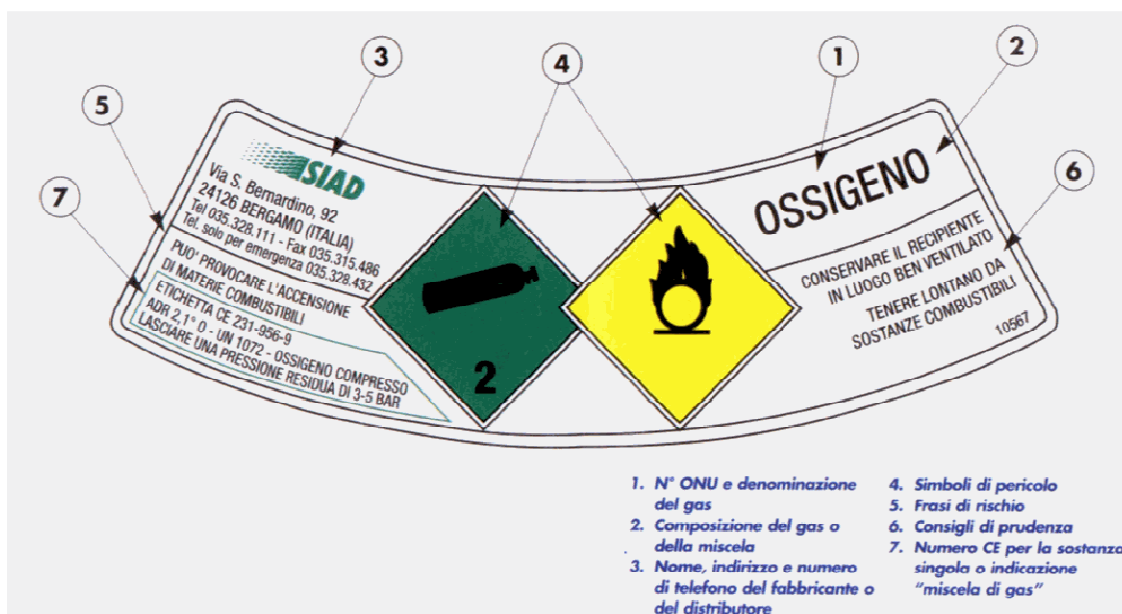
- a) colorazione dell'ogiva, secondo il colore codificato dalla normativa di legge

Tabella dei codici di colore delle ogive dei recipienti di gas

nome commerciale del gas, scritte indelebili, etichette autoadesive, decalcomanie poste sul corpo del recipiente, oppure cartellini di identificazione attaccati alla valvola o al cappellotto di protezione.

TIPO DI GAS	VECCHIA COLORAZIONE	NUOVA COLORAZIONE
OSSIGENO		
PROTOSSIDO DI AZOTO		
ANIDRIDE CARBONICA		
ACETILENE		
ARIA		
AZOTO		

Etichettatura

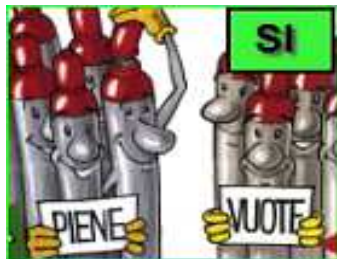


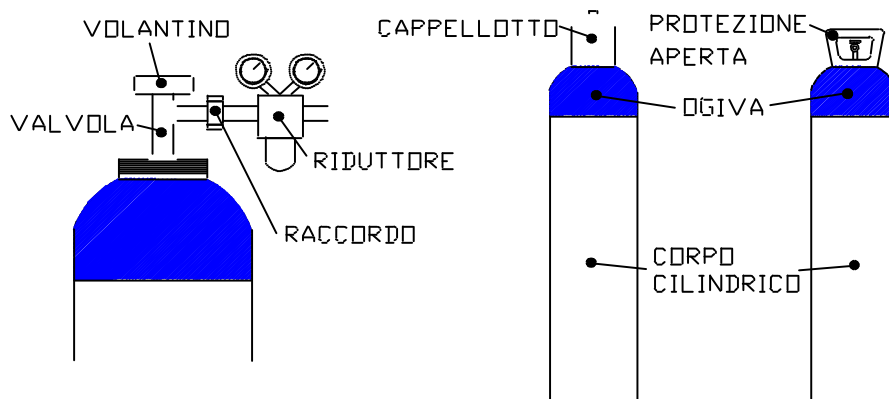
- a) raccordo di uscita della valvola, in accordo alle normative di legge;
- b) tipi e caratteristiche dei recipienti.

E' importante quindi che l'utilizzatore non cancelli o renda illeggibile scritte, non asporti etichette, decalcomanie, cartellini applicati sui recipienti dal fornitore per l'identificazione del gas contenuto.

I recipienti contenenti gas devono essere stoccati in luoghi adatti: non devono essere esposti all'azione diretta dei raggi del sole, né tenuti vicino a sorgenti di calore o comunque in ambienti in cui la temperatura possa raggiungere o superare i 50 °C, i recipienti non devono essere esposti ad una umidità eccessiva, né ad agenti chimici corrosivi. È vietato immagazzinare in uno stesso luogo recipienti contenenti gas tra loro incompatibili. È necessario altresì evitare lo stoccaggio dei recipienti in luoghi ove si trovino materiali combustibili o sostanze infiammabili. Nei luoghi di deposito devono essere tenuti separati i recipienti pieni da quelli vuoti, utilizzando adatti cartelli murali per contraddistinguere i rispettivi depositi di appartenenza.

I recipienti contenenti gas non devono mai essere lasciati in luoghi aperti al pubblico e devono essere protetti contro qualsiasi tipo di manomissione provocata dal personale non autorizzato. Durante l'uso o nei luoghi di deposito i recipienti devono essere tenuti in posizione verticale ed assicurati alle pareti o ad un qualsiasi supporto solido con catenelle od altro mezzo idoneo, per evitarne la caduta, salvo che la forma del recipiente ne assicuri la stabilità. E' vietato usare le bombole in posizione orizzontale o capovolte.





Una volta assicurato il recipiente si può togliere il cappellotto di protezione della valvola (operazione non necessaria se la bombola è dotata di protezione aperta). Le valvole dei recipienti devono essere sempre tenute chiuse, tranne quando il recipiente è utilizzato. La valvola va aperta solo dopo aver collegato la bombola alla tubazione o al riduttore. L'apertura della valvola dei recipienti deve avvenire gradualmente e lentamente. Non usare mai chiavi od altri attrezzi per aprire o chiudere valvole munite di volantino, utilizzare eventualmente guanti da lavoro o altro mezzo atto a migliorare la presa. L'utilizzo di un attrezzo potrebbe provocare la rottura della valvola con pericolose conseguenze. Per le valvole dure ad aprirsi o grippate per motivi di corrosione, o qualora la valvola o il raccordo appaiano danneggiati, contattare il servizio di manutenzione o il fornitore per istruzioni ed evitare di utilizzare il gas. Prima di restituire un recipiente vuoto, assicurarsi che la valvola sia ben chiusa e rimettere il cappellotto di protezione. Si consiglia di lasciare sempre una leggera pressione positiva all'interno del recipiente.

L'utilizzatore non deve cambiare, manomettere oappare i dispositivi di sicurezza eventualmente presenti, né in caso di perdite di gas, eseguire riparazioni sui recipienti pieni o sulle valvole. La lubrificazione delle valvole non è necessaria. È assolutamente vietato usare olio, grasso od altri lubrificanti combustibili sulle valvole dei recipienti contenenti ossigeno e altri gas ossidanti.

I recipienti devono essere maneggiati con cautela evitando gli urti violenti tra di loro o contro altre superfici, cadute o altre sollecitazioni meccaniche che possano comprometterne l'integrità e la resistenza. I recipienti non devono essere sollevati dal cappellotto, né trascinati né fatti rotolare o scivolare sul pavimento. La loro movimentazione, anche per brevi distanze e per bombole di piccole dimensioni, deve avvenire mediante carrello a mano o altro opportuno mezzo di trasporto. Per sollevare i recipienti non devono essere usati elevatori magnetici né imbracature con funi o catene. Eventuali sollevamenti a mezzo gru, paranchi o carrelli elevatori devono essere effettuati impiegando esclusivamente le apposite gabbie, cestelli metallici o appositi pallets.



I recipienti non devono mai essere collocati dove potrebbero diventare parte di un circuito elettrico. Quando un recipiente viene usato in collegamento con una saldatrice elettrica, non deve essere messo a terra. Questa precauzione impedisce al recipiente di essere incendiato dall'arco elettrico.



ALLEGATO 2 - DISPOSIZIONI GENERALI DI SICUREZZA

PER

IMPRESE E LAVORATORI AUTONOMI

Sono qui di seguito puntualizzate alcune significative disposizioni alle quali il Personale delle imprese ed i Lavoratori Autonomi devono tassativamente attenersi durante le attività svolte negli ambienti dell'Azienda Ospedaliera:

- ❑ Negli ambienti interni all'Azienda Ospedaliera è vietato usare fiamme libere, pezzi roventi o comunque ogni tipo di apparecchio portatile o fisso che provochi scintille senza l'autorizzazione della Ripartizione Tecnica dell'Azienda Ospedaliera
- ❑ E' vietato recarsi in luoghi e/o impianti diversi da quelli indicati a svolgere il proprio lavoro.
- ❑ E' obbligatorio seguire i percorsi di accesso ai posti di lavoro indicati dall'Azienda Ospedaliera.

- ❑ E' vietato lasciare attrezzi e/o materiali che possono ingombrare o costituire potenziale pericolo in luoghi di lavoro e transito (comprese le vie di fuga) frequentati da operatori, utenti e pazienti dell'Azienda Ospedaliera.
- ❑ E' vietato operare allacciamenti o distacchi a reti idriche, elettriche, aria compressa, gas o comunque qualsiasi tipo di allacciamento, senza la specifica autorizzazione della Ripartizione Tecnica dell'Azienda Ospedaliera.
- ❑ E' eseguire manovre non autorizzate su impianti, macchine ed attrezzature, ecc; trasportare persone con mezzi non adibiti a tale scopo (carrelli, gru, pale meccaniche ecc.).
- ❑ E' vietato manipolare, spostare, aprire, versare il contenuto di contenitori di sostanze chimiche e/o fluidi biologici eventualmente presenti negli ambienti sanitari in cui le ditte sono chiamate ad operare, senza esplicita autorizzazione del responsabile del reparto e senza giustificato motivo.
- ❑ Se previsti, indossare gli indumenti protettivi come indicato dal responsabile del reparto/servizio in cui l'impresa/lavoratore autonomo è chiamato ad operare.
- ❑ E' obbligatorio togliere gli indumenti di cui al precedente punto, all'uscita dall'ambiente in cui si è operato.
- ❑ E' obbligatorio lavarsi le mani ogni volta che si lasciano gli ambienti sanitari per mangiare, bere o fumare.
- ❑ E' vietato mangiare, bere, fumare, fare uso di cosmetici negli ambienti sanitari.
- ❑ E' vietato pulire o spolverare banconi di laboratorio senza il permesso del personale del laboratorio stesso.
- ❑ In caso di rovesciamento di contenitori, provette ecc., avvertire immediatamente il responsabile del reparto/servizio nel quale si sta operando.
- ❑ Non tentare di rimediare a qualsiasi incidente senza avere ricevuto specifiche istruzioni.
- ❑ Non accedere, senza autorizzazione, nelle zone che espongono segnalazioni di accesso limitato quali segno di radiazioni o rischio biologico.
- ❑ Per ulteriori problemi che dovessero sorgere, sentire o fare riferimento alle persone designate dall'Azienda Ospedaliera (Caposala, preposti, responsabili ecc.).

ALLEGATO 3 - OBBLIGHI IN MATERIA DI SICUREZZA DELL'APPALTATORE

O

LAVORATORE AUTONOMO

L'Appaltatore/Lavoratore Autonomo è responsabile, nei confronti sia dell'Amministrazione Ospedaliera che di terzi, della tutela della sicurezza, incolumità e salute dei propri lavoratori.

E' inoltre tenuto al rispetto delle disposizioni legislative e regolamenti sulla sicurezza e l'igiene del lavoro, sia di carattere generale che specifico per l'ambiente in cui si svolgono i lavori.

In relazione a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di prevenzione degli infortuni e della tutela della salute dei lavoratori, l'Appaltatore/Lavoratore Autonomo dovrà:

- Osservare le misure generali di tutela definite dall'art 15 del D. Lgs 81/08 ed ottemperare agli obblighi prescritti agli art. 18, 19 dello stesso decreto.
- Rispettare regolamenti e disposizioni interne portati a sua conoscenza dalla stazione appaltante.
- Impiegare mezzi e personale idonei ad ogni lavorazione.

- Istruire e responsabilizzare il proprio personale al fine di garantire la propria sicurezza e quella di terzi.
- Dotare il proprio personale di mezzi di protezione necessari, in merito ai quali dovrà garantire:
 - formazione adeguata, addestramento all'uso (quando richiesto), corretto impiego.
- Controllare la rigorosa osservanza delle norme di sicurezza e di igiene del lavoro da parte del proprio personale e di eventuali subappaltatori.
- Predisporre tutte le segnalazioni di pericolo ove necessarie.
- Fornire alla stazione appaltante tempestiva segnalazione di ogni circostanza di cui viene a conoscenza che possa essere fonte di pericolo, anche indipendentemente dell'attività appaltata.

Inoltre il personale operante presso la struttura ospedaliera, deve essere munito di tesserino di riconoscimento corredato da foto e dati inerenti la propria ditta.

**ALLEGATO 4 : PIANI DI EMERGENZA DEI
PRESIDI OSPEDALIERI DI AZIENDA SOCIO
SANITARIA TERRITORIALE LARIANA**



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Lariana

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA - ASST

DIREZIONE GENERALE

STAFF Servizio Prevenzione e Protezione

Responsabile: Ing. Silvano Sartori

Tel.: 031/585.4232

Telefax: 031/585.4590

e-mail: silvano.sartori@asst-lariana.it

PIANO DI EMERGENZA PRESIDIO OSPEDALIERO SANT'ANNA

Dati identificativi generali dell'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA – COMO

DATORE DI LAVORO	DIRETTORE GENERALE
Tipo di attività	Erogazione di servizi sanitari ai cittadini
Sede principale	Como
Località	Camerlata
Via	Napoleona, 60
Tel.	031/585111
Fax	031/593203
Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione	Ing. Silvano Sartori c/o P.O. Sant'Anna, via Ravona 20, San Fermo d.B. – Serv. Prevenzione Tel. 031/585.4232
Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza	n. 18 RLS - elenco a disposizione -
Medico Competente	Dr. Mario Perosino P.O. S. Anna c/o Medicina Preventiva Tel. 031/585.9387
N. dipendenti	3500
Orario di lavoro	24 H organizzato su turni

Dati identificativi del P.O SANT'ANNA

RESPONSABILE DEL PRESIDIO	Direttore Medico di Presidio P.O. Sant'Anna
Ubicazione	Via Ravona , 20 San Fermo della Battaglia
Tel.	031.585.1
N. Lavoratori 2127	
▪ Sanitari:	1554
▪ Tecnici:	95
▪ Amministrativi	113
▪ Altro (pers. Religioso, borsisti, co.co.co)	19
▪ Personale Manutencoop	346
N. posti letto:	591
Presenza operatori minima (nelle 24 H)	111 + 4 (personale Manutencoop)
Orario di lavoro	24 H organizzato a turni –

PROCEDURE DI EMERGENZA ED EVACUAZIONE:

Si considerano principalmente, nella presente procedura, le emergenze rappresentate da un principio d'incendio o incendio che interessi un compartimento e da una interruzione nella erogazione dei gas medicali in quanto:

- (a) In caso di mancanza di energia elettrica l'alimentazione degli edifici è assicurata dai gruppi elettrogeni dell'ospedale.
- (b) Stante la posizione in piano non si considerano eventi franosi, anche se non si può trascurare un ev. cedimento o assestamento strutturale.
- (c) Si considera come improbabile un'emergenza di natura sismica, ma si danno, comunque le indicazioni in merito.

INCENDIO

• SEGNALAZIONE – ALLARME

Procedura per il primo intervento su segnalazione di allarme da impianto di rivelazione e allarme automatico.

- (d) La procedura prevede l'impiego delle 2 guardie giurate in turno e del centralinista in servizio presso la guardiola carraia. La copertura di questi servizi è assicurata H 24 da apposita turnazione gestita dal Servizio di Vigilanza, Portineria e Centralino.
- (e) Tutte le guardie giurate sono in possesso, o in programma di formazione se neoassunti, di attestato di idoneità tecnica per l'espletamento dell'incarico di "Addetto Antincendio" rilasciato dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco.
- (f) Al fine di individuare con precisione le azioni di ciascuno dei due operatori gli stessi si distinguono in :
- (g) **Capoturno** : è l'operatore più anziano in servizio e/o più esperto.
- (h) **Secondo operatore** : è l'altro componente del turno.

Procedura :

- (i) L' allarme incendio viene ricevuto dal personale di portineria in servizio presso la guardiola.
- (j) L'operatore della guardiola chiama il capoturno ed il secondo operatore avvisandoli della presenza di un allarme , inoltre preavvisa la sala regia della manutenzione (4616) e preavvisa anche il centralino (n.° 8100 in diurno e 9999 in notturno).
- (k) Il capoturno si reca presso il monitor allarme incendio più vicino, individua sulla mappa grafica il punto da cui è partito l'allarme e lo comunica al secondo operatore. Il secondo operatore raggiunge nel più breve tempo la zona da cui è pervenuto l'allarme.
- (l) **In caso di falso allarme** il secondo operatore, che ha raggiunto il reparto, chiama il capoturno, la guardiola, il centralino e la sala regia, chiedendo di resettare il sistema e stende un rapporto da trasmettere al proprio responsabile.
- (m) **In caso di effettivo allarme** la guardia giurata che ha raggiunto il reparto chiama la guardiola il capoturno e il centralino (n.°8100 in diurno e 9999 in notturno) confermando la presenza di un incendio. Ricorda al personale del reparto di iniziare a spostare i pazienti nel compartimento adiacente. Invita il pubblico a lasciare il compartimento seguendo la segnaletica che indica le uscite di sicurezza.

Il Capoturno, che ha atteso presso il monitor allarme incendio, prende la chiave del locale gestione emergenze dei Vigili del fuoco ,si reca presso tale locale e tace il messaggio di allarme diffuso dagli altoparlanti. Lascia aperta la porta del locale gestione emergenze dei Vigili del fuoco. Ritorna poi presso la guardiola e attende l'arrivo dei Vigili del fuoco per guidarli nel reparto in allarme.

L'operatore del centralino , in caso di effettivo allarme , effettua nell'ordine, le seguenti chiamate :

- (n) **Vigili del Fuoco** (0112)
- (o) **Centrale operativa dei trasporti** chiedendo di inviare tutto il personale disponibile nel reparto in emergenza (dalle 07,00 alle 19,00 int. 4601 – dalle 19,00 alle 7,00 int. 4657 e 4658)
- (p) **Reparti vicini** a quello in allarme chiedendo di inviare tutto il personale disponibile nel reparto in emergenza.
- (q) **Sala regia della manutenzione** a cascata : 4616-4640-4641
- (r) **Responsabile del servizio Prevenzione e Protezione** – 366/6385662
- (s) **Il Reperibile tecnico dell'Azienda Ospedaliera**
- (t) **Direttore Medico di Presidio**
- (u) **Responsabile della Vigilanza.**

N.B. Mentre si effettuano le chiamate in emergenza si lascia la sbarra aperta.

Terminata l'evacuazione del compartimento l'operatore della manutenzione, previa autorizzazione del personale sanitario, chiude l'alimentazione elettrica e gas medicali dello stesso, verifica la corretta chiusura delle serrande tagliafuoco e lo spegnimento degli impianti di ventilazione e attende i Vigili del Fuoco per offrire tutta la collaborazione tecnica che gli stessi richiederanno. All'arrivo dei Vigili del Fuoco il Capoturno li guida sul luogo dell'incendio.

Procedura per il primo intervento su segnalazione di allarme con rete telefonica interna.

In presenza di un principio d'incendio, di un incendio in atto, o di un sospetto di principio d'incendio (odore di bruciato – tracce di fumo, porte, pareti o pavimenti anormalmente caldi, etc.) L'operatore che rileva l'anomalia compone, dal più vicino apparecchio telefonico disponibile, il numero **9999** **attende risposta e comunica, con la massima chiarezza, il luogo** in cui si è riscontrata l'anomalia, il tipo di anomalia riscontrata e il numero da cui si chiama.

Se, dopo circa 5 squilli, non si avesse risposta chiamare direttamente il numero d'emergenza (0112– vigili del fuoco).

• INTERVENTO DI SPEGNIMENTO

In caso di principio d'incendio chiaramente individuabile e di piccola entità (es. cestino carta) si può tentare di intervenire con i mezzi a disposizione.

Il presidio dispone di:

- estintori a polvere da kg.6 posizionati negli spazi comuni.
- idranti in cassette collocati all'interno in posizione segnalata.
- Idranti esterni collocati in posizione segnalata

Le istruzioni per il funzionamento degli estintori sono riportate chiaramente sull'involucro degli stessi.

I getti d'acqua non vanno usati su apparecchiature o su parti elettriche in tensione.

In ogni caso l'intervento su di un principio d'incendio deve essere condotto da almeno DUE operatori **mentre i rimanenti devono prepararsi alle procedure di evacuazione.**

• EVACUAZIONE

Si ricorda che l'ospedale è suddiviso, in ogni piano, in una serie di compartimenti atti ad evitare, per un tempo determinato, la propagazione dell'incendio e, in particolare, dei

fumi, nei compartimenti adiacenti, previa la corretta gestione delle chiusure delle porte tagliafuoco che devono essere o chiuse o tenute in apertura con gli appositi elettromagneti.

Nel caso in cui sia evidente la produzione di fumo in un punto del compartimento o l'ingresso di fumo da una zona adiacente oppure quando si ha la partenza della segnalazione di allarme con il messaggio vocale e con l'intervento dell'operatore della Vigilanza, il personale di reparto inizia la procedura di evacuazione spostando i pazienti nel compartimento adiacente libero dal fumo.

Il coordinamento della procedura di evacuazione è in capo al Dirigente / Preposto del reparto, quando presente o, in assenza, al sostituto.

I piani di degenza +1 e +2 sono divisi in n.16 compartimenti, il livello 0 ingresso accoglienza è diviso in n.12 compartimenti, il livello -1 diagnosi e cura in n.20 compartimenti, il livello -2 servizi e magazzini suddivisi in circa 20 compartimenti.

Ogni compartimento delle aree destinate a ricovero in regime ospedaliero o residenziale e le unità speciali (terapia intensiva, neonatologia, rianimazione sale operatorie ...) può contenere, in situazioni di emergenza oltre ai suoi normali occupati, il numero di persone previste per il compartimento adiacente con la capienza più alta.

I pazienti deambulanti e autonomi, i visitatori o altre persone presenti in reparto al momento, dell'evacuazione es. personale dell'impresa di pulizie, manutentori etc. si allontaneranno dal reparto speditamente ma senza correre o gridare seguendo le frecce verdi indicanti le uscite di emergenza.

Il personale di reparto deve invitare a **mantenere la calma** indicando il luogo in cui spostarsi e spiegando rapidamente, ma con chiarezza, le azioni che stanno per essere messe in atto.

Si inizierà quindi l'operazione di **allontanamento dei pazienti non autosufficienti** che avviene, di norma, utilizzando i letti su ruote (presenti nella generalità dei reparti).

Si inizieranno a evacuare le camere e gli ambienti più direttamente minacciati dal fumo partendo da quello in cui ha avuto origine l'incendio. Tale locale, una volta evacuato, deve essere chiuso e sigillato con lenzuola o stracci bagnati per evitare il più possibile la fuoriuscita di fumo.

La porta di ciascuna camera, una volta evacuata, deve essere chiusa (non a chiave), per segnalare l'avvenuta evacuazione della stessa.

La movimentazione dei letti su ruote deve avvenire speditamente, ma con ordine. A tale scopo si suggerisce che il personale di reparto, che movimenta quotidianamente i letti, si dedichi allo spostamento dalla camera al corridoio, mentre il personale sopraggiunto da altri reparti e/o i vigili del fuoco, prendono i letti dal corridoio per avviarli al compartimento adiacente.

Oltre le camere tutti gli ambienti del reparto (bagni, cucine, magazzini etc.) devono essere controllati per verificare se vi sono ancora persone presenti.

Il controllo della completa evacuazione deve essere eseguito dall'operatore infermieristico con più alta qualifica presente in reparto.

Nelle operazioni di evacuazione si ricorda che gli unici documenti che devono essere messi in salvo sono le **cartelle cliniche dei pazienti ricoverati** che, unitamente all'elenco dei pazienti, daranno la possibilità di controllare la completezza della evacuazione e di proseguire la terapia in altro reparto o ospedale.

Logica dell'esodo.

- livello +2 degenza 2: infettivi, ostetricia, sala parto, terapia intensiva infantile, pediatria e d.h., chirurgia.
Tutte le scale e le uscite di emergenza sfociano alla quota del piano d'ingresso.
Dall'uscita dal piano d'ingresso (Liv. 0), attraverso porticati e percorsi in spazio scoperto (passerelle e scale scoperte) l'affollamento viene riportato al livello ingresso vigili del fuoco.(-1)
- livello +1 degenza 1: psichiatria, D.M. di presidio, S.I.T.R.A. amministrazione, nefrologia e dialisi, riabilitazione, medicina, neurologia, oncologia, dermatologia, pneumologia, geriatria, cardiologia, medicina preventiva.
Tutte le scale e le uscite di emergenza sfociano alla quota del piano d'ingresso.
Dall'uscita dal piano d'ingresso (Liv. 0), attraverso porticati e percorsi in spazio scoperto (passerelle e scale scoperte) l'affollamento viene riportato al livello ingresso vigili del fuoco.(-1)
- livello 0 ingresso accoglienza: formazione-biblioteca, attività commerciali, asilo, CUP, Chiesa, hall ingresso/bar, ambulatori, accettazione, maxillo/facciale, day hospital, endoscopia.
Tutte le scale e le uscite di emergenza sfociano alla quota del piano d'ingresso.
Dall'uscita dal piano d'ingresso (Liv. 0), attraverso porticati e percorsi in spazio scoperto (passerelle e scale scoperte) l'affollamento viene riportato al livello ingresso vigili del fuoco.(-1)
- livello -1 diagnosi e cura: sale operatorie, interventistica endovascolare, medicina nucleare, radioterapia, medicina d'urgenza, P.soccorso, terapie intensive, radiodiagnostica, hall/smistamento
L'esodo dal piano diagnosi e cura avviene tramite scale che sfociano in parte al livello -1 (scale perimetrali) e in parte al livello 0 (scale centrali)
In tali situazioni la via più breve per raggiungere l'esterno, dal centro della piastra sfocia al livello 0 da cui,attraverso porticati e percorsi in spazio scoperto (passerelle e scale scoperte) l'affollamento viene riportato al livello ingresso vigili del fuoco.(-1)
- livello -2 servizi: Mensa/cucina, laboratorio, officina, anatomia patologica-morgue, farmacia, spogliatoi, depositi, centrale di sterilizzazione,fisica sanitaria Magazzini logistica, magazzino dialisi. Magazzini concessionario, ingegneria clinica, piattaforma ecologica, uffici concessionario-cabina di regia impianti. Centrale operativa allarmi.
L'esodo dal piano servizi avviene tramite scale che sfociano in parte al livello -1 (scale perimetrali) e in parte al livello 0 (scale centrali).
In tali situazioni la via più breve per raggiungere l'esterno, dal centro della piastra sfocia al livello 0, da cui,attraverso porticati e percorsi in spazio scoperto (passerelle e scale scoperte) l'affollamento viene riportato al livello ingresso vigili del fuoco.(-1)

Tutte le scale interne sono a prova di fumo.

Nel fabbricato vi sono n.3 montalettighe utilizzabili in caso d'incendio, che immettono in luogo sicuro verso l'esterno, direttamente o tramite percorso orizzontale protetto di lunghezza non superiore a 15 m.

Ad ogni piano, all'uscita dell'ascensore, è realizzata un'area "luogo sicuro" (spazio calmo) protetta da filtro a prova di fumo REI 120.

Al piano -2 (dove non c'è presenza di degenti) uno di tali spazi è ricavato nello spazio scoperto esterno al volume dell'ospedale.

Evacuazione generale.

In caso di evacuazione generale occorre convergere presso il più vicino punto di ritrovo.

Si ipotizza un caso talmente grave da avere la necessità di allontanarsi il più possibile dalla struttura (incendio generalizzato o sisma).

A questo scopo vengono individuati n.6 di Punti di ritrovo di cui 4 situati al piede delle scale esterne di discesa nelle aree verdi dell'ospedale e 2 situati al piede delle scale di sicurezza esterne nel tratto perimetrale prospiciente la centrale tecnologica.

Nel **Punto di ritrovo** il personale del reparto controllerà che tutti i pazienti i pazienti ricoverati e tutto il personale che prestava servizio in reparto al momento dell'incidente siano presenti e, per quanto possibile, controllerà la presenza di visitatori o altri operatori (personale impresa di pulizie o manutentori) presenti in reparto al momento dell'emergenza.

Le istruzioni che si danno di seguito sono quelle da applicare per i **pazienti non autonomi che devono essere trasportati dal personale utilizzando i letti di reparto** o, eventualmente, barelle e carrozzine.

Se il reparto da evacuare si trova ad un **piano sopraelevato** si deve raggiungere, con percorsi orizzontali, il luogo più lontano possibile dalla zona minacciata dal fumo, dirigendosi verso uno dei 3 ascensori utilizzabili in caso d'incendio. Utilizzando le zone filtro, gli spazi calmi ed i luoghi sicuri esistenti nei pressi degli ascensori si inizia ad evacuare verso il livello 0 i pazienti sui letti. Dallo sbarco al livello zero si raggiunge la più vicina uscita di sicurezza esterna.

Non essendo immediatamente possibile la discesa attraverso le scale esterne in testa alle passerelle, i letti con i pazienti non autonomi sosterranno, con l'assistenza del personale, sui percorsi esterni che conducono alle scale.

Sarà cura del personale che accompagna i pazienti munirsi di tutte le possibili protezioni (Coperte, teli etc.) reperibili in reparto per assistere i pazienti fino all'arrivo dei soccorsi esterni.

Per il **livello zero** (ambulatori) si prevede una limitata presenza di pazienti non autonomi che verranno evacuati con le modalità di cui sopra.

Per il **livello -1** (Diagnostiche e cure intensive) occorre distinguere diverse situazioni:

- **Terapia intensiva** : Si ritiene estremamente improbabile lo svilupparsi di un incendio stante la costante presenza di personale. Si ritiene invece più probabile un incendio in altre zone dell'ospedale con produzione di fumo che si dirige verso la terapia intensiva. In questo caso occorre verificare la chiusura di tutte le porte tagliafuoco ed attendere l'arrivo di soccorsi attrezzati per consentire lo spostamenti dei pazienti. Le uscite di sicurezza del reparto danno direttamente sul piano di arrivo dei soccorsi.
- **Camere operatorie** : anche in questo caso si ritiene improbabile lo svilupparsi di un incendio durante lo svolgimento dell'attività.
- **Pronto soccorso** gli utenti in attesa e gli accompagnatori raggiungono direttamente i punti di raccolta. I pazienti in trattamento, o, comunque, non autosufficienti, vengono portati all'esterno assistiti dal personale di reparto

Nel **Punto di ritrovo** il personale del reparto controllerà che tutti i pazienti i pazienti ricoverati e tutto il personale che prestava servizio in reparto al momento dell'incidente siano presenti e, per quanto possibile, controllerà la presenza di visitatori o altri operatori (personale impresa di pulizie o manutentori) presenti in reparto al momento dell'emergenza.

Si prevede che il **Direttore Medico di Presidio** o il suo sostituto, intervenga nella fase immediatamente successiva alla prima evacuazione per :

- Dare le prime disposizioni circa i provvedimenti organizzativi da adottare per la sistemazione provvisoria degli evacuati.
- Disporre, di concerto con i responsabili tecnici e sanitari (gruppo sicurezza), l'agibilità residua della struttura e proporre, alla Direzione i provvedimenti necessari (Blocco delle accettazioni, trasferimento dei degenti presso altri ospedali etc.)
- Proporre, di concerto con i capi dipartimento e i responsabili delle U.O. interessate, un piano di attività della struttura nel periodo di ripristino della normale funzionalità.

EMERGENZA TERREMOTO

Un evento sismico si manifesta con violenti movimenti della struttura in senso orizzontale e verticale, con momenti di pausa e successivi ulteriori movimenti d'intensità inferiori a quelli iniziali (sciame sismico). Anche in fase di replica sono possibili ulteriori crolli di strutture in precedenza lesionate (è opportuno ancorare alle pareti gli armadi). In caso di terremoto:

- Restate calmi
- Non intraprendete azioni di evacuazione: la maggior parte dei feriti in scosse non disastrose è colpito da oggetti provenienti dall'alto, cade dalle scale o inciampa nella fuga
- Rifugiatevi sotto un tavolo (se abbastanza solido), o cercate di tenervi addossati alle pareti perimetrali
- allontanatevi da finestre, specchi, vetrine, lampadari, strumenti e apparecchi elettrici. State attenti alla caduta di oggetti
- Preparatevi a fronteggiare la possibilità di ulteriori scosse
- Aprite le porte con molta prudenza e muovetevi con estrema cautela, saggiando pavimento, scale e pianerottoli prima di camminarvi sopra
- Non usate ascensori
- Non usate fiammiferi o accendini perché le scosse potrebbero aver danneggiato le tubazioni dell'ossigeno (di per sé non combustibile, ma forte attivatore di tutte le combustioni)
- Evitate l'uso di telefoni, salvo estrema necessità
- Non contribuite a diffondere informazioni non verificate e tentate di confortare le persone particolarmente agitate
- Attendere con calma le successive istruzioni sui comportamenti da tenere.

INTERRUZIONE DELL'ENERGIA ELETTRICA

In caso di interruzione dell'energia elettrica i gruppi elettrogeni dovrebbero entrare in funzione dopo circa 15 secondi.

Se, dopo tale tempo, non si avesse il ritorno dell'alimentazione elettrica, la causa più probabile potrebbe risiedere in un guasto che ha provocato l'intervento delle protezioni. In questo caso bisogna richiedere l'immediato intervento del personale tecnico.

INTERRUZIONE EROGAZIONE GAS MEDICALI.

I reparti sono dotati di bombole di Ossigeno per i trasporti da usarsi per fronteggiare l'immediata emergenza.

Occorre quindi chiamare immediatamente il personale tecnico reperibile per ripristinare l'erogazione.

CEDIMENTO STRUTTURALE

In presenza di formazioni di **crepe, cedimenti e sconnessioni di pavimenti e piastrellature, distacchi di intonaci etc.** occorre avvertire immediatamente il personale tecnico.

In caso di visibile evoluzione dei fenomeni suddetti, procedere alla **evacuazione dell'edificio** con le modalità descritte per l'emergenza incendio.

ALLAGAMENTO

Non si prevede un rischio immediato per i pazienti, ma si bloccherebbero, essenziali servizi di supporto quali il laboratorio analisi, il servizio immunoematologia, la centrale allarme incendi, centrale di sterilizzazione, etc. Di conseguenza si renderebbe necessaria la convocazione immediata del gruppo sicurezza/direzione per decidere le azioni da intraprendere (blocco delle accettazioni, trasferimento dei degenti o altro).

PROCEDURA PER L'EVACUAZIONE DI PERSONE DISABILI

Assistere disabili in caso d'incendio richiede comportamenti specifici da parte dei soccorritori.

Chiunque, per periodi brevi, può trovarsi in stato d'invalidità parziale (es. donne in gravidanza, persone con arti fratturati, ecc.).

Per dare aiuto concreto è necessario essere in grado di comprendere i bisogni della persona da aiutare, in funzione del tipo di disabilità, ed essere in grado di comunicare le azioni da intraprendere per garantire un allontanamento celere e sicuro dalla fonte di pericolo: le misure da adottare sono diverse, secondo il tipo di disabilità.

I criteri generali nell'evacuazione delle persone disabili sono:

- attendere lo sfollamento delle altre persone;
- accompagnare le persone con capacità motorie o sensoriali ridotte all'esterno dell'edificio;
- se non è possibile raggiungere l'esterno dell'edificio, provvedere al trasporto del disabile fino a un luogo idoneo (spazi calmi), in attesa di soccorsi
- impartire ordini chiari, precisi e con tono di voce deciso.

Disabilità uditiva

Attuare i seguenti accorgimenti:

- consentire al sordo una buona lettura labiale, non superando nella conversazione la distanza ottimale di 1,5 m;
- il viso di chi parla deve essere illuminato in modo da permettere la lettura labiale;
- parlando tenere ferma la testa; il viso di chi parla deve essere al livello degli occhi della persona sorda;
- la lettura labiale si basa sulla pronuncia corretta: parlare distintamente, non storpiare la pronuncia:
 - la velocità del discorso deve essere moderata: né troppo in fretta, né troppo adagio;
 - usare frasi corte, semplici ma complete, con tono normale di voce (non occorre gridare). Non parlare in modo infantile; mettere in risalto la parola principale della frase usando espressioni del viso in relazione al tema del discorso;
 - fare in modo che la persona sorda possa vedere ciò che è visibile sulle labbra;
 - quando si usano nomi di persona, località o termini inconsueti, la lettura labiale è difficile. Se il sordo non riesce, nonostante gli sforzi, a recepire il messaggio, non spazientirsi, ma scrivere la parola in stampatello su un foglio;
 - per la persona sorda è difficile seguire una conversazione di gruppo; aiutarla a capire gli argomenti principali attraverso la lettura labiale, con parole e frasi semplici accompagnate da gesti naturali.

Disabilità visiva

- In caso di persone ipovedenti o prive della vista l'addetto prenderà sottobraccio la persona interessata e l'accompagnerà, senza tirare o spingere, fornendo indicazioni su eventuali ostacoli o sul percorso che si sta effettuando;
- annunciare la propria presenza e parlare con voce distinta e comprensibile quando si entra nell'ambiente in cui è presente la persona da aiutare;
- parlare naturalmente, senza gridare, direttamente verso l'interlocutore, senza interporre terze persone, descrivendo la situazione di pericolo;
- non temere di usare parole come "vedere", "guardare" o "cieco";
- offrire assistenza lasciando che la persona vi spieghi di cosa ha bisogno;
- descrivere in anticipo le azioni da intraprendere;
- lasciare che la persona afferri leggermente il braccio o la spalla per farsi guidare (può scegliere di camminare leggermente dietro per valutare la reazione del corpo agli ostacoli);
- lungo il percorso annunciare ad alta voce la presenza di scale, porte e altri eventuali ostacoli;
- nell'invitare un non vedente a sedersi, guidare prima la sua mano affinché tocchi lo schienale del sedile;
- se vi è necessità di guidare più persone con le stesse difficoltà, invitatele a tenersi per mano;
- raggiunto l'esterno, accertarsi che la persona aiutata non sia abbandonata a se stessa ma rimanga in compagnia di altri, sino alla fine dell'emergenza.

Disabilità cognitiva:

Le persone con disabilità di apprendimento possono avere difficoltà nell'eseguire istruzioni complesse che coinvolgono più di una breve sequenza di semplici azioni.

In una situazione di pericolo (incendio, fumo, etc.) un disabile cognitivo può mostrare un atteggiamento di scarsa collaborazione con chi porta soccorso.

In una situazione nuova e sconosciuta può manifestare una reazione di rifiuto della realtà pericolosa, che può sfociare in comportamenti aggressivi contro se stessi o verso chi intende prestare soccorso.

Il soccorritore deve mantenere la calma, parlare con voce rassicurante e farsi aiutare da persone eventualmente presenti sul luogo decidendo rapidamente il da farsi. Priorità assoluta è l'integrità fisica della persona, e il ricorso a un eventuale intervento coercitivo di contenimento per salvaguardarne l'incolumità può rappresentare l'unica soluzione.

Tener presente che:

- la persona può non essere completamente in grado di percepire il pericolo;
- la percezione visiva di istruzioni scritte o di pannelli può essere confusa;
- il senso di direzione potrebbe essere limitato, occorre che qualcuno che accompagni il disabile.
- le istruzioni devono essere suddivise in semplici fasi successive: siate pazienti;
- usare segnali semplici;
- spesso nel disabile cognitivo la comprensione del linguaggio parlato è abbastanza sviluppata e articolata, anche se sono presenti difficoltà di espressione. Spiegare sempre direttamente alla persona le operazioni che si effettueranno in situazione d'emergenza;
- ogni individuo deve essere trattato come un adulto con problemi di apprendimento: non parlate con sufficienza e non trattatelo come un bambino.



Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**
ASST Lariana

Direzione Generale
Staff. Servizio Prevenzione e Protezione
Direttore: Ing. Silvano Sartori

Telefono 031.585.4231 - Fax 031.585.4590
silvano.sartori@asst-lariana.it

PIANO DI EMERGENZA
PALAZZINA UFFICI CON ANNESSA
ELISUPERFICIE IN ELEVAZIONE

Dati identificativi generali dell' AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA –	
DATORE DI LAVORO	DIRETTORE GENERALE
Tipo di attività	Erogazione di servizi sanitari ai cittadini
Sede Legale	Como
Località	Camerlata
Via	Napoleona, 60
Tel.	031.585.1
Fax	031.593203
Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione	Ing. Silvano Sartori P.O. Sant'Anna – Via Ravona – San Fermo della Battaglia Como- Servizio Prevenzione Protezione Tel. 031.585.4233
Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza	n. 18 RLS - elenco a disposizione -
Medico Competente	Dr. Mario Perosino P.O. S. Anna –Via Ravona – San Fermo Della Battaglia c/o Medicina Preventiva Tel. 031.585.9387
N. lavoratori	3500
Orario di lavoro	24 H organizzato su turni

Dati identificativi del sito	
Edificio per uffici amministrativi di 4 piani fuori terra oltre piano tecnico sormontato da elisuperficie in elevazione. Al piano terra è situata una sala conferenze con n. 288 posti a sedere. Struttura in profilati metallici con facciate a vetrata continua.	
Ubicazione	Via Ravona, 20– San Fermo d.B (CO)
Tel.	031 585111

Attività/ N. lavoratori/pubblico		
PIANO	UFFICI	N. max. persone previste
TERRA	Sala conferenze	288
PRIMO	1. Servizio Prevenzione e Protezione	37

	2. Logistica 3. Protocollo 4. Ufficio Tecnico 5. Economato 6. Approvvigionamenti	
SECONDO	1. SIA 2. Ragioneria 3. Ufficio Flussi 4. Ufficio Tecnico 5. Controllo di Gestione	67
Terzo	1. Direzione 2. Responsabile DAPS 3. Ufficio Stampa 4. Affari Generali 5. Ufficio Personale	39
Piano tecnico	Attività di manutenzione	4
Elisuperficie		10
	TOTALE	445
Presenza operatori minima (nelle 24 H)		0
Orario di lavoro: da lunedì a venerdì		7.00 -19.00

PROCEDURE DI EMERGENZA ED EVACUAZIONE:

Si considerano principalmente, nella presente procedura, le emergenze rappresentate da un principio d'incendio o incendio che interessi l'edificio e le specifiche procedure antincendio per l'elisuperficie.

Si considera anche l'emergenza provocata da scosse sismiche e quella relativa ad un'interruzione della corrente elettrica.

Si considera l'emergenza provocata nell'edificio da un incidente sull'elisuperficie.

Si considera, infine, la specifica procedura antincendio per l'elisuperficie.

INCENDIO

Procedura per il primo intervento su segnalazione di allarme da impianto di rivelazione e allarme automatico.

- (v) La procedura prevede l'impiego delle 2 guardie giurate in turno e del centralinista in servizio presso la guardiola carraia. La copertura di questi servizi è assicurata H 24 da apposita turnazione gestita dal Servizio di Vigilanza, Portineria e Centralino.
- (w) Tutte le guardie giurate sono in possesso, o in programma di formazione se neoassunti, di attestato di idoneità tecnica per l'espletamento dell'incarico di "Addetto Antincendio" rilasciato dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco.
- (x) Al fine di individuare con precisione le azioni di ciascuno dei due operatori gli stessi si distinguono in :
 - (y) **Capoturno** : è l'operatore più anziano in servizio e/o più esperto.
 - (z) **Secondo operatore** : è l'altro componente del turno.

Procedura :

- (aa) L' allarme incendio viene ricevuto dal personale di portineria in servizio presso la guardiola.
- (bb) L'operatore della guardiola chiama il capoturno ed il secondo operatore avvisandoli della presenza di un allarme e preavvisa la sala regia della manutenzione (4616). Inoltre preavvisa il Centralino (8100 in diurno e 9999 in notturno) il quale preallerta la U.O. Servizi Tecnici e Patrimonio.
- (cc) Il capoturno si reca presso il monitor allarme incendio piu' vicino, individua sulla mappa grafica il punto da cui è partito l'allarme e lo comunica al secondo operatore. Il secondo operatore raggiunge nel più breve tempo la zona da cui è pervenuto l'allarme.
- (dd) **In caso di falso allarme** il secondo operatore, che ha raggiunto il locale in allarme, chiama il capoturno e la guardiola chiedendogli di resettare il sistema e stende un rapporto da trasmettere al proprio responsabile. Inoltre avvisa anche i VVF del falso allarme.
- (ee) **In caso di effettivo allarme** il secondo operatore che ha raggiunto il locale in allarme chiama il Centralino, il capoturno e la porta carraia di via Ravona confermando la presenza di un incendio. Ricorda al personale presente di iniziare l'evacuazione completa dell'edificio seguendo la segnaletica che indica le uscite di sicurezza.

Il Capoturno, che ha atteso presso il monitor allarme incendio, prende la chiave del locale ove è installata la centralina antincendio al 1° piano della palazzina uffici, si reca presso tale locale e tace il messaggio di allarme diffuso dagli altoparlanti. Si porta poi presso la guardiola e attende l'arrivo dei Vigili del fuoco per guidarli nel locale in allarme.

L'operatore del Centralino di via Ravona, in caso di effettivo allarme , effettua nell'ordine, le seguenti chiamate :

1. Vigili del Fuoco (0112)
2. Reperibile Tecnico – U.O. Servizi Tecnici e Patrimonio
3. Reperibile Manutenzione – U.O. Servizi Tecnici e Patrimonio
4. Sala regia della manutenzione a cascata : 4616-4640-4641
5. Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione
6. Direttore Medico di Presidio
7. Responsabile della Vigilanza.
8. Resp. S.P.P. (ing. Sartori – 366/6385662)

N.B. Mentre si effettuano le chiamate in emergenza si lascia la sbarra aperta.

Terminata l'evacuazione dell' edificio il Reperibile della manutenzione, chiude l'alimentazione elettrica dello stesso, verifica la corretta chiusura delle serrande tagliafuoco e lo spegnimento degli impianti di ventilazione e attende i Vigili del Fuoco per offrire tutta la collaborazione tecnica che gli stessi richiederanno.

All'arrivo dei Vigili del Fuoco il Capoturno li guida sul luogo dell'incendio.

Procedura per il primo intervento su segnalazione di allarme con rete telefonica interna.

In presenza di un principio d'incendio, di un incendio in atto, o di un sospetto di principio d'incendio (odore di bruciato – tracce di fumo, porte, pareti o pavimenti anormalmente caldi, etc.) L'operatore che rileva l'anomalia compone, dal più vicino apparecchio telefonico disponibile, il numero **9999** **attende risposta e comunica, con la massima chiarezza, il luogo** in cui si è riscontrata l'anomalia, il tipo di anomalia riscontrata e il numero da cui si chiama.

Se, dopo circa 5 squilli, non si avesse risposta chiamare direttamente il numero d'emergenza (0112–vigili del fuoco).

9. INTERVENTO DI SPEGNIMENTO

In caso di principio d'incendio chiaramente individuabile e di piccola entità (es. cestino carta) si può tentare di intervenire con i mezzi a disposizione.

Il presidio dispone di :

- estintori a polvere da kg.6 posizionati negli spazi comuni.
- naspi in cassette collocati all'interno in posizione segnalata.

Le istruzioni per il funzionamento degli estintori sono riportate chiaramente sull'involucro degli stessi.

I getti d'acqua non vanno usati su apparecchiature o su parti elettriche in tensione.

In ogni caso l'intervento su di un principio d'incendio deve essere condotto da almeno DUE operatori mentre i rimanenti devono prepararsi alle procedure di evacuazione.

10. EVACUAZIONE

Nel caso in cui sia evidente la produzione di fumo in un punto dell'edificio o l'ingresso di fumo da una zona adiacente oppure quando si ha la segnalazione di allarme con il messaggio vocale e con l'intervento degli operatori e/o addetti antincendio , il personale inizia la procedura di evacuazione di tutte le persone presenti dirigendosi verso le apposite uscite di sicurezza , all'esterno della struttura.

Tenuto conto che il Servizio di Prevenzione e Protezione risiede nell'edificio, il coordinamento della procedura di evacuazione è in capo al Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione o all'addetto del Servizio Prevenzione e Protezione più elevato in grado o più anziano presente in servizio.

Gli addetti al servizio antincendio sull'elisuperficie avvertono la centrale operativa della indisponibilità della stessa e si mettono a disposizione del Servizi Prevenzione e Protezione per collaborare nelle operazioni di contrasto all'incendio ed evacuazione.

I dipendenti, i partecipanti ad attività in sala conferenze e le altre persone presenti al momento,(es. personale dell'impresa di pulizie, manutentori etc.) escono dalla struttura speditamente ma senza correre o gridare seguendo le frecce verdi indicanti le uscite di emergenza.

STANTE LA STRUTTURA DI RIVESTIMENTO IN VETRATE A PARETE CONTINUA OCCORRE PRESTARE LA MASSIMA ATTENZIONE ALLA CADUTA DI VETRI IN SEGUITO A ROTTURE DA DILATAZIONE PROVOCATE DALL'INCENDIO.

Di conseguenza, una volta raggiunta la distanza di sicurezza rappresentata dal cartello di "Punto di raduno" non ci si deve più avvicinare all'edificio fino al termine delle operazioni di messa in sicurezza.

I dipendenti, o altre persone presenti, disabili devono essere assistiti nella evacuazione dai colleghi o dagli accompagnatori secondo le modalità riportate nella presente procedura.

Gli Spazi Calmi in cui far sostare temporaneamente i disabili sono rappresentati dai pianerottoli dei vani scala.

PROCEDURA PER L'EVACUAZIONE DI PERSONE DISABILI

Assistere disabili in caso d'incendio richiede comportamenti specifici da parte dei soccorritori.

Chiunque, per periodi brevi, può trovarsi in stato d'invalidità parziale (es. donne in gravidanza, persone con arti fratturati, ecc.).

Per dare aiuto concreto è necessario essere in grado di comprendere i bisogni della persona da aiutare, in funzione del tipo di disabilità, ed essere in grado di comunicare le azioni da intraprendere per garantire un allontanamento celere e sicuro dalla fonte di pericolo: le misure da adottare sono diverse, secondo il tipo di disabilità.

I criteri generali nell'evacuazione delle persone disabili sono:

- attendere lo sfollamento delle altre persone;
- accompagnare le persone con capacità motorie o sensoriali ridotte all'esterno dell'edificio;
- se non è possibile raggiungere l'esterno dell'edificio, provvedere al trasporto del disabile fino a un luogo idoneo (spazi calmi), in attesa di soccorsi
- impartire ordini chiari, precisi e con tono di voce deciso.

Disabilità uditiva

Attuare i seguenti accorgimenti:

- consentire al sordo una buona lettura labiale, non superando nella conversazione la distanza ottimale di 1,5 m;
- il viso di chi parla deve essere illuminato in modo da permettere la lettura labiale;
- parlando tenere ferma la testa; il viso di chi parla deve essere al livello degli occhi della persona sorda;
- la lettura labiale si basa sulla pronuncia corretta: parlare distintamente, non storpiare la pronuncia;
- la velocità del discorso deve essere moderata: né troppo in fretta, né troppo adagio;
- usare frasi corte, semplici ma complete, con tono normale di voce (non occorre gridare). Non parlare in modo infantile; mettere in risalto la parola principale della frase usando espressioni del viso in relazione al tema del discorso;
- fare in modo che la persona sorda possa vedere ciò che è visibile sulle labbra;
- quando si usano nomi di persona, località o termini inconsueti, la lettura labiale è difficile. Se il sordo non riesce, nonostante gli sforzi, a recepire il messaggio, non spazientirsi, ma scrivere la parola in stampatello su un foglio;
- per la persona sorda è difficile seguire una conversazione di gruppo; aiutarla a capire gli argomenti principali attraverso la lettura labiale, con parole e frasi semplici accompagnate da gesti naturali.

Disabilità visiva

- In caso di persone ipovedenti o prive della vista l'addetto prenderà sottobraccio la persona interessata e l'accompagnerà, senza tirare o spingere, fornendo indicazioni su eventuali ostacoli o sul percorso che si sta effettuando;
- annunciare la propria presenza e parlare con voce distinta e comprensibile quando si entra nell'ambiente in cui è presente la persona da aiutare;
- parlare naturalmente, senza gridare, direttamente verso l'interlocutore, senza interporre terze persone, descrivendo la situazione di pericolo;
- non temere di usare parole come "vedere", "guardare" o "cieco";
- offrire assistenza lasciando che la persona vi spieghi di cosa ha bisogno;

- descrivere in anticipo le azioni da intraprendere;
- lasciare che la persona afferri leggermente il braccio o la spalla per farsi guidare (può scegliere di camminare leggermente dietro per valutare la reazione del corpo agli ostacoli);
- lungo il percorso annunciare ad alta voce la presenza di scale, porte e altri eventuali ostacoli;
- nell'invitare un non vedente a sedersi, guidare prima la sua mano affinché tocchi lo schienale del sedile;
- se vi è necessità di guidare più persone con le stesse difficoltà, invitatele a tenersi per mano;
- raggiunto l'esterno, accertarsi che la persona aiutata non sia abbandonata a se stessa ma rimanga in compagnia di altri, sino alla fine dell'emergenza.

Disabilità cognitiva:

Le persone con disabilità di apprendimento possono avere difficoltà nell'eseguire istruzioni complesse che coinvolgono più di una breve sequenza di semplici azioni.

In una situazione di pericolo (incendio, fumo, etc.) un disabile cognitivo può mostrare un atteggiamento di scarsa collaborazione con chi porta soccorso.

In una situazione nuova e sconosciuta può manifestare una reazione di rifiuto della realtà pericolosa, che può sfociare in comportamenti aggressivi contro se stessi o verso chi intende prestare soccorso.

Il soccorritore deve mantenere la calma, parlare con voce rassicurante e farsi aiutare da persone eventualmente presenti sul luogo decidendo rapidamente il da farsi. Priorità assoluta è l'integrità fisica della persona, e il ricorso a un eventuale intervento coercitivo di contenimento per salvaguardarne l'incolumità può rappresentare l'unica soluzione.

Tener presente che:

- la persona può non essere completamente in grado di percepire il pericolo;
- la percezione visiva di istruzioni scritte o di pannelli può essere confusa;
- il senso di direzione potrebbe essere limitato, occorre che qualcuno che accompagna il disabile.
- le istruzioni devono essere suddivise in semplici fasi successive: siate pazienti;
- usare segnali semplici;
- spesso nel disabile cognitivo la comprensione del linguaggio parlato è abbastanza sviluppata e articolata, anche se sono presenti difficoltà di espressione. Spiegare sempre direttamente alla persona le operazioni che si effettueranno in situazione d'emergenza;
- ogni individuo deve essere trattato come un adulto con problemi di apprendimento: non parlate con sufficienza e non trattatelo come un bambino.

Nel **Punto di ritrovo** (previsto nel piazzale al piano Hall per gli uffici e nella zona a verde a lato della strada di accesso per la sala conferenze), il **Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione** e/o l'addetto al Servizio Prevenzione e controllerà, con la collaborazione dei colleghi degli uffici e con la collaborazione degli addetti alla reception per la sala conferenze, che tutto il personale che prestava servizio al momento dell'incidente e/o tutti i presenti in sala conferenze sia presente sul punto di raduno e, per quanto possibile, controllerà la presenza di visitatori o altri operatori (personale impresa di pulizie o manutentori) presenti al momento dell'emergenza.

Tutti gli ambienti (uffici, bagni, magazzini etc.) devono essere controllati per verificare se vi sono ancora persone presenti.

Il controllo della completa evacuazione deve essere eseguito dal **Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione** e/o dall'addetto al Servizio Prevenzione.

INTERRUZIONE DELL'ENERGIA ELETTRICA

In caso di interruzione dell'energia elettrica , Passati circa 30 sec. senza l'intervento del gruppo elettrogeno, il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione e/o l'addetto al Servizio Prevenzione richiede l'immediato intervento del personale tecnico, inoltre interviene, se possibile, sul quadro elettrico di piano per cercare di ripristinare il ritorno dell'alimentazione elettrica.

EMERGENZA TERREMOTO

Un evento sismico si manifesta con violenti movimenti della struttura, in senso orizzontale e verticale, con alcuni momenti di pausa e con successivi ulteriori movimenti di intensità inferiore a quelli iniziali (sciame sismico). Anche nella fase di replica sono possibili ulteriori crolli di strutture in precedenza già lesionate. È opportuno, in fase di allestimento degli spazi, ancorare alle pareti tutti gli armadi e gli scaffali che possono rovesciarsi.

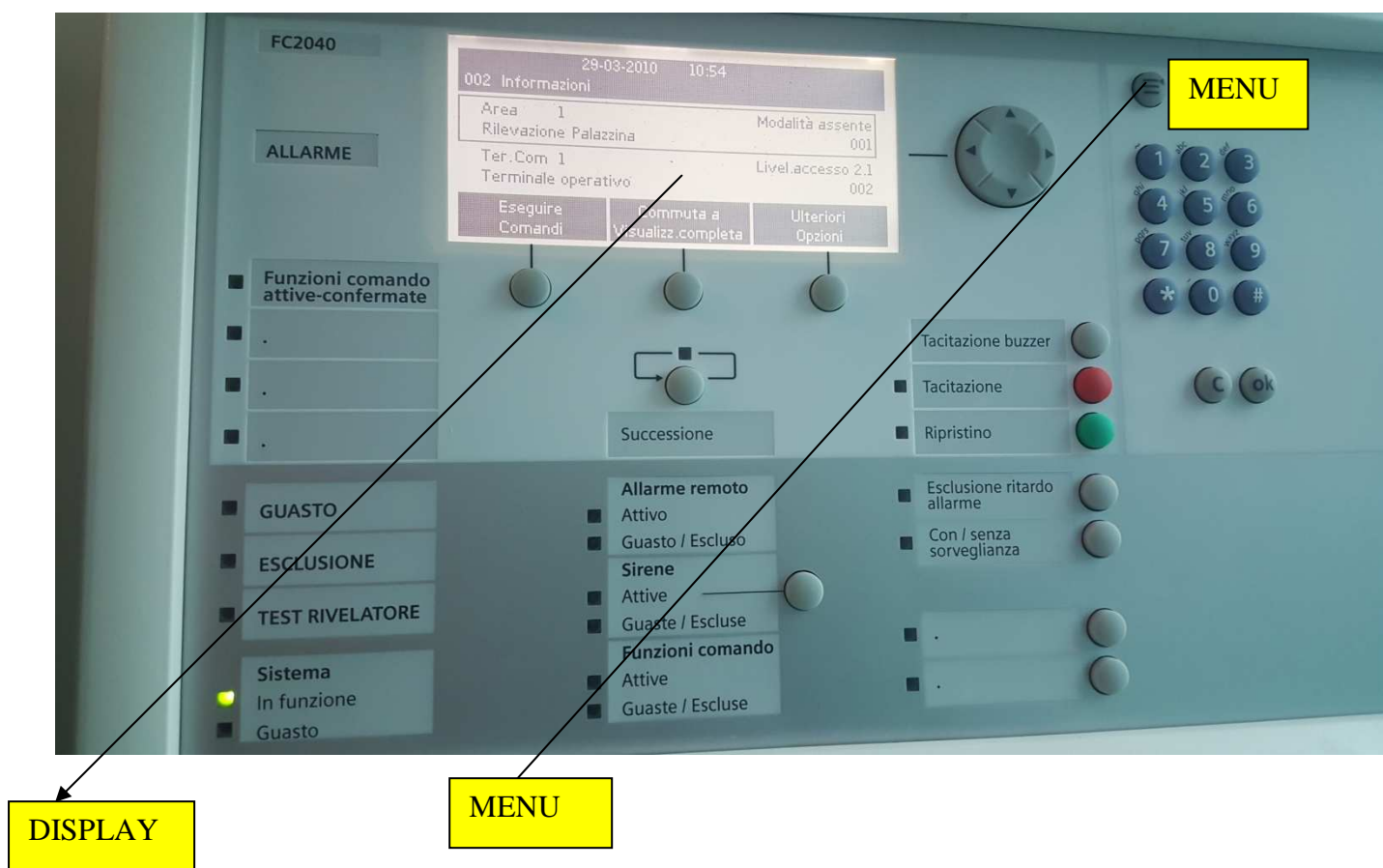
In caso di terremoto:

- **restate calmi**
- **non intraprendete l'azione di evacuazione**
- **rifugiatevi sotto un tavolo (se presente e ritenuto abbastanza solido) ovvero cercate di tenervi addossati alle pareti perimetrali**
- **allontanatevi dalle pareti vetrate, specchi, vetrine, lampadari, scaffali di libri, strumenti ed apparecchi elettrici. State attenti alla caduta di oggetti**
- **preparatevi a fronteggiare la possibilità di ulteriori scosse**
- **aprite le porte con molta prudenza e muovetevi con estrema cautela, saggiando il pavimento, le scale e i pianerottoli prima di camminarvi sopra**
- **non usate gli ascensori**
- **non usate fiammiferi o accendini perché le scosse potrebbero aver danneggiato le tubazioni del gas**
- **evitate di usare i telefoni, salvo i casi di estrema necessità, per non intralciare le comunicazioni d'emergenza**
- **non contribuite a diffondere informazioni non verificate e tentate di confortare i pazienti e le persone particolarmente agitate**
- **fate allontanare, il più possibile ordinatamente, dall'edificio tutti i presenti, guidandoli in spazi aperti, assistendo e trasportando i disabili e le persone non autosufficienti**
- **fate confluire ai punti di raccolta tutte le persone, con presa di informazioni sulle persone non ancora presenti sui punti di raccolta. Trasferire tali informazioni ai soccorritori**
- **collaborate con gli enti esterni (vigili del fuoco, protezione civile) per prestare soccorso alle persone rimaste coinvolte.**

INCIDENTE SULL' ELISUPERFICIE

In caso di incidente sull'elisuperficie i presenti nell'edificio devono allontanarsi dalle pareti vetrate, evitando assolutamente di uscire o affacciarsi alle finestre per evitare di essere colpiti da eventuali detriti o rottami ed attendere le ulteriori istruzioni del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione e/o dall'addetto al Servizio Prevenzione.

Gli addetti al servizio antincendio sull'elisuperficie procedono come da specifico piano di emergenza.



PROCEDURA PER TACITARE E RESETTARE LA CENTRALE ANTINCENDIO DELLA PALAZZINA AMMINISTRATIVA

- 1 PREMERE IL TASTO MENU
- 2 SUL DISPLAY APPARE LA SCRITTA INSERIRE PASSWORD
- 3 DIGITARE 4 VOLTE 0
- 4 PREMERE OK
- 5 PREMERE IL TASTO **ROSSO** TACITAZIONE
- 6 PREMERE IL TASTO **VERDE** RIPRISTINO



AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE SANT'ANNA DI COMO

DIREZIONE GENERALE

STAFF Servizio Prevenzione e Protezione

Responsabile: Ing. Silvano Sartori

Tel.: 031/585.4517

Telefax: 031/585.4511

e-mail: silvano.sartori@hsacomo.org

PIANO DI EMERGENZA S.S.u.Em 118 VILLAGUARDIA

Dati identificativi generali dell'AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANNA – COMO	
DATORE DI LAVORO	DIRETTORE GENERALE
Tipo di attività	Erogazione di servizi sanitari ai cittadini
Sede principale	Como
Località	Camerlata
Via	Napoleona, 60
Tel.	031/585111
Fax	031/593203
Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione	Ing. Silvano Sartori c/o Poli Via Napoleona, 60 Como Tel. 031/5854517
Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza	n. 18 RLS - elenco a disposizione -
Medico Competente	Dr. Mario Perosino P.O. S. Anna c/o Medicina Preventiva Tel. 031/5859387
N. dipendenti	3500
Orario di lavoro	24 H organizzato su turni

Dati identificativi del S.S.u.Em 118 VILLAGUARDIA	
RESPONSABILE DEL PRESIDIO	Dirigente Dr. Mario Landriscina
Ubicazione	Via Firenze – VILLAGUARDIA - COMO
Tel.	031/4869234
N. Lavoratori 76	
▪ Sanitari:	54
▪ Tecnici:	18
▪ Amministrativi	4
N. posti letto:	0
Presenza operatori minima (nelle 24 H)	10
Orario di lavoro	24 H organizzato a turni –

PROCEDURE DI EMERGENZA ED EVACUAZIONE:

Si considerano principalmente, nella presente procedura, le emergenze rappresentate da un principio d'incendio o incendio che interessi un compartimento in quanto:

- (ff) In caso di mancanza di energia elettrica l'alimentazione degli edifici è assicurata dai gruppi elettrogeni .
- (gg) Stante la posizione in piano non si considerano eventi franosi, anche se non si può trascurare un eventuale cedimento o assestamento strutturale.
- (hh) Si considera improbabile un'emergenza di natura sismica, in quanto il territorio della provincia di Como è considerato a basso rischio sismico, ma si danno, comunque, le indicazioni in merito, inoltre sono state rispettate tutte le vigenti norme in materia di antisismica.

INCENDIO

• SEGNALAZIONE – ALLARME

Procedura per il primo intervento su segnalazione di allarme da impianto di rivelazione e allarme automatico.

- La procedura prevede l'impiego di 2 addetti antincendio e degli operatori di turno in servizio presso la centrale operativa 118. La copertura di questi servizi è assicurata H 24 da apposita turnazione.
- Gli Addetti Antincendio in possesso, di attestato di idoneità tecnica, si occuperanno delle eventuali emergenze riguardanti le attività ad alto rischio incendio, funzionali all'elisuperficie (Hangar, deposito di liquidi infiammabili, ecc...) mentre per le altre attività a basso rischio incendio (uffici,foresteria,ecc) è previsto l'intervento degli operatori in servizio in centrale.

Procedura :

- L' allarme incendio viene ricevuto dal personale della Centrale Operativa del 118 , da rete telefonica interna (int:200) o mediante l'impianto di rivelazione automatico.
- Nel caso di allarme da impianto di rivelazione, si attiva un cicalino e sul monitor compare una riga di testo che indica: Il codice del rivelatore in allarme e la denominazione del relativo locale. Al fine di indicare in modo più immediato la zona da cui è pervenuto l'allarme il personale di centrale dispone anche di planimetrie in cui sono riportate le relative destinazioni d'uso dei locali .
- **Il personale della centrale Operativa, nel caso di un allarme incendio, proveniente da rete telefonica interna o da impianto di rivelazione, chiama preventivamente i vigili del fuoco e invia un operatore della stessa centrale presso il cancello esterno , ad attendere l'arrivo dei V.F. per poi accompagnarli sul luogo dell'incendio.**
- **Se l'allarme è inerente la struttura dell'elisuperficie** , chiama gli Addetti Antincendio in servizio indicando la zona da cui è pervenuto l'allarme e chiedendogli di recarsi sul luogo segnalato e riferire sulla situazione di fatto;
- **Se invece l'allarme è relativo a qualunque altra parte della struttura a basso rischio** viene chiesto a un operatore presente in centrale operativa di recarsi sul luogo segnalato e riferire sulla situazione di fatto.
- Gli Addetti Antincendio o l'operatore della centrale raggiungono nel più breve tempo la zona da cui è pervenuto l'allarme.
- **In caso di falso allarme**, avvisano il personale della Centrale operativa chiedendo di resettare il sistema e stendono un rapporto da trasmettere al proprio responsabile.
- **In caso di effettivo allarme** gli Addetti che hanno raggiunto la zona in allarme chiamano la centrale Operativa e confermano la presenza di un incendio.

L'operatore Centrale Operativa , avuta la conferma di un principio di incendio, effettua, nell'ordine , le seguenti chiamate :

- **Reperibile Tecnico** (chiamare il centralino Sant'Anna per contattare il rep. tecnico e manutenzione)
- **Reperibile Manutenzione**
- **Resp. Dipartimento - Dr. Landriscina (Coordinatore dell'evacuazione)**
- **Responsabile del Servizio Prevenzione** (ing. Sartori- cell. 366/6385662)

Gli Addetti antincendio e/o l'operatore della centrale invitano il personale e il pubblico presente di iniziare la evacuazione, seguendo la segnaletica verde indicante le uscite di sicurezza e inoltre iniziano , se possibile , le operazioni di spegnimento .

All'arrivo dei V.F. , Il Coordinatore dell'evacuazione informa sulle persone ancora da salvare e sulle zone a rischio (dep. bombole, dep. Infiammabili,ecc...)

Il reperibile tecnico allertato dalla centrale operativa :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - <u>Si mette a disposizione del Coordinatore dell'evacuazione e dei Vigili del Fuoco</u> - <u>Completata l'evacuazione del compartimento, previa autorizzazione del personale sanitario, toglie l'alimentazione elettrica nella zona coinvolta dall'incendio</u> - <u>coordina gli interventi del personale tecnico riguardo a: interruzione selettiva impianti tecnologici a rischio, blocco e ispezione ascensori, funzionalità rete idranti, ecc</u> - <u>Verifica la chiusura delle porte di compartimentazione per confinare fumo e calore</u> - <u>Fornisce informazioni chiare e precise ai VV.FF., in particolare sugli impianti tecnologici e sui mezzi antincendio presenti (idranti , naspi , estintori ,ecc...)</u> |
|--|

Procedura per il primo intervento su segnalazione di allarme con rete telefonica interna.

L'operatore che si accorge di un principio d'incendio, di un incendio in atto, o di un sospetto di principio d'incendio (odore di bruciato – tracce di fumo, porte, pareti o pavimenti anormalmente caldi, etc.) , **avvisa immediatamente, la Centrale Operativa**, o telefonicamente **al n.° interno 200** o direttamente, **comunicando, con la massima chiarezza , il luogo in cui si è riscontrata l'anomalia, il tipo di anomalia e il numero da cui chiama ; se non ha risposta, chiama direttamente il numero d'emergenza 0112** ; Dopodiche' **attiva il pulsante di allarme** e tenta di spegnere il fuoco ma solo se si tratta di un principio di incendio chiaramente individuabile e di piccola entita' (es. cestino di carta) , con i mezzi a disposizione (estintore piu' vicino al luogo dell'evento), e solo se è presente una via di fuga alle spalle. Inoltre avvisa immediatamente il responsabile del reparto o il suo sostituto.

• INTERVENTO DI SPEGNIMENTO

In caso di principio d'incendio chiaramente individuabile e di piccola entità (es. cestino carta) si può tentare di intervenire con i mezzi a disposizione.

Il presidio dispone di:

- estintori a polvere da kg.6 posizionati negli spazi comuni.
- idranti in cassette collocati all'interno in posizione segnalata.
- Idranti esterni collocati in posizione segnalata

Le istruzioni per il funzionamento degli estintori sono riportate chiaramente sull'involucro degli stessi.

I getti d'acqua non vanno usati su apparecchiature o su parti elettriche in tensione.

In ogni caso l'intervento su di un principio d'incendio deve essere condotto da almeno DUE operatori **mentre i rimanenti devono prepararsi alle procedure di evacuazione.**

• EVACUAZIONE

Si ricorda che la base operativa del 118 è suddivisa , in vari compartimenti atti ad evitare, per un tempo determinato (120 minuti), la propagazione dell'incendio e, in particolare, dei fumi, nei compartimenti adiacenti, previa la corretta gestione delle chiusure delle porte tagliafuoco che devono essere **o chiuse o tenute in apertura con gli appositi elettromagneti.**

Nel caso in cui sia evidente la produzione di fumo in un punto del compartimento o l'ingresso di fumo da una zona adiacente oppure quando si ha la segnalazione di allarme con il messaggio vocale e con l'intervento degli operatori e/o addetti antincendio , il personale inizia la procedura di evacuazione di tutte le persone presenti dirigendosi verso le apposite uscite di sicurezza , all'esterno della struttura.

Il Coordinatore per l'evacuazione è l'operatore piu' alto in grado o il piu' anziano , (dirigente,preposto) quando presente o, in sua assenza , il suo sostituto ;

Il Coordinatore per l'evacuazione svolge i seguenti ruoli :

- ha la responsabilità durante l'accadimento di un evento calamitoso di predisporre quanto necessario allo scopo di effettuare correttamente tutte le operazioni da lui ritenute necessarie per condurre l'evacuazione;
- - Dà disposizioni per effettuare un'evacuazione veloce utilizzando le uscite opposte al luogo dell'evento;
- - Verifica che tutte le porte dal luogo dell'evento al compartimento adiacente o al punto di raccolta, siano mantenute chiuse per evitare il più possibile di essere raggiunti dal fumo.
- - Collabora col personale tecnico reperibile giunto sul posto
- - Predisporre quanto necessario per l'assistenza agli evacuati
- - Collabora coi Vigili del Fuoco giunti sul posto dando tutte le indicazioni richieste
- - Verifica che tutti gli utenti e gli operatori siano presenti, al termine dell'evacuazione, effettuando la conta nel punto di raccolta.

I visitatori o le altre persone presenti al momento dell'emergenza, (es. personale dell'impresa di pulizie, fornitori, etc.) dovranno :

- In presenza di fumo o di sospetto d'incendio, avvertire subito il personale
- Seguire le indicazioni del personale incaricato
- Procedere a passo veloce, senza correre, seguendo le indicazioni verso le vie di uscita indicate dalla segnaletica
- Non usare ascensori o montacarichi
- Non attardarsi a recuperare oggetti personali
- In presenza di fumo o fiamme proteggere la bocca e il naso con fazzoletti o panni umidi
- Respirare con il viso rivolto verso il suolo
- In presenza di forte calore proteggersi il capo con indumenti bagnati

- Non ostruire gli accessi allo stabile rimanendo vicini ad essi dopo essere usciti
- Nei punti di raccolta attendere da parte del personale un appello e istruzioni
- Non tornare indietro per nessun motivo e attendere il segnale di cessata emergenza

Il personale in servizio deve invitare a **mantenere la calma** indicando il luogo in cui spostarsi e spiegando rapidamente, ma con chiarezza, le azioni che stanno per essere messe in atto.

Si inizierà quindi l'operazione di **allontanamento delle persone non autosufficienti che avverrà, di norma, utilizzando delle carrozzine e dirigendosi verso gli appositi spazi calmi (coincidenti con le due terrazze al 1° piano adiacenti la centrale operativa 118 e il locale segreteria) e successivamente trasportandoli, attraverso le adiacenti vie di esodo verticali, in un luogo sicuro esterno.**

Di seguito viene descritta la procedura per l'evacuazione di persone disabili.

PROCEDURA PER L'EVACUAZIONE DI PERSONE DISABILI

Assistere disabili in caso d'incendio richiede comportamenti specifici da parte dei soccorritori.

Chiunque, per periodi brevi, può trovarsi in stato d'invalidità parziale (es. donne in gravidanza, persone con arti fratturati, ecc.).

Per dare aiuto concreto è necessario essere in grado di comprendere i bisogni della persona da aiutare, in funzione del tipo di disabilità, ed essere in grado di comunicare le azioni da intraprendere per garantire un allontanamento celere e sicuro dalla fonte di pericolo: le misure da adottare sono diverse, secondo il tipo di disabilità.

I criteri generali nell'evacuazione delle persone disabili sono:

- attendere lo sfollamento delle altre persone;
- accompagnare le persone con capacità motorie o sensoriali ridotte all'esterno dell'edificio;
- se non è possibile raggiungere l'esterno dell'edificio, provvedere al trasporto del disabile fino a un luogo idoneo (spazi calmi), in attesa di soccorsi
- impartire ordini chiari, precisi e con tono di voce deciso.

Disabilità uditiva

Attuare i seguenti accorgimenti:

- consentire al sordo una buona lettura labiale, non superando nella conversazione la distanza ottimale di 1,5 m;
- il viso di chi parla deve essere illuminato in modo da permettere la lettura labiale;
- parlando tenere ferma la testa; il viso di chi parla deve essere al livello degli occhi della persona sorda;
- la lettura labiale si basa sulla pronuncia corretta: parlare distintamente, non storpiare la pronuncia:
 - la velocità del discorso deve essere moderata: né troppo in fretta, né troppo adagio;
- usare frasi corte, semplici ma complete, con tono normale di voce (non occorre gridare). Non parlare in modo infantile; mettere in risalto la parola principale della frase usando espressioni del viso in relazione al tema del discorso;
- fare in modo che la persona sorda possa vedere ciò che è visibile sulle labbra;
- quando si usano nomi di persona, località o termini inconsueti, la lettura labiale è difficile. Se il sordo non riesce, nonostante gli sforzi, a recepire il messaggio, non spazientirsi, ma scrivere la parola in stampatello su un foglio;
- per la persona sorda è difficile seguire una conversazione di gruppo; aiutarla a capire gli argomenti principali attraverso la lettura labiale, con parole e frasi semplici accompagnate da gesti naturali.

Disabilità visiva

- In caso di persone ipovedenti o prive della vista l'addetto prenderà sottobraccio la persona interessata e l'accompagnerà, senza tirare o spingere, fornendo indicazioni su eventuali ostacoli o sul percorso che si sta effettuando;
- annunciare la propria presenza e parlare con voce distinta e comprensibile quando si entra nell'ambiente in cui è presente la persona da aiutare;
- parlare naturalmente, senza gridare, direttamente verso l'interlocutore, senza interporre terze persone, descrivendo la situazione di pericolo;
- non temere di usare parole come "vedere", "guardare" o "cieco";
- offrire assistenza lasciando che la persona vi spieghi di cosa ha bisogno;
- descrivere in anticipo le azioni da intraprendere;
- lasciare che la persona afferri leggermente il braccio o la spalla per farsi guidare (può scegliere di camminare leggermente dietro per valutare la reazione del corpo agli ostacoli);
- lungo il percorso annunciare ad alta voce la presenza di scale, porte e altri eventuali ostacoli;
- nell'invitare un non vedente a sedersi, guidare prima la sua mano affinché tocchi lo schienale del sedile;
- se vi è necessità di guidare più persone con le stesse difficoltà, invitatele a tenersi per mano;
- raggiunto l'esterno, accertarsi che la persona aiutata non sia abbandonata a se stessa ma rimanga in compagnia di altri, sino alla fine dell'emergenza.

Disabilità cognitiva:

Le persone con disabilità di apprendimento possono avere difficoltà nell'eseguire istruzioni complesse che coinvolgono più di una breve sequenza di semplici azioni.

In una situazione di pericolo (incendio, fumo, etc.) un disabile cognitivo può mostrare un atteggiamento di scarsa collaborazione con chi porta soccorso.

In una situazione nuova e sconosciuta può manifestare una reazione di rifiuto della realtà pericolosa, che può sfociare in comportamenti aggressivi contro se stessi o verso chi intende prestare soccorso.

Il soccorritore deve mantenere la calma, parlare con voce rassicurante e farsi aiutare da persone eventualmente presenti sul luogo decidendo rapidamente il da farsi. Priorità assoluta è l'integrità fisica della persona, e il ricorso a un eventuale intervento coercitivo di contenimento per salvaguardarne l'incolumità può rappresentare l'unica soluzione.

Tener presente che:

- la persona può non essere completamente in grado di percepire il pericolo;
- la percezione visiva di istruzioni scritte o di pannelli può essere confusa;
- il senso di direzione potrebbe essere limitato, occorre che qualcuno che accompagni il disabile.
- le istruzioni devono essere suddivise in semplici fasi successive: siate pazienti;
- usare segnali semplici;
- spesso nel disabile cognitivo la comprensione del linguaggio parlato è abbastanza sviluppata e articolata, anche se sono presenti difficoltà di espressione. Spiegare sempre direttamente alla persona le operazioni che si effettueranno in situazione d'emergenza;
- ogni individuo deve essere trattato come un adulto con problemi di apprendimento: non parlate con sufficienza e non trattatelo come un bambino.

Logica dell'esodo.

- **Piano Primo** : Area uffici , Area operativa 118, archivi,spogliatoi, ecc...
Tutte le scale e le uscite di emergenza sfociano alla quota del piano Terra,e da lì, direttamente o indirettamente attraverso percorsi orizzontali, si raggiungono le uscite di sicurezza verso l'esterno .
Successivamente, attraverso percorsi in spazio scoperto l'affollamento viene riportato *al punto di raccolta presso il cancello esterno.*

- **Piano Terra:** Area Uffici operatori, area riposo e foresteria, autorimessa, magazzini, hangar, ecc.. Dalle uscite di sicurezza del piano Terra, attraverso percorsi in spazio scoperto l'affollamento viene riportato al *punto di raccolta presso il cancello esterno*.

Tutti gli ambienti (uffici, bagni, cucine, magazzini etc.) devono essere controllati per verificare se vi sono ancora persone presenti.

Il controllo della completa evacuazione deve essere eseguito dall'operatore con più alta qualifica presente.

Nell'edificio sono presenti n.4 vani scala, a prova di fumo e due dei quali hanno accesso da spazio calmo.

Al primo piano, sono state realizzate due aree "luogo sicuro" (spazio calmo) su spazio scoperto in terrazza.

In caso di evacuazione occorre convergere presso il **punto di ritrovo**, il quale è stato individuato presso il cancello esterno.

Nel **Punto di ritrovo** l'operatore, con più alta qualifica presente, controllerà che tutto il personale che prestava servizio al momento dell'incidente sia presente e, per quanto possibile, controllerà la presenza di visitatori o altri operatori (personale impresa di pulizie o manutentori) presenti al momento dell'emergenza.

- Si prevede che nella fase immediatamente successiva alla prima evacuazione un operatore della centrale operativa qualificandosi, avvisi immediatamente il servizio 112 Varese, avvisandolo della temporanea inoperatività, in modo che le funzioni e i compiti propri del servizio 118 del territorio di Como vengano svolte da un'altra centrale 118.

Pubblicità del piano.

Per ottenere gli obiettivi fissati è necessaria un'adeguata informazione, a tutti i livelli, sulla pianificazione predisposta.

Tutte le figure operanti nella struttura devono essere edotte sul contenuto del piano e sul ruolo loro affidato.

Sono stati svolti incontri-esercitazioni con il personale della struttura per l'illustrazione e verifica del piano e delle procedure.

Per tenere alto il livello d'informazione tra il personale copia del piano di emergenza è presente nei vari uffici e nella Centrale operativa.

INTERRUZIONE DELL'ENERGIA ELETTRICA

In caso di interruzione dell'energia elettrica i gruppi elettrogeni dovrebbero entrare in funzione dopo circa 15 secondi.

Se, dopo tale tempo, non si avesse il ritorno dell'alimentazione elettrica, la causa più probabile potrebbe risiedere in un guasto che ha provocato l'intervento delle protezioni. In questo caso bisogna richiedere l'immediato intervento del personale tecnico.

CEDIMENTO STRUTTURALE

In presenza di formazioni di **crepe, cedimenti e sconnessioni di pavimenti e piastrellature, distacchi di intonaci etc.** occorre avvertire immediatamente il personale tecnico.

In caso di visibile evoluzione dei fenomeni suddetti, procedere alla **evacuazione dell'edificio** con le modalità descritte per l'emergenza incendio.

Emergenza terremoto

Un evento sismico si manifesta con violenti movimenti della struttura in senso orizzontale e verticale, con momenti di pausa e successivi ulteriori movimenti d'intensità inferiori a quelli iniziali (sciame sismico). Anche in fase di replica sono possibili ulteriori crolli di strutture in precedenza lesionate (è opportuno ancorare alle pareti gli armadi). In caso di terremoto:

- Restate calmi
- Non intraprendete azioni di evacuazione: la maggior parte dei feriti in scosse non disastrose è colpito da oggetti provenienti dall'alto, cade dalle scale o inciampa nella fuga
- Rifugiatevi sotto un tavolo (se abbastanza solido), o cercate di tenervi addossati alle pareti perimetrali
- allontanatevi da finestre, specchi, vetrine, lampadari, strumenti e apparecchi elettrici. State attenti alla caduta di oggetti
- Preparatevi a fronteggiare la possibilità di ulteriori scosse
- Aprite le porte con molta prudenza e muovetevi con estrema cautela, saggiando pavimento, scale e pianerottoli prima di camminarvi sopra
- Non usate ascensori
- Non usate fiammiferi o accendini perché le scosse potrebbero aver danneggiato le tubazioni dell'ossigeno (di per sé non combustibile, ma forte attivatore di tutte le combustioni)
- Evitate l'uso di telefoni, salvo estrema necessità
- Non contribuite a diffondere informazioni non verificate e tentate di confortare le persone particolarmente agitate
- Attendere con calma le successive istruzioni sui comportamenti da tenere.



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA - ASST

DIREZIONE GENERALE

STAFF Servizio Prevenzione e Protezione

Responsabile: Ing. Silvano Sartori

Tel.: 031/585. 4231

e-mail: silvano.sartori@asst-lariana.it

PIANO DI EMERGENZA POLIAMBULATORIO VIA NAPOLEONA

Dati identificativi generali dell' AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA –	
DATORE DI LAVORO	DIRETTORE GENERALE
Tipo di attività	Erogazione di servizi sanitari ai cittadini
Sede Legale	Como
Località	Camerlata
Via	Napoleona, 60
Tel.	031.585.1
Fax	031.593203
Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione	Ing. Silvano Sartori c/o Palazzina Uffici NH Sant'Anna –S. Fermo- Servizio Prevenzione Protezione - Tel. 031.585.4231
Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza	n. 18 RLS - elenco a disposizione -
Medico Competente	Dr. Mario Perosino P.O. S. Anna –Via Ravona – San Fermo Della Battaglia c/o Medicina Preventiva Tel. 031.585.9387
N. lavoratori	3500
Orario di lavoro	24 H organizzato su turni

Dati identificativi del Poliambulatorio Via Napoleona	
RESPONSABILE DEL POLIAMBULATORIO	Direttore Medico di Presidio P.O. Sant'Anna e Poliambulatorio di Via Napoleona.
Ubicazione	Via Napoleona,60 - COMO
Tel.	031.585.1
N. lavoratori: 411	
*0 Sanitari: 231 (medici:22; SUMAI 40 ; infermieri 90; OSS:10; OTA:3; farmacisti:2; psicologi:3; tecnici sanitari:9 ; fisioterapisti ;15 ; ausiliari spec. : 22; altre professioni sanitarie: 15)	
*1 Tecnici: 23 (ingegneri: 3; analista:2;informatico:11;geometra:6;perito elettrotecnico:1)	
• Amministrativi: 127	
• Vari: 27 (centro stampa:3;guardaroba:2;manutenzione:18; magazzino:1; centrale-portineria:3; autista:1)	
• Borsista: 2	

N. posti letto: 23 DIALISI CAL: 15 - CPS/CRM : 8	
Presenza operatori minima (nelle 24 H)	2
Orario di lavoro: da lunedì a venerdì Sabato: Domenica e festivi:	12 H organizzato a turni –CPS/CRM 24H 6 H a giornata CPS/CRM 24H organizzato a turni

PROCEDURE DI EMERGENZA ED EVACUAZIONE:

Si considerano principalmente, nella presente procedura, le emergenze rappresentate da un principio d'incendio o incendio che interessi un edificio in quanto:

- In caso di mancanza di energia elettrica l'alimentazione degli edifici è assicurata dai gruppi elettrogeni dell'ospedale.
- Si considerano poco probabili emergenze dovute ad allagamenti stante la posizione sopraelevata del complesso.
- Non si ha memoria storica di eventi franosi che abbiano interessato edifici o altri spazi del Presidio Ospedaliero. Viene, comunque, data una istruzione in caso di cedimenti strutturali della parte muraria.

INCENDIO

(ii) SEGNALEZIONE – ALLARME

La seguente procedura considera sia il caso di allarme diurno ossia quando vi è la presenza di almeno una guardia di turno , sia il caso di allarme notturno (sabato pomeriggio , domenica , festivi e giorni feriali dal lunedì al venerdì dopo le 19:30) .

Procedura per il primo intervento su segnalazione diurna di allarme da impianto di rivelazione , allarme automatico e da rete telefonica interna.

La procedura prevede l'impiego di una guardia giurata in turno al Poliambulatorio di via Napoleona, del capoturno in servizio presso il nuovo ospedale e del portiere-centralinista in servizio presso la porta-carraia del P.O. Sant'Anna. La copertura del servizio di portineria è assicurata H 24 da apposita turnazione , mentre il servizio di vigilanza è assicurato per tutto l'orario di apertura della struttura poliambulatoriale (dalle 7:30 am alle 19:30 pm).

- Tutte le guardie giurate sono in possesso, o in programma di formazione se neoassunti, di attestato di idoneità tecnica per l'espletamento dell'incarico di “Addetto Antincendio” rilasciato dal Comando Provinciale del Vigili del Fuoco.
- In presenza di un principio d'incendio, di un incendio in atto, o di un sospetto di principio d'incendio (odore di bruciato – tracce di fumo, porte, pareti o pavimenti anormalmente caldi, etc.) **l'operatore che rileva l'anomalia compone, dal più vicino apparecchio telefonico disponibile, il numero 9999 attende risposta e comunica , con la massima chiarezza, il luogo in cui si è riscontrata l'anomalia, il tipo di anomalia riscontrata e il numero da cui chiama.**

Se, dopo circa 5 squilli, non si avesse risposta chiamare direttamente i normali numeri d'emergenza (112 – vigili del fuoco).

Procedura :

- L' allarme incendio, proveniente da **impianto di rivelazione o da rete telefonica interna (9999)** , viene ricevuto dal personale di portineria in servizio presso la porta carraia del P.O. Sant'Anna.
- **Nel caso di allarme da impianto di rivelazione** , si attiva un cicalino e sul monitor del computer, presso la porta carraia di via Ravona, compare una spia rossa che indica una segnalazione generica di allarme al Poliambulatorio di via Napoleona senza però indicare esattamente la posizione del locale in allarme.
- In ogni caso , **l'operatore della porta carraia di Via Ravona che riceve l'allarme chiama il capoturno in servizio presso il P.O. Sant'Anna** , avvertendolo della situazione e comunicandogli la segnalazione di allarme in corso , **inoltre preallerta anche il centralino (8100).**

IN CASO DI ALLARME DA RETE TELEFONICA INTERNA , l'operatore della porta carraia di Via Ravona chiama anche i vigili del fuoco (0112) indirizzandoli all'entrata di via Colonna. Inoltre chiama un operatore (personale della portineria del Poliambulatorio di Via Napoleona che si reca presso l'ingresso di via Colonna) per accompagnare i V.F. sul luogo dell'incendio.

- **Il Capoturno chiama l'addetto alla vigilanza** in servizio presso il Poliambulatorio di Via Napoleona e comunica la segnalazione di allarme.
- **L' addetto alla vigilanza**, se eventualmente presente altrove, **raggiunge nel più breve tempo possibile la porta carraia di via Colonna** , individua sul monitor il punto da cui è partito l'allarme e si porta immediatamente sul posto.
- **In caso di falso allarme** , l'addetto alla vigilanza , che ha raggiunto il reparto, avvisa il centralino (8100) e l'operatore della porta carraia di Via Ravona del falso allarme . Inoltre effettua un reset allarmi in porta carraia del Poliambulatorio di Via Napoleona e stende un rapporto da trasmettere al proprio responsabile. **L'operatore della porta carraia del P.O. Sant'Anna , richiama i V.F. , nel caso in cui siano stati allertati , avvisandoli che è stato un falso allarme.**
- **In caso di effettivo allarme** l'addetto alla vigilanza che ha raggiunto il locale **avvisa il Centralino** del P.O. Sant'Anna al n. tel. 8100 specificando il reparto in emergenza e la situazione di fatto riscontrata .Il personale di reparto invita il pubblico e l'utenza presente di lasciare il compartimento seguendo la segnaletica che indicano le uscite di sicurezza e provvede alla evacuazione dello stesso. **Eventuali disabili e/o persone con capacità motorie ridotte saranno accompagnate nel compartimento adiacente in attesa di essere portate all'esterno della struttura.**
- **Il Centralino del P.O. Sant'Anna** , avuta la conferma da parte dell'addetto , di un principio di incendio , effettua, nell'ordine, le seguenti chiamate :
 - **Vigili del fuoco (0112)**
 - **Responsabile della Vigilanza**
 - **Reperibile tecnico**
 - **Reperibile manutenzione**
 - **Chiama un operatore (personale della portineria VOSA) che si reca presso l'ingresso di via colonna per attendere l'arrivo dei V.F. in porta carraia di via Colonna e accompagnarli sul luogo dell'incendio**
 - **Responsabile del servizio Prevenzione e Protezione (ing. Sartori- cell. 366/6385662)**
 - **Direttore Medico di Presidio.**

N.B. Mentre si effettuano le chiamate in emergenza si lascia la sbarra aperta.

Il Reperibile Tecnico si reca sul posto con tutto il personale tecnico designato disponibile.

L'operatore della manutenzione, previa autorizzazione del personale sanitario presente, chiude l'alimentazione elettrica ed eventuali gas medicali, verifica la corretta chiusura delle serrande tagliafuoco e lo spegnimento degli impianti di ventilazione e offre tutta la collaborazione tecnica ai Vigili del Fuoco. **Nel caso di intervento al Monoblocco Ed. 37, il personale di manutenzione provvede alla richiusura degli evacuatori di fumo.**

(jj) INTERVENTO DI SPEGNIMENTO

In caso di principio d'incendio chiaramente individuabile e di piccola entità (es. cestino carta) si può tentare di intervenire con i mezzi a disposizione.

Il presidio dispone di:

- estintori a polvere da kg.6 posizionati negli spazi comuni.
- idranti e naspi in cassette collocati all'interno in posizione segnalata.
- Idranti esterni collocati in posizione segnalata

Le istruzioni per il funzionamento degli estintori sono riportate chiaramente sull'involucro degli stessi.

I getti d'acqua non vanno usati su apparecchiature o su parti elettriche in tensione.

In ogni caso l'intervento su di un principio d'incendio deve essere condotto da almeno DUE operatori mentre i rimanenti devono prepararsi alle procedure di evacuazione.

Procedura per il primo intervento su segnalazione notturna di allarme da impianto di rivelazione e allarme automatico.

La procedura prevede l'impiego di **una guardia giurata (capoturno) e del portiere della porta carraia in servizio entrambi presso il P.O. Sant'Anna**. La copertura dei servizi di vigilanza e di portineria è assicurata H 24 da apposita turnazione.

- Tutte le guardie giurate sono in possesso, o in programma di formazione se neoassunti, di attestato di idoneità tecnica per l'espletamento dell'incarico di "Addetto Antincendio" rilasciato dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco.
- In orario notturno (dopo le 19:30 dal lunedì al venerdì) e nei giorni di domenica, festivi e di sabato pomeriggio, il Poliambulatorio di via Napoleona risulta chiuso sia al pubblico che ai dipendenti, ad eccezione del servizio CPS / CRM.

Procedura :

- L'allarme incendio, proveniente da **impianto di rivelazione o da rete telefonica interna (9999)**, viene ricevuto dal personale di portineria in servizio presso la porta carraia del P.O. Sant'Anna.
- **Nel caso di allarme da impianto di rivelazione**, sul monitor del computer della porta carraia del P.O. Sant'Anna si attiva un cicalino e compare una spia rossa che indica una segnalazione generica di allarme al Poliambulatorio di via Napoleona senza però indicare esattamente la posizione del locale in allarme.
- **In ogni caso, il personale della porta carraia di Via Ravona chiama il capoturno** in servizio presso il P.O. Sant'Anna, avvertendolo della situazione e comunicandogli la segnalazione di allarme in corso, **inoltre preallerta il centralino (n.° 9999).**
-

IN CASO DI ALLARME DA RETE TELEFONICA INTERNA (proveniente dal servizio CPS/CRM), la portineria chiama anche i vigili del fuoco (0112) indirizzandoli all'entrata di via Colonna. Inoltre chiama e chiede a un operatore del reparto in allarme di recarsi presso l'ingresso di via Colonna per accompagnare i V.F. sul luogo dell'incendio.

- Il Capoturno chiama e invia ,l'addetto alla vigilanza piu' vicino al Poliambulatorio di via Napoleona , alla porta carraia di via Colonna , in modo da individuare sul monitor il punto da cui è partito l'allarme incendio e si porta immediatamente sul posto.
- **In caso di falso allarme** l'addetto alla vigilanza avvisa il centralino e la porta carraia del P.O. Sant'Anna del falso allarme, effettua inoltre un reset allarmi in porta carraia di via Colonna e stende un rapporto da trasmettere al proprio responsabile.
- **In caso di effettivo allarme** l'addetto alla vigilanza che ha raggiunto il locale **avvisa il Centralino** del P.O. Sant'Anna al n. Tel. 9999 specificando il reparto in emergenza e la situazione di fatto riscontrata .
- Il centralino del P.O. Sant'Anna avuta la conferma di un effettivo allarme effettua, nell'ordine, le seguenti chiamate :
 - Vigili del fuoco (0112) (indirizzandoli all'entrata di via Colonna)
 - Responsabile della Vigilanza
 - Reperibile tecnico
 - Reperibile manutenzione
 - Responsabile del servizio Prevenzione e Protezione (ing. Sartori)
- L'addetto alla vigilanza ritorna nella porta carraia di via Colonna per attendere l'arrivo dei V.F. .
- Il tecnico reperibile coordina il personale della manutenzione per l'intercettazione di gas,corrente,ecc...collaborando e mettendosi a disposizione dei V.F. **Nel caso di intervento al Monoblocco Ed. 37, il personale di manutenzione provvede alla richiusura degli evacuatori di fumo .**

(kk) EVACUAZIONE

Nel caso in cui sia evidente la produzione di fumo in un punto del compartimento o l'ingresso di fumo da una zona adiacente oppure quando si ha la segnalazione di allarme con il messaggio vocale e con l'intervento degli operatori e/o addetti antincendio , il personale inizia la procedura di evacuazione di tutte le persone presenti dirigendosi verso le apposite uscite di sicurezza , all'esterno della struttura.

Il coordinamento della procedura di evacuazione è in capo al Dirigente / Preposto del reparto o ufficio, quando presente o, in assenza, al sostituto.

I visitatori o le altre persone presenti al momento,(es. personale dell'impresa di pulizie, manutentori etc.) si allontaneranno dal reparto speditamente ma senza correre o gridare seguendo le frecce verdi indicanti le uscite di emergenza.

Se la zona da evacuare si trova a **piano terra si deve uscire all'aperto alla prima uscita disponibile e raggiungere il punto di ritrovo predisposto piu' vicino.**

Se la zona da evacuare si trova ad un **piano sopraelevato bisogna ,sempre seguendo la segnaletica verde di sicurezza, allontanarsi il più lontano possibile dalla zona minacciata dal fumo e avviarsi alla più vicina scala di sicurezza esterna, ove esistente, o alla più vicina scala interna per raggiungere il piano terra e uscire all'esterno alla prima uscita disponibile e convergere sul punto di ritrovo piu' prossimo.**

Il personale in servizio deve invitare a **mantenere la calma** indicando il luogo in cui spostarsi e spiegando rapidamente, ma con chiarezza, le azioni che stanno per essere messe in atto.

Una volta terminata l'evacuazione delle persone autosufficienti, si inizierà l'operazione di **allontanamento delle persone non deambulanti**.

Con la collaborazione di tutto il personale di reparto e dei vigili del fuoco si procederà quindi, alla evacuazione dei non deambulanti **attraverso le scale in un luogo sicuro esterno (punto di ritrovo)**, con barelle, teli e tutto il materiale disponibile.

Nel **Punto di ritrovo** l'operatore ,con piu' alta qualifica presente, controllerà che tutto il personale che prestava servizio al momento dell'incidente sia presente e, per quanto possibile, controllerà la presenza di visitatori o altri operatori (personale impresa di pulizie o manutentori) presenti al momento dell'emergenza.

Tutti gli ambienti (uffici,bagni,cucine,magazzini etc.) devono essere controllati per verificare se vi sono ancora persone presenti.

Il controllo della completa evacuazione deve essere eseguito dall'operatore con più alta qualifica presente.

Si prevede che il **Direttore Medico di Presidio** o il suo sostituto, intervenga nella fase immediatamente successiva alla prima evacuazione per :

- Dare le prime disposizioni circa i provvedimenti organizzativi da adottare per la sistemazione provvisoria degli evacuati.
- Disporre,di concerto con i responsabili tecnici e sanitari (gruppo sicurezza), l'agibilità residua della struttura e proporre, alla Direzione i provvedimenti necessari (Blocco delle accettazioni, trasferimento dei degenti presso altri ospedali etc.)
- Proporre, di concerto con i capi dipartimento e i responsabili delle U.O. interessate, un piano di attività della struttura nel periodo di ripristino della normale funzionalità.

INTERRUZIONE DELL'ENERGIA ELETTRICA

In caso di interruzione dell'energia elettrica i gruppi elettrogeni dovrebbero entrare in funzione dopo circa 15 secondi.

Se, dopo tale tempo, non si avesse il ritorno dell'alimentazione elettrica, la causa più probabile potrebbe risiedere in un guasto che ha provocato l'intervento delle protezioni. In questo caso bisogna richiedere l'immediato intervento del personale tecnico.

CEDIMENTO STRUTTURALE

In presenza di formazioni di **crepe, cedimenti e sconnessioni di pavimenti e piastrellature, distacchi di intonaci etc.** occorre avvertire immediatamente il personale tecnico.

In caso di visibile evoluzione dei fenomeni suddetti, procedere alla **evacuazione dell'edificio** con le modalità descritte per l'emergenza incendio.

EMERGENZA TERREMOTO

Un evento sismico si manifesta con violenti movimenti della struttura, in senso orizzontale e verticale, con alcuni momenti di pausa e con successivi ulteriori movimenti di intensità inferiore a quelli iniziali

(sciame sismico). Anche nella fase di replica sono possibili ulteriori crolli di strutture in precedenza già lesionate. È opportuno, in fase di allestimento degli spazi, ancorare alle pareti tutti gli armadi e gli scaffali che possono rovesciarsi.

In caso di terremoto:

- restate calmi
- non intraprendete l'azione di evacuazione
- rifugiatevi sotto un tavolo (se presente e ritenuto abbastanza solido) ovvero cercate di tenervi addossati alle pareti perimetrali
- allontanatevi da finestre, specchi, vetrine, lampadari, scaffali di libri, strumenti ed apparecchi elettrici. State attenti alla caduta di oggetti
- preparatevi a fronteggiare la possibilità di ulteriori scosse
- aprite le porte con molta prudenza e muovetevi con estrema cautela, saggiando il pavimento, le scale e i pianerottoli prima di camminarvi sopra
- non usate gli ascensori
- non usate fiammiferi o accendini perché le scosse potrebbero aver danneggiato le tubazioni del gas
- evitate di usare i telefoni, salvo i casi di estrema necessità, per non intralciare le comunicazioni d'emergenza
- non contribuite a diffondere informazioni non verificate e tentate di confortare i pazienti e le persone particolarmente agitate
- fate allontanare, il più possibile ordinatamente, dall'edificio tutti i presenti, guidandoli in spazi aperti, assistendo e trasportando i disabili e le persone non autosufficienti
- fate confluire ai punti di raccolta tutte le persone, con presa di informazioni sulle persone dei reparti non ancora presenti sui punti di raccolta. Trasferire tali informazioni ai soccorritori
- collaborate con gli enti esterni (vigili del fuoco, protezione civile) per prestare soccorso alle persone rimaste coinvolte.

Di seguito viene descritta la procedura per l'evacuazione di persone disabili.

PROCEDURA PER L'EVACUAZIONE DI PERSONE DISABILI

Assistere disabili in caso d'incendio richiede comportamenti specifici da parte dei soccorritori. Chiunque, per periodi brevi, può trovarsi in stato d'invalidità parziale (es. donne in gravidanza, persone con arti fratturati, ecc.).

Per dare aiuto concreto è necessario essere in grado di comprendere i bisogni della persona da aiutare, in funzione del tipo di disabilità, ed essere in grado di comunicare le azioni da intraprendere per garantire un allontanamento celere e sicuro dalla fonte di pericolo: le misure da adottare sono diverse, secondo il tipo di disabilità.

I criteri generali nell'evacuazione delle persone disabili sono:

- attendere lo sfollamento delle altre persone;
- accompagnare le persone con capacità motorie o sensoriali ridotte all'esterno dell'edificio;
- se non è possibile raggiungere l'esterno dell'edificio, provvedere al trasporto del disabile fino a un luogo idoneo (spazi calmi), in attesa di soccorsi
- impartire ordini chiari, precisi e con tono di voce deciso.

Disabilità uditiva

Attuare i seguenti accorgimenti:

- consentire al sordo una buona lettura labiale, non superando nella conversazione la distanza ottimale di 1,5 m;
- il viso di chi parla deve essere illuminato in modo da permettere la lettura labiale;
- parlando tenere ferma la testa; il viso di chi parla deve essere al livello degli occhi della persona sorda;
- la lettura labiale si basa sulla pronuncia corretta: parlare distintamente, non storpiare la pronuncia;
- la velocità del discorso deve essere moderata: né troppo in fretta, né troppo adagio;
- usare frasi corte, semplici ma complete, con tono normale di voce (non occorre gridare). Non parlare in modo infantile; mettere in risalto la parola principale della frase usando espressioni del viso in relazione al tema del discorso;
- fare in modo che la persona sorda possa vedere ciò che è visibile sulle labbra;
- quando si usano nomi di persona, località o termini inconsueti, la lettura labiale è difficile. Se il sordo non riesce, nonostante gli sforzi, a recepire il messaggio, non spazientirsi, ma scrivere la parola in stampatello su un foglio;
- per la persona sorda è difficile seguire una conversazione di gruppo; aiutarla a capire gli argomenti principali attraverso la lettura labiale, con parole e frasi semplici accompagnate da gesti naturali.

Disabilità visiva

- In caso di persone ipovedenti o prive della vista l'addetto prenderà sottobraccio la persona interessata e l'accompagnerà, senza tirare o spingere, fornendo indicazioni su eventuali ostacoli o sul percorso che si sta effettuando;
- annunciare la propria presenza e parlare con voce distinta e comprensibile quando si entra nell'ambiente in cui è presente la persona da aiutare;
- parlare naturalmente, senza gridare, direttamente verso l'interlocutore, senza interporre terze persone, descrivendo la situazione di pericolo;
- non temere di usare parole come "vedere", "guardare" o "cieco";
- offrire assistenza lasciando che la persona vi spieghi di cosa ha bisogno;
- descrivere in anticipo le azioni da intraprendere;
- lasciare che la persona afferri leggermente il braccio o la spalla per farsi guidare (può scegliere di camminare leggermente dietro per valutare la reazione del corpo agli ostacoli);
- lungo il percorso annunciare ad alta voce la presenza di scale, porte e altri eventuali ostacoli;
- nell'invitare un non vedente a sedersi, guidare prima la sua mano affinché tocchi lo schienale del sedile;
- se vi è necessità di guidare più persone con le stesse difficoltà, invitatele a tenersi per mano;
- raggiunto l'esterno, accertarsi che la persona aiutata non sia abbandonata a se stessa ma rimanga in compagnia di altri, sino alla fine dell'emergenza.

Disabilità cognitiva:

Le persone con disabilità di apprendimento possono avere difficoltà nell'eseguire istruzioni complesse che coinvolgono più di una breve sequenza di semplici azioni.

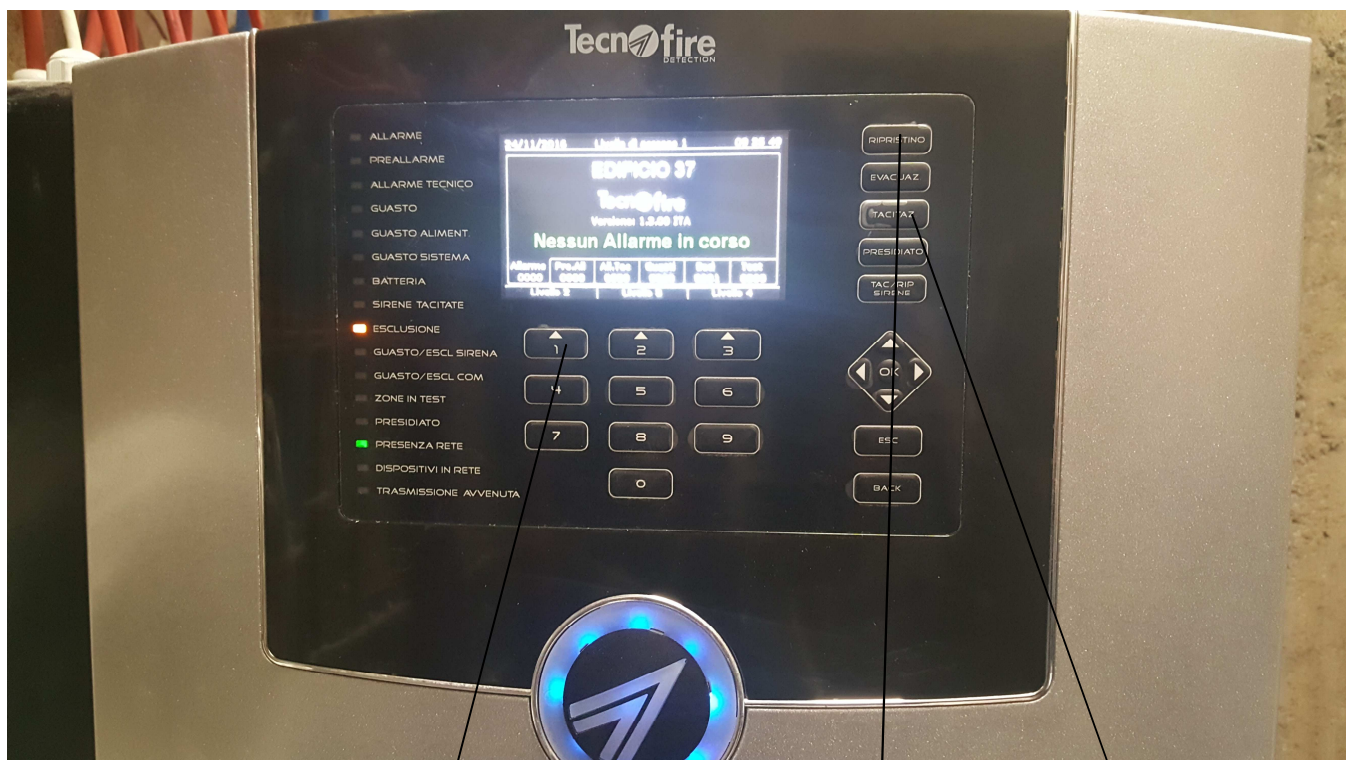
In una situazione di pericolo (incendio, fumo, etc.) un disabile cognitivo può mostrare un atteggiamento di scarsa collaborazione con chi porta soccorso.

In una situazione nuova e sconosciuta può manifestare una reazione di rifiuto della realtà pericolosa, che può sfociare in comportamenti aggressivi contro se stessi o verso chi intende prestare soccorso.

Il soccorritore deve mantenere la calma, parlare con voce rassicurante e farsi aiutare da persone eventualmente presenti sul luogo decidendo rapidamente il da farsi. Priorità assoluta è l'integrità fisica della persona, e il ricorso a un eventuale intervento coercitivo di contenimento per salvaguardarne l'incolumità può rappresentare l'unica soluzione.

Tener presente che:

- la persona può non essere completamente in grado di percepire il pericolo;
- la percezione visiva di istruzioni scritte o di pannelli può essere confusa;
- il senso di direzione potrebbe essere limitato, occorre che qualcuno che accompagni il disabile.
- le istruzioni devono essere suddivise in semplici fasi successive: siate pazienti;
- usare segnali semplici;
- spesso nel disabile cognitivo la comprensione del linguaggio parlato è abbastanza sviluppata e articolata, anche se sono presenti difficoltà di espressione. Spiegare sempre direttamente alla persona le operazioni che si effettueranno in situazione d'emergenza;
- ogni individuo deve essere trattato come un adulto con problemi di apprendimento: non parlate con sufficienza e non trattatelo come un bambino.



**DIGITA 1 PER 5
VOLTE**

RIPRISTINO

TACITAZIONE

PROCEDURA PER TACITAZIONE E RIPRISTINO CENTRALE ANTINCENDIO :

1) TACITAZIONE

2) RIPRISTINO

**3) PREMERE 5 VOLTE 1 (LA CENTRALE SI RIPRISTINA
AUTOMATICAMENTE)**



**CHIAVETTA
RIPRISTINO TASTO
ANTINCENDIO**

PROCEDURA RIPRISTINO PULSANTE ALLARME INCENDIO:

IN CASA DI UTILIZZO DEL PULSANTE L'ALLARME VIENE CONSIDERATO REALE

- 1)PORTARSI SUL POSTO**
- 2)INSERIRE LA CHIAVE (COME FOTO) PER RIPRISTINARE IL TASTO**
- 3)PORTARSI SULLA CENTRALE ED ESEGUIRE LA PROCEDURA DI TACITAZIONE/RIPRISTINO .**



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA - ASST

DIREZIONE GENERALE

STAFF Servizio Prevenzione e Protezione

Responsabile: Ing. Silvano Sartori

Tel.: 031/585.4231

Telefax: 031/585.4511

e-mail: silvano.sartori@asst-lariana.it

PIANO DI EMERGENZA

POLIAMBULATORIO DI OLGiate COMASCO

Dati identificativi generali dell' AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA –	
DATORE DI LAVORO	DIRETTORE GENERALE
Tipo di attività	Erogazione di servizi sanitari ai cittadini
Sede Legale	Como
Località	Camerlata
Via	Napoleona, 60
Tel.	031.585.1
Fax	031.593203
Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione	Ing. Silvano Sartori c/o Poli Via Napoleona, 60 – Como- Servizio Prevenzione Protezione Tel. 031.585.4517
Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza	n. 18 RLS - elenco a disposizione -
Medico Competente	Dr. Mario Perosino P.O. S. Anna –Via Ravona – San Fermo Della Battaglia c/o Medicina Preventiva Tel. 031.585.9387
N. lavoratori	3500
Orario di lavoro	24 H organizzato su turni

Dati identificativi del Poliambulatorio di Olgiate Comasco	
RESPONSABILE DEL POLIAMBULATORIO	Dr. Fabio Banfi .
Ubicazione	Via Roma/Via Roncoroni – Olgiate Comasco (CO)
Tel.	
N. lavoratori: 19	
Assistente Amministrativo	– n 5
Coll Prof. San Logopedista	– n 1
Coll Prof. San Terap Neuro/psic	– n 1
Coll Prof. San Tec San di Radiologia	– n 2
Coll Prof. San Infermiere	– n 8
Ausiliario Specializzanto	– n 1
Dirigente Medico	– n 1
N. posti letto: 0	
Presenza operatori minima (nelle 24 H)	0

Orario di lavoro: da lunedì a giovedì' Venerdì'	7.40 -16.00 7.40 -15.00
--	--

PROCEDURE DI EMERGENZA ED EVACUAZIONE:

Si considerano principalmente, nella presente procedura, le emergenze rappresentate da un principio d'incendio o incendio che interessi un edificio in quanto:

- Si considerano poco probabili emergenze dovute ad allagamenti stante la posizione sopraelevata del complesso.
- Non si ha memoria storica di eventi franosi che abbiano interessato edifici o altri spazi del Poliambulatorio. Viene, comunque, data una istruzione in caso di cedimenti strutturali della parte muraria.

INCENDIO

(II) SEGNALEZIONE – ALLARME

La seguente procedura considera sia il caso di allarme diurno ossia quando vi è la presenza di personale della Azienda Ospedaliera , sia il caso di allarme notturno (sabato , domenica , festivi e in orario di chiusura nei giorni feriali dal lunedì al giovedì').

Procedura per il primo intervento su segnalazione diurna di allarme da impianto di rivelazione ,da rete telefonica interna e/o segnalazione diretta.

La procedura prevede l'impiego di un Addetto al CUP/Cassa in servizio presso il Poliambulatorio.

- In presenza di un principio d'incendio, di un incendio in atto, o di un sospetto di principio d'incendio (odore di bruciato – tracce di fumo, porte, pareti o pavimenti anormalmente caldi, etc.) **l'operatore che rileva l'anomalia compone, dal più vicino apparecchio telefonico disponibile, il numero del CUP/Cassa (3966) attende risposta e comunica , con la massima chiarezza, il luogo in cui si è riscontrata l'anomalia, il tipo di anomalia riscontrata e il numero da cui chiama; in alternativa il suddetto operatore segnala direttamente l'anomalia/principio di incendio all'Addetto CUP/Cassa .**

Se, dopo circa 5 squilli, non si avesse risposta o in caso di assenza dell'addetto CUP/Cassa, chiamare direttamente i normali numeri d'emergenza (0112 – vigili del fuoco) ed effettuare la procedura di seguito descritta.

Procedura :

- L' allarme incendio, proveniente da **impianto di rivelazione, da rete telefonica interna (3966) o da segnalazione diretta**, viene ricevuto dall'Addetto CUP/Cassa o dal personale presente in servizio (in orario di chiusura del CUP).
- **IN CASO DI ALLARME DA RETE TELEFONICA INTERNA e/o DA SEGNALEZIONE DIRETTA** l'Addetto al CUP/Cassa o, in sua assenza, il personale presente in servizio, chiama i V.V.F. (0112) comunicando indirizzo e il n.° di piano del Poliambulatorio.

IN CASO DI ALLARME INCENDIO DA IMPIANTO DI RIVELAZIONE l'Addetto al CUP/Cassa o, in sua assenza, il personale presente in servizio, individua sul monitor il punto da cui è partita la segnalazione, tace l'allarme e si porta immediatamente sul posto.

- **In caso di falso allarme** , l'Addetto al CUP/Cassa o, in sua assenza, il personale presente in servizio richiama i V.F. nel caso in cui siano stati allertati, avvisandoli che è stato un falso allarme. Inoltre stende un rapporto da trasmettere al proprio responsabile.

- **In caso di effettivo allarme, l'Addetto CUP/Cassa chiama :**

- 1- Vigili del Fuoco (0112)
- 2- Servizio di vigilanza aziendale (9999) che avvisa il capoturno in servizio
- 3- Centralino (8100) (il quale contatta il reperibile tecnico e di manutenzione chiedendo loro di portarsi al Poliamb. di Olgiate)
- 4- Resp. S.P.P. (ing. Sartori) - 366/6385662

Dopodiché, **la Coordinatrice infermieristica** e/o l'operatore con più alta qualifica presente, invita il personale e il pubblico presente a lasciare la struttura seguendo la segnaletica indicante le uscite di sicurezza.

Il Reper. tecnico coordina il personale di manutenzione per l'intercettazione di gas , corrente , ecc...

- All'arrivo dei VVF , **la Coordinatrice infermieristica** e/o l'operatore con più alta qualifica o con più anzianità di servizio presente li informa sulle:

- persone ancora da salvare
- zone a rischio (depositi, ecc..)
- sui mezzi antincendio presenti (idranti,naspi,estintori,ecc...)
- si mette a disposizione del caposquadra V.F.

(mm) INTERVENTO DI SPEGNIMENTO

In caso di principio d'incendio chiaramente individuabile e di piccola entità (es. cestino carta) si può tentare di intervenire con i mezzi a disposizione.

Il presidio dispone di :

- estintori a polvere da kg.6 posizionati negli spazi comuni.
- naspi in cassette collocati all'interno in posizione segnalata.

Le istruzioni per il funzionamento degli estintori sono riportate chiaramente sull'involucro degli stessi.

I getti d'acqua non vanno usati su apparecchiature o su parti elettriche in tensione.

In ogni caso l'intervento su di un principio d'incendio deve essere condotto da almeno DUE operatori **mentre i rimanenti devono prepararsi alle procedure di evacuazione.**

Procedura per il primo intervento su segnalazione notturna di allarme da impianto di rivelazione e allarme automatico.

La procedura prevede l'impiego di **una guardia giurata (capoturno) e del portiere della porta carraia in servizio entrambi presso il P.O. Sant'Anna**. La copertura dei servizi di vigilanza e di portineria è assicurata H 24 da apposita turnazione.

- Tutte le guardie giurate sono in possesso, o in programma di formazione se neoassunti, di attestato di idoneità tecnica per l'espletamento dell'incarico di "Addetto Antincendio" rilasciato dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco.
- In orario notturno e nei giorni di sabato, domenica e festivi il Poliambulatorio risulta chiuso sia al pubblico che ai dipendenti.

Procedura :

- L' allarme incendio,proveniente da **impianto di rivelazione**, viene ricevuto dal personale di portineria in servizio presso la porta carraia del P.O. Sant'Anna, attraverso chiamata telefonica automatica.
- **Il personale della porta carraia di Via Ravona chiama il capoturno** in servizio presso il P.O. Sant' Anna , avvertendolo della situazione e comunicandogli la segnalazione di allarme in corso, **inoltre preallerta il centralino e chiama i V.V.F. (0112) comunicando indirizzo e n.° di piano del poliambulatorio (via Roma/via Roncoroni – Olgiate Comasco)**
- **Il Capoturno chiama e invia al Poliamb. di Olgiate, l'addetto alla vigilanza piu' vicino, in modo da recarsi sul luogo e riferire.**
- **In caso di falso allarme l'addetto alla vigilanza avvisa i VVF, il centralino e la porta carraia del P.O. Sant'Anna del falso allarme, effettua inoltre un reset allarmi e stende un rapporto da trasmettere al proprio responsabile.**
- **In caso di effettivo allarme l'addetto Vigilanza avvisa il centralino NOSA;**

il Centralino NOSA chiama i seguenti numeri:
 - Vigili del Fuoco (0112)
 - Reperibile tecnico
 - Reperibile manutenzione
 - Responsabile Vigilanza
 - Resp.S.P.P. (ing. Sartori) - 366/6385662
- L'Addetto Vigilanza attende l'arrivo dei VVF, all'ingresso della struttura e li informa sulle zone a rischio (depositi combustibili,infiammabili,etc..) e sui mezzi antincendio presenti (idranti,naspi,ecc..).
- Il Reperibile tecnico coordina il personale di manutenzione per l'intercettazione di gas , corrente , ecc...
- I VVF iniziano le operazioni di spegnimento.

(nn) EVACUAZIONE

Nel caso in cui sia evidente la produzione di fumo in un punto del compartimento o l'ingresso di fumo da una zona adiacente oppure quando si ha la segnalazione di allarme con il messaggio vocale e con l'intervento degli operatori e/o addetti antincendio , il personale inizia la procedura di evacuazione di tutte le persone presenti dirigendosi verso le apposite uscite di sicurezza , all'esterno della struttura.

Il coordinamento della procedura di evacuazione è in capo alla coordinatrice infermieristica e/o all'operatore con piu' alta qualifica presente o con piu' anzianità di servizio.

I visitatori o le altre persone presenti al momento,(es. personale dell'impresa di pulizie, manutentori etc.) si allontaneranno dalla struttura speditamente ma senza correre o gridare seguendo le frecce verdi indicanti le uscite di emergenza.

Quindi sempre seguendo la segnaletica verde di sicurezza, allontanarsi il più lontano possibile dalla zona minacciata dal fumo e avviarsi al più vicino vano scala per raggiungere il piano terra e uscire all'esterno alla prima uscita disponibile e convergere sul punto di ritrovo piu' prossimo.

Il personale in servizio deve invitare a **mantenere la calma** indicando il luogo in cui spostarsi e spiegando rapidamente, ma con chiarezza, le azioni che stanno per essere messe in atto.

Una volta terminata l'evacuazione delle persone autosufficienti , si inizierà l'operazione di allontanamento delle persone non deambulanti, ove presenti.

Con la collaborazione di tutto il personale in servizio e dei vigili del fuoco si procederà quindi, alla evacuazione dei non deambulanti **attraverso le scale in un luogo sicuro esterno (punto di ritrovo)**, con barelle, teli e tutto il materiale disponibile.

Nel **Punto di ritrovo** (previsto in piazza), **la Coordinatrice infermieristica** e/o l'operatore con piu' alta qualifica presente o con piu' anzianità di servizio, controllerà che tutto il personale che prestava servizio al momento dell'incidente sia presente e, per quanto possibile, controllerà la presenza di visitatori o altri operatori (personale impresa di pulizie o manutentori) presenti al momento dell'emergenza.

Tutti gli ambienti (uffici,bagni,magazzini etc.) devono essere controllati per verificare se vi sono ancora persone presenti.

Il controllo della completa evacuazione deve essere eseguito dalla coordinatrice infermieristica e/o dall'operatore con più alta qualifica presente o con piu' anzianità di servizio.

INTERRUZIONE DELL'ENERGIA ELETTRICA

In caso di interruzione dell'energia elettrica , la Coordinatrice infermieristica e/o l'operatore con piu' alta qualifica presente o con piu' anzianità di servizio richiede l'immediato intervento del personale tecnico, inoltre interviene sul quadro elettrico di piano per cercare di ripristinare il ritorno dell'alimentazione elettrica.

CEDIMENTO STRUTTURALE

In presenza di formazioni di **crepe, cedimenti e sconnessioni di pavimenti e piastrellature, distacchi di intonaci etc.** occorre avvertire immediatamente il personale tecnico.

In caso di visibile evoluzione dei fenomeni suddetti, procedere alla **evacuazione dell'edificio** con le modalità descritte per l'emergenza incendio.

EMERGENZA TERREMOTO

Un evento sismico si manifesta con violenti movimenti della struttura, in senso orizzontale e verticale, con alcuni momenti di pausa e con successivi ulteriori movimenti di intensità inferiore a quelli iniziali (sciame sismico). Anche nella fase di replica sono possibili ulteriori crolli di strutture in precedenza già lesionate. È opportuno, in fase di allestimento degli spazi, ancorare alle pareti tutti gli armadi e gli scaffali che possono rovesciarsi.

In caso di terremoto:

- restate calmi
- non intraprendete l'azione di evacuazione
- rifugiatevi sotto un tavolo (se presente e ritenuto abbastanza solido) ovvero cercate di tenervi addossati alle pareti perimetrali
- allontanatevi da finestre, specchi, vetrine, lampadari, scaffali di libri, strumenti ed apparecchi elettrici. State attenti alla caduta di oggetti
- preparatevi a fronteggiare la possibilità di ulteriori scosse
- aprite le porte con molta prudenza e muovetevi con estrema cautela, saggiando il pavimento, le scale e i pianerottoli prima di camminarvi sopra
- non usate gli ascensori
- non usate fiammiferi o accendini perché le scosse potrebbero aver danneggiato le tubazioni del gas
- evitate di usare i telefoni, salvo i casi di estrema necessità, per non intralciare le comunicazioni d'emergenza
- non contribuite a diffondere informazioni non verificate e tentate di confortare i pazienti e le persone particolarmente agitate
- fate allontanare, il più possibile ordinatamente, dall'edificio tutti i presenti, guidandoli in spazi aperti, assistendo e trasportando i disabili e le persone non autosufficienti
- fate confluire ai punti di raccolta tutte le persone, con presa di informazioni sulle persone non ancora presenti sui punti di raccolta. Trasferire tali informazioni ai soccorritori
- collaborate con gli enti esterni (vigili del fuoco, protezione civile) per prestare soccorso alle persone rimaste coinvolte.

Di seguito viene descritta la procedura per l'evacuazione di persone disabili.

PROCEDURA PER L'EVACUAZIONE DI PERSONE DISABILI

Assistere disabili in caso d'incendio richiede comportamenti specifici da parte dei soccorritori.

Chiunque, per periodi brevi, può trovarsi in stato d'invalidità parziale (es. donne in gravidanza, persone con arti fratturati, ecc.).

Per dare aiuto concreto è necessario essere in grado di comprendere i bisogni della persona da aiutare, in funzione del tipo di disabilità, ed essere in grado di comunicare le azioni da intraprendere per garantire un allontanamento celere e sicuro dalla fonte di pericolo: le misure da adottare sono diverse, secondo il tipo di disabilità.

I criteri generali nell'evacuazione delle persone disabili sono:

- attendere lo sfollamento delle altre persone;
- accompagnare le persone con capacità motorie o sensoriali ridotte all'esterno dell'edificio;
- se non è possibile raggiungere l'esterno dell'edificio, provvedere al trasporto del disabile fino a un luogo idoneo (spazi calmi), in attesa di soccorsi
- impartire ordini chiari, precisi e con tono di voce deciso.

Disabilità uditiva

Attuare i seguenti accorgimenti:

- consentire al sordo una buona lettura labiale, non superando nella conversazione la distanza ottimale di 1,5 m;
- il viso di chi parla deve essere illuminato in modo da permettere la lettura labiale;
- parlando tenere ferma la testa; il viso di chi parla deve essere al livello degli occhi della persona sorda;
- la lettura labiale si basa sulla pronuncia corretta: parlare distintamente, non storpiare la pronuncia;
- la velocità del discorso deve essere moderata: né troppo in fretta, né troppo adagio;
- usare frasi corte, semplici ma complete, con tono normale di voce (non occorre gridare). Non parlare in modo infantile; mettere in risalto la parola principale della frase usando espressioni del viso in relazione al tema del discorso;
- fare in modo che la persona sorda possa vedere ciò che è visibile sulle labbra;
- quando si usano nomi di persona, località o termini inconsueti, la lettura labiale è difficile. Se il sordo non riesce, nonostante gli sforzi, a recepire il messaggio, non spazientirsi, ma scrivere la parola in stampatello su un foglio;
- per la persona sorda è difficile seguire una conversazione di gruppo; aiutarla a capire gli argomenti principali attraverso la lettura labiale, con parole e frasi semplici accompagnate da gesti naturali.

Disabilità visiva

- In caso di persone ipovedenti o prive della vista l'addetto prenderà sottobraccio la persona interessata e l'accompagnerà, senza tirare o spingere, fornendo indicazioni su eventuali ostacoli o sul percorso che si sta effettuando;
- annunciare la propria presenza e parlare con voce distinta e comprensibile quando si entra nell'ambiente in cui è presente la persona da aiutare;
- parlare naturalmente, senza gridare, direttamente verso l'interlocutore, senza interporre terze persone, descrivendo la situazione di pericolo;
- non temere di usare parole come "vedere", "guardare" o "cieco";
- offrire assistenza lasciando che la persona vi spieghi di cosa ha bisogno;
- descrivere in anticipo le azioni da intraprendere;
- lasciare che la persona afferri leggermente il braccio o la spalla per farsi guidare (può scegliere di camminare leggermente dietro per valutare la reazione del corpo agli ostacoli);
- lungo il percorso annunciare ad alta voce la presenza di scale, porte e altri eventuali ostacoli;
- nell'invitare un non vedente a sedersi, guidare prima la sua mano affinché tocchi lo schienale del sedile;
- se vi è necessità di guidare più persone con le stesse difficoltà, invitatele a tenersi per mano;
- raggiunto l'esterno, accertarsi che la persona aiutata non sia abbandonata a se stessa ma rimanga in compagnia di altri, sino alla fine dell'emergenza.

Disabilità cognitiva:

Le persone con disabilità di apprendimento possono avere difficoltà nell'eseguire istruzioni complesse che coinvolgono più di una breve sequenza di semplici azioni.

In una situazione di pericolo (incendio, fumo, etc.) un disabile cognitivo può mostrare un atteggiamento di scarsa collaborazione con chi porta soccorso.

In una situazione nuova e sconosciuta può manifestare una reazione di rifiuto della realtà pericolosa, che può sfociare in comportamenti aggressivi contro se stessi o verso chi intende prestare soccorso.

Il soccorritore deve mantenere la calma, parlare con voce rassicurante e farsi aiutare da persone eventualmente presenti sul luogo decidendo rapidamente il da farsi. Priorità assoluta è l'integrità fisica della persona, e il ricorso a un eventuale intervento coercitivo di contenimento per salvaguardarne l'incolumità può rappresentare l'unica soluzione.

Tener presente che:

- la persona può non essere completamente in grado di percepire il pericolo;
- la percezione visiva di istruzioni scritte o di pannelli può essere confusa;
- il senso di direzione potrebbe essere limitato, occorre che qualcuno che accompagni il disabile.
- le istruzioni devono essere suddivise in semplici fasi successive: siate pazienti;
- usare segnali semplici;
- spesso nel disabile cognitivo la comprensione del linguaggio parlato è abbastanza sviluppata e articolata, anche se sono presenti difficoltà di espressione. Spiegare sempre direttamente alla persona le operazioni che si effettueranno in situazione d'emergenza;
- ogni individuo deve essere trattato come un adulto con problemi di apprendimento: non parlate con sufficienza e non trattatelo come un bambino.

Allegato 1: Istruzioni uso interfono

Allegato 2: Istruzioni Centalina allarme incendio

Allegato 1 : ISTRUZIONI USO INTERFONO

1. **Per comunicare mediante interfono tenere premuto il tasto P.T.T.**
2. **Per l'attivazione del segnale di PRE-Allarme incendio (con il quale si avvisano tutte le persone presenti che è scattato un segnale di allarme incendio e che si sta procedendo a controllare la natura della segnalazione; inoltre si invitano i presenti a rimanere al loro posto informandoli sull'esito dei controlli e su eventuali azioni che potranno seguire) PREMERE IL TASTO EMERGENCY e il tasto ALERT.**

Per la Disattivazione, Premere nuovamente il tasto EMERGENCY.

3. **Per l'attivazione del Segnale di Allarme incendio** (con il quale si avvisano tutte le persone presenti che è necessaria l'evacuazione completa dell'edificio invitando tutte le persone presenti ad avviarsi con calma verso le uscite di sicurezza, ricordando il divieto di utilizzo degli ascensori) **PREMERE IL TASTO EMERGENCY** e il tasto **EVAC**.

Per la Disattivazione, Premere nuovamente il tasto EMERGENCY.

APPARATO PER GESTIONE
ALLARME INCENDIO
MANUALE

ATTIVA
/DISATTIVA

TASTO DI PRIMA
ALLERTA

TASTO DI
EVACUAZIONE
GENERALE

CHIAMATA
INTERFONO



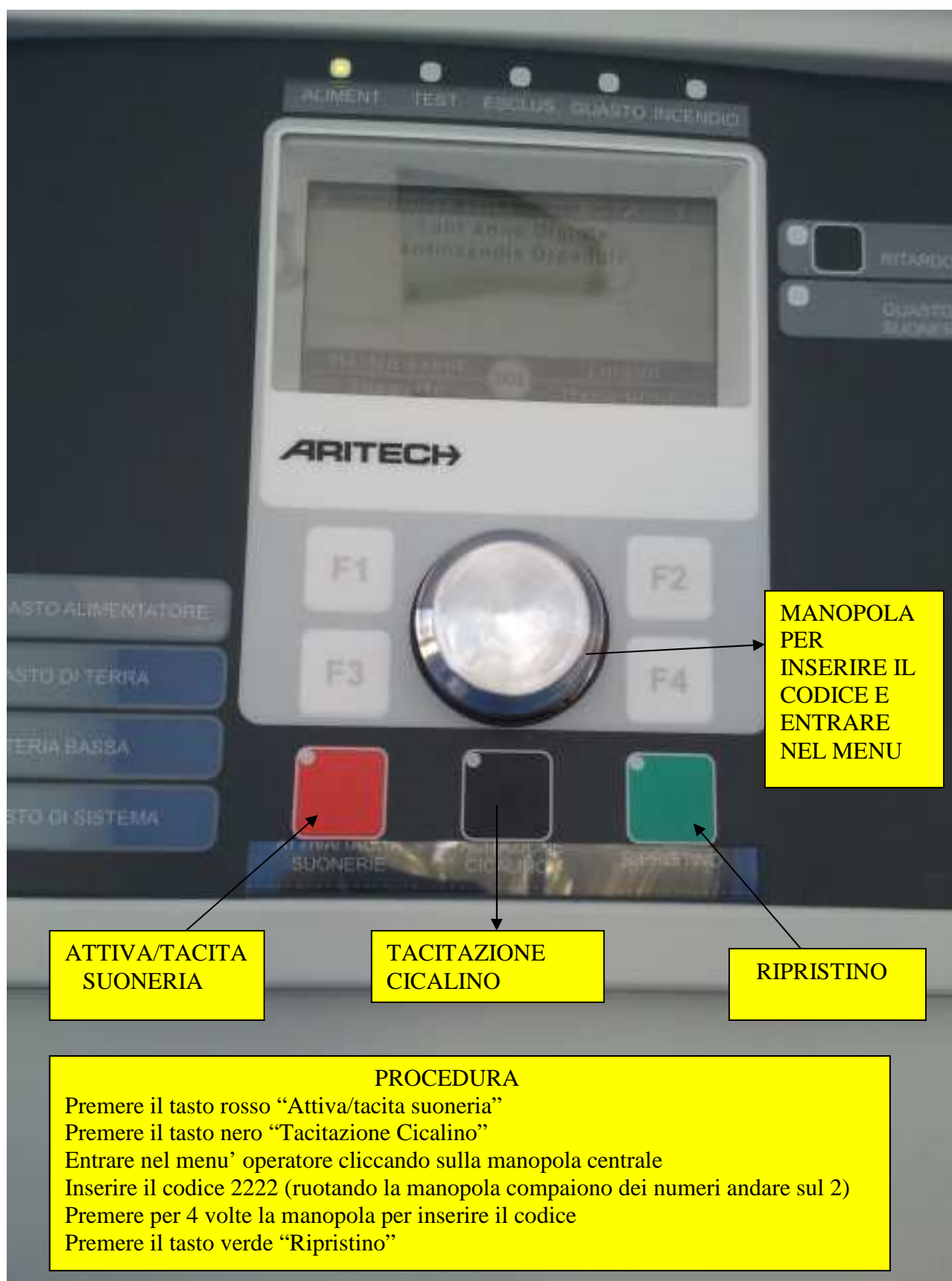
Allegato 2 :ISTRUZIONI CENTRALINA ALLARME INCENDIO

Se il cicalino suona e il LED Incendio lampeggia o è acceso fisso, significa che è scattato un allarme incendio.

1. Per la LOCALIZZAZIONE dell'incendio , visualizzare il codice del rilevatore sul display (codice a tre cifre dopo la stringa A1) e confrontarlo con la planimetria affissa vicino la centralina antincendio per l'individuazione del locale in allarme.
2. Per l'operazione di TACITAZIONE :
 - 2.1 Premere il tasto "Attiva/Tacita suoneria" (tasto rosso).
 - 2.2 Premere il tasto "Tacitazione Cicalino" (tasto nero).
 - 2.3 Inserire il codice (2222) ruotando la manopola e premendola 4 volte per confermare il codice.
 - 2.4 Premere il tasto "Ripristino" (tasto verde).
3. Si controlla il locale in allarme di cui al punto 1 e in caso di **Falso Allarme** si procede al **Reset Combinatore telefonico** come di seguito descritto :
 - 3.1 Digitare 6 volte 1

3.2 premere **OK** e poi premere **STOP**.

* Nel caso di Allarme dovuto all'attivazione del pulsante di emergenza, prima di procedere all' operazione di cui al punto 2 occorre girare la chiave in dotazione, sul vetrino del pulsante affinché questo ritorni in posizione; dopodichè effettuare la tacitazione al punto 2.





Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA - ASST

DIREZIONE GENERALE

STAFF Servizio Prevenzione e Protezione

Responsabile: Ing. Silvano Sartori

Tel.: 031/585.4231

Telefax: 031/585.4511

e-mail: silvano.sartori@asst-lariana.it

PIANO DI EMERGENZA POLIAMBULATORIO LOMAZZO

Dati identificativi generali dell' AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA - ASST	
DATORE DI LAVORO	DIRETTORE GENERALE
Tipo di attività	Erogazione di servizi sanitari ai cittadini
Sede Legale	Como
Località	Camerlata
Via	Napoleona, 60
Tel.	031.585.1
Fax	031.593203
Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione	Ing. Silvano Sartori c/o Poli Via Napoleona, 60 – Como- Servizio Prevenzione Protezione Tel. 031.585.4517
Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza	n. 15 RLS - elenco a disposizione -
Medico Competente	Dr. Mario Perosino P.O. S. Anna –Via Ravona – San Fermo Della Battaglia c/o Medicina Preventiva Tel. 031.585.9387
N. lavoratori	3250
Orario di lavoro	24 H organizzato su turni

Dati identificativi del Poliambulatorio di Lomazzo		
RESPONSABILE DEL POLIAMBULATORIO		Dr. Giuseppe Carrano .
Ubicazione		Via del Rampanone, 1 - 22074 - Lomazzo
N. lavoratori: 17		
	Conteggio	qualifica
	2	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO CAT.C
	3	COLL.PROF.SAN..-FISIOTERAPISTA CAT. D
	1	COLL.PROF.SAN.ESP.INFERM. COORD. CAT.DS
	8	COLL.PROF.SAN.-INFERMIERE-D
	1	DIR. MED.-NEUROPSICHIATRIA INF.
	1	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO CAT.C
	1	COLL.PROF.SAN.-LOGOPEDISTA CAT. D

N. posti letto: 0	
Presenza operatori minima (nelle 24 H)	0
Orario di lavoro:	a giornata

PROCEDURE DI EMERGENZA ED EVACUAZIONE:

Si considerano principalmente, nella presente procedura, le emergenze rappresentate da un principio d'incendio o incendio che interessi un edificio in quanto:

- Si considerano poco probabili emergenze dovute ad allagamenti stante la posizione del complesso.
- Non si ha memoria storica di eventi franosi che abbiano interessato edifici o altri spazi della struttura. Viene, comunque, data una istruzione in caso di cedimenti strutturali della parte muraria.

INCENDIO

(oo) SEGNALAZIONE – ALLARME

Procedura per il primo intervento su segnalazione di allarme da rete telefonica interna e/o segnalazione diretta.

La procedura prevede l'impiego di un Addetto in servizio (Caposala/Referente), degli operatori del CUP e di tutto il personale in servizio presente presso la struttura.

- In presenza di un principio d'incendio, di un incendio in atto, o di un sospetto di principio d'incendio (odore di bruciato – tracce di fumo, porte, pareti o pavimenti anormalmente caldi, etc.) **l'operatore che rileva l'anomalia compone, dal più vicino apparecchio telefonico disponibile, il numero del Locale CUP (02/96941620) attende risposta e comunica , con la massima chiarezza, il luogo in cui si è riscontrata l'anomalia, il tipo di anomalia riscontrata e il numero da cui chiama; in alternativa il suddetto operatore segnala direttamente l'anomalia/principio di incendio agli operatori CUP e alla Caposala/Referente presenti.**

Se, dopo circa 5 squilli, non si avesse risposta o in caso di eventuale assenza del personale in locale CUP, chiamare direttamente i normali numeri d'emergenza (0112 – vigili del fuoco) ed effettuare la procedura di seguito descritta.

Procedura :

- L' allarme incendio, proveniente **da rete telefonica interna (02/96941620) o da segnalazione diretta**, viene ricevuto dagli operatori CUP in servizio e dalla Caposala/Referente.
- **IN CASO DI ALLARME DA RETE TELEFONICA INTERNA e/o DA SEGNALAZIONE DIRETTA** gli operatori CUP (e/o la Caposala/referente), chiamano i V.V.F. (0112) comunicando l'indirizzo della struttura e una descrizione della situazione.
- Il personale presente esegue un primo intervento , ove possibile, con i mezzi disponibili;

- **In caso di falso allarme** , gli operatori CUP (e/o la Caposala/referente), richiamano i VV.F. nel caso in cui siano stati allertati, avvisandoli che è stato un falso allarme. Inoltre si stende un rapporto da trasmettere al proprio responsabile.

- **In caso di effettivo allarme, gli operatori CUP (e/o la Caposala/referente), chiama :**

3- Vigili del Fuoco (0112)

4- Servizio di vigilanza aziendale (9999)

3- Centralino (8100) (il quale contatta il reperibile tecnico e di manutenzione chiedendo loro di portarsi al Poliamb. di Lomazzo

4- Resp. S.P.P. (ing. Sartori)

Dopodiché, **la Capasala e/o referente**, invita il pubblico presente a lasciare la struttura seguendo la segnaletica indicante le uscite di sicurezza e a dirigersi verso gli appositi punti di raccolta previsti.

La Caposala/Referente in attesa dell'arrivo del personale di manutenzione e del reperibile tecnico provvede all'intercettazione di gas , corrente , (vedi allegato 1).

- All'arrivo dei VVF , **la Capasala e/o referente** presente li informa sulle:

- persone ancora da salvare
- zone a rischio (depositi, ecc..)
- sui mezzi antincendio presenti (idranti,naspi,estintori,ecc...)
- si mette a disposizione del caposquadra V.F.

(pp) INTERVENTO DI SPEGNIMENTO

In caso di principio d'incendio chiaramente individuabile e di piccola entità (es. cestino carta) si può tentare di intervenire con i mezzi a disposizione.

Il presidio dispone di :

- estintori a polvere da kg.6 posizionati negli spazi comuni.
- naspi in cassette collocati all'interno in posizione segnalata.

Le istruzioni per il funzionamento degli estintori sono riportate chiaramente sull'involucro degli stessi.

I getti d'acqua non vanno usati su apparecchiature o su parti elettriche in tensione.

In ogni caso l'intervento su di un principio d'incendio deve essere condotto da almeno DUE operatori **mentre i rimanenti devono prepararsi alle procedure di evacuazione.**

(qq) EVACUAZIONE

Nel caso in cui sia evidente la produzione di fumo in un punto del compartimento o l'ingresso di fumo da una zona adiacente con l'intervento degli operatori e/o addetti antincendio , il personale inizia la procedura di evacuazione di tutte le persone presenti dirigendosi verso le apposite uscite di sicurezza , all'esterno della struttura negli appositi Punti di Raccolta.

Il coordinamento della procedura di evacuazione è in capo alla coordinatrice infermieristica e/o all'operatore con piu' alta qualifica presente o con piu' anzianità di servizio.

I visitatori o le altre persone presenti al momento,(es. personale dell'impresa di pulizie, manutentori etc.) si allontaneranno dalla struttura speditamente ma senza correre o gridare seguendo le frecce verdi indicanti le uscite di emergenza.

Quindi sempre seguendo la segnaletica verde di sicurezza, allontanarsi il più lontano possibile dalla zona minacciata dal fumo e avviarsi al vano scala per raggiungere il piano terra e uscire all'esterno alla prima uscita disponibile e convergere sul punto di ritrovo piu' prossimo.

Il personale in servizio deve invitare a **mantenere la calma** indicando il luogo in cui spostarsi e spiegando rapidamente, ma con chiarezza, le azioni che stanno per essere messe in atto.

Una volta terminata l'evacuazione delle persone autosufficienti , si inizierà l'operazione di allontanamento delle persone non deambulanti, ove presenti.

Con la collaborazione di tutto il personale in servizio e dei vigili del fuoco si procederà quindi, alla evacuazione dei non deambulanti **attraverso le scale in un luogo sicuro esterno (punto di ritrovo)**, con barelle, teli e tutto il materiale disponibile.

Nel **Punto di ritrovo, la Coordinatrice infermieristica** e/o l'operatore con piu' alta qualifica presente o con piu' anzianità di servizio, controllerà che tutto il personale che prestava servizio al momento dell'incidente sia presente e, per quanto possibile, controllerà la presenza di visitatori o altri operatori (personale impresa di pulizie o manutentori) presenti al momento dell'emergenza.

Tutti gli ambienti (uffici,bagni,magazzini etc.) devono essere controllati per verificare se vi sono ancora persone presenti.

Il controllo della completa evacuazione deve essere eseguito dalla coordinatrice infermieristica e/o dall'operatore con più alta qualifica presente o con piu' anzianità di servizio.

INTERRUZIONE DELL'ENERGIA ELETTRICA

In caso di interruzione dell'energia elettrica , la Coordinatrice infermieristica e/o l'operatore con piu' alta qualifica presente o con piu' anzianità di servizio richiede l'immediato intervento del personale tecnico per intervenire sul quadro elettrico di piano per cercare di ripristinare il ritorno dell'alimentazione elettrica.

CEDIMENTO STRUTTURALE

In presenza di formazioni di **crepe, cedimenti e sconnessioni di pavimenti e piastrelature, distacchi di intonaci etc.** occorre avvertire immediatamente il personale tecnico.

In caso di visibile evoluzione dei fenomeni suddetti, procedere alla **evacuazione dell'edificio** con le modalità descritte per l'emergenza incendio.

EMERGENZA TERREMOTO

Un evento sismico si manifesta con violenti movimenti della struttura, in senso orizzontale e verticale, con alcuni momenti di pausa e con successivi ulteriori movimenti di intensità inferiore a quelli iniziali (sciame sismico). Anche nella fase di replica sono possibili ulteriori crolli di strutture in precedenza già lesionate. È opportuno, in fase di allestimento degli spazi, ancorare alle pareti tutti gli armadi e gli scaffali che possono rovesciarsi.

In caso di terremoto:

- restate calmi
- non intraprendete l'azione di evacuazione
- rifugiatevi sotto un tavolo (se presente e ritenuto abbastanza solido) ovvero cercate di tenervi addossati alle pareti perimetrali
- allontanatevi da finestre, specchi, vetrine, lampadari, scaffali di libri, strumenti ed apparecchi elettrici. State attenti alla caduta di oggetti
- preparatevi a fronteggiare la possibilità di ulteriori scosse
- aprite le porte con molta prudenza e muovetevi con estrema cautela, saggiando il pavimento, le scale e i pianerottoli prima di camminarvi sopra
- non usate gli ascensori
- non usate fiammiferi o accendini perché le scosse potrebbero aver danneggiato le tubazioni del gas
- evitate di usare i telefoni, salvo i casi di estrema necessità, per non intralciare le comunicazioni d'emergenza
- non contribuite a diffondere informazioni non verificate e tentate di confortare i pazienti e le persone particolarmente agitate
- fate allontanare, il più possibile ordinatamente, dall'edificio tutti i presenti, guidandoli in spazi aperti, assistendo e trasportando i disabili e le persone non autosufficienti
- fate confluire ai punti di raccolta tutte le persone, con presa di informazioni sulle persone non ancora presenti sui punti di raccolta. Trasferire tali informazioni ai soccorritori
- collaborate con gli enti esterni (vigili del fuoco, protezione civile) per prestare soccorso alle persone rimaste coinvolte.

Di seguito viene descritta la procedura per l'evacuazione di persone disabili.

PROCEDURA PER L'EVACUAZIONE DI PERSONE DISABILI

Assistere disabili in caso d'incendio richiede comportamenti specifici da parte dei soccorritori.

Chiunque, per periodi brevi, può trovarsi in stato d'invalidità parziale (es. donne in gravidanza, persone con arti fratturati, ecc.).

Per dare aiuto concreto è necessario essere in grado di comprendere i bisogni della persona da aiutare, in funzione del tipo di disabilità, ed essere in grado di comunicare le azioni da intraprendere per garantire un allontanamento celere e sicuro dalla fonte di pericolo: le misure da adottare sono diverse, secondo il tipo di disabilità.

I criteri generali nell'evacuazione delle persone disabili sono:

- attendere lo sfollamento delle altre persone;
- accompagnare le persone con capacità motorie o sensoriali ridotte all'esterno dell'edificio;
- se non è possibile raggiungere l'esterno dell'edificio, provvedere al trasporto del disabile fino a un luogo idoneo (spazi calmi), in attesa di soccorsi
- impartire ordini chiari, precisi e con tono di voce deciso.

Disabilità uditiva

Attuare i seguenti accorgimenti:

- consentire al sordo una buona lettura labiale, non superando nella conversazione la distanza ottimale di 1,5 m;
- il viso di chi parla deve essere illuminato in modo da permettere la lettura labiale;
- parlando tenere ferma la testa; il viso di chi parla deve essere al livello degli occhi della persona sorda;
- la lettura labiale si basa sulla pronuncia corretta: parlare distintamente, non storpiare la pronuncia;
- la velocità del discorso deve essere moderata: né troppo in fretta, né troppo adagio;
- usare frasi corte, semplici ma complete, con tono normale di voce (non occorre gridare). Non parlare in modo infantile; mettere in risalto la parola principale della frase usando espressioni del viso in relazione al tema del discorso;
- fare in modo che la persona sorda possa vedere ciò che è visibile sulle labbra;
- quando si usano nomi di persona, località o termini inconsueti, la lettura labiale è difficile. Se il sordo non riesce, nonostante gli sforzi, a recepire il messaggio, non spazientirsi, ma scrivere la parola in stampatello su un foglio;
- per la persona sorda è difficile seguire una conversazione di gruppo; aiutarla a capire gli argomenti principali attraverso la lettura labiale, con parole e frasi semplici accompagnate da gesti naturali.

Disabilità visiva

- In caso di persone ipovedenti o prive della vista l'addetto prenderà sottobraccio la persona interessata e l'accompagnerà, senza tirare o spingere, fornendo indicazioni su eventuali ostacoli o sul percorso che si sta effettuando;
- annunciare la propria presenza e parlare con voce distinta e comprensibile quando si entra nell'ambiente in cui è presente la persona da aiutare;
- parlare naturalmente, senza gridare, direttamente verso l'interlocutore, senza interporre terze persone, descrivendo la situazione di pericolo;
- non temere di usare parole come "vedere", "guardare" o "cieco";
- offrire assistenza lasciando che la persona vi spieghi di cosa ha bisogno;
- descrivere in anticipo le azioni da intraprendere;
- lasciare che la persona afferri leggermente il braccio o la spalla per farsi guidare (può scegliere di camminare leggermente dietro per valutare la reazione del corpo agli ostacoli);
- lungo il percorso annunciare ad alta voce la presenza di scale, porte e altri eventuali ostacoli;
- nell'invitare un non vedente a sedersi, guidare prima la sua mano affinché tocchi lo schienale del sedile;
- se vi è necessità di guidare più persone con le stesse difficoltà, invitatele a tenersi per mano;
- raggiunto l'esterno, accertarsi che la persona aiutata non sia abbandonata a se stessa ma rimanga in compagnia di altri, sino alla fine dell'emergenza.

Disabilità cognitiva:

Le persone con disabilità di apprendimento possono avere difficoltà nell'eseguire istruzioni complesse che coinvolgono più di una breve sequenza di semplici azioni.

In una situazione di pericolo (incendio, fumo, etc.) un disabile cognitivo può mostrare un atteggiamento di scarsa collaborazione con chi porta soccorso.

In una situazione nuova e sconosciuta può manifestare una reazione di rifiuto della realtà pericolosa, che può sfociare in comportamenti aggressivi contro se stessi o verso chi intende prestare soccorso.

Il soccorritore deve mantenere la calma, parlare con voce rassicurante e farsi aiutare da persone eventualmente presenti sul luogo decidendo rapidamente il da farsi. Priorità assoluta è l'integrità fisica della persona, e il ricorso a un eventuale intervento coercitivo di contenimento per salvaguardarne l'incolumità può rappresentare l'unica soluzione.

Tener presente che:

- la persona può non essere completamente in grado di percepire il pericolo;
- la percezione visiva di istruzioni scritte o di pannelli può essere confusa;
- il senso di direzione potrebbe essere limitato, occorre che qualcuno che accompagni il disabile.
- le istruzioni devono essere suddivise in semplici fasi successive: siate pazienti;
- usare segnali semplici;
- spesso nel disabile cognitivo la comprensione del linguaggio parlato è abbastanza sviluppata e articolata, anche se sono presenti difficoltà di espressione. Spiegare sempre direttamente alla persona le operazioni che si effettueranno in situazione d'emergenza;
- ogni individuo deve essere trattato come un adulto con problemi di apprendimento: non parlate con sufficienza e non trattatelo come un bambino.

ALLEGATO 1 : INTERCETTAZIONI IMPIANTISTICHE

- 1) Ruotare la leva in fig. 1 per intercettazione combustibile posta all'esterno del locale caldaia.

Fig.1



- 2) Abbassare l'interruttore elettrico posto all'esterno del locale caldaia (fig.2) ; una copia della relativa chiave è depositata nel locale CUP;

fig.2



- 3) Abbassare gli interruttori generali presenti all'interno del locale cabina elettrica (fig.3 - 4); la chiave di suddetto locale è depositata al CUP.

Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5





Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA - ASST

DIREZIONE GENERALE

STAFF Servizio Prevenzione e Protezione

Responsabile: Ing. Silvano Sartori

Tel.: 031/585.4517

Telefax: 031/585.4511

e-mail: silvano.sartori@hsacomo.org

PIANO DI EMERGENZA *CPS – CRA DI APPIANO GENTILE*

Dati identificativi generali dell' AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA –	
DATORE DI LAVORO	DIRETTORE GENERALE
Tipo di attività	Erogazione di servizi sanitari ai cittadini
Sede Legale	Como
Località	Camerlata
Via	Napoleona, 60
Tel.	031.585.1
Fax	031.593203
Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione	Ing. Silvano Sartori c/o Poli Via Napoleona, 60 – Como- Servizio Prevenzione Protezione Tel. 031.585.4231
Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza	n. 15 RLS - elenco a disposizione -
Medico Competente	Dr. Mario Perosino P.O. S. Anna –Via Ravona – San Fermo Della Battaglia c/o Medicina Preventiva Tel. 031.585.9387
N. lavoratori	3250
Orario di lavoro	24 H organizzato su turni

Dati identificativi del Poliambulatorio di Appiano Gentile		
RESPONSABILE DEL POLIAMBULATORIO		Dr. Giuseppe Carrano .- Dr. Claudio Cetti
Ubicazione		Via Milano n 3 – Appiano Gentile (CO)
N. lavoratori: 35		
	Conteggio	qualifica
	4	COLL.PROF.SAN.-EDUC. PROF.LE CAT. D
	2	COLL.PROF.SAN.ESP.INFERM. COORD. CAT.DS
	14	COLL.PROF.SAN.-INFERMIERE-D
	5	DIR. MED.-PSICHIATRIA
	9	OPERATORE SOCIO SANITARIO CAT. BS
	1	OPERATORE TEC. ADD.ASSIST. CAT. B

N. posti letto: 14	
Presenza operatori minima (nelle 24 H)	2
Orario di lavoro:	Giornata e Turni

PROCEDURE DI EMERGENZA ED EVACUAZIONE:

Si considerano principalmente, nella presente procedura, le emergenze rappresentate da un principio d'incendio o incendio che interessi un edificio in quanto:

- Si considerano poco probabili emergenze dovute ad allagamenti stante la posizione del complesso.
- Non si ha memoria storica di eventi franosi che abbiano interessato edifici o altri spazi della struttura. Viene, comunque, data una istruzione in caso di cedimenti strutturali della parte muraria.

INCENDIO

(rr) SEGNALAZIONE – ALLARME

Procedura per il primo intervento su segnalazione di allarme da impianto di rivelazione ,da rete telefonica interna e/o segnalazione diretta.

La procedura prevede l'impiego di un Addetto in servizio (Caposala/Referente) e di tutto il personale in servizio presente presso la struttura.

- In presenza di un principio d'incendio, di un incendio in atto, o di un sospetto di principio d'incendio (odore di bruciato – tracce di fumo, porte, pareti o pavimenti anormalmente caldi, etc.) **l'operatore che rileva l'anomalia compone, dal più vicino apparecchio telefonico disponibile, il numero del Locale infermieri 031/353.8322 (8322) attende risposta e comunica , con la massima chiarezza, il luogo in cui si è riscontrata l'anomalia, il tipo di anomalia riscontrata e il numero da cui chiama; in alternativa il suddetto operatore segnala direttamente l'anomalia/principio di incendio alla Caposala o Referente.**

Se, dopo circa 5 squilli, non si avesse risposta o in caso di assenza del personale in locale infermieri, chiamare direttamente i normali numeri d'emergenza (0112 – vigili del fuoco) ed effettuare la procedura di seguito descritta.

Procedura :

- L' allarme incendio, proveniente da **impianto di rivelazione, da rete telefonica interna 031/353.8322 (8322) o da segnalazione diretta**, viene ricevuto dalla Caposala/Referente o dal personale presente in servizio nel locale infermieri.
- **IN CASO DI ALLARME DA RETE TELEFONICA INTERNA e/o DA SEGNALAZIONE DIRETTA** la Caposala o referente o, in sua assenza, il personale presente in servizio, chiama i V.V.F. (0112) comunicando l'indirizzo della struttura e una descrizione della situazione.
- IN CASO DI ALLARME INCENDIO DA IMPIANTO DI RIVELAZIONE** la Caposala o referente o, in sua assenza, il personale presente in servizio, individua sul

monitor il punto da cui è partita la segnalazione, tacita l'allarme e si porta immediatamente sul posto.

Il Personale presente esegue un primo intervento con i mezzi disponibili.

- **In caso di falso allarme** , la Caposala o referente o, in sua assenza, il personale presente in servizio, richiama i VV.F. nel caso in cui siano stati allertati, avvisandoli che è stato un falso allarme. Inoltre stende un rapporto da trasmettere al proprio responsabile.

- **In caso di effettivo allarme, la Caposala o referente o, in sua assenza, il personale presente in servizio, chiama :**

5- Vigili del Fuoco (0112)

6- Servizio di vigilanza aziendale (9999) che avvisa il Capoturno

3- Centralino (8100 in diurno e 9999 in notturno) (il quale contatta il reperibile tecnico e di manutenzione chiedendo loro di portarsi al CPS –CRA di Appiano G.)

4- Resp. S.P.P. (ing. Sartori) cell: 366/6385662

Dopodiché', **la Capasala e/o referente** e tutto il personale presente in servizio, invita il pubblico presente a lasciare la struttura seguendo la segnaletica indicante le uscite di sicurezza e provvede all'evacuazione dei pazienti.

La Caposala/Referente in attesa dell'arrivo del personale di manutenzione e del reperibile tecnico provvede all'intercettazione di gas , corrente , (vedi allegato 1).

- All'arrivo dei VVF , **la Capasala e/o referente** presente li informa sulle:

- persone ancora da salvare
- zone a rischio (depositi, ecc..)
- sui mezzi antincendio presenti (idranti,naspi,estintori,ecc...)
- si mette a disposizione del caposquadra V.F.

(ss)INTERVENTO DI SPEGNIMENTO

In caso di principio d'incendio chiaramente individuabile e di piccola entità (es. cestino carta) si può tentare di intervenire con i mezzi a disposizione.

Il presidio dispone di :

- estintori a polvere da kg.6 posizionati negli spazi comuni.
- naspi in cassette collocati all'interno in posizione segnalata.

Le istruzioni per il funzionamento degli estintori sono riportate chiaramente sull'involucro degli stessi.

I getti d'acqua non vanno usati su apparecchiature o su parti elettriche in tensione.

In ogni caso l'intervento su di un principio d'incendio deve essere condotto da almeno DUE operatori **mentre i rimanenti devono prepararsi alle procedure di evacuazione.**

(tt) EVACUAZIONE

Nel caso in cui sia evidente la produzione di fumo in un punto del compartimento o l'ingresso di fumo da una zona adiacente oppure quando si ha la segnalazione di allarme con il messaggio vocale e con l'intervento degli operatori e/o addetti antincendio , il personale inizia la procedura di evacuazione di tutte le persone presenti dirigendosi verso le apposite uscite di sicurezza , all'esterno della struttura.

Il coordinamento della procedura di evacuazione è in capo alla coordinatrice infermieristica e/o all'operatore con piu' alta qualifica presente o con piu' anzianità di servizio.

I visitatori o le altre persone presenti al momento,(es. personale dell'impresa di pulizie, manutentori etc.) si allontaneranno dalla struttura speditamente ma senza correre o gridare seguendo le frecce verdi indicanti le uscite di emergenza.

Quindi sempre seguendo la segnaletica verde di sicurezza, allontanarsi il più lontano possibile dalla zona minacciata dal fumo e avviarsi al più vicino vano scala per raggiungere il piano terra e uscire all'esterno alla prima uscita disponibile e convergere sul punto di ritrovo piu' prossimo.

Il personale in servizio deve invitare a **mantenere la calma** indicando il luogo in cui spostarsi e spiegando rapidamente, ma con chiarezza, le azioni che stanno per essere messe in atto.

Una volta terminata l'evacuazione delle persone autosufficienti , si inizierà l'operazione di allontanamento delle persone non deambulanti, ove presenti.

Con la collaborazione di tutto il personale in servizio e dei vigili del fuoco si procederà quindi, alla evacuazione dei non deambulanti **attraverso le scale in un luogo sicuro esterno (punto di ritrovo)**, con barelle, teli e tutto il materiale disponibile.

Nel **Punto di ritrovo, la Coordinatrice infermieristica** e/o l'operatore con piu' alta qualifica presente o con piu' anzianita' di servizio, controllerà che tutto il personale che prestava servizio al momento dell'incidente sia presente e, per quanto possibile, controllerà la presenza di visitatori o altri operatori (personale impresa di pulizie o manutentori) presenti al momento dell'emergenza.

Tutti gli ambienti (uffici,bagni,magazzini etc.) devono essere controllati per verificare se vi sono ancora persone presenti.

Il controllo della completa evacuazione deve essere eseguito dalla coordinatrice infermieristica e/o dall'operatore con più alta qualifica presente o con piu' anzianita' di servizio.

INTERRUZIONE DELL'ENERGIA ELETTRICA

In caso di interruzione dell'energia elettrica , la Coordinatrice infermieristica e/o l'operatore con piu' alta qualifica presente o con piu' anzianita' di servizio richiede l'immediato intervento del personale tecnico, per intervenire sul quadro elettrico di piano per cercare di ripristinare il ritorno dell'alimentazione elettrica.

CEDIMENTO STRUTTURALE

In presenza di formazioni di **crepe, cedimenti e sconnessioni di pavimenti e piastrellature, distacchi di intonaci etc.** occorre avvertire immediatamente il personale tecnico.
In caso di visibile evoluzione dei fenomeni suddetti, procedere alla **evacuazione dell'edificio** con le modalità descritte per l'emergenza incendio.

EMERGENZA TERREMOTO

Un evento sismico si manifesta con violenti movimenti della struttura, in senso orizzontale e verticale, con alcuni momenti di pausa e con successivi ulteriori movimenti di intensità inferiore a quelli iniziali (sciame sismico). Anche nella fase di replica sono possibili ulteriori crolli di strutture in precedenza già lesionate. È opportuno, in fase di allestimento degli spazi, ancorare alle pareti tutti gli armadi e gli scaffali che possono rovesciarsi.

In caso di terremoto:

- restate calmi
- non intraprendete l'azione di evacuazione
- rifugiatevi sotto un tavolo (se presente e ritenuto abbastanza solido) ovvero cercate di tenervi addossati alle pareti perimetrali
- allontanatevi da finestre, specchi, vetrine, lampadari, scaffali di libri, strumenti ed apparecchi elettrici. State attenti alla caduta di oggetti
- preparatevi a fronteggiare la possibilità di ulteriori scosse
- aprite le porte con molta prudenza e muovetevi con estrema cautela, saggiando il pavimento, le scale e i pianerottoli prima di camminarvi sopra
- non usate gli ascensori
- non usate fiammiferi o accendini perché le scosse potrebbero aver danneggiato le tubazioni del gas
- evitate di usare i telefoni, salvo i casi di estrema necessità, per non intralciare le comunicazioni d'emergenza
- non contribuite a diffondere informazioni non verificate e tentate di confortare i pazienti e le persone particolarmente agitate
- fate allontanare, il più possibile ordinatamente, dall'edificio tutti i presenti, guidandoli in spazi aperti, assistendo e trasportando i disabili e le persone non autosufficienti
- fate confluire ai punti di raccolta tutte le persone, con presa di informazioni sulle persone non ancora presenti sui punti di raccolta. Trasferire tali informazioni ai soccorritori
- collaborate con gli enti esterni (vigili del fuoco, protezione civile) per prestare soccorso alle persone rimaste coinvolte.

Di seguito viene descritta la procedura per l'evacuazione di persone disabili.

PROCEDURA PER L'EVACUAZIONE DI PERSONE DISABILI

Assistere disabili in caso d'incendio richiede comportamenti specifici da parte dei soccorritori. Chiunque, per periodi brevi, può trovarsi in stato d'invalidità parziale (es. donne in gravidanza, persone con arti fratturati, ecc.).

Per dare aiuto concreto è necessario essere in grado di comprendere i bisogni della persona da aiutare, in funzione del tipo di disabilità, ed essere in grado di comunicare le azioni da intraprendere per garantire un allontanamento celere e sicuro dalla fonte di pericolo: le misure da adottare sono diverse, secondo il tipo di disabilità.

I criteri generali nell'evacuazione delle persone disabili sono:

- attendere lo sfollamento delle altre persone;
- accompagnare le persone con capacità motorie o sensoriali ridotte all'esterno dell'edificio;

- se non è possibile raggiungere l'esterno dell'edificio, provvedere al trasporto del disabile fino a un luogo idoneo (spazi calmi), in attesa di soccorsi
- impartire ordini chiari, precisi e con tono di voce deciso.

Disabilità uditiva

Attuare i seguenti accorgimenti:

- consentire al sordo una buona lettura labiale, non superando nella conversazione la distanza ottimale di 1,5 m;
- il viso di chi parla deve essere illuminato in modo da permettere la lettura labiale;
- parlando tenere ferma la testa; il viso di chi parla deve essere al livello degli occhi della persona sorda;
- la lettura labiale si basa sulla pronuncia corretta: parlare distintamente, non storpiare la pronuncia;
- la velocità del discorso deve essere moderata: né troppo in fretta, né troppo adagio;
- usare frasi corte, semplici ma complete, con tono normale di voce (non occorre gridare). Non parlare in modo infantile; mettere in risalto la parola principale della frase usando espressioni del viso in relazione al tema del discorso;
- fare in modo che la persona sorda possa vedere ciò che è visibile sulle labbra;
- quando si usano nomi di persona, località o termini inconsueti, la lettura labiale è difficile. Se il sordo non riesce, nonostante gli sforzi, a recepire il messaggio, non spazientirsi, ma scrivere la parola in stampatello su un foglio;
- per la persona sorda è difficile seguire una conversazione di gruppo; aiutarla a capire gli argomenti principali attraverso la lettura labiale, con parole e frasi semplici accompagnate da gesti naturali.

Disabilità visiva

- In caso di persone ipovedenti o prive della vista l'addetto prenderà sottobraccio la persona interessata e l'accompagnerà, senza tirare o spingere, fornendo indicazioni su eventuali ostacoli o sul percorso che si sta effettuando;
- annunciare la propria presenza e parlare con voce distinta e comprensibile quando si entra nell'ambiente in cui è presente la persona da aiutare;
- parlare naturalmente, senza gridare, direttamente verso l'interlocutore, senza interporre terze persone, descrivendo la situazione di pericolo;
- non temere di usare parole come "vedere", "guardare" o "cieco";
- offrire assistenza lasciando che la persona vi spieghi di cosa ha bisogno;
- descrivere in anticipo le azioni da intraprendere;
- lasciare che la persona afferri leggermente il braccio o la spalla per farsi guidare (può scegliere di camminare leggermente dietro per valutare la reazione del corpo agli ostacoli);
- lungo il percorso annunciare ad alta voce la presenza di scale, porte e altri eventuali ostacoli;
- nell'invitare un non vedente a sedersi, guidare prima la sua mano affinché tocchi lo schienale del sedile;
- se vi è necessità di guidare più persone con le stesse difficoltà, invitatele a tenersi per mano;
- raggiunto l'esterno, accertarsi che la persona aiutata non sia abbandonata a se stessa ma rimanga in compagnia di altri, sino alla fine dell'emergenza.

Disabilità cognitiva:

Le persone con disabilità di apprendimento possono avere difficoltà nell'eseguire istruzioni complesse che coinvolgono più di una breve sequenza di semplici azioni.

In una situazione di pericolo (incendio, fumo, etc.) un disabile cognitivo può mostrare un atteggiamento di scarsa collaborazione con chi porta soccorso.

In una situazione nuova e sconosciuta può manifestare una reazione di rifiuto della realtà pericolosa, che può sfociare in comportamenti aggressivi contro se stessi o verso chi intende prestare soccorso.

Il soccorritore deve mantenere la calma, parlare con voce rassicurante e farsi aiutare da persone eventualmente presenti sul luogo decidendo rapidamente il da farsi. Priorità assoluta è l'integrità fisica della persona, e il ricorso a un eventuale intervento coercitivo di contenimento per salvaguardarne l'incolumità può rappresentare l'unica soluzione.

Tener presente che:

- la persona può non essere completamente in grado di percepire il pericolo;
- la percezione visiva di istruzioni scritte o di pannelli può essere confusa;
- il senso di direzione potrebbe essere limitato, occorre che qualcuno che accompagni il disabile.
- le istruzioni devono essere suddivise in semplici fasi successive: siate pazienti;
- usare segnali semplici;
- spesso nel disabile cognitivo la comprensione del linguaggio parlato è abbastanza sviluppata e articolata, anche se sono presenti difficoltà di espressione. Spiegare sempre direttamente alla persona le operazioni che si effettueranno in situazione d'emergenza;
- ogni individuo deve essere trattato come un adulto con problemi di apprendimento: non parlate con sufficienza e non trattatelo come un bambino.

ALLEGATO 1 : INTERCETTAZIONI IMPIANTISTICHE

4) Ruotare la leva indicata in fig.1 e fig.2 per intercettazione gas metano.

Fig.1





Fig.2

5) Abbassare l'interruttore generale contatore per intercettazione corrente elettrica (fig.3 - 4).

Fig.3



Fig. 4





Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

Servizio Prevenzione e Protezione
Direzione Generale
Direttore: ing. Silvano Sartori

Telefono 031.585.4232 - Fax 031.585.4590
silvano.sartori@asst-lariana.it

PIANO DI EMERGENZA

PRESIDIO OSPEDALIERO DI MARIANO COMENSE

Dati identificativi generali dell' AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA -	
DATORE DI LAVORO	DIRETTORE GENERALE
Tipo di attività	Erogazione di servizi sanitari ai cittadini
Sede principale	Como
Località	Camerlata
Via	Napoleona, 60
Tel.	031/585111
Fax	031/593203
Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione	Ing. Silvano Sartori c/o P.O. S.Anna -San Fermo- Via Ravona Tel. 031/585.4232
Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza	n. 17 RLS - elenco a disposizione -
Medico Competente	Dr. Mario Perosino P.O. S. Anna c/o Medicina Preventiva Tel. 031/585.9387
N. dipendenti	3500
Orario di lavoro	24 H organizzato su turni

Dati identificativi del P.O Mariano C.se – Felice Villa	
RESPONSABILE DEL PRESIDIO	Direttore Medico di Presidio P.O. Cantù – Mariano Cse
Ubicazione	Via Isonzo, 42/b – Mariano C.se
Tel.	031.755 111
N. Lavoratori 180	
▪ Sanitari:	160
▪ Tecnici:	12
▪ Amministrativi	8
N. posti letto:	79
Presenza operatori minima (nelle 24 H)	8
Orario di lavoro	24 H organizzato a turni –

PROCEDURE DI EMERGENZA ED EVACUAZIONE:

Si considerano principalmente, nella presente procedura, le emergenze rappresentate da un principio d'incendio o incendio che interessi un edificio e da una interruzione nella erogazione dei gas medicali in quanto:

- In caso di mancanza di energia elettrica l'alimentazione degli edifici è assicurata dai gruppi elettrogeni dell'ospedale.
- Si considerano poco probabili emergenze dovute ad allagamenti stante la posizione sopraelevata del complesso.
- Non si ha memoria storica di eventi franosi che abbiano interessato edifici o altri spazi del Presidio Ospedaliero. Viene, comunque, data una istruzione in caso di cedimenti strutturali della parte muraria.
- Si considera improbabile un'emergenza di natura sismica, in quanto il territorio della provincia di Como è considerato a basso rischio sismico, ma si danno, comunque, le indicazioni in merito, inoltre sono state rispettate tutte le vigenti norme in materia di antisismica.

INCENDIO

- SEGNALEZIONE – ALLARME

La seguente procedura considera sia il caso di allarme diurno ossia quando vi è la presenza di personale nella portineria del P.O. di Mariano, sia il caso di allarme notturno dalle ore 20,00 alle ore 07,00 ossia quando è assente suddetto personale.

La Portineria di Mariano è aperta tutti i giorni in orario diurno dalle 07,00 alle 20,00.

Procedura per il primo intervento su segnalazione diurna di allarme da impianto di rivelazione , allarme automatico e da rete telefonica interna (Dalle ore 07,00 alle ore 20,00).

- La procedura prevede l'impiego del personale della portineria di Mariano, degli operatori sanitari di reparto e del personale di manutenzione.
- In presenza di un principio d'incendio, di un incendio in atto, o di un sospetto di principio d'incendio (odore di bruciato – tracce di fumo, porte, pareti o pavimenti anormalmente caldi, etc.) **l'operatore che rileva l'anomalia , compone, dal più vicino apparecchio telefonico disponibile, il numero int. 2336 (031.755336) attende risposta e comunica, con la massima chiarezza, il luogo in cui si è riscontrata l'anomalia, il tipo di anomalia riscontrata e il numero da cui chiama.**

Se non ha risposta, chiama direttamente il numero d'emergenza 0112 . Dopodiché **attiva il pulsante di allarme** e tenta di spegnere il fuoco ma solo se si tratta di un principio di incendio chiaramente individuabile e di piccola entità (es. cestino di carta) , con i mezzi a disposizione (estintore più vicino al luogo dell'evento), e solo se è presente una via di fuga alle spalle. Inoltre avvisa immediatamente il responsabile del reparto o il suo sostituto.

Procedura diurna:

- L' allarme incendio, proveniente da **impianto di rivelazione o da rete telefonica interna (int. 2336) ,** viene ricevuto dal personale di portineria in servizio presso la porta carraia dell'Ospedale di Mariano.
- **Sia in caso di allarme da impianto di segnalazione automatico o di allarme direttamente rilevato da un operatore, il personale di portineria del P.O. Mariano, chiama preventivamente i V.V.F. (0112) indirizzandoli all'entrata principale in**

corrispondenza della porta carraia, inoltre chiama anche un operatore del reparto in allarme chiedendogli di recarsi presso la portineria per attendere e accompagnare i V.V.F. sul posto.

- **Nel caso invece di allarme da impianto di rivelazione si distinguono due casi:**

- Se l'allarme ha il riporto direttamente in portineria allora il personale in servizio della portineria chiama il reparto in allarme e chiede ad un operatore del reparto di verificare e riferire sull'effettiva presenza di un principio di incendio.
 - Se l'allarme NON ha il riporto direttamente in portineria, il personale in servizio della portineria chiede all'operatore che ha rilevato l'allarme di verificare e riferire l'effettiva presenza di un principio di incendio.
- **In caso di falso allarme**, l'operatore avvisa la portineria che richiama i VV.F. nel caso in cui siano stati preventivamente allertati. Inoltre effettua il Reset allarmi e stende un rapporto sul fatto.
- **In caso di effettivo allarme** l'operatore avvisa la portineria e conferma la presenza di un principio di incendio ;

L'operatore presso la portineria del P.O. di Mariano effettua, nell'ordine , le seguenti chiamate :

- Vigili del Fuoco (0112)
- I reparti piu' vicini chiedendo di inviare tutto il personale disponibile nel reparto in emergenza.
- Chiama un operatore fra i reparti non coinvolti chiedendogli di recarsi presso la portineria per accompagnare i VVF sul luogo dell'incendio.
- Reperibile Tecnico .
- Reperibile Manutenzione.
- Direttore medico di presidio (D.ssa Figini).
- Resp. Servizio Vigilanza.
- Responsabile del Servizio Prevenzione (ing. Sartori- cell. 366/6385662)

N.B. Mentre si effettuano le chiamate in emergenza si lascia la sbarra aperta

Il reperibile tecnico allertato dalla portineria :

- Si mette a disposizione del Coordinatore dell'evacuazione e dei Vigili del Fuoco
- Completata l'evacuazione del compartimento, previa autorizzazione del personale sanitario, toglie l'alimentazione elettrica nella zona coinvolta dall'incendio
- Coordina gli interventi del personale tecnico di manutenzione riguardo a: interruzione selettiva impianti tecnologici a rischio, blocco e ispezione ascensori, funzionalità rete idranti, ecc
- Verifica la chiusura delle porte di compartimentazione per confinare fumo e calore
- Fornisce informazioni chiare e precise ai VV.FF., in particolare sugli impianti tecnologici e sui mezzi antincendio presenti (idranti , naspi , estintori ,ecc...)

Il Coordinatore per l'evacuazione è l'operatore , in reparto , piu' alto in grado o il piu' anziano , (dirigente,preposto) quando presente o, in sua assenza , il suo sostituto :

Il Coordinatore per l'evacuazione svolge i seguenti ruoli :

- ha la responsabilità durante l'accadimento di un evento calamitoso di predisporre quanto necessario allo scopo di effettuare correttamente tutte le operazioni da lui ritenute necessarie per condurre l'evacuazione;
- - Dà disposizioni per effettuare un'evacuazione veloce utilizzando le uscite opposte al luogo dell'evento;
- - Verifica che tutte le porte dal luogo dell'evento al compartimento adiacente o al punto di raccolta, siano mantenute chiuse per evitare il più possibile di essere raggiunti dal fumo.
- - Collabora col personale tecnico reperibile giunto sul posto
- - Predisporre quanto necessario per l'assistenza agli evacuati.
- - Collabora coi Vigili del Fuoco giunti sul posto dando tutte le indicazioni richieste
- - Verifica che tutti gli utenti e gli operatori siano presenti, al termine dell'evacuazione, effettuando la conta nel punto di raccolta.

- INTERVENTO DI SPEGNIMENTO

In caso di principio d'incendio chiaramente individuabile e di piccola entità (es. cestino carta) il personale presente e gli addetti antincendio sopraggiunti potranno intervenire con i mezzi a disposizione.

Il presidio dispone di:

- estintori a polvere da kg.6 posizionati negli spazi comuni.
- (uu) idranti e naspi in cassette collocati all'interno in posizione segnalata.
- (vv) Idranti esterni collocati in posizione segnalata

Le istruzioni per il funzionamento degli estintori sono riportate chiaramente sull'involucro degli stessi.

I getti d'acqua non vanno usati su apparecchiature o su parti elettriche in tensione.

In ogni caso l'intervento su di un principio d'incendio deve essere condotto da almeno DUE operatori **mentre i rimanenti devono prepararsi alle procedure di evacuazione.**

Procedura per il primo intervento su segnalazione notturna di allarme da impianto di rivelazione automatico e da rete telefonica interna (dalle ore 20,00 alle ore 07,00).

La procedura prevede l'impiego del personale della portineria di Cantu', degli operatori sanitari di reparto e del personale reperibile di manutenzione.

- In presenza di un principio d'incendio, di un incendio in atto, o di un sospetto di principio d'incendio (odore di bruciato – tracce di fumo, porte, pareti o pavimenti anormalmente caldi, etc.) **l'operatore che rileva l'anomalia** , **compone, dal più vicino apparecchio telefonico disponibile, il numero int. 6515 (031.799515) attende risposta e comunica, con la massima chiarezza, il luogo** in cui si è riscontrata l'anomalia, **il tipo** di anomalia riscontrata e **il numero** da cui chiama.

Se non ha risposta dopo 5 squilli, chiama direttamente il numero d'emergenza 0112 .

Dopodiché **attiva il pulsante di allarme** e tenta di spegnere il fuoco ma solo se si tratta di un principio di incendio chiaramente individuabile e di piccola entità (es. cestino di carta) , con i mezzi a disposizione (estintore più vicino al luogo dell'evento), e solo se è presente una via di fuga alle spalle. Inoltre avvisa immediatamente il responsabile del reparto o il suo sostituto.

Procedura notturna: segnalazione di allarme da impianto di rivelazione automatico

1. L' allarme incendio, proveniente da **impianto di rivelazione o da rete telefonica interna** , viene ricevuto dal personale di portineria in servizio presso la porta carraia dell'Ospedale di Cantù .
2. **Sia in caso di allarme da impianto di segnalazione automatico o di allarme direttamente rilevato da un operatore, il personale di portineria di Cantù chiama preventivamente i V.V.F. (0112)** indirizzandoli all'entrata principale in corrispondenza della porta carraia e **apre il cancello da comando remoto** . Inoltre chiama un operatore fra i reparti NON coinvolti chiedendogli di recarsi presso la portineria di Mariano per attendere e accompagnare i VVF sul posto.
3. Nel caso di **allarme da impianto di segnalazione automatico**: la portineria di Cantù riceve a monitor l'allarme incendio che identifica le due centraline attive sul P.O. di Mariano C.se:

ZETTLER : edifici collegati: **M e N** (CP/ CPS/SERT) **H24**

B - edificio chiuso

C - uff tecnico, dir. sanitari, spogliatoio, Neuropsichiatria inf. , ASL, dentista
Cassa/Cup

G - Portineria

NOTIFIER : edifici collegati: **A** - Edificio Multipiano **H24 (Riab spec 1 , Riab spec 2, Hospice)**

B - Scale antincendio (edificio chiuso)

Provvederà quindi a contattare i reparti H24 collegati alla centralina allarmata chiedendo di verificare l'anomalia nel proprio reparto e nelle pertinenze limitrofe (es corridoi vano scala) e riferire. Alla ricevuta della risposta il portinaio chiede all'operatore di andare al cancello per indirizzare i VV.F sul luogo dell'allarme. In caso l'origine dell'allarme non sia rilevabile i V.V.F procederanno alla ricerca e l'operatore li avviserà dell'imminente arrivo del Reperibile della manutenzione. Chiama il reperibile della manutenzione che arrivato in loco verifica, entrando in porta carraia, l'esatta ubicazione del locale allarmato, provvede alla verifica e riferisce alla porta carraia di Cantù (se gli allarmi fanno riferimento ad ambienti di lavoro che di notte non sono operativi procedere con cautela ad ispezionare l'edificio dall'esterno per verificare eventuali bagliori o fuoriuscita di fumi , se non si ravvisano tali criticità procedere all'ispezione interna dei locali dando comunicazione alla portineria del luogo oggetto dell'ispezione .

(ww) **In caso di falso allarme: se gli operatori dei reparti H24 non riscontrano**

anomalie così come il reperibile della manutenzione a seguito di ispezione si da riscontro alla porta carraia di Cantù che richiama i V.V.F. nel caso in cui siano stati preventivamente allertati e non sono ancora giunti al Presidio . Inoltre effettua il Reset allarmi. E stende un rapporto sul fatto.

(xx) In caso di effettivo allarme **l'operatore avvisa la portineria e conferma la presenza di un principio di incendio ;**

Sia nel caso di allarme direttamente rilevato da un operatore che di allarme da impianto di segnalazione automatico, **l'operatore presso la porta carraia di Cantù , avuta la conferma di un principio di incendio, effettua, nell'ordine , le seguenti chiamate :**

- Vigili del Fuoco (0112)
- Personale dei reparti non coinvolti se in allarme è un reparto H24 chiede di inviare tutto il personale disponibile nel reparto in emergenza , al fine di collaborare al trasporto dei pazienti non autosufficienti.
- Chiama un operatore individuato fra il personale dei reparti non coinvolti per accompagnare i V.V.F. sul luogo dell'incendio.
- Resp. Tecnico.
- Reperibile della manutenzione **(nel caso di allarme da impianto è già stato chiamato)**
- Direttore sanitario di presidio .
- Resp. Servizio di Vigilanza
- Resp. Servizio Prevenzione Protezione (ing. Silvano Sartori cel 366/6385662)

- N.B. Mentre si effettuano le suddette chiamate in emergenza si lascia la sbarra aperta.

4. EVACUAZIONE

L'evacuazione deve avvenire, fin dove è possibile, in senso orizzontale.

Il D.M. 18 settembre 2002 prevede per le strutture sanitarie, la modalita' dell'**esodo orizzontale progressivo.**

Senza cambiare piano, si deve lasciare il compartimento in cui si sta sviluppando l'incendio spostando i pazienti non autonomi nel compartimento adiacente evitando, il più possibile, di attraversare zone invase dal fumo.

Il compartimento antincendio è una parte di edificio delimitata da elementi costruttivi di resistenza al fuoco predeterminata, strutture di separazione resistenti al fuoco (REI), orizzontali e verticali, che costituiscono una barriera stabile al passaggio del calore, delle fiamme e del fumo, rispetto agli ambienti vicini. Si vengono così a costituire spazi, ai fini antincendio, isolati l'uno dall'altro. Ossia, un incendio in uno di questi spazi non passa a quello adiacente, almeno per un certo tempo (120 minuti).

Il personale di Reparto inviterà i pazienti deambulanti e autonomi, i visitatori o altre persone presenti al momento dell'evacuazione (personale dell'impresa di pulizie, manutentori etc.) ad allontanarsi dal reparto, seguendo la segnaletica verde indicante le uscite di sicurezza e a raggiungere un luogo sicuro (punto di raccolta) all'esterno della struttura

Il personale di reparto deve invitare a mantenere la calma, spiegando rapidamente, ma con chiarezza, le azioni che stanno per essere messe in atto.

Il personale di reparto , con l'aiuto anche degli addetti antincendio sopraggiunti, inizierà l'operazione di allontanamento dei pazienti non autosufficienti, utilizzando le carrozzine e i letti su ruote presenti nella generalità dei reparti.

Si inizieranno a evacuare le camere e gli ambienti più direttamente minacciati dal fumo partendo da quello in cui ha avuto origine l'incendio. La porta di ciascuna camera, una volta evacuata, deve essere chiusa (non a chiave), per segnalare l'avvenuta evacuazione della stessa.

La movimentazione dei letti su ruote deve avvenire speditamente, ma con ordine. A tale scopo si suggerisce che il personale del reparto in evacuazione si dedichi allo spostamento dalla camera al corridoio verso la porta e/o zona filtro del compartimento adiacente, mentre il personale sopraggiunto dal reparto adiacente prende i letti dal corridoio, trasferendo i pazienti allettati nel compartimento adiacente. Per passare da un compartimento antincendio ad uno adiacente è sufficiente oltrepassare la più vicina porta tagliafuoco presente.

Gli operatori provenienti da altri reparti e/o i vigili del fuoco, seguendo le indicazioni fornite, forniranno supporto negli spostamenti.

Oltre le camere tutti gli ambienti del reparto (bagni, cucine, magazzini etc.) devono essere controllati per verificare se vi sono ancora persone presenti.

Il controllo della completa evacuazione deve essere eseguito dall'operatore infermieristico con più alta qualifica presente in reparto.

Nelle operazioni di evacuazione si ricorda che gli unici documenti che devono essere messi in salvo se possibile, sono le **cartelle cliniche dei pazienti ricoverati** che, unitamente **all'elenco dei pazienti**, daranno la possibilità di controllare la completezza della evacuazione e di proseguire la terapia in altro reparto o ospedale.

Se il reparto da evacuare si trova a **piano terra** si deve uscire all'aperto alla prima uscita disponibile.

Nel presente Piano, viene indicato come **Punto di ritrovo** la zona esterna adiacente la porta carraia, dove il Coordinatore dell'evacuazione controllerà che tutti i pazienti ricoverati e tutto il personale che prestava servizio in reparto al momento dell'incidente siano presenti e, per quanto possibile, controllerà la presenza di visitatori o altri operatori (personale impresa di pulizie o manutentori) presenti in reparto al momento dell'emergenza.

I pazienti ricoverati per cui potrebbe essere rischiosa una permanenza all'aperto, soprattutto in condizioni meteo avverse, dovranno essere il più presto possibile ricondotti al coperto nei più vicini edifici non minacciati dal fumo.

Se il reparto da evacuare si trova ad un **piano sopraelevato** si deve raggiungere, con percorsi orizzontali, il compartimento antincendio adiacente , e se la situazione lo richiede, occorre spostarsi progressivamente nei successivi compartimenti ;

Nel caso di una evacuazione totale ,con la collaborazione di tutto il personale sopraggiunto dagli altri reparti e dei vigili del fuoco, si inizierà la evacuazione dei non deambulanti mediante ascensori antincendio oppure in assenza, attraverso le scale,con barelle,teli e tutto il materiale disponibile,

I pazienti deambulanti ed autonomi e tutti i presenti non ricoverati presenti nel reparto al momento dell'incidente invece verranno invitati a raggiungere il più vicino luogo sicuro (Punto di ritrovo) all'esterno dell'edificio seguendo la segnaletica di sicurezza verde indicante le uscite di sicurezza.

Si prevede che il **Direttore Medico di Presidio** o il suo sostituto, intervenga nella fase immediatamente successiva alla prima evacuazione per :

- Dare le prime disposizioni circa i provvedimenti organizzativi da adottare per la sistemazione provvisoria degli evacuati.
- Valutare, in collaborazione con i responsabili tecnici e sanitari, l'agibilità residua della struttura e proporre, alla Direzione i provvedimenti necessari (Blocco delle accettazioni, Trasferimento dei degenti presso altri ospedali etc.)

- Proporre, una volta in possesso di tutti gli elementi tecnici e sanitari, un piano di attività della struttura nel periodo di ripristino della normale funzionalità.

Di seguito viene descritta la procedura per l'evacuazione di persone disabili.

PROCEDURA PER L'EVACUAZIONE DI PERSONE DISABILI

Assistere disabili in caso d'incendio richiede comportamenti specifici da parte dei soccorritori.

Chiunque, per periodi brevi, può trovarsi in stato d'invalidità parziale (es. donne in gravidanza, persone con arti fratturati, ecc.).

Per dare aiuto concreto è necessario essere in grado di comprendere i bisogni della persona da aiutare, in funzione del tipo di disabilità, ed essere in grado di comunicare le azioni da intraprendere per garantire un allontanamento celere e sicuro dalla fonte di pericolo: le misure da adottare sono diverse, secondo il tipo di disabilità.

I criteri generali nell'evacuazione delle persone disabili sono:

- attendere lo sfollamento delle altre persone;
- accompagnare le persone con capacità motorie o sensoriali ridotte all'esterno dell'edificio;
- se non è possibile raggiungere l'esterno dell'edificio, provvedere al trasporto del disabile fino a un luogo idoneo (spazi calmi), in attesa di soccorsi
- impartire ordini chiari, precisi e con tono di voce deciso.

Disabilità uditiva

Attuare i seguenti accorgimenti:

- consentire al sordo una buona lettura labiale, non superando nella conversazione la distanza ottimale di 1,5 m;
- il viso di chi parla deve essere illuminato in modo da permettere la lettura labiale;
- parlando tenere ferma la testa; il viso di chi parla deve essere al livello degli occhi della persona sorda;
- la lettura labiale si basa sulla pronuncia corretta: parlare distintamente, non storpiare la pronuncia;
- la velocità del discorso deve essere moderata: né troppo in fretta, né troppo adagio;
- usare frasi corte, semplici ma complete, con tono normale di voce (non occorre gridare). Non parlare in modo infantile; mettere in risalto la parola principale della frase usando espressioni del viso in relazione al tema del discorso;
- fare in modo che la persona sorda possa vedere ciò che è visibile sulle labbra;
- quando si usano nomi di persona, località o termini inconsueti, la lettura labiale è difficile. Se il sordo non riesce, nonostante gli sforzi, a recepire il messaggio, non spazientirsi, ma scrivere la parola in stampatello su un foglio;
- per la persona sorda è difficile seguire una conversazione di gruppo; aiutarla a capire gli argomenti principali attraverso la lettura labiale, con parole e frasi semplici accompagnate da gesti naturali.

Disabilità visiva

- In caso di persone ipovedenti o prive della vista l'addetto prenderà sottobraccio la persona interessata e l'accompagnerà, senza tirare o spingere, fornendo indicazioni su eventuali ostacoli o sul percorso che si sta effettuando;
- annunciare la propria presenza e parlare con voce distinta e comprensibile quando si entra nell'ambiente in cui è presente la persona da aiutare;
- parlare naturalmente, senza gridare, direttamente verso l'interlocutore, senza interporre terze persone, descrivendo la situazione di pericolo;
- non temere di usare parole come "vedere", "guardare" o "cieco";
- offrire assistenza lasciando che la persona vi spieghi di cosa ha bisogno;
- descrivere in anticipo le azioni da intraprendere;

- lasciare che la persona afferri leggermente il braccio o la spalla per farsi guidare (può scegliere di camminare leggermente dietro per valutare la reazione del corpo agli ostacoli);
- lungo il percorso annunciare ad alta voce la presenza di scale, porte e altri eventuali ostacoli;
- nell'invitare un non vedente a sedersi, guidare prima la sua mano affinché tocchi lo schienale del sedile;
- se vi è necessità di guidare più persone con le stesse difficoltà, invitatele a tenersi per mano;
- raggiunto l'esterno, accertarsi che la persona aiutata non sia abbandonata a se stessa ma rimanga in compagnia di altri, sino alla fine dell'emergenza.

Disabilità cognitiva:

Le persone con disabilità di apprendimento possono avere difficoltà nell'eseguire istruzioni complesse che coinvolgono più di una breve sequenza di semplici azioni.

In una situazione di pericolo (incendio, fumo, etc.) un disabile cognitivo può mostrare un atteggiamento di scarsa collaborazione con chi porta soccorso.

In una situazione nuova e sconosciuta può manifestare una reazione di rifiuto della realtà pericolosa, che può sfociare in comportamenti aggressivi contro se stessi o verso chi intende prestare soccorso.

Il soccorritore deve mantenere la calma, parlare con voce rassicurante e farsi aiutare da persone eventualmente presenti sul luogo decidendo rapidamente il da farsi. Priorità assoluta è l'integrità fisica della persona, e il ricorso a un eventuale intervento coercitivo di contenimento per salvaguardarne l'incolumità può rappresentare l'unica soluzione.

Tener presente che:

- la persona può non essere completamente in grado di percepire il pericolo;
- la percezione visiva di istruzioni scritte o di pannelli può essere confusa;
- il senso di direzione potrebbe essere limitato, occorre che qualcuno che accompagni il disabile.
- le istruzioni devono essere suddivise in semplici fasi successive: siate pazienti;
- usare segnali semplici;
- spesso nel disabile cognitivo la comprensione del linguaggio parlato è abbastanza sviluppata e articolata, anche se sono presenti difficoltà di espressione. Spiegare sempre direttamente alla persona le operazioni che si effettueranno in situazione d'emergenza;
- ogni individuo deve essere trattato come un adulto con problemi di apprendimento: non parlate con sufficienza e non trattatelo come un bambino.

EMERGENZA TERREMOTO

Un evento sismico si manifesta con violenti movimenti della struttura, in senso orizzontale e verticale, con alcuni momenti di pausa e con successivi ulteriori movimenti di intensità inferiore a quelli iniziali (sciame sismico). Anche nella fase di replica sono possibili ulteriori crolli di strutture in precedenza già lesionate. È opportuno, in fase di allestimento degli spazi, ancorare alle pareti tutti gli armadi e gli scaffali che possono rovesciarsi.

In caso di terremoto:

- restate calmi
- non intraprendete l'azione di evacuazione
- rifugiatevi sotto un tavolo (se presente e ritenuto abbastanza solido) ovvero cercate di tenervi addossati alle pareti perimetrali
- allontanatevi da finestre, specchi, vetrine, lampadari, scaffali di libri, strumenti ed apparecchi elettrici. State attenti alla caduta di oggetti
- preparatevi a fronteggiare la possibilità di ulteriori scosse
- aprite le porte con molta prudenza e muovetevi con estrema cautela, saggiando il

- pavimento, le scale e i pianerottoli prima di camminarvi sopra
- non usate gli ascensori
- non usate fiammiferi o accendini perché le scosse potrebbero aver danneggiato le tubazioni del gas
- evitate di usare i telefoni, salvo i casi di estrema necessità, per non intralciare le comunicazioni d'emergenza
- non contribuite a diffondere informazioni non verificate e tentate di confortare i pazienti e le persone particolarmente agitate
- fate allontanare, il più possibile ordinatamente, dall'edificio tutti i presenti, guidandoli in spazi aperti, assistendo e trasportando i disabili e le persone non autosufficienti
- fate confluire ai punti di raccolta tutte le persone, con presa di informazioni sulle persone dei reparti non ancora presenti sui punti di raccolta. Trasferire tali informazioni ai soccorritori
- collaborate con gli enti esterni (vigili del fuoco, protezione civile) per prestare soccorso alle persone rimaste coinvolte.

5. INTERRUZIONE DELL'ENERGIA ELETTRICA

In caso di interruzione dell'energia elettrica i gruppi elettrogeni dovrebbero entrare in funzione dopo circa 15 secondi.

Se, dopo tale tempo, non si avesse il ritorno dell'alimentazione elettrica, la causa più probabile potrebbe risiedere in un guasto che ha provocato l'intervento delle protezioni. In questo caso bisogna richiedere l'immediato intervento del personale tecnico.

6. INTERRUZIONE EROGAZIONE GAS MEDICALI.

I posti reparti sono dotati di bombole di Ossigeno per i trasporti da usarsi per fronteggiare l'immediata emergenza.

Occorre quindi chiamare immediatamente il personale tecnico reperibile per ripristinare l'erogazione.

CEDIMENTO STRUTTURALE

In presenza di formazioni di crepe, cedimenti e sconnessioni di pavimenti e piastrellature, distacchi di intonaci etc. occorre avvertire immediatamente il personale tecnico.

In caso di visibile evoluzione dei fenomeni suddetti, procedere alla evacuazione dell'edificio con le modalità descritte per l'emergenza incendio.

PUBBLICITA' DEL PIANO

Per ottenere gli obiettivi fissati è necessaria un'adeguata informazione, a tutti i livelli, sulla pianificazione predisposta.

Tutte le figure operanti nella struttura devono essere edotte sul contenuto del piano e sul ruolo loro affidato.

Si svolgeranno incontri-esercitazioni con il personale della struttura per l'illustrazione e verifica del piano e delle procedure .

Per tenere alto il livello d'informazione tra il personale copia del piano di emergenza è presente nei vari uffici e nella Centrale operativa.



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

Servizio Prevenzione e Protezione
Direzione Generale
Direttore: ing. Silvano Sartori

Telefono 031.585.4232 - Fax 031.585.4590
silvano.sartori@hsacomo.org

PIANO DI EMERGENZA

PRESIDIO OSPEDALIERO DI CANTU'

Dati identificativi generali dell' AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA -	
DATORE DI LAVORO	DIRETTORE GENERALE
Tipo di attività	Erogazione di servizi sanitari ai cittadini
Sede principale	Como
Località	Camerlata
Via	Napoleona, 60
Tel.	031/585111
Fax	031/593203
Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione	Ing. Silvano Sartori c/o P.O. S. Anna San Fermo Via Ravona Tel. 031/585 4232
Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza	n. 17 RLS - elenco a disposizione -
Medico Competente	Dr. Mario Perosino P.O. S. Anna c/o Medicina Preventiva Tel. 031/5859387
N. dipendenti	3500
Orario di lavoro	24 H organizzato su turni

Dati identificativi del P.O CANTU' – S. Antonio Abate	
RESPONSABILE DEL PRESIDIO	Direttore Medico di Presidio P.O. Cantù – Mariano Cse
Ubicazione	Via Domea, 4 - Cantù
Tel.	031.799 111
N. Lavoratori 563	
▪ Sanitari:	451
▪ Tecnici:	61
▪ Amministrativi	50
▪ Borsisti	1
N. posti letto:	136
Presenza operatori minima (nelle 24 H)	25
Orario di lavoro	24 H organizzato a turni –

PROCEDURE DI EMERGENZA ED EVACUAZIONE:

Si considerano principalmente, nella presente procedura, le emergenze rappresentate da un principio d'incendio o incendio che interessi un edificio e da una interruzione nella erogazione dei gas medicali in quanto:

- In caso di mancanza di energia elettrica l'alimentazione degli edifici è assicurata dai gruppi elettrogeni dell'ospedale.
- Si considerano poco probabili emergenze dovute ad allagamenti stante la posizione sopraelevata del complesso.
- Non si ha memoria storica di eventi franosi che abbiano interessato edifici o altri spazi del Presidio Ospedaliero. Viene, comunque, data una istruzione in caso di cedimenti strutturali della parte muraria.
- Si considera improbabile un'emergenza di natura sismica, in quanto il territorio della provincia di Como è considerato a basso rischio sismico, ma si danno, comunque, le indicazioni in merito, inoltre sono state rispettate tutte le vigenti norme in materia di antisismica.

INCENDIO

- SEGNALEZIONE – ALLARME

Procedura per il primo intervento su segnalazione di allarme da impianto di rivelazione e allarme automatico.

- La procedura prevede l'impiego del personale della portineria di Cantu' e degli operatori sanitari di reparto. La copertura di questi servizi è assicurata H 24 da apposita turnazione.
- In presenza di un principio d'incendio, di un incendio in atto, o di un sospetto di principio d'incendio (odore di bruciato – tracce di fumo, porte, pareti o pavimenti anormalmente caldi, etc.) **l'operatore che rileva l'anomalia** , compone, dal più vicino apparecchio telefonico disponibile, **il numero 6515** attende risposta e comunica, con la massima chiarezza, il luogo in cui si è riscontrata l'anomalia, il tipo di anomalia riscontrata e il numero da cui chiama.

Se non ha risposta, chiama direttamente il numero d'emergenza 0112 . Dopodiché **attiva il pulsante di allarme** e tenta di spegnere il fuoco ma solo se si tratta di un principio di incendio chiaramente individuabile e di piccola entità (es. cestino di carta) , con i mezzi a disposizione (estintore più vicino al luogo dell'evento), e solo se è presente una via di fuga alle spalle. Inoltre avvisa immediatamente il responsabile del reparto o il suo sostituto.

Procedura :

- L' allarme incendio, proveniente da **impianto di rivelazione o da rete telefonica interna (6515)** , viene ricevuto dal personale di portineria in servizio presso la porta carraia dell'Ospedale di Cantu'.
- **Nel caso di allarme direttamente rilevato da un operatore, il personale di portineria del P.O. Cantu', chiama preventivamente i V.V.F. (0112) indirizzandoli all'entrata di via Domea** , inoltre chiama anche un operatore del reparto in allarme chiedendogli di recarsi presso l'ingresso di via Domea per attendere e accompagnare i V.V.F. sul posto e infine chiede l'intervento di cui al punto 5.
- **Nel caso invece di allarme da impianto di rivelazione si distinguono due casi:**
 - Se l'allarme ha il riporto direttamente in portineria allora il personale in servizio della portineria chiama il reparto in allarme e chiede ad un operatore del reparto di

verificare e riferire sull'effettiva presenza di un principio di incendio.

- Se l'allarme NON ha il riporto direttamente in portineria , il personale in servizio della portineria chiede all' operatore che ha rilevato l'allarme di verificare e riferire l'effettiva presenza di un principio di incendio. Tale situazione si ha nei seguenti edifici: Amministrazione, cabina elettrica (con riporto in centrale termica), piastra, psichiatria, lavanderia, medicina pediatria chirurgia rianimazione, Direzione S. ,sterilità, Sale operatorie ,bar , prericoveri, caldaia.
- **In caso di falso allarme**, l'operatore avvisa la portineria che richiama i V.F. nel caso in cui siano stati preventivamente allertati. Inoltre effettua il Reset allarmi. E stende un rapporto sul fatto.
- **In caso di effettivo allarme** l'operatore avvisa la portineria e conferma la presenza di un principio di incendio ;

L'operatore presso la portineria del P.O. Cantu', avuta la conferma di un principio di incendio, aziona l'interruttore pompa per mettere in pressione la rete idranti, inoltre effettua, nell'ordine , le seguenti chiamate :

- Vigili del Fuoco (0112)
- **INVIA MESSAGGIO DI ALLARME al Gruppo di cercapersone della squadra antincendio** (digitando telefonicamente il numero: **791-999**). Inoltre all'arrivo in portineria della squadra di emergenza, consegna la chiave locale DPI e ricorda a un operatore della squadra di recarsi presso l'ingresso di via Domea per attendere l'arrivo dei VVF.
- Reperibile Tecnico (chiamare il centralino per contattare il rep. tecnico e manutenzione)
- Reperibile Manutenzione
- Direttore medico di presidio (D.ssa Figini)
- Responsabile del Servizio Prevenzione (ing. Sartori- cell. 366/6385662)

N.B. Mentre si effettuano le chiamate in emergenza si lascia la sbarra aperta

Il reperibile tecnico allertato dalla portineria :

- Si mette a disposizione del Coordinatore dell'evacuazione e dei Vigili del Fuoco
- Completata l'evacuazione del compartimento, previa autorizzazione del personale sanitario, toglie l'alimentazione elettrica nella zona coinvolta dall'incendio
- Coordina gli interventi del personale tecnico di manutenzione riguardo a: interruzione selettiva impianti tecnologici a rischio, blocco e ispezione ascensori, funzionalità rete idranti, ecc
- Verifica la chiusura delle porte di compartimentazione per confinare fumo e calore
- Fornisce informazioni chiare e precise ai VV.FF., in particolare sugli impianti tecnologici e sui mezzi antincendio presenti (idranti , naspi , estintori ,ecc...)

Il Coordinatore per l'evacuazione è l'operatore , in reparto , piu' alto in grado o il piu' anziano , (dirigente,preposto) quando presente o, in sua assenza , il suo sostituto ;

Il Coordinatore per l'evacuazione svolge i seguenti ruoli :

- ha la responsabilità durante l'accadimento di un evento calamitoso di predisporre quanto necessario allo scopo di effettuare correttamente tutte le operazioni da lui ritenute necessarie per condurre l'evacuazione;
- - Dà disposizioni per effettuare un'evacuazione veloce utilizzando le uscite opposte al luogo dell'evento;
- - Verifica che tutte le porte dal luogo dell'evento al compartimento adiacente o al punto di raccolta, siano mantenute chiuse per evitare il più possibile di essere raggiunti dal fumo.
- - Collabora col personale tecnico reperibile giunto sul posto
- - Predisporre quanto necessario per l'assistenza agli evacuati.

- - Collabora coi Vigili del Fuoco giunti sul posto dando tutte le indicazioni richieste
- - Verifica che tutti gli utenti e gli operatori siano presenti, al termine dell'evacuazione, effettuando la conta nel punto di raccolta.

- INTERVENTO DI SPEGNIMENTO

In caso di principio d'incendio chiaramente individuabile e di piccola entità (es. cestino carta) il personale presente e gli addetti antincendio sopraggiunti potranno intervenire con i mezzi a disposizione.

Il presidio dispone di:

- estintori a polvere da kg.6 posizionati negli spazi comuni.

(yy) idranti e naspi in cassette collocati all'interno in posizione segnalata.

(zz) Idranti esterni collocati in posizione segnalata

Le istruzioni per il funzionamento degli estintori sono riportate chiaramente sull'involucro degli stessi.

I getti d'acqua non vanno usati su apparecchiature o su parti elettriche in tensione.

In ogni caso l'intervento su di un principio d'incendio deve essere condotto da almeno DUE operatori **mentre i rimanenti devono prepararsi alle procedure di evacuazione.**

- EVACUAZIONE

L'evacuazione deve avvenire, fin dove è possibile, in senso orizzontale.

Il D.M. 18 settembre 2002 prevede per le strutture sanitarie, la modalità dell'**esodo orizzontale progressivo.**

Senza cambiare piano, si deve lasciare il compartimento in cui si sta sviluppando l'incendio spostando i pazienti non autonomi nel compartimento adiacente evitando, il più possibile, di attraversare zone invase dal fumo.

Il compartimento antincendio è una parte di edificio delimitata da elementi costruttivi di resistenza al fuoco predeterminata, strutture di separazione resistenti al fuoco (REI), orizzontali e verticali, che costituiscono una barriera stabile al passaggio del calore, delle fiamme e del fumo, rispetto agli ambienti vicini. Si vengono così a costituire spazi, ai fini antincendio, isolati l'uno dall'altro. Ossia, un incendio in uno di questi spazi non passa a quello adiacente, almeno per un certo tempo (120 minuti).

Il personale di Reparto inviterà i pazienti deambulanti e autonomi, i visitatori o altre persone presenti al momento dell'evacuazione (personale dell'impresa di pulizie, manutentori etc.) ad allontanarsi dal reparto, seguendo la segnaletica verde indicante le uscite di sicurezza e a raggiungere un luogo sicuro (punto di raccolta) all'esterno della struttura

Il personale di reparto deve invitare a mantenere la calma, spiegando rapidamente, ma con chiarezza, le azioni che stanno per essere messe in atto.

Il personale di reparto, con l'aiuto anche degli addetti antincendio sopraggiunti, inizierà l'operazione di allontanamento dei pazienti non autosufficienti, utilizzando le carrozzine e i letti su ruote presenti nella generalità dei reparti.

Si inizieranno a evacuare le camere e gli ambienti più direttamente minacciati dal fumo partendo da quello in cui ha avuto origine l'incendio. La porta di ciascuna camera, una volta evacuata, deve essere chiusa (non a chiave), per segnalare l'avvenuta evacuazione della stessa.

La movimentazione dei letti su ruote deve avvenire speditamente, ma con ordine. A tale scopo si suggerisce che il personale del reparto in evacuazione si dedichi allo spostamento dalla camera al corridoio verso la porta e/o zona filtro del compartimento adiacente, mentre il personale

sopraggiunto dal reparto adiacente prende i letti dal corridoio, trasferendo i pazienti allettati nel compartimento adiacente. Per passare da un compartimento antincendio ad uno adiacente è sufficiente oltrepassare la più vicina porta tagliafuoco presente.

Gli operatori provenienti da altri reparti e/o i vigili del fuoco, seguendo le indicazioni fornite, forniranno supporto negli spostamenti.

Oltre le camere tutti gli ambienti del reparto (bagni, cucine, magazzini etc.) devono essere controllati per verificare se vi sono ancora persone presenti.

Il controllo della completa evacuazione deve essere eseguito dall'operatore infermieristico con più alta qualifica presente in reparto.

Nelle operazioni di evacuazione si ricorda che gli unici documenti che devono essere messi in salvo se possibile, sono le **cartelle cliniche dei pazienti ricoverati** che, unitamente **all'elenco dei pazienti**, daranno la possibilità di controllare la completezza della evacuazione e di proseguire la terapia in altro reparto o ospedale.

Se il reparto da evacuare si trova a **piano terra** si deve uscire all'aperto alla prima uscita disponibile.

Nella Planimetria allegata al presente Piano, vengono indicati i **Punti di ritrovo** dove il Coordinatore dell'evacuazione controllerà che tutti i pazienti ricoverati e tutto il personale che prestava servizio in reparto al momento dell'incidente siano presenti e, per quanto possibile, controllerà la presenza di visitatori o altri operatori (personale impresa di pulizie o manutentori) presenti in reparto al momento dell'emergenza.

I pazienti ricoverati per cui potrebbe essere rischiosa una permanenza all'aperto, soprattutto in condizioni meteo avverse, dovranno essere il più presto possibile ricondotti al coperto nei più vicini edifici non minacciati dal fumo.

Se il reparto da evacuare si trova ad un **piano sopraelevato** si deve raggiungere, con percorsi orizzontali, il compartimento antincendio adiacente, e se la situazione lo richiede, occorre spostarsi progressivamente nei successivi compartimenti;

Nel caso di una evacuazione totale, con la collaborazione di tutto il personale sopraggiunto dagli altri reparti e dei vigili del fuoco, si inizierà la evacuazione dei non deambulanti mediante ascensori antincendio oppure in assenza, attraverso le scale, con barelle, teli e tutto il materiale disponibile,

I pazienti deambulanti ed autonomi e tutti i presenti non ricoverati presenti nel reparto al momento dell'incidente invece verranno invitati a raggiungere il più vicino luogo sicuro (Punto di ritrovo) all'esterno dell'edificio seguendo la segnaletica di sicurezza verde indicante le uscite di sicurezza.

Si prevede che il **Direttore Medico di Presidio** o il suo sostituto, intervenga nella fase immediatamente successiva alla prima evacuazione per:

- Dare le prime disposizioni circa i provvedimenti organizzativi da adottare per la sistemazione provvisoria degli evacuati.
- Valutare, in collaborazione con i responsabili tecnici e sanitari, l'agibilità residua della struttura e proporre, alla Direzione i provvedimenti necessari (Blocco delle accettazioni, Trasferimento dei degenti presso altri ospedali etc.)
- Proporre, una volta in possesso di tutti gli elementi tecnici e sanitari, un piano di attività della struttura nel periodo di ripristino della normale funzionalità.

Di seguito viene descritta la procedura per l'evacuazione di persone disabili.

PROCEDURA PER L'EVACUAZIONE DI PERSONE DISABILI

Assistere disabili in caso d'incendio richiede comportamenti specifici da parte dei soccorritori. Chiunque, per periodi brevi, può trovarsi in stato d'invalidità parziale (es. donne in gravidanza, persone con arti fratturati, ecc.).

Per dare aiuto concreto è necessario essere in grado di comprendere i bisogni della persona da aiutare, in funzione del tipo di disabilità, ed essere in grado di comunicare le azioni da intraprendere per garantire un allontanamento celere e sicuro dalla fonte di pericolo: le misure da adottare sono diverse, secondo il tipo di disabilità.

I criteri generali nell'evacuazione delle persone disabili sono:

- attendere lo sfollamento delle altre persone;
- accompagnare le persone con capacità motorie o sensoriali ridotte all'esterno dell'edificio;
- se non è possibile raggiungere l'esterno dell'edificio, provvedere al trasporto del disabile fino a un luogo idoneo (spazi calmi), in attesa di soccorsi
- impartire ordini chiari, precisi e con tono di voce deciso.

Disabilità uditiva

Attuare i seguenti accorgimenti:

- consentire al sordo una buona lettura labiale, non superando nella conversazione la distanza ottimale di 1,5 m;
- il viso di chi parla deve essere illuminato in modo da permettere la lettura labiale;
- parlando tenere ferma la testa; il viso di chi parla deve essere al livello degli occhi della persona sorda;
- la lettura labiale si basa sulla pronuncia corretta: parlare distintamente, non storpiare la pronuncia:
 - la velocità del discorso deve essere moderata: né troppo in fretta, né troppo adagio;
- usare frasi corte, semplici ma complete, con tono normale di voce (non occorre gridare). Non parlare in modo infantile; mettere in risalto la parola principale della frase usando espressioni del viso in relazione al tema del discorso;
- fare in modo che la persona sorda possa vedere ciò che è visibile sulle labbra;
- quando si usano nomi di persona, località o termini inconsueti, la lettura labiale è difficile. Se il sordo non riesce, nonostante gli sforzi, a recepire il messaggio, non spazientirsi, ma scrivere la parola in stampatello su un foglio;
- per la persona sorda è difficile seguire una conversazione di gruppo; aiutarla a capire gli argomenti principali attraverso la lettura labiale, con parole e frasi semplici accompagnate da gesti naturali.

Disabilità visiva

- In caso di persone ipovedenti o prive della vista l'addetto prenderà sottobraccio la persona interessata e l'accompagnerà, senza tirare o spingere, fornendo indicazioni su eventuali ostacoli o sul percorso che si sta effettuando;
- annunciare la propria presenza e parlare con voce distinta e comprensibile quando si entra nell'ambiente in cui è presente la persona da aiutare;
- parlare naturalmente, senza gridare, direttamente verso l'interlocutore, senza interporre terze persone, descrivendo la situazione di pericolo;
- non temere di usare parole come "vedere", "guardare" o "cieco";
- offrire assistenza lasciando che la persona vi spieghi di cosa ha bisogno;
- descrivere in anticipo le azioni da intraprendere;
- lasciare che la persona afferri leggermente il braccio o la spalla per farsi guidare (può scegliere di camminare leggermente dietro per valutare la reazione del corpo agli ostacoli);
- lungo il percorso annunciare ad alta voce la presenza di scale, porte e altri eventuali ostacoli;
- nell'invitare un non vedente a sedersi, guidare prima la sua mano affinché tocchi lo schienale del sedile;
- se vi è necessità di guidare più persone con le stesse difficoltà, invitatele a tenersi per mano;
- raggiunto l'esterno, accertarsi che la persona aiutata non sia abbandonata a se stessa ma rimanga in compagnia di altri, sino alla fine dell'emergenza.

Disabilità cognitiva:

Le persone con disabilità di apprendimento possono avere difficoltà nell'eseguire istruzioni complesse che coinvolgono più di una breve sequenza di semplici azioni.

In una situazione di pericolo (incendio, fumo, etc.) un disabile cognitivo può mostrare un atteggiamento di scarsa collaborazione con chi porta soccorso.

In una situazione nuova e sconosciuta può manifestare una reazione di rifiuto della realtà pericolosa, che può sfociare in comportamenti aggressivi contro se stessi o verso chi intende prestare soccorso.

Il soccorritore deve mantenere la calma, parlare con voce rassicurante e farsi aiutare da persone eventualmente presenti sul luogo decidendo rapidamente il da farsi. Priorità assoluta è l'integrità fisica della persona, e il ricorso a un eventuale intervento coercitivo di contenimento per salvaguardarne l'incolumità può rappresentare l'unica soluzione.

Tener presente che:

- la persona può non essere completamente in grado di percepire il pericolo;
- la percezione visiva di istruzioni scritte o di pannelli può essere confusa;
- il senso di direzione potrebbe essere limitato, occorre che qualcuno che accompagni il disabile.
- le istruzioni devono essere suddivise in semplici fasi successive: siate pazienti;
- usare segnali semplici;
- spesso nel disabile cognitivo la comprensione del linguaggio parlato è abbastanza sviluppata e articolata, anche se sono presenti difficoltà di espressione. Spiegare sempre direttamente alla persona le operazioni che si effettueranno in situazione d'emergenza;
- ogni individuo deve essere trattato come un adulto con problemi di apprendimento: non parlate con sufficienza e non trattatelo come un bambino.

EMERGENZA TERREMOTO

Un evento sismico si manifesta con violenti movimenti della struttura, in senso orizzontale e verticale, con alcuni momenti di pausa e con successivi ulteriori movimenti di intensità inferiore a quelli iniziali (sciame sismico). Anche nella fase di replica sono possibili ulteriori crolli di strutture in precedenza già lesionate. È opportuno, in fase di allestimento degli spazi, ancorare alle pareti tutti gli armadi e gli scaffali che possono rovesciarsi.

In caso di terremoto:

- restate calmi
- non intraprendete l'azione di evacuazione
- rifugiatevi sotto un tavolo (se presente e ritenuto abbastanza solido) ovvero cercate di tenervi addossati alle pareti perimetrali
- allontanatevi da finestre, specchi, vetrine, lampadari, scaffali di libri, strumenti ed apparecchi elettrici. State attenti alla caduta di oggetti
- preparatevi a fronteggiare la possibilità di ulteriori scosse
- aprite le porte con molta prudenza e muovetevi con estrema cautela, saggiando il pavimento, le scale e i pianerottoli prima di camminarvi sopra
- non usate gli ascensori
- non usate fiammiferi o accendini perché le scosse potrebbero aver danneggiato le tubazioni del gas
- evitate di usare i telefoni, salvo i casi di estrema necessità, per non intralciare le comunicazioni d'emergenza
- non contribuite a diffondere informazioni non verificate e tentate di confortare i pazienti e le persone particolarmente agitate
- fate allontanare, il più possibile ordinatamente, dall'edificio tutti i presenti, guidandoli in spazi aperti, assistendo e trasportando i disabili e le persone non autosufficienti
- fate confluire ai punti di raccolta tutte le persone, con presa di informazioni sulle persone

dei reparti non ancora presenti sui punti di raccolta. Trasferire tali informazioni ai soccorritori

- collaborate con gli enti esterni (vigili del fuoco, protezione civile) per prestare soccorso alle persone rimaste coinvolte.

- **INTERRUZIONE DELL'ENERGIA ELETTRICA**

In caso di interruzione dell'energia elettrica i gruppi elettrogeni dovrebbero entrare in funzione dopo circa 15 secondi.

Se, dopo tale tempo, non si avesse il ritorno dell'alimentazione elettrica, la causa più probabile potrebbe risiedere in un guasto che ha provocato l'intervento delle protezioni. In questo caso bisogna richiedere l'immediato intervento del personale tecnico.

- **INTERRUZIONE EROGAZIONE GAS MEDICALI.**

I posti reparti sono dotati di bombole di Ossigeno per i trasporti da usarsi per fronteggiare l'immediata emergenza.

Occorre quindi chiamare immediatamente il personale tecnico reperibile per ripristinare l'erogazione.

CEDIMENTO STRUTTURALE

In presenza di formazioni di **crepe, cedimenti e sconnessioni di pavimenti e piastrellature, distacchi di intonaci etc.** occorre avvertire immediatamente il personale tecnico.

In caso di visibile evoluzione dei fenomeni suddetti, procedere alla **evacuazione dell'edificio** con le modalità descritte per l'emergenza incendio.

PUBBLICITA' DEL PIANO

Per ottenere gli obiettivi fissati è necessaria un'adeguata informazione, a tutti i livelli, sulla pianificazione predisposta.

Tutte le figure operanti nella struttura devono essere edotte sul contenuto del piano e sul ruolo loro affidato.

Si svolgeranno incontri-esercitazioni con il personale della struttura per l'illustrazione e verifica del piano e delle procedure .

Per tenere alto il livello d'informazione tra il personale copia del piano di emergenza è presente nei vari uffici e nella Centrale operativa.

ALLEGATO 5 -Prevenzione rischi nei CPS: pazienti con note di aggressività

Procedure da adottare nei Servizi Psichiatrici dell'A.O. Ospedale Sant'Anna per prevenire o mantenere sotto controllo possibili situazioni di rischio determinate da pazienti con note di aggressività.

A. PREMESSA

La valutazione e la gestione clinica del rischio di comportamenti aggressivi o potenzialmente tali connessi ai disturbi mentali, sono parte integrante della pratica clinica. Il presupposto di una buona pratica clinica è il riconoscimento, la prevenzione e la gestione sicura di ogni forma di violenza nei diversi contesti dell'assistenza psichiatrica. Da un punto di vista statistico il 10% dei pazienti ricoverati in strutture psichiatriche manifesta comportamenti aggressivi, mentre per i pazienti seguiti ambulatorialmente la percentuale scende al 2-4% (la stessa percentuale che si trova fra la popolazione generale). Da studi descrittivi emerge che la variabile sovraffollamento della struttura sia frequentemente alla base di episodi di violenza, ma non meno importanti sono le capacità professionali e l'attitudine degli operatori così come i patterns prescrittivi farmacologici usati nelle urgenze. La necessità di strategie volte alla minimizzazione del rischio è sottolineata dall'approccio legislativo nazionale (Legge 626/94) ed europeo volto alla prevenzione dei possibili incidenti che si possono verificare sul luogo di lavoro, unito a misure di protezione volte a minimizzare le conseguenze dell'incidente.

La frequenza degli episodi di aggressività presso le ns. strutture risulta dai registri INAIL delle denunce di infortunio.

Numerosi sono i riferimenti normativi anglosassoni in cui si focalizza la necessità che gli operatori siano competenti nella valutazione del rischio di violenza verso sé o verso gli altri. Non è possibile calcolare le potenzialità aggressive di un utente, ma si possono valutare i rischi di violenza attraverso l'analisi di alcuni fattori predittivi:

- storia recente di violenza, specie se le azioni sono compiute con mezzi fisici;
- storia remota di violenza, in questo caso è importante conoscere e valutare la frequenza degli episodi passati e la presenza di altri episodi significativi quali arresti, procedimenti legali, la tendenza a punire i figli, le sevizie su animali;
- presenza di idee di violenza, specie se rivolte verso una persona in particolare, meno se rivolta a gruppi o categorie;
- mancanza di sistemi di supporto, poiché la presenza di familiari, amici, gruppi, sono fattori che limitano il rischio di condotte violente.

L'aggressività può essere una reazione ad una situazione o persona ritenuta pericolosa. Vista in questi termini l'aggressività è una modalità estrema di richiesta di aiuto, una manifestazione di disagio, di sofferenza, oppure può essere l'esternazione di un conflitto interiore. Se l'infermiere è in grado di cogliere in questi termini le manifestazioni aggressive, avrà la possibilità di prestare attenzione alle domande che sottendono tali atteggiamenti e soprattutto di relazionarsi nel modo migliore, adottando il contenimento

dell'aggressività attraverso la via preferenziale della relazione d'aiuto anziché condividere l'automatismo della contenzione fisica o farmacologica come prima ed unica istanza. Tali procedure interessano 3 aspetti:

- 1) Le strutture e gli arredi.
- 2) L'organizzazione e il lavoro.
- 3) Gestione dei comportamenti aggressivi e violenti.

B. IL PAZIENTE AGGRESSIVO

Il ciclo dell'aggressione, che schematizza le fasi tipiche che si succedono in un episodio di aggressività, è fondato sul riconoscimento che alla base di qualunque atto di aggressività vi è una attivazione psicofisiologica (arousal) che comporta cambiamenti somatici e psicologici, primariamente cognitivi, che si producono in relazione alla percezione di una minaccia: da ci deriva un intervento di desensibilizzazione mirato e progressivo, volto a ridurre e contenere, attraverso azioni specifiche per le diverse fasi, lo svolgersi del ciclo dell'aggressività (la cosiddetta escalation). Il modello del ciclo dell'aggressività enfatizza le diverse possibilità di un intervento appropriato e differenziato in cinque fasi:

1. Fase del fattore scatenante. Il ciclo inizia con un primo scostamento dal baseline psicoemotivo della condizione ordinaria. Comportamenti verbali ed espressivi (minimi e comportamentali) rendono percepibile l'avvio del processo.

2. Fase della escalation. E' contraddistinta da una ulteriore deviazione dal baseline. In questa fase le probabilità di successo degli interventi sono legate alla tempestività con cui vengono messi in atto. Schemi appropriati di intervento in questa fase prevedono l'utilizzo del cosiddetto talk down, approccio verbale mirato al contenimento progressivo del paziente tramite il riconoscimento positivo delle sue istanze e l'avvio di una procedura di negoziazione che recepisca il contenuto emotivo e razionale della crisi ma ne devii il percorso comportamentale. Una manovra aggiuntiva, in questa fase, può essere l'allontanamento dal contesto, soprattutto quando fattori ambientali abbiano contribuito a determinare la condizione di crisi.

3. Fase critica. Viene raggiunto il punto culminante di eccitamento. L'attenzione deve essere focalizzata sulla sicurezza e sul contenimento delle conseguenze. L'intervento non deve essere condotto sul presupposto della possibilità di una risposta razionale, ma piuttosto fondarsi sulla scelta di opzioni sintetiche e massimali: contenimento, fuga, autoprotezione.

4. Fase del recupero. E' caratterizzata dal graduale ritorno al comportamento normale del baseline, ma con un livello di arousal ancora elevato e potenzialmente recettivo a nuovi fattori scatenanti. Rappresenta la fase più delicata perché interventi troppo precoci volti all'elaborazione dell'episodio possono scatenare una riacutizzazione della crisi.

5. Fase della depressione post-critica. E' contraddistinta dalla comparsa nel paziente di emozioni negative legate a sentimenti di colpa, vergogna o rimorso, ovvero a onnipotenza, paura, trionfo. Si cerca di stabilire una recettività per interventi di carattere psicologico volti all'elaborazione dell'evento verificatosi, alla risoluzione dei sentimenti più gravi, come la colpa, e alla comprensione razionale delle circostanze che hanno scatenato l'incidente.

La gestione in acuto non può essere separata da importantissime considerazioni sulla sicurezza. Ogni azione tesa a ridurre e porre sotto controllo un comportamento aggressivo, potenzialmente o attualmente violento, dovrà essere effettuata in condizioni di garanzia per gli operatori e per il paziente. Un contributo determinante alla sicurezza è dato dall'applicazione di norme pratiche precise, relative al contesto in cui si

svolge l'azione, ambulatorio, reparto o domicilio del paziente; alcune sono di carattere generale e riguardano la prevenzione come la scelta dei materiali di arredamento per il reparto o l'ambulatorio, altre riguardano più da vicino l'atteggiamento degli operatori che si confrontano con il paziente aggressivo. Il confronto con il paziente protagonista di comportamento aggressivo provoca sentimenti di ansietà e paura, che possono innescare comportamenti di diffidenza, con evitamento del paziente in questione o stabilendo nei suoi riguardi una distanza relazionale che ne accresce il senso di isolamento sociale. Da qui la necessità di considerare la risoluzione dei sentimenti controtransferali una condizione specifica per la continuazione del trattamento del paziente che si sia dimostrato aggressivo. Dal punto di vista del paziente, la risposta psicologica all'aggressione compiuta è spesso di implicita soddisfazione. Il venire meno della tensione attraverso un'affermazione di prestantza fisica non poche volte costituisce una esperienza sintonica in grado di agire da rinforzo per quel comportamento, contribuendo ad inscrivere nel pattem dei comportamenti sociali abituali. E' utile un colloquio di confronto tra il paziente aggressore e la vittima, sia essa un operatore o un altro paziente, per evitare la scotomizzazione dell'evento, circostanza che accrescerebbe il senso di sicurezza del paziente nei confronti della vittima.

C. ADEGUAMENTI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E PROCEDURALI

1. ADEGUAMENTI STRUTTURALI

Al fine di prevenire e soprattutto di diminuire il rischio degli operatori e dei pazienti in caso di episodi di aggressione, sono stati individuati degli interventi di adeguamento sulle strutture e sugli arredi da realizzare in tutti i CPS:

- Realizzazione di impianti interni di allarme acustico (suono "discreto") e visivo attivabili da ogni locale, con segnalazione in luogo presidiato del locale in cui è stato attivato l'allarme
- Ove possibile, utilizzare per visite e colloqui locali comunicanti tra loro, in modo che l'operatore disponga di una via di fuga.
- Ove possibile, nei locali adibiti a visite e colloqui, disporre gli arredi in modo tale che la postazione dell'operatore sia il più possibile vicino alla porta di uscita.
- Disporre, ove possibile, lo spazio d'attesa in una posizione tale da essere visibile da parte del personale.
- Eliminare le suppellettili in vetro e metallo pesanti (posacenere) e modificare gli arredi contenenti parti in vetro (armadi, tavoli, quadri, et) in modo da renderne impossibile l'uso come armi improprie.
- Sostituire i vetri degli infissi con vetri di sicurezza.
- Sostituire gli appendiabiti a piantana con appendiabiti a parete.
- Sostituire, ove possibile, le piantane per flebo con supporti fissati a muro.
- Sostituire gli arredi che, per la loro fattura, possono rappresentare un rischio di infortunio in caso di aggressioni (scrivanie e tavoli con spigoli vivi, maniglie delle porte spigolose).
- Alloggiare gli estintori in cassette con lastra "safe-crash".
- Dove possibile, adottare per lo spazio d'attesa sedie a schiera (e non singole), in modo da avere una struttura nel complesso non facilmente sollevabile.

- Installare un videocitofono alla porta di ingresso della struttura.

Inoltre è raccomandabile porre particolare attenzione al comfort ambientale, soprattutto negli spazi di attesa, in modo da creare un'atmosfera sufficientemente rilassante.

2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

a) Programmazione visite/colloqui nel CPS

- Prevedere per tutto l'arco orario di apertura del CPS la presenza di almeno 2 operatori nella struttura.
- Programmare le visite e i colloqui per pazienti "a rischio" (primi colloqui; storia clinica di pregressi atti aggressivi) in fasce orarie in cui sono presenti nella struttura più operatori.
- Le visite e i colloqui per pazienti "a rischio" (primi colloqui; storia clinica di pregressi atti aggressivi) devono avvenire in presenza di 2 operatori.

b) Programmazione visite domiciliari

- Prevedere la presenza di almeno 2 operatori nell'effettuazione di visite domiciliari nei seguenti casi:
 - paziente sconosciuto (1° visita);
 - paziente scompensato
 - ; - paziente potenzialmente oggetto di TSO.

c) Assistenza all'utenza

- E' auspicabile, laddove possibile, l'attenzione di un operatore nei riguardi dell'utenza in attesa, per mantenere un'adeguata atmosfera relazionale e di comfort, al fine di prevenire situazioni di tensione.

3. GESTIONE DEI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI VIOLENTI

Individuare le situazioni di potenziale comportamento auto e/o eteroaggressivo o violento, al fine di prendere appropriate misure per la sicurezza di tutti i soggetti coinvolti. Raccogliere tutte le informazioni possibili da:

- Parenti;
- Accompagnatori;
- Chi richiede l'intervento;
- Documentazione possibile.

Da ricordare sempre :

- Vi è un'anamnesi positiva per comportamenti violenti?
- Ha mai bevuto o fatto uso di sostanze stupefacenti?
- Ad una prima osservazione appare agitato, confuso, clamoroso, sospettoso o ritirato?

Misure di sicurezza per il colloquio

- Non intervistare il paziente da soli.

- Non portare il paziente in un ambiente poco spazioso.
- Avere vicino altri operatori od avere la possibilità di comunicare tempestivamente con loro, previa informazione sulle caratteristiche dell'intervento in atto.
- Impostare la relazione sul piano di una collaborazione reciproca volta alla migliore gestione delle difficoltà del paziente.
- Presentarsi in modo chiaro: "Sono l'infermiere Rossi del reparto...". Atteggiamenti tecnicamente corretti nella relazione
- Usare un tono di voce caldo e rassicurante.
- Assicurarsi dell'identità del paziente(generalità).
- Usare il nome personale del paziente.
- Presentarsi in maniera chiara e comprensibile: "Sono l'infermiere Bianchi del turno di questa notte in reparto"
- Avvicinare il paziente lentamente e da una direzione che non gli causi allarme o sorpresa(se possibile di fronte e non da dietro o di lato e non ostacolare la via d'uscita.)
- Fermarsi ad una certa distanza dal paziente, per non accrescere l'ansia e la paura che pu essere attiva da una eccessiva vicinanza e per avere margini d'intervento.
- L'operatore deve trovare posizione fra il paziente ed il punto di uscita dalla stanza.
- Il paziente pu sentirsi meno minacciato, se la porta della stanza è lasciata aperta.
- Evitare di esprimere giudizi di biasimo o critiche.
- Assumere atteggiamento di comprensione empatica: accettazione positiva del paziente e non direttiva.
- Non forzarlo, non allarmarlo, non provocarlo, non contraddirlo. Dichiararsi d'accordo.
- Accondiscendere, per quanto possibile, alle richieste nell'ambito di un atteggiamento complessivamente contenitivo.
- Proporre scelte alternative. - Non avere fretta eccessiva nel condurre la relazione e nel prendere decisioni.



SOS

DODECALOGO IN CASO DI EVACUAZIONE

**Mantenere la calma, chi non è in grado di muoversi, attenda i soccorsi in reparto
L'ospedale ha già predisposto un piano di emergenza**

- 1_ Evacuare i locali in modo ordinato, seguendo le istruzioni.**
- 2_ Non correre**
- 3_ Non usare ascensori o montacarichi.**
- 4_ Non portare con sé oggetti ingombranti o pericolosi.**
- 5_ In presenza di fumo o fiamme coprirsi la bocca e il naso con fazzoletti o panni umidi.**
- 6_ Respirare con il viso rivolto verso il suolo.**
- 7_ Fermarsi a riprendere energie o fiato in caso si sia affaticati.**
- 8_ In presenza di forte calore proteggersi il capo con indumenti possibilmente bagnati, evitando assolutamente tessuti sintetici.**
- 9_ Giunti all'esterno portarsi in un luogo sicuro (punti di raccolta).**
- 10_ Non ostruire gli accessi allo stabile rimanendo vicini ad essi dopo essere usciti.**
- 11_ Nei punti di raccolta attendere da parte del personale un appello e istruzioni.**
- 12_ Non tornare indietro per nessun motivo, attendere il segnale di cessata emergenza.**

NUMERO DI EMERGENZA P.O. CANTU

DA APPENDERE O TENERE BENE IN VISTA PRESSO TUTTI GLI APPARECCHI TELEFONICI

NUMERO DI EMERGENZA IN CASO D'INCENDIO

65 15

DA LINEE ESTERNE **031 799 515**

PRIME PROCEDURE PER EMERGENZA INCENDIO

SEGNALAZIONE ALLARME

In presenza di un principio d'incendio, di un incendio in atto o di un sospetto di principio d'incendio (odore di bruciato, porte o pareti anormalmente calde, etc.) si deve comporre dal più vicino apparecchio telefonico il numero **6515** (emergenza presso la portineria), attendere risposta e comunicare, con la massima chiarezza, il luogo in cui si è riscontrata l'anomalia, il tipo di anomalia riscontrata e il numero da cui si chiama.

Se dopo 5 squilli, Il **6515** non dovesse rispondere chiamare direttamente il numero unico d'emergenza sotto riportato.

Avuta conferma del ricevimento dell'allarme si potrà procedere ad un tentativo di intervento con i mezzi a disposizione.

NUE Numero Unico di Emergenza
(Vigili del Fuoco, Carabinieri, Polizia)

112



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

P.O. MARIANO C.SE

NUMERI DI EMERGENZA IN CASO D'INCENDIO :

2336

DALLE 07,00 ALLE 20,00

(da linee esterne : 031.755.336)

6515

DALLE 20,00 ALLE 07,00

(da linee esterne : 031.799.515)

PRIME PROCEDURE PER EMERGENZA INCENDIO

SEGNALAZIONE ALLARME

In presenza di un principio d'incendio, di un incendio in atto o di un sospetto di principio d'incendio (odore di bruciato, porte o pareti anormalmente calde, etc.) si deve comporre dal più vicino apparecchio telefonico il numero **INDICATO** sopra (emergenza presso la portineria), attendere risposta e comunicare, con la massima chiarezza, il luogo in cui si è riscontrata l'anomalia, il tipo di anomalia riscontrata e il numero da cui si chiama. Se dopo 5 squilli, Il **numero** non dovesse rispondere chiamare direttamente il numero unico d'emergenza sotto riportato.

Avuta conferma del ricevimento dell'allarme si potrà procedere ad un tentativo di intervento con i mezzi a disposizione.

NUE Numero Unico di Emergenza
(Vigili del Fuoco, Carabinieri, Polizia)

112

(NUMERO EMERGENZA DI : P.O. SANT'ANNA , POLIAMB. Via Napoleona, Poliamb. Olgiate C.,
Poliamb. di Lomazzo)

NUMERO DI EMERGENZA IN CASO D'INCENDIO

9999

DA LINEE ESTERNE **031 585 9999**

PRIME PROCEDURE PER EMERGENZA INCENDIO

SEGNALAZIONE ALLARME

In presenza di un principio d'incendio, di un incendio in atto o di un sospetto di principio d'incendio (odore di bruciato, porte o pareti anormalmente calde, etc.) si deve comporre dal più vicino apparecchio telefonico il numero **9999** (emergenza presso la portineria), attendere risposta e comunicare, con la massima chiarezza, il luogo in cui si è riscontrata l'anomalia, il tipo di anomalia riscontrata e il numero da cui si chiama.

Se dopo 5 squilli, Il **9999** non dovesse rispondere chiamare direttamente il numero unico d'emergenza sotto riportato.

Avuta conferma del ricevimento dell'allarme si potrà procedere ad un tentativo di intervento con i mezzi a disposizione.

NUE Numero Unico di Emergenza
(Vigili del Fuoco, Carabinieri, Polizia)

112