



PROCEDURA EMERGENZE E ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE

14/02/2022
Pag.1 di 16

Sommario

1. PREMESSE GENERALI
2. OBIETTIVI
3. MATERIALE OCCORRENTE
4. COMPETENZE
5. MODALITÀ OPERATIVE
 - 5.1 Assistenza all'anziano parzialmente autosufficiente
 - 5.2 Assistenza all'anziano parzialmente dipendente
 - 5.3 Assistenza all'anziano completamente dipendente
6. VERIFICHE

REV	DATA	MOTIVO	PAG.
	14/02/2022	Modifiche formali	Tutte

Redatto da:

Coord. Sanitario	Segreteria
Dott. S. Saccuti	De Cristofaro F.

Approvato da:

Coord. di Struttura	RAA	Infermiere
Dott.ssa De Cristofaro Lucia		Claudio Rano



- A** EMERGENZA TECNOLOGICA/AMBIENTALE/EVENTI
ECCEZIONALI (**vedi allegato**)
- B** EMERGENZA ORGANIZZATIVA
- C** EMERGENZE SANITARIA



PREMESSE GENERALI

Nei casi di accadimenti eccezionali o di situazioni di emergenza, tutto il personale presente è direttamente responsabile delle azioni da intraprendere per far fronte all'evento e salvaguardare l'incolumità dell'anziano con l'obiettivo di tutelare al massimo i residenti e gli operatori stessi.

Per tutti i casi di emergenza è necessario che:

- si mantenga e si faccia mantenere la calma
- si operi secondo le indicazioni fornite e le conoscenze acquisite
- si sospendano le attività ordinarie in ordine al grado di importanza della situazione di emergenza
- si avvisino tempestivamente i responsabili della struttura subito dopo aver attivato le procedure d'emergenza.

A SITUAZIONI DI EMERGENZA ed EVENTI ECCEZIONALI che si possono verificare:

1. Incidente elettrico/mancanza di elettricità
2. perdite considerevoli di acqua
3. perdita di gas anomala
4. blocco ascensore
5. telefono isolato
6. blocco riscaldamento/mancanza di acqua calda
7. problemi su letti elettrici o sollevatori
8. problemi sistema antincendio
9. problemi pozzetto scarico
10. problemi con sistema antifurto
11. incendio
12. terremoto
13. neve.

(per ogni situazione elencata è allegata apposita scheda con indicazioni tecniche e strategie da adottare)



B EMERGENZA ORGANIZZATIVA

PREMESSA

E' garantita la presenza del personale secondo quanto previsto dalla normativa regionale e da quanto stabilito nei contratti servizio.

L'assenza per malattia di un operatore o di un infermiere, tempestivamente comunicata, non comporta la riduzione del numero delle figure operanti, in quanto si operano idonee sostituzioni.

In caso di sciopero o assenze particolari del personale (da considerarsi eccezionali, come una doppia malattia non prevista o non comunicata) è previsto un numero di operatori minimo per garantire le prestazioni essenziali.

In questi eventi relativi ad assenze per motivi non prevedibili, sono presenti in struttura, sia per gli operatori OSS che per gli Infermieri, apposite procedure operative (vedi Piani di Lavoro) che determinano le priorità di intervento.

OBIETTIVO:

Garantire sempre i servizi essenziali in qualsiasi condizione organizzativa.

PERSONALE COINVOLTO :

- COORDINATORE/RAA
- OSS
- INFERMIERE

MODALITÀ OPERATIVE

E' competenza della RAA o del Coordinatore, dare disposizioni al personale per l'attuazione del Piano d'Emergenza ed attuare le strategie necessarie per arginare la situazione di carenza transitoria degli operatori:

- Vedi Piano attività Infermieristico
- Vedi Piano attività OSS
- Vedi "Procedure interne per l'organizzazione del personale" Prot. n.28



C EMERGENZA SANITARIA

PREMESSA

In Casa Protetta quando si verifica una situazione di emergenza un intervento adeguato e tempestivo è spesso determinante per la sopravvivenza del paziente, che può riguardare non solo l'anziano ma anche un visitatore o un dipendente. E' quindi indispensabile che tutti gli operatori siano in grado di valutare l'evento e cercare di mantenere la calma per poter attuare al meglio gli interventi più idonei in base al proprio ruolo.

Quando in struttura è presente l'infermiere (12 ore su 24) , gli operatori OSS qualora ravvisino l'insorgenza di un evento critico, faranno ad esso riferimento L'infermiere, in prima battuta, dovrà sempre fare riferimento preferibilmente al MMG per informare della situazione in base agli orari di disponibilità.

L'infermiere procederà quindi ad una valutazione/attivazione del servizio emergenza, o MMG o 118 in base alle condizioni dell'ospite, chiedendo la collaborazione dell'OSS, e/o dell'eventuale altro infermiere in servizio ed è responsabile del percorso attivato e ne gestisce le fasi.

In assenza dell'infermiere è l'operatore OSS che, valutando l'evento critico, nell'ambito delle proprie competenze, procederà all'attivazione dell'MCA o 118 avendo cura sempre di comunicare con precisione il luogo da dove si chiama la propria qualifica e tutto ciò che può essere importante comunicare lasciandosi guidare dalle domande del MCA o operatore 118 e attivando successivamente i familiari.

OBIETTIVI :

- Erogare assistenza adeguata e tempestiva in caso di evento sanitario critico attraverso interventi mirati ed integrati atti a preservare il più possibile la domiciliarità dell'ospite;
- Ridurre i rischi e i tempi di attesa impropri per l'anziano con criticità sanitarie ;
- Garantire a tutti gli infermieri e operatori una metodologia omogenea di intervento in caso di criticità sanitaria.



DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Criteri per l'attivazione del Medico di Continuità Assistenziale o del 118 nelle Case Protette

Come attivare il Medico di Continuità Assistenziale

(GUARDIA MEDICA)

Orario di apertura al pubblico

da lun a ven: 20.00-8.00 | sab e prefestivi: 10.00-8.00 (8.00 del giorno successivo al festivo)

Informazioni

Si può accedere personalmente all' Ambulatorio di Guardia Medica (presso l'Ospedale di Correggio) nei seguenti orari: Festivi e prefestivi :10.30-12.00 16.30-18.30 Tutti i giorni: 20.30-21.30 Nelle altre fasce orarie verranno eseguite solo visite domiciliari urgenti e consulenze telefoniche .

Telefono MCA 848 800 261 un sistema telefonico centralizzato inoltrerà la chiamata al Medico di Guardia entro 20 minuti, se non si viene richiamati entro tale termine riprovare ancora. Per attivare questo numero utilizzare sempre il telefono della struttura e non telefonini cellulari.

**Nel caso che un paziente presenti un evento sanitario critico come prima cosa
l'operatore deve :**

- **Mantenere la calma e agire prontamente;**
- **Chiedere la collaborazione di un altro operatore in servizio**
- **Osservare il paziente e fare una prima valutazione delle funzioni vitali, in base a questa valutazione l'operatore deciderà se attivare il 118 o MMG.:**
- **Generalmente se vi è un trauma (con o senza perdita di coscienza) si attiva il 118 così come per una ferita che necessiti una sutura o qualsiasi sanguinamento importante perché è preferibile l'invio in ospedale così come tutti i casi di perdita di conoscenza, improvvisa perdita di mobilità degli arti, parziale e/o assenza di funzioni vitali (tranne casi eccezionali in cui vi siano indicazioni specifiche diverse.).**



- Nel caso di febbre, dolori, malessere ect, avvisare la guardia medica e descrivere il più possibile la situazione previa attenta osservazione dell'anziano.
- Per certe situazioni sanitarie ad esempio alta criticità sanitaria in anziano morente o con problematiche particolari per cui è già stato definito un progetto sanitario (tipo infusione con elastomero di oppioidi, fleboclisi da mantenere di notte ,etc,) è l'infermiera che telefona alla MCA (alla fine del turno) per informare della situazione per passaggio di consegna lasciando disposizioni precise e condivise alle OSS del turno di notte in un ottica di presa in carico globale dell'anziano.

VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI VITALI :

CARDIORESPIRATORIA (polso , respiro,)

NEUROLOGICA (stato di coscienza)

STATO DI IMPROVVISA INCOSCENZA: _____, _____ NON RISPONDE AGLI STIMOLI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI ↓ _____ =	NON PERDITA DI COSCIENZA : <u>RISPONDE AGLI STIMOLI ,</u> <u>NON COMPROMISSIONE DELLE</u> <u>FUNZIONI VITALI</u> = ↓
PERICOLO DI VITA	NON PERICOLO DI VITA
118	MMG
Chiamare l'aiuto di un altro Operatore, se presente l'Infermiere.	Tranquillizzare l'anziano mentre si osservano le funzioni vitali : Polso, Respiro, Temperatura, Diuresi, Saturimetria



PROCEDURA EMERGENZE

14/02/2022
Pag.8 di16

preso visione della situazione attuare se necessario le manovre di emergenza della BLS. Il secondo operatore provvederà a reperire il carrello delle emergenze per portarlo vicino al paziente in condizioni critiche. Rilevare le funzioni vitali : polso, respiro, pressione, saturimetria, . Osservare se permane l'incoscienza e se le vie aeree sono libere. Chiamare il 118 svolgendo il più velocemente possibile queste azioni , lasciandoti guidare dall'Operatore del 118. Durante l'evento critico un operatore rimane con l'anziano e l'altro effettua la chiamata, possibilmente senza allontanarsi utilizzando un Cordless. Al termine della chiamata effettuare eventuali disposizioni date. Se la situazione del paziente lo permette un operatore rimane accanto all'anziano, mentre l'Infermiere prepara la documentazione sanitaria, il foglio della terapia e facilita l'ingresso del personale del 118 (aprire porte, cancello, e fare strada). All'arrivo del 118, accompagnare dall'ospite, riferire l'evento con precisione, attenersi alle disposizioni date, supportando nella visita e fornendo la documentazione necessaria. Informarsi dal medico se le condizioni di salute del paziente necessitano d'attivare	sospette fratture o emorragie. Segnalare al MMG Osservare il comportamento del paziente: tranquillo, agitato, sofferente, confuso, rispetto al suo stato precedente. Se il paziente è in grado di comunicare chiedere che cosa sente: se ha difficoltà respiratoria, se ha dolore e dove, impotenza funzionale, formicolii, ecc. Chiamare il MMG o 118, riferire il nome cognome dell'utente, l'età ,il motivo della chiamata, i valori dei parametri vitali, tutto quello che si è osservato e che può essere utile al medico per farsi un quadro generale della situazione. Sarà il 118 a valutare la necessità di eseguire una visita dell'ospite all'interno della struttura. Attuare le disposizioni date. Se il 118 si reca in struttura facilitargli l'ingresso, facendogli strada. Predisporre cartella e foglio della terapia, oltre alla scheda sanitaria dell'ospite. All'arrivo del medico riferire l'evento con precisione e supportare il medico nella visita all'anziano. Informarsi dal medico se le condizioni di salute del paziente necessitano d'attivare
---	--



PROCEDURA EMERGENZE

14/02/2022
Pag.9 di16

subito i familiari, o se nel caso l'evento critico si presenti di notte, lo si può fare nelle ore successive. Il Medico del 118 dovrà rilasciare copia del referto attestante la visita, che rimarrà in cartella	subito i familiari, o se nel caso l'evento critico si presenti di notte, lo si può fare nelle ore successive. Il Medico del 118 dovrà rilasciare referto della sua visita o scrivendo sul diario medico nella cartella clinica o su apposita modulistica in dotazione al Servizio di Guardia Medica, ricordandosi in entrambi i casi di firmare e/o di apporre il proprio timbro.
Gli interventi che possono eseguire gli operatori di struttura sono limitate ai ruoli/competenze professionali e si possono differenziare in:	
Presenza dell'infermiera in reparto	Presenza in reparto solo del personale OSS
• Rilevazione dei parametri vitali e valutazione : stato di coscienza, respiro, polso, dolore, TA, colorito, limitazione funzionale , segni di lato, decubito obbligato , presenza di • ematomi e/o ferite, diuresi e/o globo vescicale etc • Possibilità di somministrazione di farmaci per OS/IM su indicazione del medico e affianca nella visita • Eseguire un cateterismo vescicale esplorativo; • Aspirazione delle prime vie aeree; Reperimento di un accesso venoso con soluzione fisiologica a goccia	• Segnalazione oggettiva dei sintomi e/o delle condizioni dell'anziano (cosa è successo , come sta, cosa è cambiato rispetto a prima, :dolore, <u>respiro, temperatura, caduta etc.</u>) • Non è possibile per il personale OSS preparare e somministrare farmaci, neanche se in presenza del medico. Fatta eccezione per • tachipirina per febbre su indicazione medica. Affiancare il medico nella visita fornendo tutte le indicazioni e l'assistenza necessarie



Dopo che il Medico o il personale del 118 hanno valutato la gravità dell'evento sanitario il paziente può:

Essere inviato al Pronto Soccorso

Rimanere in struttura

In caso di invio al P.S. fornire sempre a chi

Nel caso l'anziano rimanga in struttura :
applicare le disposizioni impartite dal Medico, valutare le condizioni del paziente nelle ore successive, controllare i parametri.

Se il Medico si limita a sole disposizioni telefoniche, monitorare attentamente l'ospite e richiamare, in caso di peggioramento delle condizioni per sollecitarne l'uscita, oppure attivare il 118 se sopraggiunge un aggravamento della situazione.

effettua il trasporto scheda sanitaria ospite e foglio terapia. Se il paziente non è in grado d'esprimersi, e i parenti non sono rintracciabili, un operatore in servizio potrà accompagnare l'ospite al P.S. a meno che non sia del turno di notte, in questo caso non può lasciare solo il II^ OSS presente in struttura e l'anziano andrà in P.S. non scortato.

Avvisare i famigliari dell'anziano, comunicando, con tatto e discrezione, l'accaduto e riferire l'Ospedale presso cui il 118 o il MCA ha inviato l'anziano, invitando ad accompagnarlo o a recarsi il prima possibile nel PS indicato.

Se il Paziente non rientra in struttura dopo



IN ENTRAMBI I CASI :

È compito dell'operatore scrivere dettagliatamente in consegna quanto accaduto, ricordandosi sempre di segnalare l'ora in cui si è manifestato l'evento e l'ora in cui si è attivato il Medico, le disposizioni date e le condizioni dell'anziano, scrivere, inoltre, se sono stati avvisati o meno i familiari e segnalare con quale di questi vi è stato il contatto (es. figlio, nuora, etc.).

Prima possibile sarà compito dell'inf. compilare l'apposita modulistica degli indicatori (se si stampa la lettera d'accompagnamento in P.S. da programma e-personam viene aggiornata automaticamente la cartella ospite).

Segnalare il mattino successivo l'accaduto al MMG responsabile del paziente.

Qualora l'ospite non resti ricoverato e rientri in struttura, l'infermiera dovrà prendere contatto con il medico per definire la terapia, se vi sono state modifiche. oppure contattare la guardia medica per lasciare disposizioni precise per il turno di notte.

Strumenti per la gestione dell'emergenza

Per gestire al meglio l'emergenza è importante avere tutto il materiale a disposizione e mantenuto sempre in condizioni adeguate. Il carrello dovrà essere conservato in una zona della struttura conosciuto a tutti in modo che, al bisogno chiunque possa andarlo a prendere senza che l'infermiere abbandoni il paziente.

Occorre avere un carrello attrezzato in modo adeguato sia come strumentario che come farmaci senza dover abbandonare il malato per reperire il materiale mancante. L'aspiratore deve essere collocato in prossimità del carrello delle emergenze.

E' inoltre indispensabile che vi sia anche un altro aspiratore collocato in salone, la cui ubicazione e funzionamento sia nota a tutti. Il cordless diventa uno strumento indispensabile per poter parlare con il medico senza allontanarsi dal paziente.

Il carrello delle emergenze deve sempre contenere i materiali di quest' elenco indicativo (concordato con il Medico di struttura) i quali dovranno essere controllati sia nelle date di scadenza, che nella funzionalità almeno una volta al mese dall'infermiera responsabile.



Farmaci

- Analgesici e antalgici (*Toradol - Fortradol*)
- Anticonvulsivanti e sedativi (*Diazepan, Ipnovel i.m. - e.v.*)
- Antiemetici (*Plasil*)
- Antiipertensivi (*Catapresan fl - Nifedidor gtt*)
- Anticoagulanti (*Calciparina 0,5 - Liquemin*)
- Antiemorragici (*Ugurol fl.*)
- Antistaminici (*Trimeton fl.*)
- Antispastici (*Buscopan fl.*)
- Antiasmatici e broncodilatatori (*Aminofillina*)
- Cardiovascolari (antiaritmici) (*Carvasin sublinguale*)
- Cortisonici multiuso (*Flebocortid 1g/500 - Urbason 20/40*)
- Diuretici (*Furosemide fl.*)
- Serenase gtt e fl
- Fiale di glucosio ipertoniche al 33% (da somministr. Solo per os per ipoglicemia)
- Antibiotico per os e im
- Sodio cloruro 9%
- Luan

Strumentario

- Fonendoscopio, sfigmomanometro
- Saturimetro
- Termometro
- Abbassalingua
- Torcia elettrica
- Kit completo per cateterismo e 2 cateteri ch 16 e ch18
- Siringhe monouso
- Guanti sterili e guanti a perdere
- Ambu cannula di Mayo Aghi canula
- Laccio emostatico
- Ferri: una pinza anatomica , una chirurgica un paio di forbici
- Aspiratore corredato di sondini
- Cerotto
- Garze
- Bende
- Contenitore per rifiuti speciali
- Tubo di Mayor
- Deflussori
- Cotone , disinfettante
- Glucometro



DEVE ESSERE PREDISPOSTO UN ELENCO DI FARMACI E MATERIALE (TIPO E QUANTITA') CONCORDATO CON MEDICO. LE CONFEZIONI DI GOCCE /COMPRESSE DEVONO ESSERE INTEGRE (PER FAVORIRE IL CONTROLLO) .

Al termine dell'emergenza i farmaci utilizzati dovranno essere reintegrati da parte del personale infermieristico e tutte le apparecchiature dovranno essere pulite e funzionanti.

Ossigeno Terapia

L'ossigeno (preferibilmente concentratore) dovrà essere conservato in una zona della struttura conosciuto a tutti in modo che, al bisogno chiunque possa andarlo a prendere senza che l'infermiere abbandoni il paziente.

Accenni di primo soccorso

Le patologie che possono essere presenti nei pazienti nelle case protette sono quelle tipiche dell'età geriatrica e si possono definire in pluripatologia dell'anziano.

E' quindi indispensabile, mettere in atto, da parte di tutti gli infermieri e operatori, la capacità di osservare l'anziano in modo globale per definire meglio il labile confine tra la "sua normalità" e l'insorgenza di un evento nuovo che può compromettere ulteriormente il suo già delicato equilibrio . Questa attenta osservazione permette di fornire al medico (118/MCA) preziose informazioni che a volte possono evitare inutili ricoveri e/o accessi in Pronto Soccorso. È inoltre importante per gli infermieri e gli operatori descrivere l'evento in modo temporale (es.da quanti minuti ha dispnea? Da quante ore non urina?) .E' anche importante saper aspettare "vigilando" ad esempio se un anziano fatica a respirare per prima cosa deve essere posturato adeguatamente, anche con cuscini,controllare come va, nel frattempo controllare gli atti respiratori ,il colorito ,la saturimetria ,etc,e darsi un po' di tempo a seconda delle condizioni prima di attivare il medico. Al contrario se un anziano ha un "ab ingestis" la prima cosa da fare è liberare le vie aeree (vedi manovra specifica) cercando di agire tempestivamente e in sicurezza.



Patologie a rischio di arresto respiratorio

- Malattie cardiache
- BPCO
- Paziente neurologico
- Traumi toracici
- Corpi estranei
- Difficoltà respiratorie importanti: dispnea, irregolarità nella frequenza respiratoria, ipotensione, cianosi, agitazione, confusione, respiro rumoroso (corpi estranei)

Patologie a rischio di arresto cardiaco

- Pregresse cardiopatie ischemiche o aritmiche
- Shock
- Sintomi di perdita dei polsi carotidi (centrali), respiro alterato (assenza), dilatazione delle pupille, cianosi, ipotensione, sudorazione profusa fredda

Lipotomia: caduta a terra con perdita di coscienza

- Pressione bassa ma percettibile
- Presenza del polso carotideo
- Posizionare il paziente a piedi sollevati (Trendelenburg)

Accessi Vascolari (TIA ,Ictus Emiparesi)

Epilessia

Crisi iper o ipoglicemica

Malattie Gastrointestinali

Traumi

Emorragie



Tecniche di rianimazione

Procurarsi il carrello dell'urgenza e l'aspiratore e chiamare immediatamente un altro operatore.

In caso di perdita di coscienza persistente attivare immediatamente il 118 per l'invio in ambulanza.

Gli operatori devono immediatamente dividere i compiti e comunicare sempre ad alta voce quello che stanno facendo.

Tecniche di base: massaggio cardiaco e respirazione assistita devono essere necessariamente legati.

Massaggio cardiaco

- Posizionare il paziente su un piano rigido, se si trova su una sedia o carrozzina deve essere sdraiato sul pavimento
- Liberare le vie aeree (secrezioni, muco, vomito, corpo estraneo) con manovra di svuotamento manuale con dito a cucchiaino o con aspiratore previa rimozione di protesi mobile
- Iperestensione della testa
- Posizionarsi di lato al paziente
- Posizionare le mani in modo corretto
- Mano di appoggio centrale sullo sterno, appoggiata solo per il palmo, con bordo inferiore due dita sopra il bordo dello sterno
- Mano di compressione con compressione sui metacarpi della mano di appoggio
- Cambio della funzione degli operatori ogni 10 minuti
- Ritmo di 50-60 massaggi al minuto con respirazione assistita a 15 atti al minuto

Respirazione assistita

- Applicare cannula di Mayo e posizionare l'ambu
- La maschera deve essere compressa sul viso
- La respirazione ed il massaggio devono essere alternate 1:3
- Somministrare ossigeno a 2 litri al minuto, in assenza di diversa prescrizione medica

NB: se si nota che durante la respirazione assistita vi è un aumento di volume dell'addome, presumibilmente da aria entrata nell'intestino, NON si deve cercare di farla uscire comprimendo l'addome; si deve ridurre un po' il volume di aria immessa.



PROCEDURA EMERGENZE

14/02/2022
Pag.16 di 16

Dopo alcuni minuti:

- Controllare presenza del polso e verificare se vi è la ripresa del respiro spontaneo
- Verificare cambiamento dello stato delle pupille e reattività

Anche se riprende la respirazione spontanea si deve ugualmente assicurare la ventilazione con insufflazioni tra i respiri spontanei.

Morte clinica = al momento dell'arresto cardiorespiratorio

Morte biologica = dopo 10 minuti dall'arresto cardiorespiratorio.

Manovra di espulsione di corpo estraneo

- Paziente in piedi abbracciato dal retro
- Mano chiusa a pugno in epigastrio
- Fare piegare in avanti e comprimere verso l'alto

Se il paziente è troppo alto, lo si stende per terra e si ripete la stessa manovra.

VERIFICHE – INDICATORI:

- Numero ricoveri P.S.
- numero giornate in cui è stato utilizzato il Piano d'Emergenza
- Numero chiamate per emergenza legata ad eventi eccezionali della struttura o tecnologici (incidente elettrico, perdite d'acqua, blocco riscaldamento, blocco ascensore, ecc....)

referimenti :

- IRC linee guida
- La formazione sanitaria dell'OSS (Autori M.Cuel A.Cosi- casa editrice ambrosiana)