



1352

DELIBERAZIONE N. _____ DEL 28 OTT. 2025

Oggetto: Adozione Piano Provinciale di gestione delle maxiemergenze aggiornato

IL DIRETTORE UOC EMERGENZA TERRITORIALE E COT118

a seguito di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue ed i cui atti sono detenuti presso la Struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni di ammissibilità ed i presupposti giuridico-amministrativi finalizzati all'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i., e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara, allo stato attuale, l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e della Misura M04 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza;

Premesso che

- sussiste la probabilità che i rischi naturali, antropici e sociali possano configurare una maxiemergenza e richiedere un'organizzazione straordinaria dei soccorsi che deve essere tempestiva ed efficiente,
- l'organizzazione dei soccorsi sanitari durante una catastrofe rappresenta uno dei fattori strategici che incide fortemente sull'esito delle operazioni di soccorso;
- in caso di incidente maggiore o maxiemergenza l'organizzazione dei soccorsi sanitari richiede la partecipazione di più componenti dell'assistenza sanitaria pertanto è opportuno che il servizio di Emergenza Territoriale e COT118 si coordini con Prefettura, F.F. O.O., Vigili del Fuoco, Protezione Civile ed Enti Locali; pertanto la redazione di un piano di maxiemergenza è strumento fondamentale per la coordinazione dei soccorsi;

Considerato che

- la redazione del Piano Provinciale di gestione delle maxiemergenze ha l'obiettivo di dotare tutto il personale afferente alla U.O.C. Emergenza Territoriale e Centrale Operativa Territoriale dell'ASL di Avellino di una procedura che permetta di gestire una maxiemergenza che si verifichi nel territorio della Provincia di Avellino e che il piano è una struttura dinamica perchè variano le situazioni territoriali pertanto è necessario procedere periodicamente all'aggiornamento;
- si sono verificate variazioni di sede e di immissione in servizio di nuovo personale presso la COT118;

Visto

- la Legge n. 225 del 24 febbraio 1992 riguardo l'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale di Protezione Civile;
- le Linee Guida sul sistema di Emergenza Sanitaria n. 1/1996, in applicazione del DPR del 27 marzo 1992;
- il Decreto Ministeriale del 13 febbraio 2001 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 81 del 6 aprile 2001 riguardo i Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi;
- il Decreto Legislativo n. 81/2008 riguardo il Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;

Ritenuto

- necessario dover prendere atto dell'aggiornamento del suddetto Piano Provinciale di gestione delle maxiemergenze, che allegato alla presente Deliberazione ne costituisce parte integrante e sostanziale;

Attestata

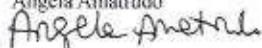
la legittimità della presente proposta, conforme alla normativa vigente ed ai regolamenti aziendali;

PROPONE

- **di adottare** il Piano Provinciale di gestione delle maxiemergenze aggiornato all'ottobre 2025;
- **di dare atto** che il presente Piano sostituisce integralmente quello precedente;
- **di trasmettere** il presente atto al Referente Sanitario Regionale, al Collegio Sindacale, come per legge, ed alla UOC proponente per il prosieguo di competenza;
- **di dare atto** che il provvedimento de quo è immediatamente eseguibile

Estensore

Angela Amatrudo



Il Direttore UOC Emergenza Territoriale e COT118

Dott.ssa Rosaria Bruno



IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Maria Concetta Conte

individuato con D.G.R.C. n. 430 del 26/06/2025

immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 98 del 07/08/2025

immesso in servizio con la Delibera n. 988 del 09/08/2025

- Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore UOC Emergenza Territoriale e COT118;
- Con il parere favorevole reso, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Gaetano Mamoli



IL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Emilia Anna Vozzella

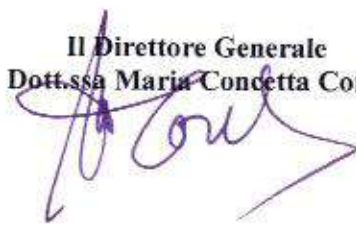


DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e per l'effetto, di:

- **adottare** il Piano Provinciale di gestione delle maxiemergenze aggiornato all'ottobre 2025;
- **dare atto** che il presente Piano sostituisce integralmente quello precedente;
- **trasmettere** il presente atto al Referente Sanitario Regionale, al Collegio Sindacale, come per legge, ed alla UOC proponente per il prosieguo di competenza;
- **dare atto** che il provvedimento de quo è immediatamente eseguibile.

Il Direttore Generale
Dott.ssa Maria Concetta Conte



PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE

Emergenza Territoriale e COT 118



ASL AVELLINO

DIRETTORE GENERALE

DOTT.SSA MARIA CONCETTA CONTE

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
ASL DI AVELLINO



UOC EMERGENZA TERRITORIALE E CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL' ASL AVELLINO
DIRETTRICE DOTT.SSA ROSARIA BRUNO

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

INDICE

1. OBIETTIVI
2. DEFINIZIONE MAXIEMERGENZA
3. DEFINIZIONE CATASTROFE
4. DEFINIZIONE INCIDENTE MAGGIORE
5. ANALISI DEL CONTESTO TERRITORIALE PROVINCIALE DI COMPETENZA DELLA COT DELL'ASL AVELLINO
6. ELENCO DEI RISCHI NATURALI ANTROPICI SOCIALI CHE CONFIGURANO UNO SCENARIO DI MAXIEMERGENZA
7. RUOLO DELLA COT DI AVELLINO NELLA MAXIEMERGENZA
8. ORGANIZZAZIONE DELLA COT DELL'ASL AVELLINO
 - 8.1 RISORSE UMANE
 - 8.2 RISORSE STRUMENTALI
 - 8.3 MEZZI DI SOCCORSO E POSTAZIONE FISSA
 - 8.4 SUPERFICIE DI ELISOCCORSO
9. GESTIONE DELLE CHIAMATE IN COT E DISPATCH
10. LIVELLI DI ALLARME NELLE MAXIEMERGENZE
 - 10.1 LIVELLI DI ALLARME
11. GESTIONE DELLA RISPOSTA OPERATIVA: PROCEDURA DI COT
12. GESTIONE DELLA FASE DI RISPOSTA OPERATIVA: PROCEDURA TERRITORIALE
13. GESTIONE E COORDINAMENTO SOCCORSI SUL POSTO
 - 13.1 RUOLO DEL PERSONALE CHE GIUNGE PER PRIMA SUL POSTO
 - 13.2 RUOLO DEL PERSONALE CHE SI AGGIUNGE A QUELLO SUL POSTO
 - 13.3 RUOLO DEI VOLONTARI/SOCCORRITORI LAICI
14. ORGANIZZAZIONE PMA
 - 14.1 AREA DI STABILIZZAZIONE
 - 14.2 AREA CODICI ROSSI
 - 14.3 AREA CODICI GIALLI
 - 14.4 AREA CODICI VERDI
 - 14.5 AREA CODICI NERI
15. TRIAGE ADULTO
16. TRIAGE PEDIATRICO JUMP START
17. GESTIONE E COORDINAMENTO DEI SOCCORSI IN COT: PROCEDURE DI CENTRALE
 - 17.1 RUOLO DEL PERSONALE DI COT
18. GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

19. FASE DI CESSATO ALLARME
20. RISCHIO SPECIALE PER EVENTO BIOLOGICO CHIMICO RADIOLOGICO NUCLEARE BCRNe
21. RUOLO DELLA COT NEL SOCCORSO BCRNe
 - 21.1 DISPATCH
 - 21.2 INDICATORE DI EVENTO BCRNe
 - 21.3 ISTRUZIONE ALLE PERSONE COINVOLTE NELLO SCENARIO
 - 21.4 ISTRUZIONE ALLE PERSONE NON COINVOLTE
22. GESTIONE DELL' EVENTO: PROCEDURE DI COT
 - 22.1 RUOLO DEL MEDICO DI COT
 - 22.2 RUOLO DEL DIRETTORE DI COT
 - 22.3 ISTITUZIONE UNITA' DI CRISI GESTIONE MAXIEMERGENZA PRESSO COT
23. PROCEDURE OPERATIVE SUL TERRITORIO
 - 23.1 ZONIZZAZIONE
 - 23.2 DTS
 - 23.3 DSS
 - 23.4 DSR
 - 23.5 RESPONSABILE DECONTAMINAZIONE
 - 23.6 TRIAGE NELL'EMERGENZA BCRNe
 - 23.7 IL PMA NELL'EMERGENZA BCRNe
 - 23.8 ANTIDOTI
24. PROCEDURE DI DECONTAMINAZIONE
 - 24.1 DECONTAMINAZIONE PRIMARIA
 - 24.2 DECONTAMINAZIONE MATERIALI E MEZZI
25. GESTIONE DI PAZIENTI FRAGILI IN MAXIEMERGENZA
 - 25.1 GESTIONE DELLE RICHIESTE E INDIVIDUAZIONE DEL LUOGO DI NUOVA DESTINAZIONE
 - 25.2 GESTIONE DEI BISOGNI PRIMARI SUL LUOGO, IN ATTESA DEL TRASFERIMENTO
26. FORMAZIONE ED ESERCITAZIONE
 - 26.1 OBIETTIVI SPECIFICI
 - 26.2 AGGIORNAMENTO E LISTA DI DISTRIBUZIONE
27. CESSATO ALLARME DEFUSING E DEBRIEFING
28. ELENCO ALLEGATI
29. LEGENDA DEGLI ACRONIMI
30. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

1.OBIETTIVI

L'obiettivo di pianificare un incidente maggiore o maxiemergenza è quello di dotare tutto il personale afferente alla U.O.C. Emergenza Territoriale e Centrale Operativa Territoriale dell'ASL di Avellino di una procedura che permetta di gestire una maxiemergenza che si verifichi nel territorio della provincia di Avellino. Le maxiemergenze in base all'entità possono produrre danni semplici e complessi, in considerazione del numero delle vittime < 100, tra 100 e 1000 e/o maggiori > 1000, del tempo per il perdurare dell'evento, e dei danni prodotti in seguito ad eventi immediati e/o protratti (es. alluvioni, terremoto). Le **scelte** operative adottate nel corso dei primi 20-30 minuti immediatamente successivi ad un M.C.I. (mass casualty incident) ossia un incidente che coinvolge un numero elevato di persone con effetti non prevedibili, determinano l'efficacia dell'esito dell'intervento complessivo. La formazione degli operatori che intervengono nel caso di un M.C.I. deve avvenire ad ogni livello, da coloro che intercettano le richieste di soccorso, al personale sul luogo, fino agli operatori di altri enti che non sono direttamente coinvolti, almeno inizialmente, nelle operazioni. Tale formazione è tesa ad informare ed addestrare gli operatori sulla organizzazione complessiva dei soccorsi in caso di M.C.I., sui piani territoriali d'intervento e sul trattamento e la cura dei pazienti coinvolti. E' indispensabile che l'organizzazione del soccorso sanitario sia in grado di operare in modo coordinato con Forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco e Protezione Civile ed Enti. L'obiettivo primario in una situazione di maxi-emergenza è quello di favorire la sopravvivenza immediata del maggior numero di vittime con le risorse disponibili: il triage è funzionale a far sì che le risorse disponibili siano efficaci e tutto l'impianto del soccorso sia finalizzato a salvare il maggior numero possibile di vittime, questo comporta di dover **scegliere** di dirigere le cure verso le vittime che hanno possibilità di sopravvivere se soccorse tempestivamente, rispetto a chi non ha nessuna possibilità di sopravvivenza.

2.DEFINIZIONE DI MAXIEMERGENZA

PER MAXI-EMERGENZA SI INTENDE UN EVENTO CARATTERIZZATO DA NOTEVOLE SPROPORZIONE TRA LE RISORSE DISPONIBILI E LE ESIGENZE DI SOCCORSO GENERATE DALL'EVENTO STESSO.

La Maxi-emergenza è un evento dannoso per la collettività, che determina una sproporzione fra i bisogni delle persone coinvolte, i mezzi di soccorso e le risorse immediatamente disponibili. Le Maxi-emergenze sono connotate da condizioni dove coesiste carenza di informazioni, presenza di rischi per gli operatori, e necessità di soccorrere i feriti classificandoli e smistandoli in strutture ospedaliere adeguate ottimizzando le risorse disponibili. La gestione della maxi-emergenza richiede l'integrazione della componente sanitaria, (Mezzi soccorso e personale d'emergenza) con le risorse tecniche, (V.V.FF, Protezione Civile) e F.F.OO. E' quindi

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

importante essere pronti ad affrontare una situazione di catastrofe, disponendo di soluzioni organizzative efficaci e di operatori preparati, e specificamente formati ed addestrati.

3.DEFINIZIONE DI CATASTROFE

Una **MAXI-EMERGENZA** è definita CATASTROFE:

- quando c'è il coinvolgimento e/o la possibile distruzione delle strutture di comando e controllo esistenti sul territorio
- quando l'evento coinvolge un'area estesa del territorio
- quando la popolazione coinvolta nell'evento è numericamente elevata (>100)

Per definire la gravità dell'evento devono essere presi in considerazione il tipo e la durata dello stesso che può essere ad effetto limitato o estensivo:

Ad effetto limitato:

la gestione richiede risorse locali e alcune risorse aggiuntive extra-provinciale

le strutture sanitarie sono integre

gli interventi di soccorso si espletano entro le 12 ore

il gap tra richiesta di soccorso e risorse non è incolmabile

Ad effetto estensivo:

la gestione richiede apporti esterni alla provincia (altre C.O. 118, Protezione Civile Regionale e Nazionale, Esercito, etc)

Le strutture sanitarie possono essere non utilizzabili perché distrutte o parzialmente danneggiate

Le vie di comunicazione possono essere interrotte o non percorribili

La rete telefonica, idrica ed energetica può essere danneggiata

Gli interventi di soccorso richiedono tempi > 12 ore

il gap tra richiesta di soccorso e risorse è sproporzionato

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

4.DEFINIZIONE DI INCIDENTE MAGGIORE

Una **MAXI-EMERGENZA** è definita INCIDENTE MAGGIORE:

- quando il numero iniziale dei feriti certi è < 50;
- il luogo dell'evento non è esteso ma circoscritto;
- quando si verificano eventi in cui non sia possibile disporre di informazioni complete sul numero dei coinvolti, ma in cui la natura dell'evento si presti all'applicazione del fattore moltiplicativo (FM) e, solo in caso di maxitamponamento, il tempo di arrivo della prima M.S.A. sia \geq a 30 minuti.
- quando le strutture di soccorso esistenti sul territorio sono integre
- quando l'evento ha una limitata estensione nel tempo (in genere < 12 ore).

Il protocollo MIMMS (Major Incident Medical Management and Support) definisce incidente maggiore un incidente in cui la collocazione o il numero, la gravità o il tipo dei feriti vivi richieda risorse straordinarie si definisce:

- l'incidente maggiore **semplice** quando le infrastrutture, cioè strade, ospedali e vie di comunicazione restano intatte.
- l'incidente maggiore **composito** quando le infrastrutture sono danneggiate
- l'incidente maggiore **compensato** quando è possibile gestire i feriti mobilizzando risorse aggiuntive (il carico è inferiore alla capacità).
- l'incidente maggiore **scompensato** quando non è possibile mobilizzare risorse aggiuntive (il carico supera la capacità)

5.ANALISI DEL CONTESTO TERRITORIALE PROVINCIALE DI COMPETENZA DELLA COT DELL'ASL DI AVELLINO

La provincia di Avellino ha un'estensione territoriale pari a 2.792 kmq suddiviso in 118 comuni per una popolazione pari a 397.899 abitanti. Il comune con maggiore estensione territoriale è Ariano Irpino (185,52 kmq). Dal punto di vista orografico il territorio risulta prevalentemente montuoso atteso che il 68% è classificato come montagna. Il territorio è caratterizzato dalla presenza di rilevanti massicci quali i monti del Partenio ed i Picentini, dove insistono le cime più elevate, posti nella parte centro meridionale della provincia; la parte orientale si sviluppa su un altopiano prevalentemente argilloso con altezze più contenute. Il centro

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p>PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p>CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p>Ottobre 2025 REV.2</p> |

urbano ubicato alla quota altimetrica più elevata è il comune di Trevico (1094 m.s.l.m.), 10 comuni si collocano tra gli 800 ed i 1000 metri s.l.m., 14 tra i 700 e gli 800 metri, mentre il resto dei comuni si distribuisce uniformemente nelle altre classi. I centri localizzati alle quote più basse (tra 100 e 300 m) si concentrano nelle aree vallive della parte occidentale verso la provincia di Napoli. Dal punto di vista idrografico, il territorio presenta i seguenti principali bacini idrografici;

FIUME CALORE

FIUME UFITA

FIUME SABATO

TORRENTE SOLOFRANA

FIUME SELE

FIUME OFANTO

TORRENTI CERVARO E CALAGGIO

REGI LAGNI

Sono presenti, inoltre i seguenti bacini artificiali di ritenuta: 1. Diga San Pietro–Osento al confine dei comuni di Aquilonia e Monteverde 2. Diga di Conza nel territorio del comune di Conza della Campania 3. Diga Macchioni nel territorio del comune di Castel Baronia. Le prime due rientrano nel bacino idrografico dell'Ofanto, la terza in quello dell'Ufita. Nel comune di Bagnoli Irpino, sull'altopiano del Laceno, è presente l'omonimo lago naturale la cui estensione, pur essendo molto limitata in estate, raggiunge dimensioni significative durante la stagione invernale. Analogamente nel comune di Volturara Irpina, esiste, nella zona di pianura, un'area lacustre che assume il carattere di lago soprattutto nella stagione invernale, laddove, a seguito di copiose precipitazioni, l'inghiottitoio naturale non riesce a smaltirne la portata. In base all'uso del suolo il territorio provinciale presenta vaste aree adibite soprattutto a seminativi, aree agricole eterogenee, colture permanenti e boschi. L'area urbanizzata più vasta è costituita dai comuni di Monteforte Irpino, Mercogliano, Avellino e Atripalda ed Ariano. Nel periodo estivo il territorio provinciale è interessato da significativi flussi turistici in particolare nelle località montane del Terminio e del Laceno; costantemente frequentato è il Santuario di Montevergine nel comune di Mercogliano collegato anche via funicolare. Il tessuto stradale della Provincia di Avellino si sviluppa per 1730 km di strade provinciali, 451.129 km di strade provinciali ex ANAS, 78.230 km di strade da de-provincializzare in attesa di decreto regionale, 250 km di strade di competenza ANAS, e 90 km di autostrade. In dettaglio le principali infrastrutture viarie presenti sono le seguenti:

A-16 Autostrada Napoli-Bari

Raccordo autostradale SA-AV RA02

S.S. N. 7 bis

S.S. 7 (Ofantina bis)

S.S. N. 90

S.S. N. 91

S.S. n. 691 Lioni- Contursi

S.S. N. 303

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

S.S. N. 401

S.S. N. 425

S.S. N. 90 bis pag. 9

S.S. N. 7 diramazione C (Conza della Campania/Calitri).

Per quanto attiene alla rete ferroviaria il territorio presenta brevi tratti di linea ferrata che interessano la parte a nord della Provincia, in particolare i territori dei Comuni di Montecalvo, Ariano Irpino e Savignano Irpino con la presenza di un tratto in galleria superiore lungo circa 1,2 km.; è presente, inoltre, un tratto piuttosto articolato della vecchia linea Avellino-Rocchetta Sant'Antonio attualmente non più attiva, ma funzionante come tratta turistica in alcuni periodi dell'anno, nonché la linea Avellino-Mercato San Severino in fase di ristrutturazione.

**6.ELENCO DEI RISCHI NATURALI – ANTROPICI- SOCIALI CHE CONFIGURANO UNO SCENARIO DI
MAXIEMERGENZA DELL'ASL DI AVELLINO**

| RISCHI NATURALI | RISCHI ANTROPICI/SOCIALI |
|------------------------|---|
| SISMICO | INCIDENTI INDUSTRIALI, STRADALI, <u>CBRNE</u> |
| ALLUVIONI | ESONDAZIONI DI FIUMI E BACINI IDRICI, CROLLI DI DIGHE |
| NEVE GHIACCIO GRANDINE | MANIFESTAZIONI PUBBLICHE NON AUTORIZZATE |
| INCENDI | CROLLI DI EDIFICI, PONTI, VORAGINI STRADALI, |
| FRANE E SMOTTAMENTI | EVENTI EPIDEMICI |
| TROMBE D'ARIA | ATTENTATI TERRORISTICI |
| DISSESTO IDROGEOLOGICO | SCOPPI E DEFLAGRAZIONI |

7.RUOLO DELLA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI AVELLINO NELLA MAXIEMERGENZA

La gestione delle maxiemergenza da parte della Centrale Operativa Territoriale, denominata di seguito COT, richiede la messa a punto di uno specifico diagramma di flusso gestionale delle decisioni di coordinamento del Direttore della COT dell'ASL di Avellino con la Direzione Strategica e con il Comitato di Gestione Massiccio

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

Afflusso Feriti previsto nel PEIMAF Aziendale. Il modello organizzativo pianificato nella gestione della Maxiemergenza prevede:

- la direzione dei soccorsi sul campo,
- il reclutamento ed il coordinamento di eventuali risorse aggiuntive territoriali,
- la gestione del flusso dei feriti verso le strutture ospedaliere di destinazione.

Nella maxi-emergenza dove sono coinvolte più istituzioni, la COT è riferimento della prefettura **per il soccorso sanitario**. Il ruolo della COT è quello di integrare la componente sanitaria dei soccorsi in un contesto più ampio dove sono rappresentati tutti gli Enti Istituzionali coinvolti, rendendo operativi piani di intervento finalizzati alla gestione di eventi calamitosi nell'ambito del territorio di competenza. Gli operatori della COT definiscono la criticità e la dimensione del problema sulla scorta delle richieste di soccorso e delle notizie telefoniche raccolte, incrociando le informazioni e riscontrandole anche con le altre Centrali Operative degli Enti coinvolti nel soccorso, quindi provvedono al reclutamento ed all'invio dei soccorsi sul luogo dell'evento. Il sistema di allarme sanitario è assicurato dalla Centrale Operativa territorialmente competente cui fa riferimento il numero unico telefonico nazionale 118. Alle Centrali Operative affluiscono oltre le richieste di soccorso per la maxiemergenza anche le richieste d'intervento ordinario di emergenza sanitaria, pertanto garantisce il coordinamento di **tutti gli** interventi nell'ambito territoriale di competenza. E' attiva H24 e si avvale di personale infermieristico adeguatamente addestrato, nonché di competenze mediche di appoggio.

8.ORGANIZZAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO

La Centrale Operativa 118 di Avellino ha come competenza territoriale tutti i 118 comuni della provincia di Avellino, ha un'unica sede nel territorio di Avellino ed è situata presso il Centro Australia in via Strada Comunale Cappuccini, pertanto si configura come Centrale Operativa Provinciale. Opera in regime ordinario con due postazioni attive attrezzate di sistemi informatici, funzione radio e funzione telefonica. E' possibile attivare ulteriori postazioni dedicate in caso di maxiemergenza. In seguito ad allertamento per maxiemergenza, poiché si dispone di uno spazio stabilmente attrezzato con tavoli è possibile adibire tale locale in spazio operativo per l'unità di crisi che si compone in caso di maxiemergenza, i locali tecnologici per attrezzature telefoniche, informatiche e radio, sono ubicati in zone contigue alla C.O.T, non accessibile al pubblico e sicuri da inondazioni ed atti vandalici. Tutte le strumentazioni sono supportate da un'alimentazione di soccorso e continuità elettrica per la funzionalità in autonomia non inferiore alle 12 ore di tutte le componenti del sistema di comunicazione (sistema telefonico, sistema informatico etc). L'informatizzazione della C.O.T permette di disporre di dati aggiornati relativi ai mezzi disponibili, alla cartografia, nonché di informazioni relative alle località sedi dell'evento, utili alla gestione dell'intervento.

8.1 RISORSE UMANE

- Un Direttore di Centrale Operativa Territoriale 118
- Un Referente Infermieristico

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

- Un medico di Centrale
- due operatori H24 infermieri di area critica addestrati al dispatch telefonico, con compiti di processazione delle richieste di soccorso
- Equipaggio del CMR (Centro Mobile Rianimativo) allocato presso la COT costituito da un Medico Anestesista-Rianimatore, un infermiere di area critica, un autista soccorritore.

8.2 RISORSE STRUMENTALI

Linee Telefoniche 118

Numero Verde

Uscenti dedicate virtuali mezzi di soccorso Aziendali/Volontariato/FF.O./VV.F.

Uscenti libere

Sistema gestionale informatico

LifeCall (dispatch Regione Campania)

Sistema radio

Le seguenti sedi: COT, Direzione Strategica ed Uffici Direzione ET/COT dell'ASL di Avellino, PSAUT, PO Sant'Angelo dei Lombardi, PO Ariano Irpino, Don Gnocchi Polo Specialistico Riabilitativo, Prefettura sono dotate di stazione radio-base completa di alimentatore con batteria tampone, microfono da tavolo, radio e cavo coassiale ed antenna direttiva, mentre tutte le postazioni delle ambulanze STIE / SAUT /CMR sono dotate di antenna e radio veicolare con collegamento via cavo, e radio portatile con microfono da spalla.

8.3 MEZZI DI SOCCORSO E POSTAZIONE FISSA

La C.O.T dell'ASL di Avellino attualmente dispone dei seguenti mezzi e presidi territoriali dell'emergenza territoriale:

N° 1 Centro Mobile di Rianimazione

N° 15 Ambulanze con equipaggio composto da autista-soccorritore, medico ed infermiere (MSA-mezzo di soccorso avanzato-SAUT).

N° 15 Ambulanze di Base con equipaggio composto da autista-soccorritore e volontario soccorritore (MSB-mezzo di soccorso di base- STIE)

N° 1 PSAUT (Punto di primo soccorso territoriale fisso per le urgenze) presso SPS di Bisaccia

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

I mezzi di soccorso sono distribuiti su tutto il territorio provinciale, le postazioni individuate sono l'esito di uno studio che tiene conto dei tempi richiesti per il raggiungimento del luogo dell'evento in caso di codice rosso, delle caratteristiche geomorfologiche e della viabilità.

| ubicazione | Amb. da trasporto | Centro mobile di ri-animazione | Amb. da trasporto medicalizzata |
|--------------------------|-------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| CMR c/o CENTRO AUSTRALIA | | 1 | |
| Ariano | | | 1 |
| Atripalda | | | 1 |
| Avellino 1 | | | 1 |
| Avellino 2 | | | 1 |
| Baiano | | | 1 |
| Bisaccia | | | 1 |
| Calabritto | 1 | | |
| Calitri | | | 1 |
| Caposele | 1 | | |
| Cervinara | | | 1 |
| Conza | 1 | | |
| Fontanarosa | 1 | | |
| Frigento | 1 | | |
| Grottaminarda | | | 1 |
| Lauro | | | 1 |
| Lioni | 1 | | |
| Luogosano | 1 | | |
| Montecalvo | 1 | | |
| Montella | | | 1 |
| Montemiletto | | | 1 |
| Monteverde | 1 | | |
| Nusco | 1 | | |
| Sant'Angelo dei Lombardi | | | 1 |
| San Nicola Baronia | 1 | | |
| Savignano | 1 | | |
| Serino | 1 | | |
| Solofra | | | 1 |
| Teora | 1 | | |
| Vallata | | | 1 |
| Zungoli | 1 | | |
| Totale | 15 | 1 | 15 |

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

8.4 SUPERFICI DI ELISOCORSO

Sull'intero territorio regionale sono disponibili due basi di elisoccorso per atterraggio e sosta per elicottero di soccorso ed equipaggio sanitario oltre a personale di bordo, Pontecagnano (SA) e Aeroporto di Capodichino, mentre le superfici di atterraggio sono presso l'Ospedale del Mare e l'AORN Cardarelli.

Sul territorio Provinciale sono individuate come luogo di atterraggio ad Avellino: il Campo Coni, ed il campo sportivo, a Sant'Angelo dei Lombardi il PO Criscuoli -Frieri, a Bisaccia presso il SPS e nelle situazioni di emergenza ad Ariano presso il PO Sant'Ottone Frangipane -Bellizzi,

9. GESTIONE DELLE CHIAMATE IN CENTRALE OPERATIVA E DISPATCH

La C.O.T svolge le processazioni delle chiamate, con identificazione del codice di intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, elabora il dispatch ed invia il mezzo più idoneo sul luogo dell'intervento, coordinando il soccorso fino alla chiusura dell'intervento, seguendo le fasi:

- di raggiungimento del luogo,
- trattamento
- trasporto verso l'ospedale di destinazione.

L'operatore di centrale inoltre gestisce gli aspetti tecnici inerenti il coordinamento tra il soccorso sanitario e l'intervento di enti non sanitari.

Nel caso di eventi catastrofici, nell'ambito territoriale della C.O.T di competenza, il coordinamento tra il soccorso del servizio 118 e gli altri Enti (V.V.F.-FFOO-Esercito-) è garantito dalla **Prefettura**, mentre le funzioni di coordinamento delle attività di soccorso, per quanto di competenza del S.S.N., sono attribuite alla C.O.T. L'organizzazione delle Centrali Operativa 118 in condizioni di maxiemergenza segue due piani di lavoro che si intersecano e che vengono definiti per distinguerli come "Procedure di Centrale Operativa" e "Procedure territoriali". L'incipit è costituito dalla processazione delle chiamate di soccorso su linea "118" tramite intervista telefonica, tesa ad acquisire notizie quanto più circostanziate possibili in seguito alla quale viene emesso un primo dispatch che dà inizio alla gestione della maxiemergenza. Gli operatori di turno in COT dovranno acquisire il maggior numero di informazioni sulla situazione che si è determinata, in modo da poter definire correttamente la natura e l'estensione del disastro. Per quanto concerne l'aspetto sanitario, le informazioni dovranno fornire dati su: l'estensione del sinistro; la rilevanza degli eventuali danneggiamenti alle strutture sanitarie e la funzionalità di quelle non danneggiate; la valutazione presumibile del numero dei morti e dei feriti, la natura delle lesioni prevalenti (fratture, ferite, ustioni, intossicazioni, ecc.), la situazione

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p>PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p>CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p>Ottobre 2025 REV.2</p> |

delle vittime (facilmente accessibili, da liberare, da disincarcerare), la situazione clinica delle vittime e il loro stato psicologico, le condizioni dell'habitat relativamente a rischi epidemiologici evolutivi; l'orientamento sulle modalità di impiego di altri mezzi di soccorso, sanitari e non, degli itinerari preferenziali, delle precauzioni per eventuali rischi tossici, di esplosioni, di crolli, ecc..

Esempio di dispatch:

- in che zona è avvenuto l'incidente?
- In seguito a cosa è avvenuto l'incidente? (Gas? Crolli? Etc)
- è avvenuto in luogo chiuso o aperto?
- riguarda edifici privati, pubblici o fabbriche?
- quante persone sono coinvolte?
- ci sono persone inanimate o animali morti?
- quali sono i loro sintomi?
- Le vittime sono accessibili o incarcerate?

10. LIVELLI DI ALLARME NELLE MAXIEMERGENZE

I soccorsi sanitari in caso di maxiemergenza si attivano con la notizia dell'evento che giunge in COT e genera il livello di allarme. La verifica della notizia innesca una serie di passaggi che dipendono dall'estensione territoriale, dal presunto numero di persone coinvolte, dalla capacità di soccorso attivabile e dalla disponibilità di strutture ospedaliere del territorio. Se la maxiemergenza coinvolge territori estesi o interprovinciali, i soccorsi sanitari vengono coordinati dal **RSR e dalla Centrale Regionale** di riferimento. Tutti gli eventi che per intensità/estensione devono essere fronteggiati con mezzi e poteri straordinari, e che richiedono oltre gli interventi di soccorso anche l'assistenza alla popolazione sono coordinati dalla **Prefettura**, coadiuvata dagli Enti interessati ognuno per la propria competenza. Il buon esito delle operazioni di soccorso è subordinato alla ricezione e verifica dell'allarme, alla graduazione del livello di allarme, attraverso notizie acquisite da testimoni diretti o Enti, venuti a conoscenza dell'evento. Il ruolo degli operatori di centrale in questa fase è pertanto quello di ricevere, verificare e gestire l'allarme. Utile può essere la verifica incrociata con altri enti istituzionali collegati con la Centrale Operativa. L'impiego immediato delle risorse disponibili dovrà essere razionale: nel caso di viabilità compromessa o in presenza di rischio evolutivo sarà indispensabile l'invio preliminare o contemporaneo di supporti tecnici. Qualsiasi sia, il tipo di evento e la sua dimensione, si innescheranno una serie di adempimenti a cascata che comportano una serie di azioni da mettere in campo che saranno determinanti per la gestione con successo dell'emergenza in atto. Nella fase iniziale, l'evento determinerà **un allarme** dal luogo dello scenario, sarà questa una fase dominata comprensibilmente dalla reazione emotiva delle vittime per cui le stesse informazioni ricevute potranno essere discordanti, confuse o non corrette. Questa può essere preceduta dalle fasi di **Attenzione** e di

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p>PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p>CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p>Ottobre 2025 REV.2</p> |

Preallarme. Nel caso vi sia la possibilità che una situazione inizialmente stabile evolva in un evento potenzialmente disastroso è compito delle Autorità competenti dichiarare lo stato di attenzione o di preallarme, mettendo quindi in atto tutte le misure preventive e le azioni di salvataggio della popolazione e di mitigazione degli eventi prevedibili.

9.1 LIVELLI DI ALLARME:

1. **Livello 0:** è il normale livello di funzionamento della COT 118: sono attivate le risorse ordinarie e si utilizzano le normali procedure di gestione;
2. **Livello 1:** viene attivato quando sono in corso situazioni di rischio prevedibili in zone con notevole afflusso di persone. È attivato in loco un mezzo di assistenza dimensionato sulla base delle esigenze, la COT dispone di tutte le informazioni, le monitora ed è in grado di coordinare l'intervento, ove richiesto;
3. **Livello 2:** viene attivato quando vi è la possibilità che si verifichino eventi preceduti da fenomeni anticipatori o predittivi, ad esempio minaccia di alluvioni, frane, ecc. Le riserve aggiuntive vengono messe in preallarme in modo che possano essere pronte a muovere rapidamente dall'eventuale comunicazione di allarme in atto. Il Direttore della COT può disporre, eventualmente, l'invio di mezzi sul posto per il monitoraggio e per l'assistenza preventiva;
4. **Livello 3:** viene attivato quando è in essere una **situazione di maxi emergenza**. Il dispositivo di intervento più appropriato viene inviato sul posto e vengono attivate le procedure ed il coordinamento di risorse aggiuntive, eventualmente anche sovra territoriali.

Nel caso di un evento catastrofico che travalichi le possibilità di risposta, immediata e/o differita, del Sistema 118 a sede provinciale, si allerta Centrale Operativa Regionale ed il RSR che attiva il Piano Regionale di Emergenza Sanitaria.

11 GESTIONE DELLA RISPOSTA OPERATIVA: PROCEDURE DI CENTRALE OPERATIVA

L'allarme, tramite la linea 118, può giungere: da parte di un cittadino presente (o che vede) l'evento o da un Ente, o dalla Prefettura; o RSR, VV.FF. (Vigili del Fuoco); Prot. Civile, Regionale o Comunale; 113 (Polizia); 112 (Carabinieri); 117 (Guardia di Finanza), Polizia Municipale etc.

N.B. Se la chiamata di allarme proviene da un ente deputato al soccorso o di coordinamento dello stesso (115, Prefettura, 112, 113 ecc..), oppure da un combinatore telefonico di ditte ad incidenti rilevanti non si attende l'invio di un mezzo esplorante ma si attiva la procedura maxiemergenza avvisando il Direttore della COT e coordinandosi con la sala operativa del 115.

In tutti gli altri casi è necessario acquisire informazioni sulla zona dove è avvenuto l'evento, (vedi es. Dispatch: se trattasi di un luogo circoscritto aperto o chiuso, se coinvolge una struttura abitata od un edificio pubblico, quante persone contiene, se vi sono nelle vicinanze persone inanimate, o animali morti, se vi sono feriti, quanti sono e che tipologia di lesioni presentano) al fine di predisporre la tipologia di soccorso.

Alla notizia dell'evento, la Centrale Operativa Territoriale coordinata dal medico di turno, provvede ad:

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

- Identificare la tipologia dell'evento, la sede, la presenza di eventuali rischi secondo le procedure ordinarie;
 - assumere l'assetto operativo con il rispettivo **livello di allarme** e definire una corretta pre-classificazione dell'evento;
 - inviare immediatamente l'ambulanza più vicina (mezzo sanitario di "risposta rapida"); od un automezzo in transito,
 - contattare le altre Centrali Operative a numeri unici e brevi (112-113- 115 etc.);
 - allertare il Direttore di C.O.T ;
 - predisporre l'attivazione del piano per le maxi-emergenze,
 - attivare il trasporto del materiale per la maxiemergenza presso la sede dell'evento,
 - fornire le prime indicazioni e consigli telefonici alle persone che chiamano il 118 dal luogo dell'evento;
- Il Direttore della COT o suo delegato provvede ad allertare le Direzioni Sanitarie delle strutture ospedaliere competenti per territorio, affinché si preparino ad attivare i piani di emergenza intraospedaliera di massiccio afflusso feriti, già predisposti, ed allerta il RSR per eventuale richiesta di ulteriori risorse e per il coordinamento Regionale.

12 GESTIONE DELLA RISPOSTA OPERATIVA: PROCEDURE TERRITORIALI

E' la fase in cui si riscontra un inevitabile periodo dedicato all'organizzazione, che inizia subito dopo la notizia dell'evento, con invio dei primi mezzi sul posto, con compiti specifici che verranno successivamente trattati. Il compito degli operatori della C.O.T è raccogliere le informazioni pervenute da territorio ed elaborarle per la gestione del soccorso. L'equipaggio inviato rapidamente in ricognizione, comunicherà alla COT, la situazione riscontrata quanto più dettagliata possibile, per poter mettere in atto una adeguata organizzazione del soccorso, la cui tempestività è in rapporto all'efficienza e alla disponibilità delle strutture, dei mezzi e degli operatori, rispetto alle dimensioni dell'evento. Questa fase è contraddistinta dall'osservanza di specifiche procedure operative da svolgersi sul luogo dell'evento. Contemporaneamente alla ricezione della prima chiamata di emergenza di un possibile evento catastrofico, dopo valutazione ed accertamento della segnalazione, come anzidetto, verrà immediatamente inviato l'automezzo più vicino (potenzialmente anche un automezzo "in transito" durante altro intervento) per una prima valutazione dell'evento e/o per la gestione delle prime fasi del soccorso con le seguenti modalità:

-se il primo automezzo a giungere sul posto è un'ambulanza di soccorso di base, ambulanza con soccorritori, al suo equipaggio spetta essenzialmente un ruolo valutativo e di primo dimensionamento dell'evento; il personale resterà a completa disposizione della COT nel fornire tutte le informazioni utili all'intera gestione dell'evento (estensione e tipologia evento, rischio evolutivo, numero e tipologia prevalente delle vittime, enti necessari alla gestione del soccorso presenti e non presenti sulla scena, ecc.);

-se il primo automezzo a giungere sul posto è un automezzo di soccorso avanzato, ambulanza con sanitario a bordo, (oppure allorquando esso subentrerà in seconda battuta al primo intervento di un automezzo di soccorso di Base), al suo equipaggio spetterà la prima valutazione dell'evento, come sopra descritto, oltre a tutte le attività volte alla gestione di un maxi evento (ricognizione, coordinamento con gli altri enti del

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

soccorso e costituzione del Posto di Comando Avanzato, primo triage, ecc.); per facilitare queste operazioni, vengono individuate all'interno dell'equipaggio del primo mezzo di soccorso giunto sul posto con **sanitario** giunto sulla scena, figure di responsabilità che si individuano e caratterizzano nel seguente modo:

Direttore dei Soccorsi Sanitari (DSS), pettorina di **colore ROSSO** : è il sanitario, medico o infermiere, team leader del primo automezzo giunto sulla scena; ad esso spetta la gestione territoriale di tutte le fasi del soccorso sanitario di un evento con molti feriti tra le quali: costituzione del **Posto di Comando Avanzato (PCA)** come frutto dell'opera di coordinamento e sinergia con gli altri Enti presenti sul posto (FFO, VVF, ecc.); settorializzazione della zona; contatto continuo con la COT; richiesta di ulteriori mezzi e personale (compreso PMA, tenda BCRNe, team di supporto psicologico, ecc.); coordinamento con la COT per l'invio dei feriti verso gli ospedali di riferimento;

Direttore delle Squadre di Recupero (DSR), pettorina di **colore GIALLO**: è il secondo componente dell'equipaggio, sanitario o soccorritore; ad esso è destinata la fase di primo triage (con metodica START) e raccolta delle vittime;

Direttore dei Trasporti (DTR) pettorina di **colore BLU** : autista soccorritore, responsabile dell'area di evacuazione degli automezzi e gestore delle comunicazioni dal trasmettitore veicolare dell'ambulanza.

Nella **zona dei soccorsi** potrà essere effettuata una **ricognizione**, se possibile dall'alto con l'elicottero, il che offre una prima visione d'insieme dell'evento, e sicuramente più precisa rispetto alla ricognizione effettuata via terra. In ogni mezzo di soccorso con sanitario, è prevista la dotazione di uno specifico zaino per triage maxi emergenza.

Una volta avuta conferma di evento maggiore o maxiemergenza, l'operatore di turno che ha avuto notizia in **C.O.T provvede ad allertare** il Direttore di C.O.T che a sua volta allerta le Direzioni Strategiche degli ospedali territoriali per Le procedure di attivazione del piano maxi emergenza aziendale così come previsto dai PEMAf aziendali degli Ospedali del Territorio Provinciale.

13. GESTIONE E COORDINAMENTO DEI SOCCORSI SUL POSTO: PROCEDURE TERRITORIALI

Inizia con la ricognizione e valutazione delle vittime, a cominciare dal **trriage con metodo START** effettuato sul posto, l'istituzione dell'**Area di Raccolta** destinata al concentramento delle vittime e l'allestimento del **P.M.A.** (posto medico avanzato) dove verranno trasferiti i feriti dell'area di raccolta (piccola noria) per il trattamento sanitario nelle aree del PMA secondo il triage. Con l'arrivo del medico che assumerà la funzione di Direttore dei Soccorsi Sanitari (**D.S.S.**) si provvederà a coordinare il trasferimento delle persone ricoverate nel **P.M.A.** verso l'ospedale più idoneo. Fondamentale il ruolo della centrale operativa che si dovrà occupare dell'allertamento degli ospedali limitrofi, oltre che del coordinamento delle ambulanze per il loro indirizzamento.

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p>PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p>CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p>Ottobre 2025 REV.2</p> |

13.1 RUOLO DEL PERSONALE CHE GIUNGE PER PRIMA SUL POSTO:

Personale laico:

-il personale laico giunto sul posto conferma la Maxiemergenza, e comunica alla centrale il primo report (possibilmente entro 2 minuti dall'arrivo sulla scena), fornendo: esatta ubicazione dell'evento, natura dell'evento, eventuali rischi evolutivi evidenti, stima del numero delle persone coinvolte, vie d'accesso utili, possibilità logistiche di identificare area PMA e piazzola per atterraggio dell'elicottero.

personale infermieristico:

-il primo infermiere giunto sul posto, se è il primo sanitario ad intervenire, ha il compito di fornire alla centrale operativa 118 notizie dell'evento (possibilmente entro 2 minuti dall'arrivo sulla scena), dove poter allestire l'area PMA ed individua la piazzola di atterraggio per l'elicottero. L'infermiere sarà la figura che successivamente in collaborazione col medico (DSS), manterrà i contatti con la COT. Sul luogo dell'evento, assume il ruolo di **INFERMIERE/TRIAGE** ed **inizia il triage delle vittime coinvolte**.

personale medico:

-Il primo medico giunto sul posto assumerà il ruolo di **DSS, (Direttore dei Soccorsi Sanitari)** eventualmente successivamente sostituito, in tale incarico, dal direttore della centrale o suo incaricato, o dal medico anestesista -rianimatore della CMR inviata sul posto, in questo caso il medico ex DSS andrà a coordinare i soccorsi nel PMA. Il primo medico giunto sul posto, DSS prende contatto e si coordina con VVFF e forze dell'ordine presenti nel luogo dell'evento, per l'organizzazione logistica, la sicurezza e la viabilità, ha il compito di confermare alla centrale le notizie dell'evento (esatta ubicazione dell'evento, natura dell'evento, eventuali rischi evolutivi evidenti, stima del numero delle persone coinvolte, vie d'accesso utili all'evento, possibilità logistiche di identificare area PMA e piazzola elicottero)

13.2 RUOLO E FUNZIONI DEL PERSONALE CHE SI AGGIUNGE A QUELLO SUL POSTO:

personale medico

-Il secondo medico giunto sul posto si occuperà dei codici rossi, fino alla costituzione del PMA, quando si occuperà dell'area rossi all'interno del PMA stesso

-Il terzo medico giunto sul posto si occuperà dei codici gialli, fino all'arrivo del PMA, quando si occuperà dell'area gialli all'interno del PMA stesso

-Il quarto medico giunto sul posto assumerà il ruolo di **responsabile del PMA e coordina i trasferimenti e la gestione**

Personale infermieristico

-Il secondo infermiere giunto sul posto assumerà il ruolo di **INFERMIERE/TRIAGE-TRASPORTO**, ossia sarà responsabile del trasporto dei feriti dalla scena dell'evento al PMA o area individuata di trattamento/stabilizzazione, dopo aver ri-effettuato il TRIAGE; appena terminato il triage ne comunicherà l'esito all'INFERMIERE/

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

TRIAGE (primo infermiere giunto sul posto) che a sua volta comunicherà il totale dei feriti e relativi codici alla centrale.

-Il terzo e il quarto infermiere giunti sul posto si affiancheranno ai medici (eventualmente all'interno del PMA) nella gestione dei codici rossi e gialli.

13.3 RUOLO DEI VOLONTARI SOCCORRITORI LAICI

Il Volontariato svolgerà la funzione assegnata dai piani di emergenza, fornendo personale e risorse da impiegare sul territorio, grazie ad un "coordinamento del volontariato" che si interfaccia con il Medico di COT e con il DSS. Il Coordinamento dovrà attivare, con meccanismo a cascata, le risorse della rete locale secondo le esigenze rappresentate dalla COT, attenendosi alle indicazioni e direttive di controllo da parte della Centrale Operativa.

-I 4 soccorritori delle prime due ambulanze giunte sul posto si metteranno a disposizione del responsabile TRIAGE/TRASPORTO, collaborando nel **trasporto dei feriti dalla scena all'area di trattamento/stabilizzazione (eventuale PMA)**

-I 2 soccorritori della terza ambulanza giunta sul posto si occuperanno di **convogliare i codici verdi ed i pazienti in grado di camminare verso un'area di raccolta sicura e di assisterli** fino all'evacuazione finale

-I 2 soccorritori della quarta ambulanza giunta sul posto si occuperanno **uno** con il ruolo di **responsabile dell'evacuazione** dei pazienti e **l'altro** collaborerà con il responsabile del PMA

Il Punto obbligato di passaggio per ogni mezzo di soccorso in ingresso ed uscita dal perimetro di sicurezza; è situato esternamente al P.M.A., è presidiato da uomini delle Forze dell'Ordine, eventualmente insieme ad operatori della protezione civile, in costante collegamento con la Centrale Operativa e/o le strutture di coordinamento della Protezione Civile attivate localmente (CCS, COM, COC)

Il responsabile dell'evacuazione svolge le seguenti funzioni:

- assegnazione dell'area di intervento sulla scorta delle indicazioni fornite dal D.S.S.

-verifica delle destinazioni ospedaliere degli equipaggi in uscita

-controlla che gli autisti non scendano dai mezzi di soccorso e che venga garantito il mantenimento del contatto radio per evitare perdite di tempo in caso di chiamata.

Un autista (in genere l'Autista della 1° MSA) diverrà il responsabile del check point.

14. ORGANIZZAZIONE PMA

L'attivazione del PMA viene decisa in base al numero dei feriti, alla logistica della scena e alla recettività dei P.S. dalla COT sulla base delle informazioni fornite dal primo sanitario giunto sul posto INFERMIERE/Medico. Il PMA, su decisione del DSS o del direttore di centrale o suo delegato, può essere istituito utilizzando

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p>PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p>CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p>Ottobre 2025 REV.2</p> |

strutture già presenti sul posto, purchè siano rispettati i criteri di sicurezza; fondamentale a riguardo il parere dei vigili del fuoco. Il P.M.A. può essere attrezzato in strutture esistenti nei pressi della scena del disastro, a meno che l'evento non sia stato così devastante da impedire l'utilizzo di edifici in muratura, oppure è avvenuto in luoghi impervi fuori dal contesto urbano, dove non sono presenti edifici utilizzabili. Le strutture che possono essere impiegate allo scopo sono:

- strutture edili preesistenti (es. palestre supermercati, scuole etc.) o aree funzionali.

Il PMA può essere allestito velocemente con tende pneumatiche gonfiabili dotate di impianti di illuminazione, con moduli funzionali (modulo di triage, modulo di stabilizzazione, modulo di evacuazione, modulo codici rossi, gialli, verdi e neri etc). Ogni modulo deve essere dotato di impianto di illuminazione e di barelle impilabili. Tali strutture non sono a disposizione della centrale operativa territoriale dell'ASL di Avellino e pertanto dovranno essere richieste, con l'eventuale intervento della prefettura alla CRI, Esercito, OdV, o Protezione Civile.

- Nel luogo dell'allestimento del P.M.A. (posto medico avanzato), il medico di COT invierà un Centro Mobile di Rianimazione con a bordo un anestesista rianimatore, autista/soccorritore ed infermiere, secondo le necessità ravvisate verrà affiancato da uno o più mezzi di soccorso avanzati medicalizzati;
- Il PMA sarà attrezzato con carrelli di emergenza con defibrillatore e presidi per le vie aeree, farmaci di pronto intervento e presidi di immobilizzazione e materiale per medicazione. Il Referente del personale che opera presso il PMA manterrà costantemente i contatti con la C.O.T e con la Unità di Crisi Regionale.

Il PMA sarà coordinato dal Medico ex DSS allorché viene sostituito dal direttore di centrale eventualmente giunto sulla scena, o dal Medico Anestesista - Rianimatore della CMR inviata dalla COT, e comprende le seguenti aree :

14.1 -Area di stabilizzazione: si effettua il re-triage dei pazienti giunti dal luogo dell'evento in condizioni critiche, e si eseguono manovre di base salvavita, es drenaggio pnx iperteso con ago, accesso venoso periferico con infusione, emostasi emorragie esterne etc. Tutte le procedure eseguite sulla vittima vengono riportate sulla scheda triage. Se non si ottiene la stabilizzazione con tali manovre il paziente va comunque affidato all'area codici rossi, per poter accogliere nuovi pazienti provenienti dal luogo dell'evento. Vi operano un medico di emergenza o anestesista ed un infermiere;

14.2 -Area codici rossi: gestione pazienti in codice rosso, il medico che coordina l'area rossi sarà il medico che si occupava dei codici rossi prima dell'istituzione del PMA stesso (secondo medico giunto sulla scena) con un infermiere;

14.3 -Area codici gialli: gestione pazienti in codice giallo, il medico che coordina l'area gialla sarà il medico che si occupava dei codici gialli prima dell'istituzione del PMA stesso (terzo medico giunto sulla scena) con un infermiere se disponibile o da un soccorritore;

14.4 -Area codici verdi: area in zona sicura nella quale far affluire i pazienti con codici verdi, sotto il controllo di due soccorritori per eventuali variazioni delle condizioni cliniche, in attesa di evacuazione

14.5 -Area codici neri: area isolata, sotto il controllo delle forze dell'ordine, in cui far affluire i codici neri All'interno del PMA (area rossi/area gialli/verdi/neri) devono essere compilate le schede sanitarie comprensive di dati anagrafici (per quanto possibile), condizioni all'arrivo nel PMA, manovre effettuate etc.

Considerate le caratteristiche del territorio ed i possibili scenari prevedibili, è ipotizzabile il posizionamento del P.M.A. presso il campo Genova di Avellino – che presenta tutte le potenzialità organizzative necessarie. Altre sedi di posizionamento del PMA saranno individuate in collaborazione con Protezione Civile, a seconda della vicinanza al luogo dove si verifica l'evento. Sedi di altri possibili posizionamenti di PMA sono individuabili nell'area industriale ASI Valle Ufita, comprendente territori di Flumeri, Frigento, e baricentrica fra Ariano e Grottaminarda, distante 46.35 km da Avellino, 76 km da Salerno, 97 Km da Napoli (aeroporto).

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p>PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p>CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p>Ottobre 2025 REV.2</p> |

L'area è raggiungibile dall'autostrada A16 uscita Grottaminarda, ed **area industriale ASI di Calaggio**, 80 Km da Avellino – A16, 110 Km da Napoli – A16, 120 Km da Bari – A16, 60 Km da Foggia – A16 (uscita Candela), S.S. 658 direzione Foggia, 90 Km da Potenza – A16 (uscita Candela). S.S. 658 direzione Melfi (Km 35) – Potenza. Accessibile mediante il casello autostradale di Lacedonia (A 16 Napoli-Bari) e dalle strade provinciali Bisaccia – Calitri e per Lacedonia.

15. TRIAGE ADULTO

Il TRIAGE da usare nelle maxi-emergenze extraospedaliere è il metodo **START**

Identifica quattro classi di priorità di trattamento secondo una valutazione **ABCD**

CODICE VERDE: Necessità bassa o minima di trattamento

CODICE GIALLO: Necessità intermedia/dilazionabile di trattamento

CODICE ROSSO: Necessità di trattamento immediato

CODICE BLU (NERO se l'operatore è un medico) decesso o lesioni incompatibili con la sopravvivenza

Deve essere eseguito in tre punti della catena di soccorsi:

-sul sito dell'evento e/o area di raccolta

-PMA entrata

-PMA uscita

Il triage verrà eseguito nuovamente all'ingresso degli **Ospedali di destinazione** secondo i protocolli previsti nei PEIMAF

Con il protocollo START si effettua un'iniziale selezione dei feriti, (es se sono in grado di camminare codice verde) in base al rilievo delle funzioni vitali secondo l'ordine ABCD per individuare le urgenze assolute, da quelle differite o per constatare i decessi. In caso di bambini si applica il protocollo Jump START.

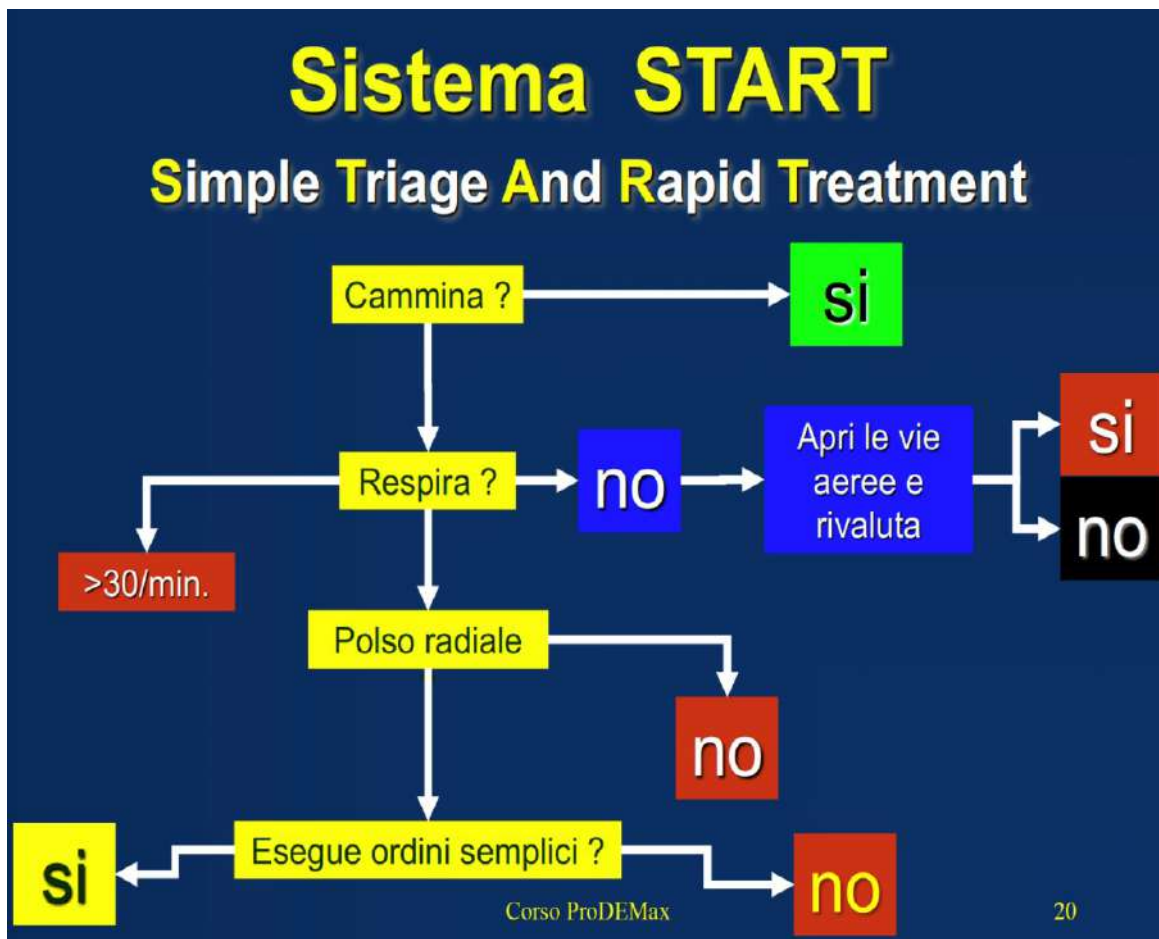
Descrizione Triage START

In base al triage START se la vittima cammina si attribuisce codice verde e può evacuare anche autonomamente verso l'area medicalizzata, se non cammina occorre valutare il respiro, se non respira provvedere a disostruire le vie aeree, se respira dopo disostruzione si attribuisce codice rosso, se non respira nemmeno dopo disostruzione codice blu/nero. Se respira senza bisogno di disostruzione, calcolare la frequenza respiratoria: **> 30 codice rosso**, **< 30** proseguire con valutazione circolatoria, valutare la presenza del polso radiale, se non è presente per lesioni arti o assente si attribuisce codice rosso, se presente valutare coscienza, secondo lo score **AVPU** (**A**lert : vigile, sveglio e reattivo, **V**erbal: apre gli occhi alla chiamata,

| | | |
|---|--|---|
| | | |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

Painful: risposta appropriata allo stimolo doloroso, o risposta inadeguata ossia non localizza lo stimolo o emette suoni privi di significato, **Unresponsive:** nessuna risposta a qualsiasi stimolo, se positiva la valutazione **AV** si attribuisce il codice giallo, se positiva la valutazione a **P U** si attribuisce il codice rosso.

METODO TRIAGE START FIG.1



| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

CODICI COLORE TRIAGE START Fig. 2



| START | |
|--|---|
| Simple Triage and Rapid Treatment | |
| NO Respirations | 0 |
| RR >30/min Cap <2s NO Rad pulse Can't follow commands | 1 |
| Not green, red or black | 2 |
| Can walk away | 3 |

16. TRIAGE PEDIATRICO JUMP START

Una delle condizioni da attenzionare è che **adulti con codice verde** in situazioni di panico potrebbero portare con sé i loro bambini o lattanti e questi non vengano sottoposti a triage.

JUMP START TRIAGE: fino a 8 anni

Se il bambino non respira si procede al rilievo del polso, se polso presente, cinque ventilazioni di soccorso, se il respiro è presente si assegna codice rosso, se il respiro non si ripristina ed il polso non è palpabile si assegna codice nero.

Se il lattante/bambino respira, considerare la frequenza respiratoria <15 e >45 atti al minuto, se non rientra in questi limiti si assegna il codice rosso, se la frequenza è nella normalità si passa a valutare la circolazione verificando il polso brachiale, carotideo, e femorale, se il polso non è presente si assegna codice rosso, se polso palpabile valutare lo stato di coscienza, con AVPU valutato come segue

A sveglio e reattivo muove lo sguardo verso la voce,

V apre gli occhi alla chiamata,

P risposta appropriata al dolore o risposta inappropriata non localizza,

U non risponde allo stimolo

In caso di **P o U positivo** si assegna codice rosso

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

TABELLA RIEPILOGATIVA PARAMETRI PEDIATRICI FIG 3

| CATEGORIE | ETA' | FREQ. CARD | FREQ. RESP | PRES. SIST | PRES.DIAS |
|-----------|-------------------|---------------|---------------|---------------|-----------|
| NEONATO | 0-28 GIORNI | 120/160 | 30/60 | 60/95 | 35/70 |
| LATTANTE | 1 MESE -1 ANNO | 90/140 | 25/40 | 90/105 | 50/65 |
| BAMBINO | 1 ANNO-8 ANNI | 75/110 | 18/30 | 95/110 | 50/65 |

Sopra gli 8 anni ed i 25 KG di peso può essere considerato al pari di un adulto.

17. GESTIONE E COORDINAMENTO DEI SOCCORSI IN COT: PROCEDURE DI CENTRALE

17.1 RUOLO DEL PERSONALE DI COT

Il Medico di COT in turno ed un Infermiere di turno si “staccano” dai compiti ordinari e costituiscono il nucleo delle risorse dedicato alla MXE con i seguenti compiti:

MCOT (Medico di Centrale Operativa Territoriale)

- conferma la MXE al Direttore della COT e concorda con esso la costituzione di UCG-MXE; (Unità di crisi gestione Maxiemergenza)
- da conferma dell'evento agli altri enti (VVF, FFO, etc)
- allerta il RSR e la COT Regionale per supporto/coordinamento
- dà conferma dell'evento ai PS, comunica eventuale stima dei feriti, e rileva la ricettività degli stessi
- chiede al Referente Infermieristico della COT con funzioni di coordinamento, di richiamare in servizio altro personale in COT e personale amministrativo.

Referente infermieristico

- allerta e richiama in servizio personale infermieristico della COT e degli uffici amministrativi come di seguito:

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

-chiama in servizio immediatamente 2 Infermieri e 1 Amministrativo (1 Infermiere per supporto gestione contatti con Enti ed ospedali (ricerca posti letto ospedali), 1 Infermiere per MXE e 1 Amministrativo per procedure amministrative e supporto logistico). Gli elenchi con i nominativi ed i recapiti telefonici (cellulare) di tutto il personale di COT è custodito nella stanza del medico di COT, ed è aggiornato dal referente Infermieristico ad ogni cambio di personale.

Il Primo Inf. in turno in COT (Infermiere di turno in Centrale Operativa Territoriale)

- invia e tiene i contatti con mezzo “in ricognizione” o mezzo sul posto
- riceve chiamate dal territorio di “MXE”
- allerta personale AAVV (anche per eventuale organizzazione e trasporto di materiale verso PMA)
- invia ulteriori mezzi sul luogo dell’evento
- comunica gli ospedali di destinazione ai mezzi di soccorso
- allerta elisoccorso per ricognizione e/o trasferimenti

Il secondo Inf. In turno in COT (Infermiere di turno in Centrale Operativa Territoriale)

- rimane per le chiamate “ordinarie”
- coadiuva in attesa di altre unità

Il terzo Inf. richiamato in COT

- si dedica alla gestione della maxiemergenza
- conferma l’evento al personale delle AAVV per eventuale reclutamento di mezzi di soccorso ed operatori da destinare al PMA, potranno essere chiamati a collaborare i medici della Continuità Assistenziale, se in orario di servizio o su disposizione della DS attivati dai Direttori di Distretto e/o Direttore UOC Cure Primarie)

Il quarto Inf. richiamato in COT

- Coadiuva alla gestione maxi-emergenza e tiene contatti con Enti ed ospedali (ricerca posti letto ospedali-attivazione PEIMAF- provvede a rifornire i mezzi del materiale per la maxiemergenza)

L’amministrativo provvede agli adempimenti amministrativi e alle comunicazioni e-mail

NB: In caso di black-out elettrico o informatico, od interruzione delle linee telefoniche, le comunicazioni interne devono essere garantite attraverso i telefoni cellulari Aziendali e/o propri. In mancanza di copertura di rete vengono utilizzate le ricetrasmittenti in dotazione a ogni ambulanza e sedi di coordinamento.

Il Medico di COT di turno, coordinerà tutte le attività della COT rapportandosi con le Direzioni Sanitarie degli ospedali, con le C.O.T limitrofe, con il Direttore di COT, con il DSS. Comunicherà con la Sala Operativa Regionale della Protezione Civile per eventuale invio di mezzi tecnici e/o attrezzature per l’installazione di un PMA in tenda.

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

- Il Direttore della C.O.T. si reca in Prefettura o personalmente o da remoto, quale componente del CCS (Centro Coordinamento Soccorsi), e si rapporta con la Direzione Strategica Aziendale.

18. GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE

I rapporti con la stampa e ogni eventuale notizia ai media, inerenti le operazioni a carattere sanitario, saranno fornite solo ed unicamente dal Responsabile della COT previa accordo con la Direzione Strategica.

19. FASE DI CESSATO ALLARME

Il cessato allarme è decretato dal Direttore della **COT**, **decisione concordata con CCS**, che comunica la fine dell'emergenza al Direttore Sanitario Aziendale. Il cessato allarme comporta il graduale ripristino dei normali regimi di funzionamento della Centrale (livello 0) ed il rientro dei mezzi di soccorso. ed apre la fase di supporto emotivo precoce (defusing), la programmazione di debriefing strutturati ed il monitoraggio del livello di stress degli operatori coinvolti in **collaborazione con lo psicologo**. Ripristinate le condizioni ordinarie è prevista l'organizzazione di un Audit da parte della UOC QA - Rischio Clinico - Formazione

20. RISCHIO SPECIALE PER EVENTO BIOLOGICO CHIMICO RADIOLOGICO NUCLEARE ED ESPLOSIVO: BCRNe

In questa sezione la pianificazione è in caso di rischio cosiddetto non convenzionale ossia maxiemergenza **BCRNe**, che richiedono oltre alla sequenza di fasi già descritte per il rischio convenzionale anche l'integrazione di altre procedure di seguito specificate.

Per il rischio non convenzionale BCRNe si intende il rischio:

Chimico conseguente alla diffusione nell'ambiente di sostanze chimiche o miscele di composti chimici nocivi per inalazione, per assorbimento cutaneo o per ingestione, con gravi conseguenze dal punto di vista clinico dei soggetti colpiti e ricadute ambientali, amplificate da fattori meteorologici e orografici; es. gas nervini, fentanil, gas soffocanti o vescicanti o sostanze industriali e militari. Tali gas come i nervini possono provocare la morte in ambienti chiusi in pochi minuti ed in ambienti aperti entro 12/24 ore.

Biologico, conseguente alla diffusione nell'ambiente di virus, batteri, tossine o spore (es. carbonchio, vaiolo) particolarmente aggressive: questi agenti possono avere un periodo di incubazione muto e sono in grado di causare malattie inabilitanti o mortali per gli esseri viventi (uomini, animali, piante) e/o di rendere

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p>PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p>CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p>Ottobre 2025 REV.2</p> |

inutilizzabili materiali, attrezzature e mezzi, Il contagio può avvenire per via inalatoria, per assorbimento cutaneo, per ingestione di acqua o viveri contaminati e può colpire un elevato numero di soggetti; con necessità di assistenza e trattamenti prolungati e intensi;

Radiologico conseguente alla diffusione nell'ambiente di materiali radioattivi in grado di arrecare danni biologici all'uomo. Il danno prodotto può essere dovuto all'irradiazione corporea esterna causata da sorgenti emittitrici in seguito ad incidente oppure alla contaminazione interna attraverso l'inalazione o l'ingestione delle sostanze radioattive disseminate.

Nucleare conseguente ad un incidente connesso alla presenza o utilizzo o diffusione di fonti di radionuclidi. Tali eventi hanno in comune la caratteristica di poter coinvolgere un elevato numero di soggetti contemporaneamente, determinando un massiccio afflusso di pazienti presso l'Ospedale. Possono essere causati intenzionalmente a scopo destabilizzante o essere accidentali. In particolare per quanto riguarda il rischio radiologico, visto l'alto standard di sicurezza delle apparecchiature ospedaliere che utilizzano radiazioni ionizzanti, è più frequente il verificarsi di dispersione di radiazioni da fonti radioattive orfane sul territorio.

Esplosioni si verificano per attacchi terroristici o non, e determinano rilascio di fumi pericolosi e traumi da deflagrazione.

Da quanto descritto si evince che la gestione di un evento non convenzionale deve prevedere il soccorso sia alle vittime che alla popolazione, la decontaminazione delle vittime e della popolazione che vive nei pressi dell'evento, e dei corpi dei deceduti. E' necessario inoltre provvedere alla distribuzione degli antidoti, alla sorveglianza sanitaria ed alla bonifica ambientale. Nel caso di rischio biologico devono essere messe in atto sia misure di isolamento che di profilassi.

Un evento non convenzionale BCRNe comporta nel luogo dell'evento, che può essere extraospedaliero o intraospedaliero anche un elevato rischio per il personale di soccorso se non adeguatamente protetto con specifici DPI. Non si può intervenire se il luogo dell'evento non viene prima circoscritto e suddiviso in zone, (zonizzazione), in quanto nessun soggetto presente sul luogo dell'evento, e perciò contaminato, deve poter giungere a contatto con persone o entrare in zona non contaminata senza essere prima transitato dall'area predisposta per la decontaminazione di primo livello.

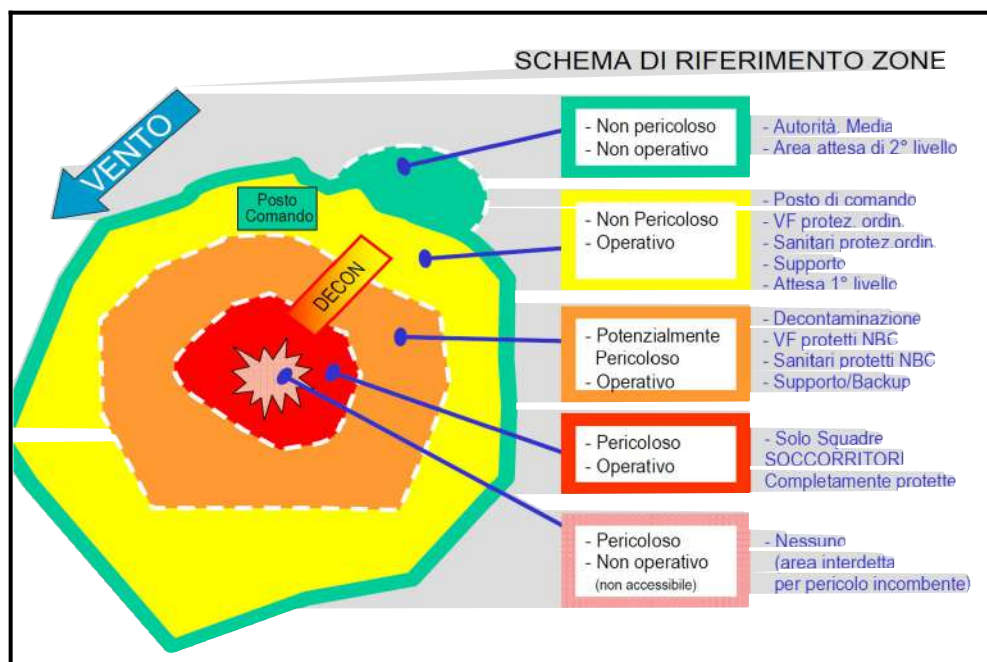
La procedura di zonizzazione è sempre effettuata dalle squadre addestrate dei VVF e/o altri Enti autorizzati ad intervenire (come le sezioni militari specializzate nel rischio BCRNe). La zona Calda è identificata come il cratere dell'evento, e l'accesso è consentito solo alle squadre di soccorritori specializzati, sono esclusi perciò i sanitari. La zona tiepida è la zona di passaggio fra zona calda e fredda, in cui si accede dopo procedura di decontaminazione, anche in zona tiepida operano le squadre di soccorso specializzate (VVFF). Nella zona fredda si trovano di prassi gli operatori sanitari, ed altri operatori impegnati nel soccorso e nella sicurezza. In caso di rischio per BCRNe, a seconda della tipologia e della classificazione dell'evento gli operatori sanitari territoriali e/o ospedalieri dovranno utilizzare a tutela della propria incolumità dei DPI specifici per tipologia di rischio e per mansione lavorativa, come individuati dal RSPP aziendale ed indossarli e dismetterli come da procedura di vestizione e svestizione corretta. (Allegato n.4 -DPI individuati dall'RSPP in tabella per rischio

| | | |
|--|---|------------------------------|
| | | |
| | PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO | Ottobre 2025 REV.2 |

BCRNe fanno riferimento all'Istituto Superiore Antincendi dei Vigili del Fuoco -ISA2005). Al fine di evitare la contaminazione degli ambienti e degli operatori della struttura di destinazione, tutti gli operatori che entrano in contatto con il paziente vittima di un incidente BCRNe, prima di accedere alla struttura di destinazione devono essere sottoposti a decontaminazione. Dopo la decontaminazione, il trattamento dei soggetti colpiti è finalizzato a perseguire le migliori condizioni di salute. In particolare, i soggetti colpiti da agenti "B" "C" "R" e "N" sono sottoposti a regimi di ricovero compatibili con le misure di contenimento e/o di isolamento. **La COT** coordina tutte le procedure sanitarie extra-ospedaliere che si rendono necessarie (es. trasferimento in biocontenimento verso strutture specializzate, reperimento degli antidoti dai microdepositi, etc), raccordandosi con Prefettura, VVFF e FFOO. Nel caso di deceduti per esposizione ad agenti di rischio non convenzionale in particolare per il tipo "R" e "N" si attivano le procedure di contenimento e inattivazione dell'eventuale rischio residuo secondo le prescrizioni del Ministero della Salute. È doveroso il supporto psicologico, in favore della popolazione e dei colpiti. Il trattamento dell'ambiente contaminato, aperto o confinato, comporta la bonifica degli spazi coinvolti e/o incapsulamento e/o inattivazione, ed il corretto smaltimento del materiale contaminato.

Il Dipartimento di Prevenzione con l'ARPAC sovra-intendono le necessarie procedure per la prevenzione, per la vigilanza e per la bonifica del sito.

FIGURA AREE OPERATIVE n. 4



| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

21. RUOLO DELLA CENTRALE OPERATIVA NEL SOCCORSO BCRNe

La COT avrà il compito di comunicare ai mezzi di Soccorso l'eventuale variazione dei percorsi di afflusso e deflusso dal Pronto Soccorso, avvisare gli operatori del territorio e degli ospedali che è stato dichiarato uno stato di Maxiemergenza di tipo BCRNe, informarsi dalle Forze dell'ordine sulle modalità di controllo e la messa in sicurezza degli accessi ai presidi ospedalieri territoriali ed assicurarsi che siano state attivate le procedure previste nei PEIMAF degli ospedali territoriali. Gli operatori della Centrale Operativa Territoriale che ricevono chiamate di emergenza per un evento identificabile come possibile maxiemergenza con sospetto di rischio non convenzionale, devono preoccuparsi di acquisire tutte informazioni sull'evento per poter identificare precocemente il potenziale rischio BCRNe e classificarlo nelle sue diverse componenti. Forniscono ulteriori elementi utili ad identificare l'evento anche notizie che hanno valore di indicatori di evento BCRNe. Gli operatori di COT dovranno elaborare il dispatch e fornire istruzioni alle persone coinvolte e non nello scenario.

21.1 INDICATORI DI EVENTO NBCRE:

- Scoppio o esplosione con limitati effetti specialmente in luogo affollato
- Segnalazione di un dispositivo, un contenitore o un veicolo che ha disperso una sostanza gassosa o nebulizzata o una nube di polvere
- Molte persone che presentano sintomi simili
- Più persone che segnalano sintomi apparentemente non riconducibili ad una causa precisa o traumatica
- Segnalazione di odori insoliti che esalano da liquidi o sostanze nebulizzate
- Segnalazione di dispositivi, contenitori o tubi nell'ambiente comunque sospetti
- Animali morti
- Indumenti di protezione individuale abbandonati e/o dispersi nell'ambiente

21.2 DISPATCH:

Per elaborare il dispatch l'operatore di COT oltre ad acquisire notizie quanto più possibile circostanziate dovrà essere in grado di dare istruzioni-pre arrivo alle persone da soccorrere e istruzioni agli utenti che chiamano il 118 per avere notizie di quanto sta accadendo e sapere come comportarsi. E' importante per elaborare il DISPATCH sapere:

1. Luogo dell'evento

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p>PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p>CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p>Ottobre 2025 REV.2</p> |

2. Tipo di sinistro o soprattutto tipo di rischio (nucleare, biologico, chimico o radiologico, e/o esplosivo)
3. Dimensionamento o estensione territoriale approssimativa dell'evento
4. Raggiungibilità dell'evento con mezzi terrestri, integrità delle infrastrutture di viabilità

21.3 ISTRUZIONI ALLE PERSONE COINVOLTE NELLO SCENARIO

1. non allontanarsi ma attendere i soccorsi
2. dare generalità e recapito
3. identificare la direzione del vento e dirigersi verso un luogo sopravvento sufficientemente lontano dall'evento
4. seguire istruzioni del personale sul posto (togliere gli indumenti contaminati, eseguire decontaminazione)
5. non recarsi spontaneamente in ospedale

21.4 ISTRUZIONI ALLE PERSONE NON COINVOLTE NELLO SCENARIO

1. chiudersi in casa e sigillare le finestre
2. seguire le notizie attraverso emittenti radio e televisive nazionali e locali
3. spegnere riscaldamenti o condizionamenti
4. non uscire a prendere familiari a scuola o sedi di lavoro
5. non mettersi in viaggio e mantenere libera la viabilità

22 GESTIONE DELL'EVENTO: PROCEDURE DI CENTRALE OPERATIVA

Come per le maxiemergenze non BCRNe le procedure gestionali vengono di seguito distinte in procedure di COT e procedure territoriali. L'operatore di turno in COT dovrà attenersi alle indicazioni riportate nel presente piano, e l'avvio dei soccorsi è subordinato alla zonizzazione ed alla disponibilità dei DPI. Il Medico di COT in turno ed un Infermiere di turno si "staccano" dai compiti ordinari e costituiscono il nucleo delle risorse dedicato alla MXE con i seguenti compiti:

L'operatore di turno in COT che riceve la richiesta di soccorso per evento BCRNe:

- Avvisa il medico di turno in COT
- Raccoglie informazioni inerenti la fonte o il vettore contaminante
- Calcola e stima il numero di persone da soccorrere raddoppiando rispetto al numero dichiarato dagli

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p>PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p>CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p>Ottobre 2025 REV.2</p> |

astanti

- Calcola e stima un primo fabbisogno di mezzi e risorse per la gestione dei soccorsi sul territorio
- Se trattasi di un incidente industriale verifica la presenza del Piano di emergenza aziendale
- Fornisce indicazioni agli utenti in attesa dell'arrivo dei mezzi di soccorso
- Compila il primo dispatch tenendo conto anche degli indicatori BCNRe ed identifica il codice di priorità

22.1 RUOLO DEL MEDICO DI CENTRALE (MCOT)

- conferma la MXE BCNRe al Direttore della COT e concorda con esso la costituzione di UCG-MXE; (Unità di crisi gestione Maxiemergenza)
- chiede o dà conferma dell'evento agli altri enti (VFFF, FFOO, etc)
- allerta il RSR e la COT Regionale per supporto/coordinamento
- dà conferma dell'evento ai PS, comunica eventuale stima delle persone coinvolte, rileva la ricettività degli stessi
- chiede al Referente Infermieristico della COT con funzioni di coordinamento, di richiamare in servizio altro personale in COT e personale amministrativo
- Contatta il Centro Antiveneni di riferimento per gli antidoti sulla base dell'agente contaminante
- allerta i Pronto Soccorso specificando evento BCRNe
- Avvisa il Direttore del Dipartimento di Prevenzione chiedendo l'elenco dei prodotti chimici utilizzati dall'industria coinvolta se non presente un piano specifico, di avviare le procedure per la decontaminazione
- verifica se vi sono piani di emergenza con procedure interne note
- Fornisce consulenza al DSS su informazioni tecniche/sanitarie sul prodotto

Nel caso di maxiemergenze radiologiche è necessario allertare:

- Il Dipartimento di Prevenzione di Competenza Territoriale per la necessaria attività di monitoraggio delle matrici ambientali, in supporto alla specifica attività di esercizio sviluppata dalla A.R.P.A.C.;
- Il Dipartimento di Veterinaria Territorialmente Competente affinché ad integrazione dell'esercizio già sviluppato dal Dipartimento di Prevenzione, sia garantita la necessaria attività di vigilanza in ordine alla contaminazione delle carni di animali della filiera alimentare (sia segnatamente alla macellazione che al consumo degli animali di cui sopra);
- Il Servizio di Medicina di Base e dei Pediatri di Libera Scelta di Competenza Territoriale, in ordine alla prescrizione di Ioduro di Potassio, antidoto specifico per la prevenzione del rischio tiroideo, segnatamente alla popolazione sensibile (fascia di età 0-18 anni, donne gravide, puerpere in allattamento);

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p>PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p>CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p>Ottobre 2025 REV.2</p> |

-Il Servizio Farmaceutico di Competenza Territoriale, sia il servizio di Farmacia Territoriale che ospedaliero, onde consentire agli utenti di approvvigionarsi dell'antidoto specifico (Ioduro di Potassio); come definito in sede di C.C.S.,

-le Strutture Ospedaliere dotate della specifica professionalità (Medicina Nucleare e Fisica Sanitaria), adeguate a fornire l'opportuno riscontro diagnostico e terapeutico ai soggetti radio esposti

Referente infermieristico

-allerta e richiama in servizio personale infermieristico della COT e degli uffici amministrativi come di seguito:

-chiama in servizio immediatamente 2 Infermieri e 1 Amministrativo (1 Infermiere per supporto gestione contatti con Enti ed ospedali (ricerca posti letto ospedali), 1 Infermiere per MXE e 1 Amministrativo per procedure amministrative e supporto logistico). Gli elenchi con i nominativi ed i recapiti telefonici (cellulare) di tutto il personale di COT è custodito nella stanza del medico di COT, ed è aggiornato dal referente Infermieristico ad ogni cambio di personale.

Il Primo Inf. in turno in COT (Infermiere di turno in Centrale Operativa Territoriale)

- Attende la zonizzazione prima dell'invio dei soccorsi
 - Allerta le forze dell'ordine e sollecita la rapida creazione di cancelli e cordoni intorno alla zona colpita
 - Allerta il Pronto Soccorso e si accerta che siano attivati i canali di decontaminazione ospedaliera
 - Si accerta che le Forze dell'Ordine proteggono l'entrata del Pronto Soccorso
 - dopo la conferma della zonizzazione, attiva i mezzi di soccorso con gli equipaggi preallertati
 - Chiede ai VV.FF una stima di pazienti che necessitano della decontaminazione
 - Identifica le vie di accesso alle aree della zonizzazione di competenza sanitaria
 - Comunica ai mezzi di soccorso il punto di raduno dei mezzi
 - Allerta il RSR e la Centrale Regionale fornendo le coordinate geografiche della zona
 - Attiva la logistica DECO per il personale del 118 intervenuto
 - Attiva il Responsabile del Parco Macchina aziendale per il trasporto dei DPI dai depositi aziendali agli equipaggi dei mezzi di soccorso
 - Predispone un planning delle disponibilità ricettive del Pronto Soccorso
 - Registra l'anagrafica o il codice identificativo e la destinazione delle vittime trasportate
- Richiede risorse logistiche BCRNe/sanitarie al coordinamento regionale maxiemergenze se necessario

Il secondo Inf. In turno in COT (Infermiere di turno in Centrale Operativa Territoriale)

-rimane per le chiamate "ordinarie"

-coadiuva in attesa di altre unità

Il terzo Inf. richiamato in COT

- si dedica alla gestione della maxiemergenza con gli stessi compiti del primo infermiere, è addetto ai contatti con i mezzi di soccorso ed alla programmazione dei ricoveri

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

Il quarto Inf. richiamato in COT

-Coadiuvata alla gestione della maxi-emergenza e tiene contatti con Enti di soccorso ed ospedali (ricerca posti letto ospedali- attivazione PEIMAF- provvede a rifornire i mezzi del materiale per la maxiemergenza)

L'amministrativo provvede agli adempimenti amministrativi.

NB: In caso di black-out elettrico o informatico, od interruzione delle linee telefoniche, le comunicazioni interne devono essere garantite attraverso i telefoni cellulari Aziendali e/o propri. In mancanza di copertura di rete vengono utilizzate le ricetrasmittenti in dotazione a ogni ambulanza e sedi di coordinamento.

22.2 RUOLO DEL DIRETTORE DI COT

Richiama in servizio un altro medico e/o se non di turno il Referente Medico di COT

Nomina e notifica alla Prefettura i nomi dei direttori della Gestione Territoriale (DSS-DSR-DTR-DPMA-)

Comunica al Referente Sanitario Regionale per il Coordinamento Regionale della Maxiemergenza:

- riferimenti geografici
- caratteristiche ed estensione dell'evento
- livello maxiemergenza
- numero feriti
- disponibilità dei Pronto Soccorso
- richiesta aggiuntiva di risorse umane e tecniche
- fonte e sostanza contaminante
- istituisce Unità di Crisi Gestione Maxiemergenza presso la COT
- trasmette l'informativa disponibile relativa all'evento ai DEA/PS

22.3 ISTITUZIONE UNITÀ DI CRISI GESTIONE MAXIEMERGENZA PRESSO LA CENTRALE OPERATIVA

L'unità di crisi è attivata su disposizione del Direttore di Centrale: il Medico Referente Sanitario di turno della COT, attiva le due postazioni per il terzo e quarto infermiere, apre la sala riunioni della C.O. T che, diventerà la Sala per la gestione delle procedure territoriali della Maxiemergenza, mentre la Centrale Operativa Territoriale continuerà a gestire anche le emergenze ordinarie.

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

Compiti del personale della Unità di Crisi Gestione Maxiemergenza UCG-MXE

L'unità di crisi di gestione della Maxiemergenza si rende necessaria perché funge da coordinamento fra il territorio, gli enti coinvolti nel soccorso, la COT territoriale e la COT Regionale.

Il Medico della **UCG-MXE** dovrà coordinare la gestione della Maxiemergenza mantenendo i contatti con il Direttore della C.O.T. ed il Direttore della COT Regionale ed i mezzi di soccorso. I medici che sono sul posto, dovranno rendersi disponibili per interventi di emergenza su richiesta della Centrale Operativa Territorialmente competente, ma potranno intervenire anche su loro diretta valutazione, dandone immediato avviso alla UCG-MXE. Il Medico o l'Infermiere sul posto contatterà la Centrale Operativa competente Territorialmente, comunicherà le informazioni cliniche ed i parametri rilevati, (stato di coscienza, attività respiratoria, attività cardiaca etc) richiederà supporto decisionale se necessario, e valuterà con quale mezzo (medicalizzato o non) è opportuno effettuare il trasporto verso l'ospedale di destinazione. In caso di ricovero, la UCG-MXE indicherà l'Ospedale di destinazione competente e si renderà utile per l'attivazione di altri mezzi di soccorso o per l'elisoccorso.

I mezzi aggiuntivi di soccorso saranno gestiti dalla UCG-MXE in stretto collegamento con la COT Regionale che avrà il coordinamento generale di tutti i mezzi intervenuti e sulla popolazione coinvolta nella Maxiemergenza. I contatti tra la COT e la Centrale Regionale avvengono sempre su linea dedicata e registrata.

23. PROCEDURE OPERATIVE SUL TERRITORIO

23.1 ZONIZZAZIONE

Con il termine zonizzazione si intende la suddivisione dell'area interessata da evento BCRNe in quattro zone concentriche a decrescente grado di pericolosità ed esposizione all'agente contaminante. Ciascuna zona dovrà essere adeguatamente delimitata e chiusa con cordoni esterni al fine di permettere il passaggio da un'area all'altra in modo protetto e controllato.

ZONA ROSSA O CALDA: zona direttamente colpita, di massima pericolosità riservata esclusivamente a personale VVFF completamente protetto. Tale zona può comprendere al proprio interno un'area totalmente inaccessibile, interdetta a chiunque.

ZONA ARANCIO O TIEPIDA: area di decontaminazione e controllo dell'accesso all'area direttamente colpita, potenzialmente pericolosa, riservata a personale VV.FF ed eccezionalmente al personale sanitario adeguatamente protetto.

| | | |
|---|--|---|
| | | |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

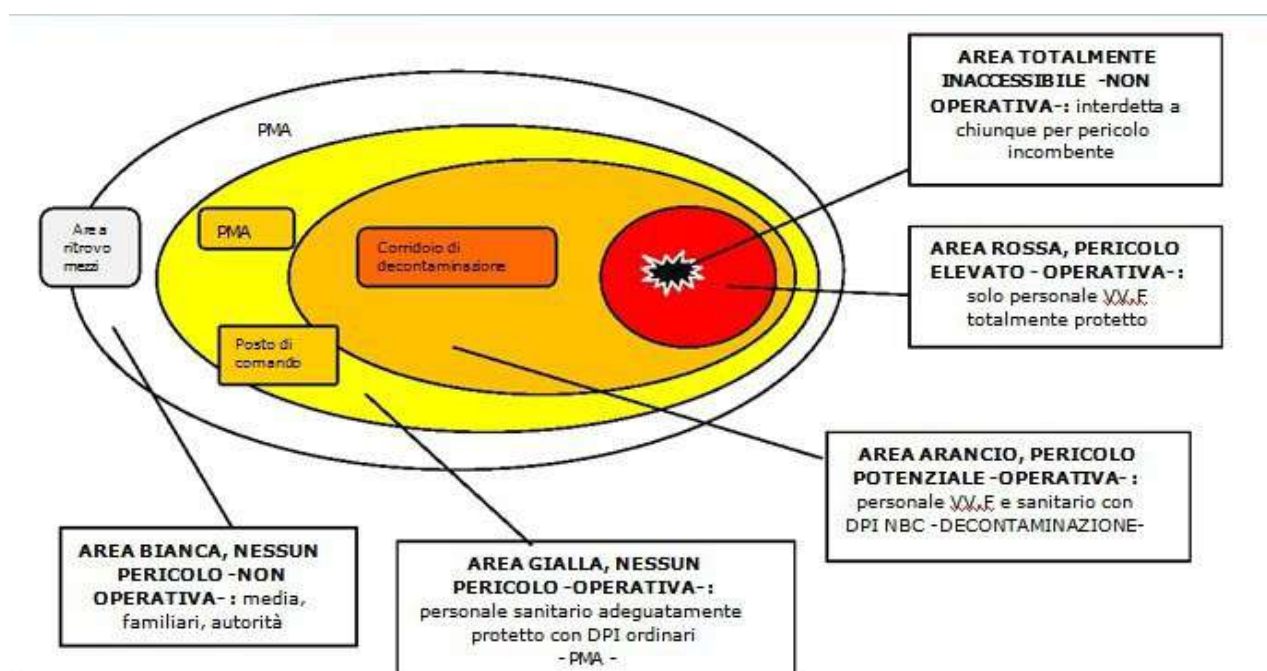
ZONA GIALLA O FREDDA: area di triage, supporto e comando, non pericolosa, destinata al personale VV.FF, sanitario e di supporto con protezione ordinaria. In questa zona termina il corridoio di decontaminazione, viene eseguita la vestizione, viene allestito il PMA ed il posto di comando.

ZONA BIANCA O ESTERNA: zona non pericolosa e non operativa, non soggetta a controllo, destinata alle autorità, ai media, ai familiari delle vittime ed al punto di raccolta dei soccorritori.

Tale suddivisione viene eseguita dai Vigili del Fuoco tenendo conto di vari parametri:

- Sostanza interessata
- Quantità di sostanza rilasciata
- Temperatura, umidità e pressione atmosferica
- Direzione ed intensità del vento
- Scenario in ambiente urbano o extraurbano

SCHEMA DI ZONIZZAZIONE Figura 5



| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p>PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p>CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p>Ottobre 2025 REV.2</p> |

23.2 DIRETTORE TECNICO DEI SOCCORSI O DTS

E' il caposquadra dei Vigili del Fuoco, fino all'arrivo del responsabile dei Vigili del Fuoco incaricato dal Prefetto i suoi compiti sono i seguenti: assume il controllo ed il coordinamento di tutte le operazioni non sanitarie sul luogo dell'evento, decide come eseguire la zonizzazione e coordina le operazioni di suddivisione dell'area, delimitazione e chiusura dell'accesso e dell'uscita alle varie zone, gestisce l'intervento nella zona rossa o calda, gestisce il triage primario in zona rossa, cerca il Direttore Sanitario dei Soccorsi (DSS) si qualifica e comunica: la conferma dell'evento NBCR, la descrizione del tipo di evento NBCR (specificando la sostanza coinvolta se si tratta di un'emergenza chimica oppure il tipo di batterio, virus o tossina se si tratta di un evento biologico), la necessità di particolari Dispositivi di Protezione Individuale per l'accesso in zona arancio, comunica la stima dei coinvolti (n° e CODICE DI GRAVITA' basata sui risultati del triage primario), rimane in stretto contatto con il DSS costituendo il punto di regia dei soccorsi.

23.3 DIRETTORE SANITARIO DEI SOCCORSI O DSS : Cerca il DTS, si qualifica e chiede: conferma dell'evento NBCR tipo di evento NBCR (specificando la sostanza coinvolta se si tratta di un'emergenza chimica oppure il tipo di Batterio, virus o tossina se si tratta di un evento biologico), necessità di particolari Dispositivo di Protezione Individuale per l'accesso in zona arancio, modalità di decontaminazione adeguata per il tipo di contaminante coinvolto, stima dei coinvolti (n° e gravità basata sui risultati del triage primario), Rimane in stretto contatto con il DTS costituendo il Punto di Comando Avanzato. Richiede al Direttore del Dipartimento di Prevenzione l'attivazione del Servizio di Decontaminazione dimensionato per la tipologia dell'evento e chiede l'intervento del personale responsabile della Decontaminazione. Mantiene le comunicazioni con il Responsabile della DECO.

23.4 DSR (RESPONSABILE SQUADRE DI RECUPERO E TRIAGE)

Effettua il triage all'uscita del corridoio DECO (TRIAGE START)

Comunica al DSS il numero di pazienti decontaminati e inviati al PMA suddivisi per codice colore

Gestisce il trasporto dei pazienti al PMA

23.5 RESPONSABILE DECO (DECONTAMINAZIONE)

Viene nominato dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione, deve essere una figura sanitaria, opportunamente formata ed esperta in decontaminazioni, il nominativo va comunicato al Direttore della C.O.T. Supervisiona il montaggio della Tenda DECO e comunica l'operatività al DSS

Valuta se vi è necessità di eventuale tenda aggiuntiva

Controlla il corretto posizionamento dei DPI del personale

Ispeziona la vittima all'uscita del corridoio verificando l'uscita in zona gialla o una ulteriore DECO

Comunica al DSS la fine delle operazioni DECO

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

23.6 IL TRIAGE NELL'EMERGENZA BCRNe

IL TRIAGE PRIMARIO viene svolto sul posto del disastro (zona rossa) dal personale dei Vigili del Fuoco seguendo il protocollo START delle maxiemergenze convenzionali. L'evacuazione dalla zona rossa viene eseguita seguendo la priorità attribuita dal codice colore, prima i rossi, poi i gialli. I codici verdi devono essere indirizzati e si recano autonomamente se deambulanti, verso la tenda di decontaminazione.

IL TRIAGE SECONDARIO viene svolto all'ingresso del P.M.A. dal personale della segreteria, seguendo il protocollo START ed assegnando il codice colore. In corso di emergenza BCRNe il triage secondario ha un ruolo molto importante in quanto:

rappresenta la prima valutazione sanitaria del paziente,

viene eseguito a distanza di tempo rispetto al triage primario,

deve tener conto delle modalità di decontaminazione che sono state applicate

Il TRIAGE in uscita dal PMA viene eseguito al momento dell'evacuazione della vittima dal personale medico sanitario del PMA che ha trattato e stabilizzato il paziente. L'assegnazione del codice di priorità di trattamento viene assegnato avvalendosi del protocollo START.

23.7 IL PMA NELL'EMERGENZA BCRNe

Il Posto Medico Avanzato (P.M.A.) in corso di maxiemergenza BCRNe è localizzato nella zona fredda, pronto ad accogliere le vittime al termine del corridoio di decontaminazione. L'organizzazione del PMA in caso di evento BCRNe è identica a quella del PMA in corso di maxiemergenze non BCRNe. Le vittime che giungono al PMA hanno già subito un'accurata decontaminazione perciò non dovrebbero costituire una fonte di contaminazione per il personale sanitario e non, che opera all'interno del PMA. Tuttavia sarebbe opportuno prevedere all'esterno del PMA una doccia per una eventuale decontaminazione di emergenza a disposizione del personale che opera all'interno del PMA e delle vittime. All'interno del PMA, come in tutta la zona fredda, è previsto l'uso di dispositivi di protezione individuale standard. Fanno eccezione eventi BCRNe di tipo biologico e radiologico in cui sono previsti, se necessario, l'utilizzo di specifici dispositivi di protezione individuale. I VV.FF, nella figura del DTS, devono fornire informazioni sul tipo di evento in corso, le caratteristiche dell'elemento contaminante e la necessità di ulteriori DPI. Appena raccolte le informazioni dal DTS riguardanti il tipo di evento BCRNe e le dimensioni della maxiemergenza, il DSS chiede alla Centrale Operativa 118 di contattare il Centro Antiveneni e/o strutture che custodiscono gli antidoti previsti dal caso.

23.8 ANTIDOTI

Le strutture sanitarie della Regione Campania che secondo l'accordo con Ministero della Salute e Regione Campania Piano Nazionale per la gestione emergenze radiologiche e nucleari previsto dall'art. 182, c.2 del D.lgs. 101/2020, sono quattro, ed hanno la funzione di custodire per conto del Ministero della Salute -aliquote di antidoti con garanzia di attivazione h/24 per 365 gg l'anno. Dei quattro tre sono microdepositi regionali, e sono individuati con codice R15/m e custodiscono Ioduro di Potassio da

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p>PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p>CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p>Ottobre 2025 REV.2</p> |

distribuire alla popolazione in caso di incidente Nucleare. Per la Provincia di Avellino il **microdeposito R15/m3** è presso la Farmacia Ospedaliera dell'AORN Moscati.

24. PROCEDURE DI DECONTAMINAZIONE

Gli Operatori della Centrale Operativa 118 dovranno allertare il Direttore del Dipartimento di Prevenzione ed i VVFF per garantire la decontaminazione del personale sanitario e non intervenuto nei soccorsi. Se sono state coinvolte molte postazioni, nelle more della decontaminazione secondaria del personale sarà dovere degli operatori di Centrale allertare il Coordinamento Maxiemergenza Regionale che invierà risorse aggiuntive in appoggio dalle C.O.T limitrofa per non lasciare il territorio scoperto di assistenza per le urgenze.

24.1 DECONTAMINAZIONE PRIMARIA

La decontaminazione primaria (*detta decontaminazione "tecnica" nella letteratura internazionale*) serve a rimuovere l'inquinante dai DPI utilizzati dagli operatori e dei soggetti venuti in contatto diretto con la sostanza per ridurre la possibilità di contaminazione nella fase di svestizione o nei luoghi di destinazione. Tale operazione non ha lo scopo di ripristinare l'idoneità all'impiego del DPI (*che deve essere sempre comunque destinato allo smaltimento*), ma esclusivamente a maggior tutela dell'operatore e per evitare comunque di propagare la contaminazione.

La decontaminazione secondaria serve a rimuovere eventuali tracce di contaminante dalla cute dell'operatore. In tutti i casi di interventi che abbiano comportato il contatto con aggressivi in grado di propagare la contaminazione, la decontaminazione secondaria dovrà essere effettuata sul posto con docce calde con sapone od altra sostanza neutralizzante.

Tutti gli operatori impegnati nel soccorso in caso di rischio BCRNe devono eseguire nei giorni successivi i controlli medici ed essere sottoposti a specifica sorveglianza sanitaria secondo le disposizioni del Medico Competente e del Dipartimento di Prevenzione.

La svestizione va eseguita secondo le indicazioni dell'allegato 4 ed i DPI utilizzati vanno depositati negli appositi contenitori, **situati nell'area rifiuti speciali**, per essere successivamente prelevati e smaltiti.

24.2 DECONTAMINAZIONE DI MATERIALI E MEZZI

Al termine dell'intervento dovranno essere tenuti presenti, in relazione alla durata ed alle zone d'impiego, le esigenze e modalità di trattamento dei mezzi e materiali impiegati, in particolare in zona "calda" e "tiepida", dei quali è previsto il riutilizzo. In generale, tutti i materiali presenti in tali aree, compresi gli effetti personali, non potranno uscire dallo scenario senza trattamento e verifica, tutte le volte in cui l'evento coinvolga sostanze in grado di diffondere la contaminazione. Per tali interventi di bonifica potranno essere attivate, anche in base a protocolli preventivi predisposti in fase di pianificazione, forme di collaborazione con Enti o

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

Società in possesso delle conoscenze e delle tecnologie adeguate a raggiungere il risultato desiderato. In tutti i casi in cui non sussistano le necessarie garanzie, dovrà essere evitato il rientro in sede di mezzi e materiali potenzialmente contaminati. Potranno essere identificate aree di quarantena per il deposito provvisorio di tali materiali, in attesa di bonifica e/o di verifica.

25. GESTIONE DEI PAZIENTI FRAGILI IN MAXIEMERGENZA

I soggetti "fragili", altrimenti definibili come "disabili o con specifiche necessità", rappresentano una percentuale sempre più cospicua nella cittadinanza, visto l'invecchiamento della popolazione; gli scenari delle maxiemergenze amplificano le richieste di soccorso per situazioni di tipo sociale (es. la non disponibilità del proprio domicilio in seguito ad eventi sismici, terroristici etc.). A queste tipologie di richieste si sommano le richieste di trasferimenti degli allettati che si distinguono in due gruppi: quelli che fruiscono di una assistenza domiciliare di base che quindi rientrano in un elenco di utenti noti all'Azienda Sanitaria e quelli che ancora non beneficiano di questo servizio perchè assistiti privatamente o in una fase iniziale che ovviamente possono non essere conosciuti dall'azienda sanitaria. Si aggiungono a questi i cosiddetti pazienti critici, di cui sono esempio i pazienti ventilati a domicilio, per i quali devono essere redatti specifici elenchi dall'UOC Cure Domiciliari dell'ASL di Avellino e trasmessi sia in COT che alle Prefetture; per questi utenti bisogna assicurare l'assistenza ed il trasporto verso strutture di accoglienza nei casi in cui si determini una calamità o quando semplicemente si preveda la sospensione per lungo periodo della continuità elettrica. La COT allerta il Responsabile dell'UOC Cure Domiciliari dell'ASL di Avellino, e dei Servizi Sociosanitari per attivare la verifica sulla necessità di assistenza.

25.1 GESTIONE DELLE RICHIESTE E INDIVIDUAZIONE DEL LUOGO NUOVA RESIDENZA

Una volta verificata la reale necessità di assistenza da parte degli infermieri esperti in Cure Domiciliari è necessario individuare la migliore struttura di assistenza per ogni utente intercettato. Di norma, sulla base dei bisogni, i soggetti possono essere spostati verso una struttura riabilitativa, una residenza sanitaria assistita o nei casi in cui non sussistano necessità sanitarie, strutture alberghiere o altre abitazioni di familiari/amici. I pazienti che necessitano di ricovero ospedaliero o trasferimento in pronto soccorso, saranno presi in carico dal servizio di emergenza, gli altri dai servizi sociali territorialmente competenti che si occuperanno insieme alle OdV anche del trasferimento di soggetti allettati e quindi barellati, verso altre destinazioni. Per quanto attiene le disponibilità delle strutture territoriali (es. RSA), il coordinatore dei servizi sociali competente per la specifica zona, può essere il soggetto più titolato e quindi efficiente per lo specifico compito.

25.2 GESTIONE DEI BISOGNI PRIMARI SUL LUOGO, IN ATTESA DEL TRASFERIMENTO

Nell'attesa della valutazione dei bisogni e dell'identificazione della destinazione più idonea e del conseguente trasporto, la popolazione fragile può comunque manifestare bisogni di assistenza. I bisogni sanitari emergenti/urgenti saranno competenza della COT di riferimento per il territorio interessato; diversamente gli altri bisogni quali controlli clinici, somministrazione di farmaci, assistenza

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

igienico di base, etc, saranno gestite da un Team di Assistenza primaria, costituito da un medico di assistenza Primaria, o di continuità assistenziale, un infermiere ed un operatore OSS o personale volontario, il team farà riferimento al Direttore dei Servizi Socio-Sanitari e delle Cure Primarie..

26. FORMAZIONE ED ESERCITAZIONE

Il Direttore dell'UOC Emergenza Territoriale e Centrale Operativa Territoriale congiuntamente con il Direttore dell'UOC QA-Rischio Clinico e Formazione predispone il Piano della Formazione/Esercitazione/Retraining sul piano della maxiemergenza. La formazione sarà diversificata per il personale in base al ruolo previsto nel piano per:

- 1- personale della centrale operativa ed emergenza sanitaria territoriale
- 2- personale delle associazioni di volontariato che operano in convenzione con l'ASL
- 3- Direttori di UOC che hanno un ruolo nel Piano (Dipartimento di Prevenzione, Cure Domiciliari, Socio Sanitario, Cure Primarie etc)

Il piano formativo prevede anche scenari di esercitazioni, simulazioni si dovrà svolgere con cadenza biennale nel secondo semestre di ogni anno. Il corso della durata minima di n°2 giorni si compone di lezioni teoriche frontali, durante le quali verranno illustrati i concetti fondamentali necessari per governare un evento complesso affrontando tutte le problematiche connesse alla gestione e organizzazione dei teams di lavoro. Le lezioni frontali si completano con una simulazione "Role playing" su scala reale, che permetterà di mettere in pratica i concetti acquisiti e quindi:

- prefigurare le azioni, le procedure e le linee di responsabilità;
- la catena di comando
- simulare casi specifici per attivare la cascata delle chiamate;
- migliorare le capacità comunicative- relazionali ed operative di gruppo in situazioni di emergenza complessa.

26.1 OBIETTIVI SPECIFICI

Tutti gli operatori coinvolti devono:

- conoscere il "PIANO PROVINCIALE DELLE MAXIEMERGENZE" della COT dell'ASL di Avellino e le procedure operative;
- acquisire le conoscenze relative al proprio ruolo e il ruolo della propria U.O. in caso di Maxiemergenza compreso il rischio biologico non convenzionale. (BCRNe)

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

26.2 AGGIORNAMENTO E LISTA DI DISTRIBUZIONE

Il presente piano sarà oggetto di revisione biennale o anticipata in caso di aggiornamenti normativi, di nuove indicazioni istituzionali o di eventuali modifiche organizzative o strutturali o cambio dei nominativi del personale della COT. La presente procedura sarà diffusa a tutti gli operatori sia di Centrale che del Territorio ed ai responsabili delle UU.OO/Strutture aziendali coinvolte, i quali devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori di propria afferenza secondo le modalità e le regole stabilite dalla ASL Avellino.

27. CESSATO ALLARME DEFUSING E DEBRIEFING

Il cessato allarme è decretato dal Direttore della **COT, decisione concordata con CCS**, che comunica la fine dell'emergenza al Direttore Sanitario Aziendale. Il cessato allarme comporta il graduale ripristino dei normali regimi di funzionamento della Centrale (livello 0) ed il rientro dei mezzi di soccorso. ed apre la fase di supporto emotivo precoce (defusing), la programmazione di debriefing strutturati ed il monitoraggio del livello di stress degli operatori coinvolti in **collaborazione con lo psicologo**. E' necessario tener presente che gli operatori sanitari e/o tutti quelli che partecipano al soccorso di una maxiemergenza, nonostante gli sforzi possono sentirsi responsabili di non essere stati in grado soccorrere in maniera efficace tutte le vittime del disastro, in particolare le persone che sono decedute per i gravi traumi riportati. Il carico emotivo e le situazioni di stress possono essere causa di disturbi emotivi, pertanto è necessario fornire supporto psicologico non solo alle vittime ma anche a coloro che partecipano alla gestione dell'evento. Il debriefing invece serve ad analizzare quello che è stato fatto, quali sono gli obiettivi raggiunti, cosa non ha funzionato e cosa si sarebbe potuto fare per migliorare la situazione. Ripristinate le condizioni ordinarie è prevista l'organizzazione di un Audit da parte della UOC QA - Rischio Clinico - Formazione

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

ALLEGATO N.1

NOMINATIVI E RECAPITI TELEFONICI PERSONALE UOC EMERGENZA TERRITORIALE E COT

| | | | |
|--|---|------------------------|--|
| CENTRALE OPERATIVA NUMERO VERDE 800 038 078 | 0825 292723 0825 292732 0825 292731 | FAX 0825 22255 | cot118emergenzaterritoriale@aslavellino.it cot118emergenzaterritoriale@pec.aslavellino.it |
| UFFICI AMMINISTRATIVI | 0825 292141 | FAX 0825 292085 | emergenzaterritoriale@aslavellino.it |

| | | |
|------------------------------|---------------|-----------------------|
| DIRETTRICE UOC ET/COT | ROSARIA BRUNO | rbruno@aslavellino.it |
|------------------------------|---------------|-----------------------|

| | | |
|---|------------------|--|
| REFERENTE INFERMIERISTICO CON FUNZIONI DI COORDINATORE | ROSA DELLA CERRA | |
|---|------------------|--|

| INFERMIERI DI CENTRALE | |
|-------------------------------|--|
| BATTINELLI DELIA | |
| DE SIMONE LUIGI | |
| FESTA FIORELLA | |
| GIACOBBE ANGELA | |
| GAETA GIUSY | |
| GARGIULO VALENTINA | |
| GIORDANO LUIGI MARIO | |
| IANNACCONE SEBASTIANO | |
| LICCARDI LUCIANA | |
| MARINO GENNARO | |
| MINICOZZI CHRISTIAN | |
| PANZA FELICIA MARIA | |

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

| | |
|---------------------|--|
| PEPERONE MARCO | |
| PREITE ANTONIO VITO | |
| RINALDO ROSA | |
| RUSSO GIOVANNI | |
| VASELLI ROBERTA | |

| | |
|--|--|
| MEDICI DI CENTRALE | |
| RUGGIERO GEREMIA REFERENTE MEDICO DI CENTRALE | |
| MARI ANGELA | |
| MURANO RAIMONDO | |

| | |
|--|--|
| MEDICI CENTRO MOBILE RIANIMAZIONE | |
| ESPOSITO ALFONSO | |
| ROMANDINO LUCIO | |
| PAPPALARDO GIANLUCA | |
| DE MARTINO CORRADO | |
| CACCAVALE FRANCESCO | |

| | |
|---|--|
| PERSONALE UFFICI AMMINISTRATIVI ET/COT | |
| AMATRUDO ANGELA | |
| D'AMICO VENERA | |
| DEL GAUDIO MARTA | |

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p>PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p>CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p>Ottobre 2025 REV.2</p> |

ALLEGATO 2 ELENCO POSTAZIONI STIE/SAUT/CMR/PSAUT E RECAPITI

| | | |
|----|--|--|
| 1 | CMR (COT) AVELLINO | |
| 2 | ARIANO (ANPAS) SAUT | |
| 3 | ATRIPALDA (MISERICORDIA) SAUT | |
| 4 | AVELLINO (CRI) SAUT | |
| 5 | AVELLINO (MISERICORDIA) SAUT | |
| 6 | BAIANO (MISERICORDIA) SAUT | |
| 7 | BISACCIA (MISERICORDIA) SAUT | |
| 8 | CALABRITTO (ANPAS) STIE | |
| 9 | CALITRI (MISERICORDIA) SAUT | |
| 10 | CAPOSELE (ANPAS) STIE | |
| 11 | CERVINARA (MISERICORDIA) SAUT | |
| 12 | CONZA DELLA CAMPANIA (MISERICORDIA) STIE | |
| 13 | FONTANAROSA (MISERICORDIA) STIE | |
| 14 | FRIGENTO (ANPAS) STIE | |
| 15 | GROTTAMINARDA (ANPAS) SAUT | |
| 16 | LAURO (MISERICORDIA) SAUT | |
| 17 | LIONI (ANPAS) STIE | |
| 18 | LUOGOSANO (MISERICORDIA) STIE | |
| 19 | MONTECALVO (MISERICORDIA) STIE | |
| 20 | MONTELLA (MISERICORDIA) SAUT | |
| 21 | MONTEMILETTO (ANPAS) SAUT | |
| 22 | MONTEVERDE (MISERICORDIA) STIE | |
| 23 | NUSCO (MISERICORDIA) STIE | |
| 24 | PSAUT BISACCIA PUNTO PRIMO SOCCORSO-SPS | |
| 25 | SAN NICOLA BARONIA (ANPAS) STIE | |
| 26 | SANT'ANGELO D.L.(MISERICORDIA) SAUT | |

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

| | | |
|----|---------------------------------------|--|
| 27 | SAVIGNANO (MISERICORDIA) STIE | |
| 28 | SERINO (MISERICORDIA) INFERMIERE STIE | |
| 29 | SOLOFRA (MISERICORDIA) SAUT | |
| 30 | TEORA (MISERICORDIA) STIE | |
| 31 | VALLATA (MISERICORDIA) SAUT | |
| 32 | ZUNGOLI (ANPAS) STIE | |

OSPEDALI IN PROVINCIA DI AVELLINO

| | DENOMINAZIONE | INDIRIZZO | TELEFONO |
|---|--|---|--|
| 1 | AORN S.G. MOSCATI | C.DA AMORETTA AVELLINO | CENTRALINO 0825 203111 P.S. 0825 203278-0825 203320 – 0825 203323 – 0825 203372 – 0825 203067 |
| 2 | P.O. ARIANO IRPINO SANT'OTTONE FRANGIPANE - BELLIZZI | VIA V. EMANUELE ARIANO IRPINO (AV) | CENTRALINO 0825 877111 P.S. 0825 877217-0825 877256 |
| 3 | P.O. SANT'ANGELO DEI LOMBARDI CRISCUOLI-FRIERI | VIA QUADRIVIO SANT'ANGELO DEI LOMBARDI (AV) | CENTRALINO 0827 2771 0827 277239 P.S. 0827 23167-0827 27238 – 0827 277241 – 0827 2773372 |

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

ALLEGATO 3 RECAPITI DI ENTI E CENTRI

| CENTRO ANTIVELENI | RECAPITO TELEFONICO |
|---------------------------|---------------------|
| NAPOLI | 081 7472870 |
| ROMA UNIVERSITÀ CATTOLICA | 06 3054343 |
| ROMA SAN CAMILLO | 06 3050077 |
| MILANO | 02 66101029 |

| CENTRALE OPERATIVA REGIONALE MAXIEMERGENZE | RECAPITO TELEFONICO |
|---|--|
| NAPOLI | 081 7338111 - 081 7339112 - 081 8775356- 081 7330508 |

| PROTEZIONE CIVILE REGIONALE | RECAPITO TELEFONICO |
|-----------------------------|------------------------|
| Napoli | 800232525 800449911 |

| ANTIDOTI REFERENTI ASL | |
|-------------------------------|--|
| ROSSI NICOLINO | |
| CONTE GIUSEPPE | |

| REFERENTE SANITARIO REGIONALE COT REGIONALE | |
|---|--|
| GALANO GIUSEPPE | |

| POLSTRADA | RECAPIT TELEFONICO |
|--|------------------------------------|
| AVELLINO EST | 0825 206315 |
| POLSTRADA | RECAPITO TELEFONICO |
| AVELLINO OVEST | 0825 681748 |
| POLSTRADA | RECAPITO TELEFONICO |
| GROTTAMINARDA | 0825 429120 |
| POLSTRADA COA CENTRO OPERATIVO AUTOSTRADA. REGIONALE | RECAPITO TELEFONICO 081 7255111 |

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

| | |
|------------------|-------------|
| REGIONE CAMPANIA | 081 7255062 |
|------------------|-------------|

| | |
|-------------------|--|
| PREFETTURA | RECAPITO TELEFONICO |
| AVELLINO | 0825 2061 (CENTRALINO) 0825 781932 |
| PROTEZIONE CIVILE | RECAPITO TELEFONICO |
| AVELLINO | 0825 2001 0825 200310 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| SOCCORSO ALPINO | NUMERO |
| SEDE CASSANO I. C.N.S.A.S. | 827 031932 (DALLE 8 ALLE 20) |
| S:A.G.F. (GUARDIA DI FINANZA) | NUMERO 117 0825 32210 |
| SEDE S.ANGELO DEI LOMBARDI | 117 STAZIONE G.F AVELLINO H 24 STAZIONE S. ANGELO DEI LOMBARDI H 24: 0827 23634 |
| ELISUPERFICIE | RECAPITO TELEFONICO |
| AVELLINO CAMPO CONI | 335 1410529 POLIZIA MUNICIPALE 0825/782687 (seguire voce guida) |

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

ALLEGATO 4 ELENCO DPI

| 1. RISCHIO BIOLOGICO IDENTIFICATO O ORDINARIO | | |
|---|---|---|
| Batteri | Carbuncchio (bacillus anthracis); Peste (yersinia pestis) | |
| Virus | Vaiolo (variola major); febbri emorragiche (Crimea – Congo, Ebola, Marburg, Lassa, Junin, Machupo, Guanarito, Sabia, febbre gialla); encefaliti da virus (equina venezuelana, equina occidentale, equina orientale nipha); SARS CoV2. | |
| Tossine | Botulismo (clostridium botulinum) | |
| DPI | <p align="center">ZONA TIEPIDA</p> <p>Maschera a pieno facciale e filtro FP3-SL Tuta in Tyvek di tipo 3 a cappuccio (tuta intera corredata di cappuccio incorporato e dotata di guanti e stivali staccabili ma con collegamenti a tenuta di liquido - EN 14605:2005 + A1:2009)</p> | <p align="center">ZONA FREDDA</p> <p>Facciale Filtrante FFPE-SL Occhiali protettivi EN 166 Tuta in Tyvek di tipo 4 a tenuta di liquidi (EN 14605:2005 + A1:2009) Guanti in nitrile monouso EN 374 da indossare internamente; Guanti in nitrile monouso (tipo NBC System Microflex 93-220) da indossare esternamente; Stivali in gomma EN 13832-3</p> |
| Prassi vestizione | <p>Rimuovere anelli, bracciali, orologio, orecchini ed ogni oggetto che possa tagliare o deteriorare i DPI; eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; controllare che la tuta non presenti rotture o difetti; indossare la tuta infilando i piedi negli stivali senza sollevare il cappuccio; eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico; indossare la maschera a pieno facciale con filtro; indossare un paio di guanti in nitrile non sterile monouso (per la svestizione); completare la vestizione della tuta infilando le mani nei guanti; sollevare il cappuccio; chiudere completamente la cerniera della tuta; verificare il comfort della tuta eseguendo alcuni movimenti.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> | <p>Rimuovere anelli, bracciali, orologio, orecchini ed ogni oggetto che possa tagliare o deteriorare i DPI; eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; controllare che la tuta non presenti rotture o difetti; indossare la tuta infilandola dai piedi senza sollevare il cappuccio; indossare gli stivali, sedendosi se necessario; eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico; indossare il facciale filtrante; indossare un paio di guanti in nitrile non sterile monouso; completare la vestizione della tuta; sollevare il cappuccio; chiudere completamente la cerniera della tuta; indossare il secondo paio di guanti in nitrile; sigillare guanto e tuta utilizzando nastro adesivo; verificare il comfort della tuta eseguendo alcuni movimenti.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> |
| Prassi svestizione | <p>Dopo la decontaminazione primaria o "tecnica" per i soccorritori, da effettuarsi in apposita area predisposta, va effettuata quella secondaria o finale; quindi procedere alla rimozione dei DPI nell'area identificata a tale scopo.</p> <p>I DPI rimossi devono essere collocati in appositi contenitori rigidi per rifiuti sanitari a rischio infettivo, divisi per contenere indumenti e guanti/calzari, filtri aria e maschere pieno facciale riutilizzabili previo idonea decontaminazione.</p> <p>Procedura svestizione. Rimuovere la tuta afferrando l'indumento dalla parte posteriore del cappuccio e delle spalle;</p> | <p>Dopo la decontaminazione primaria o "tecnica" per i soccorritori, da effettuarsi in apposita area predisposta, va effettuata quella secondaria o finale; quindi procedere alla rimozione dei DPI nell'area identificata a tale scopo.</p> <p>I DPI rimossi devono essere collocati in appositi contenitori rigidi per rifiuti sanitari a rischio infettivo, divisi per contenere indumenti e guanti/calzari, filtri aria e maschere pieno facciale riutilizzabili previo idonea decontaminazione.</p> <p>Procedura svestizione. Rimuovere il primo paio di guanti: togliere il guanto afferrandolo delicatamente con l'altra</p> |

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>fare alcuni movimenti per aiutare lo scivolamento dell'indumento; rovesciare l'indumento dall'interno verso l'esterno avendo cura di arrotolarlo e lasciando le mani all'interno delle maniche; arrotolare l'indumento lentamente fino ai piedi senza sfilare completamente la tuta dai piedi; estrarre le mani dalle maniche; togliere completamente la tuta di protezione sfilandola lentamente dai piedi; sfilare gli stivali insieme alla tuta.</p> <p>Togliere i guanti monouso in nitrile non sterili; Eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; Indossare un paio di guanti puliti; Rimuovere la maschera a pieno facciale; Rimuovere i guanti; Eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> | <p>mano guantata in modo tale da evitare di strapparla o di togliere contemporaneamente anche l'altro guanto sottostante; trattenere il guanto tolto nel palmo della mano che indossa ancora i guanti; rimuovere l'altro guanto afferrandolo dal lato interno rovesciandolo completamente e contenendo perfettamente il primo tolto precedentemente.</p> <p>Rimuovere la tuta: Afferrare l'indumento dalla parte posteriore del cappuccio e delle spalle; fare alcuni movimenti per aiutare lo scivolamento dell'indumento; rovesciare l'indumento dall'interno verso l'esterno avendo cura di arrotolarlo e lasciando le mani all'interno delle maniche; arrotolare l'indumento lentamente fino ai piedi senza sfilare completamente la tuta dai piedi; estrarre le mani dalle maniche; togliere completamente la tuta di protezione sfilandola lentamente dai piedi; se i calzari non sono incorporati nella tuta, sfilarli assieme alla tuta.</p> <p>Rimuovere il secondo paio di guanti: togliere il guanto afferrandolo delicatamente con l'altra mano in modo tale da evitare di strapparla; non toccare le parti scoperte (mano, polso, braccio); trattenere il guanto tolto nel palmo della mano; rimuovere l'altro guanto afferrandolo dal lato interno rovesciandolo completamente e contenendo perfettamente il primo tolto precedentemente.</p> <p>Eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; Indossare un paio di guanti puliti; Rimuovere il facciale filtrante; Rimuovere i guanti; Eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> |
| Smaltimento | I DPI vanno smaltiti come materiale potenzialmente infetto. | |
| Operatori | Medici, Infermieri, Operatori di supporto. | Medici chirurghi, Infermieri, OSS, Autisti, Tecnici di radiologia medica/laboratorio, Imprese di servizi (operatori pulizie, sanificazione e smaltimento DPI) Personale morgue. |
| Normativa | D.Lgs. 81/2008 Titolo III; Regolamento (UE) 2016/425; UNI EN 374; EN 166; D.P.R. n. 254/03; UNI EN 14126:2004; UNI EN 14605:2009; EN 141; EN 143; EN 371; EN 372; EN 14126; Circolare n.5443 del 22/02/2020 del Ministero della Salute ed indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità; Istituto Superiore Antincendi dei Vigili del Fuoco (ISA2005). | |
| 1 RISCHIO BIOLOGICO NON IDENTIFICATO | | |
| DPI | ZONA TIEPIDA Maschera a pieno facciale e filtro FP3-SL Tuta in tyvek di tipo 3 a cappuccio (tuta intera corredata di cappuccio incorporato e dotata di | ZONA FREDDA Facciale Filtrante FFPE-SL Occhiali protettivi EN 166 Tuta in Tyvek di tipo 4 a tenuta di liquidi (EN |

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| | <p>guanti e stivali staccabili ma con collegamenti a tenuta di liquido - EN 14605:2005 + A1:2009)</p> | <p>14605:2005 + A1:2009) Guanti in nitrile monouso EN 374 da indossare internamente; Guanti in nitrile monouso (tipo NBC System Microflex 93-220) da indossare esternamente; Stivali in gomma EN 13832-3</p> |
| <p>Prassi vestizione</p> | <p>Rimuovere anelli, bracciali, orologio, orecchini ed ogni oggetto che possa tagliare o deteriorare i DPI; eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; controllare che la tuta non presenti rotture o difetti; indossare la tuta infilando i piedi negli stivali senza sollevare il cappuccio; eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico; indossare la maschera a pieno facciale con filtro; indossare un paio di guanti in nitrile non sterile monouso (per la svestizione); completare la vestizione della tuta infilando le mani nei guanti; sollevare il cappuccio; chiudere completamente la cerniera della tuta; verificare il comfort della tuta eseguendo alcuni movimenti.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> | <p>Rimuovere anelli, bracciali, orologio, orecchini ed ogni oggetto che possa tagliare o deteriorare i DPI; eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; controllare che la tuta non presenti rotture o difetti; indossare la tuta infilandola dai piedi senza sollevare il cappuccio; indossare gli stivali, sedendosi se necessario; eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico; indossare il facciale filtrante; indossare un paio di guanti in nitrile non sterile monouso; completare la vestizione della tuta; sollevare il cappuccio; chiudere completamente la cerniera della tuta; indossare il secondo paio di guanti in nitrile; sigillare guanto e tuta utilizzando nastro adesivo; verificare il comfort della tuta eseguendo alcuni movimenti.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> |
| <p>Prassi svestizione</p> | <p>Dopo la decontaminazione primaria o "tecnica" per i soccorritori, da effettuarsi in apposita area predisposta, va effettuata quella secondaria o finale; quindi procedere alla rimozione dei DPI nell'area identificata a tale scopo.</p> <p>I DPI rimossi devono essere collocati in appositi contenitori rigidi per rifiuti sanitari a rischio infettivo, divisi per contenere indumenti e guanti/calzari, filtri aria e maschere pieno facciale riutilizzabili previo idonea decontaminazione.</p> <p>Procedura svestizione. Rimuovere la tuta: Afferrare l'indumento dalla parte posteriore del cappuccio e delle spalle; fare alcuni movimenti per aiutare lo scivolamento dell'indumento; rovesciare l'indumento dall'interno verso l'esterno avendo cura di arrotolarlo e lasciando le mani all'interno delle maniche; arrotolare l'indumento lentamente fino ai piedi senza sfilare completamente la tuta dai piedi; estrarre le mani</p> | <p>Dopo la decontaminazione primaria o "tecnica" per i soccorritori, da effettuarsi in apposita area predisposta, va effettuata quella secondaria o finale; quindi procedere alla rimozione dei DPI nell'area identificata a tale scopo.</p> <p>I DPI rimossi devono essere collocati in appositi contenitori rigidi per rifiuti sanitari a rischio infettivo, divisi per contenere indumenti e guanti/calzari, filtri aria e maschere pieno facciale riutilizzabili previo idonea decontaminazione.</p> <p>Procedura svestizione. Rimuovere il primo paio di guanti: togliere il guanto afferrandolo delicatamente con l'altra mano guantata in modo tale da evitare di strapparli o di togliere contemporaneamente anche l'altro guanto sottostante; trattenere il guanto tolto nel palmo della mano che indossa ancora i guanti; rimuovere l'altro guanto afferrandolo dal lato interno rovesciandolo completamente e contenendo perfettamente il</p> |

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>dalle maniche; togliere completamente la tuta di protezione sfilandola lentamente dai piedi; sfilare gli stivali insieme alla tuta. Togliere i guanti monouso in nitrile non sterili; Eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; Indossare un paio di guanti puliti; Rimuovere la maschera a pieno facciale; Rimuovere i guanti; Eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> | <p>primo tolto precedentemente. Rimuovere la tuta: Afferrare l'indumento dalla parte posteriore del cappuccio e delle spalle; fare alcuni movimenti per aiutare lo scivolamento dell'indumento; rovesciare l'indumento dall'interno verso l'esterno avendo cura di arrotolarlo e lasciando le mani all'interno delle maniche; arrotolare l'indumento lentamente fino ai piedi senza sfilare completamente la tuta dai piedi; estrarre le mani dalle maniche; togliere completamente la tuta di protezione sfilandola lentamente dai piedi; se i calzari non sono incorporati nella tuta, sfilarli assieme alla tuta. Rimuovere il secondo paio di guanti: togliere il guanto afferrandolo delicatamente con l'altra mano in modo tale da evitare di strapparli; non toccare le parti scoperte (mano, polso, braccio); trattenere il guanto tolto nel palmo della mano; rimuovere l'altro guanto afferrandolo dal lato interno rovesciandolo completamente e contenendo perfettamente il primo tolto precedentemente. Eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; Indossare un paio di guanti puliti; Rimuovere il facciale filtrante; Rimuovere i guanti; Eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> |
| Smaltimento | I DPI vanno smaltiti come materiale potenzialmente infetto. | |
| Operatori | Medici, Infermieri, Operatori di supporto. | Medici chirurghi, Infermieri, OSS, Autisti, Tecnici di radiologia medica/laboratorio, Imprese di servizi (operatori pulizie, sanificazione e smaltimento DPI) Personale morgue. |
| Normativa | D.Lgs. 81/2008 Titolo III; Regolamento (UE) 2016/425; UNI EN 374; EN 166; D.P.R. n. 254/03; UNI EN 14126:2004; UNI EN 14605:2009; EN 141; EN 143; EN 371; EN 372; EN 14126; Circolare n.5443 del 22/02/2020 del Ministero della Salute ed indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità; Istituto Superiore Antincendi dei Vigili del Fuoco (ISA2005). | |
| 2. RISCHIO CHIMICO CONVENZIONALE IDENTIFICATO | | |
| Nervini | Tabun (GA); Sarin (GB); Soman (GD); VX; Cicloesil Sarin (GF); | |
| Vescicanti | Iprite (HD); Lewisite (L); Azoiprite (HN3); Fenildicloro arsina (PD); FENILDICLORO ARSINA (PD); Etildicloro Arsina (ED); Metildicloro Arsina (MD) Ossima Del Fosgene (CX) | |
| Sistemici | Acido Cianidrico (AC); Cloruro Di Cianogeno (CK); Arsina (SA) | |
| Soffocanti | Fosgene (CG); Difosgene (DP); Perfluoro Isobutene (PFIB); Cloropicrina (PS) | |
| Incapacitanti | Chinuclidil Benzilato (BZ) | |
| Irritanti | Adamsite (DM); Difenil cloro arsina (DA); Difenil ciano arsina (DC); Cloroacetofenone (CN); | |

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

| Clorobenzal malononitrile (CS); Dibenz o-azepina (CR); Bromo benzil cianuro (CA) | |
|---|---|
| Antipianta | Erbicida 2,4-D; 76 Erbicida 2,4,5; Tacido cacodilico; Picloram |
| DPI | <p align="center">ZONA TIEPIDA</p> <p>Maschera a pieno facciale e filtro FP3-SL Tuta in Tyvek di tipo 3 a cappuccio (tuta intera corredata di cappuccio incorporato e dotata di guanti e stivali staccabili ma con collegamenti a tenuta di liquido - EN 14605: + A1:2009)</p> <p align="center">ZONA FREDDA</p> <p>Facciale filtrante FFPE-SL Occhiali protettivi EN 166 Tuta in Tyvek di tipo 4 a tenuta di schizzi di liquidi (EN 14605:2005 + A1:2009) Guanti in nitrile monouso EN 374 da indossare internamente; Guanti in nitrile monouso (tipo NBC System Microflex 93-220) da indossare esternamente; Stivali in gomma EN 13832-3</p> |
| Prassi vestizione | <p>Rimuovere anelli, bracciali, orologio, orecchini ed ogni oggetto che possa tagliare o deteriorare i DPI; eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; controllare che la tuta non presenti rotture o difetti; indossare la tuta infilando i piedi negli stivali senza sollevare il cappuccio; eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico; indossare la maschera a pieno facciale con filtro; indossare un paio di guanti in nitrile non sterile monouso (per la svestizione); completare la vestizione della tuta infilando le mani nei guanti; sollevare il cappuccio; chiudere completamente la cerniera della tuta; verificare il comfort della tuta eseguendo alcuni movimenti.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> <p>Rimuovere anelli, bracciali, orologio, orecchini ed ogni oggetto che possa tagliare o deteriorare i DPI; eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; controllare che la tuta non presenti rotture o difetti; indossare la tuta infilandola dai piedi senza sollevare il cappuccio; indossare gli stivali, sedendosi se necessario; eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico; indossare il facciale filtrante; indossare un paio di guanti in nitrile non sterile monouso; completare la vestizione della tuta; sollevare il cappuccio; chiudere completamente la cerniera della tuta; indossare il secondo paio di guanti in nitrile; sigillare guanto e tuta utilizzando nastro adesivo; verificare il comfort della tuta eseguendo alcuni movimenti.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> |
| Prassi svestizione | <p>Dopo la decontaminazione primaria o "tecnica" per i soccorritori, da effettuarsi in apposita area predisposta, va effettuata quella secondaria o finale; quindi procedere alla rimozione dei DPI nell'area identificata a tale scopo.</p> <p>I DPI rimossi devono essere collocati in appositi contenitori rigidi per rifiuti sanitari a rischio infettivo, divisi per contenere indumenti e guanti/calzari, filtri aria e maschere pieno facciale riutilizzabili previo idonea decontaminazione.</p> <p>Procedura svestizione. Rimuovere la tuta: Afferrare l'indumento dalla parte posteriore del cappuccio e delle spalle; fare alcuni movimenti per aiutare lo scivolamento dell'indumento; rovesciare l'indumento dall'interno verso l'esterno avendo cura di arrotolarlo e lasciando le mani all'interno delle maniche; arrotolare l'indumento lentamente fino ai piedi senza sfilare completamente la tuta dai piedi; estrarre le mani</p> <p>Dopo la decontaminazione primaria o "tecnica" per i soccorritori, da effettuarsi in apposita area predisposta, va effettuata quella secondaria o finale; quindi procedere alla rimozione dei DPI nell'area identificata a tale scopo.</p> <p>I DPI rimossi devono essere collocati in appositi contenitori rigidi per rifiuti sanitari a rischio infettivo, divisi per contenere indumenti e guanti/calzari, filtri aria e maschere pieno facciale riutilizzabili previo idonea decontaminazione.</p> <p>Procedura svestizione. Rimuovere il primo paio di guanti: togliere il guanto afferrandolo delicatamente con l'altra mano guantata in modo tale da evitare di strapparli o di togliere contemporaneamente anche l'altro guanto sottostante; trattenere il guanto tolto nel palmo della mano che indossa ancora i guanti; rimuovere l'altro guanto afferrandolo dal lato interno rovesciandolo completamente e contenendo perfettamente il</p> |

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | <p>dalle maniche; togliere completamente la tuta di protezione sfilandola lentamente dai piedi; sfilare gli stivali insieme alla tuta. Togliere i guanti monouso in nitrile non sterili; Eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; Indossare un paio di guanti puliti; Rimuovere la maschera a pieno facciale; Rimuovere i guanti; Eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> | <p>primo tolto precedentemente. Rimuovere la tuta: Afferrare l'indumento dalla parte posteriore del cappuccio e delle spalle; fare alcuni movimenti per aiutare lo scivolamento dell'indumento; rovesciare l'indumento dall'interno verso l'esterno avendo cura di arrotolarlo e lasciando le mani all'interno delle maniche; arrotolare l'indumento lentamente fino ai piedi senza sfilare completamente la tuta dai piedi; estrarre le mani dalle maniche; togliere completamente la tuta di protezione sfilandola lentamente dai piedi; se i calzari non sono incorporati nella tuta, sfilarli assieme alla tuta. Rimuovere il secondo paio di guanti: togliere il guanto afferrandolo delicatamente con l'altra mano in modo tale da evitare di strapparli; non toccare le parti scoperte (mano, polso, braccio); trattenere il guanto tolto nel palmo della mano; rimuovere l'altro guanto afferrandolo dal lato interno rovesciandolo completamente e contenendo perfettamente il primo tolto precedentemente. Eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; Indossare un paio di guanti puliti; Rimuovere il facciale filtrante; Rimuovere i guanti; Eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> |
| Smaltimento | I DPI vanno smaltiti come materiale potenzialmente infetto. | |
| Operatori | Medici, Infermieri, Operatori di supporto, | Medici chirurghi, Infermieri, OSS, Autisti, Tecnici di radiologia medica/laboratorio, Imprese di servizi (operatori pulizie, sanificazione e smaltimento DPI) Personale morgue. |
| Normativa | D.Lgs. 81/2008 Titolo III; Regolamento (UE) 2016/425; UNI EN 374; EN 166; D.P.R. n. 254/03; UNI EN 14126:2004; UNI EN 14605:2009; EN 141; EN 143; EN 371; EN 372; EN 14126; Circolare n.5443 del 22/02/2020 del Ministero della Salute ed indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità; Istituto Superiore Antincendi dei Vigili del Fuoco (ISA2005). | |
| 2.1 RISCHIO CHIMICO NON CONVENZIONALE O NON IDENTIFICATO | | |
| DPI | <p align="center">ZONA TIEPIDA</p> <p>Maschera a pieno facciale e filtro FP3-SL Tuta in Tyvek di tipo 3 a cappuccio (tuta intera corredata di cappuccio incorporato e dotata di guanti e stivali staccabili ma con collegamenti a tenuta di liquido - EN 14605: + A1:2009)</p> | <p align="center">ZONA FREDDA</p> <p>Facciale filtrante FFPE-SL Occhiali protettivi EN 166 Tuta in Tyvek di tipo 4 a tenuta di schizzi di liquidi (EN 14605:2005 + A1:2009) Guanti in nitrile monouso EN 374 da indossare internamente; Guanti in nitrile monouso (tipo NBC System Microflex 93-220) da indossare esternamente; Stivali in gomma EN 13832-3</p> |
| Prassi vestizione | Rimuovere anelli, bracciali, orologio, orecchini ed ogni oggetto che possa tagliare o deteriorare i | Rimuovere anelli, bracciali, orologio, orecchini ed ogni oggetto che possa tagliare o deteriorare i |

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| | <p>DPI; eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; controllare che la tuta non presenti rotture o difetti; indossare la tuta infilando i piedi negli stivali senza sollevare il cappuccio; eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico; indossare la maschera a pieno facciale con filtro; completare la vestizione della tuta infilando le mani nei guanti; sollevare il cappuccio; chiudere completamente la cerniera della tuta; verificare il comfort della tuta eseguendo alcuni movimenti.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> | <p>DPI; eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; controllare che la tuta non presenti rotture o difetti; indossare la tuta infilandola dai piedi senza sollevare il cappuccio; indossare gli stivali, sedendosi se necessario; eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico; indossare il facciale filtrante; indossare un paio di guanti in nitrile non sterile monouso; completare la vestizione della tuta; sollevare il cappuccio; chiudere completamente la cerniera della tuta; indossare il secondo paio di guanti in nitrile; sigillare guanto e tuta utilizzando nastro adesivo; verificare il comfort della tuta eseguendo alcuni movimenti.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> |
| <p>Prassi svestizione</p> | <p>Dopo la decontaminazione primaria o "tecnica" per i soccorritori, da effettuarsi in apposita area predisposta, va effettuata quella secondaria o finale; quindi procedere alla rimozione dei DPI nell'area identificata a tale scopo.</p> <p>I DPI rimossi devono essere collocati in appositi contenitori rigidi per rifiuti sanitari a rischio infettivo, divisi per contenere indumenti e guanti/calzari, filtri aria e maschere pieno facciale riutilizzabili previo idonea decontaminazione.</p> <p>Procedura svestizione. Rimuovere la tuta: Afferrare l'indumento dalla parte posteriore del cappuccio e delle spalle; fare alcuni movimenti per aiutare lo scivolamento dell'indumento; rovesciare l'indumento dall'interno verso l'esterno avendo cura di arrotolarlo e lasciando le mani all'interno delle maniche; arrotolare l'indumento lentamente fino ai piedi senza sfilare completamente la tuta dai piedi; estrarre le mani dalle maniche; togliere completamente la tuta di protezione sfilandola lentamente dai piedi; sfilare gli stivali insieme alla tuta. Eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; Indossare un paio di guanti puliti; Rimuovere la maschera a pieno facciale; Rimuovere i guanti; Eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto</p> | <p>Dopo la decontaminazione primaria o "tecnica" per i soccorritori, da effettuarsi in apposita area predisposta, va effettuata quella secondaria o finale; quindi procedere alla rimozione dei DPI nell'area identificata a tale scopo.</p> <p>I DPI rimossi devono essere collocati in appositi contenitori rigidi per rifiuti sanitari a rischio infettivo, divisi per contenere indumenti e guanti/calzari, filtri aria e maschere pieno facciale riutilizzabili previo idonea decontaminazione.</p> <p>Procedura svestizione. Rimuovere il primo paio di guanti: togliere il guanto afferrandolo delicatamente con l'altra mano guantata in modo tale da evitare di strapparli o di togliere contemporaneamente anche l'altro guanto sottostante; trattenere il guanto tolto nel palmo della mano che indossa ancora i guanti; rimuovere l'altro guanto afferrandolo dal lato interno rovesciandolo completamente e contenendo perfettamente il primo tolto precedentemente. Rimuovere la tuta: Afferrare l'indumento dalla parte posteriore del cappuccio e delle spalle; fare alcuni movimenti per aiutare lo scivolamento dell'indumento; rovesciare l'indumento dall'interno verso l'esterno avendo cura di arrotolarlo e lasciando le mani all'interno delle maniche; arrotolare l'indumento lentamente fino ai piedi senza sfilare completamente la tuta dai piedi; estrarre le mani dalle maniche; togliere</p> |

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | Superiore di Sanità. | <p>completamente la tuta di protezione sfilandola lentamente dai piedi; se i calzari non sono incorporati nella tuta, sfilarli assieme alla tuta.</p> <p>Rimuovere il secondo paio di guanti: togliere il guanto afferrandolo delicatamente con l'altra mano in modo tale da evitare di strapparli; non toccare le parti scoperte (mano, polso, braccio); trattenere il guanto tolto nel palmo della mano; rimuovere l'altro guanto afferrandolo dal lato interno rovesciandolo completamente e contenendo perfettamente il primo tolto precedentemente.</p> <p>Eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; Indossare un paio di guanti puliti; Rimuovere il facciale filtrante; Rimuovere i guanti; Eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> |
| Smaltimento | I DPI vanno smaltiti come materiale potenzialmente infetto. | |
| Operatori | Medici, Infermieri, Operatori di supporto. | Medici chirurgici, Infermieri, OSS, Autisti, Tecnici di radiologia medica/laboratorio, Imprese di servizi (operatori pulizie, sanificazione e smaltimento DPI) Personale morgue. |
| Normativa | D.Lgs. 81/2008 Titolo III; Regolamento (UE) 2016/425; UNI EN 374; EN 166; D.P.R. n. 254/03; UNI EN 14126:2004; UNI EN 14605:2009; EN 141; EN 143; EN 371; EN 372; EN 14126; Circolare n.5443 del 22/02/2020 del Ministero della Salute ed indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità; Istituto Superiore Antincendi dei Vigili del Fuoco (ISA2005). | |
| 3. RISCHIO NUCLEARE RADIOLOGICO RADIOATTIVO | | |
| DPI | ZONA TIEPIDA Maschera a pieno facciale e filtro SX-P3 Tuta in Tyvek di tipo 4 (EN 14605:2005 + A1:2009; EN 1073-2) Guanti in nitrile monouso EN 374 da indossare internamente; Guanti in nitrile monouso (tipo NBC System Microflex 93-220) da indossare esternamente; Stivali in gomma EN 13832-3 | ZONA FREDDA Facciale filtrante SX-P3 Occhiali protettivi EN 166 Tuta in Tyvek di tipo 4 (EN 14605:2005 + A1:2009; EN 1073-2) Guanti in nitrile monouso EN 374 da indossare internamente; Guanti in nitrile monouso (tipo NBC System Microflex 93-220) da indossare esternamente; Stivali in gomma EN 13832-3 |
| Prassi vestizione | Rimuovere anelli, bracciali, orologio, orecchini ed ogni oggetto che possa tagliare o deteriorare i DPI; eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; controllare che la tuta non presenti rotture | Rimuovere anelli, bracciali, orologio, orecchini ed ogni oggetto che possa tagliare o deteriorare i DPI; eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; controllare che la tuta non presenti rotture |

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| | <p>o difetti; indossare la tuta infilando i piedi negli stivali senza sollevare il cappuccio; eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico; indossare la maschera a pieno facciale con filtro; completare la vestizione della tuta infilando le mani nei guanti; sollevare il cappuccio; chiudere completamente la cerniera della tuta; verificare il comfort della tuta eseguendo alcuni movimenti.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> | <p>o difetti; indossare la tuta infilandola dai piedi senza sollevare il cappuccio; indossare gli stivali, sedendosi se necessario; eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico; indossare il facciale filtrante; indossare un paio di guanti in nitrile non sterile monouso; completare la vestizione della tuta; sollevare il cappuccio; chiudere completamente la cerniera della tuta; indossare il secondo paio di guanti in nitrile; sigillare guanto e tuta utilizzando nastro adesivo; verificare il comfort della tuta eseguendo alcuni movimenti.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> |
| <p>Prassi svestizione</p> | <p>Dopo la decontaminazione primaria o "tecnica" per i soccorritori, da effettuarsi in apposita area predisposta, va effettuata quella secondaria o finale; quindi procedere alla rimozione dei DPI nell'area identificata a tale scopo.</p> <p>I DPI rimossi devono essere collocati in appositi contenitori rigidi per rifiuti sanitari a rischio infettivo, divisi per contenere indumenti e guanti/calzari, filtri aria e maschere pieno facciale riutilizzabili previo idonea decontaminazione.</p> <p>Procedura svestizione. Rimuovere la tuta: Afferrare l'indumento dalla parte posteriore del cappuccio e delle spalle; fare alcuni movimenti per aiutare lo scivolamento dell'indumento; rovesciare l'indumento dall'interno verso l'esterno avendo cura di arrotolarlo e lasciando le mani all'interno delle maniche; arrotolare l'indumento lentamente fino ai piedi senza sfilare completamente la tuta dai piedi; estrarre le mani dalle maniche; togliere completamente la tuta di protezione</p> | <p>Dopo la decontaminazione primaria o "tecnica" per i soccorritori, da effettuarsi in apposita area predisposta, va effettuata quella secondaria o finale; quindi procedere alla rimozione dei DPI nell'area identificata a tale scopo.</p> <p>I DPI rimossi devono essere collocati in appositi contenitori rigidi per rifiuti sanitari a rischio infettivo, divisi per contenere indumenti e guanti/calzari, filtri aria e maschere pieno facciale riutilizzabili previo idonea decontaminazione.</p> <p>Procedura svestizione. Rimuovere il primo paio di guanti: togliere il guanto afferrandolo delicatamente con l'altra mano guantata in modo tale da evitare di strapparli o di togliere contemporaneamente anche l'altro guanto sottostante; trattenere il guanto tolto nel palmo della mano che indossa ancora i guanti; rimuovere l'altro guanto afferrandolo dal lato interno rovesciandolo completamente e contenendo perfettamente il primo tolto</p> |

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

| | | |
|--------------------|--|---|
| | <p>sfilandola lentamente dai piedi; sfilare gli stivali insieme alla tuta. Eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; Indossare un paio di guanti puliti; Rimuovere la maschera a pieno facciale; Rimuovere i guanti; Eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> | <p>precedentemente. Rimuovere la tuta: Afferrare l'indumento dalla parte posteriore del cappuccio e delle spalle; fare alcuni movimenti per aiutare lo scivolamento dell'indumento; rovesciare l'indumento dall'interno verso l'esterno avendo cura di arrotolarlo e lasciando le mani all'interno delle maniche; arrotolare l'indumento lentamente fino ai piedi senza sfilare completamente la tuta dai piedi; estrarre le mani dalle maniche; togliere completamente la tuta di protezione sfilandola lentamente dai piedi; se i calzari non sono incorporati nella tuta, sfilarli assieme alla tuta. Rimuovere il secondo paio di guanti: togliere il guanto afferrandolo delicatamente con l'altra mano in modo tale da evitare di strapparli; non toccare le parti scoperte (mano, polso, braccio); trattenere il guanto tolto nel palmo della mano; rimuovere l'altro guanto afferrandolo dal lato interno rovesciandolo completamente e contenendo perfettamente il primo tolto precedentemente. Eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico; Indossare un paio di guanti puliti; Rimuovere il facciale filtrante; Rimuovere i guanti; Eseguire nuovamente l'igiene delle mani con gel alcolico.</p> <p>Come indicato dalla Circolare Ministero Salute n.5443 del 22/02/2020 e dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> |
| Smaltimento | I DPI vanno smaltiti come materiale potenzialmente infetto. | |
| Operatori | Medici, Infermieri, Operatori di supporto. | Medici chirurgi, Infermieri, OSS, Autisti, Tecnici di radiologia medica/laboratorio, Imprese di servizi (operatori pulizie, sanificazione e smaltimento DPI) Personale morgue. |
| Normativa | D.Lgs. 81/2008 Titolo III; Regolamento (UE) 2016/425; UNI EN 374; EN 166; D.P.R. n. 254/03; UNI EN 14126:2004; UNI EN 14605:2009; EN 141; EN 143; EN 371; EN 372; EN 14126; EN 1073-2; Circolare n.5443 del 22/02/2020 del Ministero della Salute ed indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità; Istituto Superiore Antincendi dei Vigili del Fuoco (ISA2005). | |

| | | |
|---|--|---|
|  |  <p>PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p>CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> |  <p>Ottobre 2025 REV.2</p> |
|---|--|---|

Allegato n.5 ELENCO MATERIALE PER MAXIEMERGENZA

| VOCE | DOTAZIONE N. | VOCE | DOTAZIONE N. | VOCE | DOTAZIONE N |
|--|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|--------------------|
| DISPOSITIVI IMMOBILIZZAZIONE | 10 SET | SCHEDE TRIAGE START (A E B) CON NASTRO E GANCIO DA APPENDERE AL COLLO | 500 Adult Start 200 Jump Start | SET MATERIALE DA INTUBAZ | 50 |
| BARELLE SPINALI COLLARI | 10 BARELLE 30 COLLARI | PETTORINE GIALLE DSR DIRETTORE DI REC E TRIAGE | 10 | ZAINI EMERG | 4 |
| KIT EMERGENZE EMORRAGICHE | 30 | PETTORINA ROSSE DSS DIRETTORE SOCCORSI | 10 | SIRINGHE DI VARIA MISURA | 500 (5/10/20) |
| MEDICAZIONE OCCLUSIVE PER FERITE TORACICHE | 30 | PETTORINA BLU DTR (DIR.RECUPERO E TRASPORTO) | 10 | MATERIALE DISINFETTANTE NON ALCOLOCO FLACONI | 30 |
| BRACCIALETTI ADESIVI ROSSI GIALLI VERDI NERI CON N° IDENTIFICATIVO PAZIENTE | 500 100 200 150 50 | PETTORINE BIANCA DIRETTORE MEDICO PMA E PERSONALE PMA (INF. SOCC) | 10 30 | PENNARELLI DERMOGRAFICI INDELEBILI | 30 |
| I GEL GUEDEL | 30 50 | PETTORINE A SCACCHI BIANCHE E BLU TRASPORTI DAL PMA VERSO OSPEDALE | 10 | LUBRIFICANTE PER ECO E/O CATETERISMO | 5 |
| COPERTE ISOTERMICHE GHIACCIO | 50 100 | PETTORINA A SCACCHI GIALLO E ROSSA SOCCORRITORI E SANITARI DEL TERRITORIO | 200 | GUANTI VARIE DIMENSIONI | 1000 |
| SACCHE DI FIOLOGICHE | 50 DA 500 50 DA 250 | ASTE PORTAFLEBO | 30 | NASTRO TELA ROTOLI | 20 |
| SACCHE DI RINGER LATTATO | 25 DA 500 25 DA 250 | PREMISACCHE | 30 | SET SUTURA PINZE PORTAGHI E FORBICI | 30 |
| SACCHE DI GLUCOSATE | 50 DA 500 50 DA 250 | CATETERI FOLEY DI VARIO CALIBRO E BUSTE | 100 (14/16/18) 200 | LACCI EMOSTATICI | 30 |
| DEFLUSSORI | 300 | SIRINGHE DA INSULINA | 50 | MASCHERE E RACCORDO PER OSSIGENO | 300 (VARIA MISURA) |
| AGHI CANNULA DI VARIE MISURE (G14/16/18/20/22) | 300 | TORCIA CON PILE | 10 | SONDINI PER ASPIRAZIONE | 60 (VARIA MISURA) |
| GARZE STERILI E NON | 300 | TAGLIA-ANELLI | 5 | CONTENITORI PER TAGLIANTI | 15 |

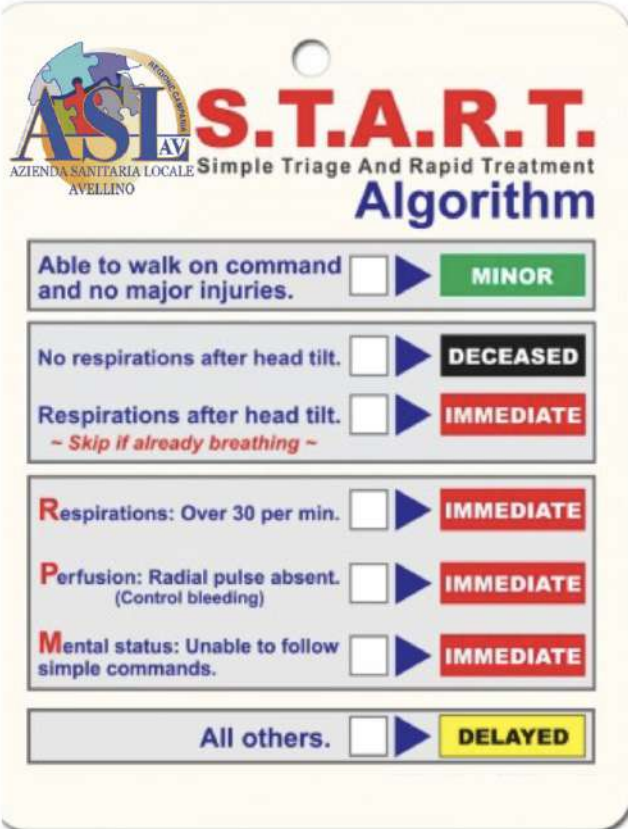
| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

ALLEGATO 6 FOGLIO REGISTRO PAZIENTI

| N. IDENTIFICATIVO | COGNOME | NOME | AREA | RICOVERATO | TRASFERITO | DECEDUTO |
|-------------------|---------|------|--------|------------|------------|----------|
| | | | Rossi | | | Morgue |
| | | | Gialli | | | |
| | | | Verdi | | | |
| | | | Rossi | | | Morgue |
| | | | Gialli | | | |
| | | | Verdi | | | |
| | | | Rossi | | | Morgue |
| | | | Gialli | | | |
| | | | Verdi | | | |
| | | | Rossi | | | Morgue |
| | | | Gialli | | | |
| | | | Verdi | | | |
| | | | Rossi | | | Morgue |
| | | | Gialli | | | |
| | | | Verdi | | | |

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

ALLEGATO 7 SCHEDA TRIAGE START (SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT) e JUMP START



S.T.A.R.T.
Simple Triage And Rapid Treatment
Algorithm

Able to walk on command and no major injuries. **MINOR**

No respirations after head tilt. **DECEASED**


Respirations after head tilt. **IMMEDIATE**
~ Skip if already breathing ~

Respirations: Over 30 per min. **IMMEDIATE**

Perfusion: Radial pulse absent. (Control bleeding) **IMMEDIATE**

Mental status: Unable to follow simple commands. **IMMEDIATE**

All others. **DELAYED**



JumpSTART
Algorithm

Able to walk. No major injuries. (re-evaluate in secondary triage) **MINOR**

Apneic and no pulse after head tilt. **DECEASED**

Apneic with pulse after 5 rescue breaths. **DECEASED**

Respirations after head tilt or 5 rescue breaths. **IMMEDIATE**
~ Skip if already breathing ~

Respirations: Less than 15 or over 45 per minute. **IMMEDIATE**

OR

Perfusion: Radial pulse absent. (Control bleeding) **IMMEDIATE**

OR

AVPU: P inappropriate or U. **IMMEDIATE**

All others. (A, V or P appropriate) **DELAYED**

DATA _____ ORA _____

Timbro e Firma del Medico

Timbro e Firma dell' Infermiere

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

LEGENDA ACRONIMI

MCI : mass casualty incident

MIMMS: Major Incident Medical Management and Support

ET/COT: Emergenza Territoriale/ Centrale Operativa Territoriale

PSAUT : Punto Soccorso assistenza urgenza territoriale

STIE : Servizio Trasporto Infermi Emergenza

SAUT: Servizio Assistenza Urgenza Territoriale

CMR: Centro Mobile Rianimazione

MSA: mezzo di soccorso avanzato

MSB: mezzo di soccorso di base

RSR: referente sanitario regionale

PCA: posto di comando avanzato

DSS: direttore di soccorso sanitario

DSR: direttore squadre recupero

DTR: direttore tecnico trasporti

DTS: Direttore tecnico dei soccorsi

PMA : posto medico avanzato

TRIAGE START : simple triage and rapid treatment

CCS: centro coordinamento soccorsi

COM: **centro operativo misto**

COC: **centro operativo comunale**

ABCD : airway breathing circulation disability

AVPU : alert, verbal, painful, unresponsive

RSA: residenza sanitaria assistita

PEIMAF: Piano Emergenza Intraospedaliero in caso di Massiccio Afflusso di Feriti

PS: Pronto Soccorso

MCOT: Medico di Centrale Operativa Territoriale

MXE: Maxiemergenza

UCG-MXE: Unità di crisi gestione- Maxiemergenza

UOC: Unità Operativa Complessa

RSPP: Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione

AAVV: Associazioni di Volontariato

OdV: Organizzazioni di Volontariato

DECO: Decontaminazione

FAST: First Assessment and Sequential Triage

BCRNe: Rischio di natura Biologico, Chimico, Radiologico, Nucleare, esplosivo

DPI: Dispositivi Protezione Individuale

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Legge 225 del 24 febbraio 1992, "Istituzione del Servizio Nazionale di Protezione Civile Gazzetta Ufficiale n.64 del 17/3/92

Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, "Atto di indirizzo e di Coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza"

Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dip. Protezione Civile Pianificazione di emergenza esterna per impianti industriali a rischio di incidente rilevante. Gennaio 1994

D. Lgs. 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, e 90/679/CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.

Atto di intesa fra Stato e Regioni di approvazione delle Linee Guida 1/96 sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione al DPR 27/3/92

Le linee guida sul sistema di emergenza sanitaria n. 1/96, in applicazione al DPR del 92 e D.L. 626/94 e 242/96, individuano misure per l'organizzazione dell'emergenza interna degli ospedali e affidano al DEA anche la predisposizione di piani finalizzati all'accettazione contemporanea di un massiccio afflusso di pazienti

L. 15 marzo 1997, n°59 "Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa".

Presidenza del Consiglio dei Ministri-Direttiva del 13 Dicembre 2007: il Triage Sanitario nelle catastrofi" G.U. N.91 DEL 17/4/2008

Dipartimento della Protezione Civile, giugno 1997: Linee - Guida sull'Organizzazione Sanitaria in caso di catastrofi sociali.

Presidenza del Consiglio dei ministri - Dip. Protezione Civile. Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxiemergenza. Settembre 1998

D. Lgs. 30 Luglio 1999, n° 300 "Riforma dell'organizzazione del Governo, a norma dell'art. 11 della L. 15 marzo 1997 n° 59.

D. Lgs. 30 luglio 1999, n° 303 "Ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri, a norma dell'art 11 della L 15 marzo 1997, n°59

Le linee guida del Dipartimento Protezione Civile (DPC) n. 54 del 1998 dettano la pianificazione dell'emergenza intra - ospedaliera a fronte di una maxiemergenza

| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| | <p align="center">PIANO PROVINCIALE DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE</p> <p align="center">CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DELL'ASL DI AVELLINO</p> | <p align="center">Ottobre 2025 REV.2</p> |

Decreto Ministeriale - Dip. Protezione Civile del 13.02.2001" Adozione di criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi". G.U. n° 81 del 6.04. 2001

Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Deliberazione del 22 maggio 2003 sui <criteri di massima sulla dotazione di farmaci e dispositivi medici di un posto medico avanzato di II livello utilizzabile in caso di catastrofe> G.U. n° 196 del 25 agosto 2003.

Ordinanza del presidente del Consiglio dei Ministri n. 3275 (2003) GU n. 74 del 29-3-2003, vengono emanate disposizioni urgenti di protezione civile per fronteggiare l'emergenza derivante dalla attuale situazione internazionale

Presidenza del Consiglio dei Ministri-Direttiva del 13 Giugno 2006: criteri di massima sugli interventi psico-sociali nelle catastrofi. G.U. N. 200 del 29/8/2006

Presidenza del Consiglio dei Ministri-Direttiva del 13 Dicembre 2007: il Triage Sanitario nelle catastrofi" G.U. N.91 DEL 17/4/2008

D.L. 81/2008 Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro rende obbligatorio il piano di emergenza negli ospedali (PEIVAC e PEIMAF).

Presidenza del Consiglio dei Ministri-Direttiva del 28 Giugno 2011: indirizzi operativi per l'attivazione e la gestione di moduli sanitari in caso di catastrofe- G.U. N.250 del 26/10/2011

Le linee guida sul sistema di emergenza sanitaria n. 1|96, in applicazione al DPR del 92 © D.L. 626/94 e 242/96, individuano misure per l'organizzazione dell'emergenza interna degli ospedali e affidano al DEA anche la predisposizione di piani finalizzati all'accettazione contemporanea di un massiccio afflusso di pazienti.

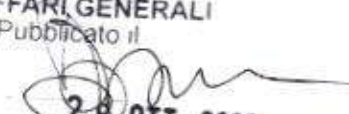
PUBBLICAZIONE E TRASMISSIONE

La pubblicazione del presente atto è a cura della UOSD Affari Generali e la sua durata è di giorni 15 dalla effettiva data di pubblicazione (caricamento sull'albo pretorio on line).

La trasmissione di copia della presente Deliberazione a Enti/Organi/interessati esterni all'ASL, espressamente indicati nell'atto, viene effettuata nelle modalità previste dalla normativa vigente dalla Struttura Proponente.

L'inoltro alle UU.OO. aziendali e/o ai destinatari interni all'ASL avverrà in modalità digitale, in ossequio alle disposizioni vigenti.

ASL AVELLINO
UOSD AFFARI GENERALI
Pubblicato il


28 OTT. 2025

Ritenuto

- necessario dover prendere atto dell'aggiornamento del suddetto Piano Provinciale di gestione delle maxiemergenze, che allegato alla presente Deliberazione ne costituisce parte integrante e sostanziale;

Attestata

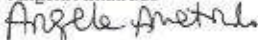
la legittimità della presente proposta, conforme alla normativa vigente ed ai regolamenti aziendali;

PROPONE

- **di adottare** il Piano Provinciale di gestione delle maxiemergenze aggiornato all'ottobre 2025;
- **di dare atto** che il presente Piano sostituisce integralmente quello precedente;
- **di trasmettere** il presente atto al Referente Sanitario Regionale, al Collegio Sindacale, come per legge, ed alla UOC proponente per il prosieguo di competenza;
- **di dare atto** che il provvedimento de quo è immediatamente eseguibile

Estensore

Angela Amatrudo



Il Direttore UOC Emergenza Territoriale e COT118

Dott.ssa Rosaria Bruno



IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Maria Concetta Conte

individuato con D.G.R.C. n. 430 del 26/06/2025

impresso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 98 del 07/08/2025

impresso in servizio con la Delibera n. 988 del 09/08/2025

- Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore UOC Emergenza Territoriale e COT118;
- Con il parere favorevole reso, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Gaetano Mamoli



IL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Emilia Anna Vozzella



DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e per l'effetto, di:

- **adottare** il Piano Provinciale di gestione delle maxiemergenze aggiornato all'ottobre 2025;
- **dare atto** che il presente Piano sostituisce integralmente quello precedente;
- **trasmettere** il presente atto al Referente Sanitario Regionale, al Collegio Sindacale, come per legge, ed alla UOC proponente per il prosieguo di competenza;
- **dare atto** che il provvedimento de quo è immediatamente eseguibile.

Il Direttore Generale
Dott.ssa Maria Concetta Conte

