



PUGLIASOCCORSO
REGIONE PUGLIA
SISTEMA EMERGENZA-URGENZA SANITARIA



A.O.U.C. POLICLINICO di BARI
U.O.C. CENTRALE OPERATIVA
SOVRAPROVINCIALE 118 BARI - BT



PROTOCOLLO OPERATIVO PER IL PERSONALE 118

Revisione n.01/24

Protocollo Operativo per il Personale 118
Revisione Direzione C.O. 118 BA-BT n.01/24 del 15.10.2024

Questa opera è pubblicata direttamente dall'Autore che ne detiene ogni diritto della stessa in maniera esclusiva. Nessuna parte di questo manuale può essere riprodotta senza il preventivo assenso dell'Autore.

CENTRALE OPERATIVA SOVRAPROVINCIALE



BARI - BAT

<i>LEGISLAZIONE E DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO</i>	6
<i>REVISIONE N. 01/24 - CONSIDERAZIONI</i>	7
<i>PROTOCOLLO OPERATIVO PER IL PERSONALE 118 - NORMATIVA DI RIFERIMENTO</i>	8
<i>STRUTTURA E ORGANIGRAMMA DEL S.E.T 118 BA - BT</i>	10
<i>DOTAZIONE STRUMENTALE C.O. 118</i>	10
<i>RUOLI, ATTIVITÀ E COMPITI</i>	11
<i>MEDICO DELLA POSTAZIONE TERRITORIALE</i>	17
<i>INFERMIERE DELLA POSTAZIONE TERRITORIALE</i>	18
<i>INFERMIERE S.E.T. 118 E TERAPIA SALVAVITA IN CASO DI ASSETTO INDIA</i>	19
<i>SOCCORRITORE DELLA POSTAZIONE TERRITORIALE</i>	19
<i>AUTISTA SOCCORRITORE DEL MEZZO DI SOCCORSO</i>	20
<i>RICOGNIZIONE PERSONALE S.E.T. 118</i>	21
<i>ASSETTO MEZZI DI SOCCORSO S.E.T 118</i>	22
<i>POSTAZIONE AEROPORTUALE - BARIATRICA (PM - BABRT1)</i>	22
<i>CRITERI DEONTOLOGICI PERSONALE DI C.O. E S.E.T. 118</i>	23
<i>ACCESSO IN SALA OPERATIVA 118</i>	24
<i>NORME GENERALI DI COMPORTAMENTO DEGLI OPERATORI DURANTE IL SOCCORSO</i>	25
<i>TUTELA DELLE RISORSE DI SISTEMA</i>	30
<i>COMUNICAZIONI CON I MEZZI DI SOCCORSO</i>	31
<i>AVARIA LINEE TELEFONICHE</i>	32
<i>MODALITÀ E GESTIONE DELLE RICHIESTE DI SOCCORSO NUC 112 – SISTEMA DISPATCH 118</i>	32
<i>ISTRUZIONI PRE-ARRIVO (IPA)</i>	34
<i>GESTIONE DELL'INVIO MEZZO 118 SU ZONE CONFINANTI</i>	37
<i>CODICI NEL SISTEMA 118</i>	37
<i>CODICE IDENTIFICATIVO DEL LUOGO</i>	40
<i>CODICE DI PATOLOGIA PREVALENTE</i>	41
<i>CODICE DI CRITICITÀ / GRAVITÀ</i>	42
<i>DEFINIZIONE DELLA CRITICITÀ DELL'EVENTO</i>	43
<i>VALUTAZIONE CODICE DI RIENTRO (GRAVITÀ)</i>	45
<i>GESTIONE DEL RIFIUTO DI ESEGUIRE MANOVRE RIANIMATORIE PER ACC DA PARTE DI EQUIPAGGIO INDIA IN ASSENZA DEL MEDICO 118</i>	47
<i>PROCEDURA STANDARD DI INDIVIDUAZIONE MEZZO DI SOCCORSO DA PARTE DELLA C.O. 118</i>	48
<i>SCELTA DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA</i>	49
<i>AFFIDAMENTO DEL PAZIENTE ALL'OSPEDALE DI DESTINAZIONE, DISPONIBILITÀ DI POSTI LETTO NELLE RISPETTIVE UU.OO. NON INTENSIVE DEI VARI PP.OO. E RELATIVO ACCESSO DEI MEZZI S.E.T. 118 NEI P.S.</i>	51
<i>CORRETTA COMPILAZIONE, TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE E GESTIONE DEL TABLET</i>	53
<i>PRESENZA DI UN MEDICO “NON 118” SUL LUOGO DELL'INTERVENTO</i>	54
<i>PRESENZA DI UN MEZZO DI SOCCORSO “NON 118” SUL LUOGO DELL'INTERVENTO</i>	55
<i>MEZZI AGGIUNTIVI</i>	55

<i>RIFIUTO DI SOCCORSO O TRASPORTO</i>	56
<i>TRASPORTO DI CONGIUNTI DEL PAZIENTE E DI BENI DI PROPRIETÀ</i>	58
<i>RICHIESTA DOCUMENTAZIONE 118:</i>	59
<i>118 E CASE DI CURA PRIVATE , RSSA, RSA, CENTRI DIURNI E CENTRI DI RIABILITAZIONE</i>	60
<i>118 E ISTITUTI DI CURA PUBBLICI (IRCCS, PRESIDI TERRITORIALI E/O OSPEDALIERI SENZA PS)</i>	60
<i>118 E PUNTO DI PRIMO INTERVENTO – POLIAMBULATORI ASL</i>	61
<i>118 E MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (GUARDIA MEDICA) , MMG, PLS</i>	61
<i>PROCEDURA PER RICHIESTA INTERVENTO ALL 'INTERNO DELL 'A.O.U.C. POLICLINICO DI BARI</i>	62
<i>RICERCA POSTO LETTO DA PARTE DELL 'OPERATORE DI CENTRALE</i>	62
<i>118 E STRUTTURE PENITENZIARIE</i>	63
<i>118 E CITTADINI IN REGIME DI ARRESTI DOMICILIARI</i>	64
<i>118 E RICHIESTE DI INTERVENTO PRESSO CASERME DEI CARABINIERI O DELLA POLIZIA</i>	65
<i>118 E RIMOZIONE ORDIGNI BELLICI</i>	66
<i>118 ED ESECUZIONE SFRATTI</i>	66
<i>118 E INCIDENTI SUL LAVORO</i>	67
<i>118 E SERVIZI SOCIALI</i>	67
<i>118 E STAZIONE FERROVIE DELLO STATO DI BARI</i>	68
<i>118 E C.O.A (CENTRO OPERATIVO AUTOSTRADE)</i>	69
<i>118 E TRASPORTO/ATTERRAGGIO ELICOTTERO</i>	70
<i>118 E CAPITANERIA DI PORTO - GUARDIA COSTIERA</i>	73
<i>118 E RAPPORTI CON LA STAMPA (PER OPERATORI DI C.O. E S.E.T. 118</i>	75
<i>TAC FUORI SERVIZIO</i>	76
<i>TAC E OPERAZIONI DI MANUTENZIONE</i>	76
<i>ELENCO DELLE POSTAZIONI NELLA PROVINCIA DI BARI E BT</i>	77
<i>PUNTO DAE</i>	78
<i>LE RETI</i>	79
<i>LA RETE DELL ' ICTUS CEREBRALE ACUTO: STROKE UNIT (SU) IN PUGLIA</i>	83
<i>SCHEMA OPERATIVO DELLE EMERGENZE STROKE ADOTTATO IN CO-118 DI BARI - BAT</i>	84
<i>RETI STAM E STEN</i>	85
<i>PROTOCOLLO TRAUMA MAGGIORE E SIAT PUGLIA</i>	90
<i>PDTA TRAUMA REGIONE PUGLIA - GESTIONE DEL PAZIENTE TRAUMATIZZATO</i>	92
<i>TRASPORTO SECONDARIO PER CONTINUITA DI SOCCORSO</i>	93
<i>TRASFERIMENTI PROGRAMMATI PER ESAMI STRUMENTALI</i>	93
<i>EVENTO A RISCHIO INFETTIVO</i>	94
<i>VEICOLI DI INFEZIONE:</i>	94
<i>GESTIONE GRANDI EVENTI</i>	97
<i>MAXI-EMERGENZE</i>	98
<i>INCIDENTE MAGGIORE: DIVISIONE IN AREE</i>	98
<i>TRATTAMENTO D'URGENZA DEL PMA (AREA ROSSI E GIALLI)</i>	99
<i>TRATTAMENTO/ATTESA (AREA VERDE)</i>	99

<i>INCIDENTI MAGGIORI E LIVELLI DI ALLARME</i>	100
<i>INCIDENTE MAGGIORE - PROCEDURE OPERATIVE</i>	102
<i>PROCEDURA OPERATIVA SUL LUOGO DELL'EVENTO</i>	103
<i>RUOLI E COMPITI</i>	103
<i>PROBLEMATICHE MEDICO-LEGALI</i>	107
<i>IL CONSENSO ALL' ATTO MEDICO</i>	107
<i>LA REALTÀ DELLA MORTE – CERTIFICAZIONI NECESSARIE</i>	109
<i>CERTIFICATO DI CONSTATAZIONE DEL DECESSO</i>	109
<i>LE SCHEDE ISTAT</i>	111
<i>RINVENIMENTO CADAVERE SUL LUOGO DI INTERVENTO</i>	111
<i>INTERVENTO CON MEZZO DI SOCCORSO NON MEDICALIZZATO</i>	112
<i>INTERVENTO CON MEZZO DI SOCCORSO MEDICALIZZATO</i>	112
<i>UTILIZZO DEL MASSAGGIATORE AUTOMATICO ESTERNO</i>	112
<i>TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI PER MALATTIA MENTALE (T.S.O. LEGGE 833/78)</i>	113
<i>LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO</i>	113
<i>ACCERTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI (ASO LEGGE 833/78)</i>	115
<i>CIRCOSTANZE IN CUI NON SI APPLICANO LE PROCEDURE ASO/TSO</i>	116
<i>GESTIONE DELL'EMERGENZA/URGENZA PSICHIATRICA. TRASPORTO PAZIENTI</i>	116
<i>TABELLA ATTUALE SU CRITERI DI OSPEDALIZZAZIONE TERRITORIALE</i>	117
<i>FLOW CHART URGENZE PSICHIATRICHE</i>	120
<i>BAMBINO SOTTOPOSTO A SEVIZIE</i>	125
<i>NORME COMPORTAMENTALI PERSONALE S.E.T. 118 SULLA SCENA DEL CRIMINE</i>	126
<i>DELITTI DA CODICE ROSSO EX LEGGE 19/07/2019 N.69 - VIOLENZA DOMESTICA</i>	130
<i>GESTIONE PAZIENTI AD ALTA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE</i>	130
<i>UTILIZZO TASER DA PARTE DELLE FF.OO. E 118</i>	131
<i>TERAPIE SALVAVITA - NORMATIVA DI RIFERIMENTO</i>	133
<i>ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO - ACC</i>	135
<i>ANAFILASSI SEVERA - CRISI ASMATICA</i>	136
<i>IPOGLICEMIA E COMA IPOGLICEMICO</i>	137
<i>CONVULSIONI</i>	138
<i>INTOSSICAZIONE DA OPIOIDI NEL PAZIENTE ADULTO</i>	138
<i>INTOSSICAZIONE DA BENZODIAZEPINE NEL PAZIENTE ADULTO</i>	138
<i>TRAUMA MAGGIORE</i>	139
<i>USTIONI</i>	140
<i>ALLEGATI</i>	142

LEGISLAZIONE E DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

1. D.P.R. 27/03/1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”
2. D.M. 15/05/1992 “criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza”
3. “Atto di intesa fra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria” applicazione del D.P.R. 27/03/1992 nella G.U. n° 114 del 17/05/1996.
4. Legge 03 Aprile 2001, n.120 “ Utilizzo dei Defibrillatori in ambiente Extraospedaliero”
5. Deliberazione del Consiglio Regionale della Puglia n° 382 del 3-11/02/1999 “D.P.R. 27/03/1992: Progetto Generale del Macrosistema Emergenza Sanitaria 118 nella Regione Puglia (Delibera di Giunta n. 1811 del 29/05/1998).
6. Deliberazione della Giunta Regionale della Puglia n. 200 dell’08/03/2002: “ Avvio sperimentazione macrosistema emergenza Sanitaria 118”.
7. Deliberazione della Giunta Regionale Puglia n. 771 del 07/06/2002: “Proposta di estensione del Sistema di Emergenza Sanitaria 118 al territorio dell’AUSL BA/5 e BR/1. Progetto attuativo”.
8. Legge Regionale 9 agosto 2006, n. 26 “Interventi in materia sanitaria”.
9. DGR n.1251/2006 “Organizzazione della rete regionale di assistenza ai pazienti con ictus cerebrale nella Regione Puglia”.
10. Diritto dell’Emergenza Sanitaria- Giuseppe Battarino – Edizione Giuffrè Editore 2006
11. Proposta di deliberazione della Giunta Regionale Puglia n. 1714 del 29/10/2002: “Completamento fase sperimentale sul territorio regionale”.
12. DGR ARES n.397 del 25 marzo 2008 “Protocollo Operativo Progetto IMA e SCA”
13. DGR 15 dicembre 2009, n. 2528 Accordo Integrativo Regionale del Servizio Emergenza Urgenza "118".
14. DGR 15 dicembre 2009 n° 2488 “Nuovo Assetto del Servizio Emergenza Urgenza 118”,
15. Piano di Rientro e di Riqualificazione 2010-2012, base del Programma Operativo 2013-2015,
16. DGR N° 1620 del 12 luglio 2011- Raccomandazioni per la gestione integrata dell’emergenze- urgenze psichiatriche (cit. DGR 1499 del 4.8.2009).
17. DGR 28 giugno 2011, n. 1479 - Nuovo Assetto del Servizio Emergenza Urgenza 118
18. DD.GG.RR. 28 giugno 2011 n° 1479 e 2 agosto 2011 n° 1788
19. CRITERI E STANDARD DEL SERVIZIO “118”- a cura della Società Italiana Sistema 118 - Meeting Consensus – Roma 3-4 luglio 2012 I Edizione
20. Disposizioni regionali “Progetto IMA-SCA”prot.125581/1 del 27 luglio 2012
21. DGR 28 aprile 2104 n° 2251 “Riorganizzazione della Rete dell’Emergenza-Urgenza della Regione Puglia”.
22. Rif. Bibliografia: IRC - Linee guida Italian Resuscitation Council e European Resuscitation Council 2015
23. Patto per la Salute 2014-2016.- definizione di modelli di riconversione dell’assistenza ospedaliera in applicazione dell’Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014
24. Protocolli Infermieristici 2015 Rev. –Proposta-.
25. DGR ARES N.618 30 marzo 2015 Attuazione alla DGR n. 2251/2014 ‘Riorganizzazione della Rete dell’Emergenza-Urgenza della Regione Puglia’ e DGR n. 1933/2016
26. Determinazione Del Dirigente Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera E Specialistica Ed Accreditemento 7 marzo 2016, n. 49- Autorizzazione all’esercizio del Pronto Soccorso della Casa di Cura Mater Dei Hospital

27. DGR 1863 del 17.11.2017 Recepimento Accordo Conferenza Unificata Stato Regioni del 5 agosto 2014, ai sensi dell'art. 9, comma 2, lettera c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, proposto dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano concernente l'organizzazione e l'assistenza sanitaria negli eventi e nelle manifestazioni programmate.
28. DGR 8 agosto 2017, n. 1351 - Revoca Dgr. n. 185/2014. Nuova regolamentazione della formazione ed autorizzazione all'utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno
29. Deliberazione n 136 del 23/02/2016 in attuazione dell'accordo stato-regioni rep.atti n.137/CU del 16 dicembre 2010.
30. Protocollo operativo della Regione Puglia sul trasporto STAM e STEN 12/10/2016.
31. "Guardia medica – la continuità assistenziale in medicina Generale"-F.Anelli-A.Velluto-cap.2-Aspetti medico legali-2018.
32. Documento di riferimento: Documento Tecnico di indirizzo "Rete cardiologica pugliese per l'infarto acuto del miocardio e proposta di PDTA regionale" DGR ARES n.151/2019
33. Documento di riferimento: Documento Tecnico di indirizzo "Rete cardiologica pugliese per l'infarto acuto del miocardio e proposta di PDTA regionale" DGR ARES n.151/2019
34. Documento Tecnico di indirizzo "Rete ictus pugliese e proposta di PDTA regionale" DGR ARES n.153/2019
35. Linee di indirizzo terapeutico medicina di emergenza territoriale 118. Ottobre 2019 SIS118

REVISIONE N. 01/24 - CONSIDERAZIONI

La revisione numero 1 anno 2024 è il risultato del lavoro effettuato dalla pubblicazione della versione 2020 a Ottobre 2024 resasi necessaria alla luce delle modifiche di Sistema tra cui la variazione delle risorse disponibili, l'ingresso delle Sanitaservice ASL BA e BT a sostituzione delle Associazioni di Volontariato in convenzione e l'istituzione del NUE 112. In merito ai criteri di ospedalizzazione dei pazienti con patologia psichiatrica prevalente, vengono ribadite le indicazioni ancora in uso, già presenti nella precedente revisione, nelle more di un documento ufficiale condiviso. Vengono, altresì, integrate le disposizioni da rispettare per gli Operatori di Centrale e le buone pratiche da adottare da tutti gli Operatori 118. Alla luce della sempre più attuale demedicalizzazione, si integra capitolo su Terapie Salvavita secondo linee guida attuali, da intendersi strumento di supporto per gli Equipaggi India da parte del Dirigente Medico di C.O. in stato di assoluta necessità e secondo normativa vigente.

Tale Protocollo Operativo per il Personale 118 rev. 01/24, a cura della Direzione della Centrale Operativa Sovraprovinciale 118 BA-BT, è da intendersi, quindi, strumento indispensabile di lavoro a garanzia di tutti gli Operatori 118 nonché, prioritariamente, a garanzia di qualità di Sistema per il Paziente.

PROTOCOLLO OPERATIVO PER IL PERSONALE 118 - NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Le responsabilità professionali degli Operatori dell' Emergenza Sanitaria extra-ospedaliera sono notevoli, con ripercussioni rilevanti dal punto di vista civile e penale. Secondo la normativa vigente la responsabilità della Centrale Operativa compete ad un Medico preferibilmente Anestesista per la parte medico-organizzativa, mentre, per la parte operativa, a Infermieri con esperienza in "area critica" che agiscono nell'ambito di protocolli decisi dal Direttore di Centrale. La decisione sul tipo di intervento da effettuare spetta all' Infermiere dopo aver consultato il Medico, soprattutto nei casi più delicati e complessi. Uno strumento di tutela da tali rischi è rappresentato dalla predisposizione di documenti elaborati attraverso criteri di medicina dell'evidenza come le procedure o i protocolli. Ciò si è dimostrato efficace nel prevenire errori causati da carenze di conoscenza, da incertezze nell'attribuzione di responsabilità e da difetti di comunicazione. Al contrario l'assenza di procedure specifiche può confondere gli Operatori ed indurli a fraintendimenti, omissioni o errori.

Come detto, la normativa prevede che il personale infermieristico, sia operante sul territorio che nelle Centrali Operative 118, operi secondo **procedure e protocolli** elaborati dal Medico Responsabile del Servizio così come previsto dal DPR 27 marzo 1992 il quale prevede che *"la responsabilità operativa è affidata al personale infermieristico professionale della Centrale, nell'ambito di protocolli decisi dal Medico Responsabile della Centrale Operativa"*. L'Atto d'intesa Stato - Regioni G.U. n. 114 del 17 maggio 1996 dispone che tutti gli Operatori che lavorano nel contesto dell'emergenza operino secondo *"protocolli operativi interni, che dovranno essere resi noti alle diverse Istituzioni coinvolte nel sistema de/l'emergenza/urgenza "*; la Raccomandazione del Ministero della Salute n. 15 *"Morte o grave danno conseguente ad una non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso"* prevede che relativamente ai servizi di emergenza-urgenza *"le Aziende Sanitarie predispongano protocolli e/o procedure cliniche e organizzative aziendali basate su Evidence Based Medicine (Ebm) e Evidence Based Nursing (Ebn) condivise con gli Operatori"*; il Decreto del Ministero della Salute 70/2015 del 2.4.2015 relativo agli *"Standard Qualitativi e di Sicurezza delle Strutture Ospedaliere"* richiede che la struttura agisca secondo standard basati su *"linee guida e definizione di protocolli diagnostico-terapeutici specifici"*.

Una sentenza emessa dal TAR della Lombardia in riferimento ai protocolli assistenziali ha affermato "che un'Azienda Sanitaria che si vuole connotare dei principi di trasparenza deve fornire ai propri Operatori i **protocolli** assistenziali in forme di direttive al fine di fornire indirizzi assistenziali".

L'art. 13 del Codice di Deontologia Medica impone la necessità che le prescrizioni ed i trattamenti si fondino sulle evidenze scientifiche disponibili e nel rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza.

Il Direttore della Centrale Operativa 118 è dunque responsabile della definizione dei protocolli operativi interni. Dal punto di vista legale i protocolli operativi sono considerati strumento valutativo e parametro per determinare il corretto svolgimento di ogni intervento in emergenza.

Una sentenza della Corte di Cassazione Sez. IV 13 febbraio 2002 n. 2865, ha stabilito che il Responsabile del Servizio 118 risponde penalmente per:

- Culpa in eligendo (scelta e adozione di protocolli e linee guida);
- Culpa in custodiendo (aggiornamento progressivo delle nozioni contenute nelle linee guida e protocolli);
- Culpa in vigilando (controllo sull'osservanza da parte degli Operatori delle linee guida e protocolli).

In caso di danno al paziente gli Operatori Sanitari rispondono, in sede penale, per due fattispecie di reato: lesioni personali colpose ed omicidio colposo.

L'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline configura colpa oggettiva secondo l'art. 43 c.p.: documenti quali linee guida, protocolli e procedure possono essere considerate aventi carattere di regolamento, ordine o disciplina, cosicché il loro mancato rispetto può configurare il requisito dell'inosservanza contemplato dal suddetto art. 43. Da ciò discende come le procedure debbano essere sempre rispettate dal personale.

Secondo la Cassazione "per quanto riguarda l'assistenza in ambito di emergenza/urgenza, l'infermiere ha un duplice compito: inizialmente, codificare le criticità [...], e successivamente applicare con proprietà strumenti come procedure, protocolli o linee guida, impegnandosi ad integrarli con il sapere che deriva dalla conoscenza ma, soprattutto, con la necessità di agire rapidamente e in modo rigoroso, determinando così il buon esito dell'intervento".

La nuova Legge n. 24/2017 sulla responsabilità professionale sanitaria (più nota come legge "Gelli") sancisce di fatto l'obbligatorietà per gli esercenti le professioni sanitarie di attenersi alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni indicate dalle linee guida, scritte dalle Società Scientifiche ed elencate dal Ministero della salute.

BIBLIOGRAFIA

1. DPR 27 marzo 1992. Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza. Gazzetta Ufficiale 31 marzo 1992, n. 76. Art. 4;
2. Atto d'intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 pubblicato su Gazzetta Ufficiale N. 114 Serie Generale del 17 maggio 1996
3. Ministero della Salute. *Morte o grave danno conseguente a una non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso*. Raccomandazione n. 15, 2010
4. Decreto Ministeriale N.70 Del 2 Aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" Ministero della Salute. Punto 5.3
5. Sentenza n. 200904951 del 31/11/2009 emessa dal TAR della Lombardia
6. Codice di deontologia medica, art. 13 "*Prescrizioni ai fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione*", comma 111
7. Legge n. 24/2017. "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". Pubblicata su GU Serie Generale n.64 del 17-3-2017. Art. 5
8. Sentenza della Corte di Cassazione, Sezioni Unite Penali, n° 27/2002
9. Decreto Ministeriale n. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
10. Legge n. 208/2015. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (c. d. Legge di stabilità 2016). Art. 1, comma 539, punto c
11. Decreto Ministeriale N.70 Del 2 Aprile 2015 "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*" Ministero della Salute. Punto 5.4
12. Cunial M. E., Cipollotti G., Benci L. "*118, un servizio integrato per l'emergenza territoriale*". McGraw Hill, 1999

STRUTTURA E ORGANIGRAMMA DEL S.E.T 118 BA - BT

Il S.E.T 118 “Bari Soccorso” si compone di una Centrale Operativa con Funzione di Coordinamento Regionale (C.O.R.), organo di Governo Clinico di Sistema e di una Componente Territoriale composta rispettivamente dalle U.O.C. S.E.T. 118 - P.P.I.T. ASL BA e U.O.S.V.D M.E.U. BISCEGLIE E COORDINAMENTO S.E.T. 118 ASL BT ovvero dalle postazioni mobili presenti nella quasi totalità dei Comuni che compongono le province BA - BT.

La Centrale Operativa è ubicata all'interno dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari e di essa costituisce Unità Operativa Complessa con competenza Sovraprovinciale.

L'U.O.C. è dotata di un'area dedicata, la Sala Operativa, dove sono collocate 8 PDL (postazioni di lavoro attive) di cui 6 postazioni operatore, 1 postazione per la gestione delle maxi-emergenze, 1 postazione per il Dirigente Medico di Centrale, 1 postazione ricezione telecardiologia.

L'U.O.C. è anche dotata di n.1 centrale vicaria di Disaster Recovery, adiacente alla Sala Operativa, con n. 4 postazioni di lavoro attive.

DOTAZIONE STRUMENTALE C.O. 118

Le PDL sono dotate di PC client collegato a 3 monitor da 23" e da un terminale telefonico VoIP e periferiche, 2 monitor da 60" utilizzati per Dashboard Operativa e una sala CED con 5 rack contenenti centrale telefonica VoIP, apparati di network, rackable server e sistemi di storage, sistemi di backup (tape library), sistemi server di registrazione telefonica, gruppi di continuità (UPS) e condizionatori a colonna centralizzati, 3 terminazioni/flussi PRA da 30 canali ciascuno con percorsi diversificati dalle centrali telefoniche pubbliche (rame e fibra ottica).

La dotazione tecnologica utilizza un software per la gestione delle chiamate di soccorso, la registrazione delle chiamate in entrata e in uscita sulla rete telefonica 118, l'attivazione dei mezzi di soccorso e l'archiviazione con funzioni di segreteria degli interventi svolti sul territorio.

Questa dotazione prevede:

- applicazione per gestione eventi di E/U, monitoraggio mezzi di soccorso e integrazione con sistemi di cooperazione applicativa (Edotto, Telecardiologia, FSE, ecc.);
- applicazione riascolto chiamate telefoniche*;
- cartografia con tracciamento mezzi di soccorso integrato con sistema di geolocalizzazione InnovaPuglia

*La strumentazione non consente tuttavia la registrazione di conversazione telefoniche fra strutture sanitarie facenti parte del territorio interessato dal servizio operativo, quando la Centrale Operativa non sia coinvolta.

RUOLI, ATTIVITÀ E COMPITI

Direttore di Centrale Operativa

(D.P.R. del 27/03/1992) Un Medico Ospedaliero con qualifica non inferiore ad aiuto corresponsabile, preferibilmente anestesista, in possesso di documentata esperienza e operante nella medesima area dell'emergenza. Qualora abbia già la qualifica di II livello non può essere contemporaneamente responsabile di una Unità Operativa.

Le principali responsabilità organizzative del Direttore di Centrale Operativa sono:

Definizione di protocolli operativi nell'ambito di competenza territoriale della Centrale Definizione di protocolli operativi interni

Definizione di protocolli operativi d'intervento per maxiemergenza intra ed extra ospedaliera

Attuazione di intese e protocolli con tutte le altre strutture dell'emergenza a carattere non sanitario (Prefettura, VVF, FF.O., Protezione Civile, etc.)

Attuazione di protocolli con gli Enti convenzionati (ovvero associazioni, cooperative, privati)

Definizione e conduzione di programmi per la verifica e la promozione della qualità dell'assistenza prestata

Elaborazione di programmi di aggiornamento e formazione professionale

Gestione del personale del Sistema 118

Collaborazione con il servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica) ed altre figure mediche che a qualunque titolo possono essere implicati nell'emergenza (medici di medicina generale, pediatri, psichiatri etc.)

Vigilanza sull'applicazione delle norme sulla sicurezza dell'ambiente di lavoro

Informazione alla popolazione sul corretto accesso al Sistema 118.

Dirigente Medico di Centrale Operativa

Figura i cui compiti sono stati definiti nella legge istitutiva del Sistema nazionale di Emergenza Urgenza 118 e che la Regione Puglia ha recepito con la D.G.R. 3-11 febbraio 1999, n.382 "DPR 27 marzo 1992: Progetto generale del Macro Sistema Emergenza Sanitaria – 118 – nella Regione Puglia (delibera di Giunta n.1811 del 29-5-1998). In essa si è stabilito che il personale Medico della Centrale Operativa di Bari deve essere costituito da sei unità mediche, dipendenti e preferibilmente Anestesisti Rianimatori.

Lo status di Dirigente Medico e di Pubblico Ufficiale lo qualifica come referente istituzionale per ogni criticità segnalata sia dagli Operatori di Centrale sia dagli Equipaggi di soccorso presenti sulla scena dell'evento. Pertanto nei casi non risolti dagli Operatori di Centrale e comunque nei casi critici, è interlocutore dei Medici del Sistema 118 intervenuti sul posto, di quelli non 118 occasionalmente presenti (Medico di Medicina Generale, Medico di Guardia Medica, Medico in transito), degli appartenenti alle forze dell'ordine presenti sul posto e dei loro superiori, dei Vigili del Fuoco, dei Medici dei Presidi Ospedalieri e della Magistratura (Magistrato reperibile della Procura della Repubblica).

Ricorda ai Medici intervenuti sul posto la posizione di garanzia che devono assumere nei confronti del paziente nel caso in cui il rapporto di collaborazione non porti a valutazioni condivise e quindi non ritenute corrette.

Nei casi di conflitto non risolvibile o in presenza di reato o ipotesi di reato, oltre alle forze dell'ordine contattata, se necessario, direttamente il magistrato di turno.

Ogni indicazione operativa disposta dal Dirigente Medico di C.O. in turno che comporti una modifica di quanto stabilito dall' Operatore dovrà essere definita e riportata sull' applicativo di Centrale con le credenziali del Dirigente stesso. Laddove sia necessario o richiesto un contatto telefonico con il Dirigente in turno, questo dovrà avvenire trasferendo la chiamata alle postazioni 7/8 al fine di permettere la prosecuzione delle attività da parte dell'Operatore di Centrale.

Si specifica che, una volta raggiunto il PS indicato come destinazione, non dovranno essere concesse contestazioni e richieste in tema di spostamento verso altri PS né dal S.E.T. né da colleghi del P.S.

Pertanto, al Dirigente Medico di Centrale Operativa, competono le seguenti attività:

- Supervisione del Sistema 118 Provinciale
- Presenza continuativa in Centrale Operativa 118 durante il turno di guardia
- Supporto alla organizzazione e gestione del trasporto primario
- Proposta di interventi correttivi del sistema
- Supporto clinico ed organizzativo al personale dei mezzi di soccorso, indicazioni comportamentali all'utenza, indicazioni al trattamento (limitatamente all'utilizzo delle terapie salvavita) nella fase pre-ospedaliera.
- Presenza sulla scena in caso di Maxi-emergenza con ruolo di Direttore dei Soccorsi Sanitari (D.S.S.) o, con altro termine equivalente, Medical Disaster Manager (M.D.M.). (D.P.R. N° 382 del 27.03.1992)
- Comunicazione di eventuali Incident Reporting al Direttore di Centrale Operativa
- Formazione costante, confronto clinico ed operativo tra tutti gli operatori di Sistema;
- Presenza, su delega del Direttore di Centrale, presso Centro Coordinamento Soccorsi (C.C.S.) in Prefettura o presso altri Centri o Istituzioni

Operatore di Centrale Operativa

Così come definito dalla normativa vigente è Infermiere con esperienza di area critica, o che abbia seguito corsi di formazione nel settore dell'emergenza. Al personale infermieristico è attribuita responsabilità nell'ambito dei protocolli della Centrale e svolge funzioni di ricezione, registrazione e selezione delle chiamate, determinazione dell'apparente criticità dell'evento segnalato, codificazione delle chiamate e delle risposte secondo il sistema delle codifiche definito dal decreto del Ministro della sanità del 15 maggio 1992. Contestualmente, nelle situazioni critiche, consulta il medico assegnato alla centrale, e gli fornisce gli elementi necessari ad assumere le decisioni negli interventi complessi, mantenendo i collegamenti con il personale di bordo dei mezzi di soccorso.

L'obiettivo dell'operatore è fornire sempre una risposta sanitaria adeguata all'utente, e garantire comunque una risposta telefonica anche qualora l'utente non presenti bisogni di tipo sanitario.

Competenze

Conoscenza di:

- Territorio della provincia e delle zone limitrofe
- Ubicazione e relativi recapiti telefonici delle strutture sanitarie e dei servizi territoriali (Guardie mediche, PIS, SPESAL...) nella provincia ed in quelle limitrofe
- Numero e ubicazione delle varie associazioni di volontariato della provincia
- Software di Centrale e della rete telefonica in dotazione
- Protocollo di intervista telefonica e delle procedure di invio dei mezzi di soccorso sanitari e non, in uso presso la Centrale

Modalità e norme di comportamento

L'Operatore **deve**:

- comunicare con l'utente di qualsiasi livello culturale e quindi in possesso o meno di appropriato vocabolario linguistico. Durante l'intervista telefonica utilizzare il cognome del chiamante ed il titolo con cui lo stesso eventualmente si è presentato (ad esempio avvocato, dottore etc) nel caso in cui non si è certi del titolo utilizzare sempre formalmente il: signor..... **Usare il "tu" oppure il nome di battesimo può indispettare l'interlocutore dandogli l'impressione che nel caso di situazione di emergenza ha perso la considerazione degli altri e viene trattato con sufficienza e superficialità..** Nel caso di bambini l'utilizzo del nome di battesimo riesce a dare un senso di protezione e avvicina l'operatore al piccolo in difficoltà che non è abituato a sentirsi dare del lei;
- improntare il colloquio in modo da evitare impressione di superficialità e provocare un' immediata perdita di fiducia da parte del chiamante che poi si può trasformare in accoglienza negativa o ostile/aggressiva nei confronti dei soccorritori giunti sul posto;
- possedere l'autocontrollo necessario affinché l'atteggiamento dell'utente stesso non determini in alcun modo una sua reazione di conflitto. Il timbro di voce deve dare all'ascoltatore la percezione di essere in contatto con un professionista autorevole, non autoritario, comprensivo e quindi capace di comprendere e risolvere i suoi problemi;
- contenere l'emotività dell'utente sia al fine di ottenere le informazioni necessarie per la corretta gestione dell'evento ed eventualmente impartire istruzioni, sia al fine di rassicurare l'utente stesso circa la rapidità dell'eventuale invio di ambulanza, deve cioè assumere di fatto il completo controllo della situazione;
- comunicare con l'utente fino a quando quest'ultimo non ponga fine alla comunicazione o l'Operatore non abbia raccolto i dati necessari e sufficienti stabiliti dal protocollo operativo. Nel concludere la telefonata deve rassicurare la persona avvisandola anche da dove arriverà il mezzo di soccorso ed il tempo presunto per l'arrivo.
- qualora richiesto, identificarsi con il proprio numero di PDL;

- durante il servizio, indossare la divisa d'istituto;
- escludersi dalla rete telefonica solo per reale necessità, previo avviso ai colleghi. È fatto assoluto divieto di allontanarsi dalla propria postazione di lavoro per più di 1 (uno) alla volta. Nel caso in cui l'infermiere del turno subentrante deputato alla risposta alle chiamate 118 ritardi, ne attende l'arrivo. Idem nel caso in cui ritardi l'infermiere che deve prestare attività alla risposta ai mezzi.

Si dispone che:

- sia, sempre, attuato dispatch telefonico strutturato previsto ponendo, sempre, le dovute domande agli Utenti in tema di respiro, coscienza, dinamica dell'evento anche in funzione della somministrazione delle IPA da considerarsi obbligo di legge e dunque non facoltative;
- sia inviato il mezzo di soccorso, se ritenuto necessario, a prescindere dalla volontà del paziente di essere o meno ospedalizzato. Il compito del S.E.T. non è limitato al trasporto ma, in primis, alla valutazione sanitaria in loco e alla eventuale stabilizzazione mediante manovre e/o terapie specifiche e dunque non deve limitarsi al mero trasporto in Ospedale, specie se non Urgente;
- le IPA vengano somministrate, proseguendo anche durante la creazione dell'evento a cui segue esclusivamente l'assegnazione dei mezzi necessari sull'applicativo che saranno contattati telefonicamente **da altro operatore libero in quel momento**. Non è concesso interrompere la somministrazione delle IPA ricontattando successivamente l'Utente. Il Mezzo di Soccorso, laddove non riceva la chiamata ma solo l>alert, ha l'obbligo di partenza immediata come riportato nella sezione specifica di questo Protocollo. Laddove le IPA non si riescano a somministrare andrà riportato nell'apposito campo dell'applicativo come "tentativo di IPA fallito" seguito dalla motivazione;
- i cambi operatori tra un turno e l'altro debbano avvenire in modo graduale ed in modo da garantire sempre 4 (quattro) postazioni di dispatcher 118 e 1 (una) di risposta ai mezzi di soccorso sempre attive;
- gli Operatori non possano allontanarsi dalla Centrale Operativa se non per gravi motivi e previa autorizzazione del Dirigente Medico;
- nei turni diurni 4 o 5 operatori siano dedicati all'attività di dispatcher 118 mentre gli ulteriori 2 rispondano e gestiscano i mezzi di soccorso in termini di destinazione, chiusura eventi e gestione dei mezzi sul territorio. Dei due dedicati ai mezzi, il Capo Turno ha compito esclusivo di gestione dei mezzi mentre il sotto capo oltre a rispondere alle chiamate interne, interviene supportando l'attività della risposta alle chiamate 118. Durante i turni notturni pur garantendosi le due figure di capo turno e sotto capo, tutti gli operatori assolvono alla funzione di dispatcher 118 e gestione interna dei mezzi di soccorso;

- il Capo Turno rivesta il compito, in qualità di Infermiere Operatore “esperto” di supervisore dell’operato di tutto il Personale Infermieristico in termini di eventuale correzione dei Colleghi mettendo al corrente il Dirigente di C.O. in turno di eventuali anomalie ed eventi sentinella;
- l’ Operatore debba assolutamente evitare di esprimere una diagnosi a mezzo telefono limitandosi al riconoscere la gravità del problema , ovvero se si tratti di una situazione pericolosa per la vita del paziente e se l’intervento celere possa modificare in senso positivo l’evoluzione della sintomatologia riferita;
- in caso di interlocutore straniero, ed in assenza del supporto dell’interprete previsto dal NUE, l’Operatore formuli le domande in modo da richiedere risposte semplici, scandisca le parole, utilizzi il Manuale Multietnico del Soccorso in dotazione ad ogni postazione operatore e nel dubbio di non aver ben compreso invii il mezzo di soccorso dopo aver allertato la forza pubblica; In caso di presenza, in turno di un collega co competenze linguistiche avanzate, passi la telefonata al medesimo collega;
- in caso di attivazione di Equipaggio per intervento codificato come Codice Verde, qualora si verifichi la necessità di intervenire su codice di criticità maggiore (Giallo/Rosso), debba, in assenza di ulteriori risorse vicinore in grado di gestire l’evento in tempi ragionevolmente brevi, deviare il mezzo in itinere;
- in condizioni di necessità di manovre salvavita, invii la risorsa più prossima all’ evento anche se con equipaggio non completo (Automedica il cui medico abbia medicalizzato mezzo India e che sia almeno composta da Autista e Infermiere, mezzo bloccato nei P.S. anche senza presidi di mobilitazione) ovvero con le risorse strettamente necessarie alla salvaguardia della vita della persona;
- debba avvalersi della competenza medica di appoggio, sempre disponibile in Centrale Operativa nei casi dubbi o complessi o nel caso venga espressamente richiesto dall’interlocutore istituzionale (Prefettura, FF.OO, Direzioni Sanitarie etc.). Il Dirigente Medico, dotato di credenziali di Sistema, opera dalla propria PDL con il proprio telefono in piena autonomia grazie a proprio login sull’ applicativo. Questo avviene anche nel caso il Dirigente Medico ritenga di modificare quanto stabilito dall’Operatore in termini di invio delle risorse o della decisione del P.O. di Ospedalizzazione/Centralizzazione;
- dovendo necessariamente ed eticamente preservare la sicurezza degli Equipaggi del S.E.T. che intervengano anche in condizioni di criticità sul territorio, laddove vi siano richieste del tipo avvisare il chiamante che il mezzo arrivi da fuori zona, questo dovrà essere garantito. È fatto obbligo per l’Operatore di Centrale supportare gli Equipaggi del S.E.T. in ogni fase dell’ intervento anche mediate il supporto del Dirigente Medico in turno.
Si ricorda che in caso di richiesta di FF.OO. per garantire la salvaguardia degli Operatori per stati di agitazione o situazioni in cui si ravvisi pericolo non è la Polizia Locale a dover essere contattata ma Carabinieri o Polizia. La polizia Locale interviene solo per questioni amministrative e non di Ordine Pubblico o come delegata del Sindaco per procedure di ASO e TSO già con ordinanza firmata;

- in caso di apertura porte, se non vi sia la necessità sanitaria di soccorso perché specificatamente non richiesto dall'utente, che la stessa varrà solo come pre-allerta non inviando preventivamente il mezzo sul posto;
- non siano consentite conferenze telefoniche tra mezzi di soccorso India e Mike per supporto in itinere anche laddove richieste. I mezzi India in corso di intervento, in caso di necessità di supporto medico anche per terapie salvavita, devono essere gestiti dal Dirigente Medico di C.O. fino all' arrivo sul luogo del Medico 118, ove inviato;
- non sia altresì consentito mettere in conferenza equipaggi S.E.T. 118 con il chiamante laddove il team leader richieda di ricevere maggiori informazioni sulla natura dell'intervento. Le uniche conferenze consentite siano quelle finalizzate al raggiungimento del target da parte dell'Equipaggio in termini di indicazioni stradali o notizie strettamente correlate ad esse;
- in caso di contestazione da parte del mezzo S.E.T. 118 in merito ad interventi assegnati, la gestione sia esclusivamente del Capoturno e che la stessa non venga trasferita all' Operatore deputato al Dispatch al fine di non interrompere l'attività prioritaria della risposta alle richieste di soccorso;
- non venga fornita ai chiamanti alcuna indicazione in termini di terapia farmacologica salvo richiedere, in condizioni di emergenza, se sia stato prescritto farmaco potenzialmente salvavita (es. puff di broncodilatatore) ove sarà consigliato di assumerlo, esclusivamente, secondo prescrizione medica.

MEDICO DELLA POSTAZIONE TERRITORIALE

Al Medico delle postazioni territoriali competono le seguenti attività:

- Interviene a bordo del mezzo di soccorso sul luogo dell'evento supervisionando l'attività di cui è responsabile;
- È responsabile delle comunicazioni con la Centrale 118 (gestione del telefono cellulare e del tablet che consente sia la ricezione degli alert relativi agli interventi di soccorso sia la comunicazione con la Centrale di Telecardiologia per invio e refertazione degli ECG);
- All'inizio del turno, coadiuvato dall'infermiere, verifica il funzionamento delle apparecchiature presenti sul mezzo, controlla le scorte e la scadenza dei farmaci curandone le richieste, il reintegro e/o la sostituzione di quanto mancante compilando apposita check-list;
- Se inviato con automedica, in supporto di mezzo non medicalizzato, valuta, tratta, stabilizza e assiste il paziente. Poi se a suo giudizio le condizioni del paziente lo permettono, affida lo stesso all'equipaggio che ne aveva richiesto l'intervento e, immediatamente operativo, rientra in postazione di servizio. Nel caso contrario medicalizza il mezzo di soccorso India o Victor e accompagna il paziente in ospedale;
- Se interviene con mezzo di soccorso medicalizzato in ausilio di un mezzo di soccorso non medicalizzato, valuta, tratta, stabilizza e assiste il paziente. Poi se a suo giudizio le condizioni del paziente lo permettono, affida lo stesso all'equipaggio che ne aveva richiesto l'intervento e, immediatamente operativo, rientra in postazione di servizio. Nel caso contrario medicalizza il mezzo di soccorso India e accompagna il paziente fino in ospedale. Il mezzo di soccorso da cui è sceso, divenuto India diventa immediatamente operativo, seguendo le indicazioni della Centrale Operativa. Recupererà il Medico non appena questo avrà completato l'evento assegnatogli, secondo quanto indicato dalla C.O. ;
- In caso di eventi con vittime multiple esegue triage per determinare priorità di intervento, resta sul posto e affida i pazienti ad altri equipaggi sopraggiunti. Si confronta con il Dirigente di C.O. per eventuali ospedalizzazioni/centralizzazioni;
- Interviene in caso di Maxiemergenze effettuando triage (coadiuvato dall'infermiere) e avviando l'organizzazione dei soccorsi, di cui resta responsabile fino all'arrivo del Direttore dei Soccorsi Sanitari (D.S.S.), appositamente inviato dalla Centrale Operativa;
- Trasmette al collega subentrante le consegne e lo informa circa le eventuali anomalie riscontrate;
- Deve conoscere e rispettare i Protocolli Operativi per il Personale 118 e deve altresì impegnarsi affinché tali norme vengano rispettate dagli altri operatori coinvolti nel servizio;
- Svolge attività di istruzione e didattica a favore degli altri componenti dell'equipaggio;
- È responsabile delle comunicazioni telefoniche e/o radio.

INFERMIERE DELLA POSTAZIONE TERRITORIALE

All'Infermiere delle postazioni territoriali competono le seguenti attività:

- In assenza del Medico a bordo dei mezzi, assume il ruolo di Team Leader e coordina il soccorso sanitario. Esplica, durante il soccorso sanitario, le prestazioni derivanti dalla propria preparazione professionale effettuando una valutazione primaria* del paziente;
- È responsabile delle comunicazioni telefoniche e/o radio;
- In assenza del Medico verifica il funzionamento degli apparecchi elettromedicali e la disponibilità dei farmaci reintegrando gli stessi dopo ogni missione (secondo le Check List). È infatti responsabile della gestione sanitaria dell'intervento;
- Assieme all'Autista-Soccorritore e congiuntamente al resto dell'equipaggio verifica l'efficacia e l'efficienza dei presidi sanitari in dotazione all'ambulanza;
- Verifica la pulizia e la disinfezione del modulo sanitario effettuata dal personale di supporto (soccorritore e autista-soccorritore);
- Trasmette al collega subentrante le consegne e lo informa circa le eventuali anomalie riscontrate;
- Negli eventi con vittime multiple e nelle maxiemergenze interviene per le operazioni di triage;
- Non può formulare diagnosi né accertare e certificare il decesso salvo nei casi espressamente previsti (decomposizione in stato avanzato, decapitazione, carbonizzazione, depezzamento);
- Esegue ECG con trasmissione alla Telecardiologia;
- In caso di Maxiemergenza collabora con il Medico del P.M.A. nell'assistenza e nell'evacuazione delle vittime;
- Svolge attività di istruzione e didattica a favore degli altri componenti dell'equipaggio;
- Deve conoscere e rispettare i protocolli operativi della Centrale Operativa "118". Deve altresì impegnarsi affinché tali norme vengano rispettate dagli altri operatori coinvolti nel servizio.

***Questa fase di valutazione-trattamento ha le seguenti caratteristiche:**

- si basa sulla ricerca di "segni e sintomi di lesione" ed è finalizzata all'identificazione di situazioni cliniche immediatamente pericolose per la sopravvivenza che, se possibile, devono essere trattate tempestivamente (stay and play) o che, in caso contrario, pongono indicazione ad un trasporto indifferibile (situazioni «carica e vai – scoop and run»);

- deve essere attuata in modo sistematico e metodologico, nel rispetto di una sequenza ben precisa secondo quanto schematizzato dall'acronimo "ABCD-E";
- deve essere effettuata seguendo un percorso logico guidato da una successione di azioni "valuta e tratta" e deve essere rapida.

INFERMIERE S.E.T. 118 E TERAPIA SALVAVITA IN CASO DI ASSETTO INDIA

Sui mezzi di soccorso MSA (Mezzo di Soccorso Avanzato) la figura professionale dell' Infermiere è presente anche laddove si verifichi l'assenza del Medico a bordo del mezzo di soccorso. In questo caso risulta necessario uniformare il processo decisionale degli INFERMIERI del S.E.T. 118 secondo le linee guida convalidate dalla letteratura internazionale al fine di ridurre la mortalità precoce, le morti potenzialmente evitabili, gli esiti invalidanti, garantendo prioritariamente la stabilizzazione delle funzioni vitali in modo da ottenere il trasporto del paziente in sicurezza verso la struttura più vicina .

Preso atto della situazione oggettiva e temporalmente prolungata di carenza del personale Medico afferente al SET 118 che compromette significativamente lo standard minimale di medicalizzazione del Sistema 118 BARI-BT, ai sensi di quanto sancito dal DPR del 27/03/1992 art.10 comma 1, in tutte le situazioni che esponano il paziente ad imminente pericolo di vita, **laddove non sia possibile assicurare medicalizzazione del mezzo in tempi minimi adeguati, quindi in stato di assoluta necessità**, si renderà necessario intervenire con terapia farmacologica potenzialmente **salvavita**, somministrabile da parte dell' Infermiere del mezzo india, previa autorizzazione, su linea registrata, da parte del Dirigente Medico di C.O. secondo la procedura descritta nella sezione specifica (Terapie Salvavita).

Le comunicazioni su linea registrata costituiscono documentazione legale e sono conservate secondo i termini di legge.

SOCCORRITORE DELLA POSTAZIONE TERRITORIALE

Fa parte integrante dell'equipaggio del mezzo di soccorso, deve essere in possesso di attestato per "Soccorritore addetto ai mezzi di soccorso e trasporto di infermi e feriti" rilasciato con apposita Delibera del D.G. da una ASL della Regione Puglia. I Soccorritori svolgono un pubblico servizio e di conseguenza giuridicamente sono qualificati come Incaricati di Pubblico Servizio e ciò impone un comportamento sempre improntato alla massima correttezza.

Possono essere oggetto di contestazione in caso di **negligenza** (utilizzo di un comportamento nocivo per gli altri), **imprudenza** (violazione di regole che sconsigliano di compiere alcune azioni o che consigliano di compierle in un determinato modo), **imperizia** (insufficiente conoscenza di regole tecniche e di abilità proprie per l'attività esercitata).

Il Soccorritore non può formulare diagnosi né accertare la morte salvo nei casi espressamente previsti (decomposizione in stato avanzato, decapitazione, carbonizzazione, depezzamento).

In caso di mezzo di soccorso Victor:

- Rileva l'anamnesi del paziente e la riporta su apposita scheda paziente,
- Rileva i parametri vitali mediante esclusivamente mediante apparecchi elettromedicali;
- È responsabile delle comunicazioni telefoniche e/o radio;
- In assenza di medico e infermiere, controlla il funzionamento degli apparecchi di comunicazione, elettromedicali e tutti i presidi presenti in check list all'interno del mezzo di soccorso;
- Assieme all'autista cura la pulizia e l'efficienza del mezzo di soccorso (modulo sanitario);
- Trasmette al collega subentrante le consegne e lo informa circa le eventuali anomalie riscontrate;
- Nelle maxiemergenze collabora nelle operazioni di triage e trasporto al P.M.A.;
- Attua la raccolta e smaltimento dei rifiuti normali e speciali rispettando la normativa antinfortunistica;
- Collabora con medico e infermiere in caso di intervento dell'automedica eseguendo quanto da loro richiesto nelle manovre di soccorso;
- Deve conoscere e rispettare il Protocollo Operativo per il Personale 118.

AUTISTA SOCCORRITORE DEL MEZZO DI SOCCORSO

All' Autista delle postazioni territoriali competono le seguenti attività:

- Partecipa al soccorso con funzioni, fondamentale, di guida dell'automezzo, di cui è responsabile oltre a quelle previste per il Soccorritore;
- Controlla il buon funzionamento del mezzo di soccorso, segnalando eventuali problemi e disfunzioni;
- È responsabile della pulizia del vano guida del mezzo in dotazione e al bisogno collabora con l'equipaggio per la pulizia dello stesso;
- Qualora richiesto dal Medico o in sua assenza dall'Infermiere, collabora attivamente nell'espletamento del soccorso sanitario ricevendo precise indicazioni.
- Trasmette al collega del turno successivo le consegne e segnala le eventuali anomalie riscontrate.

L' utilizzo dei dispositivi di allarme è consentito esclusivamente durante i servizi urgenti, comunque sempre nel rispetto del Codice della Strada.

I dispositivi di allarme utilizzabili sono: sirena e lampeggianti blu .

In caso di necessità dichiarata dal Medico o in sua assenza dall'Infermiere, l'autista adotterà la **Massima velocità sicura** ovvero l'andatura più veloce consentita, senza esporre il mezzo a rischio di incidente;

I dispositivi di emergenza sono finalizzati ad ottenere priorità di transito senza costituire un diritto assoluto.

Impiego dei dispositivi di allarme in base al codice criticità attribuito al soccorso del paziente

codice	Significato/ Necessità di riduzione dei tempi	Comportamento
ROSSO	Emergenza / Assoluta	sirena e lampeggianti – massima velocità sicura
GIALLO	Urgenza / Opportuna	sirena e lampeggianti – massima prudenza
VERDE	Differibile / Relativa	senza dispositivi di allarme (<i>solo in caso di necessità previa autorizzazione della C.O.</i>)

Disposizioni pratiche

- È tassativamente vietato l'utilizzo dei soli lampeggianti in attività di emergenza;
- È tassativamente vietato l'uso dei dispositivi di emergenza nei servizi non urgenti (Codice Verde);
- L' uso della sirena deve essere **continuativo**: è vietato utilizzare la sirena solo in corrispondenza di incroci o in presenza di traffico congestionato;
- Il conducente che utilizza i dispositivi di emergenza **NON è esentato** dal tenere un comportamento prudente, dovrà rispettare i protocolli che disciplinano la guida in emergenza e in particolare, quando un semaforo è rosso, non dovrà impegnare l'incrocio sino a quando i veicoli provenienti dalle altre direttrici non sono fermi e sino a quando l'autista non ha la piena visibilità di entrambe le direttrici di traffico laterali.

RICOGNIZIONE PERSONALE S.E.T. 118

Ricognizione personale in servizio su tablet di postazione: Ad ogni cambio turno va aggiornata la ricognizione del personale in servizio al fine di permettere all' Operatore di C.O. di conoscere l'assetto del mezzo di soccorso in tempo reale.

Tali dati saranno utilizzati in caso di richiesta, da parte della Autorità Giudiziaria. Ne conviene che non effettuare ricognizione corretta può creare errori laddove vi sia un procedimento legale in corso.

ASSETTO MEZZI DI SOCCORSO S.E.T 118**Possibili composizioni dell'equipaggio di soccorso della Postazione "118"**

L'equipaggio è costituito da personale misto ASL + dipendente SANITASERVICE ASL e può variare a seconda delle esigenze del momento e delle risorse disponibili:

AUTOMEDICA : Autista-Soccorritore + Infermiere + Medico 118

MSA MIKE : Autista-Soccorritore + Soccorritore + Infermiere + Medico 118

MSA INDIA : Autista-Soccorritore + Soccorritore + Infermiere o Autista-Soccorritore + Infermiere (ASL)

MSB VICTOR* : Autista-Soccorritore + Soccorritore

* (Tale tipologia al momento non è presente nell'attività ordinaria 118 ma solo in occasione di grandi eventi o ad integrazione dei mezzi ordinari).

POSTAZIONE AEROPORTUALE - BARIATRICA (PM - BABRT1)

La postazione Bariatica - PM BABRT1 sita in Aeroporto deve essere impegnata per interventi all' interno della struttura aeroportuale, per interventi ove sia richiesto il mezzo Bariatico e per interventi in "Codice Rosso" ove non sia immediatamente disponibile altra risorsa. Laddove vi sia un trasferimento aereo o con elisoccorso, considerando che la notizia dell'arrivo si riceve almeno 30 minuti prima dell'atterraggio, andrà inviato altro mezzo di soccorso evitando di sguarnire l'Aeroporto del mezzo anche perché sarebbe impegnato l'unico mezzo bariatico in caso di intervento primario per entrambe le province BA e BT.

Laddove il mezzo Bariatico sia impegnato in una missione e, giunto in Ospedale, non riesca a essere liberato in una tempistica ragionevolmente breve (entro 45'), dovrà essere autorizzato a rientrare in postazione al fine di tornare prontamente operativo con barella bariatica sostitutiva laddove preventivamente verificata tale possibilità con il referente di area Sanitaservice ASL BA.

Il mezzo Bariatico viene impegnato solo per interventi primari e non per trasferimenti secondari di alcun genere. Eventuale utilizzo del mezzo per Continuità di Soccorso deve essere attentamente vagliato dal Dirigente Medico di C.O. di informando il Direttore della Centrale Operativa.

I criteri di utilizzo e attivazione del mezzo bariatico sono noti a tutto il personale, le conferenze telefoniche tra richiedente ed equipaggio Bariatico devono limitarsi alla comprensione della eventuale necessità di strumentazione necessaria come ad esempio la Toboga. Non è compito del personale della postazione Bariatica contestare, in via prioritaria, la richiesta di intervento, che se non consona, sarà oggetto di valutazione successiva.

Una volta giunto in supporto, il mezzo Bariatico prende in carico il paziente, eventualmente con supporto Medico, liberando altro mezzo India sul posto.

Il mezzo Bariatico non viene inviato per "supporto fisico" ma solo se le condizioni del paziente lo rendano indispensabile.

Laddove sia in gestione un intervento in Codice Rosso all' interno dell' Aeroporto che necessiti di supporto medico per l' ospedalizzazione, sarà ove disponibile, inviato in prima istanza mezzo Mike (S. Paolo o Bitonto) o in alternativa mezzo India più vicino (tra cui Bariatica) con supporto di Automedica. In caso di codice verde, laddove possibile, affidare l'ospitalizzazione del pz. ad altro mezzo lasciando disponibile il mezzo Bariatico.

CRITERI DEONTOLOGICI PERSONALE DI C.O. E S.E.T. 118

L'interpretazione della chiamata dell'utente nonché l'individuazione del mezzo più idoneo da assegnare all'evento è *compito esclusivo, normativamente sancito, della Centrale Operativa 118, di cui il personale in servizio risponde, ai diversi livelli di competenza, giuridicamente*, sulla base del Protocollo Operativo per il Personale 118 BA-BT.

Operatore di Centrale Operativa:

- Deve adoperare toni che rispettino l' Etica professionale;
- Deve processare l'evento rispettando le tempistiche di dispatch previste ovvero non deve superare i 90" di tempo;
- Deve assegnare il mezzo di soccorso più vicino e/o più idoneo;
- Deve comunicare con gli Equipaggi S.E.T. 118 in fase di attivazione di un evento limitandosi a fornire il giudizio di sintesi ovvero il codice colore, la patologia prevalente ed il luogo. Deve riportare tutte le informazioni necessarie sulle note del dispatch;
- In caso di contestazioni non deve occupare la linea di emergenza e, laddove necessario, trasferire la chiamata al Dirigente Medico in turno ove ne ravveda l'appropriatezza altrimenti procede a rispondere ad altre chiamate di emergenza;
- Deve tutelare l'operato del personale dei mezzi di soccorso cercando di comprendere qualsivoglia necessità da essi rivolta;
- Le tempistiche di pausa devono essere coerenti a quanto previsto dalla normativa ovvero non devono superare puntualmente i 30' per turno;
- E' tenuto a limitare al minimo l'utilizzo di Device elettronici durante il Servizio, utilizzandoli preferibilmente durante i periodi di pausa;
- Posto che il rifiuto di intervenire in seguito ad *alert* ricevuto da parte della C.O. **costituisce reato** e dunque **sarà oggetto di denuncia all' Autorità Competente**, in caso venga ostentato il rifiuto da parte del Team Leader, l'Operatore deve riportarlo nelle note del sistema e dovrà essere assegnato, immediatamente, altro mezzo pronto ad intervenire. Sarà contestualmente comunicato al Dirigente Medico in turno che procederà con segnalazione scritta al Direttore di C.O.;
- Non è autorizzato a consentire conferenze telefoniche tra mezzi di soccorso India e Mike per supporto in itinere anche laddove richieste. I mezzi India in corso di intervento, in caso di necessità di supporto medico anche per terapie salvavita, devono essere gestiti dal Dirigente Medico di C.O. 118 fino all' arrivo sul luogo del Medico S.E.T. 118, ove inviato;

- Non è altresì consentito mettere in conferenza equipaggi S.E.T. 118 con il chiamante laddove il Team Leader richieda di ricevere maggiori informazioni sulla natura dell'intervento. Le uniche conferenze consentite sono quelle finalizzate al raggiungimento del target da parte dell'Equipaggio in termini di indicazioni stradali o notizie strettamente correlate ad esse (Disp. Di Servizio n. 001/2024 CO 118 BA-BT);
- Non è concesso immortalare schermate dell'applicativo di centrale e diffonderle.

Personale S.E.T. 118

- Non deve aggiungere, nel contesto dei vari scenari di attivazione di intervento, commenti personali, recriminazioni, dissertazioni, libere opinioni, le quali comportano gravissimo ritardo nella tempistica di soccorso stabilita a riguardo dal legislatore in 8 e 20 minuti rispettivamente per area urbana ed extraurbana dall'attivazione ovvero dal recepimento dell>alert indipendentemente dal codice di invio, a nocumento del cittadino utente;
- Non deve diffondere su qualsivoglia social network nonché in gruppi di chat WhatsApp ecc. , commenti critici e valutazioni in ordine a quanto disposto dalla C.O. nonché divulgare alerts, talvolta arricchiti dalla pubblicazione di immagini, che immortalano il tablet di servizio uniti a commenti denigratori nei confronti degli operatori di C.O. ;

Eventuali chiarimenti dovranno essere richiesti a seguito dell'intervento di soccorso esclusivamente mediante i canali istituzionali all'attenzione del Direttore di C.O. nonché del Direttore del SET 118 ASL BA - BT al fine di una verifica interna ed un eventuale confronto tra figure coinvolte.

ACCESSO IN SALA OPERATIVA 118

L'accesso, lo stazionamento e l'ascolto delle telefonate all'interno della Sala Operativa da personale esterno è vietato salvo autorizzazione preventiva del Direttore di Centrale.

L'accesso al personale dei mezzi S.E.T. 118 in Sala Operativa, è limitato al Team Leader.

NORME GENERALI DI COMPORTAMENTO DEGLI OPERATORI DURANTE IL SOCCORSO

Gli Equipaggi che operano nel S.E.T. 118 devono essere disponibili per la partenza immediata e non devono assolutamente allontanarsi dalla zona di settorizzazione stabilita secondo pianificazione regionale. Per nessun motivo è possibile distrarre il mezzo di soccorso dall'attività di emergenza per la quale è preposto in via prioritaria ed esclusiva.

Per quanto riguarda l'immagine dell'equipaggio di soccorso, si rammenta che lo stesso, nella sua interezza rappresenta, agli occhi della cittadinanza, il Sistema Sanitario Nazionale, Regionale, l'ASL.

Risulta, pertanto, disdicevole operare con l'uniforme in disordine e con l'utilizzo di un linguaggio inadeguato al ruolo che si ricopre (Esercenti attività di pubblica necessità o pubblico servizio o con la qualifica di pubblico ufficiale).

La qualifica di ogni componente dell'equipaggio deve essere sempre ben visibile.

Nel rispetto delle leggi di tutela del personale, i carichi (zaino, defibrillatore, barella, etc.), durante gli interventi di soccorso, devono essere ripartiti in maniera omogenea tra tutti i soggetti che compongono la squadra di soccorso.

Palmare e tablet in dotazione, ricezione Alert, partenza per nuova Missione, compilazione scheda paziente, movimentazione

- La responsabilità del buon funzionamento del telefono cellulare in dotazione, compito del Team leader, impone la costante la risposta immediata quando contattati, la verifica della copertura di rete e dell'efficienza in generale. Impone altresì la pronta comunicazione alla Centrale Operativa di stato di avaria dello stesso. La Centrale Operativa provvederà ad avvisare il Coordinamento per avviare la procedura di sostituzione dell'apparecchio;
Le stesse indicazioni valgono per il tablet in dotazione e relativo dispositivo per eseguire ECG a 12 derivazioni;
- L'uso del telefono fisso di postazione e del palmare, deve essere riservato esclusivamente, anche in ricezione, a comunicazioni di servizio. Entrambi i telefoni di servizio non devono essere utilizzati per utilizzi che non siano le comunicazioni istituzionali **da e per la Centrale Operativa**, non devono quindi essere utilizzati per comunicazioni private tra postazioni;
- La sola ricezione dell'alert da parte dell'Equipaggio, confermato dall'applicativo di C.O. , costituisce già il presupposto per l'attivazione dello stesso anche se non seguito da contatto telefonico da parte dell'Operatore che potrebbe non essere sempre garantito in situazioni di overcrowding;
- La ricezione di un alert da parte di un Team Leader Medico, Infermiere, Soccorritore, a seconda dell'assetto, costituisce obbligo di intervento per il quale non è contemplato un rifiuto che, se ostentato, sarà oggetto di denuncia agli organi competenti;
- La scheda paziente in quanto atto pubblico è parte integrante della cartella clinica e la mancata compilazione può configurare il reato di omissione di atti di ufficio previsto dall' art. 328 del codice penale. Pertanto, **la movimentazione del mezzo sul tablet di servizio è obbligatoria** da parte del Team Leader durante tutte le fasi dell'intervento (partenza, arrivo e partenza dal luogo dell' evento, arrivo in PS e chiusura intervento) così come previsto;

- È compito del Team Leader la compilazione di tutti i campi richiesti dalla scheda HELIS (Telecardiologia) in merito a sintomatologia, anamnesi cardiologica, ecc. per miglior interpretazione da parte del Medico Cardiologo;
- Le tempistiche di partenza non si modificano in funzione del codice di criticità assegnato all' evento dall' Operatore di C.O. , vi è normativamente sancito che le tempistiche per il raggiungimento del target sono rispettivamente di 8 minuti in area urbana e 20 in area extraurbana a prescindere dal codice di invio e se in orario diurno o notturno;
- In caso di Utilizzo di supporto cartaceo per situazioni di avaria del Tablet, lo stesso andrà consegnato alla C.O. che ne curerà l'acquisizione su supporto informatico e la relativa archiviazione.

Check-list, operatività dei mezzi e interruzione della stessa, sostituzione mezzo, lavaggio e sanificazione mezzi, medicalizzazione altro mezzo, necessità di manovre salvavita, assenza Infermiere a bordo, stato di “fuori servizio”, condizioni particolari

- In tutti i casi di NON operatività del mezzo di soccorso, tra cui la richiesta di sanificazione o in caso di mezzi non completi di tutti i dispositivi di trasporto del pz. (ad esempio barelle che stazionano nei PS non in grado di allocare i relativi pz sui propri dispositivi) su indicazione del Dirigente di C.O. in turno, qualora vi siano eventi che lo richiedano, il personale Medico dovrà medicalizzare altro mezzo India (indipendentemente dal codice di attivazione) per il tempo necessario all' espletamento della missione al fine di mantenere invariato l'assetto delle risorse territorialmente previste in termini di medicalizzazione. Il tutto è reso ancor più imprescindibile dalla ormai cronica carenza di personale Medico afferente al SET 118 con conseguente riduzione del tasso di medicalizzazione rispetto a quello previsto dai requisiti minimi di Sistema;
- In contesti di emergenza per patologie che possano giovare di manovre salvavita, queste possono e devono essere garantite da qualsiasi equipaggio immediatamente prossimo al luogo dell'evento. Questo comprende le ambulanze ferme in PS anche senza presidi di mobilitazione (barella, spinale ecc) nonché automediche con solo autista e infermiere il cui Medico abbia medicalizzato altra India. Tali attivazioni sono riservate alle sole manovre salvavita e comportano immediato invio di altro mezzo da parte dell' Operatore di C.O. che giunga nel minor tempo possibile sul target;
- In caso di assetto India con Infermiere o Soccorritore assente o momentaneamente non in grado di svolgere servizio non è autorizzata l'inoperatività dell' Equipaggio che resterà operativo in assetto Victor o in assetto India (con soli Autista-Soccorritore e Infermiere) per il tempo necessario alla ricostituzione dell' Equipaggio completo;
- Non sono consentite le sanificazioni dei mezzi di soccorso dopo interventi in cui il paziente non abbia effettivamente occupato il vano sanitario e che terminino quindi con codice 0 di fine missione ovvero rifiuto trasporto;

- L'igienizzazione del mezzo, qualora necessaria, dovrà essere concordata con la C.O., effettuata sul posto, fuori dal P.S., dai due autisti soccorritori mentre il paziente è assistito all'interno della struttura ospedaliera dal personale sanitario e dovrà avere durata limitata al fine di essere nuovamente prontamente operativi una volta lasciato il P.S. ;
- Non è previsto lo stato di "fuori servizio" né per il lavaggio esterno del mezzo né tantomeno per il ripristino di materiale utilizzato durante interventi ordinari;
- Il rifornimento di gasolio, il ripristino di O2 vanno concordati con la C.O. . Il tutto deve essere effettuato nel minor tempo possibile, concordato con gli Operatori di Centrale che autorizzeranno ad effettuare l'operazione esclusivamente con equipaggio al completo e sempre operativo;
- Le operazioni di sostituzione del mezzo non programmate vanno comunicate alla Centrale Operativa. Le operazioni di manutenzione programmata o restituzione del mezzo riparato (cambio olio, cambio gomme, revisione mezzo o altre attività riconducibili) devono essere concordate e debitamente autorizzate dalla Centrale Operativa che, in tempo reale conosce lo stato mezzi attuale nella zona in cui verrà eseguito il cambio, vanno eseguite nelle fasce orarie a minor incidenza di richieste di soccorso ovvero dopo la mezzanotte ed entro le ore 7 del mattino. In entrambi i casi, le operazioni di cambio mezzo, non devono superare i trenta minuti di tempo dopo i quali, il mezzo, sarà reso operativo;
- Il mezzo Mike privo di presidi di mobilitazione (barella, ecc.) sarà immediatamente attivabile dall'operatore di C.O. in assetto Automedica fino al recupero dei presidi. Sarà specificato l'assetto nel riquadro "consegne" dell'applicativo di C.O. e comunicato agli altri Operatori in turno;
- Non è concesso abbandonare i presidi di mobilitazione nei PS (barella, tavola spinale ecc.). E' necessario attendere sul posto che gli stessi vengano restituiti salvo diversa disposizione della C.O. ;
In caso di tempistica prolungata per la restituzione di tavola spinale e/o steccobende, il mezzo potrà essere considerato operativo per interventi di natura non traumatica a discrezione e previa comunicazione della C.O. secondo le necessità contingenti;
- In ogni caso in cui si renda necessaria la movimentazione del mezzo di soccorso come, ad esempio, per garantire il recupero dei presidi dai vari PS è fatto obbligo vi sia a bordo l'equipaggio al completo poiché il mezzo è da considerarsi operativo in itinere (in assetto Automedica se mezzo Mike senza presidi di mobilitazione) e comunque immediatamente operativo una volta recuperati i presidi;
- Durante lo svolgimento del turno di servizio non è consentito effettuare soste prolungate, al di fuori della postazione, per motivi non strettamente operativi;
- Il trattamento sul luogo dell'evento non può perdurare per una tempistica che non sia ragionevolmente breve ed in linea con la necessità di garantire la presenza di mezzi di soccorso sul territorio, deve essere limitato alla sola fase di stabilizzazione clinica delle acuzie e non alla somministrazione di terapia definitiva che sarà oggetto di intervento di altra professionalità dedicata. Una tempistica razionale prevede una permanenza sul target di non più di 30' salvo condizioni particolari;

Medicalizzazione mediante rendez-vous, scelta ospedale di destinazione, ospedalizzazione/centralizzazione, comunicazione codice rosso di rientro, termine missione e ripristino della operatività

- In caso di codice 3 di rientro, il Medico SET 118 del mezzo di soccorso dovrà motivarne la valutazione (GCS, eventuale instabilità emodinamica, dinamica in caso di traumatismi) e nel caso di equipaggio India fornire anche i parametri vitali all' operatore di C.O. al fine di allertare il PS ricettivo fornendo notizie cliniche il più complete possibili;
- In nessun caso l'equipaggio può procedere ad ospedalizzazione, tantomeno a centralizzazione, se non concordata preventivamente la destinazione con la C.O. . In caso di Codice Rosso di rientro, il Team Leader è tenuto a comunicarlo in C.O. che provvederà ad allertare il P.S. di destinazione. Non è concessa la comunicazione diretta fra Equipaggi e P.S. senza che queste comunicazioni siano effettuate su linea registrata. La C.O. è l'unica Istituzione a conoscere, in tempo reale, la situazione dei rientri per ciascun P.S., a questo si aggiunge che è l' unica a conoscere eventuali avarie o difficoltà nella ricezione ed assistenza dei pazienti. Procedere ad una ospedalizzazione autonoma, oltre a non essere concessa, potrebbe creare situazioni di mancata assistenza del paziente o aumento delle tempistiche in grado di creare gravi conseguenze per la salute del paziente stesso. In caso di mancata risposta da parte della C.O. è compito del Team Leader delegare, se impegnato, il Soccorritore alla richiamata della C.O. **fino a risposta ottenuta** anche se in itinere verso il PS più vicino in situazioni di estrema Emergenza;
- La destinazione in termini di ospedalizzazione/centralizzazione del paziente è indicata dall' Operatore o Dirigente Medico di C.O. rispettando la valutazione clinica del Medico SET 118 in termini di necessità di specifiche branche specialistiche o criteri di centralizzazione;
- Durante il raggiungimento del target il Medico e l'Autista-Soccorritore si siedono nel vano anteriore, Infermiere e Soccorritore nel vano sanitario. Dopo aver caricato il paziente, il Medico e l'Infermiere siedono nel vano sanitario, l'Autista ed il Soccorritore nel vano anteriore. Per situazioni particolari, su espressa volontà del Medico, il soccorritore può assistere il paziente insieme al Medico e all'Infermiere. In caso de rendez-vous tra Automedica o Mike e ambulanza india, valutato il pz dal Medico e comunque in ogni caso in cui il codice di valutazione sanitaria sul posto sia codice 2/3, il Medico deve assistere il paziente nel vano sanitario, per tutto il tragitto, affinché possa procedere, se necessario, alle manovre che ne hanno richiesto la medicalizzazione. In nessun caso in cui sia ritenuta necessaria la medicalizzazione, il Medico dovrà allocarsi al di fuori del vano sanitario o in Automedica al seguito;
- L' operatività degli Equipaggi deve essere comunicata telefonicamente appena terminato l'evento. Lo status di MEZZO OPERATIVO-LIBERO si acquisisce nel momento dell'affidamento del paziente presso il Pronto Soccorso accettante e non in itinere (rientrando verso la sede di postazione, in prossimità del cambio turno, tantomeno dopo essere rientrati in postazione) o appena acquisito il rifiuto o completato il trattamento in loco.

Accesso alla sede di postazione, rispetto della privacy, richieste da parte dei media, ruolo del Team Leader, trasporto di più pazienti su medesimo mezzo

- La sede della postazione, all'interno di presidi ospedalieri, poliambulatori ecc., è locale di pertinenza della ASL e pertanto come tale deve essere trattato quindi con la limitazione di accesso ad estranei ed evitando altri usi se non quello per cui viene assegnato;
- A tutela della ASL, della privacy dei cittadini coinvolti nonché del Sistema 118, occorre astenersi dall'effettuare dichiarazioni pubbliche o ad organi di stampa che possano ingenerare nella popolazione senso di sfiducia nel Sistema o che violino la normativa sulla riservatezza dei dati ovvero:
 - Non vanno divulgate le generalità dei pazienti soccorsi;
 - Non devono essere fornite notizie private dei pazienti;
 - Non vanno rilasciate informazioni su eventi in cui vi può essere ipotesi di reato.
- Nel caso in cui da parte dei Media vengano riportate notizie inesatte in merito all'attività del Sistema, di un intero equipaggio, di un singolo Operatore, vanno informati i Direttori della Centrale Operativa e del Coordinamento, che in accordo con la Direzione strategica dell'ASL, valuterà di volta in volta l'opportunità di intervenire con comunicato ufficiale;
- Il Team leader è responsabile del rispetto del Protocollo Operativo di tutto l'equipaggio;
- Il trasporto di più pazienti su medesimo mezzo S.E.T. 118 è consentito, nel rispetto di quanto prescritto dal libretto di circolazione in termini di numero di occupanti, **solo in caso di secondo paziente valutato come codice di rientro VERDE**. Non è quindi consentito il trasporto contemporaneo di più pazienti con codici di rientro maggiori (Giallo/Rosso).

TUTELA DELLE RISORSE DI SISTEMA

La tutela dell'integrità funzionale del Sistema di risposta all'Emergenza-Urgenza sanitaria è garantita da norme penali che vincolano tutti gli operatori e anche coloro che fruiscono dei servizi forniti. Nel caso comportamenti anomali, interni o esterni al Sistema ponessero in pericolo tale integrità strutturale e funzionale saranno oggetto di opportuni provvedimenti.

I casi in cui si interviene con denuncia all'autorità giudiziaria sono:

- Procurata inutilizzabilità dei mezzi di soccorso
- Rifiuto di intervenire su qualsivoglia missione
- Illecito rifiuto di prestazione d'opera - Omissione di soccorso (art.593 c.p.) e
- omissione di atti di ufficio (art.328 c.p.)
- Danneggiamento dei sistemi di soccorso (impianti, sistemi informatici e/o telematici, reti)
- Procurato allarme
- Interruzione di pubblico servizio
- Lesioni personali colpose (art. 590 c.p.)
- Violazione del segreto professionale
- Violazione del segreto d'ufficio
- Violazione della privacy e dei dati sensibili

Gli Operatori S.E.T. 118 non possono diffondere dati sensibili in tema di interventi svolti anche mediante la stampa di Schede di Ambulanza, certificazioni ed ECG successivamente rispetto al termine della missione salvo richiesta, da parte del paziente stesso, solo dopo autorizzazione da parte della Centrale Operativa.

COMUNICAZIONI CON I MEZZI DI SOCCORSO

Mezzi di comunicazione tra Postazioni e Centrale Operativa (dotazione Mezzi 118):

- N.1 Telefono Cellulare;
- N.1 Tablet fully rugged con applicazione di Scheda Paziente Digitale e periferiche, integrato e cooperante con Software di Centrale Operativa 118 che sfrutta, per il collegamento, la rete regionale Rugar Wireless.
- N.1 Telefono Fisso per Postazione.

I telefoni cellulari di cui sono muniti i mezzi di soccorso coordinati dalla Centrale Operativa BARI SOCCORSO, sono **appareati di telefonia cellulare** “chiusi”.

Devono consentire infatti esclusivamente i collegamenti fra:

- mezzo di soccorso e Centrale Operativa
- mezzo di soccorso e Telecardiologia
- mezzo di soccorso e Coordinamento 118

I contatti telefonici fra mezzo di soccorso e Centrale Operativa devono essere tenuti da un'unica figura ben definita a bordo del mezzo di soccorso, il Team Leader, che varia in base alla composizione dell'equipaggio. I messaggi dovranno essere scambiati rapidamente ed essere concisi, più simili a testi di telegrammi che non a conversazioni telefoniche.

I tablet vengono utilizzati per la ricezione degli alert relativi agli interventi di soccorso e l'esecuzione/invio ECG a 12 derivazioni alla Centrale di Telecardiologia (Helis).

Con gli “ALERT” viene inviato per via telematica il dispatch della chiamata di soccorso, effettuato dall'Operatore di Centrale, su cui è possibile compilare la scheda ambulanza per ogni paziente.

Tale scheda è consultabile, una volta convalidata, sia dai Pronto Soccorso di tutti i presidi ospedalieri sia dalla Centrale Operativa.

La movimentazione dei mezzi di soccorso (partenza - arrivo sul posto - carico paziente e partenza per ospedale - arrivo in ospedale - rientro in postazione) è affidata ad apposito programma installato sui tablet.

A breve la Geolocalizzazione dei mezzi sarà presente su tablet piuttosto che sui mezzi.

Nel caso di malfunzionamento del tablet, la comunicazione della suddetta movimentazione viene affidata al Team Leader che la comunicherà all'operatore di Centrale.

In tal caso il referto del paziente sarà compilato su apposito materiale cartaceo di scorta che andrà poi consegnato alla C.O. per apposita archiviazione.

Il Team Leader ha pertanto la responsabilità dell'apparato di comunicazione e della corretta gestione delle informazioni in arrivo e in partenza con la Centrale Operativa.

La movimentazione da effettuarsi sul tablet è da considerarsi atto irrinunciabile da parte del Team Leader.

Il solo alert da parte della C.O., in assenza di contatto telefonico, costituisce obbligo di intervento e partenza immediata. Il contatto con la C.O. dovrà essere garantito solo successivamente alla partenza.

AVARIA LINEE TELEFONICHE

In caso di avaria della linea telefonica registrata la Centrale Operativa attiverà la procedura interna di emergenza.

La Centrale Operativa dovrà :

- Contattare supporto tecnico;
- Utilizzare linee esterne aggiuntive (i cui recapiti saranno comunicati ad horas alle postazioni del territorio);
- Avvisare le seguenti istituzioni: NUE 112

In caso di avaria dei telefoni in dotazione alle postazioni, invece, per problemi legati ai gestori telefonici, sarà sempre possibile comunicare con la Centrale Operativa utilizzando il numero 118 dedicato.

MODALITÀ E GESTIONE DELLE RICHIESTE DI SOCCORSO NUE 112 – SISTEMA DISPATCH 118

Su tutto il territorio della Regione Puglia è stato attivato il NUE 112 secondo il Modello Call Center Laico. Pertanto tutte le chiamate di emergenza effettuate selezionando i numeri 112, 113, 115 e 118 saranno instradate verso Centrali Uniche Laiche NUE 112, che sono dei PSAP (Public Safety Answering Point) di primo livello.

Il PSAP di primo livello che riceverà la chiamata di emergenza provvederà quindi alla gestione della medesima ed allo smistamento/coinvolgimento dei PSAP di secondo livello, ovvero le Centrali Operative 118, 112,113,115.

Il sistema NUE 112 assicura pertanto alle PSAP di secondo livello:

- l'invio della scheda di contatto (comprensiva delle informazioni relative alla localizzazione del chiamante);
- il trasferimento della chiamata di emergenza, con visualizzazione del numero del chiamante.

La Centrale Operativa del 118 che riceve la chiamata dal Call Center Laico:

- riceve la Scheda di Contatto di sua competenza sull'applicativo di Sala Operativa;
- associa automaticamente la scheda di contatto alla chiamata ricevuta in fonia (visualizzando contestualmente il numero chiamante) e gestisce l'evento effettuando il "dispatch".

Con il termine "Dispatch" si identifica un "sistema integrato e complesso" adottato dalle Centrali Operative 118, comprendente una serie di azioni sistematiche, standardizzate ed omogenee al fine di gestire in maniera ottimale ed efficace le richieste telefoniche di soccorso pervenute dal territorio e consiste nella corretta effettuazione delle seguenti attività:

- Confermare l'esatta localizzazione dell'evento comunicata dal NUE, ovvero ove necessita l'intervento di soccorso sanitario territoriale;
- Identificare la "capacità informativa" dell'interlocutore telefonico relativamente alle condizioni dello scenario e della/e vittima/e;

- Acquisire le informazioni di base necessarie per riuscire a definire lo scenario presente, la sicurezza della scena, la necessità di intervento congiunto di altri Enti deputati al soccorso tecnico o indispensabili per il supporto in fase di intervento;
- Identificare il sintomo (*o l'evento accaduto*) principale, motivo della chiamata, in maniera da “mirare” l'intervista e la successiva raccolta dati;
- Procedere con l'intervista finalizzata alla raccolta di informazioni necessarie alla individuazione degli indicatori di priorità, utili per l'attribuzione del codice di criticità (*indicatori di tipo clinico, dinamico, situazionale*);
- Definire il “giudizio di sintesi” attribuendo il codice di priorità (*codice colore*) comprensivo della codifica relativa al luogo ove si è verificato l'evento ed alla patologia presunta (*orientamento patologico*);
- Fornire, se necessario, le informazioni e le istruzioni pre-arrivo ai presenti sulla scena in attesa dell'arrivo dei soccorsi;
- Attivare le opportune risorse operative territoriali (*sanitarie e non sanitarie*) per l'effettuazione dell'intervento di soccorso;
- Coordinare e gestire il soccorso in itinere fino al termine del soccorso stesso.

N.B. : Il triage telefonico non è il tentativo di effettuare una diagnosi medica, bensì è finalizzato al riconoscimento di eventi potenzialmente pericolosi o lesivi per l'integrità psicofisica della persona, mediante l'utilizzo di un percorso sequenziale logico e sistematico di intervista, indirizzato alla ricerca ed alla conseguente discriminazione dei potenziali indicatori di rischio rilevabili telefonicamente.

ISTRUZIONI PRE-ARRIVO (IPA)

L'articolo 7, comma 3, della legge 4 agosto 2021, n. 116, rubricato “Applicazione mobile e obbligo di fornire informazioni”, demanda ad un protocollo definito e standardizzato, predisposto dal Ministero della salute, la definizione delle istruzioni che le Centrali Operative dei Sistemi di Emergenza Territoriale 118 sono tenute a fornire alla popolazione, durante le chiamate di emergenza, per svolgere, in attesa dell'arrivo dei mezzi di soccorso, le manovre di rianimazione cardiopolmonare di base e per l'uso del DAE, nonché, ove possibile, le indicazioni utili a localizzare il DAE più vicino al luogo ove si sia verificata l'emergenza. In accordo con il Sistemi di Emergenza Territoriale 118, pertanto, è stato predisposto il presente protocollo, volto a fornire, in attuazione della citata disposizione, le istruzioni e le indicazioni richieste.

Le Istruzioni Pre-Arrivo (IPA), a cui fa riferimento il Comma 3 dell'Articolo 7 della Legge 4 agosto 2021 n. 116 in materia di diffusione dei DAE, definiscono la serie di interazioni tra l'Operatore di C.O. 118 e il chiamante attraverso cui l'Operatore è in grado di sospettare che la vittima possa essere in arresto cardiaco e guidare il chiamante a verificare le condizioni della vittima e, se necessario, eseguire le manovre cruciali per la sopravvivenza della stessa, nell'attesa dell'arrivo degli operatori sanitari.

Nello specifico si differenziano in:

- **Istruzioni salvavita:** ovvero tutte quelle istruzioni erogate nel tentativo di intervenire immediatamente con manovre salvavita non procrastinabili nel tempo (es. Heimlich, BLS., ecc.)
- **Istruzioni per la “conservazione” delle condizioni cliniche:** ovvero tutte quelle istruzioni atte a mantenere o quanto meno a non peggiorare le condizioni cliniche presenti al momento (es. immobilità nel trauma, tamponamento emorragie, parto in atto, etc.)
- **Istruzioni per la sicurezza dei presenti sulla scena dell'evento:** ovvero tutte quelle istruzioni utili a garantire la sicurezza ed a preservare l'incolumità dei presenti sulla scena, qualora siano ravvisati elementi di rischio (es. fughe di gas, incendi, etc.)
- **Istruzioni per agevolare l'arrivo delle squadre di soccorso:** ovvero suggerimento di azioni utili ad agevolare l'individuazione ed il raggiungimento del luogo ove necessita il soccorso da parte delle squadre sanitarie (es. accensione luci esterne dell'abitazione, apertura porte e cancelli, etc.)

Ove venga richiesto soccorso per un soggetto che non respira e non è cosciente per cui i parenti rifiutino di recepire ed applicare le IPA non ritenendo appropriato procedere alle manovre rianimatorie per svariati motivi (es. pz. terminale) li si inviterà a contattare il proprio MMG o se disponibile il servizio di Continuità Assistenziale al fine di non distrarre un mezzo di rianimazione.

ISTRUZIONI PRE-ARRIVO IN CASO DI ARRESTO CARDIACO IMPROVVISO

In caso di chiamata alla centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria «118», l'operatore dovrà effettuare da remoto le seguenti valutazioni:

1. Valutazione dello stato di coscienza.

Al fine di valutare lo stato di coscienza, l'operatore dovrà fornire le seguenti istruzioni:

- Metti il telefono in vivavoce.
- Mentre stai scuotendo le spalle, chiamalo ad alta voce.
- Ti risponde?

1.1 Esito della valutazione: risponde → il soggetto è cosciente.

1.2 Esito della valutazione: non risponde → il soggetto è incosciente.

2. Valutazione dell'attività respiratoria.

Successivamente, si procede alla valutazione dell'attività respiratoria. L'operatore dovrà fornire le seguenti istruzioni:

- Guarda il torace.
- Si alza e si abbassa?
- Ti sembra che respiri?

Se viene riferito che il soggetto "respira", l'operatore dovrà chiedere: "ti sembra che respiri normalmente?"

Nel caso in cui l'esito della valutazione sia "non risponde e non respira/non respira normalmente" → è in arresto cardiaco. In questo caso si procede con il punto 3.

3. Istruzioni per la rianimazione cardiopolmonare.

L'operatore deve proporre di iniziare la Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) con sole compressioni toraciche⁴, dando le seguenti istruzioni in attesa dell'arrivo dei soccorsi avanzati:

- Distendolo per terra dritto, con la testa all'indietro⁵.
- Se sei solo, fatti aiutare da qualcuno (anche da passanti o vicini di casa, se possibile)⁶ e, se il soggetto è in arresto cardiaco, chiedi a chi ti sta aiutando di andare a prendere il DAE⁷ più vicino.
- Metti le mani una sull'altra dritte al centro del torace.
- Inizia a comprimere verso il basso, rilasciando il torace dopo ogni compressione.
- Premi forte e velocemente (l'operatore deve indicare la cadenza)
- Non interrompere le compressioni fino all'arrivo dei soccorsi.
- Ogni due minuti (se non sei solo) fatti sostituire.

4. Uso del defibrillatore semiautomatico o automatico.

All'arrivo del DAE, l'operatore della centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria «118» deve dare le seguenti istruzioni alla persona che lo ha portato:

- Apri o accendi il DAE.
- Collega le piastre agli elettrodi, qualora siano scollegate, e posizionale sul torace del soggetto in arresto cardiaco come indicato nel disegno sulle piastre, accertandoti che le stesse aderiscano adeguatamente alla cute.
- Segui pedissequamente le istruzioni del DAE, facendo allontanare i presenti dal soggetto in arresto cardiaco.
- Iniziato il massaggio cardiaco, ogni due minuti ricordati di sostituire la persona che sta effettuando la manovra RCP:
 - Metti le mani una sull'altra dritte al centro del torace.
 - Inizia a comprimere verso il basso, rilasciando il torace dopo ogni compressione.
 - Premi forte e velocemente (l'operatore deve dare la cadenza)
 - Non interrompere le compressioni fino all'arrivo dei soccorsi.
 - Ogni due minuti fatti sostituire.

1. Pollack RA, Brown SP, Rea T, Aufderheide T, Barbic D, Buick JE, Christenson J, Idris AH, Jasti J, Kampp M, et al; ROC Investigators. Impact of bystander automated external defibrillator use on survival and functional outcomes in shockable observed public cardiac arrests. *Circulation*. 2018; 137:2104–2113. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.030700;

2. Weisfeldt ML, Sitlani CM, Ornato JP, Rea T, Aufderheide TP, Davis D, Dreyer J, Hess EP, Jui J, Maloney J, et al; ROC Investigators. Survival after application of automatic external defibrillators before arrival of the emergency medical system: evaluation in the Resuscitation Outcomes Consortium population of 21 million. *J Am Coll Cardiol*. 2010; 55:1713–1720. doi: 10.1016/j.jacc.2009.11.077;

3. Brooks SC, Clegg GR, Bray J, Deakin CD, Perkins GD, Ringh M, Smith CM, Link MS, Merchant RM, Pezo-Morales J, Parr M, Morrison LJ, Wang TL, Koster RW, Ong MEH; International Liaison Committee on Resuscitation. Optimizing Outcomes After Out-of-Hospital Cardiac Arrest With Innovative Approaches to Public-Access Defibrillation: A Scientific Statement From the International Liaison Committee on Resuscitation. *Circulation*. 2022 Mar 29;145(13):e776-e801. doi: 10.1161/CIR.0000000000001013. Epub 2022 Feb 15. PMID: 35164535.;

4 In assenza di presidi di protezione individuale, le sole compressioni toraciche si sono dimostrate molto efficaci, riuscendo a mantenere la perfusione cerebrale (Sayre MR et al. Hands-Only (Compression-Only) Cardiopulmonary Resuscitation: A Call to Action for Bystander Response to Adults Who Experience Out-of-Hospital Sudden Cardiac Arrest. *Circulation*, 2008);

5 Le attuali linee guida ILCOR 2021 prevedono che il soccorritore laico possa iper-estendere il capo nel soggetto adulto, effettuare una modica estensione nel bambino e la posizione neutra nel lattante, anche in presenza di trauma dato che, stante lo stato di necessità dettato dall'arresto cardiaco, i rischi correlati alla iperestensione sono sicuramente minori rispetto alla perdita della vita;

6 Se il soccorritore è completamente solo, il paziente è sul letto e non è possibile distenderlo sul pavimento, il soccorritore può lasciarlo sul letto, possibilmente inserendo un piano rigido sotto la schiena, ed iniziare le compressioni del torace con la massima energia di spinta di cui è capace (ERC 2021);

7 La localizzazione del DAE più vicino verrà fornita dal personale della centrale operativa 118 o, in caso di disponibilità di specifiche applicazioni, utilizzando le stesse.

23A03359

GESTIONE DELL'INVIO MEZZO 118 SU ZONE CONFINANTI

In caso di richiesta da parte di altre C.O.118 di supporto su zone confinanti si potrebbero prospettare i seguenti scenari:

- Invio mezzo Mike e/o India: il mezzo sarà inviato sul target in supporto ad altra loro risorsa o in prima battuta, se necessario. La gestione del mezzo resta a carico della nostra C.O. anche in termine di Ospedalizzazione;
- Invio di Automedica in supporto a mezzo di altra provincia. La gestione del mezzo viene trasferita alla C.O. che richiede supporto e che ha sul posto il mezzo base o MSA India anche in termini di Ospedalizzazione.

CODICI NEL SISTEMA 118

L'identificazione appropriata del motivo che ha indotto l'utente a telefonare al 118, consente all'operatore di indirizzarsi verso una "sequenza specifica d'intervista", finalizzata al rilievo degli "indicatori di rischio" utili per una appropriata determinazione del codice di criticità dell'evento stesso.

Si intende per "Indicatore di Rischio" l'elemento che, se presente o manifesto, è in grado di rivelare (*o escludere*), con accuratezza e precisione, il "potenziale di criticità" posseduto da un evento in relazione alla capacità (*dell'evento*) di produrre effetti lesivi per l'integrità psicofisica della persona coinvolta.

Gli "indicatori di rischio" sono utilizzati per la definizione della priorità di intervento e la pianificazione di un intervento di soccorso appropriato.

Gli indicatori da ricercare in corso di intervista telefonica appartengono sostanzialmente a 3 tipologie:

1) INDICATORI DI RISCHIO DI TIPO CLINICO

Si tratta di indicatori relativi alle condizioni cliniche (*segni e sintomi*) del paziente. Possono distinguersi:

- **indicatori clinici primari**, ovvero ABC del paziente (*coscienza, respiro, circolo*) e/o al sintomo/segno principale riferito;
- **indicatori clinici secondari**, ovvero ulteriori informazioni cliniche rilevanti anche se spesso sottovalutate rispetto al sintomo/segno principale.

2) INDICATORI DI RISCHIO DI TIPO DINAMICO

Può trattarsi di:

- **indicatori di modalità**: relativi al modo ed alla sequenzialità (*successione degli eventi*) attraverso la quale un evento si manifesta e/o si realizza;

- **indicatori di energia:** ovvero indicatori che esprimono l'energia sprigionata in corso di un evento traumatico ed il conseguente potenziale lesivo.

3) INDICATORI DI RISCHIO DI TIPO SITUAZIONALE

Appartengono a questa categoria gli indicatori non direttamente correlati alla persona interessata, ma allo scenario ed alla situazione presente.

Si tratta di informazioni che descrivono il contesto e la sicurezza ambientale (*sostanze gassose, liquide, solide o altro materiale presente sul luogo*), il n° delle vittime, le condizioni di viabilità e l'accessibilità al luogo dell'evento.

CODICE ALFANUMERICO E DECISIONE DI TRIAGE

Il Decreto Ministeriale che, di fatto, ha istituito il servizio unico di Emergenza Sanitaria, prevede una serie di norme a cui tutte le Regioni devono attenersi; tra esse c'è anche la codifica degli interventi secondo codici standard.

Il sistema di codifica degli interventi del 1.1.8. si basa su di un "**codice alfanumerico**" composto da 3 elementi. Questo viene definito dall'operatore di centrale al momento della compilazione della scheda di valutazione, in base alle risposte ottenute durante l'intervista eseguita in occasione della richiesta di soccorso al 1.1.8.

Il codice d'intervento alfanumerico ha tre vantaggi:

- Permette di comunicare via radio, via cavo o via cellulare i dati salienti, relativi all'evento, tutelando al contempo la privacy del soggetto da soccorrere.
- Permette di sintetizzare le informazioni in modo tale da non occupare a lungo il canale di comunicazione.
- Permette di uniformare le comunicazioni tra le varie componenti del Sistema di Emergenza Sanitaria 1.1.8.

L'operatore di centrale, a conclusione della telefonata, ovvero a compimento del percorso di intervista standardizzato, e completata la raccolta dati-evento formula un "Giudizio di Sintesi" (*come stabilito dal DM 15 maggio 1992*) che rappresenta la decisione di triage e che si compone di 3 codici:

1. **Codice Identificativo del Luogo**
2. **Codice di Patologia prevalente**
3. **Codice di Criticità/Gravità**

› **codice luogo:** *(varianti)*

S – P – Y – K – L – Q – Z

› **codice patologia prevalente:** *(varianti)*

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12 – 13 – 14 – 15 – 19 – 20

› **codice colore di criticità:** *(varianti)*



BIANCO – VERDE – GIALLO – ROSSO

Il “Giudizio di Sintesi” coincide con il “Codice di Invio” per i mezzi di soccorso attivati sull’evento.

Si precisa comunque che, qualora durante l’intervista telefonica emergano elementi ed indicatori sufficienti per l’immediata attribuzione del codice di sintesi di massima criticità, l’operatore è tenuto ad assegnare immediatamente il codice rilevato, prima ancora della conclusione dell’intervista e/o della conversazione telefonica, onde minimizzare al massimo il tempo di intervento nelle situazioni di emergenza.

N.B.: Di norma, la durata dell’intervista telefonica (*calcolata come tempo intercorrente tra inizio della conversazione ed espressione da parte dell’operatore di ricezione del giudizio di sintesi*) non dovrebbe essere superiore ad 1 minuto - 1 minuto e mezzo. Sarà cura dell’Operatore di ricezione provvedere ad attribuire il codice di criticità dell’evento nei tempi più rapidi possibili, al fine di velocizzare al massimo i tempi di soccorso, proseguendo, se necessario, l’intervista e la registrazione di ulteriori elementi non rilevanti al fine della definizione della criticità stessa.

CODICE IDENTIFICATIVO DEL LUOGO

Il codice di luogo identifica il luogo in cui è accaduto l'evento che ha determinato la richiesta di intervento. E' costituito da uno solo dei seguenti caratteri, che occupa la prima posizione nel codice di intervento:

Cod	Luogo	Spiegazione
S	STRADA	Si definiscono accaduti in strada tutti gli eventi localizzabili sulla viabilità pubblica o privata o che comunque hanno avuto origine da essa
P	ESERCIZI PUBBLICI	Si definiscono accaduti in uffici ed esercizi pubblici tutti gli eventi localizzabili in porzioni di edifici adibiti in prevalenza a uffici o attività commerciali (ad es. negozi, uffici pubblici, alberghi, pensioni)
Y	IMPIANTI SPORTIVI	Si definiscono accaduti in impianti sportivi tutti gli eventi localizzabili in strutture prevalentemente adibite ad attività sportive (ad es. palestre)
K	CASA	Si definiscono accaduti in casa tutti gli eventi localizzabili in edifici prevalentemente adibiti ad abitazione
L	IMPIANTI LAVORATIVI	Si definiscono accaduti in impianti lavorativi tutti gli eventi localizzabili in sedi dove si effettuano in modo esclusivo e organizzato lavori, opere (fabbriche, laboratori, cantieri)
Q	SCUOLE	Si definiscono accaduti in scuole tutti gli eventi localizzabili in sedi dove si effettuano prevalentemente attività prescolastiche o scolastiche organizzate per l'insegnamento di una o più discipline (asili nido, scuole elementari, università)
Z	ALTRI LUOGHI	Si definiscono accaduti in altri luoghi tutti gli eventi localizzabili in ambienti diversi da quelli precedentemente definiti

CODICE DI PATOLOGIA PREVALENTE

Si tratta della codifica relativa alla patologia presunta, estrapolata dal contesto dell'intera intervista. Può essere anche definita e descritta come "orientamento patologico" dell'evento accaduto. L'assegnazione del codice è effettuata in riferimento al "**Sintomo (o evento accaduto) Principale**" riferito o rilevato, e non in relazione ad eventuali ipotesi patogenetiche. Il codice è costituito da tre caratteri.

La patologia prevalente, dedotta a seguito della chiamata, è identificata da uno solo dei seguenti codici:

La tabella sottostante riporta il codice numerico di patologia e la relativa decodifica.

Cod	Spiegazione
C01	PATOLOGIA DI ORIGINE TRAUMATICA
C02	PATOLOGIA DI ORIGINE CARDIOCIRCOLATORIA
C03	PATOLOGIA DI ORIGINE RESPIRATORIA
C04	PATOLOGIA DI ORIGINE NEUROLOGICA
C05	PATOLOGIA DI ORIGINE PSICHIATRICA
C06	PATOLOGIA DI ORIGINE NEOPLASTICA
C07	PATOLOGIA TOSSICOLOGICA
C08	PATOLOGIA METABOLICA
C09	PATOLOGIA GASTROENTEROLOGICA
C10	PATOLOGIA UROLOGICA
C11	PATOLOGIA OCULISTICA
C12	PATOLOGIA OTORINOLARINGOIATRICA
C13	PATOLOGIA DERMATOLOGICA
C14	PATOLOGIA OSTETRICO-GINECOLOGICA
C15	PATOLOGIA INFETTIVA
C19	ALTRA PATOLOGIA
C20	PATOLOGIA NON IDENTIFICATA

CODICE DI CRITICITÀ / GRAVITÀ

IL CODICE DI CRITICITÀ / GRAVITÀ indica in modo standardizzato il livello di COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI (coscienza, circolo e respiro) del paziente ed è finalizzato principalmente alla gestione dell'intervento sanitario, definendo la priorità con cui deve essere erogato, rispetto ad altri interventi richiesti in contemporanea. Le Centrali Operative utilizzano come codice di criticità il codice colore, anch'esso riportato nella tabella sottostante con il corrispondente codice numerico di gravità.

Il codice di gravità utilizza i numeri da 0 a 4 codificati come riportato nella tabella sottostante.

E' evidente che Il codice di gravità può variare nelle diverse fasi del soccorso (arrivo dell'ambulanza, trasporto in ospedale, chiusura dell'intervento e consegna del paziente al personale ospedaliero).

NB: il codice 4 (colore nero, paziente deceduto) **non è mai un codice di invio del soccorso**, cioè nessuna ambulanza viene fatta uscire con codice 4. Pertanto questo codice **può essere assegnato solo all'arrivo dei soccorritori sul posto** e deve essere dato solo da personale medico (salvo particolari eccezioni).

Cod	Colore	Spiegazione
0	Bianco	NON EMERGENZA; SITUAZIONE DI INTERVENTO DIFFERIBILE E/O PROGRAMMABILE PAZIENTE INDENNE o con patologia poco rilevante. Le condizioni del paziente non rivestono carattere di urgenza.
1	Verde	NON EMERGENZA; SITUAZIONE DIFFERIBILE MA PRIORITARIA RISPETTO AL CODICE ZERO, PAZIENTE CON FUNZIONI VITALI MANTENUTE; ma con patologia acuta in atto.
2	Giallo	EMERGENZA SANITARIA; SITUAZIONE A RISCHIO, INTERVENTO NON DIFFERIBILE PAZIENTE CON FUNZIONI VITALI MANTENUTE, ma per le quali non si può escludere una successiva compromissione; ovvero danni funzionali potenzialmente rilevanti.
3	Rosso	EMERGENZA ASSOLUTA; INTERVENTO PRIORITARIO PAZIENTE CON UNA O PIU' FUNZIONI VITALI COMPROMESSE O ASSENTI E IN IMMINENTE PERICOLO DI VITA. Le funzioni vitali dovranno essere stabilizzate e supportate prima possibile e comunque prima del trasporto.
4	Nero	PAZIENTE DECEDUTO

DEFINIZIONE DELLA CRITICITÀ DELL'EVENTO

Criticità dell'evento – D.M. San. 15.05.92 – G.U. N° 121 del 25.05.92)

CODICI DI INVIO (o di criticità)**➤ CODICE BIANCO – NON DI COMPETENZA DEL S.E.T. 118**

Non critico - Servizio che, con ragionevole certezza, non ha necessità di essere espletato in tempi brevi

È assegnato a quei casi in cui, con ragionevole certezza, non si ravvisino indicatori di rischio (*clinici, dinamici o situazionali*), per esiti invalidanti o mortalità evitabile, se non espletati in tempi brevi. In altri termini è assegnato a quei casi in cui dall'intervista emerge una integrità delle funzioni vitali escludenti una potenzialità evolutiva in senso peggiorativo in tempi rapidi, i quali possono:

- Necessitare di un approfondimento diagnostico, strumentale o specialistico, eseguibile solo in ambiente ospedaliero programmato;
- Non avere necessità di approfondimento diagnostico, strumentale o specialistico in ambiente ospedaliero, ma che tuttavia possono necessitare di un ulteriore approfondimento a carico della medicina di continuità assistenziale.

➤ CODICE VERDE

Poco critico - *Intervento differibile*

È assegnato a quei casi in cui, a seguito di un evento traumatico o dell'insorgenza di un sintomo, emerge l'integrità delle funzioni vitali e l'assenza di indicatori di potenzialità evolutiva in senso peggiorativo in tempi rapidi, ma che necessitano tuttavia di un sollecito approfondimento diagnostico, strumentale o specialistico, eseguibile solo in ambiente ospedaliero.

➤ CODICE GIALLO

Mediamente critico - *Intervento indifferibile*

Assegnato a quei casi in cui dagli indicatori ottenuti, pur non prospettandosi un immediato pericolo per la vita, emerge un'elevata probabilità evolutiva in senso peggiorativo con possibilità di compromissione delle funzioni vitali in tempi rapidi.

➤ CODICE ROSSO

Molto critico - *Intervento di emergenza*

Situazioni di emergenza assoluta che necessitano di massima priorità d'intervento. È assegnato a quei casi in cui gli indicatori ottenuti prospettano un imminente pericolo di vita per grave compromissione in atto di una o più funzioni vitali principali (*coscienza, respiro, circolo*), o per assenza delle funzioni vitali stesse.

Non devono essere attivati mezzi medicalizzati 118 per esecuzione di Constatazione di Decesso salvo che per eventi sospetti o violenti informando il Dirigente Medico di C.O. in turno. Le constatazioni di decesso per morti naturali vanno delegate al MMG o al Medico di Continuità Assistenziale competente per territorio.

CRITERI DI DINAMICA MAGGIORE:

Eiezione dall'abitacolo
Estrazione complessa dall'abitacolo
Ribaltamento del veicolo
Deformazione della carrozzeria >20 cm
Impatto ad alta velocità
Altro passeggero deceduto nello stesso veicolo
Pedone o motociclista investito da auto
Separazione moto/vittima
Caduta da altezza >3 m

È stato evidenziato che alcuni indicatori di meccanismo ad alta energia sono associati ad una quota elevata di over triage.

Tali indicatori sono essenzialmente il ribaltamento dell'auto, la deformazione delle lamiere, la caduta del motociclista senza separazione dal mezzo ed impatto secondario e l'investimento pedone o ciclista a bassa velocità senza arrotamento/caricamento. Per ridurre l'over triage al CTS in presenza di tali indicatori e con parametri vitali (respiro, coscienza, pressione) stabili, il paziente può essere avviato ad un CTZ ove riceverà la cura definitiva, in caso di competenze adeguate. In caso contrario, il paziente verrà trasferito al CTS appena possibile (centralizzazione secondaria).

CRITERI DI ASSEGNAZIONE SECONDO CODICE COLORE:

Codice ROSSO	Codice GIALLO
ABCD compromesso	Dinamica maggiore
PA>220/120 o <90	Trauma cranico sintomatico
FC>120 o <50	Trauma addominale o toracico <3h
Sp O ₂ <90% in AA	Contusioni/ferite del bulbo oculare
FR>34 o <10	Ustioni >10%
GCS<13	Lussazione grosse articolazioni
Traumi delle vie respiratorie	Sospette fratture ossa lunghe o bacino
Fratture esposte delle ossa lunghe	
Amputazione/subamputazione arti	Codice VERDE
Ustione<20%	Nessuno dei precedenti
Ferite penetranti in cavità o collo	

VALUTAZIONE CODICE DI RIENTRO (GRAVITÀ)

D.M. San. 15.05.92 – G.U. n° 121 del 25.05.92

Codici di rientro: Indicano la reale gravità dell'evento constatata dall'unità di soccorso sul posto e comunicata prontamente alla C.O. "118".

Il personale che sta effettuando il soccorso deve:

- Valutare il paziente e iniziare il primo trattamento sul posto e se necessario effettuare eventuali richieste alla C.O.
- Comunicare codice di rientro
- Trasportare il paziente presso il P.S. indicato dalla Centrale Operativa, assistendolo in itinere
- Comunicare orario di partenza dal posto*
- Comunicare orario di arrivo in P.S.*
- Comunicare pronta operatività in itinere verso la propria postazione*

*N.B. Le comunicazioni relative alla movimentazione dei mezzi vengono eseguite tramite apposito programma presente sul tablet.

CODICE 0

La prestazione sanitaria non viene effettuata perché si tratta di un falso allarme, uno scherzo, oppure il paziente rifiuta consapevolmente la prestazione.

- rifiuta l'intervento
- scherzo
- non reperito
- chiamata annullata (È tuttavia possibile annullare missione direttamente da apposito tasto su tablet).

Si precisa pertanto che non è consentito, in nessun caso, chiudere la missione con codice di gravità 0 al di fuori delle opzioni sopra elencate, laddove la prestazione sanitaria sia stata erogata.

CODICE 1

PAZIENTE CON FUNZIONI VITALI STABILI (codice valutazione sanitaria 1):

Il paziente può essere spostato prima di iniziare il trattamento.

CODICE 2**PAZIENTE CON FUNZIONI VITALI INSTABILI (codice valutazione sanitaria 2):**

Valutazione e trattamento iniziano sul posto salvo casi in cui ci si debba allontanare per motivi di sicurezza. Lo spostamento verso l'ambulanza deve avvenire con presidi che permettano di non affaticare il paziente. L'ospedalizzazione del paziente è prioritaria se stimata più rapida del tempo di raggiungimento comunicato dal Mezzo Medicalizzato.

CODICE 3**PAZIENTE CON FUNZIONI VITALI COMPROMESSE (codice valutazione sanitaria 3):**

L'identificazione dei pazienti con funzioni vitali compromesse avviene tramite l'individuazione di criteri di gravità. Valutazione e trattamento iniziano sul posto salvo casi in cui ci si debba allontanare per motivi di sicurezza. Lo spostamento verso l'ambulanza deve avvenire con presidi che permettano di non affaticare il paziente. Il monitoraggio dei parametri vitali e del ritmo cardiaco del paziente devono essere continui (PA ogni 5 minuti).

ATTIVAZIONE MEZZO MIKE in SUPPORTO:

Legata all'individuazione di criteri di gravità. Lo stesso raggiunge il mezzo India sul posto altrimenti concorda con esso un luogo di rendez-vous. Se il Mezzo Mike richiesto non è disponibile, il mezzo India deve ospedalizzare autonomamente il paziente supportato, se necessario, dal Dirigente Medico di C.O. . L'ospedalizzazione del paziente è prioritaria se stimata più rapida del tempo di raggiungimento comunicato dal Mezzo Mike.

CODICE 4**PAZIENTE DECEDUTO (codice valutazione sanitaria 4)**

Non intraprendere manovre rianimatorie in presenza di evidenti segni di morte:

- decomposizione tissutale
- rigor mortis
- macchie ipostatiche declivi
- decapitazione
- gravi lesioni traumatiche incompatibili con la vita

N.B. La constatazione di decesso è un atto medico NON DELEGABILE.

In assenza di mezzo Medicalizzato in loco, le constatazioni di decesso per morti naturali vanno delegate al MMG o al Medico di Continuità Assistenziale competente per territorio.

GESTIONE DEL RIFIUTO DI ESEGUIRE MANOVRE RIANIMATORIE PER ACC DA PARTE DI EQUIPAGGIO INDIA IN ASSENZA DEL MEDICO 118

Qualora sia intervenuto un mezzo India per un paziente per cui i parenti o chi ne abbia facoltà rifiuti, sul posto, che vengano effettuate manovre rianimatorie, l'Infermiere 118 contatterà la C.O. affinché giunga sul posto il MMG del pz. o il Medico di C.A. al fine della presa in carico del pz. e della redazione della constatazione di decesso . Se non disponibili ed in assenza di Medico 118 da poter inviare, l'Infermiere, sentito il Dirigente di C.O. in turno, provvede ad accogliere il rifiuto su scheda di ambulanza riportando nelle note: "ACC: I PARENTI RIFIUTANO OGNI MANOVRA RIANIMATORIA CONTRO IL PARERE DEI SANITARI. VIENE INFORMATO IL DIRIGENTE MEDICO DI C.O."

PROCEDURA STANDARD DI INDIVIDUAZIONE MEZZO DI SOCCORSO DA PARTE DELLA C.O. 118

CODICE	MSA INDIA	MSA AUTOMEDICA / MIKE
ROSSO	Viene attivata la risorsa più vicina disponibile	<p>Automedica: Interviene in prima battuta come singola risorsa, insieme o in supporto al mezzo INDIA mediante arrivo in loco o rendez-vous. Valuta il Paziente ed utilizza il mezzo MSA INDIA per l'ospedalizzazione e/o centralizzazione. Gestisce il paziente fino all' arrivo in P.S. qualora la valutazione sanitaria sul posto sia "3". In caso di valutazione sanitaria sul posto "2", gestisce il trasporto o affida il paziente ad equipaggio MSA INDIA per l' ospedalizzazione. In caso di valutazione sanitaria "1" affida il paziente ad MSA INDIA.</p> <p>Mike: Interviene in prima battuta se mezzo più vicino o in supporto a mezzo India se i tempi di arrivo previsti siano inferiori a quelli di raggiungimento del PS da parte del Mezzo Victor o India. In caso di supporto o rendez-vous, il mezzo India diventa immediatamente operativo.</p>
GIALLO	Viene attivata la risorsa più vicina disponibile	<p>Automedica: Interviene in prima battuta come singola risorsa o in supporto al mezzo INDIA, qualora richiesto, mediante arrivo in loco o rendez-vous. Valuta il Paziente ed utilizza il mezzo MSA INDIA per l'ospedalizzazione e/o centralizzazione. Gestisce il paziente fino all' arrivo in P.S. qualora la valutazione sanitaria sul posto sia "3". In caso di valutazione sanitaria sul posto "2", gestisce il trasporto o affida il paziente ad equipaggio MSA INDIA per l' ospedalizzazione. In caso di valutazione sanitaria "1" affida il paziente ad MSA INDIA.</p> <p>Mike: Interviene in prima battuta se mezzo più vicino o in supporto a mezzo India se i tempi di arrivo previsti siano inferiori a quelli di raggiungimento del PS da parte del Mezzo Victor o India. In caso di supporto o rendez-vous, il mezzo India diventa immediatamente operativo.</p>
VERDE	Viene attivata la risorsa più vicina disponibile	<p>Automedica: Può essere attivata, a discrezione della C.O., qualora sia necessario (es. pz. neoplastico non trasportabile che necessita di terapia del dolore, stato di agitazione di pz. con patologia psichiatrica prevalente etc.).</p> <p>Mike: In caso di intervento codificato dall' Operatore di C.O. come codice VERDE di criticità andrà assegnato il mezzo India più vicino risparmiando il mezzo Mike per codici di maggiore criticità salvo i casi in cui i tempi di percorrenza del mezzo INDIA da inviare, siano superiori ai 20 minuti (Es. PM-Poggiorsini dista circa 25 minuti da tutti i Comuni vicini).</p>

SCELTA DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA

- In caso di codice 3 di rientro, il Medico SET 118 del mezzo di soccorso dovrà motivarne la valutazione (GCS, eventuale instabilità emodinamica, dinamica in caso di trauma) e nel caso di equipaggio India fornire anche i parametri vitali all' Operatore di C.O. al fine di allertare il PS ricettivo fornendo notizie cliniche, il più complete possibili; Se necessario, in casi di grave instabilità del pz., laddove vi siano PFM o PPIT nelle vicinanze, il mezzo India, supportato dal Dirigente Medico di C.O. potrà accedervi, attendere un supporto medico per proseguire il trasporto o ripartire verso il PS a paziente stabilizzato dal Medico 118 del PPIT o PFM;
- La destinazione in termini di ospedalizzazione/centralizzazione del paziente è indicata dall' Operatore o Dirigente Medico di C.O. rispettando la valutazione clinica del Medico 118 in termini di necessità di specifiche branche specialistiche o criteri di centralizzazione. In caso di codice 3 di rientro con mezzo India, ove non possibile medicalizzazione in loco o rendez-vous, ovvero se i tempi per garantire una medicalizzazione siano oggettivamente più lunghi rispetto alle tempistiche di trasporto, il paziente sarà ospedalizzato nel PS più vicino. In nessun caso l'equipaggio può procedere ad ospedalizzazione, tantomeno a centralizzazione, senza destinazione preventivamente concordata con la C.O. . In caso di Codice Rosso di rientro, il Team Leader è tenuto a comunicarlo in C.O. che provvederà ad allertare il P.S. di destinazione. Non è concessa la comunicazione diretta fra Equipaggi e P.S. senza che queste comunicazioni siano effettuate su linea registrata. La C.O. è l'unica Istituzione a conoscere, in tempo reale, la situazione dei rientri per ciascun P.S., a questo si aggiunge che è l' unica a conoscere eventuali avarie o difficoltà nella ricezione ed assistenza dei pazienti. Procedere ad una ospedalizzazione autonoma, oltre a non essere concessa, potrebbe creare situazioni di mancata assistenza del paziente o aumento delle tempistiche di presa in carico in grado di crearne grave nocumento. Oltre alle necessità indicate dal Medico 118, in caso di codice rosso traumatico di rientro che presenti anche singola alterazione dei parametri vitali (coscienza, respiro, circolo), l' Operatore di C.O. richiederà sempre l' attivazione del Trauma Team / presenza del Rianimatore in P.S. ;
- In caso di risposta ritardata da parte della C.O. è compito del Team Leader o suo delegato, se impegnato, procedere alla richiamata **fino alla risposta** della C.O. .

PROTOCOLLO BASE PER LA SCELTA DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA	
3 di RIENTRO	<p>MSA MIKE/AUTOMEDICA: il paziente va indirizzato presso il Presidio più idoneo o centralizzato laddove ritenuto consono previo confronto con la C.O. .</p> <p><i>In caso di paziente in gravi condizioni, specie in caso di politraumatismo con instabilità emodinamica o difficoltà nella gestione delle vie aeree, considerare sempre la possibilità di un “pit-stop” presso il PS più vicino al fine di garantirne la stabilizzazione previa attivazione del Trauma Team e/o Anestesista Rianimatore in PS.</i></p> <p>MSA INDIA: accede presso il P.S. più vicino qualora non sia garantibile medicalizzazione o rendez-vous in tempi ragionevolmente inferiori all’ arrivo in P.S.</p>
2 di RIENTRO	<p>MSA MIKE: accede presso il PS più idoneo concordato con la C.O.</p> <p>MSA INDIA: accede presso il PS più vicino indicato dalla C.O. In caso di paziente clinicamente stabile, previo confronto con la C.O., potrà esserne autorizzato il trasporto presso il presidio più idoneo</p>
1 di RIENTRO	<p>I codici verdi accedono presso il PS indicato dalla C.O.</p>

AFFIDAMENTO DEL PAZIENTE ALL'OSPEDALE DI DESTINAZIONE, DISPONIBILITÀ DI POSTI LETTO NELLE RISPETTIVE UU.OO. NON INTENSIVE DEI VARI PP.OO. E RELATIVO ACCESSO DEI MEZZI S.E.T. 118 NEI P.S.

Il rifiuto al ricovero per mancanza di posti letto è illecito e configura il reato di *omissione di soccorso* (art. 593 c.p.) e di *omissione di atti d'ufficio* (art. 328 c.p.) ed è ipotizzabile inoltre il reato di *interruzione di servizio di pubblica necessità* (art. 340 c.p.).

Giungono numerose comunicazioni circa la sempre più frequente indisponibilità di posti letto nelle UU.OO. non intensive dei diversi nosocomi con indicazione ad ospedalizzare i pazienti laddove ve ne sia la disponibilità. Il più delle volte, questa condizione si traduce in ripetuti contatti con la Centrale Operativa richiedendo di trasportare il paziente presso altro Nosocomio, alla luce dell'assenza di posto letto.

Tale frequente condizione, oltre ad occupare le linee telefoniche dedicate alle richieste di soccorso, qualora si traduca in un blocco del mezzo di soccorso, impedisce, da parte della Centrale Operativa 118, di poterlo attivare in risposta, tempo dipendente, per ulteriori interventi. Questo espone, inevitabilmente, il Sistema di Emergenza Territoriale 118, a profili di responsabilità penale e civile per ritardi nel prestare soccorso o, addirittura, per mancato soccorso legato ad assoluta assenza di mezzi da inviare sul target.

Il "Blocco" dei mezzi di soccorso nei rispettivi PP.SS. è verosimilmente legato alla mancanza di presidi tecnici per la gestione di pazienti non deambulanti (barelle e sedie). Nonostante quasi tutti i PP.OO. siano stati dotati di barelle e tavole spinali aggiuntive SANITASERVICE proprio per garantirne la pronta disponibilità, in realtà si traduce in presidi aggiuntivi utilizzati per altri pazienti in gestione del P.S. e dunque non disponibili. Ne deriva che il S.E.T. 118 è quotidianamente esposto a rischi di grave disfunzione nonché di eventi avversi e di assunzione di responsabilità a causa di criticità non ad esso strettamente correlate.

Vengono altresì segnalate altrettanto frequenti episodi in cui i pazienti, pur accettati dai rispettivi PP.SS. e dunque in carico alle rispettive MeCAU, debbano essere assistiti dal Personale S.E.T. 118 anche se già sottoposti a "Triage". Le linee di indirizzo nazionali sul Triage Ospedaliero del Ministero della Salute, ed. 2019, lo definiscono testualmente come "*in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine d'accesso al trattamento...*" e nonostante sia compito peculiare del S.E.T. 118 quello di prendersi carico di interventi sul territorio, in casi *eccezionali* di necessità ed urgenza, gli Operatori S.E.T. 118 mai faranno mancare il proprio ausilio ai Colleghi dei PP.SS. anche dopo l' *accettazione* dei pazienti trasportati in quei contesti ma ciò, non può e non deve costituire la regola, poiché, se ciò accadesse, verrebbero inesorabilmente meno anche l'efficacia e l'efficienza del S.E.T. 118 con danni potenzialmente irreversibili per chi, sul territorio, sia lasciato senza cura ed assistenza tempo dipendente.

È comprensibile quindi come il Sistema di Emergenza S.E.T. 118 non possa lavorare secondo la disponibilità di posto letto ma bensì ospedalizzando e centralizzando i pazienti secondo criteri di appropriatezza legati anche ai tempi di percorrenza al fine di garantire, sempre e comunque, disponibilità di Equipaggi per eventi che si determinino sul territorio con il fine di garantire, prioritariamente, la salvaguardia della vita umana, compito inderogabile del Sistema stesso.

L'ormai nota demedicalizzazione del Sistema, tra l'altro, non consente sempre di indirizzare il Mezzo nel P.S. di competenza dovendo richiedere accesso presso il P.O. più vicino in grado di garantire valutazione e stabilizzazione medica del paziente in emergenza, quale priorità assoluta.

Alla luce di quanto indicato, è evidente come le comunicazioni di assenza di posto letto di U.O. non intensive non potranno essere considerate criterio inderogabile di accesso nei rispettivi PP.SS. e le richieste di trasferire i pazienti presso altri nosocomi, una volta giunti nei PP.SS. a causa di assenza di posti letto, **non saranno autorizzate.**

L'articolo 14 del D.P.R. N° 128 del 1969 e successive modifiche espressamente afferma: *“Accertata la necessità del ricovero, questo non può essere rifiutato. In caso di mancanza di posti o per qualsiasi altro motivo che impedisca il ricovero, lo stesso Ospedale apprestati gli eventuali interventi d’urgenza, assicura a mezzo di propria ambulanza e se necessario con adeguata assistenza medica, il trasporto dell’infermo in altro Ospedale”*.

Personale C.O. 118 / S.E.T. 118:

- Non è concesso abbandonare i presidi di mobilitazione nei PS (barella, tavola spinale ecc.). È necessario attendere sul posto che gli stessi vengano restituiti salvo diversa disposizione della C.O. ;
In caso di tempistica prolungata per la restituzione di tavola spinale e/o steccobende, il mezzo potrà essere considerato operativo per interventi di natura non traumatica a discrezione e previa comunicazione della C.O. secondo le necessità contingenti;
- Una volta raggiunto il P.S. individuato come destinazione, non dovranno essere concesse contestazioni e richieste in tema di spostamento verso altri P.S. né dal S.E.T. né da colleghi del P.S. ;
- L’operatività degli Equipaggi deve essere comunicata telefonicamente appena terminato l’evento.
Lo status di MEZZO OPERATIVO-LIBERO si acquisisce nel momento dell’affidamento del paziente presso il Pronto Soccorso accettante e non in itinere (rientrando verso la sede di postazione, in prossimità del cambio turno, tantomeno dopo essere rientrati in postazione) o appena acquisito il rifiuto o completato il trattamento in loco.

CORRETTA COMPILAZIONE, TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE E GESTIONE DEL TABLET

La scheda paziente, in quanto atto pubblico, è parte integrante della cartella clinica e la mancata compilazione può configurare il reato di omissione di atti di ufficio previsto dall' art. 328 del codice penale. Pertanto, la movimentazione del mezzo sul tablet di servizio è obbligatoria da parte del Team Leader durante tutte le fasi dell'intervento (partenza, arrivo e partenza dal luogo dell' evento, arrivo in PS e chiusura intervento) così come previsto

Una documentazione correttamente e rigorosamente compilata è utile per :

- provvedere ad una esauriente consegna ad altri membri dell'equipe e del P. S, ai fini di una buona comunicazione e della prosecuzione delle cure del paziente;
- poter disporre di riscontri oggettivi a scopo anamnestico o per poter riferire, in ogni sede, in modo corretto, su fatti avvenuti in precedenza o su dettagli che possono essere dimenticati;
- Per una maggiore tutela legale in caso di conflitti o reclami e poter evidenziare le decisioni e l'assistenza prestata.

Metodo di compilazione delle schede di intervento:

- Registrare sempre, in caso di trauma, i meccanismi in causa (modalità dell'evento, prodotti eventualmente impiegati...) allo scopo di obiettivare, se esistente, un nesso di causalità tra evento stesso e lesioni riscontrate;
- Registrare tutti i parametri vitali (PA, FC, FR, SpO2, TC, ritmo al monitor) e i principali parametri di valutazione adottati in emergenza (Glasgow Coma Scale, Revised Trauma Score);
- Registrare i dati anamnestici ed obiettivi salienti ottenuti in modo appropriato e dettagliato e le procedure assistenziali, attuate direttamente o indirettamente mediante il ricorso ad altri servizi;
- Esaminare la eventuale documentazione sanitaria in possesso del paziente riportarne i punti salienti nel campo note;
- Descrivere in modo esauriente la terapia infusione e farmacologica somministrata con esatta podologia somministrata, modalità di somministrazione ed eventuale diluizione;
- Riportare, in paziente che abbia presentato condizioni critiche o di instabilità, TUTTI i parametri post-trattamento.

Ai sensi dell'art.365 c.p. l'obbligo di referto per gli esercenti le professioni sanitarie senza alcuna distinzione, si precisa che in caso di intervento congiunto tra Automedica e mezzo India la scheda di ambulanza va compilata da entrambi i mezzi intervenuti.

In particolare, la compilazione della scheda di ambulanza con i dati completi del paziente va eseguita sempre dal Medico su:

- **tablet in dotazione all'automedica** qualora l'intervento si concluda a domicilio del paziente o qualora il Medico, dopo valutazione, decida per il trasporto del paziente da parte del mezzo India senza la sua presenza a bordo (In questo caso l'infermiere compilerà comunque la sua scheda di ambulanza che convaliderà come di consueto all'arrivo in ospedale);
- **tablet in dotazione al mezzo India**, medicalizzato, qualora il paziente venga trasportato in ospedale. Entrambi i mezzi sono tenuti alla compilazione completa della scheda di ambulanza, ognuno per le sue pertinenze.

La codifica “rendez-vous” va utilizzata solo quando questo viene realmente effettuato e non utilizzandola, impropriamente, al posto della diagnosi di chiusura evento.

PRESENZA DI UN MEDICO “NON 118” SUL LUOGO DELL' INTERVENTO

Nel caso in cui un mezzo di soccorso Victor o India, intervenuto sul luogo dell'evento, segnali la presenza di persona che si è qualificata come Medico che documenti la sua professione con tesserino dell'Ordine dei Medici o che sia personalmente conosciuto dai soccorritori e dichiarare la volontà ad intervenire e se necessario seguire il paziente in ospedale, ne dà informazione alla Centrale Operativa.

L'operatore di Centrale metterà il professionista in conferenza telefonica con il Medico di Centrale per concordare la prosecuzione dell'intervento.

Il Dirigente Medico di Centrale valuterà le decisioni assunte dal Medico ed interverrà prontamente nel caso in cui l'assistenza fornita non sia compatibile con i protocolli di Centrale Operativa.

I dati del Medico intervenuto saranno riportati sulla scheda di ambulanza e sulla scheda di Centrale e sarà accolta la firma del Medico nel campo dedicato.

Può accadere che Medici, così come anche Infermieri, svolgano, al di fuori del loro orario di servizio, attività di volontariato. In tale veste possono essere inseriti in Equipaggi di soccorso **non sanitari** ovvero trovarsi ad operare in contesti nei quali vengono utilizzati come risorsa **non sanitaria**.

In caso di una loro presenza in situazioni di necessità non possono però limitarsi a svolgere i compiti del volontario, ma per specifico obbligo deontologico, devono attivarsi nella loro qualità professionale.

PRESENZA DI UN MEZZO DI SOCCORSO “NON 118” SUL LUOGO DELL’INTERVENTO

Può accadere che un’ambulanza di qualsiasi Ente, casualmente o perché estemporaneamente impegnata in attività di assistenza sanitaria, sia presente sullo scenario di un malore o di un incidente.

Nel caso in cui l’equipaggio di tale ambulanza notifichi l’evento alla Centrale 118, il comportamento dell’Operatore, dopo il dispatch, può essere indirizzato secondo due modalità:

- Invio di mezzo di soccorso 118 India competente per territorio, o Automedica o mezzo Mike;
- Assegnazione del trasporto in P.S. all’ambulanza che ha effettuato la chiamata.

La Centrale Operativa tenderà ad utilizzare sempre mezzi S.E.T. 118. Condizioni di carenza di mezzi di soccorso al momento dell’evento, codice di criticità Verde, tempo di percorrenza verso l’ospedale inferiore rispetto a quello che impiegherebbe il mezzo 118 a raggiungere il mezzo sul posto, possono però far considerare più utile per il paziente il rapido trasporto e quindi l’assegnazione dell’evento al mezzo **non 118**.

In questo caso l’Operatore crea l’evento sull’applicativo di Centrale come di norma pur non assegnandolo a nessun mezzo. Nelle note riporterà l’accaduto e si farà comunicare dal mezzo intervenuto i dati e le condizioni cliniche del paziente. Questo permette di archiviare comunque l’evento ed averne traccia in caso di successiva necessità o richiesta da parte del paziente.

MEZZI AGGIUNTIVI

In condizioni di particolari criticità (maxiemergenze, pandemie, manifestazioni programmate con massiccio afflusso di presenze, etc..) la Centrale 118 può avvalersi di mezzi aggiuntivi, messi a disposizione all’uopo dalla ASL o da Associazioni di volontariato ad implementazione delle risorse ordinarie. Sanitaservice mette a disposizione mezzi di soccorso aggiuntivi su richiesta delle Direzioni strategiche in occasione dell’emergenza caldo estiva, manifestazioni, ecc.

RIFIUTO DI SOCCORSO O TRASPORTO

Può accadere che alcuni pazienti rifiutino sia il trattamento che il trasporto in ospedale.

A) Nel caso in cui non vi sia in corso una pratica di Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O) e il paziente sia:

- maggiorenne,
- non interdetto
- in grado di intendere e di volere

potrà rifiutare in qualunque caso e in ogni momento sia il trattamento sanitario sia il trasporto in ospedale.

Anche nel caso di paziente anziano per il quale non sia stato già predisposto provvedimento di interdizione, purché adeguatamente informato ed in possesso della capacità di agire, può esercitare il diritto al rifiuto di soccorso.

Presenza in loco di Ambulanza India/Victor

1. In caso di rifiuto del trattamento o del trasporto il paziente deve firmare nell'apposito spazio sulla scheda paziente alla presenza di un testimone;
2. Nel caso si rifiutasse anche di firmare, la scheda andrà ugualmente compilata e controfirmata da un testimone (se possibile estraneo all'equipaggio del mezzo intervenuto);
3. Se il paziente appare in gravi condizioni o comunque, a giudizio dell'Infermiere o del Soccorritore non in grado di valutare esattamente a quali rischi si espone rifiutando il trasporto, l'equipaggio rimarrà sul posto e richiederà tramite Centrale Operativa l'intervento del Medico (MMG, Guardia Medica o Mezzo Medicalizzato);
4. Se la posizione di rifiuto del paziente (di cui al punto 3) permane in maniera efficace anche dopo l'arrivo del Medico e questi ravvede l'imminente pericolo di vita derivante da tale rifiuto, egli informerà la C.O. (lasciando traccia su linea registrata dell'acquisizione dello stesso). In casi particolari potranno essere allertate le forze dell'ordine e l'autorità giudiziaria. Si precisa tuttavia che in condizioni di estrema urgenza o emergenza, laddove non vi sia il tempo di ottenere un valido consenso per infermità psichica anche transitoria, l'operatore sanitario potrà operare in stato di necessità o di tutela della salute del cittadino (consenso presunto);
5. La scheda con firma di rifiuto al soccorso/trasporto verrà archiviata su apposito tablet.

In caso di firma del documento di rifiuto soccorso informare il paziente che il sistema di emergenza è pronto ad intervenire immediatamente se il paziente, il genitore o il tutore dovessero decidere di cambiare opinione;

Laddove la decisione o il consiglio di no ospedalizzare il paziente derivi da un Operatore del S.E.T. 118 non dovrà essere richiesto di firmare il Rifiuto Trasporto;

Tutti gli eventi che vedono il rifiuto di un soccorso e/o la valutazione del grado di affidabilità devono essere documentati in modo completo ed ordinato sul report di intervento;

Se un qualunque dubbio dovesse sorgere in relazione alla valutazione della capacità di intendere e di volere e del grado di affidabilità per il rifiuto del soccorso, contattare immediatamente la Centrale Operativa per ottenere ulteriori indicazioni;

Il paziente o i suoi familiari non possono scegliere la destinazione del trasporto che resta di esclusiva competenza della C.O. di concerto con il Medico che presta il soccorso, né pretendere un trattamento di loro esclusivo gradimento o la sostituzione dell'equipaggio;

Il trattamento “scientificamente e umanamente più adeguato alle prospettive di quantità e qualità di vita” dovrà essere concordato tra il Medico del 118 e il paziente stesso, che in tal modo libera il medico da ogni responsabilità di “mancato trattamento”.

B) Qualora il paziente sia incapace di intendere e di volere, la decisione potrà essere concordata con l'amministratore di sostegno (o con il tutore, se nominato), con i suoi familiari o altra persona affettivamente vicina al paziente (congiunti) e con una profonda conoscenza delle sue reali e permanenti “volontà e stile di vita”. Ogni decisione dovrà essere comunque presa nel rispetto dell'interesse e delle volontà soggettive del paziente e non seguendo il parere del congiunto. Tuttavia la firma apposta dai congiunti a testimonianza della decisione presa li inibisce sostanzialmente da atti di rivalsa, ma non libera il personale del mezzo di soccorso dalle proprie responsabilità di condotta. I familiari, quindi, sottoscrivendo sulla scheda il rifiuto di trattamento o di trasporto, proposto dal Medico/Infermiere /Soccorritore, condividono con lui la responsabilità, ma non lo liberano dalle responsabilità connesse a tale scelta.

Nel caso in cui non ci sia accordo tra i familiari è opportuno condividere la responsabilità della scelta con il familiare più prossimo (nell'ordine coniuge, figli, genitori, fratelli) sempre valutando il rispetto della volontà soggettiva del paziente stesso.

Solo il magistrato nell'esercizio delle sue funzioni può autorevolmente sostituire il paziente nelle scelte che lo riguardano.

TRASPORTO DI CONGIUNTI DEL PAZIENTE E DI BENI DI PROPRIETÀ

Durante un trasporto di paziente è ordinariamente vietato ammettere a bordo del mezzo sanitario di trasporto persone estranee all'equipaggio.

Eccezione a questa regola è rappresentata dal paziente minorenne che necessita di figure "parentali", in tal caso sarà accompagnato preferibilmente da uno dei genitori.

Altra situazione particolare che, ad esclusivo giudizio del Team Leder, può consentire una deroga alla regola generale è la situazione in cui il parente verrebbe abbandonato da solo in luogo a lui ostile e sostanzialmente ed oggettivamente pericoloso per la propria integrità psicofisica. In tal caso il congiunto o l'accompagnatore del paziente principale per cui si opera il soccorso potrebbe essere considerato a sua volta oggetto dell'intervento di soccorso e quindi egli stesso paziente.

Al di fuori di queste condizioni, la cui valutazione è affidata al Team Leader, rientrando le decisioni prese nella responsabilità della sua discrezionalità professionale, **verrà spiegato con cortesia** al paziente e ai suoi familiari che questo viene fatto per la migliore operatività all'interno dell'automezzo durante il viaggio e quindi per la maggiore sicurezza del paziente. A questo è necessario verificare sul libretto di circolazione dell'automezzo il numero massimo di passeggeri che il mezzo in questione è autorizzato a trasportare.

Verrà indicato nel contempo ai familiari di riferimento per il paziente l'ospedale presso cui l'ambulanza è diretta.

Nessuna notizia riguardo l'intervento eseguito va invece fornita ad altre persone non indicate dal paziente.

Il personale del mezzo di soccorso è responsabile dei beni del paziente che andranno conservati in busta chiusa, elencati e custoditi fino alla loro consegna alle FF.OO.

Per il trasporto in Ambulanza di beni ingombranti di proprietà dei pazienti come protesi, sedie a rotelle, ecc., si faccia riferimento a quanto disposto e deliberato da ciascuna ASL per tramite dei Coordinamenti provinciali. L'autorizzazione al trasporto di tali beni non va richiesta alla C.O. ma deve essere preventivamente concordato a livello Aziendale.

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE 118:

Procedure per il rilascio:

Richiesta del diretto interessato: è possibile accedere online alla scheda di ambulanza direttamente dal sito della Regione Puglia utilizzando lo SPID o la carta di identità elettronica.

Può essere in alternativa indirizzata richiesta alla Direzione Sanitaria dell'A. Ospedaliero-Universitaria Policlinico –Giovanni XXIII su modulo pre stampato.

La Direzione Sanitaria trasmette la richiesta alla Centrale Operativa che, estratta dal server la scheda, la consegna, mediamente entro due giorni, alla Direzione Sanitaria per l'inoltro al richiedente. La scheda prima dell'invio alla Direzione Sanitaria deve essere controllata e firmata dal Direttore di Centrale. Una copia viene archiviata con protocollo in entrata assieme alla richiesta della Direzione sanitaria.

Richiesta da altra persona autorizzata dall'interessato: indirizzata alla Direzione Sanitaria dell'A. Ospedaliero-Universitaria Policlinico–Giovanni XXIII su modulo prestampato.

La Direzione Sanitaria previa verifica di documento di delega (nel caso di parenti, legali) trasmette la richiesta alla Centrale Operativa che, estratta dal server la scheda, la consegna, mediamente entro due giorni alla Direzione Sanitaria per l'inoltro al richiedente. La scheda prima dell'invio alla Direzione Sanitaria deve essere controllata e firmata dal Direttore di Centrale. L'inoltro da parte della Direzione Sanitaria garantisce la procedura di verifica della delega pertanto nulla può essere imputato alla Centrale Operativa in merito a consegna a persone non aventi diritto. Una copia viene archiviata con protocollo in entrata assieme alla richiesta della Direzione sanitaria.

In caso di richiesta urgente il medico di centrale provvede alla firma ma cura che il direttore di Centrale venga informato telefonicamente.

Richiesta da parte delle forze dell'ordine su disposizione del magistrato: la richiesta viene inviata direttamente alla Centrale Operativa, per lettera, via fax o anche presentata a mano. La scheda di Centrale estratta dal server, se possibile (presenza di informatico in servizio o dal medico di Centrale) viene consegnata direttamente o trasmessa ad horas via fax. Viene controllata e firmata dal Direttore di centrale se presente in servizio oppure dal medico di centrale. Una copia viene archiviata con protocollo in entrata assieme alla richiesta delle forze dell'ordine o del magistrato.

Il Direttore di Centrale viene comunque informato telefonicamente.

Richiesta da parte delle forze dell'ordine senza disposizione del magistrato: la richiesta viene inviata direttamente alla Centrale Operativa, per lettera, via fax o anche presentata a mano. La richiesta deve essere completa con motivazione, nominativo e grado del richiedente. La scheda di Centrale estratta dal server, se possibile (presenza di informatico in servizio o dal medico di Centrale) viene consegnata direttamente o trasmessa ad horas via fax o meglio consegnata a mano con firma per ricezione o con verbale di consegna.. Viene controllata e firmata dal Direttore di centrale se presente in servizio oppure dal medico di centrale. Una copia viene archiviata con protocollo in entrata assieme alla richiesta delle forze dell'ordine.

Il Direttore di Centrale viene comunque informato telefonicamente.

Richiesta da parte di Direzione Generale o Sanitaria di A.O Policlinico, ASL Bari e ASL BAT: la richiesta viene evasa nel più breve tempo possibile. La scheda di Centrale estratta dal server, se possibile (presenza di informatico in servizio o dal medico di Centrale) viene consegnata direttamente o trasmessa ad horas via fax. Viene controllata e firmata dal Direttore di centrale se presente in servizio oppure dal medico di centrale. Anche in questo caso una copia viene archiviata con protocollo in entrata unitamente alla richiesta pervenuta. Se la richiesta è stata presentata da terzi all'ASL BARI o alla BAT, si procede con comunicazione anche alla Direzione Sanitaria AO Policlinico come nei punti 1 e 2. Il Direttore di Centrale viene informato telefonicamente.

118 E CASE DI CURA PRIVATE , RSSA, RSA, CENTRI DIURNI E CENTRI DI RIABILITAZIONE

In caso di richiesta di intervento da parte di strutture sanitarie e di riabilitazione (es. Maugeri di Bari) ove è presente il Medico di Guardia h 24 e lo specialista Rianimatore, il mezzo India sarà inviato solo per codici di criticità GIALLO/ROSSO, informando il Medico della struttura chiamante che dovrà medicalizzare il mezzo India per il trasporto.

La necessità della presenza del Medico a bordo va comunicata dall' Operatore di C.O. in fase di dispatch e non dopo che il mezzo sia arrivato sul posto e dunque non sarà inviato alcun Medico S.E.T. 118. Si ribadisce che non essendo presenti al momento condizioni di convenzione con Ospedali Pubblici (es. Policlinico) il paziente verrà ospedalizzato dove ritenuto dalla Centrale Operativa e non dove ritenuto dalla Struttura.

Il Medico di struttura intervenuto resterà con il paziente in fase di affidamento al P.S. mentre il Mezzo S.E.T. 118 diverrà immediatamente operativo.

118 E ISTITUTI DI CURA PUBBLICI (IRCCS, PRESIDII TERRITORIALI E/O OSPEDALIERI SENZA PS)

In caso di richiesta di soccorso da parte di Istituti Pubblici senza P.S. per pazienti ambulatoriali o esterni, sarà necessario inviare il mezzo di soccorso dopo specifico dispatch.

Se la medesima situazione venga a rappresentarsi per pazienti ambulatoriali o esterni all' interno di strutture che abbiano il P.S. , prima di impegnare un mezzo S.E.T. 118, bisogna contattare il P.S. della struttura per attivazione dell' Addetto al Primo Soccorso che prenda in carico il paziente per il trasferimento nei locali di P.S. .

118 E PUNTO DI PRIMO INTERVENTO – POLIAMBULATORI ASL

Per PPI/PFM/PTA e i Poliambulatori il ricorso al Sistema di Emergenza risulta corretto.

Elenco dei PPI attivi alla data della pubblicazione:

PPIT Bitonto

PFM Canosa (Postazione Fissa Medicalizzata 118)

PFM Trani (Postazione Fissa Medicalizzata 118)

118 E MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (GUARDIA MEDICA) , MMG, PLS

L'Operatore di Centrale applica il protocollo di intervista telefonica e FORNISCE il numero della Continuità Assistenziale di competenza nei seguenti casi:

- Evento sanitario che non rientra nelle competenze del S.E.T 118 ovvero codificato come CODICE BIANCO;
- Decesso di paziente per APPARENTE MORTE NATURALE.

Si ricorda che in caso di Codice Rosso in assenza di mezzo Mike che possa essere inviato in loco, la gestione del mezzo India in tema di indicazioni terapeutiche e di manovre salvavita è di competenza del Dirigente Medico di C.O. Il Medico di Guardia Medica potrà intervenire in caso di constatazione di decesso.

La Centrale Operativa offre alla GUARDIA MEDICA, qualora sia richiesta, l'assistenza cartografica ed ogni altro supporto logistico **ma non invia mezzi di soccorso INDIA per la somministrazioni di terapia medica che non rivesta carattere di EMERGENZA**. Laddove il Medico di C.A. ritenga utile la somministrazione di una terapia NON SALVAVITA, questa andrà somministrata in regime di Pronto Soccorso.

Il mezzo India non interviene per garantire il posizionamento di accesso vascolare in regime di qualsivoglia richiesta ambulatoriale e dunque non in Emergenza.

Qualora la GUARDIA MEDICA richieda l' intervento del S.E.T. 118, dovrà attendere sul posto l'arrivo del mezzo di soccorso. I protocolli di intervento da rispettare sono quelli della C.O.

Coinvolgimento del Medico convenzionato di base e del Medico pediatra convenzionato di base:

L'Operatore di Centrale valuta l'evento avvalendosi dei protocolli operativi e in caso di non Emergenza/Urgenza, decide il coinvolgimento del Medico convenzionato di base o del Medico pediatra. Qualora questi siano irreperibili e l'operatore di centrale valuti che il problema sanitario esposto non possa essere ulteriormente procrastinato, consiglierà all'utente di raggiungere con i propri mezzi il Pronto Soccorso territorialmente competente. Il MMG sarà coinvolto nei giorni feriali per le Constatazioni di Decesso per morte naturale.

PROCEDURA PER RICHIESTA INTERVENTO ALL'INTERNO DELL'A.O.U.C. POLICLINICO DI BARI

(Delibera D.G.n.1721 del 30 dicembre 2014)

- *Richiesta proveniente da parenti in visita a pazienti o utenti che riferiscono che riferiscono malore/infortunio nei viali del Policlinico.*

L'operatore di Centrale, dopo aver assegnato codice di criticità trasmette la segnalazione al PS centrale (NAA).

- *Richiesta proveniente da pazienti ricoverati in regime di DH, in visita ambulatoriale e/o durante l'esecuzione di esami diagnostici, negli ascensori etc.*

L'operatore di Centrale, dopo aver assegnato codice di criticità, trasferisce la chiamata del reparto/ambulatorio richiedente al PS Centrale (NAA).

RICERCA POSTO LETTO DA PARTE DELL'OPERATORE DI CENTRALE

Fermo restando che è prioritario e indispensabile assicurare la risposta alla richiesta di soccorso, l'operatore di C.O. esegue, per ogni inizio turno, ricognizione dei posti letto delle branche sotto riportate e, in caso di richiesta da parte dei P.O. ne comunica la disponibilità riferita.

Rianimazione per pazienti Adulti e Pediatrici
Cardiologia con UTIC/Emodinamica
Stroke Unit
U.T.I.N.

118 E STRUTTURE PENITENZIARIE

Il soccorso sanitario in emergenza, deve necessariamente includere i pazienti sottoposti a regime di detenzione. Il diritto alla salute non è suscettibile di riduzione in ragione dello status personale dell'individuo. Ai sensi dell'articolo 11, 3° comma, 26 luglio 1975 introdotto dall'art. 1, 1.17 aprile 1989 N°134, il trasferimento in luoghi esterni di cura avviene su provvedimento dell'autorità giudiziaria, salvo nei casi di emergenza. Infatti nella legge viene riportato "...omissis.....con provvedimento del direttore d'istituto in casi di assoluta urgenza".

La procedura da seguire nel caso in cui giunga alla Centrale Operativa 118 una richiesta di intervento in emergenza è la seguente:

l'Operatore di Centrale:

- effettua il dispatch
 - assegna codice di criticità
 - invia mezzo di soccorso più vicino o più idoneo
 - richiede, in fase di creazione dell'intervento, che sia predisposta, celermente, la scorta
- Se a bordo del mezzo di soccorso è presente il medico 118, lo stesso valuterà la possibilità di trattare sul posto. In caso contrario deciderà per trasporto assistito in ospedale;
 - Se il mezzo di soccorso è India si procederà a trasporto presso il P.O più vicino, indicato dalla Centrale Operativa, e in alternativa a rendez vous con mezzo medicalizzato.

In tutti i casi di trasporto al di fuori dello stabilimento penitenziario, la Polizia Penitenziaria provvederà a servizio di scorta con personale proprio anche a bordo del mezzo di soccorso. Il Personale della Polizia Penitenziaria dovrà anche essere sempre presente, a tutela del personale 118, durante le fasi di valutazione, stabilizzazione e movimentazione del detenuto.

Non può essere richiesto alcun compito di sorveglianza e controllo al personale sanitario e volontario, che deve svolgere esclusivamente compiti di assistenza.

Elementi critici rilevabili:

Accesso allo stabilimento: rallentato per le verifiche necessarie al riconoscimento del mezzo di soccorso e dei componenti l'equipaggio.

Accesso al paziente detenuto: rallentato per le verifiche necessarie in merito alla presenza fra le dotazioni 118 di materiale utilizzabile come arma adatta ad offendere e che può essere sequestrata da persona/e detenuta.

Ogni ritardo dal varco di accesso dello stabilimento penitenziario fino al cospetto del paziente, non può essere imputato al Sistema 118.

Trasporto in Ospedale idoneo anche dal punto di vista della sicurezza coatta: le decisioni vanno prese di concerto dal Medico del mezzo di soccorso, dal personale responsabile dello Stabilimento Penitenziario e dalla Centrale Operativa. Il Medico del mezzo di soccorso (unico garante sul posto delle condizioni cliniche del detenuto) assume maggiore potere decisionale nei confronti delle altre due figure che intervengono nella decisione finale.

Elenco strutture ospedaliere con zone dedicate nella provincia di Bari e BAT:

A.O.U.C. Policlinico di Bari

In caso di emergenza un paziente detenuto può essere trasportato in qualsiasi ospedale, se piantonato. Per analogia anche i pazienti minori possono essere trasportati, piantonati, al P.O. Giovanni XXIII.

Richieste di intervento da parte della Casa Circondariale per Minori

Laddove da parte del Carcere Minorile ecc., vengano ostentati protocolli che prevedano l'intervento del 118 per motivi non ravvisati pertinenti dopo specifico dispatch, il mezzo non sarà inviato.

Laddove i protocolli di altre Istituzioni non siano stati concordati con la C.O. 118 non saranno ritenuti validi.

Il trasporto del paziente afferente alla Casa Circondariale per minori non richiede, necessariamente, la presenza del Medico 118 che quindi dovrà essere inviato solo se ve ne sia la necessità in termini di dispatch o concordandolo con il Dirigente Medico di C.O. .

118 E CITTADINI IN REGIME DI ARRESTI DOMICILIARI

Capita sovente che la Centrale Operativa venga chiamata da cittadini che in via preventiva dichiarano di essere agli arresti domiciliari e che per problemi di salute chiedono il trasporto in ospedale.

La richiesta, anche per mal di denti, mal di pancia etc., è spesso motivata dalla preoccupazione che, nel lasciare il proprio domicilio, si possa incorrere nell'accusa di evasione.

L'operatore di Centrale effettua regolarmente il dispatch e si comporta di conseguenza. Se si evidenzia una richiesta per emergenza o urgenza sanitaria, invia il mezzo di soccorso ritenuto più utile (in genere il più vicino alla sede dell'evento) e provvede all'ospedalizzazione secondo protocollo. Avvisa inoltre dell'avvenuta presa in carico del paziente il 112 o il 113.

Nel caso in cui a suo giudizio il paziente necessita di visita medica per evento non di emergenza o urgenza, con garbo, lo mette al corrente della mancanza di presupposti per l'intervento del Sistema 118, gli consiglia di far intervenire il medico di medicina generale o la Guardia Medica negli orari di attività oppure il ricorso con mezzo proprio al pronto soccorso, se il paziente lo ritiene necessario, sempre preavvisando telefonicamente la locale caserma dei carabinieri o il commissariato di PS, oppure il 112 o 113.

118 E RICHIESTE DI INTERVENTO PRESSO CASERME DEI CARABINIERI O DELLA POLIZIA

In caso di richiesta da parte delle forze dell'ordine per assistenza a cittadini tratti in arresto o convocati presso le strutture sopra specificate, l'operatore di centrale effettua dispatch secondo protocollo, cercando se possibile di dialogare con il "paziente". Se ciò non è possibile occorrerà attingere notizie di tipo sanitario dal chiamante (ricordarsi di segnalare sulla scheda dispatch le generalità del chiamante. Cognome, Nome, ruolo e grado).

Alla fine del dispatch decide secondo protocollo.

Se possibile invia medicalizzata.

Può accadere che segua, da parte della forza dell'ordine che ha effettuato la chiamata, la richiesta di accompagnamento del "paziente" presso istituto di reclusione. Comportarsi secondo protocollo e disporre l'avvio del paziente presso un Pronto Soccorso.

Nel caso di insistenza da parte del chiamante richiedere intervento telefonico del medico di centrale il quale in caso di disaccordo potrà fare ricorso, tramite 113, al magistrato reperibile per le Procura della Repubblica.

Ricordarsi che, qualunque sia la richiesta, il primo bene da tutelare è la salute umana.

In questi casi il Direttore della Centrale Operativa deve essere messo al corrente con relazione scritta unita alla copia della scheda di ambulanza.

Qualora venga richiesta dalle forze dell'ordine la presenza di un medico, quale ausiliario di Polizia Giudiziaria, per eseguire perquisizione personale si chiede preferibilmente intervento della Guardia Medica.

In estrema ratio interviene ambulanza con Medico 118, compatibilmente con la disponibilità delle risorse in quel momento presenti.

118 E RIMOZIONE ORDIGNI BELLICI

Allo stato attuale trattasi di attività programmata, pertanto organizzata con congrui tempi di comunicazione e supportata da presenza ambulanze e personale della CRI.

Sempre più spesso pervengono alla Centrale Operativa, da parte della Prefettura, richieste di assistenza, con ambulanza medicalizzata, a tutela di personale delle Forze Armate (artificieri) impegnate nella rimozione di ordigni bellici.

In caso di richiesta, l'Operatore di Centrale o il Dirigente Medico di Centrale si comporterà come segue:

- **Informa** l'interlocutore (solitamente il Vice Prefetto di turno per le urgenze) che non si tratta di attività riconducibile al Sistema di Emergenza Urgenza 118 ma solo ad Associazioni di Volontariato;
- **Richiama** all'interlocutore:
 - ✓ la Circolare del Ministero dell'Interno N° 463-022/S del 15/5/2002;
 - ✓ la Nota del Dipartimento della Protezione Civile del 19/7/2002;
 - ✓ la comunicazione dell'Ufficio territoriale del Governo (Prefettura) di Bari prot. N°190/20.2/gab del 23/9/2002;
 - ✓ la Circolare del Ministero dell'Interno N°14520/57 del 13/01/2015 circa le procedure di disinnescamento degli ordigni bellici definisce che la Croce Rossa Italiana fornirà preventivamente il mezzo sanitario dedicato al disinnescamento degli stessi. La suddetta attività pertanto non è di pertinenza del 118.
- **Fornisce** all'interlocutore, se ne fa richiesta, i recapiti telefonici di Associazioni di Volontariato più vicine al luogo dell'evento;
- **Preallerta** la postazione 118 più vicina al luogo dell'evento, informandola dell'operazione in corso, in previsione di improvviso rendez-vous con il mezzo del volontariato.

118 ED ESECUZIONE SFRATTI

Sempre più spesso pervengono alla Centrale Operativa, da parte delle Forze dell'Ordine, della Polizia Locale, di Uffici Comunali o dalla Prefettura, richieste di assistenza, con Ambulanza Medicalizzata, per eventuale assistenza a persona nei cui riguardi si stia procedendo a sfratto coatto.

Allo stato attuale tale procedura è da considerarsi attività programmata e pertanto , NON DI COMPETENZA DEL S.E.T. 118 poiché organizzata con anticipo e di competenza di Enti privati prioritariamente allertati dal Comune di Competenza.

118 E INCIDENTI SUL LAVORO

In caso di grave incidente sul lavoro, dichiarato come tale in occasione della richiesta di soccorso al 118 oppure riconosciuto o ipotizzato come tale dal Personale 118 intervenuto sul luogo, unitamente alla gestione della parte sanitaria è obbligo per la Centrale Operativa 118 (soprattutto in caso di codice rosso o decesso) avvisare prontamente lo S.P.eS.A.L (Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro) per gli adempimenti di competenza.

L'operatore di Centrale può bypassare l'attivazione dello SPESAL contattando le FF.OO. competenti per territorio accertandosi che la richiesta di intervento dello SPESAL sia fatta direttamente da loro.

Per ogni evento di elevata criticità in termini di dinamica poco chiara, specie su eventi traumatici, è necessario sempre richiedere l'intervento in loco delle FF.OO.

L'incidente sul lavoro va sempre segnalato dal Team Leder sulla scheda di ambulanza e comunicato al triage all'arrivo in P.S. (Obbligo di referto in caso di lesioni gravi/gravissime occorse per violazione delle norme di sicurezza sul lavoro).

118 E SERVIZI SOCIALI

Di frequente, dopo l'arrivo dell'equipaggio sul posto, ci si trova di fronte a pazienti che non necessitano di intervento sanitario bensì dell'intervento dei Servizi Sociali a causa delle condizioni di disagio in cui versano.

In tal caso l'operatore di Centrale, ricevuta segnalazione dall'equipaggio intervenuto contatterà il PIS (Pronto Intervento Sociale) che provvederà ad effettuare intervento di sua competenza.

Nel caso in cui il paziente necessiti di soccorso sanitario, l'Equipaggio procederà come di consueto, riferendo all' Operatore di Centrale la particolare situazione ambientale in modo che venga eseguita, comunque, segnalazione al PIS del Comune di competenza al fine di effettuare intervento congiunto o successivo alla dimissione ospedaliera, qualora il paziente venga trasportato in Pronto Soccorso.

Presso la C.O. è individuata la Dott.ssa Teresa Radicione, Dirigente Medico, come referente per le situazioni di fragilità che cura i rapporti con i Servizi Sociali sul territorio.

118 E STAZIONE FERROVIE DELLO STATO DI BARI

In caso di richiesta di intervento presso le Ferrovie dello Stato, la stessa può pervenire da:

1. Paziente in modo diretto
2. Parenti o Astanti
3. Personale delle Ferrovie o della Polfer

Nei primi due casi effettuare dispatch secondo protocollo e inviare il mezzo di soccorso. Contemporaneamente chiamare il riferimento in Stazione per cercare di veicolare il mezzo di soccorso in modo da raggiungere il paziente nel modo più celere.

Nel caso 3 la chiamata perverrà dal gestore FFSS che secondo il piano di Grandi Stazioni comunicherà alla Centrale Operativa 118 da quale dei 5 varchi dovrà accedere il mezzo di soccorso. I varchi sono numerati e la loro dislocazione (tre su via Capruzzi) è segnalata nella cartografia in possesso alla Centrale Operativa.

Cartografia specifica è stata inoltre fornita ai mezzi di soccorso operanti nella città di Bari.

I punti di riferimento per le emergenze in stazione sono:

- Direttore di Centrale Coordinatore dei Movimenti (DCCM);
- Dirigente Centrale Coordinamento dell'Infrastruttura Ferroviaria: operatore ferroviario che svolge un ruolo essenziale per la sicurezza della scena in quanto autorizza o meno l'accesso alle zone ferroviarie non aperte al pubblico guidando i soccorritori nelle operazioni di soccorso;
- Dirigente Operativo Trazione Elettrica (DOTE);
- Macchinista/Capotreno.

Per tutte le altre informazioni consultare il piano di emergenza Grandi Stazioni –Bari conservato nel classificatore “Postazione Medico di Centrale”.

Il protocollo condiviso con RFI per la gestione dell'emergenza sanitaria in linea si trova sulla cartella condivisa “Centrale Operativa”.

N.B.

Ricordare di chiedere conferma al DCCM di aver eseguito disalimentazione della rete durante le operazioni di soccorso.

118 E C.O.A (CENTRO OPERATIVO AUTOSTRADE)

La provincia di Bari, da nord a sud è attraversata dall'autostrada Taranto Bologna per una lunghezza complessiva pari circa 120 Km. La particolare conformazione di ogni tratto autostradale, caratterizzata da un certo numero di svincoli di accesso/uscita, con lunghi tratti in cui le corsie sono separate da sistemi divisorii (Guard Rail o New Jersey) rende problematico l'intervento rapido sul luogo dell'incidente e spinge ad ipotizzare strategie congiunte fra il Centro Operativo Autostradale e quella del Sistema 118.

Sono da considerarsi anche i due tratti del Raccordo Tangenziale (Nord-Sud). Questi collegano Bari Nord alla Tangenziale, di Bari con due svincoli (per direzione) liberi, e precisamente Zona Industriale e Modugno, degni di particolare attenzione perché difficilmente individuabili da chi non conosce bene la zona.

L'obiettivo dichiarato di un protocollo congiunto e condiviso consiste nel:

- portare a termine un soccorso rapido, efficiente ed efficace.
- favorire le operazioni congiunte di comando, controllo, coordinamento e soccorso.

Tutto nel pieno rispetto dei compiti istituzionali degli Enti che intervengono.

Si presentano due ipotesi tipo:

A) richiesta pervenuta alla C.O Operativa 118 da parte del Centro Operativo Autostrade

L'Operatore C.O.A. comunicherà per quanto possibile i seguenti dati:

- 1) precisa localizzazione dell'evento incidentale o del segnalato malore (direzione Nord o Sud e riferimento chilometrico);
- 2) natura dell'evento (incidente stradale, malore);
- 3) numero presunto di feriti e loro condizioni (solo se in possesso di tali notizie);
- 4) modalità di raggiungimento della zona dell'evento (casello di accesso più vicino, in ragione della direzione Nord o Sud);
- 5) presenza di eventuali rischi evolutivi (incendio, fumo, crollo, coinvolgimento di automezzi che trasportano merci pericolose);
- 6) presenza in loco di altri Enti intervenuti o che stanno intervenendo.

B) richiesta pervenuta alla C.O 118 da parte di cittadino

L'operatore C.O 118, dopo aver raccolto tramite dispatch tutte le notizie ritenute utili e dopo aver allertato il mezzo/i di soccorso più vicino /i comunicherà alla C.O.A i seguenti dati:

- 1) precisa localizzazione dell'evento incidentale o del segnalato malore (direzione Nord o Sud e riferimento chilometrico);
- 2) numero presunto di feriti e loro condizioni (quanto a sua conoscenza);
- 3) natura dell'evento (incidente stradale, malore);
- 4) mezzi di intervento inviati;
- 5) presenza di eventuali rischi evolutivi (incendio, fumo, crollo, coinvolgimento di automezzi che trasportano merci pericolose);
- 6) altri Enti coinvolti dalla C.O. 118 (intervenuti o che stanno intervenendo);
- 7) richiede ausilio per il migliore e più rapido raggiungimento e successivo deflusso verso gli ospedali.

N. telefonico di riferimento - **0805061513-COA (Centro Operativo Autostrade)**

In situazioni particolari il C.O.A. potrà autorizzare l'accesso ai mezzi di soccorso con manovra definita "contromano".

Tale manovra normalmente pericolosa e assolutamente vietata, può essere effettuata solo se sussiste la garanzia che per quel determinato senso di marcia il traffico sia stato inibito e con adeguata assistenza (da concordarsi presso il casello d'entrata), da parte di Pattuglia di Polizia Stradale o di mezzo dedicato della Società Autostrade. Pertanto ne sarà data comunicazione ai mezzi di soccorso 118 solo previo contatto telefonico con C.O.A. (sala Operativa Autostradale della Polizia Stradale).

Nel caso in cui si sia verificata una maxiemergenza (Maxitamponamento ad esempio), la Centrale Operativa 118 può avanzare richiesta telefonica di apertura di una corsia dedicata ai soli mezzi di soccorso, specialmente se gli stessi (tutti o alcuni) siano privi di apparato TELEPASS.

Di tanto la Centrale Operativa 118 informerà i mezzi di soccorso che stanno confluendo sulla zona dell'evento con le raccomandazioni e indicazioni acquisite dal C.O.A.

118 E TRASPORTO/ATTERRAGGIO ELICOTTERO

Attualmente nella provincia di Bari non è attivo il servizio di elisoccorso, ma è possibile che i pazienti siano trasportati da altre province o regioni presso uno degli ospedali della provincia (compresi IRCCS) con l'utilizzo di elicottero, così come può accadere che lo stesso mezzo venga utilizzato per attività sanitaria legata a prelievo o trapianto di organo.

Evenienze possibili

1. Allertamento da parte di una Centrale Operativa 118 dell'arrivo nella zona di nostra competenza di un elicottero sanitario, per trasporto primario o secondario da fuori regione;
2. Allertamento da parte di una Centrale Operativa 112, 113, 115, 117 dell'arrivo nella zona di nostra competenza di un elicottero non sanitario, con paziente a bordo.

Le piazzole di atterraggio situate presso gli Ospedali (padiglione Asclepios del Policlinico di Bari, Miulli-Acquaviva delle Fonti, Barletta- Ospedale Di Miccoli) attualmente non sono operative.

N.B. In caso di necessità si possono utilizzare i campi di calcio attivando il rendez-vous con ambulanza.

La particolare caratteristica degli elicotteri di poter atterrare in spazi ristretti permette anche l'utilizzo di strutture alternative agli stadi, quali ad esempio il Comando Provinciale dei VVF a Mungivacca oppure le strutture militari conosciute come "Casermette", ma il loro utilizzo deve essere concordato con le strutture gerarchiche degli Enti o Comandi.

L'arrivo di un elicottero con paziente/organo/equipe sanitaria, solitamente è un evento concordato.

Per quanto riguarda la città di Bari e il suo immediato circondario l'elicottero viene fatto arrivare all'aeroporto Karol Wojtila di Bari Palese.

In caso di attivazione presso Aeroporto di Bari la Centrale Operativa provvede a:

richiedere:

1. zona di provenienza
2. condizioni del paziente (intubato, con o senza rianimatore, etc)
3. ospedale di destinazione (che allerterà)
4. nominativi dei medici che hanno preso accordi (reparto di invio e reparto di accoglienza)
5. orario stimato di arrivo
6. disponibilità del rianimatore/medico ad accompagnare il paziente fino in ospedale con ambulanza (auspicabile e nella norma).

inviare (per tempo):

1. ambulanza 118. Il mezzo di soccorso deve essere in aeroporto prima dell'atterraggio dell'aeromobile.
2. Lo stesso mezzo o altro, su disposizione della Centrale Operativa, provvederà a riaccompagnare il personale sanitario all'elicottero, nel caso in cui sia intervenuto a bordo del mezzo terrestre.

Per arrivi programmati non utilizzare mezzo Bariatrico attivando altra risorsa India viciniore o Mike laddove necessario. Se disponibile mezzo Mike prediligere questo rispetto a India + Automedica.

In caso di attivazione Elisuperficie Aeroporto Bari Palese:

allertare:

- Torre di Controllo
- Polaria (comunicare dati anagrafici autista, targa del mezzo e nome postazione)
- Supervisore ADP (N.B. Nel caso in cui non risponda al telefono farlo allertare dalla Torre di Controllo)

concordare:

- con personale in servizio al varco dogana dell'aeroporto l'accesso rapido del mezzo di soccorso.

In caso di utilizzo di diversa zona di atterraggio, oltre a quanto sopra descritto, la Centrale Operativa provvederà ad allertare:

- Forze dell'ordine (Polizia Locale, CC, PS) per viabilità,
- VVF per messa in sicurezza*,
- Ospedale per arrivo paziente.

Raccomandazioni da ricordare alle squadre dei mezzi di soccorso:

- L'ambulanza deve essere parcheggiata a distanza di sicurezza al di fuori dell'area di atterraggio (30 m) con freno a mano di stazionamento inserito;
- Vetri e portiere chiuse per evitare lo scardinamento delle stesse e preservare la sicurezza del mezzo (considerato l'inevitabile e violento spostamento d'aria generato dalla manovra di atterraggio dell'elicottero);
- Non avvicinarsi all'elicottero se i rotori sono in movimento.

L' Elisoccorso deve essere richiesto alle Province/Regioni vicine in caso di necessità per interventi primari in cui serva mezzo che arrivi su target nel minor tempo possibile (es. grave politrauma) e presenza a bordo di Anestesista-Rianimatore in grado di stabilizzare in loco il paziente e trasportarlo presso il DEA concordato con la C.O. da cui dipenda il servizio HEMS.

118 E CAPITANERIA DI PORTO - GUARDIA COSTIERA

La Delibera del Consiglio Regionale di Puglia del 3-11 febbraio 1999, n.382, nell'allegato A ed in particolare nel capitolo "mezzi di soccorso" dedicati al 118 recita come segue: "... omissis... *Sono altresì previsti specifici mezzi di soccorso, quali:omissis... mezzi navali medicalizzati, natanti agili e di elevata velocità, dotati di idoneo equipaggiamento per l'urgenza-emergenza che consente sia di effettuare i soccorsi in mare e sia di provvedere ai trasferimenti via mare.*"

Malgrado ciò, il 118 della Provincia di Bari e BAT attualmente è sprovvisto di Mezzi Navali per il Soccorso.

Per questo motivo, a tutela di quanti avessero necessità di soccorso sanitario sono stati presi accordi con il Comando della Capitaneria di Porto di Bari per operare congiuntamente alla buona riuscita di quella che risulta essere infine un'operazione di salvataggio e soccorso.

Alla ricezione della chiamata di soccorso pervenuta ad una delle due Centrali vengono attivati i rispettivi mezzi. Sarà favorito l'imbarco del personale sanitario a bordo dei mezzi di C.P. in caso di intervento al largo, su imbarcazioni, natanti o navi in transito. Questo nel pieno rispetto dei compiti istituzionali del Sistema di Emergenza Urgenza e cioè il precoce contatto sanitario con chi ne dovesse avere necessità.

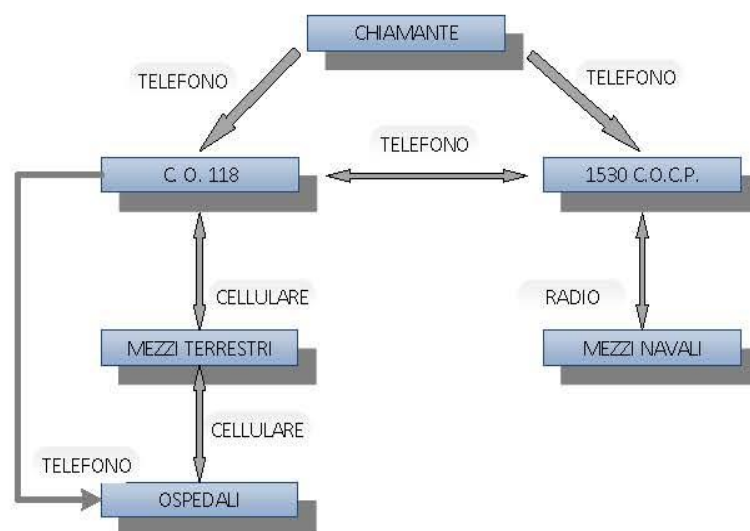
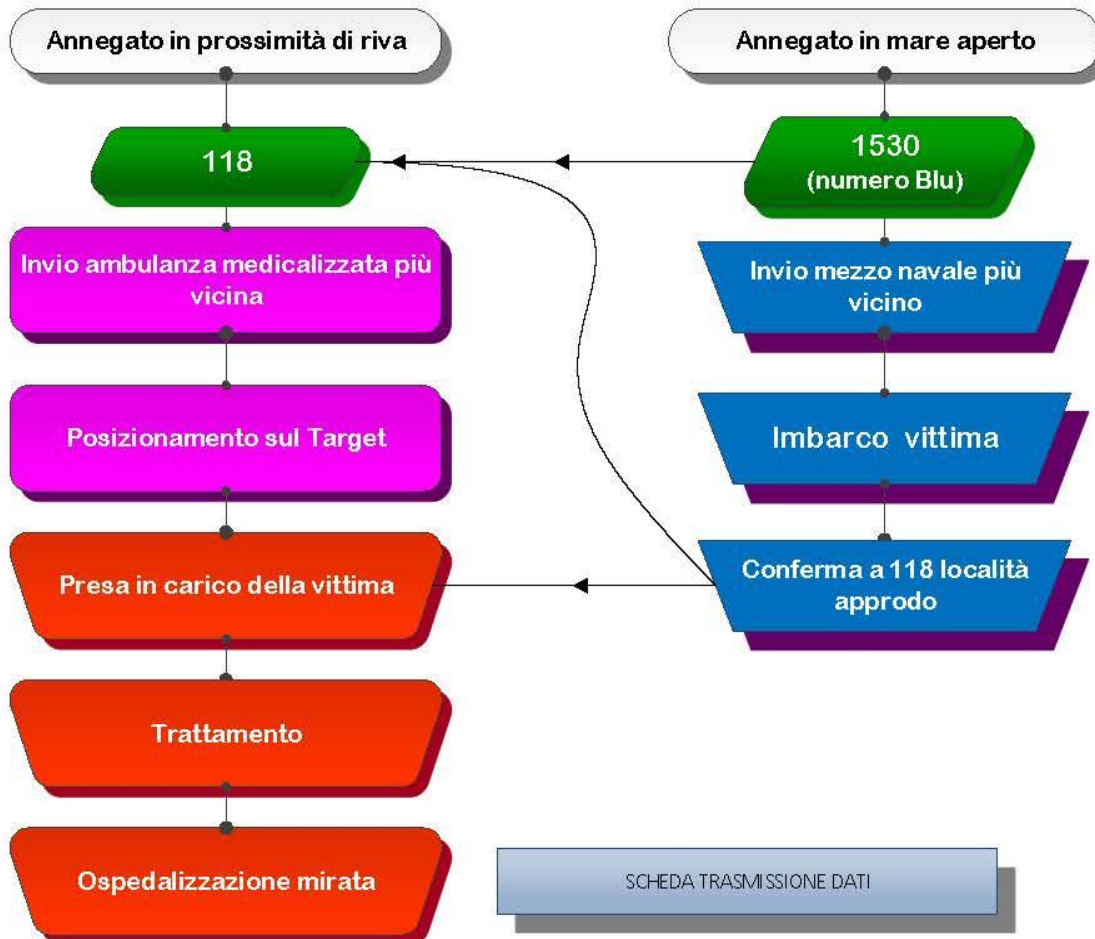
Il medico di Centrale Operativa si interfacerà eventualmente con il medico CIRM (Centro Internazionale Radio Medico- tel. 06/59290263), qualora quest'ultimo fosse stato contattato dalla Capitaneria di Porto per acquisire notizie cliniche sul paziente in arrivo.

Nelle more dell'istituzione di un protocollo condiviso tra Centrale Operativa, Servizio Emergenza Territoriale 118 e Capitaneria di Porto e nella impossibilità di reperire personale disponibile all'imbarco, si consiglierà avvicinamento dell'imbarcazione al porto per effettuare rendez-vous con mezzo di soccorso al molo indicato dalla Capitaneria di Porto al fine di effettuare valutazione medica, trattamento ed eventuale ospedalizzazione mirata.

Eventualmente potrà essere suggerito l'intervento di elicottero sanitario (al momento gestito esclusivamente dalla C.O. di Foggia) qualora si renda necessario soccorrere il paziente direttamente su mezzo navale, dopo aver ricevuto adeguate informazioni da parte del medico del CIRM.

Altresì non potrà essere utilizzato, in alcun caso, il soccorso mediante elicottero non sanitario (per es. VVFF).

S.E.U.S. - Centrale Operativa 118 Bari - Protocollo Operativo Soccorso in mare - flow chart



C.O. = Centrale operativa 118

1530 C.O.C.P = Centrale Operativa Capitaneria porto Bari

118 E RAPPORTI CON LA STAMPA (PER OPERATORI DI C.O. E S.E.T. 118)

Nel fornire informazioni ad organi di stampa o a terzi bisogna sempre considerare il rischio di divulgazione di “segreti d’ufficio”.

- A tutela della ASL, della privacy dei cittadini coinvolti nonché del Sistema 118, occorre astenersi dall’effettuare dichiarazioni pubbliche o ad organi di stampa che possano ingenerare nella popolazione senso di sfiducia nel Sistema o che violino la normativa sulla riservatezza dei dati ovvero:
 - Non vanno divulgate le generalità dei pazienti soccorsi
 - Non devono essere fornite notizie private dei pazienti
 - Non vanno rilasciate informazioni su eventi in cui vi può essere ipotesi di reato

- Nel caso in cui da parte dei Media vengano riportate notizie inesatte in merito all’attività del Sistema, di un intero equipaggio, di un singolo Operatore, vanno informati i Direttori della Centrale Operativa e del Coordinamento, che in accordo con la Direzione strategica dell’ASL, valuterà di volta in volta l’opportunità di intervenire con comunicato ufficiale;

TAC FUORI SERVIZIO

La Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) consiste in un esame strumentale radiodiagnostico la cui indicazione, in ambito Sistema Emergenza Urgenza 118, quindi territoriale, risulta necessaria e immediata nei seguenti casi:

- Trauma cranico grave (Glasgow Coma Scale inferiore a 13)
- Paziente politraumatizzato
- Ictus cerebri (ischemico o emorragico)

Nel caso in cui il paziente soccorso sul luogo dell'evento o a domicilio, a giudizio del personale a bordo del mezzo di soccorso, si presenti **cl clinicamente ed emodinamicamente stabile e necessiti di esame TAC urgente**, il Sistema 118 provvede al trasporto nell'ospedale di riferimento con TAC funzionante.

Secondo protocollo, i mezzi di soccorso delle postazioni viciniori a quello impegnato nell'operazione di centralizzazione, garantiscono anche la copertura territoriale. Tali postazioni interessate vengono avvisate della centralizzazione in corso e su decisione della Centrale Operativa possono essere riposizionate.

Nel caso in cui il paziente si presenti **cl clinicamente ed emodinamicamente instabile**, il paziente va trasportato presso il Pronto Soccorso più vicino, anche senza TAC o con TAC guasta, affinché ne venga garantita la stabilizzazione, che costituisce la priorità assoluta.

TAC E OPERAZIONI DI MANUTENZIONE

Le operazioni di manutenzione programmate non possono avere la priorità sulle emergenze. Pertanto vanno comunicate per tempo gli orari di inizio delle operazioni e immediatamente, al termine delle stesse, la pronta operatività della strumentazione.

Le operazioni di manutenzione, se non ancora avviate, possono essere procrastinate per reali necessità di pazienti in emergenza.

ELENCO DELLE POSTAZIONI NELLA PROVINCIA DI BARI E BT

(agg. al 03/12/2024)

POSTAZIONE	ASSETTO	ASL	SIGLA
ACQUAVIVA	India	ASL\BA	BAAQ1
ADELFA	India	ASL\BA	BAAF1
ALBEROBELLO	India	ASL\BA	BAAL1
ALTAMURA	India	ASL\BA	BAAT1
ANDRIA	Mike	ASL\BT	BTADM1
ANDRIA 1	India	ASL\BT	BATTAD1
ANDRIA 2	India	ASL\BT	BATTAD2
BARLETTA	Mike	ASL\BT	BTBRM1
BARLETTA 1	India	ASL\BT	BATBR1
BARLETTA 2	India	ASL\BT	BATBR2
BISCEGLIE	Mike	ASL\BT	BTBS1
BITONTO	Mike	ASL\BA	BABI1
CANOSA	Mike	ASL\BT	BTCN1
CASAMASSIMA	India	ASL\BA	BACS1
CASTELLANA GR.	Mike	ASL\BA	BACA1
CONVERSANO	India	ASL\BA	BACO1
CORATO	India	ASL\BA	BACR1
C.T.O.	India	ASL\BA	BACT1
DI VENERE	India	ASL\BA	BAVE1
GIOIA D.COLLE	India	ASL\BA	BAGI1
GIOVANNI XXIII°	India	ASL\BA	BAPE1
GIOVINAZZO	India	ASL\BA	BAGV1
GRAVINA	Mike	ASL\BA	BAGR1
GRUMO A.	Mike	ASL\BA	BAGU1
JAPIGIA	India	ASL\BA	BAJA1
LOCOROTONDO	Mike	ASL\BA	BALO1
MINERVINO	Mike	ASL\BT	BATMR1
MINERVINO	India	ASL\BT	BATMR2
MODUGNO	India	ASL\BA	BAMO1
MOLA DI BARI	Mike	ASL\BA	BAMB1
MOLFETTA	India	ASL\BA	BAMF1
MONOPOLI	India	ASL\BA	BAMN1
NOCI	Mike	ASL\BA	BANO1
NOICATTARO	India	ASL\BA	BANC1
PALESE	India	ASL\BA	BAPA1
PALO DEL COLLE	India	ASL\BA	BAPC1
PIAZZA MORO	India	ASL\BA	BAFS1
POGGIORSINI	India	ASL\BA	BAPG1

POLICLINICO	India	ASL\BA	BAP01
POLIGNANO	Mike	ASL\BA	BAPL1
PUTIGNANO	Mike	ASL\BA	BAPU1
RUVO	India	ASL\BA	BARU1
RUTIGLIANO	India	ASL\BA	BART1
SAMMICHELE	India	ASL\BA	BASM1
SAN PAOLO	Mike	ASL\BA	BASP1
SANTERAMO	Mike	ASL\BA	BAST1
SPINAZZOLA 1	Mike	ASL\BT	BATSZ1
SPINAZZOLA 2	India	ASL\BT	BATSZ2
TERLIZZI	India	ASL\BA	BATZ1
TRANI	Mike	ASL\BT	BTTNM1
TRANI	India	ASL\BT	BTTN1
TRIBUNALE BARI	Mike	ASL\BA	BATB1
TRIGGIANO	Mike	ASL\BA	BATR1
TURI	Mike	ASL\BA	BATU1
AMB. BARIATRICA	India	ASL\BA	BABRT1

AUTOMEDICA	BAA97	Pediatrico	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM06	Di Venere	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM07	Gioia del Colle	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM08	Casamassima	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM09	Modugno	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM10	Conversano	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM11	Monopoli	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM12	Alberobello	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM13	Altamura	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM14	Acquaviva	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM15	P.zza Moro	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM17	Terlizzi	ASL/BA

PUNTO DAE

In caso di ACR, al termine dell'evento, è necessario trasferire al più presto i dati del paziente, scaricando la scheda di memoria.

- MODALITA' "Centrale Operativa 118"

E' stato predisposto all'interno della C.O. un "Punto DAE", ove è possibile effettuare la procedura di trasferimento dei dati.

- MODALITA' "a distanza"

La trasmissione files della scheda di memoria del DAE/DEF mediante posta elettronica certificata (PEC):

118.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it

LE RETI

La tempestività dell'intervento è parte integrante dell'intervento stesso, ne consegue la necessità di istituire reti tempo dipendenti.

Tuttavia la dipendenza temporale non è identica per tutte le patologie considerate pertanto ogni Rete deve avere una modalità organizzativa propria in grado di coniugare l'efficacia con la dotazione delle risorse disponibili.

Requisito indispensabile è che la suddetta rete sia attiva 24 ore su 24.

Questo al fine di migliorare la sopravvivenza dei pazienti trattati in urgenza-emergenza, migliorando l'appropriatezza dei ricoveri individuando il presidio ospedaliero più adeguato.

Le reti specialistiche attualmente attive sono:

- IMA SCA
- STAM e STEN

Le modalità operative al momento in atto prevedono il trasporto in Pronto Soccorso (generale o pediatrico) tranne nei casi di emergenze cardiologiche (RETE IMA SCA), sistema di trasporto materno assistito (RETE STAM), sistema in emergenza del neonato (RETE STEN).

In tutti i casi l'arrivo è comunicato telefonicamente alla struttura di destinazione su linea registrata.

Emergenze cardiologiche in Puglia- Rete IMA-SCA

Documenti di riferimento:

- *Del Reg.n.397 del 25 marzo 2008 "Protocollo Operativo Progetto IMA e SCA"*
- *Documento Tecnico di indirizzo Rete cardiologica pugliese per l'infarto acuto del miocardio e proposta di PDTA regionale" Del. Direttore Generale AReSS n.151/2019.*

Nella regione Puglia dal 2008 è attiva la rete IMA-SCA per la gestione dei pazienti con STEMI (infarto miocardico con sopraslivellamento ST) basato su di un sistema Hub and Spoke al fine di garantire la terapia ripercussiva più rapida ed efficace considerato che le linee guida internazionali raccomandano la riapertura meccanica del vaso (angioplastica primaria) al massimo entro 120 minuti dal primo contatto medico (N.B. il trattamento trombolitico preospedaliero va preferito solo in quelle aree geografiche che non consentono di effettuare un'angioplastica entro i 120 minuti).

Il modello organizzativo è basato sull'integrazione funzionale delle strutture cardiologiche (UTIC e servizi di emodinamica) e cardiocirurgiche deputate all'assistenza dei pazienti con patologie cardiache in emergenza (infarto, scompenso cardiaco, aritmie).

Complessivamente le emergenze cardiologiche, con una organizzazione territoriale a rete, si identificano nell'arresto cardiaco, nelle altre emergenze aritmiche, nelle sindromi coronariche acute e nell'infarto miocardico acuto.

Tali emergenze comportano uno strettissimo coordinamento tra le varie strutture Ospedaliere e rendono indispensabile la collaborazione e l'utilizzazione delle Centrali Operative - 118 all'interno delle quali è organizzato il flusso di "informazioni" tra il territorio e le strutture ospedaliere di vario livello per assicurare il miglior trattamento nel minor tempo possibile.

Nella CO – 118 di BARI - BAT è stata implementata la preparazione del personale, la preparazione dei protocolli operativi e l'adeguamento ed il potenziamento delle strutture ospedaliere cardiologiche di riferimento.

Sul piano operativo si attua quanto segue, i vari passaggi sotto descritti rappresentano la procedura in uso:

- il paziente chiama il 118;
- l'operatore della centrale operativa processa la comunicazione assegnando il codice colore di criticità e attiva l'invio di un mezzo di soccorso idoneo;
- quando l'ambulanza giunge sul posto viene effettuata una prima valutazione clinica ed eseguito un ECG (tutte le ambulanze del Sistema 118 Puglia sono in possesso di tablet per eseguire ECG con possibilità di trasmissione telematica alla Telemedicina Regionale (Telecardiologia) ubicata nel A.O. Policlinico di Bari con la possibilità che Medici specialisti in Cardiologia refertino da remoto ovvero da tutta la Regione Puglia. Questo ECG viene immediatamente trasmesso alla Telecardiologia e viene immediatamente valutato dal cardiologo di turno H24, il quale in linea con il personale di soccorso (Dirigente Medico di Centrale) dà le indicazioni immediate e urgenti .

Alla luce delle indicazioni del cardiologo della Telecardiologia sarà stabilita la destinazione del paziente: se possa essere trasportato in un presidio ospedaliero sprovvisto di emodinamica o se, invece, necessita, al contrario, di essere trasportato direttamente in una struttura provvista di emodinamica interventistica.

Tale accesso del paziente avviene anche in carenza di posti letto.

Nel caso in cui il paziente giunga direttamente in un P.S., saranno, in questo caso, i Medici di PS ad effettuare la valutazione iniziale e, se il PS è in una struttura priva di UTIC, utilizzando la rete telematica si potrà richiedere il supporto per l'eventuale emodinamica di riferimento territoriale.

Tutto ciò rende estremamente più rapido l'iter terapeutico del paziente evitando le migrazioni del paziente stesso alla ricerca di una struttura che possa accoglierlo.

In questo caso il trasporto pur essendo di tipo secondario viene effettuato con mezzo 118 per evitare attese dovute all'arrivo di personale in reperibilità.

Resta inteso, tuttavia, che in presenza di mezzo ospedaliero prontamente disponibile, in particolare nella gestione di pazienti che necessitano a bordo della presenza dello specialista Cardiologo e/o Rianimatore, sarà preferibile che il paziente sia trasportato dagli stessi al fine di garantire lo stesso livello di assistenza e le stesse tempistiche di rivascolarizzazione.

La Centrale Operativa è quindi la struttura deputata gestire il percorso assistenziale dei pazienti cardiologici complessi.

Criteria di attivazione dopo ECG (telecardiologia o cardiologo centro Spoke)

INDICAZIONI CERTE ALLA PTCA (obiettivo: riperfusione <90 min)-percorso HUB

- **STEMI** (ST sopraslivellato)
- dolore toracico o equivalenti ischemici con BBS di recente insorgenza

- **NSTEMI** (assenza ST sopraslivellato) **a rischio altissimo (PTCA entro 2 ore)**
- instabilità emodinamica/shock cardiogeno
- dolore toracico o equivalenti ischemici in atto refrattario a terapia
- aritmie minacciose o arresto cardiaco
- scompenso cardiaco acuto
- modifiche ricorrenti ST e onda T o sopraslivellamento transitorio ST
- alterazioni cinetiche ecografiche accertate dal cardiologo chiamante

Rete IMA SCA- centri HUB di riferimento per emodinamica interventistica:

Attualmente in provincia BARI-BAT è operativa la Rete IMA SCA in riferimento alla Del Reg.n.397 del 25 marzo 2008 “Protocollo Operativo Progetto IMA e SCA”.

Tale rete si basa su collegamenti veloci tra territorio, centri periferici (Spoke) e Centri di riferimento (Hub).

Le emodinamiche HUB dell’Area di Bari facenti parte del progetto e che effettuano turno di disponibilità h 24 a rotazione sono:

- A.O.U.C. Policlinico (Universitaria o Ospedaliera,)
- Di Venere
- San Paolo
- Anthea
- Santa Maria
- Mater Dei
- Ospedale Miulli Acquaviva delle Fonti (reperibilità h 24)
- Ospedale Bonomo Andria (reperibilità h 24)

Nel caso in cui i due Centri reperibili giornalmente per la zona di Bari, al momento del nostro contatto per l’invio del mezzo, comunicano di essere già impegnati in altra procedura potranno essere contattati gli altri centri inclusi nell’elenco sopra riportato.

Qualora invece il Centro HUB reperibile comunichi di non poter essere operativo per l’intero turno giornaliero dovrà esso stesso comunicare il Centro che lo sostituirà nella rete.

La scelta del 3° centro avverrà in base alla disponibilità dichiarata al momento e tenuto conto anche dei tempi di percorrenza.

Per la zona di Bari, dove sussistono giornalmente due Emodinamiche in turno, definite A e B, in casi assolutamente particolari può essere presa, da parte del medico di Centrale, la decisione di invertire la rotazione. L’emodinamica del Miulli di Acquaviva (operativa h24 x 365 giorni all’anno) copre il territorio così come specificamente dettagliato nella nota contenente le pronte reperibilità (i comuni della provincia di Bari non specificamente menzionati nella *nota** fanno capo alle emodinamiche di Bari).

L’emodinamica del Bonomo di Andria è l’unica che copre l’area della BAT ed è operativa h24 per 365 giorni all’anno.

Qualora l’emodinamica di Andria e di Acquaviva dovessero essere occupate o comunque non disponibili il paziente proveniente da detto territorio verrà trasportato, previo immediato contatto telefonico, ad una delle emodinamiche di Bari, secondo turnazione giornaliera.

Medico SET 118

- effettua valutazione clinica del paziente
- esegue ECG (inserendo, sempre, tutti i dati anamnestici e dell’ attuale sintomatologia su scheda Helis)
- provvede alla stabilizzazione e al trattamento iniziale
- informa la C.O.118 e di conseguenza l’Emodinamista del centro HUB
- effettua trasporto diretto verso l’emodinamica di riferimento bypassando il P.S.

Telecardiologia:

- effettua la diagnosi elettrocardiografica
- fornisce eventuale teleconsulenza
- indica se necessario attivazione del percorso HUB

Dirigente Medico di Centrale 118 :

- conferma la condizione di STEMI sulla base dei segni e sintomi riferiti dal personale dei mezzi di soccorso e dal tracciato ECG, con eventuale contatto telefonico con il cardiologo della Telecardiologia o del centro Spoke richiedente;
- allerta il Cardiologo Emodinamista del centro HUB;
- indirizza l'ambulanza del 118 verso il centro HUB designato.

Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:

- P.O. Murgia
- P.O. Corato
- P.O. Molfetta
- P.O. Monopoli
- P.O. Putignano
- P.O. Terlizzi
- P.O. Barletta
- P.O. Bisceglie

* **nota.** - Il protocollo IMA-SCA prevede che all'HUB del Miulli abbiano accesso solamente i pazienti appartenenti al territorio dei comuni di Acquaviva, Altamura, Gravina, Gioia, Cassano Santeramo, Sammichele.

LA RETE DELL' ICTUS CEREBRALE ACUTO: STROKE UNIT (SU) IN PUGLIA

DGR n.1251/2006 "Organizzazione della rete regionale di assistenza ai pazienti con ictus cerebrale nella Regione puglia".

Documento di riferimento: Documento Tecnico di indirizzo Rete ictus pugliese e proposta di PDTA regionale"
Del. Direttore Generale AReSS n. 153/2019

In Italia l'ictus costituisce la seconda causa di mortalità, essendo causa di circa il 10-12% di tutti i decessi e la prima causa d'invalidità.

La mortalità acuta (entro 30 giorni) riguarda il 20-25% dei decessi totali e circa la metà dei sopravvissuti presentano, ad un anno, elevati gradi d'invalidità.

Il dato fondamentale che emerge dalla letteratura recente è che, la presa in carico del paziente con ictus in aree di degenza dedicate (definite "Stroke Unit" S.U.), la multidisciplinarietà di approccio e la precocità di avvio di interventi riabilitativi in aree/strutture dedicate si associano ad una maggiore sopravvivenza e ad un minore rischio di disabilità.

Pertanto, il modello organizzativo per la gestione dei pazienti con ictus cerebrale è quello definito, anche in questo caso, Hub e Spoke, in cui è auspicabile l'organizzazione in rete.

Sono stati, quindi, individuati i centri indicati a trattare pazienti iperacuti a più alta complessità assistenziale (Hub) e le strutture con livello di complessità assistenziale inferiore (Spoke). L'obiettivo principale del sistema di servizi in rete è il trattamento acuto della patologia al fine di ottenere una ri-perfusione dell'area cerebrale ischemica nel modo più rapido ed efficace possibile.

Nell'ambito regionale la rete assistenziale deputata all'assistenza dell'ictus in fase acuta si potrebbe articolare in 2 livelli:

➤ **Unità Ictus di 2° livello ("Stroke Unit"):**

costituite da aree di tipo semintensivo dedicate all'ictus, che abbiano già raggiunto una consolidata esperienza nella trombolisi sistemica, dislocate in ospedali in cui è presente una U.O. di Neurologia, una U.O. di Neuroradiologia e una di Neurochirurgia, con un percorso (in itinere) anche per il trattamento endovascolare.

➤ **Unità Ictus di 1° livello:**

costituite da aree dedicate all'ictus con possibilità di monitoraggio dei pazienti e dislocate negli ospedali in cui vi è la presenza di una U.O. di Neurologia; esse possono essere autorizzate a praticare la trombolisi sistemica

Tale rete segue un modello di tipo "Hub and Spoke" prevedendo percorsi assistenziali tesi a concentrare i casi che necessitano di assistenza di maggiore complessità nei centri hub attraverso la organizzazione del sistema di invio da centri periferici (spoke) e la nuova presa in carico da parte degli stessi spoke una volta che non siano più necessari gli interventi di alta complessità.

Ai pronto soccorso competerebbe il compito, in funzione del livello di gravità, di trasportare o di trasferire con tempestività i pazienti verso le sedi ove effettuare i trattamenti ottimali.

Il modello adottato, infatti, tende a garantire un uniforme governo clinico del sistema nel suo complesso e a rendere tempestivamente disponibili competenze tecnico-professionali e risorse in qualsiasi punto della rete.

Il concetto "Time is Brain" ha portato al centro della riflessione sull'ictus cerebrale il problema del tempo che intercorre tra l'esordio sintomatologico di un ictus acuto e l'effettivo accesso del paziente alla terapia, soprattutto per quanto riguarda la trombolisi.

SCHEMA OPERATIVO DELLE EMERGENZE STROKE ADOTTATO IN CO-118 DI BARI - BAT

(Nelle more della definitiva stesura della Rete Ictus Pugliese)

1. Il cittadino chiama il 118;
2. La Centrale Operativa processa la comunicazione (cercando di identificare la presenza di segni suggestivi di ictus cerebri) assegnando il codice colore di criticità ed attivando l'invio di un mezzo di soccorso idoneo. In caso di attivazione del codice ictus la C.O.118 invia preferibilmente un mezzo medicalizzato ed in caso di mancata disponibilità di quest'ultimo invia un mezzo India (considerato che l'ictus è una patologia tempo-dipendente);
3. Il personale intervenuto, dopo la valutazione delle condizioni vitali, effettua una valutazione neurologica del paziente (attivando o meno il "codice ictus" *). Nella suddetta valutazione potrebbe anche avvalersi della Race Scale (Rapid Arterial Occlusion Evaluation Scale) al fine di stabilire il trasporto nella Stroke Unit di II livello qualora la Race Scale sia ≥ 5 ;

Rapid Arterial Occlusion Evaluation (RACE) Scale							
1.	Asimmetria facciale	Assente	0	Lieve	1	Moderata	2
2.	Deficit Arto Superiore	Assente/Lieve	0	Moderato	1	Severo	2
3.	Deficit Arto Inferiore	Assente/Lieve	0	Moderato	1	Severo	2
4.	Deviazione dello sguardo	Assente	0	Presente	1		
*AFASIA (se EMIPARESI DX)							
	Domanda a: Chiuda chi occhi	2 Risposte corrette:	0	1 Risposta corretta:	1		
	Domanda b: Stringa la mano						
*AGNOSIA (se EMIPARESI SX)							
	Domanda a: Riconosce l'arto paretico?	Riconosce deficit:	0	Non riconosce deficit:	1	Non riconosce Arto e Deficit:	2
	Domanda b: Chiedere di alzare entrambe le braccia e battere le mani						

4. Nel caso di attivazione del codice ictus il trasporto viene effettuato esclusivamente verso la Stroke Unit in grado di effettuare la trombolisi (Hub di 2 o 1 livello accreditate);
5. Il trasporto di pz. in codice di gravità clinica pari a 3 (GCS ≤ 8 o AVPU = P-U) dal luogo dell'evento verso la Stroke Unit richiede sempre un mezzo medicalizzato.
Se però la vicinanza dell'ospedale di destinazione lo consente e, contestualmente il paziente ha un codice di gravità clinica pari a 2 (GCS > 8 o AVPU = A-V) può essere considerato il trasporto immediato in ospedale da parte di un mezzo India.

* Codice ictus:

Età > 18 anni,

Inizio dei sintomi entro 4.5 ore,

Cincinnati Prehospital Scale positiva.

RETI STAM E STEN**Sistema di trasporto materno assistito (STAM) e
Sistema in emergenza del neonato (STEN)****Premessa**

Considerato che la gravidanza ed il parto pur essendo eventi fisiologici possono complicarsi con gravi conseguenze per la donna ed il nascituro, non si può prescindere da un'organizzazione a rete in modo da garantire specifiche competenze professionali, appropriatezza ed efficacia delle cure erogate.

Indispensabile pertanto un coordinamento tra le strutture operative di I° e II° livello ospedaliere, nonché con i servizi territoriali specifici esistenti sul territorio.

Lo STAM (Servizio di Trasporto Materno Assistito) è la modalità di trasferimento in urgenza dedicata alla paziente gravida che necessita di cure a maggior livello di complessità per patologie materne, fetali (o entrambe) in un centro di II livello, dotato di unità di terapia intensiva neonatale (TIN). Tale trasferimento necessita di supporto medico/ostetrico/infermieristico in base alle condizioni cliniche madre/feto e con mezzi e dispositivi idonei a tale attività.

Il protocollo operativo della Regione Puglia sul trasporto STAM e STEN è stato approvato dal Comitato Punti Nascita Regionale in data 12/10/2016. Con nota protocollata AOO_151_9712 del 10/10/2016 sono state fornite indicazioni ai direttori generali dei tre centri HUB, individuati per la gestione del trasporto STEN (ASL Lecce, A.O.Policlinico di Bari e A.O. "OO.RR."di Foggia) al fine di procedere al reclutamento del personale e all'acquisizione delle tecnologie indispensabili per l'avvio del citato trasporto.

L'afferenza ai Centri di Hub è organizzata secondo bacini di utenza territoriali di riferimento. Va segnalato che nella Regione Puglia sono previste 9 TIN:

5 negli Hub

AOU Policlinico _ Bari

Ospedale Perrino _ Brindisi

Ospedali Riuniti _ Foggia

Ospedale Fazzi _ Lecce

Ospedale SS. Annunziata _ Taranto

4 in Ospedali di I livello:

Ospedale Di Venere_ Carbonara di Bari

Casa Sollievo della Sofferenza _ San Giovanni Rotondo

Ospedale Miulli _ Acquaviva delle Fonti

Ospedale Panico _ Tricase

Ruolo del Servizio Territoriale per l’Emergenza 118

Da deliberazione n 136 del 23/02/2016 in attuazione dell’accordo Stato-Regioni rep. atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010 *premesse che:*

- 1) la raccomandazione ministeriale AUSPICA soltanto genericamente il coinvolgimento della Centrale Operativa 118,
- 2) è sancito da DGR Puglia che il 118 non effettua trasferimenti Secondari ma si occupa solo di interventi extra ospedalieri in emergenza urgenza
- 3) non è intenzione del governo regionale assegnare al 118 il trasporto secondario
- 4) qualunque aumento del carico di lavoro per il 118 necessita obbligatoriamente di risorse aggiuntive sia nelle Centrali Operative sia in termini di incremento del personale e di Mezzi di soccorso
- 5) la Rete STAM è di competenza specialistica (Ostetricia); la Rete STEN è di competenza specialistica (Neonatologia)
- 6) Il sistema 118 potrà intervenire nel classico e puro "stato di necessità",

si concorda, su proposta motivata dai direttori delle Centrali Operative 118 di Puglia, con quanto nel documento fa riferimento al 118.

Ruolo della Centrale Operativa 118 nella rete STAM

- a) raccoglie i dati relativi alla disponibilità dei posti in TIN provinciale, tramite le TIN, che li trasmettono loro giornalmente. In caso di necessità, interfacciandosi con le altre Centrali Operative 118 della Regione;
- b) comunica, su richiesta del medico richiedente, la disponibilità dei posti letto in TIN provinciale e, se necessario, contatta le altre Centrali Operative della Regione;
- c) offre supporto, su richiesta motivata, attraverso l’invio di una ambulanza in assetto INDIA (autista, soccorritore, infermiere a bordo) in caso di avaria in itinere del mezzo STAM dedicato;
- d) provvede all’invio del mezzo INDIA, in casi che rivestano carattere di eccezionalità, quando si verifichi una emergenza intraospedaliera con una insuperabile difficoltà a reperire per il trasporto un’ambulanza della struttura ospedaliera e dell’intera ASL; Sarà cura del centro richiedente fornire l’equipe medica dedicata, i presidi e i farmaci necessari ad integrare le dotazioni ordinarie dell’ambulanza 118;
- e) preallerta il Pronto Soccorso/ Reparto ricevente;
- f) in caso di chiamata diretta al Sistema di Emergenza Territoriale 118 da o per utente in stato di gravidanza effettua un Triage, secondo criteri dettati da protocollo di C.O. dedicato, atto a far emergere eventuali segni o sintomi di criticità:
 - stato di coscienza, problemi respiratori, instabilità di circolo
 - epoca gestazionale < alla 34esima settimana
 - diagnosi di gravidanza a rischio
 - segni e sintomi di parto imminente
 - eclampsia/ rilevanti comorbidità/gravidanza plurima
 - presenza di gravi patologie nel nascituro

In tal caso attribuirà, se indicato, il massimo codice di criticità inviando possibilmente un Mezzo di Soccorso Avanzato in assetto MIKE (con Medico, Infermiere, 1 autista e 1 soccorritore).

In assenza di una MIKE prontamente disponibile invierà il mezzo di soccorso più vicino INDIA (Infermiere 1 autista e 1 soccorritore) predisponendo un rendez-vous col mezzo medicalizzato.

Ottenuta conferma della situazione clinica, la CO118, se disponibile ambulanza medicalizzata, darà indicazione per la centralizzazione della paziente presso il DEA di II livello o comunque presso il centro HUB provinciale provvisto di TIN, preferibilmente con posto letto disponibile. Qualora le TIN provinciali risultino sprovviste di posto letto la paziente sarà condotta nel centro HUB territorialmente competente. (*ndr: sarebbe auspicabile prevedere la possibilità dell'accesso diretto nel reparto ricevente previo allertamento dello stesso ad opera del P.S. accettante, come già avviene per la Rete STEMI*).

Fanno eccezione le situazioni di emorragia massiva, che per criticità identifica un'emergenza assoluta quoad vitam, che verranno ospedalizzate presso la struttura ospedaliera più vicina per intervento immediato.

Il Medico del S.E.T.118:

- a nascita avvenuta in sua presenza compilerà scheda di ambulanza, come di consueto, e redigerà certificazione di nascita compilando apposito format in suo possesso sul tablet;

- a nascita già avvenuta prima del suo arrivo compilerà scheda di ambulanza, come di consueto, allegando breve relazione (anche su materiale cartaceo) circa le condizioni riscontrate al momento del suo arrivo sul posto.

g) preallerta il Pronto Soccorso/ Reparto ricevente;

h) nel caso di accesso diretto presso un PPIT-SET 118, l'intervento sarà gestito dal Sistema di Emergenza Territoriale e coordinato dalla C.O.

SERVIZIO DI TRASPORTO NEONATALE - STEN

**A.O.U.C. POLICLINICO-GIOVANNI XXIII BARI – A.O.U.C. OO.RR. FOGGIA – P.O. V.FAZZI
LECCE**

PREMESSA

Premesso che è sempre consigliabile il trasferimento in utero della gestante al fine di espletare il parto laddove vi siano condizioni ottimali per l'assistenza del neonato in caso di prematurità o malformazioni accertate (vedi STAM), ci sono casi in cui la possibilità di trasferimento non è possibile o la diagnosi di patologia neonatale è successiva. Pertanto si rende indispensabile l'istituzione di una rete che assicuri, dopo la nascita e la necessaria stabilizzazione, il trasferimento presso centri adeguati, quali le U.O. di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) di quei neonati che necessitano di cure di Centri di II livello.

Criteri clinici per l'attivazione dello STEN

NEONATI DI ETÀ INFERIORE AI 30 GIORNI (da considerare l'età corretta in caso di prematuri) con le seguenti caratteristiche:

- 1) distress respiratorio;
- 2) peso <1.500 gr;
- 3) età gestazionale \leq 34 settimane;
- 4) asfissia perinatale e necessità di valutazione trattamento ipotermico (*sec. Linee Guida SIN*);
- 5) cardiopatie congenite cianogene o dotto-dipendenti;
- 6) patologie chirurgiche che potrebbero compromettere le funzioni vitali;
- 7) malformazioni complesse che potrebbero compromettere le funzioni vitali;
- 8) patologie gravi con compromissione dei parametri vitali.

NOTA BENE: il servizio non dovrà essere attivato al di fuori di queste indicazioni.

I centri di I livello del territorio devono mantenere una autonoma capacità di trasferimento di altra tipologia di neonati, qualora non ricorrano le condizioni descritte.

Ruolo della Centrale Operativa 118 nella rete STEN

(In attuazione del Reg. Reg. n.14/2015 e della DGR n.136 del 23/02/2016)

Il servizio viene attivato su richiesta del centro trasferente, a nascita avvenuta e a neonato stabilizzato, tramite chiamata alla centrale operativa 118, che:

- deve fungere da centro raccolta dati sulla disponibilità dei posti letto;
- fungerà da ponte mettendo in contatto il centro spoke trasferente con il centro HUB accettante.

La C.O. 118 chiamerà il centro HUB di riferimento secondo la tabella che definisce HUB e SPOKE di riferimento in base alla vicinanza geografica (vedi allegato).

In caso di STEN dell'HUB di riferimento, impegnato in altro trasporto, la centrale operativa del 118 dovrà chiamare l'altro HUB più vicino.

Nel caso non siano disponibili posti letto in nessuna UTIN del territorio pugliese, il medico dello STEN deve trasportare il neonato presso il proprio HUB, per la ulteriore stabilizzazione e, solo in una fase successiva valutare, se trasportare il neonato con STEN presso altra UTIN con posto successivamente resosi disponibile.

Ruolo dei Centri HUB

Comunicano tempestivamente la disponibilità di posti letto nei casi di variazioni intervenute tra le rilevazioni.

ALLEGATO HUB e SPOKE Puglia**HUB OO.RR. FOGGIA****SPOKE**

E.E. C.S. Sofferenza S. Giovanni Rotondo
P.O. S. Severo
P.O. Cerignola
P.O. Bisceglie
P.O. Andria
P.O. Barletta

HUB A.O.U.C. POLICLINICO BARI**SPOKE**

P.O. Di Venere
E.E. Miulli
P.O. S.Paolo Bari
P.O. Corato
P.O. Putignano
P.O. Altamura
P.O. Monopoli
C.d.C. S.Maria Bari
Mater Dei Hospital Bari
P.O. SS. Annunziata Taranto
P.O. Castellaneta
P.O. Martina Franca
C.d.C. Bernardini Taranto

HUB P.O. FAZZI LECCE**SPOKE**

P.O. Perrino Brindisi
P.O. Francavilla
C.d.C. Salus Brindisi
E.E. Tricase
P.O. Gallipoli
P.O. Scorrano
P.O. Galatina

I punti nascita afferenti (attualmente attivi) subiranno modifiche a seguito dell'attuazione del Riordino ospedaliero della Regione Puglia.

PROTOCOLLO TRAUMA MAGGIORE E SIAT PUGLIA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 3 luglio 2019, n. 1195 Approvazione provvedimento unico - Proposta di Regolamento regionale: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017". Modifica e integrazione delle DD.GG.RR. n. 1095/2017 e n.53/2018. Abrogazione Regolamenti regionali in materia di riordino ospedaliero.

Il Trauma costituisce la prima causa di morte e di invalidità per la popolazione al di sotto dei 45 anni di età. In particolare *"il trauma maggiore è un evento in grado di determinare lesioni mono o polidistrettuali (politrauma) tali da causare almeno in un settore un rischio immediato o potenziale per la sopravvivenza del paziente"* (O.Chiara,2003).

(N.B. Si può parlare di politrauma quando il paziente presenta lesioni associate a carico di uno o più distretti corporei con compromissione reale o potenziale di uno o più parametri vitali).

Il trauma maggiore è inoltre una condizione clinica tempo dipendente pertanto la finalità di un sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT) è quella di far giungere il paziente con trauma grave, nel più breve tempo possibile, al luogo di cura definitiva. Tale processo viene definito di centralizzazione.

Si definisce P.S. di centralizzazione un Pronto Soccorso del P.O. dotato di tutte o quasi le competenze specialistiche (DEA II o I livello).

Nelle more dell'attivazione del SIAT, le strutture ospedaliere si possono classificare, sulla base delle risorse e delle competenze disponibili, in 3 categorie (secondo il modello HUB and SPOKE):

- CTS
- CTZ
- PST

Si definisce **CTS** (Centro Traumi di alta Specializzazione-Trauma Center) un DEA di II livello che dispone di tutte le risorse necessarie a identificare e trattare h 24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione e garantire le cure intensive ai pazienti con problematiche polidistrettuali. Afferiscono anche funzionalmente ad una struttura di II livello con Team del Dipartimento di Emergenza-Urgenza dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST).

Si definisce **CTZ** (Centro Trauma Zonale) un DEA di I o II livello che dispone di tutte le risorse necessarie a trattare 24 ore su 24 in modo definitivo le lesioni traumatiche, tranne quelle che richiedono alte specialità non presenti nella struttura.

Il **PST** (Pronto Soccorso per Traumi) dispone di risorse sufficienti ad intervenire (anche chirurgicamente) al fine di stabilizzare pazienti instabili dal punto di vista cardio-respiratorio, in attesa di essere trasferiti ad una struttura di livello superiore.

Nella provincia di Bari: **CTS Policlinico di Bari**

CTZ Di Venere (dotato di NCH), Altamura,

Miulli (dotato di servizio di NCH),

PST S. Paolo, Mater Dei, Molfetta, Putignano, Monopoli, Corato.

Nella BAT: CTZ Andria
PST Barletta
PST Bisceglie

La centralizzazione dal luogo dell'evento all'ospedale di definitivo trattamento viene chiamata **primaria**.

La centralizzazione primaria si avvale di un sistema integrato di gestione costituito da una rete di strutture extra e intraospedaliere tra loro funzionalmente connesse e competenti nella cura del trauma definiti "Trauma Center".

La suddetta si avvale di criteri clinici e dinamici (anatomici e situazionali), non potendo sul territorio raggiungere diagnosi definitiva ma solo orientativa.

Criteri clinico-anatomici di centralizzazione (centralizzare sempre):

- GCS <13, deficit di lato
- RTS <11
- trauma cranico con frattura base o avvallamenti
- trauma rachide, mielico
- ustione 2°-3° (>30% negli adulti e >20% nei bambini)
- trauma toracico (PAS >90 mm Hg, FR >35, SPO2 <90%)
- trauma addominale (PAS <90mmHg)
- trauma maggiore del bacino
- trauma maxillo-facciale
- ferita penetrante
- amputazione prossimale
- fratture di due o più ossa lunghe prossimali
- patologie specialistiche

Criteri dinamico-situazionali di centralizzazione (centralizzare preferibilmente):

- caduta da altezza >3 metri
- presenza di persone decedute nello stesso abitacolo
- impatto con proiezione all'esterno del veicolo
- caduta dalla moto con distacco dal mezzo
- arrotamento
- necessità di estricazione prolungata (>20min)
- età <5 anni

La centralizzazione **secondaria** (o differita), invece viene attivata nel caso in cui il paziente necessiti di ulteriori approfondimenti diagnostici non presenti nell'ospedale di invio (in caso di quadri clinici traumatici non chiaramente definibili in sede extraospedaliera o per necessità di approfondimenti diagnostici).

In linea di principio la centralizzazione primaria deve essere considerata prioritaria rispetto alla secondaria e la destinazione del paziente viene stabilita cercando di garantire per quanto possibile la centralizzazione primaria in un CTS o CTZ.

N.B: la centralizzazione primaria è di competenza del 118;
la centralizzazione secondaria è di competenza ospedaliera.

PDTA TRAUMA REGIONE PUGLIA - GESTIONE DEL PAZIENTE TRAUMATIZZATO

Un'alterazione di almeno uno dei parametri vitali (respiro, coscienza, pressione) identifica il **codice rosso** che nel 78% dei casi è associato con un trauma maggiore.

Se i parametri vitali sono normali, la presenza di un indicatore di meccanismo traumatico ad alta energia identifica il **codice giallo** che è associato al trauma maggiore in una percentuale variabile dal 30 al 60% dei casi, in funzione dell'indicatore utilizzato.

Tutti i codici rossi e gialli di triage devono essere avviati al CTS (centralizzazione primaria) con le seguenti eccezioni:

- In caso di grave instabilità cardio-respiratoria, non controllabile sulla scena e in funzione dell'equipaggio disponibile in loco, la Centrale può disporre che il paziente venga trasportato all'Ospedale più vicino della rete. Dopo la stabilizzazione (anche con provvedimenti chirurgici se necessari) il paziente verrà trasferito al CTS o ad un CTZ in funzione delle problematiche da trattare (*centralizzazione secondaria*);
- Se il CTS ha le sale operatorie per l'emergenza-urgenza occupate per contemporaneità di eventi, il paziente può essere avviato al CTZ dell'area, ove potrà ricevere la cura definitiva in caso di competenze adeguate in sede. In caso contrario, il paziente dopo le prime cure verrà trasferito al CTS appena possibile (*centralizzazione secondaria*);

È stato evidenziato che alcuni indicatori di meccanismo ad alta energia sono associati ad una quota elevata di over triage. Tali indicatori sono essenzialmente il ribaltamento dell'auto, la deformazione delle lamiere, la caduta del motociclista senza separazione dal mezzo ed impatto secondario e l'investimento pedone o ciclista a bassa velocità senza arrotamento/caricamento. Per ridurre l'over triage al CTS in presenza di tali indicatori e con parametri vitali (respiro, coscienza, pressione) stabili, il paziente può essere avviato ad un CTZ ove riceverà la cura definitiva, in caso di competenze adeguate. In caso contrario, il paziente verrà trasferito al CTS appena possibile (centralizzazione secondaria).

Il paziente vittima di evento traumatico senza alterazione dei parametri vitali e senza indicatori di meccanismo traumatico ad alta energia (**codice verde**) viene avviato all'Ospedale più vicino sede di pronto soccorso generale e non attiva il trauma team aziendale. In caso di identificazione di lesioni potenzialmente gravi il paziente potrà essere trasferito ad un CTS/CTZ .

TRASPORTO SECONDARIO PER CONTINUITA DI SOCCORSO

Il trasporto interospedaliero **è di pertinenza della fase ospedaliera dell'emergenza.**

L'emergenza/urgenza afferita quindi direttamente nelle UU.OO. di **PRONTO SOCCORSO** viene gestita autonomamente dal personale di P.S. secondo le procedure interne di ogni singolo P.O.

Trasporto secondario urgentissimo di un paziente critico:

In caso di eventuale indisponibilità operativa di una ambulanza **dell'ASL**, il Medico che ha la responsabilità assistenziale del paziente in situazione clinica ad espressione tempo-dipendente allerta telefonicamente la Centrale Operativa 118 BARI SOCCORSO specificando il motivo della richiesta del trasferimento e le condizioni del paziente.

Compete alla Centrale Operativa 118 attivare un mezzo di soccorso S.E.T. 118, preferibilmente INDIA, poiché l'equipaggio di bordo è integrato, in base alle necessità, dal MEDICO DI PS O SPECIALISTA DI COMPETENZA del P.O. richiedente.

In ogni caso il personale a bordo dei mezzi di soccorso viene garantito dal Medico e dall'Infermiere del servizio/reparto ospedaliero richiedente.

TRASFERIMENTI PROGRAMMATI PER ESAMI STRUMENTALI

Non verranno **mai** utilizzati mezzi e personale del sistema di emergenza territoriale 118 in quanto necessari a garantire l'emergenza/urgenza extra-ospedaliera ed eventualmente i soli trasferimenti interospedalieri urgentissimi.

EVENTO A RISCHIO INFETTIVO**Trasporto di paziente infetto**

Il trasporto di paziente infetto richiede alcune precauzioni. Sebbene tali precauzioni siano generiche e dettate essenzialmente da regole di normale igiene e buon senso, si ritiene opportuno elencarle, principalmente per richiamare l'attenzione dal soccorritore sulla necessità di una particolare cautela in occasione di trasporto di malati con patologia infettiva.

L'osservanza di tali regole può garantire la tutela sia del soccorritore stesso che di persone non direttamente coinvolto in quel trasporto (pazienti successivamente soccorsi dallo stesso automezzo).

In assenza di informazioni sul paziente qualunque contatto con materiali biologici del paziente e mucosa o cute non integra del soccorritore va considerata come potenzialmente a rischio.

Indicazioni generali

Usare guanti monouso di tipo chirurgico.

Evitare contatti con liquidi biologici e disseminazione degli stessi.

Usare, per quanto possibile, presidi sanitari, nonché materiale di copertura e contatto con il paziente, di tipo monouso.

Eliminare il materiale di consumo utilizzato, inclusa la biancheria (lenzuola, coperte, teli ecc.), anche se non monouso, chiudendoli in appositi sacchi o contenitori non permeabili ai liquidi, da avviare allo smaltimento di rifiuti speciali ospedalieri.

Chiudere ermeticamente il materiale inquinato e non smaltito per inviarlo a pulizia e disinfezione

Disinfettare l'ambulanza con procedura e materiale apposito

VEICOLI DI INFEZIONE:

Aria: può veicolare numerosi germi diffusi nell'ambiente da pazienti ammalati o portatori sani. I germi possono permanere per lungo termine nel vano sanitario dell'ambulanza.

Mani: se prive di guanti oppure non adeguatamente disinfettate

Liquidi organici: sangue, urina, feci, vomito, secrezioni vaginali, sperma, liquor

Indumenti: del paziente o vittima oppure dello stesso soccorritore

Effetti personali: del paziente o vittima oppure dello stesso soccorritore

Materiale: usato per il soccorso e non adeguatamente disinfettato, sterilizzato o rimosso

Considerazioni generali

Nel caso in cui il soccorritore entri in contatto con materiali biologici di paziente infetto (sangue, urine, mucosità, attrezzature sporche):

- Far sanguinare la zona (in caso di taglio o puntura)
- Lavare abbondantemente con acqua e sapone
- Disinfettare la zona interessata
- In caso di schizzi sulle mucose del cavo orale utilizzare colluttori disinfettanti o abbondante quantità di acqua.
- In caso di schizzi sulla congiuntiva utilizzare solo acqua corrente
- Avvisare la Centrale Operativa
- Accertamenti sierologici (possibilmente anche sul paziente infettante) ed eventuale profilassi in caso di contatto con paziente affetto o potenzialmente affetto da AIDS

- Denuncia al Pronto Soccorso entro 1 ora dal contatto
- Accertamenti sierologici sul paziente
- Accertamenti sierologici sul soccorritore
- Chemioprolifassi
- Controlli ematici periodici sul soccorritore

Contatto del soccorritore con materiali biologici di paziente infetto (sangue, urine, mucosità, attrezzature sporche)

- Far sanguinare la zona (in caso di taglio o puntura)
- Lavare con acqua e sapone
- Disinfettare la zona interessata
- Avvisare la C.O.
- Accertamenti sierologici (possibilmente anche sul paziente infettante) ed eventuale profilassi

Contatto con paziente affetto o potenzialmente affetto da AIDS

- Denuncia al Pronto Soccorso entro 1 ora dal contatto
- Accertamenti sierologici sul paziente
- Accertamenti sierologici sul soccorritore
- Chemioprolifassi
- Controlli ematici periodici sul soccorritore

Contatto con paziente affetto o potenzialmente affetto da Epatite B o C

- Denuncia al Pronto Soccorso entro 24 ore dal contatto
- Accertamenti sierologici sul paziente
- Accertamenti sierologici sul soccorritore
- Attivazione sieroprolifassi
- Attivazione vaccino profilassi
- Controlli ematici periodici

Contatto con paziente affetto da TBC Polmonare “Aperta” Accertata

- Precauzioni come per Epatite B o C ed Inoltre:
- Informare la Centrale Operativa
- Cambiare ambulanza a fine trasporto
- Sottoporsi a test tubercolinico

Non eseguire Chemioprolifassi

Contatto con paziente affetto da Meningite Meningococcica sospetta

- Precauzioni come per Epatite B o C ed Inoltre:
- Informare la Centrale Operativa
- Cambiare ambulanza a fine trasporto (richiedere mezzo di soccorso sostitutivo tramite Centrale Operativa)

N.B.

In caso di contatti stretti* eseguire Chemioprophilassi adeguata con:

Ciprofloxacina 1 dose singola 500 mg per os oppure

Ceftriaxone 1 dose singola 250 mg i.m.

** Per contatti stretti si intendono i contatti con soggetti che vivono nello stesso nucleo familiare, all'interno di asili e chiunque sia esposto in maniera diretta alle secrezioni orali del malato. I contatti casuali non possono essere definiti a rischio.*

- ✓ **Sintomi:** cefalea , accentuabile da luce, movimento, rumore; rigidità nucale, opistotono, contrattura muscolare (posizione a canna di fucile)
- ✓ **Sospetto:** febbre più cefalea associata ad uno dei segni sopradescritti
- ✓ **Incubazione:** variabile da due a dieci giorni

Contatto con paziente con pediculosi o Scabbia sospetta: raccomandazioni

- Evitare se possibile contatto diretto con il paziente
- Utilizzare lenzuolo supplementare
- Usare guanti monouso di tipo chirurgico.

A fine trasporto:

- Disinfestare la tuta di lavoro
- Informare Centrale Operativa
- Far eseguire disinfestazione dell'ambulanza
- Lavare gli indumenti a 60 gradi C° *

**in alternativa per gli indumenti non lavabili a queste temperature si può ricorrere all'impiego di preparazioni acaricide (o di insetticidi presenti in commercio) o di un sacco chiuso nel quale riporre i capi potenzialmente contaminati per almeno tre giorni.*

N.B.

Incubazione due - sei settimane

GESTIONE GRANDI EVENTI

Relativamente ai Grandi Eventi, la Centrale Operativa:

- **Analizza** il rischio dei fattori propri dell'evento e le variabili legate all'evento (come ad esempio il numero dei partecipanti, i luoghi, la densità di pubblico, il tipo di manifestazione);
- **Quantifica** le risorse necessarie a garantire il soccorso in condizione di maggiore afflusso di pubblico per mitigare il rischio e **individua** le problematiche logistico/organizzative;
- **Valida** il piano sanitario redatto da tecnico individuato dagli Organizzatori di Manifestazioni private o redige lo stesso se manifestazioni pubbliche/di Stato.

NORMATIVA

I criteri da utilizzare per una corretta elaborazione del Piano di soccorso sanitario relativo ad un evento devono far riferimento alla normativa vigente in tema di soccorso sanitario ordinario nonché in tema di gestione delle maxiemergenze:

- DPR 27 marzo 1992 ed Atto di intesa tra Stato e Regioni dell'11 aprile 1996;
- Decreto ministeriale del 13 febbraio 2001: adozione «criteri di massima per i soccorsi sanitari nelle catastrofi»
- Accordo tra Governo, Regioni, PP.AA, AA.LL, sulle «Linee di indirizzo sull'organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate» del 5 agosto 2014;
- DIRETTIVE del 7 giugno 2017, 28 luglio 2017 e 18 luglio 2018 in merito alla Safety e Security in caso di eventi, emanate dal Ministero dell'Interno a firma del Capo della Polizia.

OBBLIGHI DEGLI ORGANIZZATORI

Gli organizzatori devono rispettare tutti gli obblighi previsti dalla normativa vigente in ordine all'assistenza sanitaria in favore dei soggetti che partecipano attivamente all'evento/manifestazione evento (es. atleti, personalità politiche...) e devono garantire un'adeguata pianificazione dei soccorsi sanitari anche per coloro che assistono all'evento/manifestazione (es. spettatori).

Per il calcolo del **rischio** si utilizza l'**Algoritmo di Maurer** che definisce il Piano d'azione.

L'algoritmo, ideato nel 2003, è in grado di determinare, a livello empirico, il potenziale pericolo di un evento. Di conseguenza, consente di graduare il dispositivo di soccorso necessario ovvero, il numero di ambulanze da soccorso, da trasporto, *team* di soccorritori a piedi, unità medicalizzate e medici che dovranno essere presenti sulla scena dell'evento. Fondamentale è il lavoro di squadra, coordinato tramite un sistema di radiocomunicazione per garantire i collegamenti richiesti dalla Pubblica Autorità. In caso di istituzione del C.O.C. (Centro Operativo Comunale), sarà presente il loco un Operatore di C.O. con postazione di lavoro mobile a capo del coordinamento delle risorse sanitarie aggiuntive eventualmente coadiuvato da un Dirigente Medico di C.O. che assume il ruolo di D.S.S. (Direttore dei Soccorsi Sanitari).

MAXI-EMERGENZE

La Maxi-Emergenza rappresenta un evento improvviso e imprevisto, in un determinato luogo e momento, che provoca lo sconvolgimento dell'ordine delle cose e a seguito del quale si verifica uno squilibrio temporaneo tra le necessità e le risorse necessarie disponibili per la gestione del soccorso.

Un evento si definisce **INCIDENTE MAGGIORE** quando:

- Le strutture di soccorso territoriali rimangono integre.
- C'è un ridotto coinvolgimento **10 <feriti<50**.
- L'estensione territoriale è limitata.
- L'estensione temporale è < 24 ore.

Quindi ogni qualvolta i singoli servizi che operano in emergenza non sono stati coinvolti dall'evento ma sono in piena efficienza si preferisce utilizzare il termine di incidente maggiore e di questo ci occuperemo nel seguito.

Un evento si definisce **CATASTROFE** quando:

- È un evento, improvviso e per lo più inatteso, che determina gravissimi danni per la collettività che lo subisce.
- Determina un'inadeguatezza, anche se temporanea, tra i bisogni delle vittime e i soccorsi.
- Può interessare una vasta estensione territoriale e coinvolgere le strutture di soccorso e di assistenza (Ospedali).
- Coinvolge un grandissimo numero di persone e determina un **numero elevato di vittime > 50**
- Può avere una estensione temporale > 24 ore.

INCIDENTE MAGGIORE: DIVISIONE IN AREE

Il dispositivo sanitario schierato, in maniera progressivamente implementato, include tutta l'area tra la zona interessata dall'evento e gli ospedali in cui i pazienti verranno ricoverati.

Per meglio comprendere la complessità dell'operazione di soccorso, è utile distinguerla in tre aree d'azione (1-3) area calda, tiepida e fredda

e cinque fasi concettuali (1-5):

- **Area o Zona dell'incidente** (in questa area si effettua il primo triage di massa)
- **Piccola Noria** (consiste in un circuito di trasporto fra l'Area dell'incidente e il/i PMA)
- **Posto Medico Avanzato (PMA)**
- **Grande Noria** (consiste in un circuito di trasporto fra il/i PMA (grande noria) e gli ospedali)
- **Ospedalizzazione** (accoglimento negli Ospedali con attivazione dei PEIMAF)

Il PMA costituisce il punto nevralgico dell'operazione di soccorso:

Schierato in prossimità dell' Area Verde, nel più breve tempo possibile e in luogo definito da DTS e DSS. La prossimità al luogo dell'evento consente la piccola Noria (percorso mezzi di soccorso dal luogo a PMA e viceversa). Il PMA ha come compiti fondamentali, nuovo Triage del paziente che vi afferrisce, l'eventuale stabilizzazione, il trattamento del dolore, la valutazione complessiva dei pazienti per stabilire le priorità di trattamento e di evacuazione verso gli ospedali.

Se, in base alle caratteristiche dell'evento, lo schieramento del PMA è riconosciuto utile, la sua ubicazione sarà stabilita Direttore Tecnico dei Soccorsi, figura professionale del CNVVF in accordo con dal Direttore dei Soccorsi Sanitari. Il team operante in questa area applicherà le procedure previste dall'ATLS.

La presenza di operatori esperti in questa sede non è l'unico requisito richiesto, la capacità di lavorare in squadra permetterà ad un team di tre o quattro operatori di stabilizzare simultaneamente più vittime gravi afferenti al PMA.

Agli interventi salva vita segue una rapida valutazione di ciascun distretto corporeo ed il condizionamento ossia la preparazione della vittima ad affrontare il percorso che lo indirizzerà all'area designata. Il team di stabilizzazione deve muoversi in perfetta sincronia esattamente come un'orchestra ed il tempo di esecuzione di ciascuna performance non deve superare i cinque minuti.

Area o Zona dell'incidente: va rapidamente suddivisa in ulteriori zone (cantieri) ad ognuna delle quali verranno, man mano che affluisce personale di emergenza, assegnate squadre di intervento in modo tale da permettere a tutti i coinvolti nell'incidente di avere un soccorso simultaneo e non lasciare zone prive di soccorso. L'area di triage discrimina i pazienti coinvolti per categoria di suddividendoli in codici rossi, gialli, verdi, blu e neri. Le squadre di soccorso evacueranno, quindi, i pazienti in ordine di gravità conducendoli o al PMA o direttamente presso i PS degli Ospedali o accantonandoli in zona verdi. Espletate le procedure, le vittime stabilizzate, al permanere della gravità clinica completeranno il percorso terapeutico in area rossi. In sede di stabilizzazione è altresì valutabile l'invio in aree diverse.

Piccola noria. In situazioni particolari, la piccola noria può estendersi fino al punto di carico per il trasporto definitivo verso gli ospedali (esempio: persone intrappolate per le quali il triage e la stabilizzazione sono effettuate sul luogo dell'incidente con contemporanea disponibilità di numerose ambulanze in attesa).

TRATTAMENTO D'URGENZA DEL PMA (AREA ROSSI E GIALLI)

Dopo un nuovo Triage all'ingresso del PMA, il paziente viene prontamente trattato o costantemente monitorato (p.es. misurare pressione, saturimetria, parametri respiratori, ecc.). Medici e operatori sanitari, sostenuti dai soccorritori delle sezioni sanitarie di pronto intervento, attuano i provvedimenti terapeutici prescritti.

Nel PMA vengono effettuati anche interventi salvavita prima della ospedalizzazione.

Ad esempio: posizionamento di accessi venosi – infusione, somministrazione di ossigeno (con sonda nasale o maschera), assistenza alla respirazione (pallone Ambu o intubazione), tracheotomia, drenaggio toracico, apposizione di tourniquet, legatura dei vasi, somministrazione farmaci (analgesico/ anestetico/cardiotonico), fissazioni di fratture sospette o accertate (Sam-Splint, collare cervicale, materasso a depressione, steccobende)

TRATTAMENTO/ATTESA (AREA VERDE)

Nella zona trattamento/attesa verde ci si occupa dei feriti leggeri e di media gravità. Questo significa che è necessaria un'assistenza minima e che il paziente può attendere senza pericoli.

Si verifica la diagnosi, vengono ordinati i provvedimenti terapeutici e lo stato del paziente viene costantemente monitorato (p.es. misurare pressione, ecc.). Possono essere effettuati i seguenti interventi: iniezioni, infusioni, somministrazione farmaci per via endovenosa, medicazioni, bendaggi.

Se lo stato del paziente si dovesse aggravare, è necessario essere pronti un trasferimento nell'area di trattamento d'urgenza (area rossi e gialli).

All'uscita del PMA va predisposto il Posto di carico per il trasporto (colori giallo e rosso); ulteriore controllo del triage per stabilire la scelta del mezzo e del personale.

Il Responsabile medico del PMA stabilisce la categoria dell'ospedale di destinazione (DEA di II° livello, DEA di I°, in presenza di un gran numero di feriti anche presso poliambulatori).

Il Responsabile medico del PMA, in base alla sua complessiva valutazione, stabilisce anche il tipo di trasporto (sdraiato, seduto, mediante ambulanza, elicottero, bus, automobile, ecc).

Il Responsabile Mezzi riceve indicazione sull'ospedale di destinazione e sceglie il mezzo di trasporto.

Chi lavora nel posto medico avanzato:

L'impiego di personale nel PMA deve sempre venire adeguato in modo molto flessibile alla situazione reale (p.es. alla modalità di afflusso dei pazienti, "da soli o in gruppo"). Questo compito estremamente importante viene assunto dal Responsabile del PMA obbligatoriamente Medico.

Riconoscimento del personale:

Il personale sanitario deve essere facilmente riconoscibile.

Il modo più pratico è costituito dall'utilizzo di gilet che forniscono informazioni sulla funzione e sulle qualifiche. La scritta deve essere collocata sia sulla parte anteriore che su quella posteriore e deve essere leggibile a distanza.

Per la migliore gestione dell'incidente occorre:

La presenza di schede operative predisposte per ciascun ruolo: permette di attivare immediatamente tutte le persone coinvolte nei soccorsi.

Ruoli e responsabilità chiari:

Ogni operazione di soccorso è suddivisa in vari team ben distinti; ogni team ha un proprio coordinatore che ha totale responsabilità e capacità decisionale.

Le decisioni strategiche sono prese dai coordinatori e solo loro trasmettono le informazioni secondo la progressione gerarchica.

INCIDENTI MAGGIORI E LIVELLI DI ALLARME

Ruolo della Centrale Operativa dell'emergenza sanitaria

Dopo la ricezione della chiamata, attiva i team di soccorso e ne coordina l'intervento, in accordo con le altre Centrali Operative (112, 113, 115).

In caso di incidente maggiore, deve svolgere un gran numero di compiti supplementari oltre a garantire il "quotidiano",

Le linee guida del 1996 in applicazione al DPR 27 marzo 92 stabiliscono che la corretta gestione degli eventi complessi impone la collaborazione di tutte le strutture deputate all'emergenza sanitaria e non, attraverso i collegamenti organizzati e diretti secondo linee precise di responsabilità prefissate.

Nel caso di eventi catastrofici nell'ambito territoriale di una sola CO, il necessario raccordo tra il 118 e gli altri Enti (VVF- Polizia, Esercito, CRI) è garantito dal Comitato Provinciale di Protezione Civile (Prefettura), mentre le funzioni di coordinamento delle attività di soccorso, per quanto di competenza del S.S.N., sono attribuite alla C.O. medesima.

Durante la fase di allarme e di emergenza, dovrà essere previsto l'intervento sul posto di personale medico ed infermieristico, in collegamento con la CO di riferimento. Contemporaneamente devono essere identificati, negli ospedali entrati in allarme, tutti i ricoverati dimissibili, al fine di poter censire i posti letto disponibili ad accogliere quanti potranno essere inviati dall'area del disastro.

Se la maxiemergenza coinvolge territori più ampi, il coordinamento degli interventi sanitari dovrebbe essere affidato alla centrale regionale di riferimento, precedentemente individuata. Nel caso di eventi che, per intensità ed estensione, devono essere fronteggiati con mezzi e poteri straordinari, gli interventi di soccorso e di assistenza alle popolazioni saranno coordinati dal Dipartimento della PC (Legge n. 225/1992).

In fase preliminare la ricezione necessita di risposta rapida ed inoltre al nucleo di valutazione in area urbana verranno inviati il mezzo di soccorso di base e il mezzo di soccorso avanzato di competenza territoriale; in area extraurbana verranno rispettivamente inviati l'elisoccorso se disponibile ed il mezzo di soccorso di base più vicino.

I piani di emergenza interni delle Centrali Operative

devono fondamentalmente prevedere cinque punti:

- l'allertamento del personale reperibile di centrale;
- il reperimento dei mezzi di soccorso aggiuntivi immediatamente a disposizione previo allertamento DNPC e Associazioni di Volontariato;
- l'allertamento del personale sanitario reperibile sui mezzi di soccorso;
- l'allertamento degli ospedali limitrofi;
- la creazione di una linea di contatto con la prefettura e con gli altri enti istituzionali e la successiva istituzione di un'unità di crisi ove convogliano i referenti per ciascuna area.

La normativa nazionale ha stabilito quattro **livelli di allarme della Centrale Operativa**: Linee guida del Dipartimento di PC n. 116/2001.

- **Livello 0.** È il normale livello di funzionamento della centrale operativa; sono attivate le risorse ordinarie e si utilizzano le normali procedure di gestione. E' presente quando ci sono condizioni ordinarie o non si è a conoscenza di possibili situazioni a rischio che possono creare stato di maxi-emergenza
- **Livello 1.** E' presente quando ci si verificano possibili situazioni a rischio, grandi affluenze di pubblico per manifestazioni sportive, concerti, gare etc. È attivato in loco un dispositivo di assistenza, dimensionato sulla base delle esigenze ed in adesione a quanto previsto da specifici piani di intervento. La Centrale Operativa dispone di tutte le informazioni relative al dispositivo, monitorizza l'evento ed è in grado di coordinare l'intervento
- **Livello 2.** Viene attivato quando vi è la possibilità che si verifichino eventi preceduti da fenomeni precursori, quali ad esempio allagamenti, frane, ecc.... Le risorse aggiuntive vengono messe in preallarme, in modo che possano essere pronte a muovere entro 15 minuti dall'eventuale allarme
- **Livello 3.** Scatta l'allarme per il verificarsi improvvisamente della maxi-emergenza. Si mettono in moto e si attivano le procedure per il richiamo, l'invio e il coordinamento di tutte le risorse aggiuntive, inviate sul luogo dell'evento e per l'allertamento di tutte le strutture ospedaliere del territorio.

L' allarme è ricevuto dalla Centrale Operativa 118, competente per territorio, che valutata l'attendibilità dell'informazione ricevuta, dimensiona l'evento e modula la risposta operativa. Quando alla CO arrivasse notizia di un evento con numerose vittime, per dare una risposta corretta si applica il fattore moltiplicativo, che è differente per ogni tipo di evento:

- per l'incendio si usa fattore moltiplicativo 2
- per l'attentato terroristico fattore 3-4
- per il trasporto passeggeri 3-4

L'integrazione tra la componente sanitaria dei soccorsi e quella tecnica (VVF e Protezione Civile), con l'istituzione di un Posto di Comando Avanzato deve creare un coordinamento condiviso ed efficace di tutte le componenti del soccorso, è questa la condizione indispensabile affinché ognuno possa svolgere il lavoro che gli compete. Sul luogo dell'evento si procederà al recupero, raccolta e trattamento delle vittime assicurandone le prime cure sanitarie e medicalizzazione.

INCIDENTE MAGGIORE - PROCEDURE OPERATIVE

Procedura di Centrale in **LIVELLO 0**

➤ **Allertamento dal luogo dell'evento**

Dispatch: METHANE

Cosa è successo?

Quante persone coinvolte?

Localizzazione dell'evento e vie di accesso mezzi di emergenza,

Eventuale presenza sostanze pericolose?

Presenza di portatori di Handicap?

Invio del primo mezzo libero e competente per territorio, possibilmente MIKE o INDIA (Nucleo di prima valutazione/osservazione) che provvede a dimensionare l'evento.

➤ **L'operatore che riceve l'allertamento, informa il Medico di Centrale in turno.**

Dopo la conferma che "trattasi di evento maggiore":

C.O. IN LIVELLO 3

Operatore di C.O. 118 allerta:

- 115 Vigili del Fuoco
- Coordinatore infermieristico e infermiere reperibile
- Invia altri Mezzi secondo indicazioni del Nucleo di prima valutazione/osservazione, Triage START, e indicazioni pericoli
- Contatta Carabinieri, Polizia, Polizia Municipale
- Contatta il Responsabile di Protezione Civile delle Associazioni di Volontariato per ulteriore supporto previo accordi con la Sala di Protezione Civile

il Medico di C.O. allerta:

- Direttore di Centrale
- Medico Reperibile
- Visiona eventuale "Piano di Emergenza condiviso" (Aeroporto, Stazioni, Aziende a rischio, ecc)
- Contatta il Responsabile dell'Emergenza in loco per ulteriori notizie. (vedi flow chart relative)
- Funzionario in turno in Prefettura
- Coordinamento 118 ASL
- Sala di Protezione Civile
- Direzioni Sanitarie e Pronto Soccorso Ospedali per attivazione dei rispettivi PEIMAF
- Ricontatta Nucleo di Prima Osservazione per notizie evoluzione evento
- Redistribuisce i mezzi non coinvolti nella gestione dell'evento, sul territorio a garantire le aree rimaste scoperte.

Tiene i contatti con il D.S.S. e da seguito alle sue richieste, **contatta** il tecnico informatico di C.O.118 per supporto nella gestione informatica dell'evento

Il Dirigente Medico e l'Infermiere Reperibili appena giunti in Centrale, dopo essersi attrezzati, si portano sul luogo dell'EVENTO per assumere il ruolo di D.S.S. secondo la normativa vigente (Decreto 116 G.U. N° 81 / 2001)

OPERATORI DI CENTRALE:

- Coordinano i mezzi a disposizione sul territorio nel distretto dell'evento.
- Coordinano le emergenze sul territorio non interessato dall'evento.
- Assegnano la destinazione in ospedale ai mezzi di emergenza per competenza, distrettualità e numero di rientri

PROCEDURA OPERATIVA SUL LUOGO DELL'EVENTO

La normativa vigente (Decreto 116 G.U. n.81/2001) prevede che sul luogo dell'evento il responsabile della C.O.118 o il responsabile del DEA (Dipartimento Emergenza ed Accettazione), o un Medico delegato dal responsabile medico del 118 svolga il ruolo di Direttore dei Soccorsi Sanitari (DSS), rapportandosi con referenti delle Istituzioni deputate alla gestione dell'evento. Egli si assumerà la responsabilità di ogni dispositivo di intervento sanitario nella zona operazioni, mantenendo un collegamento costante con la CO 118.

RUOLI E COMPITI

Primo equipaggio di soccorso che giunge sulla scena:

- procede a una prima valutazione della situazione sanitaria - se già possibile, in accordo con I partner (polizia, vigili del fuoco) sul posto - e del tipo di incidente, nonché stima il numero dei potenziali pazienti
- fornisce feedback alla C.O. sulla situazione stimata e richiesta di mezzi sanitari supplementari
- definisce e dispone l'assistenza ai primi pazienti (triage e trattamento)
- definisce le vie d'accesso e di partenza, definisce la zona d'attesa per le ambulanze e l'area d'atterraggio per gli elicotteri
- bada che il personale sia identificabile
- chiarisce presso le organizzazioni partner, polizia e vvf se il pre-triage può essere svolto da personale sanitario e definisce il rispettivo personale (protezione personale)

Competenze

Ha diritto di impartire istruzioni organizzative a tutto il personale sanitario, fino all'arrivo del Direttore dei Soccorsi Sanitari

Requisiti

Formazione professionale in maxiemergenze.

Direttore Soccorsi Sanitari

- Giunto sul luogo, indossa casacca gialla e casco rosso mentre l'Infermiere che lo affianca indossa il casco blu.
- Rileva il ruolo di DSS dal Medico giunto per primo sull'evento
- Si rapporta con il DTS (Direttore Tecnico Soccorsi) V.V.F. per l'accesso dei soccorsi in sicurezza alle vittime, con il Responsabile di Polizia che coordina le Forze dell'ordine e con il Responsabile dell'Emergenza dell'Ente eventualmente coinvolto (Aeroporto, Ferrovie, Porto, Aziende a rischio) come da piani interni, per la gestione dell'ambiente su cui insiste l'emergenza.
- Ricomunica in Centrale Operativa le dimensioni dell'evento, se necessario (scenario esteso) suddivide la zona in più cantieri
- Nomina un Responsabile del TRIAGE sul campo
- Designa un MEDICO responsabile del PMA che vi coordina l'intera attività di soccorso. Il Medico Responsabile del PMA a sua volta designa un Infermiere che effettua Triage di accesso al PMA e tiene il computo dei pazienti in transito.
- Nomina un Responsabile Mezzi o Direttore al Trasporto e Comunicazioni che ne gestirà la movimentazione, in accordo con Responsabile Triage e Responsabile PMA.
- Se necessaria la stabilizzazione dei pazienti sul posto, per motivi di numero o gravi traumatismi il DSS in accordo col DTS provvede a far allestire il PMA. Il PMA può essere allestito in un fabbricato posto in zona verde o sempre in zona verde può essere allestita struttura campale. Nella scelta dell'ubicazione del PMA non si può prescindere dal parere del D.T.S V.V.F.
- In accordo con DTS, Polizia Municipale o Stradale individuerà un percorso a senso unico per i mezzi di emergenza, che consenta l'accesso al PUNTO DI RECUPERO VITTIME, al PMA, e la viabilità verso gli ospedali (percorso sanitario).
- Insieme a DTS e Polizia costituisce il POSTO di COMANDO AVANZATO atto a coordinare l'emergenza in loco in tutte le sue priorità (sicurezza, sanità, ordine pubblico).
- Continua a tenere i rapporti con la Centrale Operativa 118, il Rappresentante della Prefettura, le Forze dell'Ordine, il Responsabile del PMA, il Referente di Protezione Civile, ecc.
- Designa un Infermiere o Autista ASL come Responsabile della Logistica
- Richiede l'intervento degli psicologi.
- Se coinvolti animali richiede l'allertamento del Veterinario ASL reperibile.
- Il D.S.S. dispone in merito alla compilazione delle constatazioni di decesso delle vittime e si accerta che vengano consegnate se necessario ai rappresentanti delle Forze dell'Ordine prima del trasporto in obitorio, o altro locale adibito allo scopo.
- A fine evacuazione vittime, procede alla raccolta dei cartellini di Triage
- Allorché il D.S.S. comunica alla C.O.118 il trasporto dell'ultimo infortunato viene dichiarata la fine dello stato di EMERGENZA e si procede al bilancio dell'evento.

Soccorritore

Obiettivo della funzione: Assistere le equipe sanitarie mobile e fisse nel PMA (personale professionista)

Compiti

- sotto la guida dei professionisti, compila la Scheda d'Accompagnamento del Paziente (SAP)
- assiste il personale dell'equipe sanitaria mobile
- collabora al recupero di pazienti rimasti intrappolati

- assiste pazienti
- dietro relativo ordine, collabora al trasporto dei pazienti nell'area di triage (piccola noria)
- rispetta le misure di sicurezza prescritte
- al termine dell'intervento, sgombero dal PMA e ristabilimento del materiale

Competenze: adotta autonomamente misure salvavita (BLS)

Requisiti: formazione per non professionisti, Corso basico in maxi-emergenze:

Responsabile mezzi e Trasporto

Obiettivo della funzione

- Gestire autonomamente il trasporto. Impiegare in modo mirato i mezzi di soccorso terrestri e aerei;
- Inviare il giusto paziente al giusto ospedale di trattamento finale (niente trasporti secondari);
- Compiti;
- ripartisce adeguatamente il personale assegnatogli;
- provvede all'allestimento, all'attrezzatura e alla preparazione del punto di trasporto nel luogo stabilito;
- dirige il punto di trasporto (organizzazione e coordinamento);
- ordina per urgenza di trasporto, stabilisce il mezzo di trasporto, definisce l'ospedale di destinazione;
- prosegue la compilazione della scheda d'accompagnamento del paziente;
- provvede affinché venga tenuto il controllo delle entrate e delle uscite (controllo del flusso di pazienti);
- provvede al trasporto verso il punto di carico;
- mantiene il contatto radio con Responsabile PMA e Triage;
- mantiene aggiornato l'elenco degli ospedali;
- comunica tempestivamente al PMA il fabbisogno supplementare di personale e materiale;
- provvede a garantire la sostituzione del personale;
- su ordine del DSS provvede allo smantellamento del punto di trasporto e al ristabilimento del materiale;
- garantisce lo scambio di materiale (ambulanza/elicottero verso PMA) nel punto di carico e, tramite i mezzi di trasporto, trasmette alla grande noria le ordinazioni di materiale medico di consumo.

Competenze

- gestire autonomamente il “trasporto”
- ha diritto di impartire istruzioni nel “trasporto” (in ambito medico dopo essersi consultato con il Responsabile PMA).

Requisiti**Formazione professionale:**

Almeno Soccorritore certificato se possibile con formazione complementare; Perfezionamento professionale e

Aggiornamento specifico:

Alcuni anni di esperienza professionale nel servizio ambulanza

corso di aggiornamento secondo il concetto di formazione per partner del servizio sanitario in situazioni particolari e straordinarie.

Operatore Centrale dedicato alla Maxiemergenza**Obiettivo della funzione**

- dispiegamento e coordinamento di tutti i mezzi d'intervento
- sostegno all'organizzazione del servizio sanitario sul luogo dell'incidente per l'impiego mirato di mezzi di soccorso (terrestri e aerei)
- garanzia del flusso di informazioni verso gli ospedali di destinazione

Compiti

- aumenta le risorse di personale secondo i protocolli interni di Centrale;
- raccoglie informazioni, tramite il primo equipaggio giunto sul posto, in merito alla situazione sanitaria e alla comunicazione;
- si informa presso il DTS o FF.O in merito alle possibilità di accesso e di uscita;
- si informa sulle capacità di ospedalizzazione (secondo elenco), aggiorna le capacità di ammissione e trattamento degli ospedali e le comunica al Responsabile Mezzi e Trasporto;
- garantisce il coordinamento nel settore sanitario;
- mette in atto i piani preparati in caso di catastrofe;
- tiene i contatti con ambulanze ed elicotteri di soccorso e si avvale di notifiche dello stato d'impiego dei mezzi di soccorso per situazioni particolari e straordinarie;
- chiede alla Polizia di mantenere libera la viabilità privilegiata (grande noria);
- coordina il rifornimento di materiale, su ordine del Responsabile PMA, e dei Mezzi;
- raccoglie le informazioni sull'incidente e le comunica al Posto di Comando Operativo (DSS);
- trasmette rapporti agli ospedali di destinazione;
- viene informato dal DSS sulla fine dell'Emergenza
- informa gli ospedali sulla fine dell'Emergenza.

Bibliografia:**Organizzazione del Soccorso Sanitario****D.M. del 15/05/1992,**

“Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza”

c.d. *Linee-Guida Guzzanti.*

“Atto di Intesa tra Stato e Regioni, di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria, in applicazione del D.P.R. 27/03/92”.

Per il **Coordinamento** dei Soccorsi si rinvia il lettore alla **Direttiva N° 1636 del 3 maggio 2006** della Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento della Protezione Civile

Documenti Operativi:

Protocolli elaborati con la Prefettura e gli Enti Istituzionali (conservati in armadio Sala Operativa).

PROBLEMATICHE MEDICO-LEGALI***IL CONSENSO ALL' ATTO MEDICO***

Il principio che nessuno può essere sottoposto obbligatoriamente ad un trattamento sanitario, se non per disposizione di legge, è affermato da norme costituzionali, dal codice di deontologia medica, da numerose leggi dello Stato ed è stato più volte ribadito dalla Suprema Corte di Cassazione.

Ne discende che la liceità di qualsiasi atto sanitario presuppone l'acquisizione del consenso dell'avente diritto. Diversamente, se l'intervento sanitario è effettuato in difetto dell'assenso del paziente o nonostante il suo dissenso, si possono configurare comportamenti antiggiuridici sanzionabili penalmente (quali violenza privata, lesioni personali, sequestro di persona, procurata incapacità mediante violenza).

Il paziente, purché adeguatamente informato ed in possesso della capacità di agire, è quindi l'unico soggetto a poter decidere interventi sanitari sul proprio corpo. Un'autorizzazione all'atto sanitario da parte di altri soggetti, diversi dal paziente maggiorenne e non interdetto o inabilitato, non ha alcuna validità giuridica potendo assumere solo mera rilevanza morale o deterrente per azioni di rivalsa.

Dal momento che ogni paziente, prima di essere sottoposto a qualsiasi atto sanitario, deve esserne informato su motivazione, scopi, modalità ed alternative, l'operatore sanitario ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte. Non bisogna, pertanto, mai rinunciare ad acquisire il consenso quando il paziente è in grado di capire.

Nei confronti dei parenti, in accordo con il paziente, è opportuno consentirne la presenza durante l'assistenza, la spiegazione di fatti ed interventi, la partecipazione attiva quando utile e non controindicato. Tale atteggiamento di trasparenza è, insieme ad una "good practice", un ottimo sistema per ottenere i risultati attesi.

Nel caso di paziente minore il consenso all'atto medico, purchè comunque finalizzato alla tutela della salute del figlio, è espresso dai genitori in comune accordo, esercitando, questi, la potestà sul minore. Generalmente, in assenza di uno dei genitori, l'accordo fra i coniugi deve ritenersi presunto. A questa modalità comportamentale può sostituirsi quella che discende dalla tendenza giurisprudenziale ed anticipare cronologicamente, per quanto attiene le disposizioni del proprio corpo, la capacità di agire. Infatti, se il minore ha un'età compresa fra i 14 ed i 17 anni è anche possibile ritenere il soggetto capace di offrire un valido consenso. In questo caso spetta all'operatore sanitario accertarsi che, in base al profilo psicologico, alla preparazione culturale ed in relazione all'atto medico da attuare, il paziente abbia raggiunto un adeguato livello di maturità tale da consentirgli di comprendere le informazioni fornite, di considerare le conseguenze, di aderire volontariamente al trattamento in assenza di coercizioni o influenze esterne di qualsiasi tipo. Nell'ipotesi che l'intervento assistenziale debba essere prestato ad un soggetto infraquattordicenne, e questi non sia accompagnato da almeno uno dei genitori, la prestazione è lecita, con riferimento al dovere costituzionale, proprio dell'operatore sanitario, di operare per la salute del cittadino.

Qualora vi sia una conflittualità fra i genitori o questi esprimano un dissenso che di fatto comporterebbe un danno per la salute del minore, si deve coinvolgere ed acquisire il parere del magistrato di turno presso il Tribunale dei Minori. (tramite la Centrale Operativa 118 che si rivolgerà alla Centrale Operativa **112 o 113**).

Il magistrato darà la sua decisione alla C.O 118, su canale registrato.

Nel caso di soggetto interdetto o inabilitato, il potere di rappresentanza è affidato al tutore o al curatore.

In condizioni di estrema urgenza o emergenza, nei quali la prestazione sanitaria deve essere erogata senza che vi sia il tempo di ottenere un valido consenso o l'assistito non sia in grado di prestare un consenso valido per infermità psichica anche transitoria, l'operatore sanitario potrà procedere al soccorso nell'ambito dello stato di necessità o in quello della tutela della salute del cittadino (regola del consenso presunto).

In caso di difficoltà nell'acquisizione del consenso, in particolare se l'intervento è gestito da un mezzo in assetto india, potrà essere di supporto l'acquisizione dello stesso su linea registrata.

LA REALTÀ DELLA MORTE – CERTIFICAZIONI NECESSARIE

Constatazione di decesso (ovvero Dichiarazione o avviso di morte)
Certificazione di morte (ovvero Denuncia della causa di morte da parte del curante o del necroscopo)

Accertamento del Medico Necroscopo.

Chi invece effettua il riscontro necroscopico compila la scheda Istat con la relativa causa della morte. Eventualmente il medico curante potrà intervenire, ove avvisato e se a conoscenza della patologia che ha determinato il decesso, evitare il riscontro provvedendo direttamente alla compilazione della scheda Istat. I familiari dovranno denunciare la morte presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune dove è avvenuto il decesso che provvederà ad inviare il medico necroscopo. Quest'ultimo provvederà a definire la causa della morte eventualmente attraverso il riscontro diagnostico e compilare la scheda Istat.

CERTIFICATO DI CONSTATAZIONE DEL DECESSO

Detto certificato può essere compilato da qualunque Medico sia intervenuto anche a richiesta dei familiari magari a distanza di ore. In tal caso il certificato assume importanza per la cronologia e la obiettivazione degli elementi patologici o traumatici che si possono dedurre, oltre che dei fenomeni post mortali. L'orario della constatazione rappresenta il punto di partenza per l'intervento del medico necroscopo. Il vigente regolamento di Polizia Mortuaria prevede che una volta constatato il decesso da parte del medico, la salma debba restare al domicilio, sempre che le condizioni igienico-sanitarie non lo impediscano; è chiaro che il termine "condizioni igienico-sanitarie" deve essere interpretato in senso lato, intendendo ad esempio la possibilità di disporre di una stanza isolata dove ospitare il defunto. Vi sono tuttavia alcune situazioni, in particolare in caso di morte improvvisa, in cui comunicare ai familiari un decesso è particolarmente problematico (la loro età avanzata, la presenza di bambini in casa...), ed in questi casi, anche la possibilità di trasportare il cadavere all'obitorio con il carro funebre, che richiede tempo, può esporre i congiunti ad una situazione eccessivamente penosa. La norma è comunque evitare il più possibile il trasporto del paziente con l'ambulanza, sia per i motivi già illustrati in precedenza, sia per evitare di far giungere il cadavere in Pronto Soccorso, con la conseguente attribuzione a quest'ultimo di un carico di lavoro non pertinente. Sono tuttavia necessarie alcune deroghe, sia per non esporre eccessivamente l'infermiere nei casi in cui non è presente il medico, sia per venire incontro a possibili situazioni di grave disagio per i familiari. In questo caso anche l'esecuzione di un simulacro di CPR, come raccomandato anche dalle Linee guida sulla CPR della AHA può essere un atto compassionevole necessario in situazioni familiari particolarmente critiche. Per alcune situazioni particolari non sono possibili deroghe, anche perché in alcuni di questi casi può presentarsi la necessità di compiere accertamenti medico-legali e/o di Polizia Giudiziaria che potrebbero essere falsati dalla rimozione del cadavere.

Di seguito vengono riportati alcuni esempi:

- *Situazione ambientale in cui i familiari o i presenti sono consapevoli dell'avvenuto decesso o sono predisposti ad accettarlo: il cadavere deve restare sul posto.*
- *Situazione ambientale in cui vi sono pressanti istanze a tentare il soccorso o i familiari non sono in grado di poter accettare il decesso: il paziente viene caricato e trasportato, senza effettuare manovre rianimatorie o effettuando se necessario un simulacro di CPR da interrompere all'interno dell'ambulanza.*
- *In presenza di una controindicazione assoluta il trasporto non deve essere mai effettuato, anche se il caso rientra tra quelli previsti al punto precedente.*

Decesso in paziente portatore di Pacemaker:

La procedura di constatazione di decesso è sovrapponibile a quella effettuata in pazienti senza P.M.

L'ECG (effettuato anche tramite cardio on line) dimostra l'attività dello stimolatore non seguita da attivazione miocardica (presenza del solo "spike" –stimolo). Il decesso si constata quindi per totale e irreversibile assenza di attività meccanica (No polso, No pressione arteriosa associati ad arresto respiratorio).

Constatazione di decesso (comunicato FIMMG del 2014 <https://fimmgca.org/web/la-constatazione-di-decesso-in-continuita-assistenziale/>)

È stata pubblicata la seguente raccomandazione: *“qualunque Medico a cui venga segnalata la presenza di un corpo inanimato è tenuto a prestare la sua opera indipendentemente dagli orari e dagli obblighi lavorativi, poiché solo un Medico può affermare se una persona è effettivamente deceduta: fino a quel momento va considerata persona viva bisognosa di assistenza (a parte casi particolari come decapitazione o smembramento). Nel caso che riscontri effettivamente l'avvenuto decesso, il Medico può (generalmente deve) costatarne il decesso”.*

Ed inoltre: “Il decesso, che motiva la chiamata al servizio di Continuità Assistenziale, fino a quando non è constatato dal medico è da ritenersi un presunto decesso.

La visita domiciliare quindi deve essere svolta nel più breve tempo possibile per verificare che la persona sia effettivamente deceduta e che non siano viceversa necessari interventi di carattere terapeutico/rianimatorio.

Dopo aver constatato il decesso della persona con l'assenza di parametri e funzioni vitali (senza la necessità di esecuzione di esami strumentali tra cui l'ECG - Fonti: T.U.L.S, testo unico leggi sanitarie, Regolamento Polizia Mortuaria), il Medico redige un certificato...” (Rif. Bibl. “Guardia Medica - la continuità assistenziale in medicina Generale”- F. Anelli - A. Velluto -cap.2 - Aspetti medico legali - 2018).

Non devono essere attivati mezzi medicalizzati 118 per esecuzione di Constatazione di Decesso salvo che per eventi sospetti o violenti informando il Dirigente Medico di C.O. in turno. Le constatazioni di decesso per morti naturali vanno delegate al MMG o al Medico di Continuità Assistenziale competente per territorio.

LE SCHEDE ISTAT

Il Regolamento di Polizia Mortuaria (RPM) vigente (art.1, c.8) afferma che "le schede di morte hanno esclusivamente finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche". E' il medico curante, vale a dire colui che ha avuto in cura il paziente e che è a conoscenza dell'anamnesi patologica, della evoluzione della malattia e della causa ultima del decesso a dover compilare la scheda ISTAT. La scheda rappresenta la cosiddetta "denuncia della causa di morte" e deve essere inoltrata entro 24 ore dal momento dell'accertamento della morte al Sindaco del Comune ove è avvenuto il decesso e viene redatta sull'apposito modulo fornito dall'ISTAT.

Non è compito del Medico 118 la compilazione della denuncia della causa di morte, del certificato necroscopico ne quella del modello ISTAT.

RINVENIMENTO CADAVERE SUL LUOGO DI INTERVENTO

Nel caso di rinvenimento di un corpo inanimato sul luogo dell'intervento, è prioritariamente necessario accertare se questo sia soggetto vivo o morto.

La constatazione di decesso può essere redatta solamente da un Medico (atto medico non delegabile)

In via generale, ed in assenza del medico, si deve sempre presumere che il corpo umano inanimato sia ancora vivo con conseguente obbligo al soccorso (RCP).

Nei casi in cui la realtà della morte sia palese, è lecito, da parte del Medico, astenersi o sospendere le manovre rianimatorie. Al personale sanitario del sistema **118** intervenuto sul posto spetta il compito di comunicare la presenza del cadavere alla Centrale Operativa, affinché questa ne dia notizia alla Centrale Operativa della Polizia di Stato (**113**) o dei Carabinieri (**112**). Il medico intervenuto sul posto è tenuto a rilasciare il Certificato di constatazione di decesso, nel quale, a rigore, non necessariamente si deve precisare né la causa di morte né l'epoca della stessa. Se dalla visita della salma emergono ipotesi di reato o di suicidio, oppure si configurano problematiche di custodia della stessa, ordine pubblico, identificazione, saranno allertate le FF.OO.

Se la salma si trova sul mezzo di soccorso medicalizzato fermo sul luogo dell'evento, il personale sanitario deve attivare le FF.OO. ed attendere l'arrivo del mezzo dell'impresa di pompe funebri.

Salvo casi di assoluta eccezionalità e previa esplicita autorizzazione del magistrato di turno, (Reperibile H24, contattabile anche telefonicamente tramite le FF.OO.), l'ambulanza non può trasportare il corpo di un soggetto dichiarato morto. In casi particolari, d'accordo con la forza pubblica e su autorizzazione della C.O., (che sarà concessa in deroga alla norma che prevede di non trasportare cadaveri), la salma stessa sarà trasportata presso il P.S. più vicino immediatamente preallertato dalla Centrale Operativa 118 dell'arrivo di un codice 4.

INTERVENTO CON MEZZO DI SOCCORSO NON MEDICALIZZATO

In simili situazioni l'Infermiere o il Soccorritore del sistema 118 deve:

- iniziare le manovre di rianimazione cardio-polmonare fino all'arrivo del Medico;
- comunicare l'apparente stato di morte alla Centrale Operativa 118;
- attenersi alle istruzioni ricevute direttamente dal Dirigente Medico (eventuale intervento di MSA Mike o di Automedica, se disponibile in tempi congrui, oppure disposizione di recarsi al P.S più vicino continuando le manovre di RCP, se possibile con massaggiatore automatico in funzione);
- se è evidente la realtà della morte (decapitazione, maciullamento, fenomeni post-mortali trasformativi inequivocabilmente presenti), informare la Centrale Operativa 118 sullo stato del cadavere e lasciare la salma sul luogo del rinvenimento in attesa di constatazione di decesso da parte del personale medico allertato dall'Autorità Giudiziaria intervenuta;
- Nel caso di eventi con la presenza di pazienti deceduti ove intervenga un mezzo India e laddove non sia disponibile in tempi ragionevolmente brevi, la presenza di un Medico 118 in loco, al di fuori dell'orario in cui sia disponibile il servizio di Continuità Assistenziale è necessario tentare di contattare il MMG del paziente per l'esecuzione della Constatazione di Decesso. Laddove il MMG del paziente non sia contattabile, contattare la Polizia Locale del Comune chiedendo di reperirlo;
- chiedere ed attendere l'autorizzazione della Centrale Operativa 118 prima di allontanarsi dal luogo dell'intervento.

Qualora sia intervenuto un mezzo India per un paziente per cui i parenti rifiutano, sul posto, che vengano effettuate manovre rianimatorie, l'infermiere contatterà la C.O. affinché giunga sul posto il MMG del pz o il Medico di C.A. competente per territorio. Se non disponibili ed in assenza di Medico 118 da poter inviare, l'Infermiere, sentito il Dirigente di C.O. in turno, provvede ad accogliere il rifiuto su scheda di ambulanza riportando nelle note: "ACC: I PARENTI RIFIUTANO OGNI MANOVRA RIANIMATORIA CONTRO IL PARERE DEI SANITARI. VIENE INFORMATO IL DIRIGENTE MEDICO DI C.O."

INTERVENTO CON MEZZO DI SOCCORSO MEDICALIZZATO

Nel caso in cui la morte del paziente avvenga durante il trasporto, il Medico operante sul mezzo di soccorso deve darne immediata comunicazione alla Centrale Operativa ed il mezzo di soccorso deve raggiungere il PS più vicino, immediatamente preallertato dalla Centrale Operativa 118 dell'arrivo di un codice 4.

UTILIZZO DEL MASSAGGIATORE AUTOMATICO ESTERNO

I massaggiatori automatici esterni sono dei device che permettono l'effettuazione meccanica delle compressioni toraciche esterne in corso di RCP, liberando in questo modo l'operatore dalla loro effettuazione e garantendo una performance di elevata qualità per tutta la durata della rianimazione. Non tutti i mezzi ne sono dotati e dunque, laddove vi sia la necessità di trasportare un paziente in ACC verso un P.O. ne sarebbe auspicabile l'utilizzo. Questo può essere motivo di richiesta di supporto del mezzo che lo abbia, solo se i tempi di raggiungimento sul target siano inferiori a 20 minuti di percorrenza. Il mezzo che fornisce il massaggiatore, se non è quello che trasporta, lo affida e torna prontamente operativo.

TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI PER MALATTIA MENTALE (T.S.O. LEGGE 833/78)

Il trattamento sanitario obbligatorio costituisce un'eccezione al principio della volontarietà della cura rappresentando una violazione della libertà personale. Il TSO viene richiesto da un medico nel caso in cui esistano condizioni tali da richiedere un intervento terapeutico urgente per fronteggiare minacce all'incolumità personale o altrui. La richiesta viene convalidata da un medico dell'Azienda USL ed inviata al Sindaco che può convalidarla nell'arco di 48 ore. La notifica e l'esecuzione di un TSO è competenza della Polizia Locale coadiuvata dal personale sanitario. Una volta convalidato il provvedimento ha durata massima di 7 giorni.

Norma generale

La possibilità di ricorrere ad un T.S.O. per malattia mentale, ai sensi della legge 833/78, è ammessa qualora sussistano simultaneamente le seguenti situazioni:

- il paziente presenta alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici.
- sussiste la mancata accettazione da parte del paziente del progetto terapeutico proposto.
- vi è l'impossibilità di adottare tempestive misure sanitarie extraospedaliere.
- dal punto di vista pratico l'attuazione del T.S.O. presuppone tre passaggi operativi:
- proposta motivata di T.S.O. da parte di un qualunque medico (laurea e abilitazione).
- convalida della proposta di T.S.O. da parte di un medico dell'AUSL territorialmente competente (es. psichiatra reperibile), o di un medico di P.S.
- ordinanza da parte del sindaco, o di persona da lui delegata, del comune ove viene effettuato l'intervento.

LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

Si rende necessario chiarire analiticamente il Protocollo da mettere in atto nel corso del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), in relazione alla necessità di un sereno rapporto con i rappresentanti delle Istituzioni, con i quali spesso si interagisce nell'espletamento della procedura sanitaria "coattiva" ed alla interpretazione autentica della normativa di riferimento.

L'articolo 32 della Costituzione afferma che la tutela della salute è diritto dell'individuo e riconosce, altresì, l'interesse della collettività alla stessa, introducendo quindi la possibilità di trattamenti sanitari obbligatori.

Il TSO non può essere imposto al singolo nel suo esclusivo interesse, ma solo quando ricorre, oltre all'interesse del singolo, un riconosciuto interesse della collettività che verrebbe compromesso dal rifiuto a curarsi. Quindi, l'obbligatorietà è da ricercarsi non nell'esigenza di difesa sociale nei confronti del folle pericoloso, ma nell'interesse precipuo della collettività a recuperare, tramite un intervento sanitario, un proprio consociato affetto da grave patologia psichica, ed incapace, in virtù di tale patologia, di autodeterminarsi liberamente.

L'Art. 34 della Legge 833/78 individua le condizioni del soggetto per cui si rende necessario il TSO nella dizione "*alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici*". Tali alterazioni presuppongono in primo luogo un intervento e trattamento sanitario, ma nel corso della procedura, si possono verificare, tuttavia, comportamenti dissociati ed eventuali rischi di pericolosità. Quando si determinano le suddette circostanze, deve essere attivata la C.O. "118" che segnalerà la sussistenza di rischi specifici di particolare pericolosità connessi al preciso contesto sociale in cui si trova il sofferente psichico, agli organi preposti istituzionalmente alla prevenzione ed alla repressione di fatti-reati (Forze dell'Ordine, Magistratura).

Si rammenta al proposito che il reato commesso da persona sofferente di disturbi psichici non è diverso, per quanto riguarda l'aspetto preventivo e repressivo, dal reato commesso da qualsiasi altro cittadino.

Funzioni e compiti dei referenti istituzionali

Come previsto dagli artt. 33 e seguenti della Legge 833/78, gli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del Sindaco, nella sua veste di autorità sanitaria. Il provvedimento che dispone il TSO rientra pertanto nella competenza dell'ente Comune, sia sotto il profilo dell'Autorità che lo emana sia sotto il profilo dell'organo chiamato a dargli attuazione. Pertanto, nella fase di attuazione di un'ordinanza di ASO o di TSO il Comune conserva uno specifico interesse alla corretta esecuzione della medesima e quindi un "potere-dovere" di vigilanza da attuarsi attraverso il proprio personale, nella fattispecie il Corpo di Polizia Municipale, in quanto l'impostazione forzata che ne discende riveste, come per tutte le ordinanze, il carattere di una operazione di "Polizia amministrativa" diretta all'osservanza di regolamenti e di provvedimenti dell'autorità, quali i trattamenti sanitari obbligatori. Quindi, qualora ogni possibile intervento del personale sanitario si dimostri vano e si renda necessario l'uso della coazione fisica per vincere la particolare resistenza opposta dal paziente, subentra la specifica competenza della Polizia Municipale istituzionalmente chiamata a provvedere alla esecuzione del provvedimento.

L'intervento della Polizia Municipale non può ritenersi eventuale e subordinato a quello del personale sanitario bensì contestuale, e tale con testualità deve esplicitarsi attraverso la distinzione chiara dei rispettivi ambiti di intervento.

A tal proposito, si richiama quanto evidenziato dalla circolare del Ministero dell'Interno n. 3/2001 del 20.07.01, relativa alle competenze della Polizia Municipale nel corso di trasferimento con autoambulanza di persone assoggettate al TSO anche al di fuori del territorio Comunale. Tale circolare, testualmente recita: "*le funzioni di accompagnamento dei soggetti per i quali si rende obbligatorio il TSO debbano essere svolte dagli operatori di Polizia Municipale per assicurare prioritariamente l'attuazione dei principi generali di tutela della persona fissati, in particolare dalla Legge 833/78, istitutiva del SSN*" ed ancora "*ancorché tale attività di accompagnamento esuli dai compiti istituzionali propri degli operatori di Polizia Municipale, questi sono, tuttavia, tenuti ad assolverla, sulla scorta delle direttive impartite dal Sindaco, il quale, in tal caso assicura e coordina lo svolgimento sia delle funzioni di Polizia locale (art. 1 e 2 della Legge 07.03.1986 n. 65), sia di quella di autorità sanitaria, di cui è titolare nei trattamenti sanitari obbligatori, in forza della Legge 23.12.1978 n. 833, art. 33, titolarità riconfermata dall'art. 117 del D. Lgs. 31.03.1998 n. 112. e come trasfuso nell'art. 50, comma 5, del D. Lgs. 18.08.2000 n. 267.*". Nella stessa circolare viene precisato che "*i Vigili Urbani devono accompagnare l'infermo di mente fino al luogo di cura, anche se fuori dal Comune, poiché intervengono nell'esercizio del potere di Polizia amministrativa sanitaria, propria dell'autorità locale, e non in quello dell'attività di Pubblica Sicurezza*" ed in quanto ai mezzi con cui trasportare il malato di mente presso il Presidio sanitario "*di regola ed in via prioritaria, essi vanno individuati nelle autoambulanze, non escludendo però, in considerazione della peculiarità della malattia, l'uso di qualsiasi automezzo, anche privato, in caso di necessità ed ove possibile*".

Condizioni per una corretta applicazione delle procedure

Secondo quanto stabilito dal richiamato art. 34 le condizioni nelle quali è possibile effettuare trattamenti sanitari obbligatori sono le seguenti:

- *“esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici...”*: tale condizione è di esclusiva valutazione del medico intervenuto.
- Gli interventi terapeutici *“non vengono accettati dall’infermo...”*: in questo caso il sanitario deve mettere in atto ogni utile tentativo finalizzato a favorire il consenso del paziente.
- *“non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere...”*. Qualora, si renda necessario questo tipo di intervento, si prevede altresì che il *“...ricovero deve essere attuato presso gli Ospedali Generali, in speciali servizi psichiatrici di diagnosi e cura....”*.

ACCERTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI (ASO LEGGE 833/78)

L'accertamento sanitario obbligatorio costituisce un'eccezione al principio della volontarietà della cura rappresentando una violazione della libertà personale. La richiesta viene convalidata da un medico dell'Azienda ASL ed inviata al Sindaco che può convalidarla nell'arco di 48 ore. La notifica e l'esecuzione di un ASO è competenza della Polizia Locale coadiuvata dal personale sanitario. Una volta convalidato il provvedimento ha durata massima di 7 giorni.

Il Medico del S.E.T. 118 può ricorrere all' ASO nei seguenti casi:

- in base alle informazioni avute ipotizzi l'urgenza di una valutazione psichica al fine di valutare la necessità di un trattamento psichiatrico ma la persona in questione si sta sottraendo attivamente al contatto;
- pur avendo potuto visitare il paziente, nutrendo un dubbio sull'attualità di tutti gli elementi richiesti dalla legge per l'attivazione di una proposta di TSO ritenga necessaria una valutazione specialistica psichiatrica, visita per la quale però il cittadino non fornisce il consenso.

Ai fini della emissione della ordinanza di ASO occorre la sola certificazione medica di proposta contenente le motivazioni che suggeriscono la richiesta di tale provvedimento. Nell'ordinanza del Sindaco deve essere specificato dove si intende effettuare l'ASO (ambulatorio, domicilio del paziente, pronto soccorso ove sia presente una accettazione o consulenza psichiatrica).

L'accertamento sanitario obbligatorio per malattie mentali non può essere effettuato in regime di degenza ospedaliera.

La normativa relativa agli interventi obbligatori per malattie psichiatriche in regime di degenza ospedaliera prevede infatti quelle particolari misure di tutela giurisdizionale che per l'ASO non sono previste.

CIRCOSTANZE IN CUI NON SI APPLICANO LE PROCEDURE ASO/TSO

È bene ricordare i disturbi di coscienza o le gravi forme di deterioramento mentale su base organica (in cui il paziente non è in grado di esprimere né consenso né dissenso) NON legittimano l'attivazione di un TSO.

Ne consegue che le norme per l'attivazione di un TSO non sono applicabili per far fronte ad un rifiuto di intervento da parte di paziente affetto da patologie somatiche.

E' tuttavia possibile che il rifiuto del trattamento di una malattia fisica possa essere il sintomo di malattia psichica, la quale però deve essere diagnosticata e non solo presunta.

Ma poiché come abbiamo ribadito il TSO autorizza il solo trattamento delle alterazioni psichiche, per il trattamento di quelle fisiche occorre comunque l'assenso del paziente (ad eccezione naturalmente di quello che è previsto per l'urgenza e lo stato di pericolo immediato di vita).

(Documento di raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale. Art.33-34-35 Legge n.833/78)

GESTIONE DELL'EMERGENZA/URGENZA PSICHIATRICA. TRASPORTO PAZIENTI

- Attivata l'SPDC presso il P.O. "San Paolo" di Bari, **nelle more della riorganizzazione della settorializzazione e della realizzazione di un protocollo congiunto tra le SPDC** di tutti i P.O. del territorio, in coerenza con quanto definito nel documento "Raccomandazioni per la gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche. Approvazione" di cui alla DGR 12 luglio 2011 n.1620, si allega tabella di settorializzazione antecedente, tutt'ora in vigore.

Si precisa pertanto che:

- **Nelle ore di apertura del CSM di competenza** il 118 deve avvalersi della collaborazione del CSM di riferimento territoriale (secondo divisione territoriale) per eseguire consulenza sul luogo di intervento al fine di effettuare intervento congiunto. In caso il medico psichiatra non possa intervenire sul posto ci si accorderà affinché il mezzo del 118 trasporti il paziente direttamente al CSM di riferimento territoriale. In questo caso la scheda andrà chiusa come TRATTAMENTO SUL POSTO e nelle note indicato il trasporto e la sede del CSM nonché il Medico che se ne sia preso carico.
In caso di TSO, dopo aver effettuato proposta e convalida (da parte del Medico 118 e dello Psichiatra) ed avviato al sindaco richiesta per ordinanza, una volta individuata la destinazione, laddove questa rientri in una tempistica di raggiungimento che non superi i 30 minuti di percorrenza, il paziente sarà ospedalizzato nella sede indicata; diversamente l'ambulanza trasporterà il paziente al P.S. di riferimento (secondo tabella provvisoria) da cui poi sarà trasferito nella SPDC sede di ricovero con ambulanza ospedaliera;
- **Nelle ore di chiusura del CSM di competenza** il 118 trasporterà il paziente secondo tabella provvisoria di settorializzazione.

N.B. Il 118 è tenuto sempre a rispettare il P.S. di riferimento rispetto alle urgenze a prescindere dai P.L. disponibili o dalle richieste del pz.

Si può tuttavia prevedere **deroga** alle suddette raccomandazioni in caso di difficoltà di gestione del paziente a bordo del mezzo (con conseguente necessità di fermarsi al più vicino P.S., a prescindere dalla settorializzazione raccomandata), o overcrowding del P.S. di destinazione (in particolar modo se quest'ultimo è facente parte di una struttura ospedaliera priva di SPDC).

In caso di ASO con Ordinanza già predisposta e con firma del Sindaco o suo delegato, il pz. Andra trasportato presso il CMS competente o, in orario di chiusura, presso il PS con SPDC più vicino.

TABELLA ATTUALE SU CRITERI DI OSPEDALIZZAZIONE TERRITORIALE

Come d'intesa tra le Direzioni dell'A.O.U. Policlinico di Bari e della ASL Bari.

Comuni ex ASL BA/2	PS di riferimento
CORATO PALO DEL COLLE RUVO DI PUGLIA TERLIZZI	P.S. ALTAMURA
BITONTO MOLFETTA GIOVINAZZO	P.S. SAN PAOLO
Comuni ex ASL BA/3	PS di riferimento
ALTAMURA ACQUAVIVA DELLE F. BINETTO CASSANO MURGE GRAVINA DI PUGLIA GRUMO APPULA POGGIORSINI SANNICANDRO SANTERAMO IN COLLE TORITTO	P.S. ALTAMURA

Comuni ex ASL BA/5	PS di riferimento
ALBEROBELLO CASAMASSIMA CASTELLANA GROTTA CONVERSANO GIOIA DEL COLLE LOCOROTONDO MONOPOLI NOCI POLIGNANO A MARE PUTIGNANO SAMMICHELE TURI	P.S. PUTIGNANO

COMUNE	P.S. di riferimento
ADELFA CAPURSO CELLAMARE MOLA DI BARI NOICATTARO RUTIGLIANO TRIGGIANO VALENZANO	P.S. DI VENERE
BARI TORRE A MARE CARBONARA CEGLIE-LOSETO	P.S. DI VENERE
BARI	P.S. POLICLINICO
SAN PAOLO-STANIC SAN GIROLAMO LIBERTA'	P.S. SAN PAOLO
BITETTO BITRITTO PALESE-S.SPIRITO MODUGNO	P.S. SAN PAOLO

COMUNE	PS di riferimento
ANDRIA	P.S. ANDRIA
CANOSA MINERVINO MURGE SPINAZZOLA	P.S. BARLETTA
BARLETTA	P.S. BARLETTA
BISCEGLIE	P.S. BISCEGLIE
TRANI	P.S. BARLETTA

FLOW CHART URGENZE PSICHIATRICHE

Urgenze psichiatriche

Ai sensi DGR n. 1620 del 12 Luglio 2011 e prec.

Chiamata al 118 in orario apertura CSM

Chiamata al 118 in orario chiusura CSM

Chiamata al 118 in orario chiusura CSM – rif. Tentato suicidio

Chiamata al 118 in regime carcerario

LEGENDA DEI COLORI E DEI SIMBOLI

INFORMAZIONI

AZIONI C.O. 118

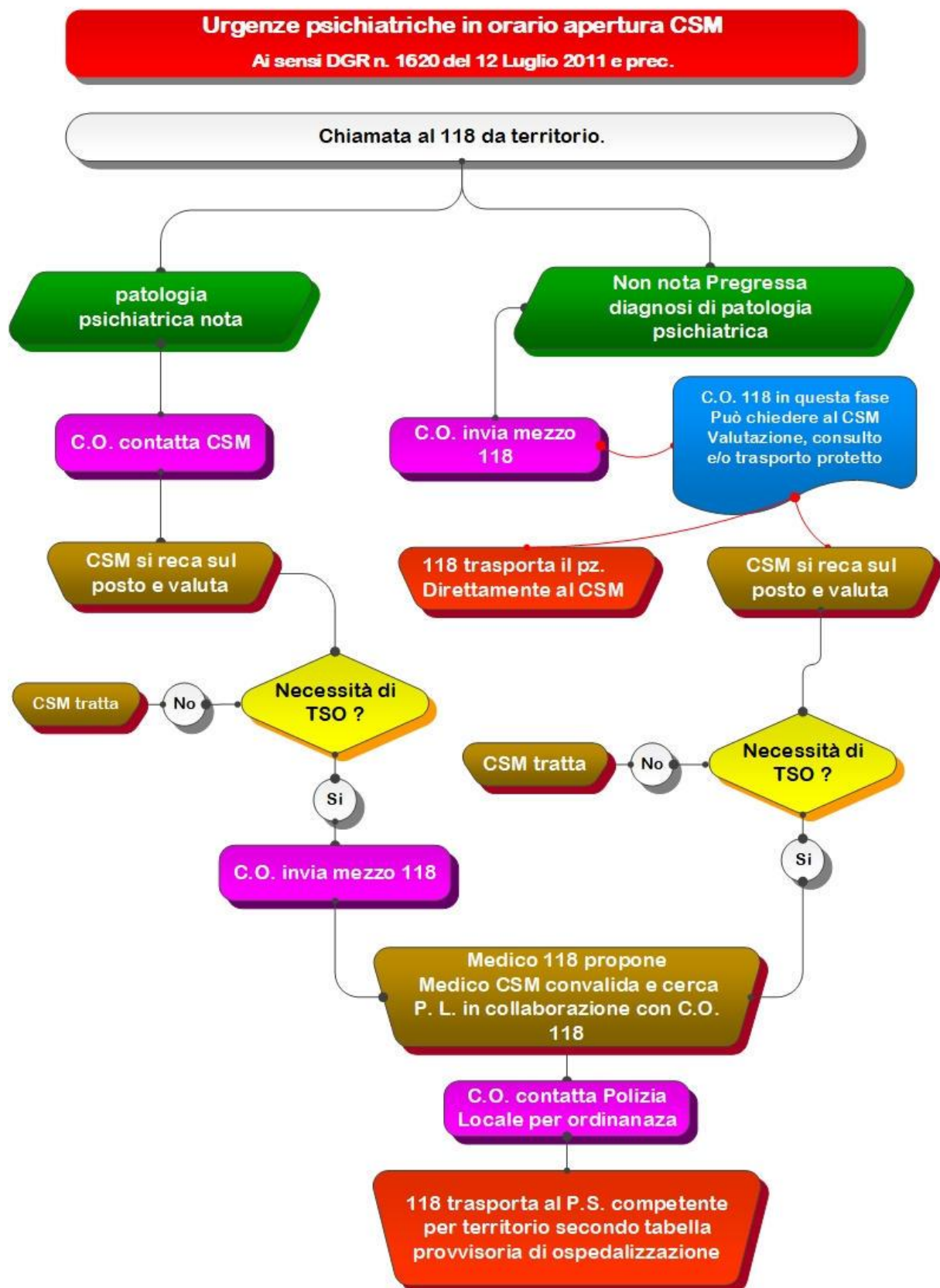
AZIONI MEDICO DEL CSM

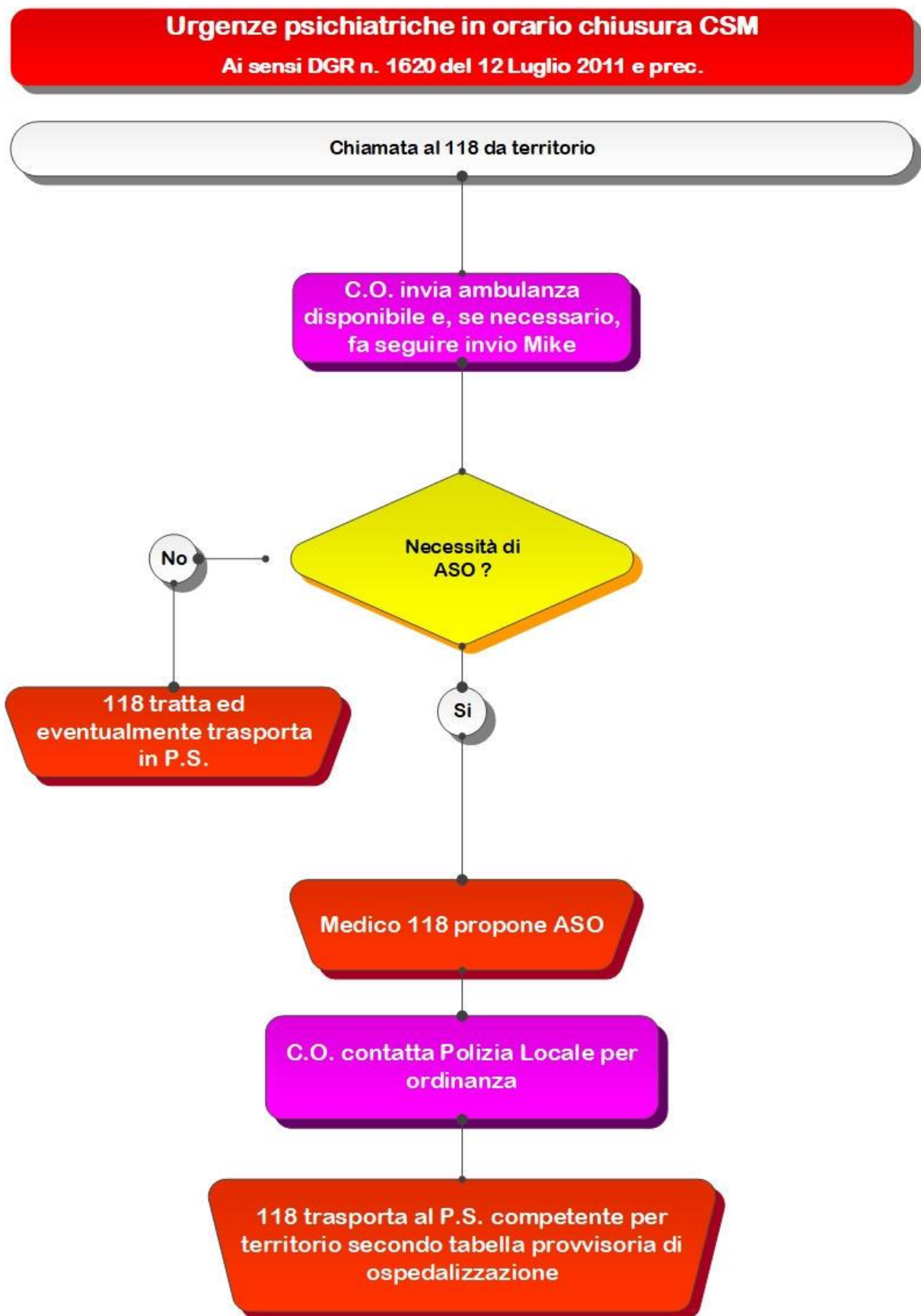
QUESITO

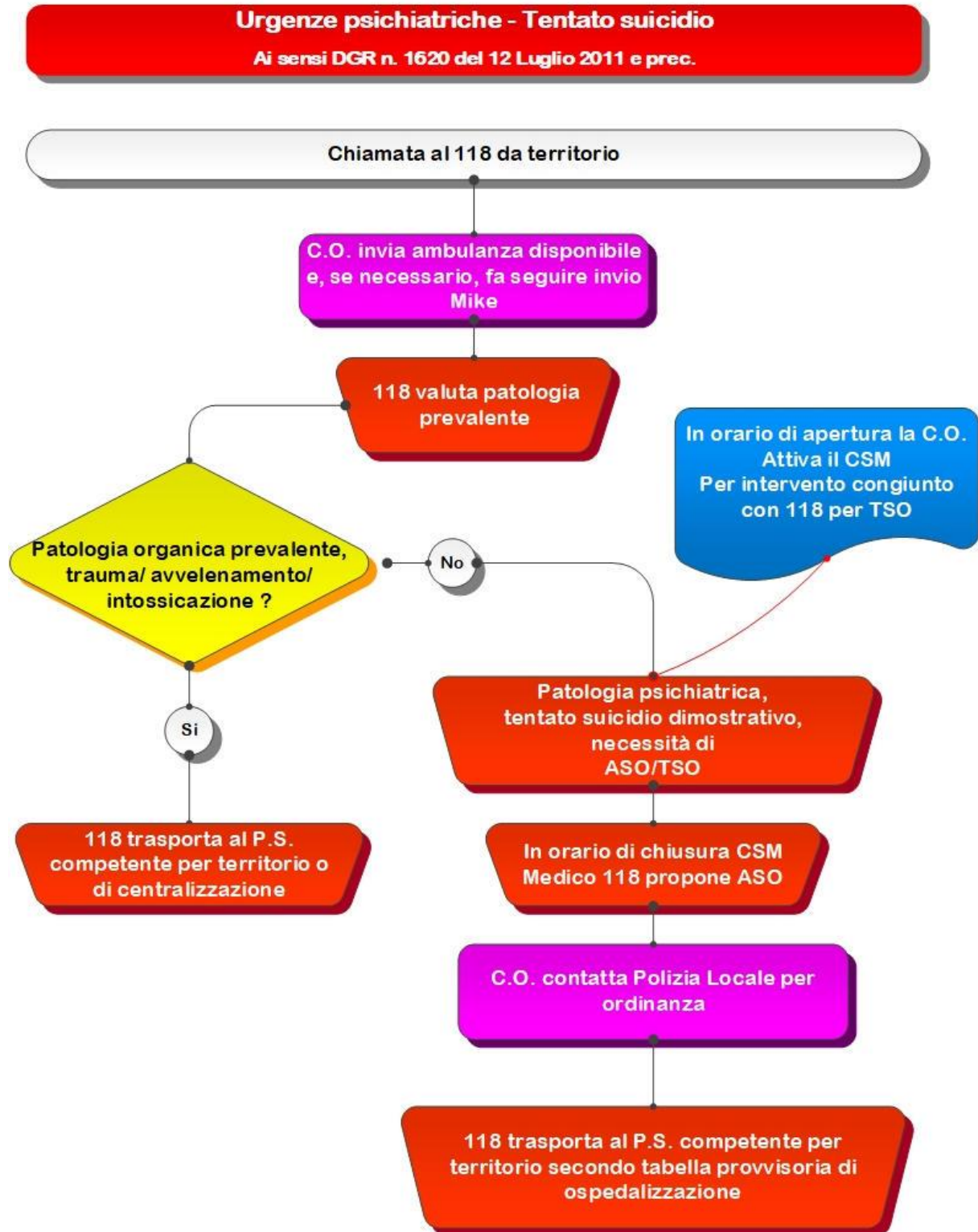
AZIONE FACOLTATIVA

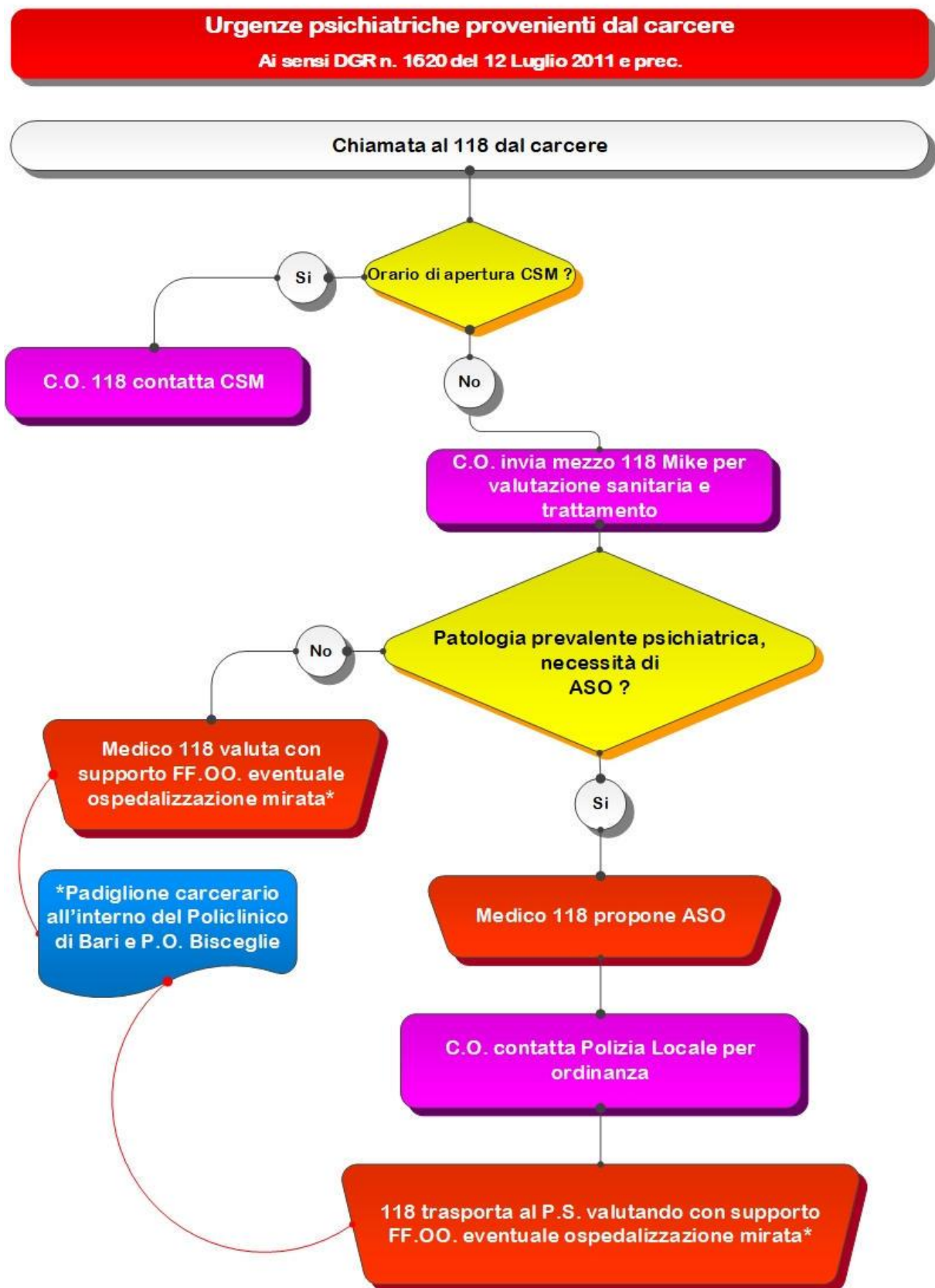
AZIONE
POSTAZIONE 118

AZIONE PRONTO SOCCORSO









BAMBINO SOTTOPOSTO A SEVIZIE

In caso di sospetto tentare l'ospedalizzare del bambino e comunque segnalare il sospetto in forma riservata alla C.O. che provvederà ad informare le forze dell'ordine

Elementi che devono indurre il sospetto:

- presenza di segni di lesioni multiple anche in via di guarigione sul corpo
- anamnesi clinica poco chiara,
- racconto confuso della sequenza temporale degli avvenimenti e della sintomatologia,
- lungo intervallo tra la data delle lesione e la richiesta di intervento sanitario,
- incongruenze nelle spiegazioni date dai familiari, genitori che minimizzano, genitori o accompagnatori che "suggeriscono risposte".

Elementi di conferma del sospetto:

- lesioni traumatiche nelle zone genitali, rottura del frenulo labiale
- segni di fratture ricomposte in maniera anomala
- segni di fratture guarite in tempi diversi
- lesioni nella zona peri-orale
- fratture di ossa lunghe in pazienti di età inferiore ai 3 anni,
- lesioni cutanee provocate da unghie, da pettine, morsi
- lesioni cutanee provocate da lacci e corde, cinghiate
- ustioni provocate da sigarette
- emorragia subdurale senza fratture ossee, (osservabili in ospedale)
- emorragie retiniche nel lattante, (osservabili in ospedale)

NORME COMPORTAMENTALI PERSONALE S.E.T. 118 SULLA SCENA DEL CRIMINE

L'approccio alla scena deve essere condotto ovviamente secondo le regole generali della sicurezza, in questo caso diventano di primaria importanza i dati di "dispatch" della Centrale Operativa 118 che a seguito delle informazioni raccolte dovrebbe essere in grado di valutare al meglio la situazione.

Spesso però anche l'esperienza e la conoscenza del territorio possono aiutare: sapere infatti che quella zona, quel quartiere o quel determinato locale o condominio sono spesso oggetto di eventi violenti deve mettere in allarme l'equipaggio di soccorso su un possibile pericolo.

Generalmente sono possibili tre situazioni:

- *evento sulla scena del crimine ancora in atto, scena ad accesso "chiuso"* (presenza di ostaggi, criminale/i ancora presenti, altri pericoli ambientali). In tal caso l'accesso alla scena deve essere ritardato per dare la precedenza alle operazioni di Polizia. L'ingresso dell'equipaggio di soccorso avverrà successivamente;
- *evento sulla scena del crimine terminato, scena ad accesso limitato* (presenza di prove critiche per le indagini che possono essere facilmente disturbate, possibilità della presenza di pericoli ambientali). L'accesso alla scena dovrebbe avvenire utilizzando tutte le precauzioni possibili per diminuire l'alterazione dello stato iniziale dell'ambiente e delle tracce;
- *evento su una scena che non viene riconosciuta come scena del crimine*. Nella fase iniziale della missione di soccorso è necessario ricercare quei segni che possono far sospettare un evento criminoso e correggere i comportamenti a rischio di compromissione delle tracce. Il non rendersi conto della condizione in cui si opera potrebbe mettere a repentaglio le indagini da parte delle autorità.

Non è sempre facile capire se ci si trova davanti ad un evento criminoso, difficile anche definire con estrema precisione quali possono essere i fattori determinanti che possono far pensare ad un evento del genere. Spesso la buona osservazione del contesto operativo può essere d'aiuto.

Fattori che possono far pensare ad una scena del crimine:

- *Presenza di lesioni rinvenute: stabilire se possono essere autolesive o eterinferte;*
- *Eccessivo disordine nell'abitazione;*
- *Presenza di armi da fuoco o da taglio;*
- *Posizione della vittima non compatibile con la probabile causa di morte o lesione;*
- *Possibile violenza sessuali;*
- *Presenza di formazioni pilifere e/o sangue nelle mani e sotto le unghie della vittima (segno di colluttazione con l'aggressore);*
- *Eccessiva presenza di sangue con residui sulla via di fuga e/o sulle maniglie delle porte (in caso di reati particolarmente efferati);*
- *Segni di colluttazione;*
- *Testimonianze raccolte da astanti, parenti o vicini di casa;*
- *Eventi violenti legati all'alcol, psicofarmaci o sostanze stupefacenti;*
- *Testimonianze di rumori legati a colluttazione (rottura di oggetti, urla, liti, ecc.).*

La scena del crimine contiene tutte le informazioni che bisogna ricercare con metodologia standardizzata di tipo biologico, chimico, balistico, fisico ecc. per raccogliere gli indizi che serviranno quali mezzi di prova. Gli equipaggi sanitari del SET 118 in genere sono quasi sempre i primi ad arrivare su una scena del crimine per effettuare gli accertamenti sanitari e prestare l'assistenza del caso, in genere sulla parte offesa, (che può trovarsi anche in gravi condizioni o deceduto/a). Pertanto il personale di soccorso sanitario deve limitarsi ad applicare i seguenti accorgimenti:

- *Far evacuare i luoghi ed impedire l'accesso a chiunque;*
- *Non toccare nulla se non per effettuare delle manovre assistenziali o per evitare pericoli;*
- *Procedere ad una rigorosissima sorveglianza dei luoghi;*
- *Stabilire un unico percorso di accesso alla scena per evitare l'inquinamento e procedere per salvaguardare e proteggere le tracce;*
- *Ridurre al minimo il numero di persone che possono accedere alla scena del crimine;*
- *Ridurre al minimo, nei limiti del possibile, il movimento del corpo e successivamente spiegare al Medico Legale la posizione originale che lo stesso assumeva al momento del ritrovamento e qualsiasi tipo di alterazione effettuata per ragioni di emergenza;*
- *Astenersi nel modo più categorico dal compiere qualsiasi verifica tecnica che non è propria pertinenza in quanto ciò compete agli operatori addetti al rilevamento tecnico del sopralluogo.*
- *Nel dubbio fare riferimento ai graduati di Polizia se presenti sul posto.*

Inoltre durante tutte le manovre assistenziali è necessario porre attenzione nell'evitare di mescolare fra loro diversi campioni di sangue, altri liquidi o reperti. Anche il semplice accesso venoso (o ripetuti tentativi) può causare oltre ai segni di veni puntura sul paziente stesso, anche la formazione di tracce di sangue non inerenti al crimine. Se possibile l'accesso venoso andrebbe predisposto evitando le mani, specialmente in caso ci si tratta una colluttazione o l'uso di armi da fuoco in quanto i residui organici e inorganici (pelle, peli, residui di sostanze chimiche) che possono essere trovati sulle mani potrebbero venire deteriorati da questa manovra, da un'eccessiva manipolazione o semplicemente alterati se non addirittura eliminati per l'utilizzo di soluzioni disinfettanti.

Se il personale sanitario è presente sul luogo del reato prima dell'arrivo della Polizia, stabilire se qualcuno ha effettuato spostamenti, per qualsiasi ragione, del cadavere (o del paziente) o altri oggetti.

Altra cosa su cui porre attenzione è quella di evitare di calpestare, se possibile, i vari residui presenti a terra per non rischiare di contaminare l'elemento e per non lasciare in giro impronte di scarpe delle proprie calzature.

Nel caso vi sia la presenza di particolari mezzi offensivi o contenitivi come corde, lacci, bavagli, nastri adesivi, cappi, etc., se è necessario rimuoverli, tagliarli o in qualche modo alterare la loro condizione iniziale, è importante mantenere i nodi il più possibile integri, perché l'esistenza di una classificazione dei nodi in base ai punti di incrocio ed il modo in cui essi sono stati fatti possono dare delle indicazioni sull'autore del reato.

Se vi sono delle armi sulla scena del crimine, queste non vanno scaricate ovvero disarmate o comunque manipolate (*manovre eseguibili solo da personale specializzato*). Si devono maneggiare il meno possibile sia per salvaguardare le indagini tecniche da effettuare sull'arma (*tampon kit, impronte, sangue*) e sugli indumenti della vittima (*sangue e tampon kit*). Se proprio necessario spostare l'arma essa va tenuta semplicemente per la parte zigrinata del calcio (cioè quella che riveste un ruolo meno importante al fine del rilievo delle tracce e delle impronte) senza infilare oggetti nella canna. Ovviamente il comportamento da adottare nei confronti del paziente da assistere varia in relazione alle sue condizioni cliniche. Se il paziente è ancora vivo dovranno essere messe in atto tutte le manovre e procedure previste, mentre se il paziente è chiaramente deceduto (*lesioni incompatibili con la vita*), si dovrà cercare di inquinare la scena il meno possibile.

Se il paziente è chiaramente deceduto e quindi non necessita di manovre assistenziali:

- Indossare il kit di protezione individuale;
- Memorizzare attentamente la scena, facendo anche delle fotografie;
- Provvedere alla constatazione di decesso, se possibile lasciando il cadavere nella stessa posizione in cui viene rinvenuto;
- Isolare la scena e non fare avvicinare nessuno;
- Evitare di toccare o muovere il meno possibile, mobili, parti dell'arredamento o altri oggetti. Farlo solo per motivi strettamente necessari o per evitare pericoli;

Se il paziente invece ha necessità assistenziali e/o rianimatorie:

- Utilizzare il kit di protezione individuale richiede troppo tempo, per cui, oltre ai normali DPI indossati normalmente nei soccorsi, indossare solo dei calzari;
- Cambiare spesso i guanti durante il soccorso, soprattutto se sporchi di sangue;
- Posizionare il paziente per le manovre assistenziali;
- Valutare l'eventuale presenza di violenza sessuale, nel caso il personale specializzato in ospedale dovrà effettuare specifici prelievi;
- Evitare accessi venosi sulle mani;
- Non lavare i residui organici (es. sangue) dal paziente;
- Tagliare gli indumenti della vittima, aggirando eventuali lacerazioni degli stessi causate da armi da fuoco o da taglio;
- Non tagliare o sciogliere eventuali nodi di corde, catene o di altro materiale;
- Conservare gli indumenti rimossi dalla vittima singolarmente in buste dedicate;
- Conservare accuratamente i reperti. Su questi apporre apposite etichette indicando il tipo di reparto e il punto in cui sono state rinvenute;
- Raccogliere tutti i rifiuti sanitari prodotti durante l'attività di soccorso (garze, siringhe, fiale di farmaci, ecc.), prima di abbandonare la scena;
- Proteggere le mani della vittima con sacchetti di carta;
- Eseguire un rapido trasporto del paziente concordando con la C.O. la destinazione.

Conclusioni:

Il personale di soccorso preospedaliero non deve mai avvicinarsi al luogo di un crimine fin quando le forze dell'ordine – inquirenti abbiano messo in sicurezza l'evento ed autorizzato il personale S.E.T. 118 ad intervenire.

Se all'arrivo gli inquirenti non sono ancora arrivati sul posto e si ritiene che sia possibile ancora un pericolo per noi ed il nostro equipaggio oppure si pensa di trovarsi di fronte ad un evento criminale o una situazione di pericolo, è imperativo informare la Centrale Operativa 118 ed evitare di avvicinarsi troppo rimanendo in "osservazione" finché non ci è certi di poter lavorare in sicurezza.

Data l'importanza che riveste il sopraluogo, da qui ne deriva l'esigenza di operare in modo corretto e metodico per la tutela delle parti e della preservazione della scena del crimine, affinché si evitino ogni tipo di inquinamento sia dell'ambiente in cui si è verificato il crimine, sia delle tracce che vengono rinvenute.

I sanitari che intervengono sul posto possono essere responsabili di alterazioni dello stato della tracce presenti, ma anche gli astanti presenti, compreso chi ha chiamato il soccorso può alterarne la scena. Infatti oltre aver visto da vicino la scena possono averla alterata di proposito oppure inavvertitamente, anche con il solo fine di mettere in atto le IPA fornite dai colleghi di C.O. 118 per l'esecuzione di manovre salvavita (es. BLS).

Bibliografia di riferimento

*Procedure di Soccorso – “Linee di intervento per i sanitari sulla scena del crimine” di Pellacani M., Luppi F., De Padova L., Ceccaroli G., Ziccardi P., Cani F., - NeA Mensile Italiano del Soccorso * Anno 16° - Vol. 178 – Agosto 2007;*

“La gestione della Scena del Crimine” – Linee guida d'interento per i primi soccorritori sul luogo del reato. A cura di Pellacani M., Ziccardi P., Luppi F., Cani F., Edizione Athena Audiovisual – 2010;

DELITTI DA CODICE ROSSO EX LEGGE 19/07/2019 N.69 - VIOLENZA DOMESTICA

I delitti da codice rosso concernono i reati legati a violenza domestica, nei quali rientrano non solo atti di violenza fisica e sessuale ma anche psicologica ed economica che si verificano all'interno della famiglia. Sono reati che riguardano familiari e conviventi comprendendo sia i maltrattamenti che veri e propri atti persecutori che potrebbero degenerare in femminicidi.

In continuità con le direttive dell'08/10/2019 (nota prot.8483/2019 dl 23/10/2019 e precedenti, a causa dell'incremento delle denunce per delitti proprio legati agli atti persecutori, contro la libertà sessuale, ai reati di pedofilia, pedopornografia ed in particolare proprio ad un incremento di reati per violenza domestica, si rende necessario predisporre un protocollo specifico per la gestione delle vittime.

Ruolo della Centrale Operativa 118**In caso di attivazione dagli astanti o da parte delle FF.OO. l'Operatore di Centrale:**

- attiverà il mezzo di soccorso che giungerà sul posto ed effettuerà valutazione sanitaria assegnando relativo codice di gravità regolarmente come da protocollo;
- allenterà il PS di riferimento territoriale dell'arrivo di paziente coinvolto in "Delitto da Codice Rosso", al fine di attivare il relativo protocollo e predisporre l'accoglienza del paziente entro 20 minuti dall'arrivo, come da direttiva ministeriale.

In caso di attivazione dagli operatori dei mezzi di soccorso sulla scena l'Operatore di Centrale:

- informerà le FF.OO. attivando il protocollo "Delitto da Codice Rosso";
- allenterà analogamente il PS di riferimento territoriale.

GESTIONE PAZIENTI AD ALTA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

La gestione dei pazienti ad elevata complessità assistenziale si avvale di percorsi assistenziali prestabiliti, comprensivi di terapie specialistiche preimpostate, da parte dei Direttori delle UU.OO. coinvolte nei suddetti percorsi e condivisi con il Direttore la Centrale Operativa 118.

In caso di intervento urgente a domicilio, se le necessità assistenziali del paziente prevedono terapia salvavita di tipo infusione e.v., la C.O.118 provvederà ad inviare mezzo Mike che, giunto sul posto, dopo aver valutato lo stato clinico del paziente, provvederà a somministrare la suddetta terapia qualora necessaria.

In caso di codice 2/3 di rientro in assenza di mezzo Mike disponibile, il mezzo India ospedalerà il paziente nel PS più vicino.

UTILIZZO TASER DA PARTE DELLE FF.OO. E 118

Il 4 ottobre 2018 il Ministero dell'Interno ha emanato un decreto legge, poi convertito in legge il 1° dicembre 2018, che ha introdotto l'utilizzo del dispositivo in via sperimentale da parte dell'Arma dei Carabinieri, della Guardia di Finanza e della Polizia di Stato in 12 città: Milano, Napoli, Genova, Torino, Bologna, Firenze, Palermo, Catania, Padova, Caserta, Reggio Emilia e Brindisi. Al termine del periodo di sperimentazione, iniziato operativamente nel settembre 2018, si è proceduto con la formazione, arrivando a consegnare i dispositivi a tutte le pattuglie di Polizia, Carabinieri e Guardia di Finanza operative sul territorio nazionale ed anche alla polizia locale di alcune città.

Infine a gennaio 2020 il governo ha approvato l'uso del Taser come "arma di ordinanza" per le Forze dell'Ordine.

Il Taser X2 è classificato come arma propria (art.30 Regio Decreto 18 giugno 1931,n.773 Testo Unico leggi di Pubblica Sicurezza) ed è un dispositivo in grado di lanciare due dardi in grado di emettere impulsi elettrici a tensione controllata in grado di inabilitare temporaneamente le funzioni motorie mediante contrazione involontaria dei muscoli.

Le lesioni provocate dal Taser rientrano in tre grandi gruppi:

- 1) lesioni primarie provocate dall'impatto del dardo sul corpo (in particolare se in cavità corporee, articolazioni, occhio, cranio, collo, mammella, inguine, organi genitali);
- 2) lesioni elettriche (ustioni);
- 3) trauma secondario da caduta incontrollata dovuta all'irrigidimento del corpo in seguito agli impulsi elettrici.

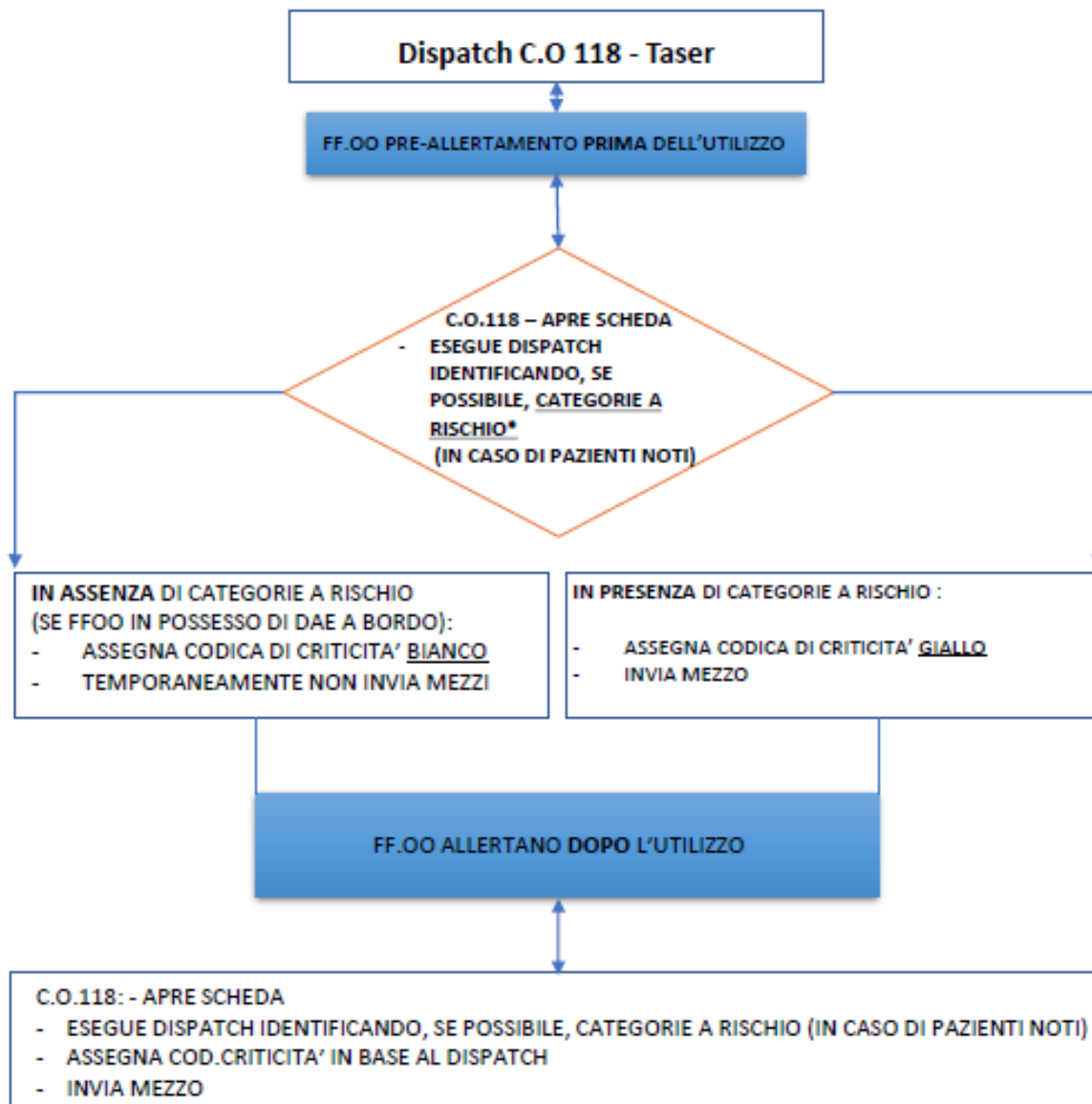
L'utilizzo del Taser rimane controverso e la sua sicurezza continua ad essere dibattuta sia dai laici che dalla letteratura medica. I medici di emergenza pertanto devono essere consapevoli del meccanismo di azione, delle potenziali lesioni e delle implicazioni associate all'uso di Taser.

La potenzialità del Taser di causare aritmie ventricolari è stata infatti al centro di molte ricerche spesso con risultati contrastanti.

Il Taser è in grado di causare anche nei soggetti sani aritmie cardiache (FV e TV), in particolare se i dardi sono posizionati vicino al cuore, nelle persone con un basso BMI e nelle persone con una frequenza cardiaca elevata derivante da un utilizzo di droghe (come nel caso di pazienti affetti da "sindrome da delirio eccitato").

La fabbrica produttrice del Taser ha inoltre comunicato in un bollettino di addestramento che le ripetute scosse di un Taser possono essere in grado di alterare la respirazione.

È necessario pertanto identificare le categorie di pazienti potenzialmente a rischio e predisporre una flow chart che gli operatori di Centrale devono utilizzare nel dispatch in caso di comunicazione di utilizzo di Taser da parte delle FF.OO.



LEGENDA

*CATEGORIE A RISCHIO:

- Pazienti affetti da patologie cardiovascolari (in particolare portatori di PM e ICD);
- Pazienti psichiatrici
- Pazienti con intossicazione acuta da droghe o alcol
- Pazienti affetti da delirio eccitato (ipereccitazione, assenza psichica, ipertermia)
- Pazienti gravide
- Pazienti con ridotto BMI
- Pazienti esposti a scariche multiple

VALUTAZIONE CLINICA:

- Abc
- Presenza di lesioni (ferite, ustioni) e sede (ad alto rischio se in cavità corporee, articolazioni, occhio, cranio, collo mammella, inguine, organi genitali, poiché prevedono la rimozione in ambiente protetto)

TERAPIE SALVAVITA - NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Alle Strutture complesse di Emergenza sanitaria Territoriale 118 afferiscono le postazioni territoriali di soccorso che sono organizzate secondo i seguenti modelli operativi:

Mezzo di Soccorso Avanzato (M.S.A.)

Il Mezzo di Soccorso Avanzato è una ambulanza con caratteristiche di categoria A o A1, così come previsto e regolamentato dai D.M. 553 del 17 dicembre 1987 e D.M. 487 del 20 novembre 1997 con equipaggio composto da:

Medico, Infermiere, 2 Autista/Soccorritore oppure 1 Infermiere, 2 Autista/soccorritore.

Automezzo di Soccorso Avanzato - Automedica (A.S.A.)

L'Automezzo di Soccorso Avanzato è un veicolo con caratteristiche previste dal D.M. 5 novembre 1996, individuato con il nome di autoveicolo di soccorso avanzato, con equipaggio composto da: Medico, Infermiere, Autista/soccorritore.

Negli ultimi decenni si è realizzata una radicale riforma della professione infermieristica, in linea con le raccomandazioni in materia del Consiglio d'Europa, attraverso una sostanziale evoluzione del contesto normativo di riferimento, sia per quanto attiene l'aspetto ordinamentale che quello formativo, di seguito sommariamente riepilogata:

- il D. Lgs. N. 502/92 in materia di riordino e disciplina del Servizio Sanitario a norma dell'art.1 legge 23 ottobre 92 n. 421 in materia di formazione del personale sanitario infermieristico ed art. 2 della stessa legge che demanda alle Regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute et altro;
- Per quanto concerne più specificamente l'attività infermieristica all'interno dei sistemi di emergenza sanitaria territoriale il DPR 27 marzo 1992 Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza prevedeva all'art. 10 che “ *Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio*”.
- il Decreto Ministeriale 14/09/1994 n. 739 che ha sancito che l'assistenza infermieristica può essere di natura preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, riconoscendo all'infermiere autonoma responsabilità professionale;
- la Legge 26/02/1999 n. 42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie” che ha sostituito la denominazione “Professione sanitaria ausiliaria” con “Professione sanitaria”, e, abolendo il mansionario previsto dal DPR 14/03/1974 n. 225, ha previsto che il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici;
- Il successivo “Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992” (G.U. n. 114 serie generale parte prima del 17/5/1996), prevedeva fra le tipologie di mezzi di soccorso da utilizzare per la realizzazione del sistema territoriale di soccorso in emergenza-urgenza:
 - Ambulanza di soccorso di base e di trasporto (tipo B ex decreto ministeriale n. 553/1987): automezzo il cui equipaggio minimo è costituito da un autista soccorritore e da un infermiere (o soccorritore/volontario) a bordo, con preparazione idonea ad operare nel sistema dell'emergenza;
 - Ambulanza di soccorso, e di soccorso avanzato (tipo A ex decreto ministeriale n. 553/1987): automezzo attrezzato per il supporto vitale, di base ed avanzato, il cui equipaggio minimo è costituito da un autista soccorritore (ove possibile in grado di partecipare ad un intervento di emergenza sanitaria) ed un infermiere professionale con preparazione specifica verificata dal responsabile della Centrale Operativa. La eventuale presenza del medico nelle ambulanze dislocate nei punti di primo intervento, è stabilita dalla programmazione regionale.

- Il Decreto Ministeriale 14/09/1994 n. 739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere" riconosce il profilo professionale non più figura ausiliaria ma con autonoma responsabilità professionale penale, civile e disciplinare;
- La Legge 26/02/1999 n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che ha sostituito la denominazione "professione sanitaria ausiliaria" con "professione sanitaria", abolendo il mansionario previsto dal DPR 14/03/1974 n. 225, ha previsto che il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi universitari e di formazione postlaurea nonché degli specifici codici deontologici;
- La Direttiva 2013/55/UE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE) I 024/2012 relativo alla cooperazione amministrativa attraverso il sistema di informazione del mercato interno (Regolamento **IMI**) recepita in Italia con Decreto Legislativo n° 15 del 28/01/2016, che all'art.30 comma 1 introduce delle modifiche sulle competenze degli Infermieri e che in punto specifico (f) afferma tra l'altro che essi hanno *"la competenza di avviare autonomamente misure immediate per il mantenimento in vita e di intervenire in situazioni di crisi e catastrofi"*;

Sui mezzi di soccorso MSA (Mezzo di Soccorso Avanzato) la figura professionale dell'Infermiere è presente anche laddove si verifica l'assenza del Medico a bordo del mezzo di soccorso. In questo caso risulta necessario uniformare il processo decisionale degli INFERMIERI del S.E.T. 118 secondo le linee guida convalidate dalla letteratura internazionale al fine di ridurre la mortalità precoce, le morti potenzialmente prevedibili, gli esiti invalidanti, garantendo prioritariamente la stabilizzazione delle funzioni vitali in modo da ottenere il trasporto del paziente in sicurezza verso la struttura più idonea e/o vicina.

Preso atto della situazione oggettiva e temporalmente prolungata di carenza del personale medico afferente al SET 118 che compromette significativamente lo standard minimale di medicalizzazione del Sistema 118 BA-BT, ai sensi di quanto sancito dal DPR del 27/03/1992 art.10 comma 1, in tutte le situazioni che esponano il paziente ad imminente pericolo di vita, laddove non sia possibile assicurare medicalizzazione del mezzo in tempi minimi adeguati, quindi in stato di assoluta necessità di intervenire con terapia medica di emergenza potenzialmente salvavita, sia somministrabile da parte dell'infermiere del mezzo india la terapia farmacologica secondo la procedura di seguito descritta:

- *Il Dirigente Medico di CO, recependo su linea registrata dal personale infermieristico del mezzo 118 India, per quanto di specifica competenza, le informazioni obiettivamente disponibili in merito al contesto clinico, alle note anamnestiche essenziali, alla rilevazione delle funzioni vitali (coscienza, respiro e polso) e dei parametri vitali (Pressione Arteriosa, Frequenza Cardiaca, Frequenza Respiratoria, Saturimetria, Glicemia e Temperatura Corporea) autorizza l'applicazione delle seguenti indicazioni di terapia salvavita nelle more di un'eventuale rendez-vous con il mezzo medicalizzato e/o trasporto al PS più vicino;*
- *L'infermiere in ogni caso lo si renda necessario deve gestire il paziente procedendo in autonomia, per quelle che sono le competenze del relativo profilo professionale, al posizionamento di accesso venoso periferico e alla somministrazione di terapia reidratante secondo le linee guida in essere.*

Va precisato, tuttavia, che data l'estrema variabilità ed imprevedibilità dei quadri clinici che caratterizzano la medicina di Emergenza-Urgenza, tali indicazioni non devono intendersi come rigidamente limitative dell'autonomia decisionale, ne precludono eventuali indicazioni fornite ad hoc dal Dirigente Medico di C.O. in turno.

ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO - ACC

In caso di Arresto Cardiocircolatorio confermato, nell' eventualità si presenti un ritmo cardiaco **defibrillabile (FV/TV senza polso)**, previa comunicazione dell'infermiere della postazione India, il Dirigente Medico di C.O. può autorizzare la somministrazione di **Adrenalina secondo algoritmo ALS specifico, ovvero dopo il 3° Shock** associata ad Amiodarone 300 mg EV/IO, continua somministrazione di Adrenalina 1 mg ogni 3-5 minuti.

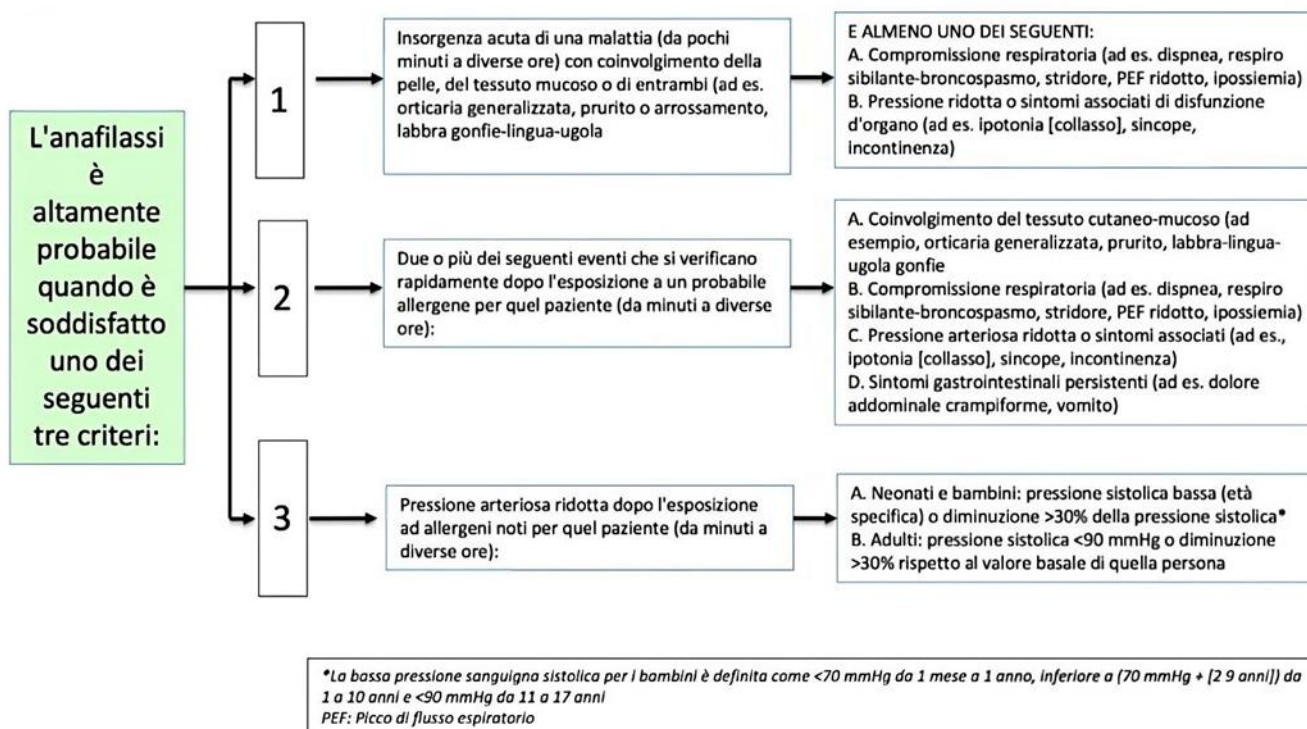
In caso di **FV/TV refrattarie**, dopo il 5° Shock somministra Amiodarone 150 mg EV/IO.

In caso di arresto cardiaco con ritmo **non defibrillabile (Asistolia/PEA)** l'infermiere somministra, appena possibile, **Adrenalina 1 mg EV/IO ogni 3-5 min** continuando le manovre di RCP.

Farmaco	Confezione farmaceutica	Dose da somministrare
Adrenalina	Fiale da 1 mg/1 ml (sol. 1:1000)	<p>Adulti: 1 fiala ev seguita da bolo di 10 cc di fisiologica (bolo seguito da 20 cc di fisiologica se IO)</p> <p>Bambini: diluire 1 fl in 10 cc di fisiologica utilizzando, di questa soluzione,</p> <p>1 cc se peso di 10 Kg 2 cc se peso di 20 Kg 3 cc se peso di 30 Kg</p>
Amiodarone	Fiale da 150 mg/3 ml	<p>Adulto: 2 fiale (300 mg) EV/IO dopo il 3° shock 1 fiala (150 mg) dopo il 5° shock</p> <p>Bambino: 5 mg/Kg ev – Diluire 1 fl in 9 cc di fisiologica utilizzando: 3 cc se 10 Kg 6 cc se 20 Kg 9 cc se 30 Kg</p>

ANAFILASSI SEVERA - CRISI ASMATICA

La **diagnosi di anafilassi** è altamente probabile in presenza di uno dei seguenti criteri internazionali:

Criteri clinici per la diagnosi di anafilassi

Come da linee guida internazionali, previa comunicazione dell'infermiere della postazione India, il Dirigente Medico di C.O. può autorizzare la somministrazione, per via intramuscolare, di Adrenalina fiale (con siringa da insulina ed ago da IM) o in Autoiniettore - Fastjekt nella coscia (muscolo quadricipite femorale).

Se presente dispnea severa e/o broncospasma e/o stridore laringeo e/o ipotensione marcata:

Farmaco	Confezione farmaceutica	Dose da somministrare
Salbutamolo	Sosp. Inal. 200D 100 Mcg	Pz. Adulto: 2 puff ripetibili Pz. Pediatrico: 1/2 puff ripetibili
Adrenalina Somministrazione Intramuscolare	Fiale da 1 mg/1 ml (sol. 1:1000)	Pz. Adulto: 0,5 mg (½ fiala) IM ripetibile ogni 3-5 min. Pz. Pediatrico <6 anni 0,1 mg IM con siringa da 1cc 6-12 anni 0,3 mg IM con siringa da 1 cc
Fastjekt	Autoiniettori da 330 e 165 mcg	Fastjekt 330 se > 30 Kg – Fastjekt 165 se < 30 Kg - IM

Somministrazione O2 con **target pz. adulto** SpO2: 93-95%

Somministrazione O2 con **target pz. pediatrico** SpO2: 94-98%

In caso di ipotensione marcata infondere cristalloidi ottenendo il raggiungimento dei target su riportati.

IPOGLICEMIA E COMA IPOGLICEMICO

L'ipoglicemia viene definita dalla triade di Whipple (glicemia bassa generalmente inferiore a 70mg/dl con sintomatologia con regressione della stessa a seguito dell'aumento dei valori glicemici);

Gradi di ipoglicemia

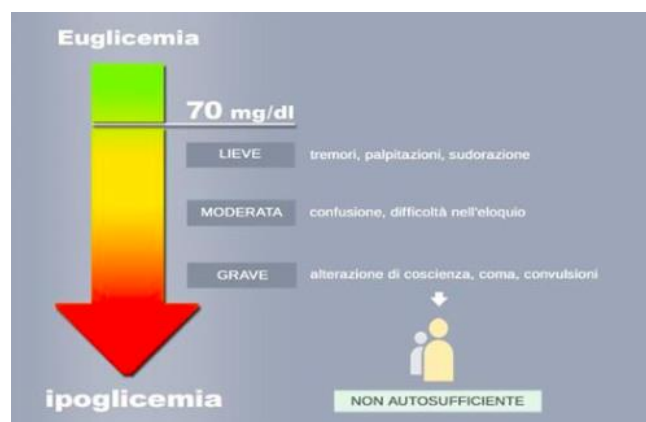
- **Ipoglicemia di grado lieve:** è accompagnata da sintomi come **sudorazione, tremore, palpitazioni, fame intensa**;
- **Ipoglicemia di grado moderato:** si manifesta con la comparsa di sintomi neuroglicopenici quali disturbi oculari/offuscamento della vista, cefalea, parestesie, sonnolenza, irritabilità.

In entrambi questi casi il paziente è ancora in grado di gestirsi autonomamente (GCS 14-15 per cui è sufficiente terapia per OS con Saccarosio 20 g o in alternativa Glucosio 33% 4 fl)

- **Ipoglicemia grave:** si accompagna alla **perdita di coscienza (GCS < 13)**

L'ipoglicemia grave si caratterizza per bassi valori di glicemia con associata alterazione dello stato di coscienza. In tal caso, previa comunicazione dell'Infermiere della postazione India, il Dirigente Medico di C.O. può autorizzare la somministrazione di **Glucosio EV con soluzione glucosata in infusione al 5-10% + eventuale glucosio ipertonico fl 33% ev (max 3 fl. EV/IO)** o, in assenza di accesso venoso, qualora indicato, **Glucagone IM** previa autorizzazione del Dirigente Medico di C.O.

Farmaco	Confezione farmaceutica	Dose da somministrare
Glucosio 33% fl	Fiale da 10 ml	2 fiale EV in bolo lento seguite da Sol. Gluc. 10% 500 ml fino al raggiungimento del target di glicemia > a 100 mg/dl
Glucagone 1 mg/1 ml fl	Fiale da 1 mg	Adulto: 1 fl i.m. muscolo vasto della coscia Bambino: ½ fl i.m. muscolo vasto della coscia



CONVULSIONI

In caso di convulsioni, previa comunicazione dell'Infermiere della postazione India, il Dirigente Medico di C.O. può autorizzare la somministrazione di **Diazepam** associata ad eventuale **supporto ventilatorio** con pallone-maschera se alterazione dello stato di coscienza:

Farmaco	Confezione farmaceutica	Dose da somministrare EV o IM
Diazepam	Fiale da 10 mg/2 ml	0,2 mg/Kg .. max 10 mg nell'adulto e max 5 mg nel bambino;

nel Lattante (< di 1 anno) e Bambino (> di 1 anno)

Farmaco	Confezione farmaceutica	Dose da somministrare per via rettale
Diazepam	soluzione rettale	1 microclisma - 5 mg fino a 3 anni, 10 mg oltre i 3 anni

Se convulsioni febbrili nel bambino con iperpiressia con TC > 38.5°C associare:

Farmaco	Confezione farmaceutica	Dose da somministrare per via rettale
Paracetamolo	Supposte rettali	3-5 kg: 62,5 mg 6-10 kg: 125 mg 11-20 kg: 250 mg 21-40 kg: 500 mg

INTOSSICAZIONE DA OPIOIDI NEL PAZIENTE ADULTO

In caso di intossicazione da oppioidi, previa comunicazione dell'Infermiere della postazione India, il Dirigente Medico di C.O. può autorizzare la somministrazione di **Naloxone** associata ad eventuale **supporto ventilatorio** con pallone-maschera:

Farmaco	Confezione farmaceutica	Dose da somministrare EV o IM
Naloxone	Fiale da 0,4 mg/1 ml	2 fl preferibilmente ev o i.m. ripetibile dopo 2 minuti

INTOSSICAZIONE DA BENZODIAZEPINE NEL PAZIENTE ADULTO

In caso di intossicazione da benzodiazepine, previa comunicazione dell'Infermiere della postazione India, il Dirigente Medico di C.O. può autorizzare la somministrazione di **Flumazenil** associata ad eventuale **supporto ventilatorio** con pallone-maschera se alterazione dello stato di coscienza.:

Farmaco	Confezione farmaceutica	Dose da somministrare EV o IM
Flumazenil	Fiale da 1 mg/10 ml Fiale da 0,5 mg/5 ml	½ fl preferibilmente ev ripetibile dopo 2-3 minuti 1 fl preferibilmente ev ripetibile dopo 2-3 minuti

TRAUMA MAGGIORE

In caso di trauma maggiore, nelle more dell'arrivo dell'Automedica/postazione Mike sul luogo dell'evento, l'Infermiere esegue:

- **Compressione locale** delle emorragie;
- Uso eventuale del **Tourniquet** e **T-POD** nel paziente con perdite ematiche severe da trauma degli arti e bacino;
- **Reintegro volémico** con soluzioni cristalloidi/colloidi fino a 20 ml/Kg finalizzato al raggiungimento dei seguenti

Target Pressori:

P.A.S. di 70 mmHg se trauma penetrante,

P.A.S. di 90 mmHg se trauma chiuso **senza** trauma cranico,

P.A.S. di 100 mmHg se trauma penetrante + trauma cranico,

P.A.S. di 110 mmHg se trauma chiuso + trauma cranico/midollare,

- Somministra **Acido tranexamico** appena possibile, previa autorizzazione del Dirigente Medico di C.O. entro le 3 ore dall'insorgenza del trauma con emorragia o rischio di significativa emorragia:

Farmaco	Confezione farmaceutica	Dose da somministrare EV
Acido tranexamico	Fiale da 500 mg/5 ml	2 fiale (1 g) in 100 cc Sol Fisiologica in infusione nell'arco di 10 minuti

USTIONI

In caso di trauma maggiore, nelle more dell'arrivo dell'automedica/postazione Mike sul luogo dell'evento, l'Infermiere:

- Valuta la pervietà delle vie aeree, assiste la respirazione se necessario, posiziona Ossigeno-Vena-Monitor, valuta Parametri Vitali ed ECG a 12 derivazioni;

In caso di eventuale **compromissione cardio-vascolare**:

- Valuta la pervietà delle vie aeree, assiste se necessario la respirazione, posiziona Ossigeno-Vena-Monitor, valuta i parametri vitali ed esegue se possibile ECG a 12 derivazioni.
- Valuta e previene eventuale compromissione cardio-vascolare ovvero *Ipotensione arteriosa* (PAS < 90 mmHg), *alterazioni dello stato di coscienza, segni di shock*
- Valuta se presenti altre lesioni
- Copre il paziente per prevenire l'ipotermia con telino specifico
- Valuta la diuresi previo posizionamento di catetere vescicale
- Valuta percentuale di estensione dell'ustione con la regola del 9
- Posiziona doppio accesso venoso di grosso calibro
- Inizia somministrazione di **Fluidoterapia** secondo il seguente schema:

Formula di Parkland

Liquidi totali da infondere nelle 24 h= **4ml/kg X % del corpo ustionata**

Metà di questi fluidi deve essere somministrata entro le prime 8 ore dalla lesione e la metà rimanente del volume tra l'ottava e la ventiquattresima ora

Regola del 10

Per il riempimento volemico iniziale del paziente ustionato: la percentuale di superficie corporea ustionata è calcolata arrotondando al 10 più vicino (es. 37% si arrotonda a 40%). La percentuale arrotondata viene poi moltiplicata per 10 per ottenere gli ml/h di ringer lattato da infondere.

Questa formula è utilizzata per i pazienti di peso compreso tra i 40 e i 70 Kg. Se il paziente supera questo intervallo di peso corporeo, per ogni 10 kg di peso corporeo in più verranno infusi ulteriori 100 ml/h.

CENTRALE OPERATIVA SOVRAPROVINCIALE



BARI - BAT

PATTERN VENTILATORI		
Kussmaul	respiri lenti e profondi	associato ad acidosi metabolica (chetoacidosi diabetica, insufficienza renale, ipossia acuta)
Cheyne Stokes	ciclo costituito da ritmica accentuazione e diminuzione della profondità del respiro e culminante con fasi di apnea	lesioni cerebrali, scompenso cardiaco congestizio, intossicazione da CO o oppioidi
Biot	respiro irregolare con fasi alternate di apnea ed eupnea	respiro atassico indicativo di meningite e ipertensione endocranica
Gasping	boccheggiamento inefficace	respiro agonico inefficace

GLASGOW COMA SCALE (GCS)			
Apertura Occhi	Risposta Verbale	Risposta Motoria	
		obbedisce ai comandi	
	orientata	localizza stimolo doloroso	5
spontanea	confusa	retrae in risposta a stimolo doloroso	4
stimoli verbali	inappropriata	flette in risposta a stimolo doloroso	3
stimoli dolorosi	incomprensibile	estende in risposta a stimolo doloroso	2
nessuna	nessuna	nessuna	1

REVISED TRAUMA SCORE (RTS)			
RTS = PAS + FR + GCS			
PAS	FR	GCS	Punteggio
> 90 mmHg	10 - 24 / min	14 -15	4
70 - 89 mmHg	24 - 35 / min	11 -13	3
50 - 69 mmHg	>36 / min	8 - 10	2
< 50 mmHg	1 - 9 / min	5 - 7	1
nessuna	apnea	3 - 4	0

CINCINNATI PREHOSPITAL STROKE SCALE (CPSS)		
CPSS positiva se presente almeno una alterazione dei tre segni neurologici (se CPSS positiva + età < 80 anni + tempo di insorgenza alterazione < 3 ore allora pz candidato trombolisi)		
Paresi Facciale	chiedere al paziente di mostrare i denti	valutare se entrambi i lati della faccia si muovono ugualmente
Deficit Motorio arti superiori	chiedere al paziente di estendere gli arti superiori per 10 secondi ad occhi chiusi	valutare se gli arti si muovono alla stessa maniera
Anomalie Linguaggio	chiedere al paziente di ripetere una frase	valutare se il paziente usa le parole correttamente con linguaggio fluente

INDICE APGAR			
punteggio che riflette clinicamente l'adattamento del neonato alla vita extrauterina			
PARAMETRO	PUNTEGGIO 0	PUNTEGGIO 1	PUNTEGGIO 2
FC	assente	< 100 BPM	> 100 BPM
RESPIRAZIONE	assente	debole	pianto
TONO MUSCOLARE	flaccido	estremità flesse	movimenti
RIFLESSI	assenti	smorfie	pianto
COLORITO	pallido violetto	cianotico alle estremità	uniformemente rosso
APGAR 7 - 10 neonato normale			
APGAR 4 - 6 depressione neonatale			
APGAR <4 grave depressione neonatale			

CARATTERISTICHE PUPILLARI

Midriasi	pupilla con diametro aumentato
Miosi	pupilla con diametro ridotto
Anisocoria	pupille con diametro differente
Fotoreazione pupillare	risposta pupillare alla stimolazione luminosa

RANGE NORMALI PARAMETRI VITALI			
ETÀ	FR	FC	PAS
NEONATO 1 - 28 giorni	40 - 50	120 - 160	70 - 100
LATTANTE 1 - 12 mesi	30 - 40	100 - 140	80 - 110
BAMBINO 1 - 8 anni	20 - 30	80 - 120	90 - 120
ADULTO ≥ 9 anni	10 - 20	60 - 100	100 - 130

SEVERA ALTERAZIONE PARAMETRI VITALI	Neonato 1 -28 giorni	Lattante 1 -12 mesi	Bambino 1 - 8 anni	Adulto ≥ 9 anni
Tachipnea	FR>60	FR>50	FR>40	FR>30
Bradipnea	FR<40	FR<30	FR<20	FR<10
Tachicardia	FC>200	FC>180	FC>160	FC>140
Bradycardia	FC<110	FC<90	FC<70	FC<50
Ipertensione Sintomatica (cefalea, dispnea, deficit, gravidanza)	PAS>150	PAS>160	PAS>170	PAS>180
Ipotensione (dopo tentativo correzione)	PAS<60	PAS<70	PAS<80	PAS<90
Ipossia (dopo tentativo correzione)	SPO ₂ < 90 %			
Ipglicemia (dopo tentativo correzione)	HGT < 60			
Stato Incoscienza (all'esordio)	GCS < 9			

Shock Index

$$\frac{\text{Heart Rate}}{\text{Systolic BP}} = \text{Shock Index}$$

No Shock	Mild Shock	Moderate Shock	Severe Shock
<0.6	0.6 to <1.0	1.0 to <1.4	≥ 1.4

*there may be variations of this scale. Some scales may list 0.5-0.7 as normal range

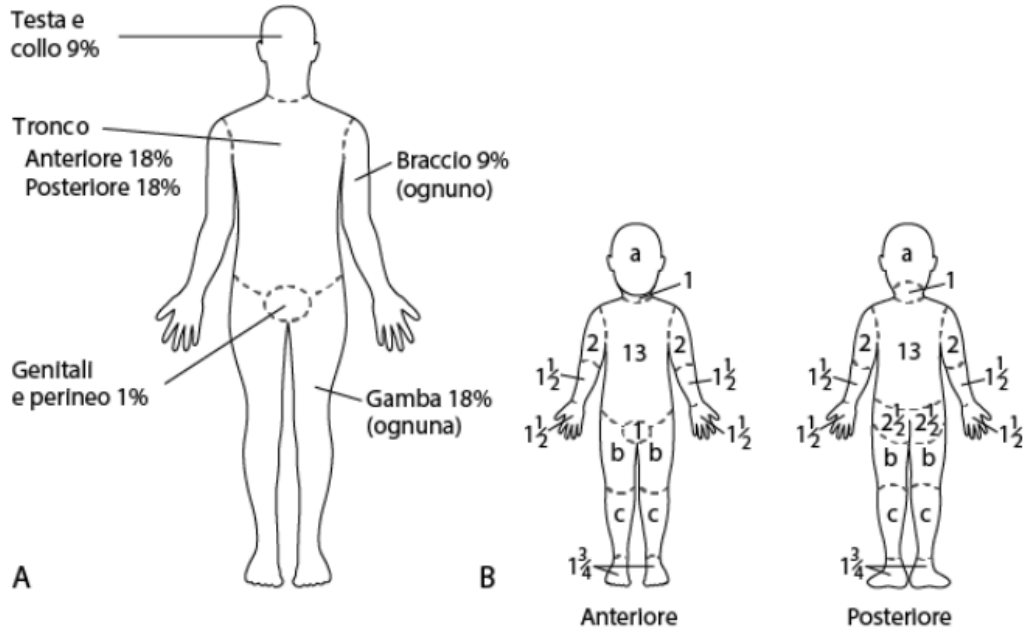
OPACS

O	OSSERVO IL TORACE
P	PALPO(enfisema sottocutaneo, fratture costali)
A	AUSCULTO
C	CONTO (F.R.)
S	SATURIMETRIA

AVPU

A	P.TE VIGILE
V	P.TE RISPONDE AGLI STIMOLI VOCALI
P	PAZIENTE RISPONDE AGLI STIMOLI DOLOROSI
U	NON RESPONSIVO

(A) Regola del nove e (B) mappa di Lund-Browder (uso pediatrico) per valutare l'estensione delle ustioni



Percentuale relativa della superficie corporea (% BSA) Interessata dalla crescita

Parte corporea	Età				
	0 anni	1 anno	5 anni	10 anni	15 anni
a = 1/2 della testa	9 1/2	8 1/2	6 1/2	5 1/2	4 1/2
b = 1/2 di 1 coscia	2 3/4	3 1/4	4	4 1/4	4 1/2
c = 1/2 di 1 gamba	2 1/2	2 1/2	2 3/4	3	3 1/4

(Ridisegnato da Artz CP, JA Moncrief: *The Treatment of Burns*, ed. 2. Philadelphia, WB Saunders Company, 1969; uso autorizzato.)

