



Croce Rossa Italiana

COMITATO PROVINCIALE DI ROMA

GESTIONE OPERATIVA DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA



- INDICE -

1. INTRODUZIONE	3
1.1. Storia e principi	3
1.2. I Principi Fondamentali	4
2. RUOLI E COMPETENZE	6
2.1. Breve descrizione delle Ambulanze di tipo MSA e di tipo MSB	6
2.2. La Figura del Team Leader	6
2.3. Definizione dei ruoli di ogni figura professionale	6
2.4. Svolgimento del soccorso	8
2.5. Quaderno delle consegne	11
2.6. Il Focal Point	12
2.7. Il Responsabile del mezzo e della postazione	13
3. SOCCORSI PARTICOLARI E MAXI-EMERGENZA	14
3.1. Definizione di Maxi-Emergenza	14
3.2. Dichiarazione di Maxi-Emergenza o incidente maggiore scompensato	15
3.3. Gestione dell'evento	15
3.4. Bibliografia	18
4. LINEE GUIDA E PROCEDURE SANITARIE DEL COMITATO PROVINCIALE DI ROMA DI CROCE ROSSA ITALIANA	20
Procedura per la prevenzione e protezione degli operatori addetti al soccorso da infezioni occupazionali dovute ad esposizione ad agenti biologici	21
Linee guida di comportamento per il trasferimento dei pazienti dall'ospedale di Civitavecchia al Policlinico Gemelli	28
Procedura per la gestione del materiale, dei mezzi e delle postazioni di 118	30
2. Controlli sulla compilazione delle Check List	33
Gestione dei cambi turno e delle barelle presso i DEA	40
Procedura per l'approvvigionamento degli stupefacenti	42
Compilazione delle schede di soccorso	46
Certificato di decesso	49
5. PROCEDURE SANITARIE ARES 118	51
5.1. La gestione del paziente con crisi asmatica nella rete dell'emergenza territoriale	52
5.2. La gestione del paziente con anafilassi nella rete dell'emergenza territoriale	69
5.3. Protocollo ipoglicemia	86
6. NUMERI UTILI	98
7. ASPETTI MEDICO-LEGALI	100
7.1. Consenso al trattamento sanitario	100
7.2. Avvertimento autorità giudiziaria	101
7.3. Constatazione di decesso	101
7.4. Responsabilità Professionale	101
7.5. Profilo giuridico durante esecuzione servizio 118 e rapporto d'intervento	103
7.6. Bibliografia	104
8. REDAZIONE DEL TESTO	105

1. INTRODUZIONE

La partecipazione del Comitato Provinciale di Roma della Croce Rossa Italiana al servizio di emergenza-urgenza territoriale in convenzione con ARES 118 concorre al raggiungimento dell'obiettivo strategico dell'AREA 1 della nostra Associazione che si prefigge la tutela e la protezione della salute e della vita.



Garanzia e guida delle azioni di tutto il personale della Croce Rossa Italiana sono i sette Principi Fondamentali del Movimento Internazionale di Croce Rossa, che ne costituiscono lo spirito e l'etica: **Umanità, Imparzialità, Neutralità, Indipendenza, Volontariato, Unità e Universalità.**

Questo elaborato ha lo scopo di rappresentare un esplicito riferimento normativo, comportamentale, procedurale, gestionale ed etico per tutto il personale (Volontario e Dipendente) della Croce Rossa Italiana in servizio sui **MSA, MSB e Mezzi di Trasporto Infermi nella Provincia di Roma.** Il suo contenuto non è in contraddizione con quanto definito nella

normativa TSSA del quale, questo documento, è una integrazione.

Vuole altresì definire ruoli e compiti dei singoli membri dell'equipaggio e raccogliere in un testo unico tutte indicazioni fin ora emanate per quanto concerne il buon funzionamento del servizio 118. Per personale in servizio si intendono autisti, soccorritori, infermieri, medici ed eventuali tirocinanti siano essi volontari o dipendenti. Tale vademecum sarà consultabile tramite programma GEDI e verrà costantemente aggiornato e migliorato.

Ogni eventuale segnalazione è benvenuta al fine di rendere tale elaborato sempre più utile allo svolgimento di un servizio 118 di qualità superiore.

1.1. Storia e principi

Il 24 giugno 1859, 2° guerra di indipendenza italiana, una delle battaglie più sanguinose del 1800 si consumò sulle colline a sud del Lago di Garda, a San Martino e Solferino. Trecentomila soldati di tre eserciti (Francese, Sardo-Piemontese e Austriaco) si scontrano lasciando sul terreno circa centomila fra morti, feriti e dispersi. Castiglione delle Stiviere è il paese più vicino, 6 chilometri da Solferino, dove esisteva già un ospedale e la possibilità di accedere all'acqua, elemento



fondamentale nel soccorso improvvisato ai novemila feriti che, nei primi 3 giorni, vennero appunto trasportati a Castiglione. Lì si trovava un giovane svizzero, **Jean Henry Dunant**, venuto ad incontrare per i suoi affari Napoleone III. Egli si trovò coinvolto nel terribile macello, aggravato dall'inesistenza di una sanità militare, e descrisse il tutto mirabilmente nel suo testo fondamentale: *Un Souvenir de Solferino*, tradotto in più di 20 lingue. Dall'orribile spettacolo nacque in Dunant l'idea di creare in tempo di pace una società di soccorso la cui opera potesse dare un apporto fondamentale alla sanità militare: la Croce Rossa. Dal Convegno di Ginevra del 1863 (26-29 ottobre) nacquero le società nazionali di Croce Rossa, la quinta a formarsi fu quella italiana. Nella 1° Conferenza diplomatica di Ginevra che terminò con la firma della Prima Convenzione di Ginevra (8-22 agosto 1864) fu sancita la neutralità delle strutture e del

personale sanitario. Tra i precursori dell'idea di Dunant è importante ricordare Ferdinando

Palasciano, illustre clinico italiano che sosteneva la neutralità dei feriti e la moltiplicazione senza limiti dei servizi sanitari. Il fondatore della Croce Rossa Italiana è il medico milanese Cesare Castiglioni ed il primo Comitato italiano è quello di Milano nato il 15 giugno 1864.

1.2. I Principi Fondamentali

Garanzia e guida delle azioni sono i sette Principi Fondamentali del Movimento Internazionale di Croce Rossa, che ne costituiscono lo spirito e l'etica: Umanità, Imparzialità, Neutralità, Indipendenza, Volontariato, Unità e Universalità. Adottati nella 20^a Conferenza Internazionale della Croce Rossa, svoltasi a Vienna nell'ottobre del 1965, i Principi Fondamentali sono garanti dell'azione del Movimento, ma anche della C.R.I. e di ogni suo volontario e aderente.

UMANITÀ

Il Movimento della Croce Rossa e Mezzaluna Rossa, nato dall'intento di portare soccorso senza discriminazioni ai feriti sui campi di battaglia, in campo internazionale e nazionale, si adopera per prevenire e alleviare in ogni circostanza le sofferenze degli uomini, per far rispettare la persona umana e proteggerne la vita e la salute; favorisce la comprensione reciproca, l'amicizia, la cooperazione e la pace duratura fra tutti i popoli.

Nota: Non si limita a promuovere l'assistenza ma ad "assicurare il rispetto dell'individuo", L'ideale della Croce Rossa, infatti, è molto più vasto delle sue azioni. Non si limita semplicemente all'assistenza e alla protezione, ma chiede a tutti di rispettare la persona umana, la sua vita, la sua libertà e la sua felicità: in altre parole, tutto ciò che costituisce la sua esistenza. Questo deve ovviamente rispondere ai requisiti dell'ordine pubblico e, in tempo di guerra, alle necessità militari.

IMPARZIALITÀ

Non fa nessuna distinzione di nazionalità, razza, religione, condizione sociale né credo politico. Si dedica unicamente a soccorrere gli individui in base alle loro sofferenze, guidata solo dalle necessità e dando priorità ai casi più urgenti.

NEUTRALITÀ

Con lo scopo di conservare la fiducia di tutti, il Movimento si astiene dal prendere parte nelle ostilità e, in ogni tempo, nelle controversie di carattere politico, razziale, religioso e ideologico.

Nota: La Neutralità presuppone due elementi: un atteggiamento di astensione e l'esistenza di persone o gruppi opposti. Nonostante la Neutralità definisca quale sia l'atteggiamento della Croce Rossa nei confronti dei belligeranti e delle ideologie, non determina mai il suo comportamento nei confronti delle persone che soffrono perché, innanzi tutto, i feriti non combattono tra di loro e perché la caratteristica essenziale della Croce Rossa è di agire e non di rimanere passiva.

La *Neutralità* e l'*Imparzialità* sono spesso state confuse perché entrambe implicano l'esistenza di gruppi o teorie opposti e perché entrambe richiedono un certo grado di riservatezza. Le due idee sono tuttavia molto diverse, **poiché l'uomo neutrale si rifiuta di giudicare, mentre quello imparziale giudica una situazione in base a delle regole prestabilite.**

INDIPENDENZA

Il Movimento è indipendente. Le Società Nazionali, ausiliarie dei poteri pubblici nelle loro attività umanitarie, e sottomesse alle leggi dei rispettivi paesi, devono, ciò nonostante, conservare un'autonomia che permetta loro di operare sempre in accordo con i principi del Movimento.

Nota: la Croce Rossa deve essere sovrana nelle sue decisioni, nei suoi atti ed in ciò che afferma: deve essere libera di mostrare la via per raggiungere l'umanità e la giustizia. Non è pertanto ammissibile che alcun tipo di potere la faccia deviare dalle linee guida stabilite dai suoi ideali.

VOLONTARIATO

È un movimento di soccorso volontario e di carattere disinteressato.

Nota: il carattere volontario della Croce Rossa è direttamente legato al principio dell'Umanità, poiché è di fatto un modo di mettere in atto quel principio. Per la Croce Rossa essere in grado svolgere il proprio lavoro, che deve ispirare un senso di dedizione ed essere una sorta di appello alla parte migliore delle persone, vuole dire avere numerosi uomini e donne che possiedono un forte spirito di servizio. La carità e il sacrificio sono inseparabili.

UNITÀ

In ogni Paese può esistere solo una Società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa, che deve essere accessibile a tutti ed estendere la sua azione umanitaria a tutto il territorio.

Nota: per coprire l'intera comunità nazionale, il sistema più diffuso e senza dubbio migliore è quello della decentralizzazione territoriale. Delle sezioni locali vengono istituite all'interno dei centri provinciali e in tutte le più grandi città. Delle sezioni più piccole in località secondarie, quartieri urbani, o anche quartieri di appartamenti se è ritenuto necessario, come aggiunta a queste sezioni. In questo modo, passo dopo passo, la Croce Rossa può "infiltrarsi" tra la popolazione, raggiungendone tutte le parti, all'interno della quale può svolgere la sua missione e godere della cooperazione di cui ha bisogno.

UNIVERSALITÀ

Il Movimento Internazionale della Croce Rossa e Mezzaluna Rossa, all'interno del quale tutte le Società hanno gli stessi diritti e il dovere di aiutarsi reciprocamente, è universale.

2. RUOLI E COMPETENZE

2.1. Breve descrizione delle Ambulanze di tipo MSA e di tipo MSB¹

MSA (*Mezzi di soccorso avanzato denominabili anche ALS²*). I mezzi di soccorso avanzato sono attrezzati per il supporto delle funzioni vitali, di base ed avanzato: l'equipaggio è costituito da un autista soccorritore e un soccorritore-autista, un infermiere con preparazione specifica in emergenza territoriale, un medico con preparazione specifica in medicina di urgenza. L'eventuale presenza del medico nelle ambulanze dislocate nei punti di primo intervento è stabilita dalla programmazione regionale in base alla tipologia di richiesta di soccorso pervenuta. (*vedi sezione 4 a pag. 30 - Gestione del materiale, dei mezzi e delle postazioni di 118*)

MSB (*Mezzi di Soccorso Base denominabili anche BLS*). I mezzi di soccorso di base sono attrezzati per il supporto delle funzioni vitali di base: l'equipaggio è costituito da un autista-soccorritore, da un soccorritore (barelliere) e da un infermiere con preparazione idonea ad operare nel sistema dell'emergenza. (*vedi sezione 4 a pag. 30 - Gestione del materiale, dei mezzi e delle postazioni di 118*)

2.2. La Figura del Team Leader

Il ruolo del Team Leader spetta al "sanitario a bordo", a seconda che si tratti di un mezzo di tipo MSA (in questo caso il medico) oppure di tipo MSB (in questo caso l'infermiere).

Egli svolgerà il ruolo di CAPO-EQUIPAGGIO ed i suoi compiti sono quelli di:

- coordinare l'operato dell'intero equipaggio nell'espletamento del soccorso e quindi nell'erogazione delle prestazioni sanitarie al paziente;
- controllo, supervisione ed utilizzo corretto dei presidi sanitari e dei dispositivi di protezione individuale di base (sempre) o avanzati (ove previsto);
- autorizzare e coordinare le comunicazioni tra: Equipaggio – Paziente; Equipaggio – Familiari o persone presenti sul posto; Equipaggio – Forze dell'ordine (se presenti); Equipaggio – Centrale Operativa 118; Equipaggio – SALA ROMA.
- supervisionare sull'applicazione delle normative interne vigenti, in materia di sicurezza, da parte di tutto il personale a bordo (Esempio: USO DELLE CINTURE DI SICUREZZA)
- In merito alle comunicazioni con le sale operative si specifica che dal momento in cui inizia il soccorso (*vedi paragrafo 2.4.1*), il Team Leader comunica in via prioritaria con la C.O. 118 e in via secondaria alla Sala Roma (es: rottura del mezzo di soccorso inficiante la continuazione del servizio in itinere). Si intende la doppia comunicazione come obbligatoria in caso di eventi che esulino dalla normale gestione sanitaria del soccorso. A titolo esemplificativo non è obbligatorio fare la doppia comunicazione in caso di decisioni in merito all'ospedale da raggiungere oppure in merito alle condizioni sanitarie del paziente. Nel caso di aggressione al personale in servizio da parte di terzi è invece necessario eseguire la doppia comunicazione.
- In merito alle comunicazioni con le sale operative nel periodo di attesa (*vedi paragrafo 2.4.9*) si dispone che tutte le problematiche inerenti la continuità del servizio (es: rottura di un defibrillatore, infortunio del personale, danneggiamento o malfunzionamento del mezzo) debbano essere comunicate **esclusivamente** alla Sala Roma la quale ha il compito di interfacciarsi con ARES 118 e di supportare la postazione per la risoluzione del problema.

2.3. Definizione dei ruoli di ogni figura professionale

¹ Definizione Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118 - Regione Lazio

² In questo testo il termine ALS e MSA sono utilizzati in modo equivalente. Lo stesso dicasi per BLS e MSB.

2.3.1. Autista - Soccorritore

L'autista del mezzo è responsabile dei seguenti aspetti:

- Redazione della Check List parte meccanica del mezzo e carrozzeria (*vedi sezione 4 a pag. 30 - Gestione del materiale, dei mezzi e delle postazioni di 118*)
- Presenza dello stradario sul mezzo (o di uno strumento con il quale poter calcolare i tragitti ignoti)
- Supporto nella redazione della Check List (in collaborazione con l'infermiere ed il soccorritore - *vedi sezione 4 a pag. 30 - Gestione del materiale, dei mezzi e delle postazioni di 118*) del vano sanitario (presenza di presidi di immobilizzazione; DPI e materiale sanitario...) - N.B. è importante che tutto il personale in servizio conosca la disposizione dei presidi ed del materiale sanitario presente in ambulanza
- Responsabilità della conduzione del mezzo e del suo tragitto
- Controllo e verifica che tutto il personale segua le norme di sicurezza con il mezzo in movimento³. Si sottolinea che, come chiaramente indicato nel comma 2, la possibilità di non allacciare le cinture e di non rispettare la segnaletica è appannaggio dell'equipaggio di una ambulanza solo nell'espletamento dei servizi di urgenza. Solo durante il soccorso, e comunque solo in un reale contesto di **urgenza**, il personale non è tenuto a rispettare le regole di sicurezza. Comunque, si consiglia con la massima forza e a maggior tutela della propria salute, di utilizzare anche in questi casi le cinture di sicurezza.
- Pulizia cabina guida e attrezzature non sanitarie a bordo del mezzo e pulizia esterna in collaborazione con il responsabile della postazione e del mezzo (*vedi oltre*)
- Supporto del resto del personale nell'immobilizzazione e trasporto del paziente mediante uso dei presidi in dotazione secondo i protocolli vigenti
- Segnalazione di eventuali avarie motore alla SOP CRI ROMA e, in accordo con il Team Leader, richiesta del blocco mezzo per sostituzione e/o riparazione

2.3.2. Soccorritore

- Check List in collaborazione con l'infermiere, del vano sanitario (presenza di presidi di immobilizzazione; DPI e materiale sanitario... - *vedi sezione 4 - Vademecum corretta gestione del materiale, dei mezzi e delle postazioni di 118*)

³ art 173 - Codice della Strada - "Uso di lenti o di determinati apparecchi durante la guida" - Comma 2: È vietato al conducente di far uso durante la marcia di apparecchi radiotelefonici ovvero di usare cuffie sonore, fatta eccezione per i conducenti dei veicoli delle Forze armate e dei Corpi di cui all'articolo 138, comma 11, e di polizia. È consentito l'uso di apparecchi a viva voce o dotati di auricolare purché il conducente abbia adeguate capacità uditive ad entrambe le orecchie (che non richiedono per il loro funzionamento l'uso delle mani).

Art. 177. - Codice della Strada - "Circolazione degli autoveicoli e dei motoveicoli adibiti a servizi di polizia o antincendio, di protezione civile e delle autoambulanze".

1. L'uso del dispositivo acustico supplementare di allarme e, qualora i veicoli ne siano muniti, anche del dispositivo supplementare di segnalazione visiva a luce lampeggiante blu è consentito [...] ai conducenti delle autoambulanze, dei mezzi di soccorso [...]. Agli incroci regolati, gli agenti del traffico provvederanno a concedere immediatamente la via libera ai veicoli suddetti.

2. I conducenti dei veicoli di cui al comma 1, nell'espletamento di servizi urgenti di istituto, qualora usino congiuntamente il dispositivo acustico supplementare di allarme e quello di segnalazione visiva a luce lampeggiante blu, non sono tenuti a osservare gli obblighi, i divieti e le limitazioni relativi alla circolazione, le prescrizioni della segnaletica stradale e le norme di comportamento in genere, ad eccezione delle segnalazioni degli agenti del traffico e nel rispetto comunque delle regole di comune prudenza e diligenza.

4. Chiunque, al di fuori dei casi di cui al comma 1, fa uso dei dispositivi supplementari ivi indicati è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 84 a euro 335.

- Controllo funzionamento BARELLA AUTOCARICANTE, sostituzione della biancheria sporca, controllo funzionamento e presenza presidi quali: barella a cucchiaio, telo, portantina e tavola spinale, collare cervicale ed immobilizzatori
- Sostituzione e reintegro dei ROT per materiali infetti e taglienti
- Procedure di pulizia interna del Vano Sanitario
- Collaborazione con l'equipaggio nell'immobilizzazione e trasporto del paziente
- Collaborazione con l'equipaggio nell'assistenza sanitaria al paziente

2.3.3. Infermiere

L'infermiere è una figura professionale che ha libertà decisionale, derivata dalle proprie competenze e ciclo di studi, nel proprio ambito specifico. Oltre a quanto stabilito dalle normative vigenti inerenti alla figura professionale, l'infermiere:

- Mette in atto le procedure operative per la quali è chiamato ad intervenire
- Esegue la Check List Vano Sanitario e Borsa d'emergenza (vedi sezione 4 - *Vademecum corretta gestione del materiale, dei mezzi e delle postazioni di 118*). È responsabile dell'integrità, dell'efficienza dei presidi presenti sul mezzo di soccorso, della verifica della scadenza mensile farmaci e dei presidi in collaborazione con il Focal Point della Postazione (*vedi oltre*).
- Controlla la presenza e verifica la Base Funzionale del Monitor Defibrillatore.
- Controlla la presenza e verifica la funzionalità delle apparecchiature sanitarie elettromedicali in dotazione.
- Collabora e vigila sulla pulizia e sulla sanificazione del mezzo
- Vigila sul corretto smaltimento dei ROT materiale infetto e taglienti
- Compila la scheda di soccorso correttamente in tutte le sue parti (BLS)
- Comunica con la Centrale Operativa ARES 118 e Sala Operativa Provinciale CRI per mezzo del TELEFONO DI SERVIZIO. Il Team Leader può delegare un altro membro dell'equipaggio all'utilizzo del telefono pur rimanendone ultimo responsabile. (*vedi paragrafo - La figura del Team Leader*)

2.3.4. Medico

Oltre a quanto stabilito dalle normative vigenti inerenti alla figura professionale in questione, il medico:

- Esegue la Check List Vano Sanitario e Borsa d'emergenza in collaborazione con l'infermiere (*vedi sezione 4 a pag. - Vademecum corretta gestione del materiale, dei mezzi e delle postazioni di 118*)
- Valuta la presenza ed il funzionamento del Monitor Defibrillatore e delle apparecchiature elettromedicali sanitarie in dotazione
- Controlla la presenza delle Schede di Soccorso e dei Certificati di Constatazione di decesso (*vedi pag 47*)
- Vigila sul corretto utilizzo dei DPI ed sull'attuazione dei protocolli e delle procedure relative alla prevenzione e protezione da rischio biologico
- Attua protocolli e procedure di presa in carico di sostanze stupefacenti e psicotrope (*vedi a pag. 41 - procedura "Approvvigionamento degli stupefacenti"*)
- Comunica con la Centrale Operativa ARES 118 e Sala Operativa Provinciale CRI per mezzo del TELEFONO DI SERVIZIO. Il Team Leader può delegare un altro membro dell'equipaggio all'utilizzo del telefono pur rimanendone l'ultimo responsabile. (*vedi paragrafo - La figura del Team Leader*)

2.4. Svolgimento del soccorso

2.4.1. Arrivo della chiamata e presa in carico del soccorso

All'arrivo della chiamata da parte della C.O. 118, il Team Leader (medico se ALS, infermiere se BLS - vedi 2.2), quindi colui che ha in carico il telefono di servizio, prende in consegna i dati comunicati dall'operatore di Centrale assicurandosi dell'attendibilità di ogni dato fornito e ripetendo gli stessi all'operatore onde evitare errori sulla trasmissione. I dati fondamentali da acquisire sono:

- Codice di Dispatch (Codice colore)
- Indirizzo del luogo dell'evento
- Nominativo del paziente
- Diagnosi di invio
- Progressivo scheda di soccorso
- Orario di partenza

La chiamata termina sempre da parte dell'operatore di Centrale. Qualora ci fossero dubbi ed incertezze sul luogo dell'intervento, l'autista lo comunica al team leader il quale si occupa nell'immediato di ricontattare la C.O. 118 per i chiarimenti del caso.

Il team leader comunica l'indirizzo di destinazione all'autista ed il codice di Dispatch e diagnosi di invio all'equipaggio.

2.4.2. Partenza

PRIMA DELLA PARTENZA CIASCUN MEMBRO DELL'EQUIPAGGIO PROVVEDERÀ AD ALLACCIARE LE CINTURE DI SICUREZZA.

L'autista si occupa di localizzare il luogo dell'intervento, eventualmente mediante la ricerca dello stesso sulle cartine stradali o sui navigatori, verificando nello stesso tempo, ancora una volta, l'attendibilità e la veridicità dell'indirizzo fornito dalla C.O. Sceglie il percorso più breve, rapido e sicuro, tale da permettere l'arrivo dell'equipaggio sul posto, in modo tempestivo (tenendo conto delle condizioni meteo, lavori stradali, deviazioni di circolazione e valutare eventuali percorsi alternativi). L'autista è il solo responsabile del tragitto e delle modalità con cui raggiungere il luogo dell'intervento.

DURANTE IL TRAGITTO CIASCUN MEMBRO DELL'EQUIPAGGIO MANTERRÀ LE CINTURE DI SICUREZZA ALLACCIATE.

2.4.3. Arrivo sul posto

L'autista si occupa di posteggiare il veicolo in posizione di sicurezza e pronto per la ripartenza.

Il **Team Leader** si occupa di portare sul luogo dell'intervento lo zaino di soccorso e monitor defibrillatore.

Il **soccorritore**, coadiuvato dall'autista, si occupa di scaricare la barella e di posizionarla il più vicino possibile al paziente. Scarica inoltre eventuali presidi necessari allo svolgimento del soccorso (bombola O2 portatile, aspiratore, presidi di immobilizzazione etc).

2.4.4. Svolgimento del soccorso

Nell'avvicinamento al paziente, il **Team Leader** si occupa di valutare la sicurezza della scena e lo stato di salute del paziente (visita generale, rilevazione parametri vitali, raccolta dati anamnestici). Nello stesso tempo, l'autista, se richiesto dai sanitari, si occupa di annotare i dati anagrafici.

Nella valutazione del paziente, il **Team Leader**, effettua il Triage di Ambulanza e, dopo aver prestato il primo soccorso tale da stabilizzare il paziente, comunica al resto dell'equipaggio il codice di gravità, valutando il trasporto presso l'Ospedale più vicino e nello stesso tempo più idoneo. Si occupa, inoltre, di comunicare con la C.O. 118 confrontandosi con essa per eventuali chiarimenti sulla distanza degli ospedali presenti sul territorio e relative competenze specialistiche richieste dallo stato di salute del paziente.

In caso di Codice Rosso, il **Team Leader** si occupa di informare la C.O. 118 sul grado di criticità, la quale, a sua volta, provvede ad allertare il Pronto Soccorso di destinazione e richiede la preparazione della Sala Rossa. È importante fornire alla C.O. più informazioni possibili, brevi e concise, riguardo la sintomatologia del paziente, e qualora ci fosse il medico a bordo la diagnosi presunta.

2.4.5. Trasporto in ospedale

L'intero equipaggio, dopo aver stabilizzato il paziente ed eseguito tutte le prestazioni sanitarie necessarie, si occupa di caricare il paziente in barella.

L'infermiere si occupa di recuperare lo zaino di soccorso ed il suo contenuto e monitor defibrillatore,

Il soccorritore coadiuvato dall'autista, si occupa del recupero dei presidi utilizzati.

Dopo aver caricato il paziente sul mezzo, l'infermiere ed il medico, si occuperanno di rivalutare il paziente assegnando un nuovo codice di triage (Codice di stabilizzazione), continuando l'assistenza dello stesso durante il tragitto verso il Pronto Soccorso.

L'autista sceglie il percorso più breve, rapido e sicuro verso la destinazione, valutando sempre traffico, condizioni meteo, lavori stradali ed eventuali percorsi alternativi, utilizzando in modo corretto i dispositivi acustici e luminosi senza farne abuso improprio, adoperandosi nella guida, in modo tale da permettere all'equipaggio di operare in sicurezza sul paziente.

Durante il trasporto in ospedale, tutto il personale che, in quel momento, non è impegnato nella guida del mezzo, prende posto nel vano sanitario, per garantire la continua assistenza al paziente (salvo diverse disposizioni da parte del Team Leader).

2.4.6. Arrivo in ospedale

Arrivati in Pronto Soccorso, l'autista si occuperà di posizionare il mezzo nei pressi dell'ingresso, in modo tale da non intralciare la movimentazioni di altri mezzi e il passaggio di persone.

A mezzo fermo e dopo autorizzazione dell'autista, il soccorritore, coadiuvato dall'infermiere o dall'autista, si occupa di trasferire il paziente all'interno della sala di accettazione.

Il Team Leader si occupa di effettuare il triage, comunicando al collega addetto all'accettazione, informazioni relative a stato di salute del paziente al momento di arrivo e nella fase di stabilizzazione, parametri vitali monitorati durante il soccorso, dati anamnestici ed anagrafici, accertandosi che la scheda di soccorso sia compilata in modo corretto in ogni parte. Il personale sanitario è ovviamente, il solo responsabile della compilazione della scheda che in tutto e per tutto è equivalente ad una cartella clinica (vedi pag. 46 - *Vademecum per la compilazione delle schede di soccorso*).

Il soccorritore, insieme al Team Leader, si mantiene sempre vicino al paziente fino alla presa in carico dello stesso da parte del personale sanitario del PS.

Si occupa, inoltre, di recuperare i presidi utilizzati (spinale, collare cervicale, immobilizzatori, etc)

2.4.7. Recupero Barella

Rispettando le procedure e le regole del Pronto Soccorso e dopo aver spostato il paziente sulla barella del PS, lasciandolo in carico a quest'ultimo, il Team Leader si occupa di recuperare il codice GIPSE di Accettazione e comunicherà il libero mezzo alla C.O. 118 (ORARIO DI RIPARTENZA OSPEDALE). L'equipaggio fa quindi rientro in postazione. In caso di Blocco Barella (vedi "PROCEDURA GESTIONE BLOCCO BARELLA").

2.4.8. Fine servizio (Ripristino del mezzo e chiusura servizio C.O. 118 e SOP CRI)

Al rientro in postazione, l'infermiere si occupa di reintegrare il materiale utilizzato e dello smaltimento dei rifiuti sanitari speciali e disinfettare il materiale utilizzato nell'espletamento del soccorso.

Se necessario il soccorritore e l'autista si occupano di pulire e disinfettare il vano sanitario e la cabina di guida ed dell'eventuale sanificazione.

L'autista annoterà i km percorsi, comunicandoli al Team Leader, il quale si occuperà di inserire i dati sui Tablet ricevuti in dotazione mediante sistema G.A.S.

Il Team Leader comunicherà alla C.O. 118 l'operatività del mezzo ed il Fine Servizio.

2.4.9. Periodo di attesa

Nel periodo in cui l'equipaggio si trova in postazione, a disposizione della C.O. 118, in attesa della Chiamata di Soccorso, **ognuno** è tenuto a rispettare gli ambienti comuni e, qualora ce ne fosse bisogno, provvedere all'ordine e alla pulizia di tali ambienti, nonché del mezzo di soccorso. È di fondamentale importanza, inoltre, che ogni membro dell'equipaggio si impegni nel mantenere un comportamento decoroso e corretto nella tenuta della divisa della Croce Rossa Italiana.

2.4.10. Smonto e cambio turno

Al momento del cambio turno, **ogni membro dell'equipaggio** è tenuto a lasciare pulita ed in ordine la postazione e a riferire al collega montante ogni comunicazione importante relative al servizio, (esempio: blocco e recupero presidi in PS) e, in caso di blocco barella (*vedi pag. 40 - Linee Guida per la gestione dei cambi turno e delle barelle presso i DEA*). Tali informazioni vengono comunicate dal collega smontante al collega montante attraverso l'utilizzo del "quaderno delle consegne" (*vedi paragrafo successivo*).

2.5. Quaderno delle consegne

Il quaderno delle consegne è uno strumento di lavoro di ausilio per la trasmissione delle comunicazioni in consegna all'equipaggio del cambio turno. Ne è previsto uno in dotazione del personale sanitario ed un'altro in dotazione di autisti e soccorritori. Sono messi in postazione ed attivati dal Responsabile del Mezzo e della Postazione e dal Focal Point (ognuno per l'area di sua competenza). Si realizza nella compilazione di un diario giornaliero da parte di ogni componente dell'equipaggio e contiene tutte le informazioni utili relative al servizio. **In caso di dispute o verifiche da parte della Direzione Sanitaria, i quaderni delle consegne sono gli strumenti che faranno fede per reperire le informazioni utili.** A seconda del ruolo, ognuno è responsabile della sua parte di redazione del quaderno sia per il contenuto che per la forma.

- Contenuto del *quaderno delle consegne sanitarie*:
 - presidi da recuperare in Pronto soccorso, specificando l'ora di blocco presidi e nosocomio di blocco (qualora questo non fosse stato possibile nel fine servizio)
 - recupero barella, specificando l'ora di blocco, nome del paziente e numero progressivo di intervento C.O.118 e numero progressivo di scheda
 - comunicazioni di servizio della C.O.118 e SOP CRI
 - varie ed eventuali.
 - viene redatto e conservato dai **sanitari** in turno
 - viene messo in opera e ne viene verificata la corretta compilazione dal **Focal Point** (*vedi oltre*)
- Contenuto del *quaderno delle consegne autisti-soccorritori*:
 - avvenuta pulizia del mezzo e presidi sanitari;
 - rifornimento carburanti;
 - comunicazioni relative a manutenzione del mezzo;
 - comunicazioni di servizio della C.O.118 e SOP CRI;
 - varie ed eventuali.
 - viene redatto e conservato dagli **autisti/soccorritori** in turno
 - viene messo in opera e ne viene verificata la corretta compilazione dal **Responsabile del Mezzo e della Postazione** (*vedi oltre*)

La tenuta di tale supporto informativo, ha lo scopo di conservare e trasmettere, in forma scritta, e non orale, tutte le informazioni e comunicazioni importanti. Pertanto:

- Deve essere redatto con grafia leggibile (il testo deve essere chiaro e comprensibile);
- Non è permesso l'uso di cancellature varie. Relative correzioni vanno eseguite apponendo delle righe trasversali.
- Le pagine sono numerate in ordine progressivo e non vanno rimosse;

- Ogni pagina deve riportare la firma leggibile di ogni componente che l'ha redatta, la data l'ora di redazione ed il turno.

Entrambi i quaderni delle consegne verranno ritirati periodicamente dalla Direzione Sanitaria e ivi conservati.

2.6. Il Focal Point

Il Focal Point è un Infermiere dipendente e assegnato ad una postazione di 118 che in forza di un mandato ufficiale e retribuito svolge i seguenti compiti ed ha le seguenti responsabilità:

- Gestisce la turnistica del personale assegnato alla postazione, seguendo quanto concordato con il Responsabile dell'Area Risorse Umane, in collaborazione con l'Ufficio Operazioni dell'Area Operativa con l'obiettivo di garantire la continuità del Servizio. Risolve in autonomia tutte le coperture dei turni dovute a richiesta ferie e assenze programmate (es: permessi da lg 104).
- Utilizza in via prioritaria il Sistema GE.DI. e delega tutte le comunicazioni non eseguibili attraverso questo sistema alle mail e al telefono
- In caso di infortunio sul servizio, questo viene comunicato immediatamente a SALA ROMA (vedi 2.2) per l'iniziale blocco del mezzo e successivamente all'Ufficio Operazioni da parte dell'Operatore di sala. SALA ROMA valuta con la CO118 la possibilità di far proseguire il servizio ad esempio con due soli operatori (autista ed infermiere) in attesa di reperire una sostituzione per il tecnico mancante. Superate le 24h dall'evento la gestione dei turni scoperti del personale infortunato torna ad essere di competenza del Focal Point.
- È il solo che tiene le comunicazioni con l'Ufficio Operazioni e in caso di sua assenza indica un sostituto a cui sono riconosciute le indennità per il periodo di sostituzione
- Facilita il flusso informativo tra l'Area Risorse Umane, l'Area Operativa e l'Area Sanitaria nei confronti del personale di postazione
- È messo a disposizione un telefono di servizio per garantire una disponibilità telefonica nella fascia oraria che va dalle 8.00 alle 20.00. Prima delle 8.00 e dopo le 20.00 le URGENZE saranno gestite dallo 06.5510.
- Sovrintende allo svolgimento corretto del servizio svolto dal personale sanitario e quello tecnico nella propria postazione
- Controlla il carico e lo scarico del servizio di approvvigionamento
- Verifica materiale sanitario in giacenza ed è responsabile dell'inventario dello stesso
- Compila le richieste di materiale sanitario (vedi procedura Gestione del materiale, dei mezzi e delle postazioni di 118) e le invia al Servizio di Approvvigionamento
- Supervisiona, controlla e trasmette all'Area Risorse Umane e all'Ufficio Operazioni dell'Area Operativa la documentazione a riguardo della richiesta ferie, permessi

Il Focal Point è anche **Preposto alla Sicurezza** e per tale ragione viene preventivamente formato dal Comitato Provinciale. Il Dlgs Unico 81/08 e successive modifiche Dlgs 106/09 (Testo Unico Sicurezza) definisce il Preposto come:

“Persona che, in ragione delle competenze professionali e nei limiti di poteri gerarchici e funzionali, SOVRINTENDE all'attività lavorativa e garantisce l'attuazione delle direttive ricevute, controllando la corretta esecuzione da parte dei lavoratori ed esercitando una funzione di potere di iniziativa “ (art.2 COMMA 1 lettera “e” Dlgs 81/08 e successive modifiche Dlgs 106/09).

Il Preposto può essere considerato una “sentinella per la sicurezza”. Egli opera nel contesto operativo in cui possono determinarsi problemi per la salute e per la sicurezza dei lavoratori. Tuttavia non spetta al preposto adottare misure di prevenzione, ma deve far applicare quelle disposte da altri (datore di lavoro e dirigenti).

OBBLIGHI DEL PREPOSTO

(come previsto dall'Art. 19 Dlgs 81/08 e successive modifiche Dlgs106/09)

- b. *sovrintendere e vigilare sulla osservanza da parte dei singoli lavoratori dei loro obblighi di legge, nonché delle disposizioni aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro e di uso dei mezzi di protezione collettivi e dei dispositivi di protezione individuale messi a loro disposizione e, in caso di persistenza della inosservanza, informare i loro superiori diretti;*
- c. *verificare affinché soltanto i lavoratori che hanno ricevuto adeguate istruzioni accedano alle zone che li espongono ad un rischio grave e specifico;*
- d. *richiedere l'osservanza delle misure per il controllo delle situazioni di rischio in caso di emergenza e dare istruzioni affinché i lavoratori, in caso di pericolo grave, immediato e inevitabile, abbandonino il posto di lavoro o la zona pericolosa;*
- e. *informare il più presto possibile i lavoratori esposti al rischio di un pericolo grave e immediato circa il rischio stesso e le disposizioni prese o da prendere in materia di protezione;*
- f. *astenersi, salvo eccezioni debitamente motivate, dal richiedere ai lavoratori di riprendere la loro attività in una situazione di lavoro in cui persiste un pericolo grave ed immediato;*
- g. *segnalare tempestivamente al datore di lavoro o al dirigente sia le deficienze dei mezzi e delle attrezzature di lavoro e dei dispositivi di protezione individuale, sia ogni altra condizione di pericolo che si verifichi durante il lavoro, delle quali venga a conoscenza sulla base della formazione ricevuta;*
- h. *frequentare appositi corsi di formazione secondo quanto previsto dall'articolo 37*

2.7. Il Responsabile del mezzo e della postazione

Il Responsabile di postazione è una figura nominata alla supervisione e controllo ordinario quotidiano e non dei luoghi di lavoro in uso comune (quali i locali di postazione) e del mezzo assegnato per l'espletamento del servizio. Percepisce una indennità. È colui che comunica, inoltre, con la SALA ROMA (precisamente con il responsabile di flotta in turno o con l'operatore in sua assenza) per problematiche di carattere ordinario e straordinario relative alla manutenzione meccanica del mezzo. Comunica con i responsabili incaricati del Comitato Locale CRI assegnatario e responsabile della postazione per problematiche di tipo tecnico-locative degli stabili di postazione. Si occupa, quindi, di:

- Controllo efficienza tecnica del mezzo (*vedi procedura per la gestione del materiale, dei mezzi e delle postazioni di 118*)
- Gestione delle comunicazioni tra postazione e responsabile della flotta di Sala Roma (cambio macchina, cambio barella, etc.);
- Controllo e Gestione carburante e relative schede di carico e scarico;
- Controllo copertura assicurativa e revisione;
- Supervisione dell'ordinaria manutenzione quotidiana dei mezzi e controllo mensile della corretta compilazione delle check list da parte del personale in servizio;
- Controllo pulizia e funzionamento della postazione.

3. SOCCORSI PARTICOLARI E MAXI-EMERGENZA

Lo scopo di questo breve paragrafo è di aiutare il personale in servizio su MSA e MSB, che si trovasse coinvolto in una Maxi-Emergenza, a comportarsi secondo le linee guida e integrarsi al meglio nella catena dei soccorsi.

L'argomento è trattato in modo estremamente essenziale e semplificato.

Per approfondimenti si consiglia di far riferimento ai testi indicati nella bibliografia ed alle indicazioni dell'area strategica 3 del nostro Comitato (*vedi Sezione 1 - Introduzione*).

I principi ispiratori di questa parte del vademecum derivano dal MIMMS (Major Incident Medical Management and Support) e da MRMI (Medical Response to Major Incident), che però sono entrambi di origine internazionale e quindi spesso necessariamente influenzati dal sistema extraospedaliero anglosassone che differisce sostanzialmente da quello italiano che è a sua volta influenzato dalle autonomie regionali. Si è tentato quindi di dare un sunto delle linee guida nazionali e internazionali in materia con adattamenti validi al sistema regionale del Lazio in attesa di linee guida ufficiale da parte di Ares 118 che saranno poi parte di questo documento.

3.1. Definizione di Maxi-Emergenza

In termini di Servizio Sanitario viene definita Maxi-Emergenza quella situazione tale per cui le risorse disponibili non sono sufficienti a soddisfare la richiesta.

“Non è legato ad alcun numero specifico di individui gravemente malati o feriti, o ad un determinato livello di risorse coinvolte, ma dalla discrepanza tra le risorse a disposizione e le necessità.” (S. Lennquist, Medical Response to Major Incident and Disaster, Springer ed.).

Nell'accezione del termine Maxi-Emergenza rientrano però varie tipologie di evento che necessitano di diversi tipi di risposta e può essere utile differenziarle per criteri sommari quali modalità di insorgenza, numero di vittime, strutture coinvolte, durata nel tempo tenendo però sempre conto delle risorse a disposizione.

In essa si differenziano quindi:

- Incidente maggiore compensato:
 - o Le strutture logistiche e di soccorso rimangono integre
 - o Ridotto coinvolgimento di feriti
 - o Limitata estensione territoriale
 - o Limitata estensione nel tempo <12h
 - o Risolvibile dalle *risorse già presenti sul territorio* attraverso il coordinamento con la C.O.118
- Incidente maggiore scompensato:
 - o Le strutture logistiche e di soccorso rimangono integre
 - o Maggior coinvolgimento di feriti rispetto alle risorse a disposizione
 - o Limitata estensione territoriale
 - o Limitata estensione nel tempo <12h
 - o Non risolvibile attraverso il solo coordinamento con la C.O.118, ne richiede l'intervento diretto sulla scena con *risorse aggiuntive e figure di coordinamento*.
- Catastrofe:
 - o È un evento improvviso e per lo più inatteso che determina gravissimi danni alla collettività.
 - o Interessa una vasta estensione territoriale *coinvolgendo strutture di soccorso e assistenza nonché logistiche* (strade, comunicazioni)
 - o Coinvolge un grandissimo numero di persone determinando un alto numero di vittime

- o Ha un estensione prolungata nel tempo >12h

3.2. Dichiarazione di Maxi-Emergenza o incidente maggiore scompensato

3.2.1. Quando e come?

Come già citato in precedenza la definizione di Maxiemergenza non tiene in realtà conto dei coinvolti in senso assoluto, ma in maniera più complessa dello squilibrio tra risorse a disposizione sul territorio e feriti. Diventano quindi fondamentali le comunicazioni che il primo mezzo afferente al luogo del crash fornisce alla C.O.118, la quale effettuando una prima stima della tipologia di interventi richiesti deciderà quali tipi di risorse attivare. È utile quindi comprendere come, ad esempio, un incidente ad un bus con 20 feriti lievi e 4 codici rossi possa costituire un incidente maggiore scompensato per la C.O.118 di Latina e non per la C.O.118 di Roma.

3.2.1. Il Primo mezzo sul posto

Il primo mezzo a giungere sulla scena non fa mai soccorso ma ha il preciso compito di comunicare con la C.O.118 e di gestire le prime fasi dell'organizzazione della zona del crash. Deve quindi fornire alla C.O.118 una "fotografia" della scena che gli si presenta davanti. Un quadro che dia un'indicazione primaria dell'estensione dell'evento e una stima della necessità e del numero di vittime da evacuare o centralizzare. Come riportato sia dal MIMMS sia dal MRMI in molti paesi viene usato l'acronimo METHANE al fine di non tralasciare possibili informazioni utili. Proprio per l'origine britannica e la barriera linguistica che potrebbe presentarsi in paesi non anglosassoni è utile ricordare di mantenere la calma durante le comunicazioni con la centrale e rispondere chiaramente alle domande mettendosi possibilmente in comunicazione con il capoposto o il medico di sala, non tralasciando di fornire informazioni sommarie circa la tipologia di evento, il numero presunto di feriti coinvolti, l'accessibilità alla scena e la necessità di ulteriori risorse.

M – my call sign – sigla mezzo

E – exact location – esatta posizione

T – type of incident – tipologia di incidente

H – hazard – pericoli presenti e potenziali

A – access – accessibilità alla scena

N – number of casualties- numero di feriti

E – emergency service present and required – mezzi di emergenza presenti sul posto e richiesta ulteriori

Gli unici responsabili della sicurezza dell'area sono i VV.FF che dichiarano la zona accessibile o meno al soccorso. Se non è dichiarata sicura e accessibile la fase di triage sanitario viene anticipata dalla fase di salvataggio a cura esclusiva dei VV.FF e delle squadre di soccorso speciale autorizzate. Si ribadisce quindi che nessun operatore sanitario è autorizzato ad accedere alla zona senza il consenso esplicito del caposquadra dei vigili del fuoco.

3.3. Gestione dell'evento

Gli obiettivi prioritari del primo equipaggio che giunge sulla scena sono: una buona comunicazione con la Centrale Operativa, il collegamento con gli altri enti del soccorso (Forze dell'Ordine e Vigili del Fuoco), l'individuazione delle aree di ammassamento dei mezzi di soccorso, di presa in carico dei feriti, di trattamento dei feriti.

3.3.1. Organizzazione della Catena dei Soccorsi e Settorizzazione della scena

All'arrivo del primo mezzo MSA sul posto l'equipaggio verrà diviso per ruoli, *ancora non inizierà il soccorso* ma tutta una serie di azione necessarie e fondamentali alla risoluzione dell'evento.

Il **Team Leader** assumerà il ruolo di DSS (Direttore dei Soccorsi Sanitari).

Egli è responsabile di ogni intervento sanitario sulla scena. Ha il compito, dal punto di vista sanitario, di impostare e dirigere la catena dei soccorsi supervisionandone tutte le fasi: dalla settorializzazione della scena, al recupero, alla stabilizzazione fino alla successiva evacuazione.

Oltre all'aspetto sanitario il DSS ha il compito di relazionarsi con gli altri responsabili nella zona in primis con il caposquadra VV.FF. Quest'ultimo è identificabile dal casco rosso, in quanto responsabile del via libera all'accesso nel "cantiere". Si relaziona anche con i capisquadra della Polizia di Stato, del Corpo dei Carabinieri e degli altri enti coinvolti, al fine di costituire il Posto di Comando Avanzato provvisorio. Può essere sostituito da un DSS incaricato dalla centrale.

Il DSS incaricherà un **Sanitario** ad assumere il ruolo di Direttore del Triage.

La sua responsabilità di concerto con il Team Leader DSS sarà inizialmente quella di settorializzare la zona identificando le seguenti aree:

- Area di raccolta dei codici VERDI raggiungibile a piedi dai coinvolti in grado di camminare autonomamente, deve essere necessariamente riparata e in sicurezza posta a una ragionevole distanza dal cantiere ma facilmente raggiungibile dai soccorritori. Vi sarà assegnato il personale tecnico di supporto e un infermiere il quale effettuerà una seconda valutazione dei pazienti in transito presso quest'area.
- Cantieri di lavoro per codici GIALLI e ROSSI assegnando loro personale sanitario con l'integrazione di altre risorse: posti in sicurezza fra la zona del crash e il PMA se presente, con sufficiente spazio di manovra e rapido accesso ai mezzi per l'evacuazione.
- Se necessario verrà identificata un'area di sufficiente grandezza (almeno 20 m²) per il posizionamento il loco di un POSTO MEDICO AVANZATO. Tale zona, posta fra la zona del crash e la zona di raccolta dei mezzi deve essere in sicurezza rispetto all'evento ma immediatamente accessibile a esso, può essere attrezzato attraverso strutture semoventi come tende pneumatiche o, se in accertata sicurezza, in zone preesistenti nelle immediate vicinanze dell'evento (porticati o edifici con congrua possibilità di accesso).

Superata questa fase egli ha il compito di supervisionare le operazioni delle squadre di triage, le estricazioni complesse per quanto possibile con il supporto dei VV.FF. e le operazioni di evacuazione, comunicare al DSS aggiornamenti sul numero di feriti e tipologia di pazienti e definire, se presente, con il direttore del PMA le priorità di accesso a tale struttura.

Il DSS incaricherà un **Infermiere** o un **Autista/Soccorritore** ad assumere il ruolo di Direttore del Trasporto.

Egli ha il compito di rapportarsi con i mezzi che giungono, predisponendo l'area per il loro posizionamento. Tale area sarà indicata dal primo mezzo di soccorso presente in loco con i segnalatori luminosi accesi. Se l'incidente si prospetta di tipo scompensato e con l'arrivo previsto di molteplici mezzi sarà suo compito istituire due check-point, uno di ingresso e uno di uscita con passaggio obbligatorio per tutti i mezzi. Presso tali i check-point saranno registrati per avere in tempo reale la loro disponibilità. Si rapporta direttamente con il DSS e con il responsabile presso la C.O.118 per fornire la situazione aggiornata dei mezzi.

Gli Autisti dei vari equipaggi giunti in loco successivamente dovranno necessariamente rimanere nelle vicinanze dei proprio mezzi posizionandoli in modo agevole per l'evacuazione.

3.3.2. Triage

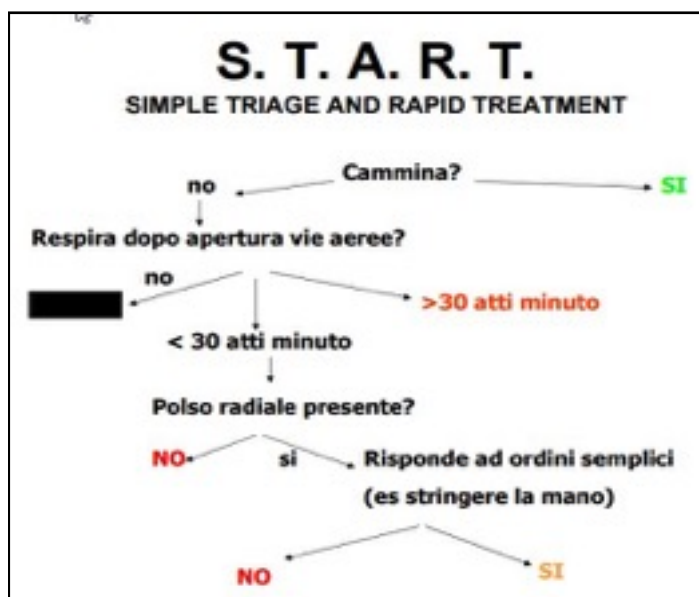
In attesa dei protocolli ufficiali Ares118, si fariferimento alla legislatura nazionale. Il D.M. 21 febbraio 2001 pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 81 del 6 aprile 2001 e l'allegato 109 in Gazzetta Ufficiale del 12 maggio 2001 alla voce Triage chiaramente indica il protocollo START (Simple Triage And Rapid Treatment).

Il triage della zona dell'evento viene effettuato quindi con il protocollo START, strutturato in maniera tale da essere eseguito rapidamente (non più di 30/40 secondi a vittima). I codici NERI, devono essere necessariamente rivalutati in un secondo momento da un Medico al fine di distinguere i pazienti deceduti dai pazienti eventualmente salvabili.

Non viene quindi ancora effettuato il soccorso ed è importante ribadirlo affinché l'evoluzione dello scenario non diventi caotica e al termine ingestibile.

3.3.3. Recupero

Al termine di questa fase e con il sopraggiungere di nuove risorse ha inizio il recupero evacuando



per primi i codici ROSSI e poi i codici GIALLI e infine i codici NERI con rivalutazione del Medico. I feriti verranno trasportati attraverso gli appositi presidi (teli portaferiti, barelle secondarie, barella cucchiaio, tavola spinale compatibilmente con la loro disponibilità) o presidi di fortuna verso i cantieri predisposti dal Direttore di Triage. I feriti in grado di camminare saranno invitati a recarsi verso l'area dei codici VERDI in modo autonomo o accompagnati, compatibilmente con la disponibilità di personale di supporto non sanitario.

3.3.4. Cantieri codici Gialli e Rossi

Nella fase di stazionamento presso i cantieri dei vari codici colore, precedente all'ingresso nel PMA o all'invio in Ospedale, è presente sicuramente personale sanitario che può, citando il D.M. 13/2/2001 eseguire semplici manovre di stabilizzazione direttamente in loco.

“Poiché in un contesto di Maxi-Emergenza gli abituali schemi operativi sono alterati in maniera importante, occorre chiarire quali siano gli obiettivi terapeutici da porsi nell'affrontare un'emergenza complessa, in modo da avere realistici parametri di riferimento per una credibile valutazione di qualità”.

È chiaro, ad esempio, che non sarà proponibile un intervento sanitario invasivo pari a quello che si riesce a realizzare in una struttura di rianimazione.

È altrettanto chiaro che alcune procedure dovranno subire un ridimensionamento “in basso” per mancanza di supporti tecnologici e logistici adeguati. Esiste comunque la possibilità di identificare una serie di procedure essenziali che richiedono un basso livello di equipaggiamento e che consentono ugualmente di aumentare le possibilità di sopravvivenza di un paziente critico.”

Obiettivi	Manovre di emergenza essenziali
Sospettare lesioni critiche	Guardarsi attorno Chiedere notizie sul fatto
Assicurare la pervietà delle vie aeree	Posizione laterale di sicurezza Cannula orofaringea
Assicurare l'immobilizzazione del rachide cervicale	Sostegni laterali di fortuna del capo
Assicurare una buona ventilazione	Ventilazione con pallone auto espandibile in aria ambiente Decompressione pnx iperteso con ago cannula
Assicurare un adeguato supporto volemico	Incannulamento vene periferiche Infusione intraossea Medicazioni compressive
Valutare lo stato neurologico	Raccogliere una Glasgow Coma Scale, eventualmente ridotta alla sola componente "risposta motoria agli stimoli"
Identificare tutte le lesioni	Spogliare e ispezionare il paziente

3.3.5. Comunicazioni

È necessario che le comunicazioni con la centrale siano di esclusiva competenza delle figure preposte quali Direttore dei Trasposti, per la gestione dei mezzi presenti in loco e l'ospedalizzazione dei pazienti e Direttore dei Soccorsi Sanitari, quale figura di comando della scena in attesa delle figure preposte dalla C.O.118. Il DSS dovrà inoltre interfacciarsi costantemente con il Direttore del Triage per avere riscontro diretto della situazione nella zona di recupero e le esigenze di materiale e risorse umane di quest'ultima. È importante ribadire come le comunicazioni con la centrale debbano essere il più chiaro e conciso possibile, specificando particolari informazioni attraverso lo spelling e senza diffondere dati sensibili, mantenendo un tono calmo e senza sovraccaricare i canali comunicativi.

3.3.6. Centralizzazione

Non è stata volutamente trattata la parte riguardante la gestione del paziente nel PMA perché non di competenza del personale sanitario impiegato nel servizio ordinario di 118. Se questo non fosse necessario va ricordato che la centralizzazione del paziente e quindi la sua definitiva evacuazione dalla zona dell'incidente, viene gestita dalla C.O.118 attraverso la predisposizione di un apposito box di Maxi-Emergenze con il quale rapportarsi. È comunque importante ricordare come la norma generale voglia che i pazienti con codice colore GIALLO vengano centralizzati verso le strutture ospedaliere più distanti lasciando libere quelle più prossime all'evento per i codici ROSSI. L'autista è obbligato quindi a rapportarsi con la C.O. 118 per l'ospedalizzazione del paziente.

3.4. Bibliografia

- T.J. Hodgetts & K. Mackway-Jones, *Major Incident Medical Management and Support. The Practical Approach at the Scene. Second Edition*, BMJ ed., 2004
- S. Lennquist, *Medical Response to Major Incidents and Disasters*, Springer ed., 2012
- Gazzetta Ufficiale – Serie Generale – DPM n. 87 del 13 aprile 2006
- Gazzetta Ufficiale – Serie Generale – DPM n. 81 del 6 aprile 2001
- Gazzetta Ufficiale – allegato 109 del 12 maggio 2001




- *Disaster Management: Gestione dei soccorsi sanitari extra ed intra ospedalieri in caso di catastrofe, Regione Piemonte*

4. LINEE GUIDA E PROCEDURE SANITARIE DEL COMITATO PROVINCIALE DI ROMA DI CROCE ROSSA ITALIANA

In questa sezione sono riportate tutte le procedure e le linee guida operative sinora approvate per il servizio di Emergenza Territoriale di CRI nella Provincia di Roma.

Una procedura si considera come spiegazione di dettaglio metodologico e organizzativo per chiarire come, all'interno delle diverse funzioni, gli incaricati debbano operare, attenendosi a ben precisate indicazioni, per partecipare - in modo ripetibile - allo svolgimento di tutte le attività inerenti un particolare processo.

Una linea guida è un documento che include raccomandazioni finalizzate a ottimizzare uno o più comportamenti al fine di rendere più semplice l'esecuzione di un compito complesso. Hanno una funzione di indirizzo e non operativa in senso stretto, la loro applicazione deve includere una valutazione nel merito.

 <p>Croce Rossa Italiana COMITATO PROVINCIALE DI ROMA</p>	PROCEDURA	DIREZIONE SANITARIA
	INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PREVENZIONE E PROTEZIONE DEGLI OPERATORI ADDETTI AL SOCCORSO DA INFEZIONI OCCUPAZIONALI DOVUTE AD ESPOSIZIONE AD AGENTI BIOLOGICI	

Procedura per la prevenzione e protezione degli operatori addetti al soccorso da infezioni occupazionali dovute ad esposizione ad agenti biologici

Rev	Redatta	Parti modificate	Verificata
1	Direttore Sanitario 11/10/2014	Uniformazione e unione di tutte le procedure contenenti le indicazioni operative sulla prevenzione e protezione per ridurre il rischio biologico	Gruppo di Lavoro Qualità 118 1/6/2015

INDICE

1. Scopo
2. Campo di Applicazione
3. Modalità Operative di gestione standard
4. Sindromi o condizioni cliniche che giustificano le precauzioni empiriche aggiuntive per la prevenzione della trasmissione di patogeni epidemiologicamente importanti in attesa della conferma delle diagnosi
5. Modalità Operative di gestione isolamento da droplets (goccioline)
6. Modalità Operative di gestione isolamento delle misure di isolamento respiratorio
7. Indicazioni operative per la gestione successiva all'esposizione accidentale ad agenti biologici
8. Indicazioni operative per la sanificazione mezzi di soccorso

1.Scopo

Questa procedura ha lo scopo di uniformare i comportamenti durante l'espletamento delle attività sanitarie al fine di ridurre il rischio di contaminazioni ed infettivo insito in tali attività. Il rischio biologico è ineliminabile nel servizio di emergenza territoriale, tuttavia le percentuali di incorrere in eventi non desiderati è abbattibile seguendo pedissequamente alcuni comportamenti. Scopo di questa procedura è elencare questi comportamenti.

2.Campo di Applicazione

Le seguenti indicazioni o Precauzioni Standard, vanno applicate in **tutti i soccorsi** e da **tutto il personale** senza tener conto del codice di soccorso e/o della diagnosi o stato di infezione presunta del paziente. Devono essere applicate da tutto il personale attivo sull'ambulanza (volontario e dipendente).

3.Modalità Operative di gestione standard

- La responsabilità di verificare la presenza del materiale utile a ridurre il rischio biologico è in capo ai sanitari a bordo. Questi devono verificare che sul mezzo di soccorso siano sempre presenti il materiale, le attrezzature, i Dispositivi Medici NMP (needlestick prevention devices - comprendenti aghi e altri oggetti taglienti, dotati di dispositivi di sicurezza che impediscono o limitano il rischio di ferite), i Contenitori per Rifiuti Sanitari e/o per Aghi e Taglienti e i DPI necessari;
- Lavare le mani dopo ogni contatto con liquidi organici, sangue, secrezioni, escrezioni ed oggetti contaminati anche se erano stati indossati i guanti e comunque sempre dopo l'uso dei guanti;
- Lavare le mani tra un soccorso e il successivo
- Indossare **sempre**, durante un soccorso, **guanti** medicali monouso non sterili;
- Indossare **qualora lo si ritenga opportuno ed usando il principio di prudenza sotto la supervisione del sanitario di bordo**, durante un soccorso, **mascherine chirurgiche ed occhiali** o visiere per proteggersi da droplets, schizzi, spruzzi di liquidi e materiali biologici;
- Controllare la pulizia del vano sanitario (responsabilità dei sanitari e del soccorritore);
- Maneggiare la biancheria contaminata in modo da evitare spargimenti (usare contenitori resistenti ed impermeabili);
- **Porre attenzione ai taglienti: Se disponibili utilizzare dispositivi medici (aghi cannula, lancette, bisturi e siringhe) dotati di dispositivo di sicurezza per la prevenzione di punture accidentali (NPD). Non reincappucciare, non togliere gli aghi con le mani, non passare di mano in mano i taglienti, usare i contenitori specifici per il loro smaltimento ed applicare le disposizioni della Procedura per smaltimento dei taglienti vigente in Azienda;**
- Denunciare prontamente gli incidenti (tagli, punture o esposizione di mucose a liquidi e tessuti di origine biologica) alla Direzione Sanitaria. Inviare il modulo di infortunio all'Area Risorse Umane come da indicazioni precedentemente inviate ed anche allegate (Circolare 3088/14) e comportarsi secondo il punto 7 di questa procedura "Indicazioni operative per la gestione successiva all'esposizione accidentale ad agenti biologici".
- Sostituire prontamente i DPI e gli indumenti che si contaminano con sangue, liquidi e tessuti di origine biologica.

4.Sindromi o condizioni cliniche che giustificano le precauzioni empiriche aggiuntive per la prevenzione della trasmissione di patogeni epidemiologicamente importanti in attesa della conferma delle diagnosi

Alcune condizioni patologiche si giovano di ulteriori precauzioni. Nella tabella sottostante sono definite le modalità con cui è possibile contagiarsi con le più comuni patologie infettive. Lo scopo di rendere note tali modalità è quello di renderle palesi e note al fine di far porre al personale la

massima attenzione in merito. In seguito verranno elencate le modalità operative con le quali è possibile ridurre il rischio biologico da Goccioline e da Vie Aeree.

Sindrome o Condizione Clinica (1)	Possibili Patogeni (2)	Precauzioni Empiriche	
Diarrea	Diarrea acuta di probabile causa infettiva in un paziente incontinente o portatori di pannolini	Patogeni enterici (3)	Contatto
	Diarrea in adulto con una storia di recente terapia antibiotica	Clostridium difficile	Contatto
Meningite	Rigidità nucale, febbre elevata, perdita di coscienza, cefalea intensa	Neisseria meningitidis	Goccioline
Rash o esantema, generalizzato, eziologia sconosciuta	Petecchie/ecchimosi con febbre	Neisseria meningitidis	Goccioline
	Vescicole	Varicella	Via aerea e contatto
	Maculopapule con corizza e febbre	Morbillo	Via aerea
Infezioni respiratorie	Tosse, febbre, infiltrato polmonare nel lobo superiore in un paziente negativo per HIV o in un paziente a basso rischio di infezione da HIV	Mycobacterium tuberculosis	Via aerea
	Tosse, febbre, infiltrato polmonare localizzato in qualsiasi sede polmonare in un paziente affetto da HIV o in un paziente ad alto rischio di infezione da HIV	Mycobacterium tuberculosis	Via aerea
	Tosse parossistica o persistente durante i periodi di attività della pertosse	Bordetella pertussis	Goccioline
	Infezioni respiratorie, in particolare bronchioliti e croup in neonati o bambini piccoli	Virus respiratorio sinciziale o Virus parainfluenzale	Contatto
Rischio di microrganismi multifarmaco-resistenti	Storia di infezioni o di colonizzazione da microrganismi multifarmaco-resistenti	Batteri resistenti (4)	Contatto
	Cute, ferite o infezioni del tratto urinario in un paziente con una recente ospedalizzazione o assistenza domiciliare presso un servizio dove sono prevalenti microrganismi multifarmaco-resistenti	Batteri resistenti (4)	Contatto
Infezioni della cute o delle ferite	Ascesso o ferite che non può essere protetta	Staphylococcus aureus Streptococco Gruppo A	Contatto

Note:

- 1) I pazienti con le sindromi o le condizioni qui elencate possono presentarsi con segni e sintomi atipici (es. la pertosse in neonati e adulti può non presentare una tosse parossistica o grave). Gli indici clinici di sospetto potrebbero essere guidati tanto dalla prevalenza di specifiche condizioni nella collettività, quanto dal giudizio clinico.
- 2) I microrganismi elencati sotto questa colonna "Possibili Patogeni" non solo non sono intesi rappresentare la diagnosi completa, o anche le più probabili, ma piuttosto i possibili agenti eziologici che richiedono precauzioni aggiuntive oltre alle precauzioni standard, fino a quando essi possano essere esclusi dalla diagnosi.
- 3) Questi patogeni comprendono l'Escherichia coli 0157:H7 enteroemorragica, Shigella, Virus Epatite A e Rotavirus.
- 4) Batteri resistenti, ritenuti di speciale importanza clinica ed epidemiologica dal programma di controllo infezioni basato su raccomandazioni vigenti locali, regionali e nazionali.

5. Modalità Operative di gestione isolamento da droplets (goccioline)

Tutti gli Operatori che debbano avere un contatto stretto con esposizione a secrezioni respiratorie durante manovre assistenziali come: respirazione bocca a bocca, intubazione endotracheale, esame ravvicinato dell'orofaringe, BLS e rianimazione cardiorespiratoria, assistenza diretta durante vomito o tosse, e comunque entro 3 metri da pazienti con sospetto e/o accertata **meningite** ed altre malattie trasmissibili per goccioline (es. pertosse, difterite faringea, influenza) sono a rischio di contagio. Devono pertanto osservare le seguenti indicazioni operative:

- Assicurarsi che il mezzo di soccorso abbia in dotazione
 - ▶ Antisettico
 - ▶ Guanti monouso
 - ▶ Mascherine chirurgiche
 - ▶ Occhiali protettivi (dotazione individuale)
- Applicare le precauzioni standard sopra elencate
- Evitare che personale non strettamente indispensabile alle operazioni di soccorso abbia contatti stretti con il paziente (meno di tre metri)
- Informare il personale della struttura presso la quale il paziente viene trasferito

Se le condizioni operative lo permettono, invitare il paziente ad osservare le seguenti norme di igiene respiratoria per prevenire la diffusione di microrganismi ad altri degenti o all'ambiente (cough etiquette).

- **Far indossare al paziente una mascherina chirurgica oppure far coprire il naso e la bocca con salviette di carta durante i colpi di tosse;**
- Applicare queste precauzioni a pazienti febbrili con segni di infezione respiratoria o di raffreddore (tosse, congestione, rinorrea, aumentata produzione di secrezioni respiratorie);
- Alcune infezioni non sono accompagnate da febbre ma possono comunque essere trasmesse (pertosse, raffreddore); applicare quindi queste precauzioni a persone con asma, riniti allergiche, o malattie croniche con ostruzione polmonare;

A fine trasporto:

- **In caso di contaminazioni evidenti** con materiale organico proveniente dal paziente procedere alla sanificazione del mezzo di soccorso seguendo quanto definito nella sezione apposita di questa procedura
- In caso di sospetta contaminazione, ove non siano stati indossati camici o tute (DPI), sostituire la divisa
- Eseguire un accurato lavaggio antisettico delle mani

In caso di ESPOSIZIONE ACCIDENTALE sottoporsi ad una valutazione per eventuale invio a sorveglianza sanitaria contattando la Direzione Sanitaria (0655100841 o 3402501741).

6. Modalità Operative di gestione isolamento delle misure di isolamento respiratorio

1. **Tutti** gli Addetti al Soccorso Paz. con TBC bacillifera accertata, sospetta, probabile o che presentino **uno dei seguenti segni/sintomi**

<u>Tosse persistente da almeno 15 giorni</u>	<u>Emoftoe</u>	<u>Febbre e sintomatologia respiratoria</u>	<u>Febbre e Dimagrimento</u> significativo (per es. >5 Kg nelle ultime 2 settimane)	<u>Febbre e Sudorazione</u> notturna
<u>Febbre e Precedenti Clinici</u> d'infezione/malattia tubercolare (ricoveri, trattamenti specifici specie se incompleti, positività alla tubercolosi)		<u>Febbre e Contatti prolungati e ravvicinati</u> (ad es. convivenza, degenza ospedaliera precedente) con persone con TB polmonare attiva, situazioni di elevata promiscuità abitativa		

2. **Gli Operatori Addetti al Soccorso non immunocompetenti** per Varicella (anche Herpes Zoster disseminato) o Morbillo sospetta/o, probabile o accertata/o

non appena entrano nell'ambiente confinato (abitazione, stanza presso strutture di ricovero, ecc...) e durante il trasporto sul mezzo di soccorso (cellula sanitaria dell'Autoambulanza, Elicottero, ecc...) osservano le seguenti indicazioni operative:

- Assicurarsi che il mezzo di soccorso abbia in dotazione Filtranti Facciali anti-Polvere di III classe (FFP3) e Mascherine Chirurgiche
- **Applicare le precauzioni standard sopra elencate**
- **Indossare la mascherina di secondo livello**
- Far indossare al paziente mascherina chirurgica facendo coprire naso e bocca, ove non vi siano condizioni cliniche che lo impediscano
- Evitare la presenza di altre persone e/o di altri Operatori non protetti o la cui collaborazione non sia indispensabile nell'ambiente confinato in cui si trova il paziente
- Chiudere il finestrino di comunicazione tra cabina di guida e cellula sanitaria dell'Autoambulanza
- Se possibile lasciare il finestrino del mezzo di soccorso aperto

Altrimenti

- Regolare il sistema di condizionamento/climatizzazione in modo da non consentire il ricircolo dell'aria

A fine trasporto:

- In caso di contaminazioni evidenti con materiale organico proveniente dal paziente procedere alla sanificazione del mezzo di soccorso secondo le procedure
- In caso di sospetta contaminazione, ove non siano stati indossati camici o tute (DPI), sostituire la divisa
- Eseguire un accurato lavaggio antisettico delle mani
- Se presente sul m.d.s. attivare lo sterilizzatore d'aria per 30'; se presente attivare sul mezzo il sistema di ricambio aria in **aereazione vano** a 20 ricambi/ora per 20'

In caso di ESPOSIZIONE ACCIDENTALE sottoporsi ad una valutazione per eventuale invio a sorveglianza sanitaria contattando la Direzione Sanitaria (0655100841 o 3402501741)

7.Indicazioni operative per la gestione successiva all'esposizione accidentale ad agenti biologici

Le seguenti indicazioni o Misure Immediate Post-Esposizione,vanno applicate ogni qualvolta si sia verificata con ragionevole dubbio una esposizione a materiale biologico

LESIONI PERCUTANEE (punture/oggetti taglienti)

- Far sanguinare la ferita per qualche secondo
- Lavare la ferita con acqua e sapone e quindi disinfettare con Betadine o Clorexidina o altro disinfettante in dotazione
- Rimuovere eventuali corpi estranei presenti

CONTAMINAZIONE DI MUCOSE

- Irrigare abbondantemente con soluzione fisiologica o con acqua sterile o con acqua corrente

In caso di ESPOSIZIONE ACCIDENTALE sottoporsi ad una valutazione per eventuale invio a sorveglianza sanitaria contattando la Direzione Sanitaria (0655100841 o 3402501741)

8.Indicazioni operative per la sanificazione mezzi di soccorso

Modalità di pulizia dell'ambulanza:

1. preparare le frange, i panni e le attrezzature necessarie in base alla metodologia scelta (pre-impregnato, spray o secchiello) e la soluzione detergente/disinfettante,
2. indossare i guanti,
3. rimuovere la biancheria sporca, raccogliere e gettare negli appositi contenitori di rifiuti ed il materiale usato (garze, medicazioni, confezioni sterili aperte e non utilizzate...),
4. **con panno imbevuto** di soluzione detergente lavare il materassino, il cuscino della barella, tutte le suppellettili, le superfici interne, e le attrezzature dell'ambulanza,
5. disinfettare **con panno imbevuto** di soluzione disinfettante e lasciare agire per il tempo previsto in etichetta, tutte le attrezzature (barelle, sedie, steccobende, collari, telo, ...),
6. detergere il pavimento,
7. rifornire la cassetta dei medicinali (dove presente), sostituire i sussidi monouso: cannule, filtri, maschere, tubi di raccordo, garze, PVM ...; controllare e/o sostituire le bombole di ossigeno vuote,
8. lavarsi accuratamente ed abbondantemente le mani dopo qualsiasi servizio,
9. cambiarsi se gli indumenti sono sporchi.

Altre Raccomandazioni

- in caso di superfici visibilmente contaminate con materiale organico (sangue, feci, vomito) si deve procedere alla decontaminazione nel seguente modo: indossare guanti e mascherina di protezione
- versare il prodotto disinfettante sul materiale da rimuovere, fino a coprirlo completamente
- lasciare agire secondo quanto riportato nell'etichettatura del prodotto
- rimuovere il tutto con panno monouso
- le soluzioni a base di cloro, devono essere usate alle concentrazioni previste in etichetta e bisogna sempre rispettare il tempo di contatto; dopo la disinfezione, occorre rimuovere i residui del prodotto dalle superfici


Momenti in cui effettuare la disinfezione della cellula sanitaria

- al termine di un trasporto a rischio infettivo o biologico
- periodicamente: almeno due volte al mese
- la pulizia del mezzo è da eseguirsi almeno 2 volte alla settimana se non più frequentemente

Metodica di detersione e disinfezione del materiale sanitario non monouso

- lavare con acqua e detergente a bassa schiumosità
- disinfettare (ad esempio immergere in soluzione di ipoclorito di sodio al 5% per 15-20 minuti), risciacquare abbondantemente.

In alcuni casi è buona regola indossare due paia di guanti (uno sopra l'altro). In primo luogo perché un guanto si può lacerare (o peggio che presentare microrotture difficilmente visibili), in secondo luogo perché, in caso di bisogno si può togliere il primo guanto, evitando di spargere materiale organico.

 <p>Croce Rossa Italiana Comitato Provinciale di Roma</p>	LINEA GUIDA	DIREZIONE SANITARIA
	TRASFERIMENTO DEI PAZIENTI DALL'OSPEDALE DI CIVITAVECCHIA AL POLICLINICO GEMELLI	

Linee guida di comportamento per il trasferimento dei pazienti dall'ospedale di Civitavecchia al Policlinico Gemelli

Scopo

Lo scopo di questo documento è di tutelare il personale della postazione di Civitavecchia nell'applicazione del protocollo che Ares ha stipulato con l'Ospedale San Paolo per il trasferimento dei pazienti in imminente pericolo di vita presso il Policlinico Gemelli o verso altro nosocomio.

Campo di Applicazione

Tutti gli operatori 118 (autisti/soccorritori, infermieri, medici) indipendentemente dalla loro relazione di lavoro con il Comitato Provinciale, i volontari dei Comitati Locali e i tirocinanti in servizio presso la postazione di Civitavecchia.

In questo documento la totalità delle figure appena elencate è definita come "personale".

Inquadramento Generale

L'azienda Ares118, nella persona del suo Direttore Sanitario, ha stilato e concordato un protocollo di trasferimento (che si allega al seguente documento) di pazienti in imminente pericolo di vita dall'Ospedale San Paolo al Policlinico Gemelli indicato come HUB per la gestione di eventi cardio e neurovascolari acuti oltre che di neurotraumi. L'ospedale San Paolo non è in grado di gestire compiutamente questi pazienti a causa dell'assenza di strutture di assistenza avanzata. Il protocollo prevede che possa essere l'ALS CVT a eseguire il trasferimento. Tuttavia, può accadere che i pazienti di cui è proposto l'invio non ricadano nelle categorie definite nella procedura allegata, oppure che il paziente non venga poi accettato dal Policlinico Gemelli e che l'ALS CVT venga utilizzata come navetta da e per il San Paolo. Un'ulteriore difficoltà è rappresentata dall'impossibilità di lasciare in consegna il paziente al triage del Gemelli in quanto lo stesso viene lasciato sulla barella della ALS con conseguenti lunghi tempi di attesa del mezzo e dell'equipaggio a Roma lasciando scoperto il territorio di Civitavecchia. **A tal proposito si ricorda che la responsabilità della copertura della zona di Civitavecchia con il mezzo ALS è di ARES118 e non della CRI.** Tuttavia è eticamente corretto porsi il problema della copertura del territorio di Civitavecchia e anche per tale ragione è stato redatto questo protocollo.

Indicazioni di comportamento

1. Secondo il protocollo citato il medico della ALS deve concordare con il collega del DEA che propone il trasferimento sulla effettiva stabilità delle condizioni cliniche del paziente. A tal proposito la Direzione Sanitaria CRI propone le seguenti buone pratiche:
 - A. Qualora si concordi che il paziente è realmente in imminente pericolo di vita, considerata la fondamentale importanza dell'esecuzione di procedure di neurochirurgia o di angioplastica per l'outcome di queste patologie, è bene cercare di portare il paziente presso il Gemelli. Questo proprio perché non vi sono alternative valide nella gestione clinica.
 - B. Nella consapevolezza della criticità di questi trasporti, la Direzione Sanitaria CRI invita tutti i colleghi medici a impostare le relazioni con i colleghi del DEA in modo non conflittuale e collaborativo, e con i familiari del paziente in modo da condividere i rischi e i pericoli che tali trasporti implicano senza dimenticarne tuttavia l'importanza.

- C. Si consiglia sempre di scrivere in cartella e firmare che i familiari sono stati resi edotti dei pericoli e di far controfirmare agli stessi.
 - D. Qualora non si concordi con il DEA sulla reale stabilità del paziente, si suggerisce di chiamare il medico di centrale operativa del 118 avendo sempre in mente il punto 1.A di questo testo e il bene ultimo del paziente, nostro primo obiettivo da raggiungere.
 - E. Se non si ritiene che le condizioni del paziente possano fargli superare il trasporto, si invita alla massima assertività con i colleghi del DEA per evitare qualunque tipo di conflitto in particolare nei modi più che nei contenuti.
2. Qualora l'equipaggio e in particolare il medico deduca che il paziente non sia in reale pericolo di vita si suggerisce di far presente tale punto di vista al DEA corroborandolo con la lettura del protocollo ARES allegato. Se questo non è sufficiente si suggeriscono le seguenti buone pratiche:
 - A. Contattare il medico di centrale 118 comunicando che il San Paolo sta attivando una procedura di trasferimento fuori dal protocollo. Sottolineare la preoccupazione a riguardo della scoperta di servizio di emergenza territoriale con ambulanza medicalizzata per un trasferimento che a giudizio del medico della ALS è improprio.
 3. Qualora il mezzo e la barella vengano bloccati per più di 30 minuti al DEA del Policlinico Gemelli si suggeriscono le seguenti buone pratiche:
 - A. Comunicare al medico di Centrale Operativa 118 il blocco improprio del mezzo e ripetere la comunicazione più volte se l'attesa si protrae.
 - B. Inviare un resoconto scritto con i dati del soccorso e una breve descrizione dell'accaduto alla mail della Direzione Sanitaria CRI.
 - C. Se l'attesa si protrae per più di 60 minuti contattare il Direttore Sanitario CRI per via telefonica (0655100841 o 3402501741).

 <p>Croce Rossa Italiana COMITATO PROVINCIALE DI ROMA</p>	PROCEDURA	DIREZIONE SANITARIA
	GESTIONE DEL MATERIALE, DEI MEZZI E DELLE POSTAZIONI DI 118	

Procedura per la gestione del materiale, dei mezzi e delle postazioni di 118

Rev	Redatta	Parti modificate	Verificata
1	Direttore Sanitario 28/2/2015	Titolo, indice, indicazioni operative, aggiunta paragrafo sulla check list informatica e riferimenti in merito, controllo sulla redazione delle check list	Direttore Area Operativa 28/2/2015

INDICE

1. Scopo
2. Indicazioni operative
3. Gestione informatica del materiale
4. Compilazione della Check List al cambio turno
5. Controlli sulla compilazione delle Check List
6. Allegati
7. Modelli

1. Scopo

Il personale gestisce ed utilizza un gran numero di strumenti sanitari e non durante la propria attività. Tali strumenti sono definiti da ARES118 come garanzia per il mantenimento di un elevato standard di servizio. Scopo di questa procedura è consentire al personale di avere costante contezza del materiale e della sua efficienza. Scopo secondario è quello di rendere noto, in tempo reale, la quantità e la posizione di tutti i beni del Comitato Provinciale acquistati per il servizio di emergenza territoriale.

2. Indicazioni operative

1. Custodire sia nel mezzo che in postazione una copia delle procedure operative (responsabile Responsabile del Mezzo e della Postazione).
2. Il materiale utilizzato deve essere sempre reintegrato dall'equipaggio in turno in modo tale che al momento del cambio l'ambulanza sia perfettamente equipaggiata e possa superare la Check List. L'equipaggio montante ha il compito di eseguire la Check List ogni volta che inizia il proprio turno.
3. La responsabilità del mezzo, del materiale è **di coloro che sono in turno** in quel momento, indipendentemente dal fatto che sia stata eseguita la check-list.
4. Qualora dalle Check List manchi qualcosa è responsabilità di colui che le compila segnalare al Focal Point di competenza (Infermiere per il materiale sanitario, Autista per il mezzo) le mancanze, in modo tale che quest'ultimo possa inoltrare le richieste al Servizio di Approvvigionamento. Solo in caso di mancanze che determinino il FERMO MEZZO (vedi 2.2) è possibile contattare direttamente il Servizio di Approvvigionamento allo 0655100130. In ogni altro caso ciò non è consentito e il Servizio di Approvvigionamento non esaudirà la richiesta.
5. Il materiale sanitario per i servizi del solo Comitato Provinciale viene richiesto dal Focal Point attraverso l'invio di una mail a serviziofarmaceutico@criroma.org. Lo stesso materiale viene consegnato secondo il seguente schema:

PROGRAMMAZIONE CONSEGNA ALLE POSTAZIONI					
Martedì 1° settimana	Mercoledì 1° settimana	Martedì 2° settimana	Martedì 3° settimana	Martedì 4° settimana	Mercoledì 4° settimana
TIBURTINO	VILLA ADRIANA	NOMENTANO	LARIANO	CIVITAVECCHIA	EUR
PRENESTINO	GUIDONIA	FONTE NUOVA	FRATTOCCHIE	SAN NICOLA	UMANESIMO
PRENESTINO 1	VICOVARO	CASSIA	P.TE TESTACCIO	S. SEVERA	P.TE GALERIA
POLICLINICO	REPUBBLICA	NOMENTANO 1	CASILINO		PALOCCO
POPOLO		MORLUPO	CASILINO 1		

6. Il ritiro/consegna delle schede carburanti, nonché ritiro, se necessario, delle schede di soccorso e dei rifiuti sanitari avverrà secondo il seguente programma:

PROGRAMMAZIONE <u>RITIRO</u> ALLE POSTAZIONI			
GIOVEDI 1° settimana	GIOVEDI 2° settimana	GIOVEDI 3° settimana	GIOVEDI 4° settimana
LARIANO	CIVITAVECCHIA	TIBURTINO	NOMENTANO
FRATTOCCHIE	M.na di S. NICOLA	PRENESTINO	FONTENUOVA
PONTE TESTACCIO	S. SEVERA	PRENESTINO 1	CASSIA
CASILINO	EUR	VILLA ADRIANA	NOMENTANO
CASILINO 1	UMANESIMO	GUIDONIA	MORLUPO
	PONTE GALERIA	VICOVARO	
	CASAL PALOCCO	POLICLINICO	
		P.zza del POPOLO	
		REPUBBLICA	

7. Ogni 2 settimane devono essere svolti i seguenti controlli di cui hanno la responsabilità i Focal Point e i Responsabili del Mezzo e della Postazione a doppia firma. Una volta eseguito il controllo il Focal Point deve firmare l'apposito modello (Mod. 3):
- Controllo scadenze farmaci
 - Disinfezione del mezzo come da procedura "INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PREVENZIONE E PROTEZIONE DEGLI OPERATORI ADDETTI AL SOCCORSO DA INFEZIONI OCCUPAZIONALI DOVUTE AD ESPOSIZIONE AD AGENTI BIOLOGICI"
 - Controllo presenza delle procedure sul mezzo e in postazione

3. Gestione informatica del materiale

- Ogni Focal Point deve redigere l'inventario del materiale posseduto dalla postazione e, dopo aver ricevuto l'ok dal servizio informatico inserirlo dentro al sistema di Gestione Postazioni (Ge.Po.). Tale inventario diventa quindi visibile in tempo reale dal Servizio Farmaceutico.
- Il Team Leader, al momento dell'inserimento del servizio nel G.A.S., inserisce anche la quantità e qualità del materiale utilizzato. Questo aggiornerà automaticamente l'inventario.
- All'inizio di ogni turno viene compilata la check list nel sistema Ge.Po dai sanitari in servizio.

4. Compilazione della Check List al cambio turno

- Verificare mezzi (autista) e materiale (infermiere o medico) all'inizio di ogni turno apponendo una firma nel modello allegato (mod. 1 e 2). Il modello 1 riguarda gli autisti, il modello 2 il personale sanitario. In questo modo l'operatore che firma prende in carico il mezzo in modo ufficiale. **Se presente in postazione l'abilitazione informatica al Ge.Po. tale firma è sostituita integralmente dall'uso del tablet.**
- I Mod. 1e 2 devono essere conservati sul mezzo, archiviati in postazione ogni volta che tutti gli spazi vengono compilati e immediatamente reintegrati nella cartellina sul mezzo. **Se presente in postazione l'abilitazione informatica al Ge.Po. tale passaggio è sostituito integralmente dall'uso del tablet.**
- Al passaggio del ritiro delle schede 118 i modelli completati devono essere inviati in Direzione Sanitaria per la revisione del lavoro al fine di promuovere interventi mirati al

miglioramento della qualità del servizio. **Se presente in postazione l'abilitazione informatica al Ge.Po. tale passaggio è sostituito integralmente dall'uso del tablet.**

4. Nella sezione NOTE dei mod. 1 e 2 dovranno essere indicate le mancanze di materiale o del mezzo rispetto al turno precedente. Dovranno inoltre essere indicati eventuali cambi di mezzo e in generale ogni cosa che può risultare notevole, in STAMPATELLO e in grafia comprensibile. **Se presente in postazione l'abilitazione informatica al Ge.Po. tale passaggio è sostituito integralmente dall'uso del tablet.**
5. Le check list da controllare sono quelle di ARES118 (all. 1 e 2) e quella dei mezzi (all. 3). La firma sul mod. 1 e 2 vale come conferma del controllo dell'intera Check List.
6. **DEFIBRILLATORI.** Ogni volta che viene verificata la presenza del DAE questo deve essere acceso e ne deve essere certificata l'effettiva. I controlli sul funzionamento dei Monitor Manuali devono essere svolti **con il minimo utilizzo di carta per gli ECG possibile e SOLAMENTE all'inizio del turno della mattina.** Tali stampe devono essere conservate e inviate con i fogli firma delle Check List in Direzione sanitaria.
7. La Check List per gli estintori deve essere effettuata verificando la presenza degli stessi e la data di scadenza della revisione.

5. Controlli sulla compilazione delle Check List

1. Entro il mese successivo tutte le check list vengono raccolte presso la Direzione Sanitaria
2. Entro il 10 del secondo mese successivo la compilazione il Direttore Sanitario identifica almeno 7 postazioni cui verificare la corretta compilazione delle Check List. Il Responsabile Tecnico di Area Sanitaria, su mandato del Direttore Sanitario analizza la compilazione delle Check List e notifica i risultati in Direzione Sanitaria.
3. Ogni 4 mesi devono essere controllate tutte e 26 le postazioni
4. Il Direttore Sanitario, compila opportuno report e valuta le seguenti azioni:
 - a. Inoltra in Area Risorse Umane per eventuali provvedimenti di natura disciplinare
 - b. Contatta direttamente il personale allo scopo di migliorare la qualità compilativa
 - c. Chiede conto di eventuali dati immessi e li verifica
 - d. Monitora nei mesi successivi la compilazione



AII. 1



Regione Lazio
Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118



CHECK LIST ALS

ZAINO DI SOCCORSO			
Farmaco	n°	Farmaco	n°
Acetil salicilico 500 mg fl (Rietadol)	5	Dopamina 200 mg fl (Revivan)	5
Adrenalina 1 mg fl	10	Efedrina 25 mg fl	5
Aloperidolo fl (Serenase)	1	Eparina basso peso molecolare 12000 U.I.	1
Aminofillina 240 mg Fl (Tefamin)	5	Flumazenil 1 mg fl (Anexate)	5
Amiodarone 150 mg fl (Cordarone)	5	Furosemide 20 mg fl (Lasix)	10
Atenolo fl 10 ml (Tenomin)	1	Glucosio 33% 10 ml fl	10
Atracurio 50 mg fl (Trachium)	5	Idrocortisone 1G (Flebocortid)	2
Atropina 1 mg fl	10	Isosorbide dinitrato cp (Carvasin)	10
Betametasona 4 mg fl (Bentelan)	3	ketoralac 30 mg fl (Toradol)	3
Bicarbonato di sodio 1o ml fl	10	Lidocaina 2% 10 ml fl	5
Butil-scopolamina bromuro fl (Buscopan)	2	Lidocaina Cloridrato 1% (Luan)	1
Calcio cloruro 10 ml fl	5	Magnesio solfato 1G 10ml fl	5
Clonidina 150mg fl (Catapresan)	5	Metilprednisolone 1G (Solumedrol)	2
Clorpromazina cloridrato fl (Largactil)	1	Metoclopramide 10mg fl (Plasil)	5
Diazepam 10 mg fl (Valium)	5	Midazolam 15 mg fl (Ipnovel)	5
Diazepam 5 mg (Micronoan)clis*	2	Naloxone 0,4 mg fl (Narcan)	5
Diazepam gtt (Tranquirit)	1	Nitroglicerina 5 mg fl (Venitrin)	5
	n°	Stupefacenti	n°
Morfina 10 mg fl *	2	Fentanyl 2 ml fl (Fentanest)*	2
		ketamina 2 ml fl (Ketalar)*	2
Presidio	n°	Presidio	n°
Aghi cannula 14-16-22-24 cad.	2	Drenaggio toracico	2
Aghi cannula 18-20 cad.	6	Filo seta 3,0/4,0 *	1
Ambu adul. ped. cad.	1	Filtro antibatterico adul. e ped. Cad	2
Bende orlate 10 cm	2	Forbici	1
Bende orlate 5 cm	2	Forbici bottonute	1
Bisturi monuso	1	Garze 10x10 kg	1/2
Borsa termica	1	Guanti monuso L-M-S cad.	60
Cannula Guedel 0-1-2 cad.	1	kit medicazione sterile	2
Cannula Guedel 3-4-5 cad.	3	Fascia pneumatica *	1
Catere vescicale Foley 18	1	Laccio emostatico	2
Catere vescicale Foley 20	1	Maschera O2 BLB ad e ped cad	5
Catheter mouth	2	Maschera O2 BLB ad e ped cad	2
Cerotto 2,5x9,14 cm	2	Maschere facciali 2-3-4-5 cad.	2
Cerotto 5x9,14 cm	2	Maschere facciali 1-6 cad.	2
Collare cervicale adul. e ped. cad	1	Maschera chirurgica	5
Deflussore microgoccia	5	Metallina	2
Deflussorie standard	10	Pezza laparotomica	5
Liquido	n°	Liquido	n°
Sacca Fisiologica 0,9% f/c 100 cc		Sacca Voluven/Emagel	
		2 (plasma expander)	2
Sacca Fisiologica 0,9% f/c 500cc*	2	Ringer Lattato flc plastica 500cc*	1
		Sacca Mannitolo 18% 250 ml flc*	1
Disinfettante	n°	Disinfettante	n°
Amuchina flc 500ml/1000 ml*	1	Acqua Ossigenata 250/1000 ml*	1
Antisettico disin. Mani s / acqua*	1	Disinfettante Jodato 250 ml*	1



Regione Lazio
Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118



CHECK LIST ALS

ALLESTIMENTO DI BORDO			
Apparecchiature			
Deibrillatore Lp 12	n°	Aspiratore Laerdal	n°
Cavo a 3 derivazioni	1	Raccordi biconici	1
Cavo a 12 derivazioni	1	Sacca raccolta liquidi 1000 ml	1
Piastre Rigide Adulti coppia	1	Sondini per aspirazione 6-18 cad	1
Piastre Rigide Ped. coppia	1	Tubo	1
Cavo Quick Combo	1		
Batterie	2	Laringoscopio	1
Pach per defibrillazione monuso (coppie)	2	Lame adulti	3
Saturimetro	1	Lame pediatriche	1
Carta per ECG	1	Manico	1
Gel per defibrillazione	1	Batterie mezze torce	4
Rasoio a perdere	4	Lampadine scorta	2
Elettrodi monuso ad. / ped.	20/2	Pinza Magill ad ped cad.	1
Bracciale P.A.	1	Mandrino adulti	1
Accumulatore per test di scarica	1	Mandrino pediatrico	1
		Respiratore Automatico	n°
		Tubo corrugato	1
		Bombola O2 litri 1	1
		Glucotrend	1
		Sensori	25
		Lancette pungidito	25
		Batteria di scorta	1
		Spremisacca *	1
		Pompa siringa *	1
		Saturimetro portatile*	1
		Frigorifero farmaci	1
		Riscaldatore farmaci*	1
		Sfigmomanometro	1
		Fonendoscopio	1
Presidi			
Tavola Spinale	n°	Barella a rotelle autoc.nte	n°
Tappetino	1	Ked	1
Mentoniere	2	Barella a Cucchiaino	1
Torrette Ferracapo	2	Bombola x O2 litri 2	1
Cinghie	3	Bombola x O2 litri 5	2
Cellulare di servizio	1	Casco antinfortunistico	4
U.P.I. (dispositivi prot. indiv)	1	Fascia pneumatica* per arti	2
Occhiali di protezione	3	Kit Steccobende 4 pezzi	1
Tute in TNT (in postazione)	1	Materassino a depressione	1
Filtranti facc. (FFP) II-III livello	3	Ragno	1
Guanti Vinile- Lattice s/polvere	qb	Riduttore Ossigeno bomb.it 2	1
Modulistica	n°	Riduttore Ossigeno bomb.it 5	2
Pennarello nero	1	Sacca arti*	2
Cartellini di triage Maxi Emergenze	30	Sedia Portantina	1
Blocca schede	1	Telo a sei manici portainfermi	1
Schede di soccorso	30	Telo salma	2
Schede constat.ne di decesso	10	Termometro *	1
Algoritmi procedure plastificati*	1	Camice/cropicapocalzani monuso cad.*	3
		tune/fumogeni/brilli/nastro cad	1



AII. 2



Regione Lazio Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118

CHECK LIST BLS



ZAINO DI SOCCORSO

Farmaco	n°	Farmaco	n°	Farmaco	n°
Adrenalina 1 mg fl	10	Isosorbide dinitrato(Carvasin)cp	10	Diazepam (Micronoan) fl 5 mg *	2
Acido acetilsalicylico (Aspirina) 0,3 cp	10	Glucosio 33 % fl	10	Ketoralac (Toradol fl)	3
Atropina Solfato (Atropina) 1mg fl	10	Furosemide (Lasix) fl	5	Diazepam (Tranquirit) gtt	1
Betametasona (Bentelan) 4mg fl	3	Lidocaina Cloridrato 1%(Luan)	1	Prometazina fl (Farganesse)	2
Salbutamol spray(Broncovaleas/Valium)	1	Naloxone (Narcan) fl	5	Bustine di zucchero	20
Presidio	n°	Presidio	n°	Presidio	n°
Aghi Butterfly G 21-23 cad	5	Contenitore Taglienti piccolo *	1	Maschera x O2 standard adulti	5
Aghi Cannula G14-16-22 cad	2	Deflussore standard	5	Maschera x O2 standard ped.	2
Aghi Cannula G18-20 cad	4	Forbici bottonute	1	Metallina (coperta termica)	2
Ambu monuso adulti	1	Garze compresse Kg	1	Pinza ombelicale	1
Ambu monuso pediatrico	1	Guanti Lattice monouso L-M-S cad	100	Sacca urine	2
batteria scorta Glucometer	1	Guedel 0-1-2 cad	1	Siringhe 3-5-10-20 cad	5
Benda orlata 5cm-10 cm cad	2	Guedel 3-4-5 cad	3	Siringa insulina	2
Cateteri Foley 18-20 cad	1	Fascia pneumatica per arti *	1	Tube Laringeo adul. ped. cad.*	2
Cerotti seta/tela 5x9,14	1	Laccio emostatico	2	Cateter mouth	2
Cerotti seta/tela2,5x9,14	1	Maschera Chirurgica	5	Termometro*	1
		Maschera facciale 2-3-4-5 cad	1		
Liquido	n°	Liquido	n°	Liquido	n°
Sacca fisiologica flc 100/500cc* cad	2	Sacca voluven/Emagei (plasma expander)	2	Ringer Lattato flc plastica500cc *	2
Disinfettante	n°		n°		n°
Amuchina flc 500ml/1000 ml *	1	Acqua Ossigenata 250/1000ml*	1	Alcolico 250 ml *	1
Antisettico disinf. Mani s / acqua*	1	Disinfettante Iodato 250 ml*	1		
		Glucometer	1		
Sfigmomanometro	1	batteria di scorta Glucometer	1	Sensori Glucotrend	25
Fonendoscopio	1	Lancette pungidito	25		

ALLESTIMENTO DI BORDO

Defibrillatore Lp 12	n°	Defibrillatore Fr 2	n°	Aspiratore Laerdal	n°
Cavo a 3 derivazioni	1	Cavetto a tre derivazioni	1	Sondini per aspirazione 6-18 cad	1
Cavo a 12 derivazioni	1	Rasoio a perdere	4	Raccordi biconici	1
Piastre Rigide Adulti coppia	1	Patch per defibrillazione	4	Sacca raccolta liquidi 1000 ml	1
Piastre Rigide Ped. coppia	1	Elettrodi monuso ad. / ped.	30/15	Tube	2
Cavo Quick Combo	1	Batteria	1		
Batteria	2			Frigorifero farmaci	1
Patch per defibrillazione	4	Borsa termica	1	Riscaldatore farmaci *	1
Saturimetro/prolunga	1				
Carta per ECG	2				
Gel per defibrillazione	1	Cellulare di servizio	1	Sacca arti	2
Rasoio a perdere	4				
Elettrodi monuso ad. / ped.	30/15				
Bracciale P.A.	1				
Accumulatore test scarica	1				
Tavola Spinale	n°	Barella a rotelle autoc.n.te	n°		n°
Tappetino	1	Coperta di lana	1	Padella	1
Mentoniere	2	Lenzuolo	4	Pappagallo	1
Torrette Fermacapo	2	Materassino barella	1	Sacca monouso per Padella *	2
Cinghie	3	Cinghie barella	3	Sacca monouso per Pappagallo*	2
Modulistica	n°	Barella a Cucchiaio	n°		n°
Pennarello nero	1	Casco antinfortunistico	3	Riduttore Ossigeno bomb.lt 2	1
Cartellini di triage Maxi Emergenze	30	Collare cervicale adulti	1	Riduttore Ossigeno bomb.lt 5	2
Blocca schede	1	Collare cervicale pediatrico	1	Bombola x O2 litri 2	1
Schede di soccorso	30	Estintore 3 Kg cabina	1	Bombola x O2 litri 5	2
Schede constatazione decesso	5	Estintore 3 Kg cellula	1	Telo a sei manici	1
Algoritmi procedure plastificati*	1	Sedia Portantina	1	Telo salma	1
Accessori sicurezza	n°	Gabbietta portafebo	2	D.P.L.(dispositivi protezione individuale)	n°
fune/tumogeni/brilli/nastro	1	Ked	1	Occhiali di protezione	3
Faro di ricerca fisso o portat.	1	Kit Steccobende 4 pezzi	1	Guanti Vinile- Lattice s/polvere	qb
Set da scasso	1	Materassino a depressione	1	Filtranti facciali (FFP) II-III livello	3
Stradario AZ	1	Ragno	1	Tute in TNT (in postazione)	3

AII. 3 CROCE ROSSA ITALIANA

CONTROLLO ORDINARIO SOMMARIO SUL VEICOLO DI SOCCORSO

(A CURA DELL'AUTISTA C.R.I. IN SERVIZIO)

TARGA VEICOLO	TIPO VEICOLO	CONTROLLO	Chilometri	Data controllo
CRI		ORDINARIO SOMMARIO		
VISIVO ESTERNO e INTERNO		Note		
danni alla carrozzeria				
danni alla tappezzeria				
stato dei pneumatici (usura, pressione ecc.)				
controllo pulizia interna ed esterna				
STRUMENTI DI SEGNALAZIONE, COMANDO e SICUREZZA		Note		
prova dispositivi di segnalazione ottici ed acustici (compresi i supplementari)				
controllo efficienza apparato radio (tramite prova radio con la propria Sede CRI)				
prova efficienza tergicristallo				
Prova efficienza condizionatore vano guida				
DOCUMENTAZIONE e DOTAZIONE DI BORDO		Note		
tagliando assicurazione e carta di circolazione				
modulistica di servizio (cartine,moduli ASL, scheda rifornimento, ecc)				
presenza, stato di carica e revisione estintori				
presenza, stato d'uso ruota scorta e dotazioni relative (cric, chiave, cacciavite, ecc...)				
presenza triangolo				
presenza torce a vento (segnalazione incidenti)				
presenza fari di illuminazione e segnalazione				
presenza giubbino ad alta visibilità (da utilizzare in assenza di uniforme ad alta visibilità)				
VANO MOTORE		Note		
livello olio motore				
livello liquido di raffreddamento				
liquido freni				
liquido servosterzo (se presente)				
liquido tergicristalli				
controllo visivo generale per accertare eventuale perdita di fluidi o altre anomalie				
ALTRO		Note		
VANO SANITARIO		Note		
impianto ossigeno (O ²)				
bombole (O ²), validità, rispondenza alle norme				

CHECK LIST AUTISTI MOD.1



Croce Rossa Italiana
Comitato Provinciale di Roma

POSTAZ. _____

MESE _____ N° prog: _____

	DATA	NOME E COGNOME	FIRMA	NOTE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				



Croce Rossa Italiana
Comitato Provinciale di Roma

CHECK LIST MEDICI /INFERMIERI MOD.2

POSTAZ.	
----------------	--

MESE	N° prog:
-------------	-----------------



	DATA	NOME E COGNOME	FIRMA	NOTE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				



Croce Rossa Italiana
Comitato Provinciale di Roma



CHECK LIST MOD.3

POSTAZ.	
---------	--




Croce Rossa Italiana
COMITATO PROVINCIALE DI ROMA

F.POINT INF.
F.POINT AUT.

MESE	N° prog:
------	----------

DATA	FIRMA	CONTROLLI	NOTE
		a. Controllo scadenza farmaci	
		b. Disinfezione del mezzo come da procedura "05 Detrattivo e Disinfezione Mezzi"	
		c. Controllo presenza delle procedure sul mezzo e in postazione	
		a. Controllo scadenza farmaci	
		b. Disinfezione del mezzo come da procedura "05 Detrattivo e Disinfezione Mezzi"	
		c. Controllo presenza delle procedure sul mezzo e in postazione	

	PROCEDURA OPERATIVA	DIREZIONE SANITARIA
	GESTIONE DEI CAMBI TURNO E DELLE BARELLE PRESSO I DEA	

Gestione dei cambi turno e delle barelle presso i DEA

Rev	Redatta	Parti modificate	Verificata
0	Direttore Sanitario 1/9/2015		Direttore Area Operativa 1/9/2015

Scopo

Lo scopo del protocollo è di uniformare le procedure di comportamento del personale sia durante il turno di lavoro, sia nei momenti di attesa/riposo in postazione e durante la permanenza presso i PS-DEA per far sì che, ad ogni livello, sia garantito un contesto appropriato alle necessità del Servizio.

Campo di Applicazione

Tutti gli operatori 118 (autisti/soccorritori, infermieri, medici) indipendentemente dalla loro relazione di lavoro con il Comitato Provinciale, i volontari dei Comitati Locali e i tirocinanti.

In questo documento la totalità delle figure appena elencate è definita come “personale”.

Gestione della barella presso i DEA

- Una volta che il paziente viene consegnato al personale del DEA e che viene inserito nel sistema GIPSE, quest'ultimo passa legalmente sotto la tutela dell'ospedale. Tuttavia, se il DEA non ha sufficienti posti letto, il paziente rimane ricoverato sulla barella dell'ambulanza del DEA sino alla liberazione di un posto letto.
- Il personale è invitato a collaborare con il triage del DEA nello spostamento della barella stessa e del paziente da e su di essa. Il personale mantiene la responsabilità del recupero della barella: per tale ragione deve rimanere presso il DEA con **tutte le unità** al fine di **vigilare sulla barella stessa e di essere pronto alla riattivazione del mezzo qualora la barella venisse liberata**.
- Tale indicazione è ancora più importante considerato che l'ambulanza potrebbe essere riattivata dalla CO di ARES118 come automedica nel caso sia una ALS o come supporto ad un altro mezzo qualora serva un'integrazione di personale o di servizio. **In tali occasioni l'equipaggio deve essere sempre pronto a ripartire**.
- Per tutte le ragioni appena elencate, l'allontanamento dal DEA non è possibile. Viene di seguito un breve elenco comunque non esaustivo di comportamenti che non giustificano l'allontanamento dal DEA:
 - Consumazione dei pasti di qualunque durata
 - Riposo notturno o giornaliero

- c. Cambio turno (se non si rispettano le indicazioni nella sezione “gestione del cambio turno”).


Blocco barella postazioni H12

L'evenienza di un blocco barella nelle postazioni h12 al termine del turno lavorativo può far emergere diverse criticità. Per far sì che, ad ogni livello, sia garantito uno stato di adeguatezza formale individuale e del Comitato vengono definite queste buone pratiche:

1. Al termine previsto del turno lavorativo il personale, nel momento che ci sia un blocco barella presso un pronto soccorso, al termine della registrazione del paziente e della ricezione del codice GIPSE, è autorizzato a concludere a rientrare in postazione.
2. Utilizzando il quaderno delle consegne ogni postazione provvederà ad avvisare i colleghi montanti la mattina successiva del blocco barella in modo da agevolare l'inizio del turno successivo. La responsabilità della comunicazione è del personale smontante. È buona norma comunicare telefonicamente al personale montante di questa evenienza al fine di evitare di coglierlo di sorpresa.
3. Se, presso alcuni comitati, vi è la possibilità di recuperare la barella attraverso l'ausilio dei volontari durante la inattività notturna della postazione, si richiede di comunicarlo allo 065510.
4. Qualora si trovasse un incidente o venga richiesto l'ausilio del mezzo di soccorso durante il rientro, il mezzo è obbligato a fermarsi, contattare la CO 118 ARES, procedere al soccorso in base alle condizioni del paziente ed attendere l'arrivo di un altro mezzo.

Gestione del cambio turno

1. I cambi turno sono da intendersi “a vista” e cioè sono possibili esclusivamente qualora il personale montante sia effettivamente giunto in postazione e sia pronto a cominciare il turno di lavoro.
2. Il personale è comunque tenuto ad attendere il proprio cambio fino a 2 ore dopo il termine del suo normale orario di lavoro indipendentemente dalla causa che motivi il ritardo del collega montante.
3. Per agevolare i tempi del cambio, qualora il mezzo sia impossibilitato a tornare in postazione, questo può essere effettuato anche in luoghi diversi. Tuttavia è possibile effettuarlo solo qualora il personale montante raggiunga tale luogo **con mezzi propri**. Se questo non è possibile il personale deve attendere il cambio in postazione.
4. Il personale, che al termine del proprio turno si trova impegnato su un servizio è **tenuto a completarlo** fino alla chiusura, senza cambi sul luogo dell'evento e/o in itinere.
5. Qualora la barella sia bloccata in un DEA e sia giunta l'ora del cambio turno, in attesa di indicazioni da parte di ARES che sostituiranno o integreranno questo protocollo, è possibile il cambio anche in postazione muovendosi sulla ambulanza solo a patto che vengano rispettate le seguenti condizioni:
 1. Lo spostamento duri il tempo minore possibile e questo sia utilizzato esclusivamente per il cambio turno.
 2. L'equipaggio smontante verifichi prima di partire dal DEA che tutto il personale che deve sostituirlo sia presente e pronto in postazione.
 3. L'equipaggio si muova tutto insieme sull'ambulanza senza separarsi (questo per evitare problemi se Ares attiva una ALS come automedica, se si incontra un incidente in itinere oppure o se la una BLS viene chiamata in supporto ad un'altra macchina).

 <p>Croce Rossa Italiana Comitato Provinciale di Roma</p>	PROCEDURA	DIREZIONE SANITARIA
	APPROVVIGIONAMENTO DEGLI STUPEFACENTI	

Procedura per l'approvvigionamento degli stupefacenti

Rev	Redatta	Parti modificate	Verificata
0	Direttore Sanitario 2/5/2015	Prima emissione	Gruppo di Lavoro Qualità 118 Prot. 461/15 17/5/2015

INDICE

1. OBIETTIVO
2. RISORSE/MATERIALI
3. FIGURE COINVOLTE
4. GESTIONE IN POSTAZIONE
5. GESTIONE DELL'ACQUISTO E DELL'APPROVVIGIONAMENTO
6. GESTIONE DEL REGISTRO

1.OBIETTIVO

Approvvigionare con farmaci stupefacenti le postazioni ALS del 118 al fine di poter gestire al meglio le condizioni sanitarie che lo richiedano rispettando le normative vigenti (il Decreto Ministeriale della Sanità 3 Agosto 2001).

2.RISORSE/MATERIALI

Le risorse necessarie sono:

- Registri di carico e scarico
- Buoni di acquisto
- Cassette con chiusura a chiave
- Armadio con chiusura a chiave per lo stoccaggio in attesa di invio

3.FIGURE COINVOLTE

- Direttore Sanitario
- Responsabile della Farmacia/Approvvigionamento
- Focal Point delle Postazioni ALS,
- Infermieri delle postazioni ALS H12
- Tutti i medici in servizio

4.GESTIONE IN POSTAZIONE

- Il **Focal Point** ha cura di controllare la corretta gestione e conservazione del registro stesso, nonché la presa in carico dei farmaci una volta consegnati dalla farmacia.
- L'**Infermiere** della postazione H12, è responsabile dell'apertura della cassetta degli stupefacenti insieme con il medico in turno.
- Il **Medico** della postazione si rende responsabile dell'assoluta corrispondenza tra giacenza contabile e giacenza reale di ogni singola sostanza e della registrazione (per ogni singolo turno) delle sostanze utilizzate, con riferimento al paziente cui sono state somministrate ed alla quantità esatta presa in carico e giacente.
- Il **Responsabile della Farmacia** che, attraverso ispezioni periodiche, controlla l'adeguato utilizzo del registro.
- Il **Direttore Sanitario** che preventivamente vidimerà tutti i registri e, a funzione di primario di tutte le postazioni, si accerterà della correttezza delle procedure.

Per quanto concerne la conservazione delle sostanze, esse sono da tenere in contenitori provvisti di chiusura con chiavi e/o codici.

CONTROLLO GIACENZE: Ogni inizio turno DEVONO essere controllate le giacenze per ogni sostanza. Qualora venisse riscontrata un'anomalia e/o non corrispondenza ne deve essere data **IMMEDIATA** comunicazione alla Direzione Sanitaria (michele.bonizzi@criroma.org) ed al servizio farmaceutico (serviziofarmaceutico@criroma.org).

APERTURA CASSETTE: Per le **postazioni H24** si utilizza un sistema di doppio controllo con doppia chiave:

- la chiave della cassetta contenente i farmaci in possesso del medico in turno, il quale provvederà a passarla in consegna ogni cambio turno al collega montante,
- la seconda chiave, dell'armadio e/o del cassetto in cui è custodita la cassetta dei farmaci, in possesso dell'infermiere in turno che in maniera equivalente la passerà all'infermiere del turno successivo.

Tale sistema fa sì che vi sia un doppio controllo sulla movimentazione delle suddette sostanze ed anche una sorta di limitazione del danno qualora una delle chiavi venisse smarrita.

Per le **postazioni H12** si utilizza il seguente sistema:

- La chiave della cassetta e dell'armadio in cui è contenuta è in carico all'infermiere di turno. Il Focal Point si occuperà di consegnare la chiave della cassetta direttamente ad ogni infermiere in turno presso la postazione che la custodirà e consegnerà al medico in turno solo in caso lui lo richieda.

SCARICO: Ogni farmaco utilizzato va scaricato sul registro, apponendo il NOME e COGNOME del paziente e NUMERO DEL SERVIZIO (GAS). Inoltre il medico dovrà apporre la propria FIRMA LEGGIBILE, NOME, COGNOME, NUMERO ISCRIZIONE ALL'ORDINE e PROVINCIA DI APPARTENENZA.

DOTAZIONE: la dotazione iniziale definita è di 10 fl per ogni specialità (Fentanest 100µg/2ml, Morfina 10 mg/1 ml, Ketamina 100 mg/2 ml) per le postazioni H24, 5 fl invece per le H12. Va fatto presente che non vi è magazzino per queste sostanze, pertanto si dovrà provvedere all'ordine delle stesse in tempi utili per l'ulteriore approvvigionamento evitando che le postazioni ne rimangano prive.

5.GESTIONE DELL'ACQUISTO E DELL'APPROVVIGIONAMENTO

ACQUISTO: E' di competenza del Direttore Sanitario, il quale, insieme al Responsabile della Farmacia, si reca presso la Farmacia Centrale o altra Farmacia dove acquisterà le suddette sostanze attraverso gli appositi buoni di acquisto. Ogni postazione avrà un proprio buono di approvvigionamento il cui numero verrà specificato sul foglio di presa in carico (vedi oltre), nonché sulle confezioni di farmaco corrispondenti.

DISTRIBUZIONE ALLE POSTAZIONI: Ogni postazione provvederà in autonomia al ritiro, presso la farmacia del Comitato Provinciale di Roma in Via B. Ramazzini, dei farmaci stupefacenti ordinati. Verrà contestualmente rilasciato al sanitario incaricato del ritiro (infermiere o medico) un foglio di presa in carico delle suddette sostanze, redatto su carta intestata, con specificata la quantità, la forma farmaceutica, il nome del farmaco ed il numero dei rispettivi lotti, indicati anche sulle singole confezioni. Di volta in volta l'incaricato al ritiro verrà nominato sulla base delle esigenze organizzative della singola postazione.

6.GESTIONE DEL REGISTRO

Ogni movimentazione deve essere registrata al più presto, e comunque entro la fine del turno, dal sanitario che ha somministrato il farmaco o da chi ha movimentato il farmaco da o verso la Farmacia. Le registrazioni devono essere realizzate, secondo un unico ordine cronologico, utilizzando un mezzo scrivente indelebile.

Nel caso in cui venga commesso un errore di compilazione bisogna tracciare una riga sul dato errato (in modo che l'errore rimanga comunque leggibile!). È sufficiente scrivere a lato il dato corretto. Se ritenuto utile, specificare nella colonna "Note" la natura dell'errore.

È vietata ogni forma di cancellazione, di abrasione o l'utilizzo di mezzi coprenti per la correzione di eventuali errori.

Quando un registro viene completato, tutti gli spazi non compilati devono essere annullati barrando le pagine, o loro parti, che non riportano registrazioni.

MODALITÀ DI COMPILAZIONE

- Casella "**Preparazione**" (1): Bisogna riportare negli appositi spazi:
 - il nome della specialità medicinale o del prodotto generico
 - la forma farmaceutica (compresse, fiale, soluzione orale ecc.)
 - il dosaggio del principio attivo in tutte lettere (es. cento mg)
 - l'unità di misura utilizzata per la movimentazione (mg, ml, unità ecc.), che deve coincidere con quella utilizzata sul registro di carico e scarico (DPR 309/90) in uso presso la Farmacia.
- Sotto il timbro della Direzione Sanitaria vi è uno spazio per il riporto delle giacenze da un'altra pagina. **da pag.** _____ : indicare il numero di pagina da cui viene riportata la giacenza.

- Se il riporto proviene da un altro registro occorre specificare il numero del registro di origine. **riporto _____ in giacenza**: indicare in cifre la quantità di farmaco in giacenza al momento dell'intestazione della nuova pagina.
- Casella “**Ordine cronol.**” (2): indicare il numero progressivo dell'operazione. Nel caso di cambio di pagina all'interno dello stesso registro bisogna proseguire con la numerazione, mentre in caso di cambio di registro è obbligatorio riprendere la numerazione da “1”.
- Casella “**Data**” (3): indicare giorno, mese ed anno della registrazione inserendo una cifra in ognuno degli spazi predisposti.
- Casella “**Numero buono approvvigionamento o restituzione**”: indicare il numero del buono di approvvigionamento o di restituzione utilizzati rispettivamente per acquisire dalla Farmacia o restituire alla Farmacia gli stupefacenti.
- Casella “**CARICO – Quantità**” (5): indicare in cifre la quantità di farmaco ricevuta in carico . Attenzione: utilizzare sempre l'unità di misura indicata nella casella (1).
- Casella “**SCARICO – Nome paziente o codice di riferimento o altra destinazione**” (6): Indicare nome e cognome del paziente, oppure il numero CRI del Servizio. È necessario riportare in questa casella anche il numero della ricetta interna di reparto, che dovrà essere allegata alla cartella clinica del paziente (NOTA 1).
- Casella “**SCARICO – Quantità**” (7): indicare in cifre la quantità di farmaco somministrata, restituita alla Farmacia (NOTA 4), non più utilizzabile (NOTE 5 e 6), ceduta (NOTA 7), rubata (NOTA 8) o consegnata al paziente (NOTA 9). Attenzione: utilizzare sempre l'unità di misura indicata nella casella (1).
- Casella “**GIACENZA – Quantità**” (8): indicare in cifre la differenza tra la quantità di farmaco in giacenza riportata in corrispondenza della registrazione precedente e la quantità di farmaco somministrata, restituita, ceduta ad un altro reparto. *Questa casella deve essere compilata ad ogni operazione di registrazione.* Attenzione: utilizzare sempre l'unità di misura indicata nella casella (1)
- Casella “**Firma di chi esegue la movimentazione**” (9): Il sanitario che pratica la somministrazione del farmaco o chi esegue qualsiasi altra movimentazione deve apporre la propria firma in corrispondenza di questa casella.
- Casella “**Note**”(10): Devono essere qui riportate tutte le informazioni aggiuntive necessarie per la corretta comprensione delle movimentazioni che esulano dalle normali operazioni di approvvigionamento e di somministrazione degli stupefacenti.
- Al fondo della pagina vi è uno spazio per il riporto delle giacenze su un'altra pagina. **a pag. _____** : indicare il numero di pagina in cui viene riportata la giacenza.
- Se il riporto viene fatto su un altro registro occorre specificare il numero del registro su cui si riporta la giacenza. **riportare _____ in giacenza**: indicare in cifre la quantità di farmaco in giacenza al momento della chiusura della pagina.
- **Il Direttore Sanitario**: sulla riga in basso a destra di ogni pagina il Medico appone la firma, leggibile e preferibilmente accompagnata dal timbro personale, per attestare l'avvenuto controllo della corrispondenza tra giacenza contabile e giacenza reale dello stupefacente a cui è stata intestata quella pagina.

In ogni caso è possibile sempre consultare le indicazioni a pagina 2 del registro.

	ISTRUZIONE OPERATIVA	DIREZIONE SANITARIA
	COMPILAZIONE DELLE SCHEDE DI SOCCORSO	

Compilazione delle schede di soccorso

Scopo

Questo documento ha lo scopo di fornire alcune indicazioni utili ad una corretta ed adeguata compilazione delle schede di soccorso. Una scheda di soccorso è un documento che ha valore medico legale e che quindi deve essere compilato con rigore e precisione senza tralasciare gli aspetti formali. Scopo di questo vademecum è quello di rendere uniformi le sue modalità di compilazione, riducendo così al minimo i rischi derivanti da errori formali e di sostanza.

Alcune notazioni preliminari

Spesso è molto difficile riuscire a riempire la scheda con tutti i dati in un contesto dinamico come l'Emergenza Territoriale. Ad esempio reperire il codice fiscale di una persona incosciente è impossibile. Resta opportuno sottolineare come sia fondamentale che fare tutto il possibile per reperire sempre tutte le informazioni possibile. Quando ciò si rivela impossibile è possibile indicare il motivo che lo ha determinato (ad es: pz incosciente, pz non collaborante, non disponibile, etc...).

Indicazioni

- **codice mezzo** è opportuno scrivere il codice del mezzo assegnato da ARES indipendentemente dalla macchina su cui si monta (ad esempio: se c'è stato un cambio macchina a causa di un guasto il codice deve rimanere lo stesso). NB: La Sala Roma è responsabile a comunicare i cambi macchina alla centrale operativa. Di seguito l'elenco dei codici mezzo.

POSTAZIONI 118	Sigle C.O. ARES 118	POSTAZIONI 118	Sigle C.O. ARES 118
CASAL PALOCCO	CRI PAL	NOMENTANO 1	CRI NO1
CASILINO	CRI CS	POLICLINICO	CRI POL
CASILINO 1	CRI CS1	PONTE GALERIA	CRI GAL
CASSIA	CRI CAS	PONTE TESTACCIO	CRI TST
CIVITAVECCHIA	CRI CVTV	POPOLO	CRI POP
EUR	CRI EUR	PRENESTINO	CRI PR
FONTE NUOVA	CRI FNV	PRENESTINO 1	CRI TP
FRATTOCCHIE	CRI FRA	REPUBBLICA	CRI REP
GUIDONIA	CRI GUI	SANTA SEVERA	CRI SEVE
LARIANO	CRI LAR	TIBURTINO	CRI TIB
MARINA S.NICOLA	CRI MAN	UMANESIMO	CRI UMA
MORLUPO	CRI MOR	VICOVARO	CRI VIC
NOMENTANO	CRI NOM	VILLA ADRIANA	CRI TIV

- nella sezione **ente di appartenenza** riportare CRI oppure cod 2 oppure semplicemente 02.
- nella sezione **scheda n.** indicare il numero progressivo dei servizi della postazione.
- nella sezione **note** è opportuno indicare (oltre ad informazioni utili come per es: il numero di telefono del pz o di un familiare presente) anche come è stato ritrovato il paziente e in che condizioni fosse la scena. Si possono aggiungere indicazioni cliniche notevoli e/o che sono saltate agli occhi in modo evidente o particolare.
- **consenso informato** - Proprio sopra le firme vi sono due righe che devono sempre essere correttamente compilate qualora sia possibile. Vi sono alcune fattispecie per le cui non è necessario il consenso preventivo. Per la maggior parte delle manovre sanitarie incluse venipunture e terapie endovenose il consenso è implicito nel fatto che non venga negato. Per i pazienti incoscienti a maggior ragione non serve un consenso esplicito. Di seguito alcune indicazioni su come compilare la parte del consenso:
 - La prima ricade nella categoria "Il paziente ha espresso consenso informato":
 - ▶ al trasporto in ospedale (da barrare qualora acconsenta ad essere trasportato)
 - ▶ al trattamento sanitario (da barrare qualora acconsenta ad essere trattato)
 - ▶ al trattamento dei dati personali (da barrare sempre dato che noi custodiamo dei dati sensibili del paziente per mezzo della scheda di soccorso. Il paziente se lo chiede deve sapere che le schede sono custodite prima in ABZ, poi in postazione e infine in Direzione Sanitaria).
 - La seconda ricade nella categoria "Il paziente nonostante sia stato ben edotto sui rischi nei quali incorre e avendoli ben compresi rifiuta":
 - ▶ il trasporto in ospedale (qualora non voglia salire in ABZ)
 - ▶ il trattamento sanitario (qualora non voglia essere nemmeno trattato).
 - Sulla base di ciò che avviene occorre barrare le caselle corrette (ad esempio potrebbe succedere che un pz non voglia essere trasportato in ospedale ma allo stesso tempo acconsenta ad essere trattato). Il paziente firma entrambe le righe o una sola a seconda del caso. Se per qualunque motivo il paziente non può o non vuole firmare è opportuno riportare il motivo nello spazio delle firme in modo tale da tutelare il professionista. Oltretutto è possibile rimandare ad altre sezioni già compilate della scheda che spiegano per quale ragione il paziente non abbia firmato (es: vedi sezione prestazioni, vedi note, etc....).
 - **Nei limiti del possibile e del buon senso**, è opportuno comunicare ciò che state facendo al paziente in modo tale che non vi siano poi problemi alla firma della scheda. Tecnicamente il CONSENSO INFORMATO deve essere firmato PRIMA del trasporto o del trattamento. Nella pratica, in considerazione dell'attività di emergenza è implicito che sia piuttosto complicato.
 - è importante che l'infermiere del triage o il medico del DEA firmino la scheda quando il paziente giunge in Pronto Soccorso.
 - **è fondamentale scrivere in modo chiaro e leggibile qualunque sezione.**



ARES 118 - AZIENDA REGIONALE PER L'EMERGENZA SANITARIA
Modulo di Rilevazione Dati per Interventi di Soccorso

N. **298703** ANNO **2014**

Provincia	Tipo Mezzo	CODICE ARES SEC	Ente di app	N. Progressivo C.O.	Postazione	Data	PROGRESSIVO POSTAZIONE	
		TABELLA	02					
Rendez Vous			n.	palaz.	scala	piano	inter.	
Richiedente il soccorso Via o Piazza, Comune								
				PRIMARIO				Criticità evento
				SECONDARIO				Invio B V G R
				ATTERRAGGIO				Ambulanza B V G R D
				VERRICELLO				Stabilizzazione B V G R

Paziente (cognome e nome)	Nato a	Data di nascita	Cittadinanza	Stato	Comune Residenza	Regione
Comune	Via o Piazza	n.	NON SONO CAMPI OPZIONALI O DOVE INDICARE ALTRE INFORMAZIONI COME NUMERI DI TELEFONO, ETC....			

Patologia pregr.	ANAMNESI	H00	H01	H1	H6	H15	H65	>80	F	M	NR
Terapia in atto		0-30gg	1m-12m	1-5 a	6-14 a	15-64 a	65-80 a	>80 a	Sesso		
ALTRE NOTE VARIE ED EVENTUALI. Es: SCENA, CONDIZIONI DEL PZ ALL'ARRIVO DEL PERSONALE											
Codice Intervento Casa K <input type="checkbox"/> Strada S <input type="checkbox"/> Impianti lavorativi L <input type="checkbox"/> Scuole Q <input type="checkbox"/> Uffici P <input type="checkbox"/> Impianti Sportivi Y <input type="checkbox"/> Altri luoghi Z <input type="checkbox"/> Casa di Cura <input type="checkbox"/>				C01 Traumatica C02 Cardiocircolatoria C03 Respiratoria C04 Neurologica C05 Psichiatrica C06 Neoplastica C07 Tossicologica C08 Metabolica C09 Gastroenterologica C10 Urologica C11 Oculistica C12 Otorinolaringoiatrica C13 Dermatologica C14 Ostetrico-Ginecologico C15 Infettiva C19 Altra patologia C20 Patologia non identificata				COMPILARE TUTTI GLI ORARI SE OCCORRE Orario Uscita Orario Arrivo Ospedale Orario Ripartenza Ospedale Orario Arrivo in Ospedale Orario Ripartenza Ospedale			

Scenario/Dinamica riscontrata	CASCO già rimosso	S	N	AIRBAG ESPLOSO	S	N	CINTURE ALLACCIATE	S	N
Identificazione Traumi maggiori <input type="checkbox"/> Caduta > 3 mt. <input type="checkbox"/> Età < 5 anni <input type="checkbox"/> Estricazione complessa <input type="checkbox"/> Ustione 2°-3° grado <input type="checkbox"/> Rid. volume abitacolo <input type="checkbox"/> Frattura n. 2 ossa lunghe <input type="checkbox"/> Proiezione all'esterno <input type="checkbox"/> Ferita penetrante in cavità/Amputazione arti <input type="checkbox"/> Motociclista/Ciclista Sbalzato <input type="checkbox"/> Trauma Spinale <input type="checkbox"/> RTS < 11 <input type="checkbox"/> Altro Deceduto nel veicolo									
Pupille 									

A Vie Aeree Cosciente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Non Cosciente <input type="checkbox"/> Guedel <input type="checkbox"/> Aspirazione <input type="checkbox"/> Disp. Sovraglottico <input type="checkbox"/> IOT <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> O ₂ l/min		GCS Apertura Occhi 4 Spontanea 5 Orientata 6 Obbedisce 3 Voce 4 Confusa 5 Localizzata 2 Dolore 3 Par. Inappr. 4 Retrazione 1 Nessuna 2 Par. Incomp. 3 Flessione 1 Nessuna 2 Estensione 1 Nessuna		G.C.S. FR. P.A.S. 13-15 4 10-29 4 >90 4 9-12 3 >29 3 76-89 3 6-8 2 6-9 2 50-75 2 4-5 1 1-5 1 <49 1 3 0 0 0 0 0	
B Respiro <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Non Respira -> Ventilazione Respira <input type="checkbox"/> O - Espandibilità simmetrica S N <input type="checkbox"/> P - Enfisema sottocutaneo S N <input type="checkbox"/> A - Auscultazione -> normale S N <input type="checkbox"/> C - Freq. respiratoria		Valutazioni Totali GCS		Codice GIPSE	


C Circolo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Emostasi S N Polso centrale S N Accesso venoso S N Polso radiale S N Refill capillare Monitorag. ECG S N Temp. corporea ECG 12 S N Teletrasmissione S N		PA Freq. Cardiaca Saturimetria O ₂ Aria Ambiente		M.C.E. n. cicli Orario Inizio Orario Fine Defibrillatore Applicato S N	
D Cute <input type="checkbox"/> Pallida <input type="checkbox"/> Fredda <input type="checkbox"/> Sudata		Cincinnati Prehospital Stroke Scale Asimmetria facciale S N Disartria e/o Afasia S N Emparesi o Ipostenia arti S N			

D Disability E Exposure A V P U		Segni e Sintomi Vertigini Melena Dolore Nausea Epistassi Assenza sintomi Vomito Sudorazione Pallore Ematemesi Cianosi	
Diagnosi presunta			

Prelezioni Tecniche <input type="checkbox"/> Telo <input type="checkbox"/> Sedia Portantina	
---	--

Esito del soccorso 1 Trasportato in pronto soccorso 2 Trasporto diretto in reparto di specialità 3 Trattamento sul posto senza trasporto 4 Rifiuto trasporto 5 Decesso sul posto 6 Decesso durante il trasporto 7 Nessuno sul posto 8 Annullato		NOME E COGNOME IN STAMPATELLO Preso in carico da: FATEVI FIRMARE QUESTA SEZIONE IN PS		Prognosi gg. s. c. ed eventuali accertamenti Farmaci Dose Via Somm.	
T.S.O. <input type="checkbox"/> Medico Presente <input type="checkbox"/> Autorità Giudiziaria <input type="checkbox"/> dati del sanitario PM 112 113 115 117 Altre F.F.O. <input type="checkbox"/> Riscontro Autoplico <input type="checkbox"/> Elicottero <input type="checkbox"/>		Il paziente ha espresso consenso informato al trasporto in ospedale <input type="checkbox"/> Al trattamento sanitario <input type="checkbox"/> al trattamento dei dati personali (D.Lgs. 196/03) <input type="checkbox"/> Il paziente nonostante sia stato ben edotto sui rischi nei quali incorre e avendoli ben compresi rifiuta trasporto in ospedale <input type="checkbox"/> trattamento sanitario <input type="checkbox"/> FIRMA CHIARA E LEGGIBILE MEDICO O INFERMIERE		CONSENSO INFORMATO!	

Numero di Servizio CRI (Preceduto da N° CRI:)

 <p>Croce Rossa Italiana Comitato Provinciale di Roma</p>	ISTRUZIONE OPERATIVA	DIREZIONE SANITARIA
	COMPILAZIONE DEI CERTIFICATI DI DECESSO	

Certificato di decesso

Si allega il certificato di decesso con le seguenti note alla compilazione note alla compilazione:

Sezione **SI RIMETTE LA SALMA A DISPOSIZIONE DI:**

- dei familiari - se non è una morte per causa violenta e c'è un medico che conosce la causa di morte e può compilare il modello istat anche in seguito (tipicamente il medico di medicina generale). Se si crede opportuno comunque, sia il modulo istat che il certificato di morte vero e proprio possono essere compilati da qualunque medico e quindi anche dal personale CRI (nel caso ad esempio la famiglia ne abbia immediata necessità);
- del medico necroscopo - per il riscontro autoptico a scopo diagnostico (se è una morte naturale ma non si può essere certi della causa della morte - ovviamente con tutto il buon senso del caso);
- dell'Autorità Giudiziaria - se è una morte per causa violenta o sussiste qualunque anche vago sospetto di eventuali reati commessi

Data: ___/___/20___

Ora: _____

Postazione: _____

Scheda soccorso n° _____

Croce Rossa Italiana
Comitato Provinciale di Roma
Direzione Sanitaria



CERTIFICATO DI CONSTATAZIONE DECESSO

Il sottoscritto dott. _____

certifica che il giorno ___/___/___ alle ore ___ in località (domicilio, pubblica via, ecc.) _____ ha constatato l'avvenuto decesso di:

In presenza di un documento: _____
specificare tipo e numero documento di identificazione
_____ nato il ___/___/___
a _____ residente a _____
in via _____ n. _____

In presenza di una persona in grado di riconoscerlo
_____ nato il ___/___/___
a _____ residente a _____
in via _____ n. _____
riconosciuto dal sig. _____ nato il ___/___/___
riconosciuto dal documento _____
specificare tipo e numero documento di identificazione

In assenza di dati certi sulla sua identità
un individuo di sesso _____ dell'età apparente di circa _____

Eventuali considerazioni sul cadavere

- Soggetto in avanzato stato di putrefazione**
 Cadavere riverso per terra senza evidenti lesioni traumatiche
 Cadavere con trauma _____
specificare le sede

Si rimette la salma a disposizione:

- dei familiari**
 del medico necroscopo per il riscontro autoptico a scopo diagnostico
 dell'Autorità Giudiziaria



Note:

Firma del medico

5. PROCEDURE SANITARIE ARES 118

Ares 118 ha approvato diverse procedure sanitarie che sono utili, tra gli altri a consentire anche senza la presenza del medico, la somministrazione di farmaci in contesti di urgenza, con sostanziale beneficio sugli outcome. Per poter mettere in opera tali procedure è **indispensabile** essere abilitati secondo specifici corsi di formazione. Tali corsi saranno svolti anche per il personale sanitario del Comitato Provinciale.

5.1. La gestione del paziente con crisi asmatica nella rete dell'emergenza territoriale

 ARES 118		PROTOCOLLO N° 1 /DS 28/01/11	Codifica: ARES - direzione sanitaria. Pro Attacco acuto asma	Rev.1.0 data 21.01.2011	Pag. 1 di 17
La gestione del paziente con crisi asmatiche nella rete dell'emergenza territoriale					

INDICE

1. SCOPO.....	2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	2
3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI.....	3
4. RESPONSABILITÀ E AUTORITÀ	3
5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	4
6. RIFERIMENTI	6
7. ARCHIVIAZIONE.....	7
8. ALLEGATI E APPENDICI	7
9. APPARECCHIATURE E PRESIDIO	8
10. REQUISITI PRELIMINARI E CRITERI DI ECCEZIONE	8
11. CRITERI DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONI.....	8
12. ALLEGATO DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ATTIVITÀ	10

Memoria della redazione, approvazione, modifica, valutazione organizzativa, codifica e successive modifiche

Rev.	data	Causale della modifica	Redatto da	Approvato da	Valutato da	Codificato da
1.0	26 gennaio 2011		Vedi elenco allegato dei nominativi	Direzione Sanitaria	Direttori CCOOPP Roma capitale, Roma provincia e Rieti, UOS Risk Management, UOS Qualità dei processi	Direzione sanitaria
2.0	Revisione dopo periodo di validazione					

Trasmesso il 28/01/11

CODIFICATO IL 28/01/11

DISTRIBUITO IL 28/01/11

DA DISTRIBUIRE A

U.O.C.	Centrale Operativa (CO) Roma capitale, Roma Provincia, Rieti
U.O.S.	Formazione, Risk Management, Qualità dei processi, Logistico, UOS mediche territoriali di competenza Roma provincia e Rieti
Coordinatore servizio infermieristico (Servizio SAI)	Responsabile
Coordinatori infermieristici di area, Coordinatori infermieristici di postazione e CO118	CCOO: Roma capitale Postazioni e CCOO: Roma provincia e Rieti

SCOPO

Corretto trattamento dei pazienti, adulti e bambini, con attacco acuto di asma nella fase di allarme e nella fase di risposta sul luogo dell'evento.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Adulti (>=14 anni); e Bambini (>=1 mese) con attacco asma acuto.

TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

ABCDE: (valutazione primaria) airway, breathing, circulation, disability and exposure
ACOVIES – Accreditamento, Controllo e Vigilanza degli Organismi Pubblici e Privati Esterni e Strutture Interne che svolgono attività nell'ambito del Sistema Emergenza Sanitaria.
ALS - MSA: Advanced Life Support – Mezzo di Soccorso Avanzato
BLS - MSB: Basic Life Support - Mezzo di Soccorso di Base
CO118: centrale operativa 118
DEA: Dipartimento Emergenza Accettazione
Dl: decilitri
DS: Direzione Sanitaria
F.C. Frequenza Cardiaca
F.R. Frequenza Respiratoria
E.V. Endovena
GIPSE: gestione informazioni pronto soccorso ed emergenza
Gr: grammi
ISED: nome della società di gestioni sistema informativo della CO
IR- BLS: Infermiere responsabile BLS
LAP: L'indice Accettabile di Performance
Mg: milligrammi
Ml: millilitri
PC: Personal Computer
SAI: Servizio Assistenza Infermieristica
SaO₂: Saturazione ossigeno
UOC – unità operativa complessa
UOS – unità operativa semplice

RESPONSABILITÀ E AUTORITÀ

- La Direzione Sanitaria, UOS Risk Management, UOS Qualità dei Processi e UOC ACOVIES partecipa e valuta le attività d'implementazione del protocollo.
 - I direttori delle CCOO118 e responsabile SAI autorizzano il protocollo e vigilano sull'ottemperanza dello stesso per quanto di loro competenza.
 - Il medico di CO sulla base della sintomatologia dettata dall'infermiere, supporta l'equipaggio sul posto attenendosi, di norma al protocollo.
 - I direttori delle UOS Territoriali e coordinatori infermieristici di area vigilano sulla corretta applicazione del presente protocollo, della tenuta e della conservazione delle schede e della loro consegna, della raccolta dati su supporto informatico.
 - Il medico di UOS territoriale se contattato dalla CO 118 di competenza, messo in conferenza con l'equipaggio sul posto, supporta l'IR_BLS, sulla base dei segni e sintomi riferiti dall'infermiere, attenendosi, di norma al protocollo.
 - L'UOS formazione diffonde il protocollo mediante Formazione ad hoc a "formatori/facilitatori", individuati da i responsabili di UOS territoriali e caposala di postazioni, istruttori dell'ARES 118, valuta se gli operatori hanno raggiunto il LAP e comunica i nominativi al Direttore di UOC.
 - L'infermiere IR-BLS in servizio su i mezzi di soccorso e gli operatori di CO118 sono responsabili della corretta applicazione del presente protocollo. È inoltre responsabile della corretta e completa compilazione della scheda di soccorso e della manutenzione della strumentazione necessaria all'applicazione del protocollo.
-

- I coordinatori infermieristici delle postazioni e della CO118 vigilano sulla corretta applicazione del presente protocollo e sono responsabili del ritiro e della conservazione delle schede di soccorso e della rilevazione degli indicatori e valutazione delle schede.

- I "formatori/facilitatori", infermieri e medici individuati dai direttori di CCOOPP, responsabili UOS di area territoriale e caposala, coadiuvano le attività di monitoraggio di applicazione del protocollo secondo quanto riportato nell'allegato specifico (revisione dei casi).

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Richiesta di soccorso ed invio mezzo

Al triage telefonico:

- l'infermiere di console in presenza di PAZIENTE COSCIENTE, attribuisce CODICE GIALLO in caso di sintomi riferibili ad attacco di asma acuto (distress respiratorio, cianosi)
- l'infermiere chiede se il paziente è allergico al latte, in caso di risposta positiva viene comunicato all'equipaggio che si reca sul posto che pertanto indosserà i guanti in virale. In caso di risposta negativa, comunque allerta l'equipaggio che si tratta di un paziente allergico e che potrebbe essere allergico al latte.

NB in presenza di: incapacità di completare una frase (adulto) o di piangere (bambino <2 anni); precedente ospedalizzazione per asma attribuire un codice GIALLO RESPIRATORIO.

Se il PAZIENTE NON È COSCIENTE seguire protocollo di CO118 relativo a "Perdita di Coscienza".

Al dispatch:

in caso di CODICE GIALLO invio mezzo soccorso disponibile e secondo protocollo di centrale.

Al triage telefonico:

L'Infermiere di console pone domande ulteriori al chiamante per comprendere maggiormente il quadro clinico chiedendo se ha già preso farmaci e di che tipo e se le condizioni del paziente sono cambiate dopo l'assunzione degli stessi.

Al termine della telefonata l'infermiere registra le informazioni sulla scheda di centrale e le comunica all'equipaggio del mezzo di soccorso inviato.

Arrivo sul posto e trasporto in ospedale

In caso di arrivo di mezzo con medico a bordo il medico decide la condotta terapeutica e può astenersi di applicare il protocollo per giustificato motivo.

In caso di arrivo di mezzo con IR-BLS a bordo, l'Infermiere segue le attività previste dal presente protocollo.

L'IR-BLS dopo aver valutato la sicurezza ambientale verifica se il paziente è cosciente:

A) Vittima cosciente:

- Raccoglie informazioni inerenti le possibili cause anche sulla base delle testimonianze delle persone presenti al momento dell'accaduto, chiede se è stato somministrato qualche farmaco, da quanto tempo, e se le condizioni sono migliorate. Completa la valutazione primaria. Raccoglie l'anamnesi.
- L'IR-BLS consulta l'algoritmo allegato al presente protocollo; in caso di presenza di segni e i sintomi indicativi di sospetta asma contatta la CO118 per confermare al medico che sono presenti le condizioni per applicare il protocollo
- L'IR-BLS al termine del soccorso fornisce alla CO118 il codice colore, informa del trasporto del paziente in ospedale.

Il trasporto in ospedale non è eseguito su rifiuto documentato e firmato del paziente cosciente, consapevole ed edotto a riguardo. In caso di rifiuto da parte di un minore al trasporto in ospedale l'assenso al rifiuto è dato da parte di chi rappresenta la potestà (genitori-affidatari).

B) Vittima incosciente

- L'IR-BLS Esegue l'ABC, se il paziente ha respiro e polso non si applica il seguente protocollo.

Se invece il paziente è in arresto respiratorio e dalle informazioni inerenti le possibili cause, anche sulla base delle testimonianze delle persone presenti al momento dell'accaduto, l'arresto respiratorio risulta esser l'evento finale di una crisi asmatica grave, chiede se è stato somministrato qualche farmaco, da quanto tempo, e segue il protocollo. Raccoglie l'anamnesi contatta la CO attribuisce il codice di triage

C) Vittima in arresto cardiorespiratorio

- Esegue le manovre salvavita e, contemporaneamente, raccoglie informazioni inerenti le possibili cause anche sulla base delle testimonianze delle persone presenti al momento dell'accaduto; chiede se sono stati somministrati farmaci e in caso di risposta affermativa quali e da quanto tempo; attribuisce il codice ROSSO; allerta la CO118 e trasporta il paziente all'ospedale più vicino.
- L'IR-BLS si farà carico della corretta compilazione della scheda di soccorso in ogni sua parte.

N.B. In caso di *rendez vous* con mezzo medicalizzato, il medico registra sulla scheda di soccorso che è stato applicato il protocollo e trascrive l'eventuale terapia da lui somministrata

Consulto con il medico di Centrale Operativa

Attività IR-BLS e della Centrale Operativa

L'IR-BLS chiama l'operatore di triage, sulla linea 118 o sulla linea rossa, avvisando che sono presenti i criteri di applicazione del protocollo; l'operatore di triage passa la chiamata direttamente al medico mediante numero telefonico dedicato (3111), e se quest'ultimo è impegnato l'operatore di triage passa la chiamata al capoturno che a sua volta avvertirà il medico di C. O. Il medico di C. O., sulla base dei segni e sintomi riferiti dall'infermiere, supporta l'equipaggio sul posto attenendosi, di norma, al protocollo (vedi algoritmo sul luogo dell'evento). Al termine, il medico di C.O. segnala al capoturno la scheda da stampare e conservare.

Solo in caso di non immediata disponibilità del medico di CO, l'IR_BLS chiede alla CO118 di essere messo in conferenza con il medico di UOS territoriale di sua competenza o suo sostituto. Quest'ultimo lo supporta nelle attività richieste. L'IR_BLS riporta sulla scheda di soccorso dell'avvenuto consulto.. Gli operatori di CO registrano dell'avvenuto consulto con medico del territorio sul sistema informatico.

Nell'eventualità che per problemi di tipo tecnico (mancata copertura telefonica o radio) l'IR BLS non riesca a entrare in contatto con la CO e sia in presenza di un codice rosso o giallo evolutivo, procederà all'applicazione di quanto previsto dal protocollo, comunicando con la CO appena possibile

Chiusura dell'evento e archiviazione delle informazioni

Attività della Centrale Operativa

L'IRL-BLS chiama l'operatore di dispatch via radio o l'operatore di triage via telefono, per allertare il DEA o Pronto Soccorso dell'ospedale di riferimento sull'arrivo di un paziente con attacco di asma acuto codice GIALLO o con arresto respiratorio imminente o in corso codice ROSSO;

l'operatore di dispatch registra l'informazione sulla scheda di centrale; registra sulla scheda della chiamata l'attivazione del protocollo e il codice di gravità ed avvisa il capoturno. Il capoturno o preposto chiama l'ospedale di destinazione.

Il dispatch in caso di invio di ALS e di mancata disponibilità del mezzo riporta sulla scheda nel campo note "mezzo ALS non disponibile".

Il capoturno si fa carico della stampa e della conservazione della scheda di triage telefonico.

Attività delle postazioni

Personale dedicato seleziona le schede di soccorso identificate e segnate come "protocollo asma acuto" ed informatizza i dati raccolti mediante la scheda di soccorso.

RIFERIMENTI

Revisione della letteratura:

Principali Linee guida

- LG SIGN British guideline on the management of asthma. A national clinic guideline REW LUG 2009
- LG GINAGlobal Strategy for Asthma Management and Prevention 2008
- LG SIP Gestione dell'attacco acuto di asma in età pediatrica
- IRC testo PALS Pediatric Advanced Life Support 2005 pgg. 25-26

Lavori scientifici:

- Emergency Medicine Australasia (2007) 19, 59-62
- Swiss Med Wkly 2005; 135:222-227 - Www. Smw. CH
- J Allergy Clin Immunol Volume 123, Number 2
- Pediatrics Volume 117, Number 1, January 2006
- Chest / 124 / 5 / November, 2003
- Settembre 2007; 9 (5) Cjem • Jcmm
- The Journal Of Emergency Medicine, Vol. 32, No. 1, Pp. 27-39, 2007
- Pediatric Pulmonology 42:1041-1047 (2007)
- J Bras Pneumol. 2007;33(4):365-371
- BMC Health Services Research 2007, 7:134
- Respiratory Care • June 2008 Vol 53 No 6
- Journal Compilation © 2007 Blackwell Publishing Ltd Int J Clin Pract, November 2007, 61, 11, 1884-1888
- Arch Dis Child 2007;92:672-677. Doi: 10.1136/Ade.2007.117424
- Pediatrics Volume 117, Number 4, April 2006
- BMC Family Practice 2008, 9:22
- Respiratory Medicine (2005) 99, 735-741
- Respiratory Medicine (2009) 103, 827e838
- Thorax 2007;62:447-458 Doi:10.1136/Thx.2005.045203

Normativa di riferimento

- D.P.R. N° 467600 del 27/03/1992; Art. 4 e Art. 10 "Prestazioni del personale infermieristico".
 - Delibera di Consiglio Regionale del Lazio n. 1004/94 "Sistema di emergenza sanitaria Lazio Soccorso 118" articolo 3 "Funzionamento del sistema" 3.1 "fase di allarme".
-

ARCHIVIAZIONE

Il protocollo va inserito nel manuale presente nelle postazioni, nelle direzioni di U.O.S. e U.O.C. e nelle Centrali Operative.

Il Diagramma di flusso plastificato va apposto in postazione e su i mezzi di soccorso.

Il Registro dei soccorsi di postazione va compilato ed aggiornato con il caso indicato con "protocollo asma acuto".

La Scheda di soccorso della Centrale Operativa va compilata ed identificata con "protocollo asma acuto".

La scheda di soccorso del mezzo, conservate in fascicoli presso la direzione di U.O.S. territoriale, va identificata con "protocollo asma acuto".

Le schede dei soccorsi sottoposti a valutazione sono da fotocopiare (o tenere una copia) da conservare nella direzione di U.O.S. Territoriale.

I dati delle schede di soccorso, riportate nel data base informatizzato, sono da conservare su un CD-ROM presso le postazione e conservato in direzione di U.O.S. Territoriale.

ALLEGATI E APPENDICI

(Elenco degli allegati e della modulistica prevista dalla attività)

Le attività previste dal protocollo possono essere registrate sulla attuale modulistica di centrale e di postazione.

ALLEGATO 1 – Modalità di compilazione delle schede di centrale e sul territorio

SULLA SCHEDA DI CENTRALE OPERATIVA SONO OBBLIGATORI I CAMPI:

- dati anagrafici (nome e cognome – quando possibile - , sesso, età)
- luogo dell'evento (località, indirizzo, tipo)
- informazioni per identificare la gravità
- orari: invio mezzo, partenza del mezzo, arrivo sul posto, partenza dal posto, arrivo in ospedale, fine soccorso
- note: riportare "protocollo asma acuto"

SULLA SCHEDA DI SOCCORSO SONO OBBLIGATORI I CAMPI:

- Dati anagrafici e anamnestici
- valutazione primaria ABCDE
- Sintomi clinici
- Prestazioni eseguite
- terapia somministrata
- diagnosi presunta

- codice colore (criticità evento)
- tempi organizzativi
- esito
- note: riportare "protocollo asma acuto" e "pre-allertamento ospedale di trasferimento"

ALLEGATO 2 – Procedura di revisione e monitoraggio dei casi "protocollo attacco acuto asma": Centrale operativa e di postazione.

(Vedi documento allegato al protocollo – da terminare) .

APPARECCHIATURE E PRESIDI

Presidi medico chirurgici per il trattamento dell'asma acuto come da protocollo:--farmaci, maschere per ossigenoterapia con reservoir, maschere per ossigenoterapia con nebulizzatore, pallone auto espandibile, distanziatore (se presente a bordo), kit per accesso venoso, soluzione fisiologica, guanti in vinile da usare solo in caso di paziente riferito allergico al lattice .

Presidi amministrativi: schede di centrale operativa, schede di soccorso, registro dei soccorsi

Apparecchiature: 1 PC e 1 stampante (eventualmente) per coordinatore infermieristico.

Software: database per registrazione dati elettronica delle schede di soccorso.

REQUISITI PRELIMINARI E CRITERI DI ECCEZIONE

Il protocollo è stato definito per l'equipaggio di mezzi di soccorso con IR-BLS, personale CCOO.

Nel presente protocollo per quanto riguarda la fase di consultazione del medico di centrale viene applicata l'attuale procedura di centrale, si prevede nel prossimo futuro di attivare una linea dedicata previa verifica con ISED.

CRITERI DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONI

Per valutare l'applicazione del protocollo oggetto del presente documento verrà prodotta una reportistica sviluppata tenendo presente gli indicatori di seguito riportati.

La valutazione avverrà una volta al mese da parte dal responsabile medico di area e del caposala attraverso la selezione delle schede di soccorso raccolte presso le postazioni. In tale attività i "formatori/facilitatori" svolgeranno un ruolo di supporto fondamentale.

Il medico e il caposala, con la collaborazione dei "Formatori, eseguiranno incontri con il personale seguendo la metodologia indicata nell'allegato specifico (revisione dei casi).

Indicatori di processo

Centrale operativa e postazioni/ambulanze

1. Completezza delle informazioni (% compilazione campi obbligatori della scheda di chiamata e di soccorso) (standard 75% per cognome; standard 90 % per gli altri campi: Sesso, età, valutazione ABCDE, diagnosi, prestazioni)

Postazioni/ambulanze

2. Numero pazienti in ASMA ACUTO - grado LIEVE trattati con protocollo/ numero totale di pazienti in ASMA ACUTO LIEVE (standard 75%)
3. Numero pazienti in ASMA ACUTO - grado MODERATO trattati con protocollo/ numero totale di pazienti in ASMA ACUTO MODERATO (standard 75%)
4. Numero pazienti in ASMA ACUTO - grado GRAVE trattati con protocollo/ numero totale di pazienti in ASMA ACUTO GRAVE (standard 75%)
5. Numero pazienti con asma in AR IMMINENTE trattati con protocollo/ numero totale di pazienti con asma in AR IMMINENTE (standard 75%)
6. Numero pazienti con asma in AR trattati con protocollo/ numero totale di pazienti con asma in AR (standard 75%)

Centrale operativa

7. Numero di soccorsi PER AR imminente e codice rosso con pre-allertamento ospedale di destinazione da parte della centrale/ Numero totale casi con AR imminente e codice rosso
8. Numero di soccorsi CON ASMA ACUTO con registrazione codice gravità da parte della centrale su scheda di centrale / Numero totale casi con ASMA ACUTO
9. Numero di ALS attivate in casi DI ASMA ACUTO con codice rosso / sul totale di casi di ASMA ACUTO con codice rosso.

Indicatore di esito

10. Numero pazienti CON ATTACCO DI ASMA ACUTO trattati con protocollo e miglioramento della sintomatologia / numero totale di pazienti in ASMA ACUTO trattati con protocollo.

Altri indicatori

11. Riunioni con altre U.O.S. e U.O.C. coinvolte: cadenza trimestrale
12. Riunioni con il personale di soccorso: cadenza trimestrale
13. Un corso di formazione per operatori di C. O. e di postazione (100% operatori formati)

Fonte dati

Scheda di soccorso, scheda di C. O., scheda GIPSE. L'utilizzo della scheda GIPSE è previsto dal momento della messa a regime del protocollo.

12. ALLEGATO DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ATTIVITÀ

Vedi allegato che riporta 6 diagrammi di flusso:

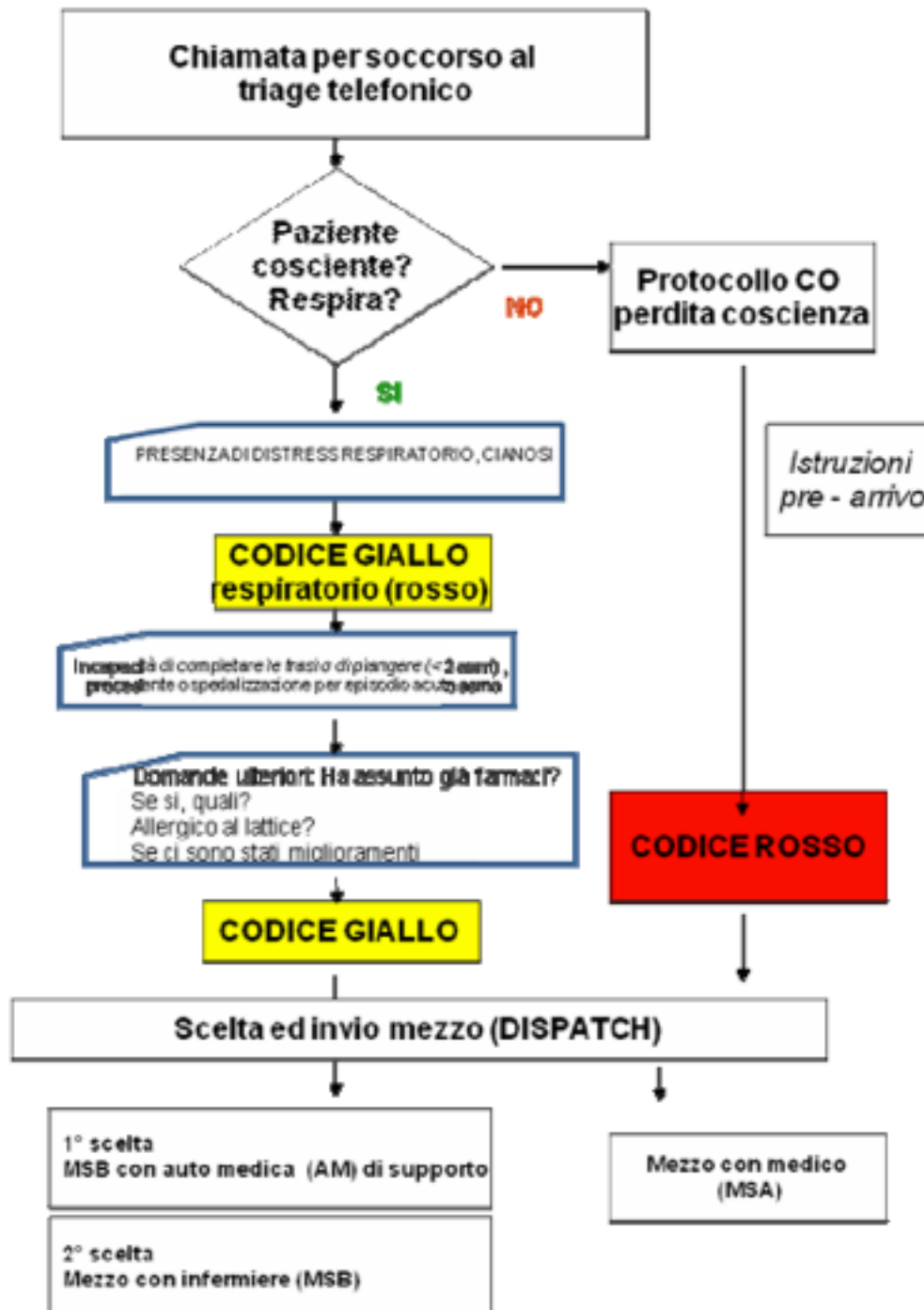
- Attività CO: RICHIESTA DI SOCCORSO, SCELTA E INVIO DEL MEZZO
- Attività ambulanza con MSB: LUOGO DELL'EVENTO - ADULTO
- Attività ambulanza con MSB: LUOGO DELL'EVENTO - BAMBINO ≥ 5 ANNI
- Attività CO e ambulanza: RICHIESTA CONSULENZA MEDICA
Questa attività può variare per alcuni aspetti nelle diverse CCOO, nel diagramma è rappresentata quella di Roma Capitale e Roma provincia
- Attività CO, ambulanza, postazione: TRASPORTO DEL PAZIENTE E CHIUSURA DEL SOCCORSO
Questa attività può variare per alcuni aspetti nelle diverse CCOO, nel diagramma è rappresentata quella di Roma Capitale e Roma provincia
- Protocollo di triage di CO "perdita di coscienza".
- PROCEDURA: preparazione per aerosol terapia

PROTOCOLLO ATTACCO ACUTO ASMA

Diagramma di Flusso – 1 Attività Centrale Operativa



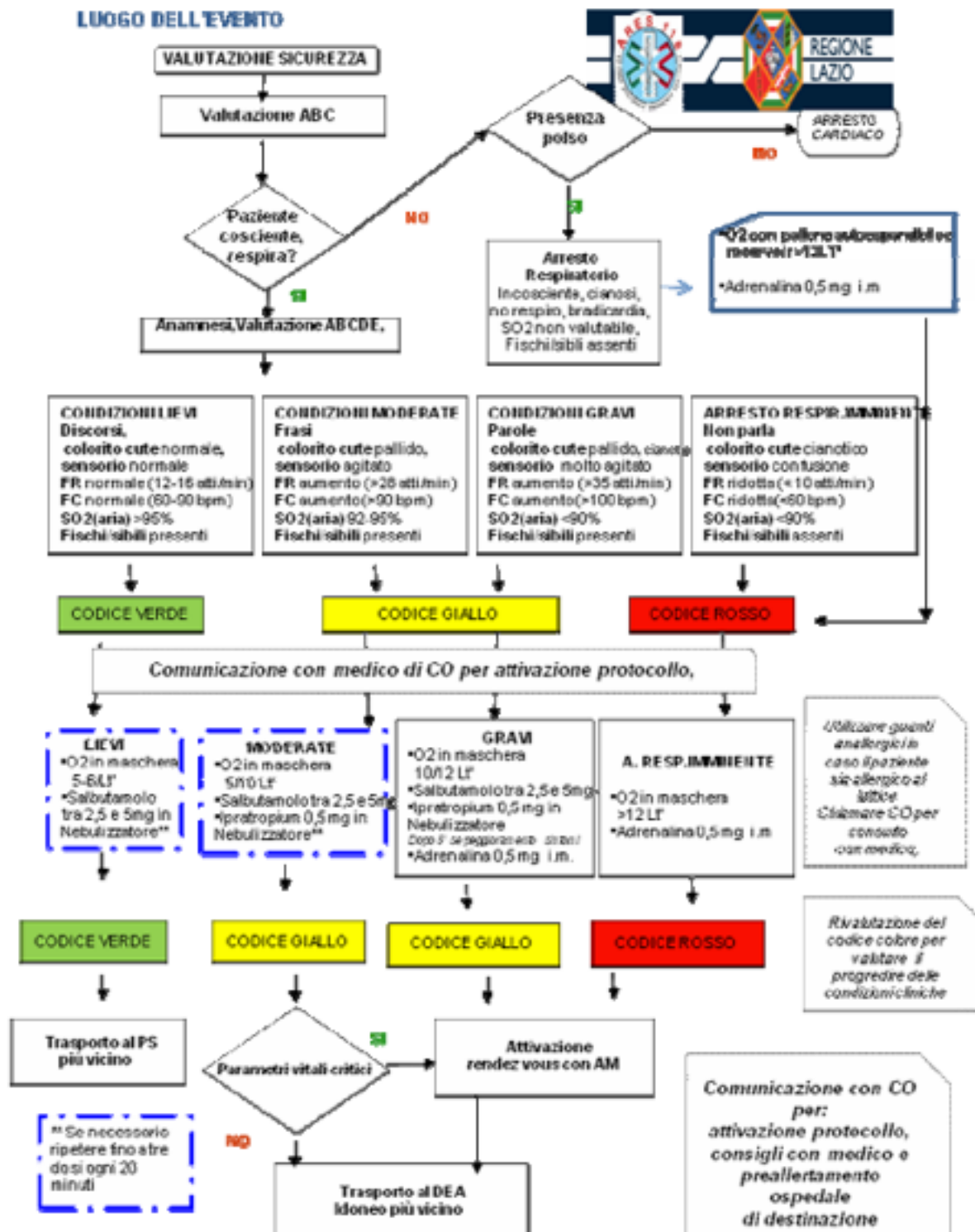
RICHIESTA DI SOCCORSO, SCELTA E INVIO DEL MEZZO



PROTOCOLLO ATTACCO ACUTO ASMA ADULTO

Diagramma di Flusso-2 Attività ambulanza MSB

LUOGO DELL'EVENTO



PROTOCOLLO ATTACCO ACUTO ASMA BAMBINO (<=5ANNI)

Diagnostica di Flessi-2 Attività ambulanza MSB

LUOGO DELL'EVENTO

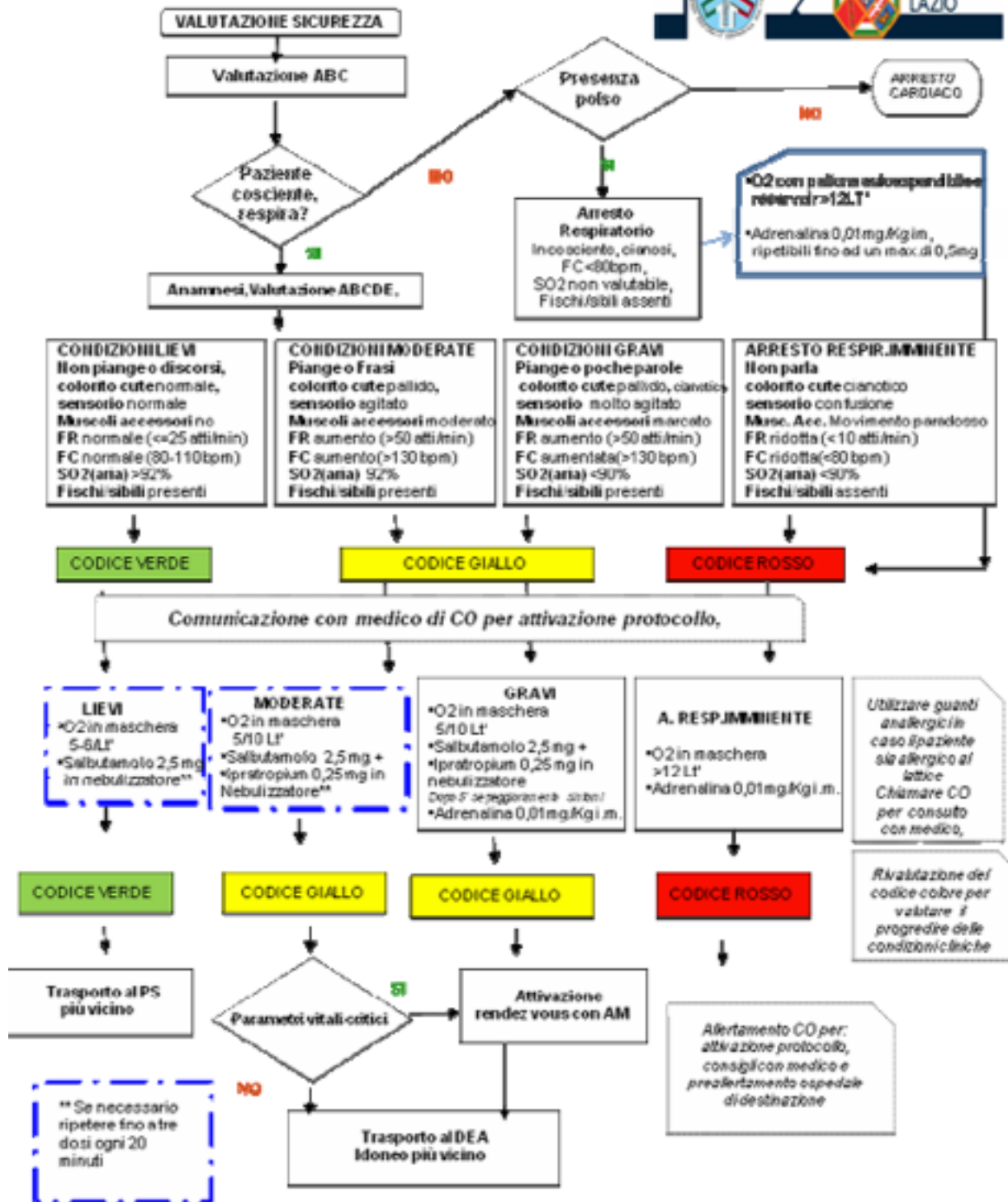
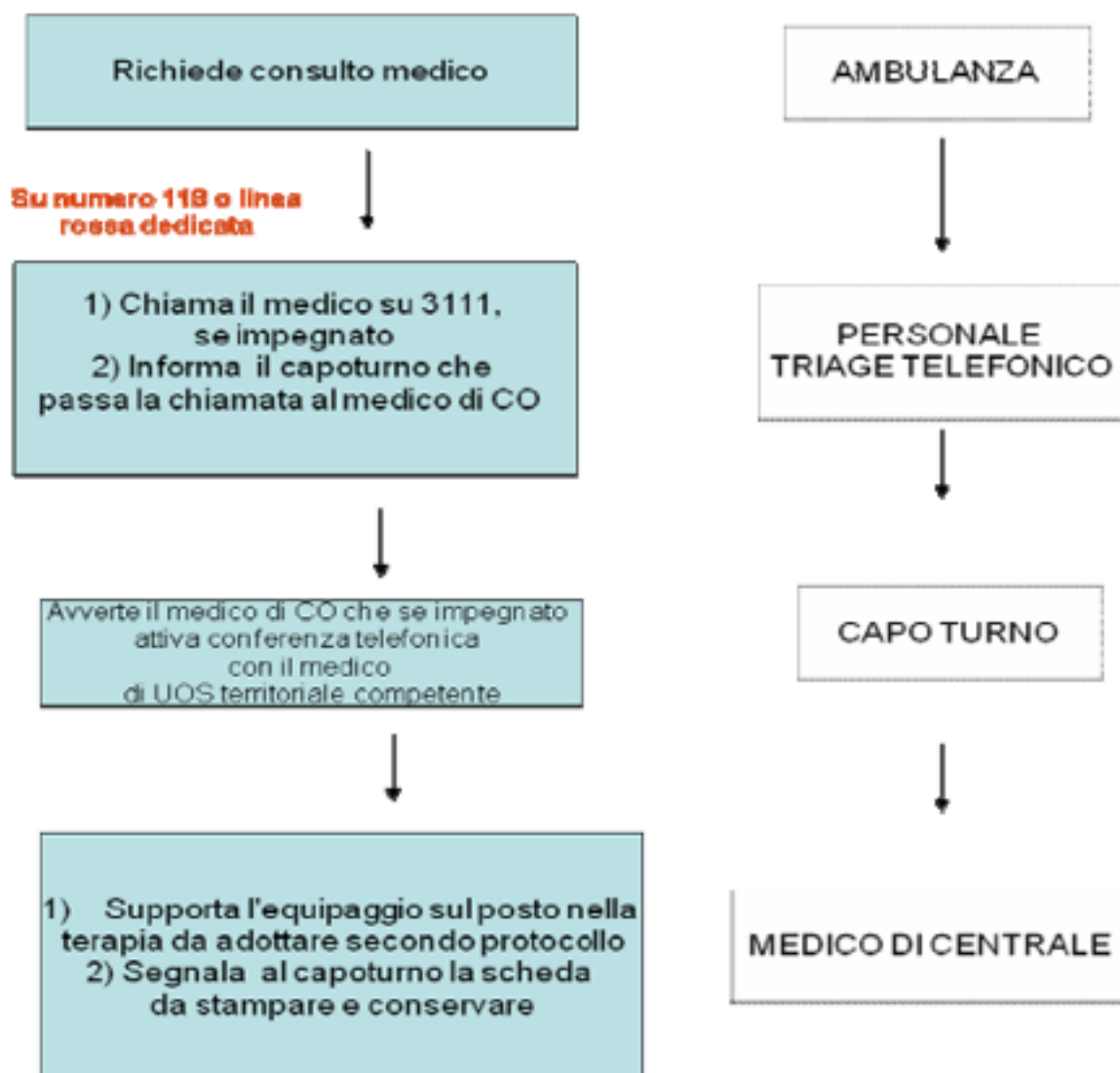


Diagramma di Flusso – 3 Protocollo Attacco acuto asma

Attività CO e Ambulanza

RICHIESTA CONSULENZA MEDICA



Solo in caso di non immediata disponibilità del medico di CO, l'IR_BLS chiede alla CO di metterlo in contatto con il medico di UOS territoriale di sua competenza o suo sostituto. Quest'ultimo lo supporta nelle attività richieste. L'IR_BLS riporta sulla scheda di soccorso dell'avvenuto consulto. Gli operatori di CO registrano dell'avvenuto consulto con medico del territorio sul sistema informatico.

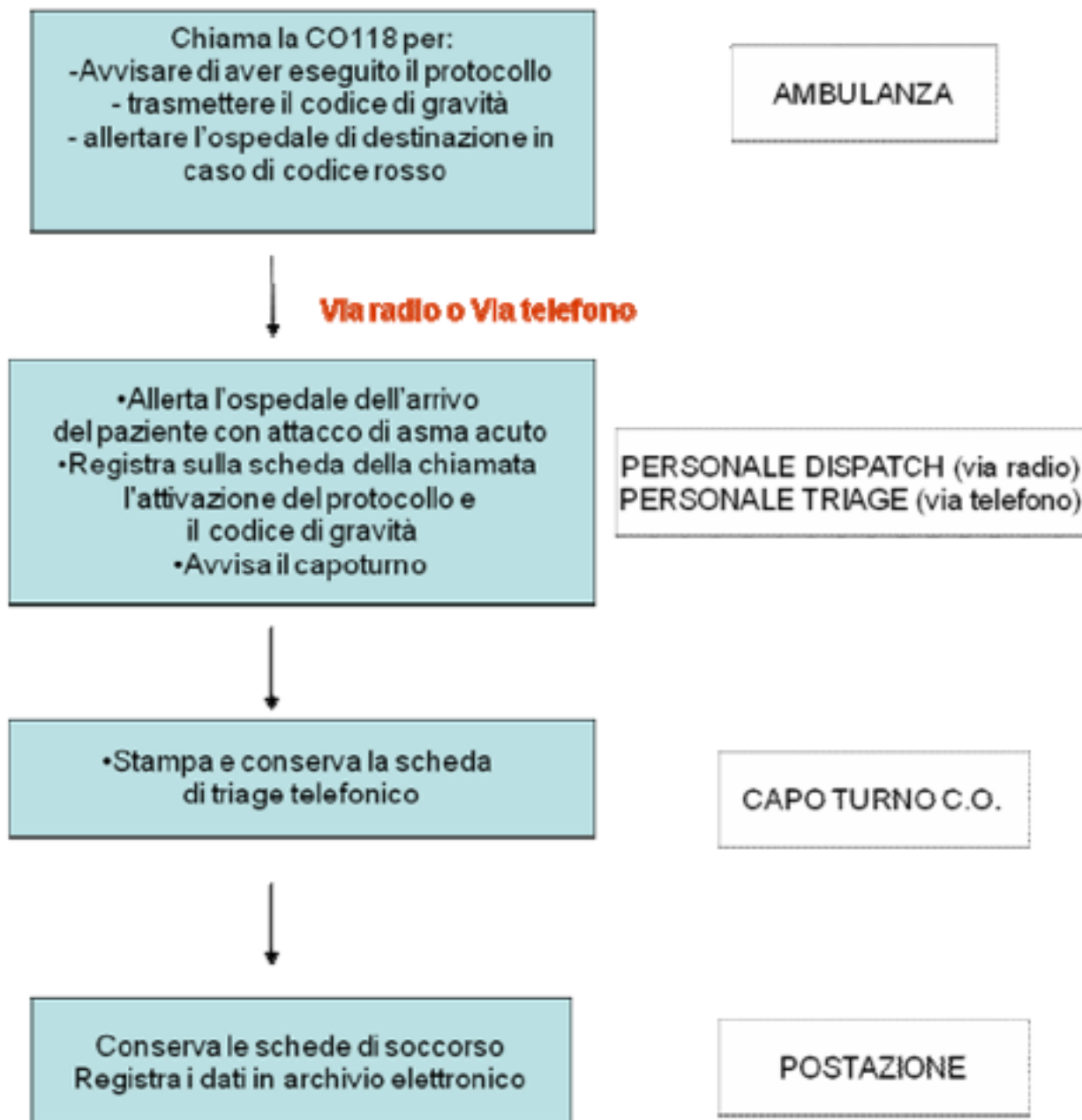
In presenza di codice rosso o giallo evolutivo ed impossibilità di ottenere supporto medico (vie comunicazioni non funzionanti), l'IR-BLS applica il protocollo, con comunicazione appena possibile alla CO.

Diagramma di Flusso –4

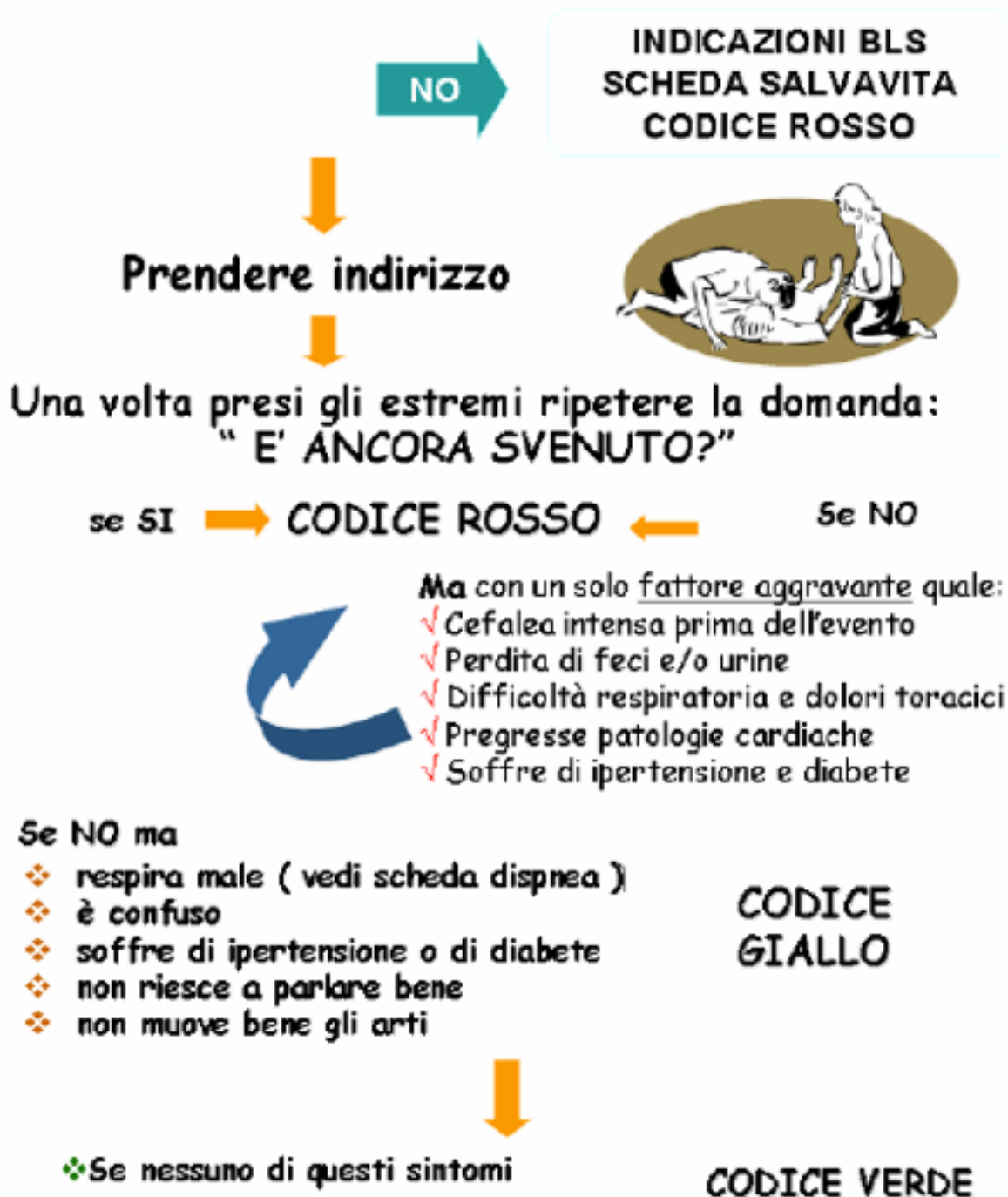
Protocollo Attacco acuto asma

Attività CO. Ambulanza

TRASPORTO DEL PAZIENTE E CHIUSURA DEL SOCCORSO



Protocollo di CO PERDITA DI COSCIENZA



PROCEDURA PER PREPARAZIONE AEROSOL TERAPIA

Ambito pre-ospedaliero ambulanza 118

INFORMAZIONI ALLA PERSONA

Le informazioni che devono essere date alla persona sono relative alla preparazione e alla descrizione della procedura soprattutto in relazione alla modalità e alla durata della stessa.

MATERIALE NECESSARIO

- maschere per ossigenoterapia con reservoir,
- maschere per ossigenoterapia con nebulizzatore
- Siringhe
- Soluzione fisiologica sterile
- Farmaco secondo prescrizione
- Garze
- Guanti monouso (lattice o vinile)

SEDI E CRITERI DI SCELTA

- Le sedi sono naso e bocca



PROCEDURA OPERATIVA

- Lavare le mani con gel o soluzione alcolica
- Indossare i guanti di tipo adeguato al caso
- Introdurre il farmaco nell'ampolla con una siringa
- Diluire il farmaco con 3 ml di soluz. Fisiologica o secondo prescrizione medica
- Connettere il tubo (prolunga) al flussometro erogatore di Ossigeno e posizionarlo circa a 2 L/m valutando la potenza di erogazione.
- Nel paziente pediatrico chiedere la collaborazione del genitore
- Posizionare correttamente la maschera o inserire il boccaglio nella bocca della persona
- Eseguire l'aerosol fino all'esaurimento della soluzione contenuta nell'ampolla
- Passare una garza sul viso della persona al termine della terapia
- Smaltire in modo corretto il materiale utilizzato
- Lavare le mani con gel o soluzione alcolica.

RIFERIMENTO BIBLIOGRAFICO

Modificato da: "Procedure diagnostico-terapeutiche e assistenziali", McGraw-Hill, ed.2005.

5.2. La gestione del paziente con anafilassi nella rete dell'emergenza territoriale

 ARES 118		PROTOCOLLO N° 2 /DS 28/01/11	Codifica: ARES – direzione sanitaria. Pro Anafilassi	Rev.1.0 data 25.01.2011	Pag. 1 di 18
La gestione del paziente con anafilassi nella rete dell'emergenza territoriale					

INDICE

1. SCOPO.....	2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	2
3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI.....	2
4. RESPONSABILITÀ E AUTORITÀ.....	3
5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	4
6. RIFERIMENTI.....	6
7. ARCHIVIAZIONE.....	6
8. ALLEGATI E APPENDICI.....	7
9. APPARECCHIATURE E PRESIDIO.....	7
10. REQUISITI PRELIMINARI E CRITERI DI ECCEZIONE.....	8
11. CRITERI DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONI.....	8
12. ALLEGATO DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ATTIVITÀ.....	10

Memoria della redazione, approvazione, modifica, valutazione organizzativa, codifica e successive modifiche

Rev	data	Causale della modifica	Redatto da	Approvato da	Valutato da	Codificato da
1.0	26 gennaio		Vedi elenco allegato dei nominativi	Direzione Sanitaria	Direttori CCOOPP Roma capitale Roma provincia e Rieti UOOSS Qualità processi, Risk Management	Direzione sanitaria
2.0	Dopo periodo di validazione					

Trasmesso il 28/01/11

CODIFICATO IL 28/01/11

DISTRIBUITO IL 28/01/11

DA DISTRIBUIRE A

U.O.C.	Centrale Operativa (CO) Roma capitale, Roma Provincia, Rieti
U.O.S.	Formazione, Risk Management, Qualità dei processi, Logistico, UOS mediche territoriali di competenza Roma provincia e Rieti
Coordinatore servizio infermieristico (Sevizio SAI)	Responsabile
Coordinatori infermieristici di area, Coordinatori infermieristici di postazione e CO118	CCOO:Roma capitale Postazioni e CCOO:Roma provincia e Rieti

SCOPO

Corretto trattamento dei pazienti, adulti e bambini, con Anafilassi nella fase di allarme e nella fase di risposta sul luogo dell'evento.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Adulti (>=14 anni); e Bambini (>=1 mese) con reazione anafilattica.

TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

ABCDE: (valutazione primaria) airway, breathing, circulation, disability and exposure

ACOVIES – Accreditamento, Controllo e Vigilanza degli Organismi Pubblici e Privati Esterni e Strutture Interne che svolgono attività nell'ambito del Sistema Emergenza Sanitaria.

ALS - MSA: Advanced Life Support – Mezzo di Soccorso Avanzato

BLS - MSB: Basic Life Support - Mezzo di Soccorso di Base
CO118: centrale operativa 118
DEA: Dipartimento Emergenza Accettazione
DI: decilitri
DS: Direzione Sanitaria
F.C. Frequenza Cardiaca
F.R. Frequenza Respiratoria
E.V. Endovena
GIPSE: gestione informazioni pronto soccorso ed emergenza
Gr: grammi
ISED: nome della società di gestione sistema informativo della CO
IR- BLS: Infermiere responsabile BLS
LAP: L'indice Accettabile di Performance
Mg: milligrammi
Ml: millilitri
PC: Personal Computer
SAI: Servizio Assistenza Infermieristica
SaO2: Saturazione ossigeno
UOC - unità operativa complessa
UOS - unità operativa semplice

RESPONSABILITÀ E AUTORITÀ

- La Direzione Sanitaria, UOS Risk Management, UOS Qualità dei Processi e UOC ACOVIES partecipa e valuta le attività d'implementazione del protocollo.
- I direttori delle CCOO118 e responsabile SAI autorizzano il protocollo e vigilano sull'ottemperanza dello stesso per quanto di loro competenza.
- Il medico di CO sulla base della sintomatologia dettata dall'infermiere, supporta l'equipaggio sul posto attenendosi, di norma al protocollo.
- I direttori delle UOS Territoriali e coordinatori infermieristici di area vigilano sulla corretta applicazione del presente protocollo, della tenuta e della conservazione delle schede e della loro consegna, della raccolta dati su supporto informatico.
- Il medico di UOS territoriale se contattato dalla CO 118 di competenza, messo in conferenza con l'equipaggio sul posto, supporta l'IR_BLS, sulla base dei segni e sintomi riferiti dall'infermiere, attenendosi, di norma al protocollo.
- L'UOS formazione diffonde il protocollo mediante formazione ad hoc a "formatori/facilitatori", individuati da i responsabili di UOS territoriali e caposala di postazioni, istruttori del l'ARES 118, valuta se gli operatori hanno raggiunto il LAP e comunica i nominativi al Direttore di UOC.
- L'infermiere IR-BLS in servizio su i mezzi di soccorso e gli operatori di CO118 sono responsabili della corretta applicazione del presente protocollo. È inoltre responsabile della corretta e completa compilazione della scheda di soccorso e della manutenzione della strumentazione necessaria all'applicazione del protocollo.
- I coordinatori infermieristici delle postazioni e della CO118 vigilano sulla corretta applicazione del presente protocollo e sono responsabili del ritiro e della conservazione delle schede di soccorso e della rilevazione degli indicatori e valutazione delle schede.
- I "formatori/facilitatori", infermieri e medici individuati dai direttori di CCOOPP, responsabili UOS di area territoriale e caposala, coadiuvano le attività di monitoraggio di applicazione del protocollo secondo quanto riportato nell'allegato specifico (revisione dei casi).

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Richiesta di soccorso ed invio mezzo

Al triage telefonico:

- l'infermiere di console in presenza di PAZIENTE COSCIENTE, attribuisce CODICE GIALLO in caso di sintomi riferibili ad attacco di anafilassi (distress respiratorio, senso di svenimento, difficoltà a parlare, difficoltà visive, vomito e diarrea (soprattutto nella prima infanzia), eruzione cutanea di tipo orticarioide, angioedema
- l'infermiere chiede se il paziente è allergico al latte, in caso di risposta positiva viene comunicato all'equipaggio che si reca sul posto che pertanto indosserà i guanti in virile. In caso di risposta negativa, comunque allerta l'equipaggio che si tratta di un paziente allergico e che potrebbe essere allergico al latte.

NB in presenza di: insorgenza dei sintomi a breve distanza dal contatto con l'allergene, attribuire un codice GIALLO ANAFILASSI.

Se il PAZIENTE NON È COSCIENTE seguire protocollo di CO118 relativo a "Perdita di Coscienza".

Al dispatch:

in caso di CODICE GIALLO invio mezzo soccorso disponibile e secondo protocollo di centrale.

Al triage telefonico:

L'Infermiere di console pone domande ulteriori al chiamante per comprendere maggiormente il quadro clinico chiedendo se ha già preso farmaci (es: auto iniezione di adrenalina, cortisonici...) e di che tipo e se le condizioni del paziente sono cambiate dopo l'assunzione degli stessi.

Al termine della telefonata l'infermiere registra le informazioni sulla scheda di centrale e le comunica all'equipaggio del mezzo di soccorso inviato.

Arrivo sul posto e trasporto in ospedale

In caso di arrivo di mezzo con medico a bordo il medico decide la condotta terapeutica e può astenersi di applicare il protocollo per giustificato motivo.

In caso di arrivo di mezzo con IR-BLS a bordo, l'infermiere segue le attività previste dal presente protocollo.

L'IR-BLS dopo aver valutato la sicurezza ambientale verifica se il paziente è cosciente:

A) Vittima cosciente:

- Raccoglie informazioni inerenti le possibili cause anche sulla base delle testimonianze delle persone presenti al momento dell'accaduto, chiede se è stato somministrato qualche farmaco, da quanto tempo, e se le condizioni sono migliorate. Completa la valutazione primaria. Raccoglie l'anamnesi.
- L'IR-BLS consulta l'algoritmo -sul luogo dell'evento- allegato al presente protocollo relativamente a sintomi e segni; in caso di sospetta anafilassi contatta la CO118 per confermare al medico che sono presenti le condizioni e i segni e i sintomi per eseguire il protocollo.
- L'IR-BLS al termine del soccorso fornisce alla CO118 il codice colore, informa del trasporto del paziente in ospedale.

Il trasporto in ospedale non è eseguito su rifiuto documentato e firmato del paziente cosciente, consapevole ed edotto a riguardo. In caso di rifiuto da parte di un minore al trasporto in ospedale l'assenso al rifiuto è dato da parte di chi rappresenta la potestà (genitori-affidatari).

B) Vittima incosciente

- L'IR-BLS Esegue l'ABC, se il paziente ha respiro e polso non si applica il seguente protocollo.

Se invece il paziente è in arresto respiratorio e dalle informazioni inerenti le possibili cause, anche sulla base delle testimonianze delle persone presenti al momento dell'accaduto, l'arresto respiratorio risulta esser l'evento finale di una crisi anafilattica grave, chiede se è stato somministrato qualche farmaco, da quanto tempo, e segue il protocollo. Raccoglie l'anamnesi contatta la CO attribuisce il codice di triage.

C) Vittima in arresto cardiorespiratorio

- Esegue le manovre salvavita e contemporaneamente raccoglie informazioni inerenti le possibili cause anche sulla base delle testimonianze delle persone presenti al momento dell'accaduto, chiede se sono stati somministrati farmaci e in caso di risposta affermativa quali e da quanto tempo, attribuisce il codice ROSSO, allerta la CO118 e trasporta il paziente all'ospedale più vicino.
- L'IR-BLS si farà carico della corretta compilazione della scheda di soccorso in ogni sua parte.

N.B. In caso di *rendez vous* con mezzo medicalizzato, il medico registra sulla scheda di soccorso che è stato applicato il protocollo e trascrive l'eventuale terapia da lui somministrata.

Consulto con il medico di Centrale Operativa

Attività IR-BLS e della Centrale Operativa

L'IR-BLS chiama l'operatore di triage, sulla linea 118 o sulla linea rossa, avvisando che sono presenti i criteri di applicazione del protocollo; l'operatore di triage passa la chiamata direttamente al medico mediante numero telefonico dedicato (3111), se quest'ultimo è impegnato l'operatore di triage passa la chiamata al capoturno che a sua volta avvertirà il medico di C. O. Il medico di C. O., sulla base dei segni e sintomi riferiti dall'infermiere, supporta l'equipaggio sul posto attenendosi, di norma, al protocollo (algoritmo – sul luogo dell'evento). Al termine, il medico di C.O. segnala al capoturno la scheda da stampare e conservare.

Solo in caso di non immediata disponibilità del medico di CO, l'IR_BLS chiede alla CO118 di essere messa in conferenza con il medico di UOS territoriale di sua competenza o suo sostituto. Quest'ultimo lo supporta nelle attività richieste. L'IR_BLS riporta sulla scheda di soccorso dell'avvenuto consulto. Gli operatori di CO registrano dell'avvenuto consulto con medico del territorio sul sistema informatico.

Nell'eventualità che per problemi di tipo tecnico (vedi mancata copertura telefonica o radio) l'IR BLS non riesca a entrare in contatto con la CO e sia in presenza di un codice rosso o giallo evolutivo, procederà all'applicazione di quanto previsto dal protocollo, comunicando con la CO appena possibile

Chiusura dell'evento e archiviazione delle informazioni

Attività della Centrale Operativa

L'IRL-BLS chiama l'operatore di dispatch via radio o l'operatore di triage via telefono, per allertare il DEA o Pronto Soccorso dell'ospedale di riferimento sull'arrivo di un paziente con anafilassi codice GIALLO o con arresto respiratorio imminente o in corso codice ROSSO;

l'operatore di dispatch registra l'informazione sulla scheda di centrale; registra sulla scheda della chiamata l'attivazione del protocollo e il codice di gravità ed avvisa il capoturno. Il capoturno o preposto chiama l'ospedale di destinazione.

Il dispatch in caso di invio di ALS e di mancata disponibilità del mezzo riporta sulla scheda nel campo note "mezzo ALS non disponibile".

Il capoturno si fa carico della stampa e della conservazione della scheda di triage telefonico.

Attività delle postazioni

Personale dedicato seleziona le schede di soccorso identificate e segnate come "protocollo anafilassi" ed informatizza i dati raccolti mediante la scheda di soccorso.

RIFERIMENTI

Revisione della letteratura

- Linee Guida NGC The diagnosis and management of anaphylaxis: an update practice parameter.
- AAITO European Annals of Allergy and Clinical Immunology. Use of adrenaline in allergy.
- SIAIP Società Italiana Immunologia e Allergologia Pediatrica. Indicazioni alla prescrizione somministrazione della adrenalina nel bambino affetto da anafilassi.

Normativa di riferimento

- D.P.R. N° 467600 del 27/03/1992; Art. 4 e Art. 10 "Prestazioni del personale infermieristico".
- Delibera del Consiglio Regionale del Lazio n. 1004/94 "Sistema di emergenza sanitaria Lazio Soccorso 118" articolo 3 "Funzionamento del sistema " 3.1 "fase di allarme".

ARCHIVIAZIONE

Il protocollo va inserito nel manuale presente nelle postazioni, nelle direzioni di U.O.S. e U.O.C. e nelle Centrali Operative.

Il Diagramma di flusso plastificato va apposto in postazione e su i mezzi di soccorso.

Il Registro dei soccorsi di postazione va compilato ed aggiornato con il caso indicato con "protocollo anafilassi".

La Scheda di soccorso della Centrale Operativa va compilata ed identificata con "protocollo anafilassi".

La scheda di soccorso del mezzo, conservate in fascicoli presso la direzione di U.O.S. territoriale, va identificata con "protocollo anafilassi".

Le schede dei soccorsi sottoposti a valutazione sono da fotocopiare (o tenere una copia) da conservare nella direzione di U.O.S. Territoriale.

I dati delle schede di soccorso, riportate nel data base informatizzato, sono da conservare su un CD-ROM presso le postazione e conservato in direzione di U.O.S. Territoriale.

ALLEGATI E APPENDICI

(Elenco degli allegati e della modulistica prevista dalla attività)

Le attività previste dal protocollo possono essere registrate sulla attuale modulistica di centrale e di postazione.

ALLEGATO 1 – Modalità di compilazione delle schede di centrale e sul territorio

SULLA SCHEDA DI CENTRALE OPERATIVA SONO OBBLIGATORI I CAMPI:

- dati anagrafici (nome e cognome – quando possibile - , sesso, età)
- luogo dell'evento (località, indirizzo, tipo)
- informazioni per identificare la gravità
- orari: invio mezzo, partenza del mezzo, arrivo sul posto, partenza dal posto, arrivo in ospedale, fine soccorso
- note: riportare "protocollo anafilassi"

SULLA SCHEDA DI SOCCORSO SONO OBBLIGATORI I CAMPI:

- Dati anagrafici e anamnestici
- valutazione primaria ABCDE
- Sintomi clinici
- Prestazioni eseguite
- terapia somministrata
- diagnosi presunta
- codice colore (criticità evento)
- tempi organizzativi
- esito
- note: riportare "protocollo anafilassi" e "pre-allertamento ospedale di trasferimento"

ALLEGATO 2 – Procedura di revisione e monitoraggio dei casi "protocollo Anafilassi": Centrale operativa e di postazione.

(Vedi documento allegato – da terminare).

APPARECCHIATURE E PRESIDI

Presidi medico chirurgici per il trattamento di anafilassi come da protocollo:--farmaci, maschere per ossigenoterapia con reservoir, maschere per ossigenoterapia con nebulizzatore, pallone auto espandibile,distanziatore (se disponibile), guanti in virule da usare in caso di paziente riferito allergico al lattice, kit per accesso venoso, soluzione fisiologica.

Presidi amministrativi: schede di centrale operativa, schede di soccorso, registro dei soccorsi

Apparecchiature: 1 PC e 1 stampante (eventualmente) per coordinatore infermieristico.

Software: database per registrazione dati elettronica delle schede di soccorso.

REQUISITI PRELIMINARI E CRITERI DI ECCEZIONE

Il protocollo è stato definito per l'equipaggio di mezzi di soccorso con IR-BLS, personale CCOO.

Nel presente protocollo per quanto riguarda la fase di consultazione del medico di centrale viene applicata l'attuale procedura di centrale, si prevede nel prossimo futuro di attivare una linea dedicata previa verifica con ISED.

CRITERI DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONI

Per valutare l'applicazione del protocollo oggetto del presente documento verrà prodotta una reportistica sviluppata tenendo presente gli indicatori di seguito riportati.

La valutazione avverrà una volta al mese da parte del responsabile medico di area e del caposala attraverso la selezione delle schede di soccorso raccolte presso le postazioni. In tale attività i "formatori/facilitatori" svolgeranno un ruolo di supporto fondamentale.

Il medico e il caposala, con la collaborazione dei "Formatori, eseguiranno incontri con il personale seguendo la metodologia indicata nell'allegato specifico (revisione dei casi).

Indicatori di processo

Centrale operativa e postazioni/ambulanze

1. Completezza delle informazioni (% compilazione campi obbligatori della scheda di chiamata e di soccorso) (standard 75% per cognome; standard 90 % per gli altri campi: Sesso, età, valutazione ABCDE, diagnosi, prestazioni)

Postazioni/ambulanze

2. Numero pazienti in anafilassi - grado MODERATO trattati con protocollo/ numero totale di pazienti in anafilassi MODERATO (standard 75%)
3. Numero pazienti in anafilassi - grado GRAVE trattati con protocollo/ numero totale di pazienti in anafilassi GRAVE (standard 75%)
4. Numero pazienti con anafilassi in AR trattati con protocollo/ numero totale di pazienti con anafilassi in AR (standard 75%).

Centrale operativa

5. Numero di soccorsi per Arresto Respiratorio e codice rosso con pre-allertamento ospedale di destinazione da parte della centrale/ Numero totale casi con AR e codice rosso
6. Numero di soccorsi con anafilassi con registrazione codice gravità da parte della centrale su scheda di centrale / Numero totale casi con anafilassi

Indicatore di esito

8. Numero pazienti con anafilassi trattati con protocollo e miglioramento della sintomatologia / numero totale di pazienti con anafilassi trattati con protocollo.

Altri indicatori

9. Riunioni con altre U.O.S. e U.O.C. coinvolte: cadenza trimestrale
10. Riunioni con il personale di soccorso: cadenza trimestrale
11. Un corso di formazione per operatori di C. O. e di postazione (100% operatori formati).

Fonte dati

Scheda di soccorso, scheda di C. O., scheda GIPSE. L'utilizzo della scheda GIPSE è previsto dal momento della messa a regime del protocollo.

12. ALLEGATO DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ATTIVITÀ

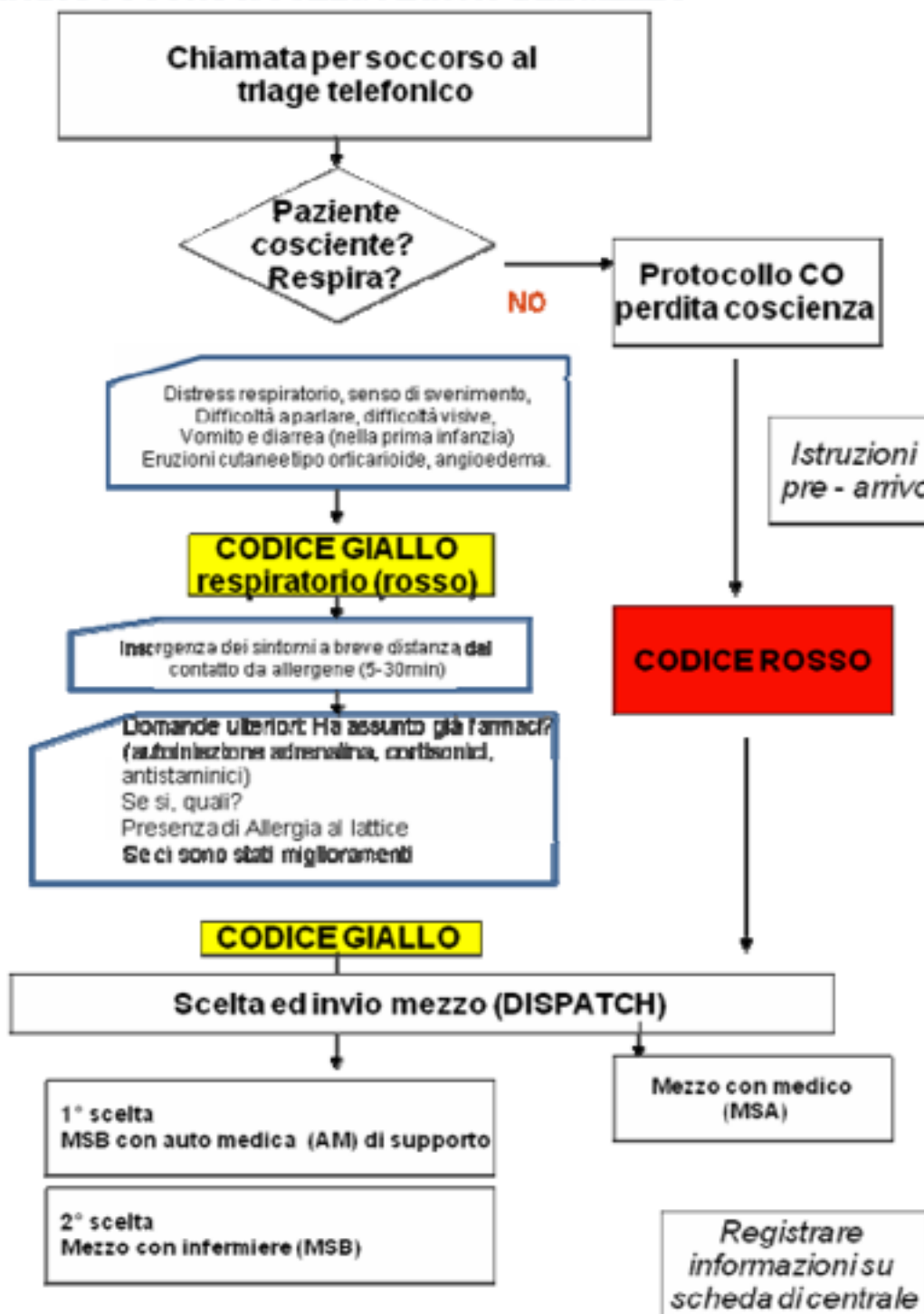
Vedi allegato che riporta 6 diagrammi di flusso:

- **Attività CO: RICHIESTA DI SOCCORSO, SCELTA E INVIO DEL MEZZO**
- **Attività ambulanza con MSB: LUOGO DELL'EVENTO**
- **Attività CO e ambulanza: RICHIESTA CONSULENZA MEDICA**
Questa attività può variare per alcuni aspetti nelle diverse CCOO, nel diagramma è rappresentata quella di Roma Capitale e Roma provincia
- **Attività CO, ambulanza, postazione: TRASPORTO DEL PAZIENTE E CHIUSURA DEL SOCCORSO**
Questa attività può variare per alcuni aspetti nelle diverse CCOO, nel diagramma è rappresentata quella di Roma Capitale e Roma provincia
- **Protocollo di triage di CO "perdita di coscienza".**
- **PROCEDURA: preparazione per aerosol terapia**
- **TABELLA A – Etiopatogenesi, parametri clinici, istruzioni pre arrivo paziente con anafilassi.**

PROTOCOLLO ANAFILASSI

Diagramma di Flusso – 1 Attività Centrale Operativa

RICHIESTA DI SOCCORSO, SCELTA E INVIO DEL MEZZO



PROTOCOLLO ANAFILASSI

Diagramma di Flusso-2 Attività ambulanza MSB

LUOGO DELL'EVENTO

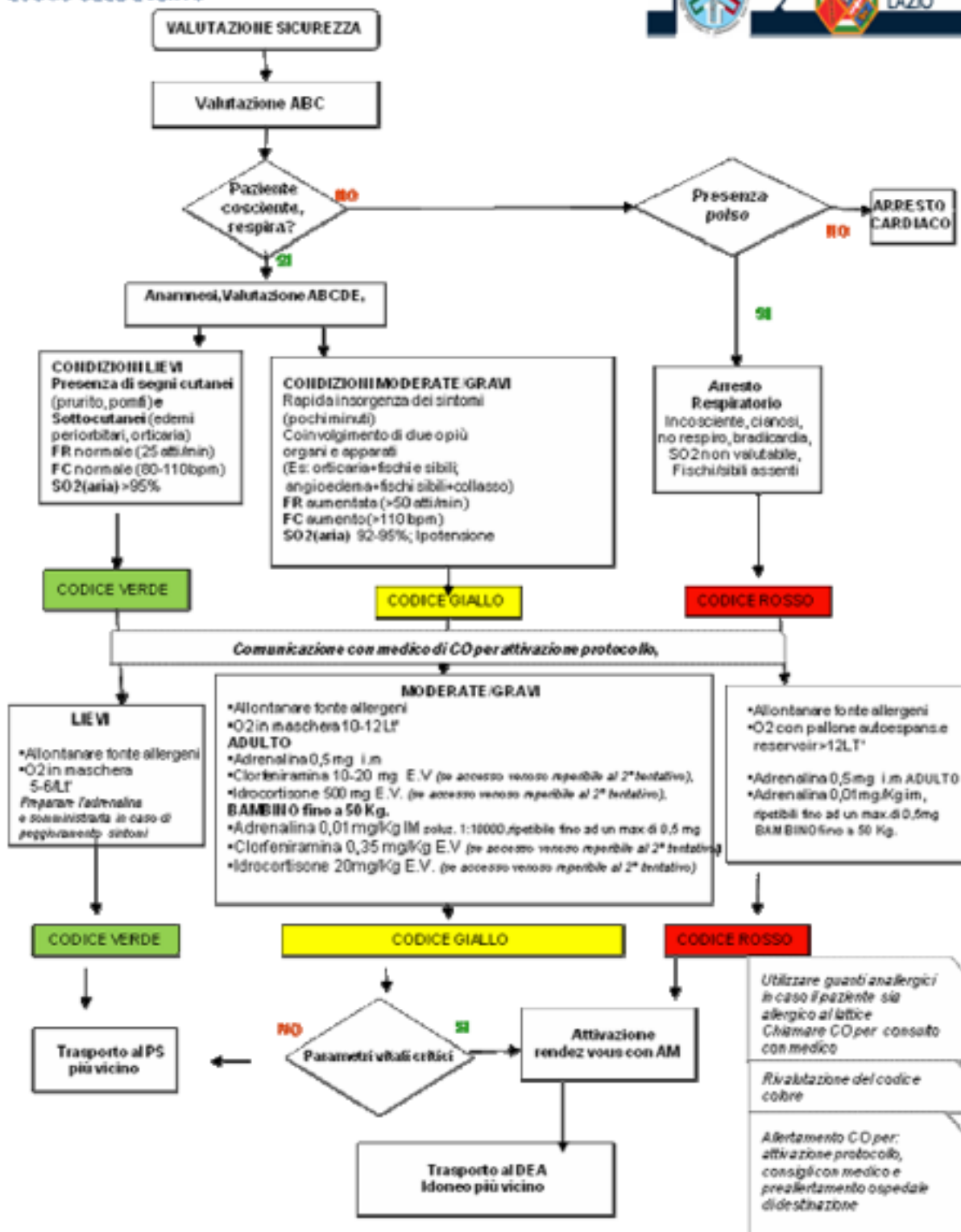
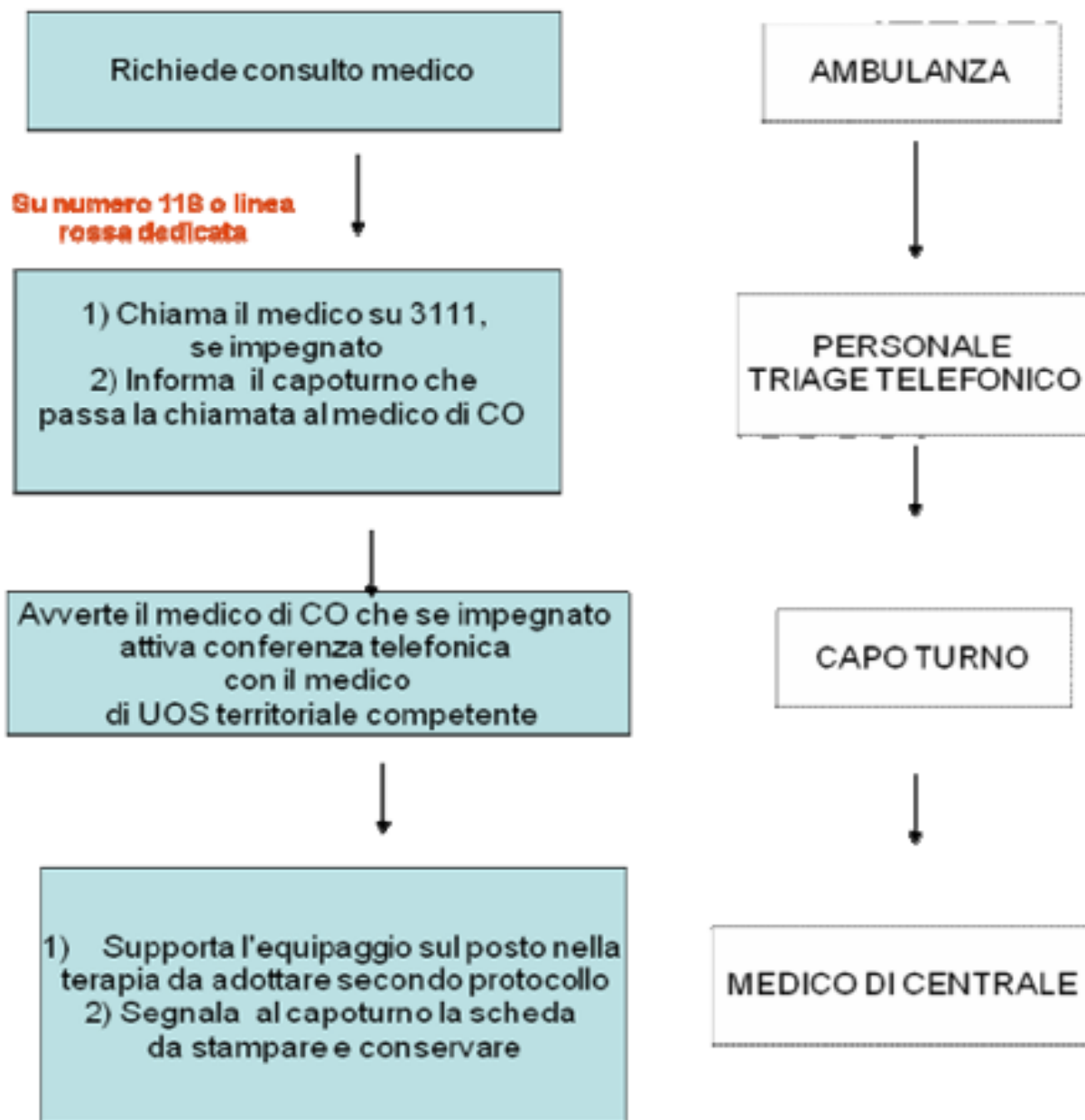


Diagramma di Flusso – 3

Protocollo Attacco acuto asma

Attività CO e Ambulanza

RICHIESTA CONSULENZA MEDICA



Solo in caso di non immediata disponibilità del medico di CO, l'IR_BLS chiede alla CO di metterlo in contatto con il medico di UOS territoriale di sua competenza o suo sostituto. Quest'ultimo lo supporta nelle attività richieste. L'IR_BLS riporta sulla scheda di soccorso dell'avvenuto consulto. Gli operatori di CO registrano dell'avvenuto consulto con medico del territorio sul sistema informatico.

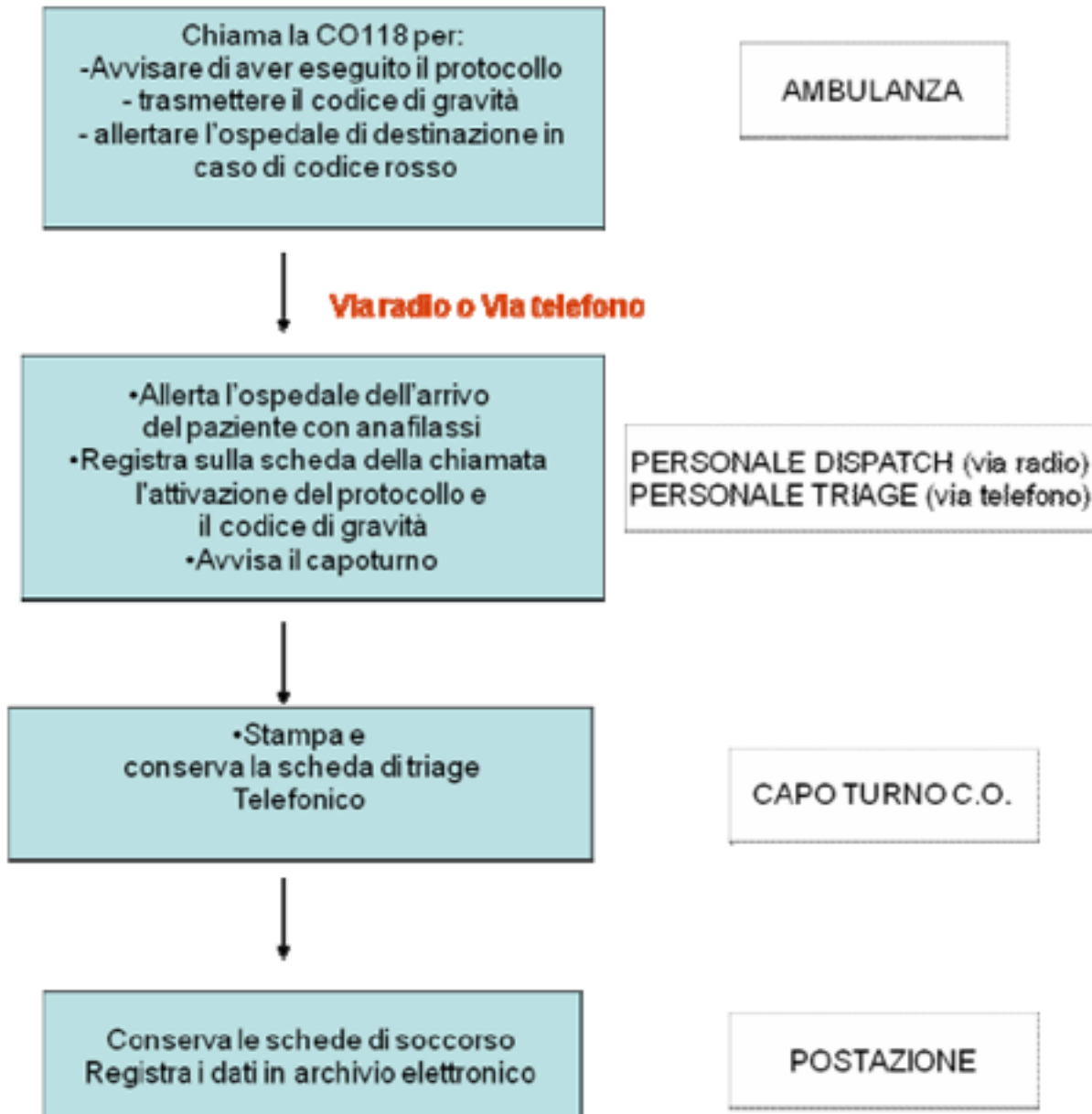
In presenza di codice rosso o giallo evolutivo ed impossibilità di ottenere supporto medico (vie comunicazioni non funzionanti), l'IR-BLS applica il protocollo, con comunicazione appena possibile alla CO.

Diagramma di Flusso –4

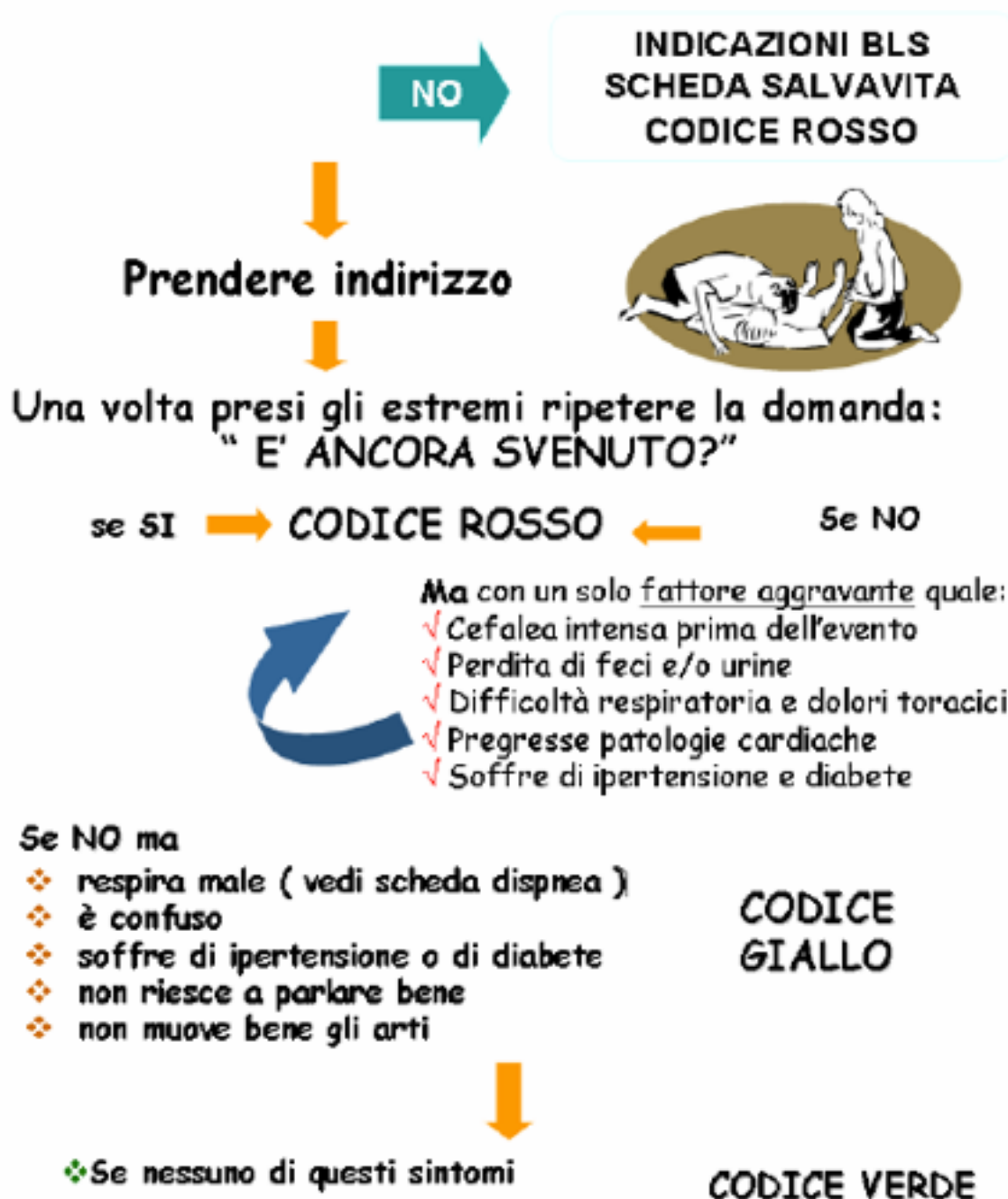
Protocollo Anafilassi

Attività CO. Ambulanza

TRASPORTO DEL PAZIENTE E CHIUSURA DEL SOCCORSO



Protocollo di CO PERDITA DI COSCIENZA



PROCEDURA PER PREPARAZIONE AEROSOL TERAPIA

Ambito pre-ospedaliero ambulanza 118

INFORMAZIONI ALLA PERSONA

Le informazioni che devono essere date alla persona sono relative alla preparazione e alla descrizione della procedura soprattutto in relazione alla modalità e alla durata della stessa.

MATERIALE NECESSARIO

- maschere per ossigenoterapia con reservoir,
- maschere per ossigenoterapia con nebulizzatore
- Siringhe da 2,5 e 10 ml
- Soluzione fisiologica sterile
- Farmaco secondo prescrizione
- Garze
- Guanti monouso (lattice o vinile)

SEDI E CRITERI DI SCELTA

- Le sedi sono naso e bocca

PROCEDURA OPERATIVA

- Lavare le mani con gel o soluzione alcolica
- Indossare i guanti di tipo adeguato al caso
- Introdurre il farmaco nell'ampolla con una siringa
- Diluire il farmaco con 3 ml di soluz. Fisiologica o secondo prescrizione medica
- Connettere il tubo (prolunga) al flussometro erogatore di Ossigeno e posizionarlo circa a 2 L/m
- valutando la potenza di erogazione.
- Nel paziente pediatrico chiedere la collaborazione del genitore
- Posizionare correttamente la maschera o inserire il boccaglio nella bocca della persona
- Eseguire l'aerosol fino all'esaurimento della soluzione contenuta nell'ampolla
- Passare una garza sul viso della persona al termine della terapia
- Smaltire in modo corretto il materiale utilizzato
- Lavare le mani con gel o soluzione alcolica.

RIFERIMENTO BIBLIOGRAFICO

Modificato da "Procedure diagnostico-terapeutiche e assistenziali", McGraw-Hill, ed.2005.

TABELLA A – ETIOPATOGENESI E PAZIENTE CON ANAFILASSI



SOSPETTO CLINICO	FATTORI SCATENANTI (in soggetti con sensibilizzazione allergica)	FATTORI DI RISCHIO
<ul style="list-style-type: none"> • Distress respiratorio • Senso di svenimento • Difficoltà a parlare • Difficoltà visive • Vomito e diarrea (importanti nella prima infanzia) • Eruzioni cutanee di tipo orticarioide • Angioedema 	<ul style="list-style-type: none"> - Ingestione di alimenti o farmaci - Puntura di insetto (ape, vespa, calabrona) - In corso di esercizio fisico (anafilassi da sforzo) - Latice 	<ul style="list-style-type: none"> - Storia pregressa di allergia - Presenza di asma - Rapida progressione dei sintomi (5-30 minuti) - Assunzione di beta bloccanti
VALUTAZIONE GRAVITA' SUL LUOGO DI SOCCORSO		
	Anafilassi moderata	Anafilassi grave
PAS sistolica *	≥ 90 mm Hg	< 90 mm Hg
FR	< 25 anni al minuto	> 25 anni al minuto
Glasgow Coma Scale	≥ 15	< 15
SaO2	> 92	≤ 92
Sintomi	Dispnea, pallore	Senso di morte imminente, cianosi
*Nei pazienti normalmente ipotesi è importante, quando possibile, considerare come ipotensione una riduzione della PAS > 30% del valore di base.		
PARAMETRI PAS E FC PAZIENTE PEDIATRICO		
ETA'	Pressione Sistolica (mm Hg)	Frequenza cardiaca (battiti/minuto)
Neonati a termine (0-28 Giorni)	< 60	Da min 70' a max 160'
Infanti (1 - 12 mesi)	< 70	Da min 80' a max 160'
Bambini (>1 anno fino a 10 anni)	< 70 + (2 x età in anni)	Da min 80' a max 110'
Soggetti oltre i 10 anni	< 90	Da min 65' a max 110' *
*I valori di frequenza cardiaca minima e massima possono presentare variazioni di ± 5 battiti /minuto secondo i sessi dopo i 10 anni di età		

Segue TABELLA A - ISTRUZIONI PRE-ARRIVO

ISTRUZIONI PRE-ARRIVO DELLA CENTRALE OPERATIVA

- Allontanare l'eventuale fonte di allergeni (lattice, alimenti ecc.)
- utilizzo di adrenalina auto iniettabile con successiva posizione in Trendelenburg (se non c'è asma)
- salbutamolo spray (con distanziatore, sotto i 5 anni di età con mascherina) in caso di asma da ripetere fino a 10 spruzzi nell'adulto o 2 spruzzi ogni dieci Kg fino a dieci spruzzi nel bambino
- assumere la posizione più confortevole se c'è asma

5.3. Protocollo ipoglicemia

 <p>ARES 118</p>	 <p>PROTOCOLLO</p>	<p>Codifica: ARES – direzione sanitaria. Pro Ipoglicemia grave</p>	<p>Rev.2.0 data 15.12.08</p>	<p>Pag. 86 di 105</p>
<p>Protocollo ipoglicemia</p>				

Memoria della redazione, approvazione, modifica, valutazione organizzativa, codifica e successive modifiche

Rev.	data	Causale della modifica	Redatto da	Approvato da	Valutato da	Codificato da
1.0	16\07\08	Protocollo per validazione	Gruppo di lavoro (note n°1303/DS del 14/05/08, n°1629/DS del 13/06/08, n°2318/DS del 11/08/08)	A. De Santis	Gruppo di lavoro	Direzione sanitaria
2.0	A 5 mesi dall'inizio validazione	1° revisione				
	15\12\08	Protocollo per implementazione	Gruppo di lavoro			

Trasmesso il

CODIFICATO IL _____

DISTRIBUITO IL _____

DA DISTRIBUIRE A

U.O.C.	Centrale Operativa (CO) Roma e Provincia, FR, VT,LT,RI, ACOVIES, POSSE
U. U.O.S.	Formazione
Coordinatore servizio infermieristico (Sevizio SAI)	Responsabile
Coordinatore postazione e CO118	Postazioni e CCOO: Roma e provincia FR, VT, LT, RI, ACOVIES, POSSE

scopo

Corretto trattamento dei pazienti , adulti e bambini, con stato di coscienza alterato e valori ematici di glicemia $\leq 50\text{mg/dl}$.

campo di applicazione

Adulti e Bambini con alterazione dello stato di coscienza e valori ematici di glicemia $\leq 50\text{mg/dl}$.

terminologia e abbreviazioni

ABCDE: (valutazione primaria) airway, breathing, circulation, disability and exposure

ACOVIES – Accredитamento, Controllo e Vigilanza degli Organismi Pubblici e Privati Esterni e Strutture Interne che svolgono attività nell'ambito del Sistema Emergenza Sanitaria.

ALS: Advanced Life Support

BLS: Basic Life Support

CO118: centrale operativa 118

DEA: Dipartimento Emergenza Accettazione

DI: decilitri

DS:Direzione Sanitaria

E.V. Endovena

GIPSE: gestione informazioni pronto soccorso ed emergenza

Gr: grammi

ISED: nome della società di gestioni sistema informativo della CO

ITL: Infermiere Team leader responsabile mezzo BLS

IR-BLS : Infermiere responsabile mezzo BLS

LAP: L'indice Accettabile di Performance

Mg: milligrammi

MI: millilitri

PC:Personal Computer

SAI: servizio Assistenza Infermieristica

UOC – unità operativa complessa

UOS – unità operativa semplice

responsabilità e autorità

- La direzione sanitaria e UOC ACOVIES partecipa e valuta le attività d'implementazione del protocollo.
- I direttori delle CCOO118 autorizzano il protocollo e vigilano sull'ottemperanza dello stesso.
- I direttori delle UOS Territoriali vigilano sulla corretta applicazione del presente protocollo, della tenuta e della conservazione delle schede e della loro consegna, della raccolta dati su supporto informatico.
- L'UOS formazione diffonde il protocollo mediante formazione ad hoc a "formatori/facilitatori", individuati da i responsabili di UOS territoriali e caposala di postazioni, valuta se gli operatori hanno raggiunto il LAP e comunica i nominativi al Direttore di UOC.
- L'infermiere IR-BLS in servizio su i mezzi di soccorso e gli operatori di CO118 sono responsabili della corretta applicazione del presente protocollo e della corretta e completa compilazione della scheda di soccorso e della manutenzione della strumentazione necessaria all'applicazione del protocollo.
- I coordinatori infermieristici delle postazioni e della CO118 vigilano sulla corretta applicazione del presente protocollo e sono responsabili del ritiro e della conservazione delle schede di soccorso e della rilevazione degli indicatori e valutazione delle schede.
- I "formatori/facilitatori", infermieri e medici individuati dai direttori di CCOOPP, direttori di area territoriale e caposala, coadiuvano le attività di monitoraggio di applicazione del protocollo secondo quanto riportato nell'allegato specifico (revisione dei casi).

descrizione delle attività

Richiesta di soccorso ed invio mezzo

Al triage telefonico:

in presenza di paziente cosciente, diabetico o non, con sintomi riferibili a stato di ipoglicemia come: sudorazione, irritabilità, tremori, debolezza, palpitazioni e senso di fame oppure stato confusionale, comportamento e linguaggio inappropriato (che può essere confuso con uno stato di ebbrezza), disturbi visivi, attribuire CODICE GIALLO;

se il paziente non è cosciente seguire protocollo di CO118 relativo a "*Perdita di Coscienza*".

Al dispatch:

in caso di CODICE GIALLO invio mezzo soccorso disponibile e secondo protocollo di centrale.

Arrivo sul posto e trasporto in ospedale

In caso di arrivo di mezzo con medico a bordo è il medico che decide la condotta terapeutica da adottare.

In caso di arrivo di mezzo con IR-BLS a bordo, l'equipaggio segue le attività previste dal presente protocollo.

L'IR-BLS dopo aver valutato la sicurezza ambientale verifica se il paziente è cosciente:

A) Vittima cosciente:

- Raccoglie informazioni inerenti le possibili cause anche sulla base delle testimonianze delle persone presenti al momento dell'accaduto, chiede se è stato somministrato glucosio o zuccheri complessi e da quanto tempo, verifica se il paziente è diabetico e portatore di pompa di infusione per la somministrazione di insulina in caso positivo la disattiva o rimuove il dispositivo dal sottocute;
- valuta altri segni e sintomi: in presenza di sudorazione, irritabilità, tremori, debolezza, palpitazioni e senso di fame oppure stato confusionale, comportamento e linguaggio

inappropriato (che può essere confuso con uno stato di ebbrezza, intossicazioni, disturbi psichici), disturbi visivi, con riflessi della deglutizione mantenuti;

- in caso di presenza di almeno uno dei sintomi e segni su indicati, procede alla valutazione primaria ABCDE, in D esegue **un test della glicemia ematica** (glucotest) con prelievo capillare;
- valori della glicemia ematica compresi tra 50mg/dl e 60 mg/dl contattare il medico di centrale;
- valori della glicemia ematica maggiori di 60 mg/dl uscita dal protocollo;
- valori della glicemia ematica ≤ 50 mg/dl somministra glucosio per via orale – circa 15/20 gr. di zucchero in zollette o in bustine (2-3 cucchiaini o 3-4 zollette). Qualora non lo avesse già somministrato prima dell'arrivo del mezzo, in tal caso si passa direttamente alla somministrazione di glucosio in bolo (vedi azione successiva);
- dopo circa 5 -10 minuti si rivalutano lo stato di coscienza, i segni e sintomi iniziali e si effettua un secondo **test della glicemia**. Se i valori di glicemia non si modificano somministrare una fiala di glucosio 33% in bolo lento e.v. (per prevenire la possibile perdita di coscienza) ed eventualmente durante il trasporto somministrare una soluzione fisiologica e.v. Se il paziente non è cosciente seguire le azioni del protocollo specifiche. Se lo stato di coscienza è migliorato ed i valori glicemici si stanno normalizzando si predispone il trasporto;
- allerta la CO118 per: informare sulla messa in atto del protocollo; richiedere il supporto al medico di centrale in caso di necessità, fornire il codice colore, informare del trasporto del paziente in ospedale;

Il trasporto in ospedale non è eseguito su rifiuto documentato e firmato del paziente cosciente, consapevole ed edotto a riguardo.

B) Vittima incosciente

- Raccoglie informazioni inerenti le possibili cause anche sulla base delle testimonianze delle persone presenti al momento dell'accaduto, chiede se è stato somministrato glucosio o zuccheri complessi e da quanto tempo, verifica se il paziente è diabetico e portatore di pompa di infusione per la somministrazione di insulina in caso positivo la disattiva o rimuove il dispositivo dal sottocute;
- procede alla valutazione primaria ABCDE, se paziente in ACC applicare il relativo protocollo, se il paziente non in ACC, in C assicura un accesso venoso e in D esegue anche **un test della glicemia ematica** (glucotest) con prelievo capillare;
- in caso di valori della glicemia ematica compresi tra 50mg/dl e 60 mg/dl contattare il medico di centrale;
- in caso di valori della glicemia ematica maggiori di 60 mg/dl uscita dal protocollo;
- in caso di valori della glicemia ematica ≤ 50 mg/dl somministra glucosio per via endovenosa (iniziare con due fiale di glucosio da 10 ml al 33% in bolo lentamente e osserva ogni 2 minuti la modifica dei segni e sintomi e lo stato di coscienza, si può arrivare fino alla somministrazione di 8 fiale);
- se i valori di glicemia non si modificano somministra una soluzione fisiologica e.v. ;
- allerta la CO118 per: informare sulla messa in atto del protocollo, richiedere il supporto al medico di centrale in caso di necessità, fornire il codice colore, informare del trasporto del paziente in ospedale;
- se il paziente è cosciente seguire le azioni del protocollo specifiche.

L'IR-BLS si farà carico della corretta compilazione della scheda di soccorso in ogni sua parte riportando la dicitura "protocollo ipoglicemia".

N.B. In caso di rendez vous con mezzo medicalizzato, il medico registra sulla scheda di soccorso che è stato applicato il protocollo e registra l'eventuale terapia somministrata.

Consulto con il medico di Centrale Operativa in caso di necessità

Attività IR-BLS e della Centrale Operativa

L'IR-BLS chiama l'operatore di triage, sulla linea 118 o sulla linea rossa, l'operatore di triage passa la chiamata direttamente al medico mediante numero telefonico dedicato (3111), se quest'ultimo è impegnato l'operatore di triage passa la chiamata al capoturno che a sua volta avvertirà il medico di C. O. Il medico di C. O. supporta l'equipaggio sul posto in caso di necessità e segnala al capoturno la scheda da stampare e conservare.

Chiusura dell'evento e archiviazione delle informazioni

Attività della Centrale Operativa

L'IRL-BLS chiama l'operatore di dispatch via radio o l'operatore di triage via telefono, che allerta il DEA o Pronto Soccorso dell'ospedale di riferimento sull'arrivo di un paziente in ipoglicemia grave codice rosso e registra l'informazione sulla scheda di centrale; registra sulla scheda della chiamata l'attivazione del protocollo e il codice di gravità ed avvisa il capoturno.

Il dispatch in caso di invio di ALS e di mancata disponibilità del mezzo riporta sulla scheda nel campo note "*mezzo ALS non disponibile*".

Il capoturno si fa carico della stampa e della conservazione della scheda di triage telefonico.

Attività delle postazioni

Personale dedicato seleziona le schede di soccorso identificate e segnate come "*protocollo ipoglicemia*" ed informatizza i dati raccolti mediante la scheda di soccorso.

riferimenti

5. Prehospital hypoglycemia: the safety of not transporting treated patients. Cain E, Acroyd-Stolarz S, Alexiadis P, Murray D- Scotia. Canada B4AIE5 2004
6. Prehospital management of diabetic emergency , a population based intervention study. Holstein A, Planschke A, Vogel MY, Egbert EH department of Medicine and Institute of Anaesthesiology, KlinikumLippe-Detmold, Germany 2003
7. Module Hypoglycemia, education package, Davis LM,, Nisbt Jc,Endocrinology Master Health Service Brisbane 2004
8. A comparison of glucagon and glucose in prehospital hypoglycaemia.Howel MA, Guly HR Accident and Emergency dept. Derriford Hospital , Plymouth, 1997
9. Protocollo per il trattamento dell'ipoglicemia del sistema 118 di Ferrara.
10. Malattie endocrine e metaboliche; disordini del metabolismo dei carboidrati: Ipoglicemia. Manuale merck 2007. <http://www.msd-italia.it/altre/manuale/sez02/0130194.html>.
11. Esperienza sistema 118 della Regione Lombardia.
12. D.P.R. N° 467600 del 27/03/1992; Art. 10 "Prestazioni del personale infermieristico".

archiviazione

Il protocollo va inserito nel manuale presente nelle postazioni, nelle direzioni di U.O.S. e U.O.C. e nelle Centrali Operative

Il Diagramma di flusso plastificato va apposto in postazione e su i mezzi di soccorso.

Il Registro dei soccorsi di postazione va compilato ed aggiornato con il caso indicato con “*protocollo ipoglicemia*”.

La Scheda di soccorso della Centrale Operativa va compilata ed identificata con “*protocollo ipoglicemia*”.

La scheda di soccorso del mezzo, conservate in fascicoli presso la direzione di U.O.S. territoriale, va identificata con “*protocollo ipoglicemia*”.

Le schede dei soccorsi sottoposti a valutazione sono da fotocopiare (o tenere una copia) da conservare nella direzione di U.O.S. Territoriale.

I dati delle schede di soccorso, riportate nel data base informatizzato, sono da conservare su un CD-ROM presso le postazione e conservato in direzione di U.O.S. Territoriale.

allegati e appendici

(Elenco degli allegati e della modulistica prevista dalla attività)

Le attività previste dal protocollo possono essere registrate sulla attuale modulistica di centrale e di postazione.

ALLEGATO 1 – Modalità di compilazione delle schede di centrale e sul territorio

SULLA SCHEDA DI CENTRALE OPERATIVA SONO OBBLIGATORI I CAMPI:

- dati anagrafici (nome e cognome – quando possibile - , sesso, età)
- luogo dell'evento (località, indirizzo)
- informazioni per identificare la gravità
- orari: invio mezzo, partenza del mezzo, arrivo sul posto, partenza dal posto, arrivo in ospedale, fine soccorso
- note: riportare “*protocollo ipoglicemia*”

SULLA SCHEDA DI SOCCORSO SONO OBBLIGATORI I CAMPI:

- Dati anagrafici e anamnestici
- valutazione primaria ABCDE
- Sintomi clinici
- terapia somministrata
- codice colore (criticità evento)
- esito
- note: riportare “*protocollo ipoglicemia*” e “pre-allertamento ospedale di trasferimento”

ALLEGATO 2 – Procedura di revisione e monitoraggio dei casi “protocollo ipoglicemia grave: Centrale operativa e di postazione.

(Vedi documento allegato al protocollo)

apparecchiature E PRESIDI

Presidi medico chirurgici: Glucometer e strips originali, batteria di alimentazione per apparecchio glucometer, lancette pungi dito, garze e disinfettanti, kit per accesso venoso, Fiale di Glucosio 10 ml al 33%, soluzione fisiologica, zucchero in bustine o in zollette.

Presidi amministrativi: schede di centrale operativa, schede di soccorso, registro dei soccorsi

Apparecchiature: 1 PC e 1 stampante (eventualmente) per coordinatore infermieristico.

Software: database per registrazione dati elettronica delle schede di soccorso.

requisiti preliminari e criteri di eccezione

Il protocollo è stato definito per l'equipaggio di mezzi di soccorso con IR-BLS, personale CCOO. Nel presente protocollo per quanto riguarda la fase di consultazione del medico di centrale viene applicata l'attuale procedura di centrale, si prevede nel prossimo futuro di attivare una linea dedicata previa verifica con ISED.

criteri di valutazione e registrazioni

Per valutare l'applicazione del protocollo oggetto del presente documento verrà prodotta una reportistica sviluppata tenendo presente gli indicatori di seguito riportati.

La valutazione avverrà una volta al mese da parte dal responsabile medico di area e del caposala attraverso la selezione delle schede di soccorso raccolte presso le postazioni. In tale attività i "formatori/facilitatori" svolgeranno un ruolo di supporto fondamentale.

Il medico e il caposala, con la collaborazione dei "Formatori, eseguiranno incontri con il personale seguendo la metodologia indicata nell'allegato specifico (revisione dei casi).

Indicatori di processo

Centrale operativa e postazioni/ambulanze

1. Completezza delle informazioni (% compilazione campi obbligatori della scheda di chiamata e di soccorso) (standard 75% per cognome; standard 90 % per gli altri campi indicati nell'allegato 1 del presente documento)

Postazioni/ambulanze

2. Numero pazienti in ipoglicemia grave (valori ematici ≤ 50 mg/dl) trattati con protocollo/ numero totale di pazienti in ipoglicemia (valori ematici ≤ 50 mg/dl) (standard 75%)
3. Numero pazienti con alterazione dello stato di coscienza con glucotest effettuato/ numero dei pazienti con alterazione dello stato di coscienza (standard 75%)
4. Numero pazienti con riferita perdita di coscienza o storia di diabete con glucotest effettuato/ numero dei pazienti con riferita perdita di coscienza o storia di diabete (standard 75%)
5. Numero di strip glucotest utilizzate, N. fiale di glucosio al 33 % utilizzate nel periodo osservato
6. Numero di fiale di glucosio al 33 % utilizzate nel periodo osservato
7. Numero di bustine di zucchero utilizzate nel periodo osservato

Centrale operativa

8. Numero di schede di chiamata con indicazione di patologia diabetica/ numero di pazienti con alterazione dello stato di coscienza e con ipoglicemia grave (standard 75%)
9. Numero di soccorsi con ipoglicemia grave e codice rosso con pre-allertamento ospedale di destinazione da parte della centrale/ Numero totale casi con ipoglicemia grave e codice rosso
10. Numero di soccorsi con ipoglicemia grave con registrazione codice gravità da parte della centrale su scheda di centrale / Numero totale casi con ipoglicemia grave
11. Numero di ALS attivate in casi di ipoglicemia grave con codice rosso / sul totale di casi di ipoglicemia grave con codice rosso.

Indicatore di esito

12. Numero pazienti in ipoglicemia grave trattati con protocollo e risoluzione della sintomatologia / numero totale di pazienti in ipoglicemia grave trattati con protocollo (standard 75%)

Altri indicatori

13. Riunioni con altre U.O.S. e U.O.C. coinvolte: cadenza bimensile
14. Riunioni con il personale di soccorso: cadenza bimensile
15. Un corso di formazione per operatori di C. O. e di postazione (100% operatori formati)

Fonte dati

Scheda di soccorso, scheda di C. O., scheda GIPSE. L'utilizzo della scheda GIPSE è previsto dal momento della messa a regime del protocollo.

12. Allegato Diagramma di flusso delle attività

Vedi allegato che riporta 6 diagrammi di flusso:

- Attività CO: RICHIESTA DI SOCCORSO, SCELTA E INVIO DEL MEZZO
- Attività ambulanza con ITL: LUOGO DELL'EVENTO
- Attività CO e ambulanza: RICHIESTA CONSULENZA MEDICA

Questa attività può variare per alcuni aspetti nelle diverse CCOO, nel diagramma è rappresentata quella di Roma Capitale e Roma provincia

- Attività CO, ambulanza, postazione: TRASPORTO DEL PAZIENTE E CHIUSURA DEL SOCCORSO

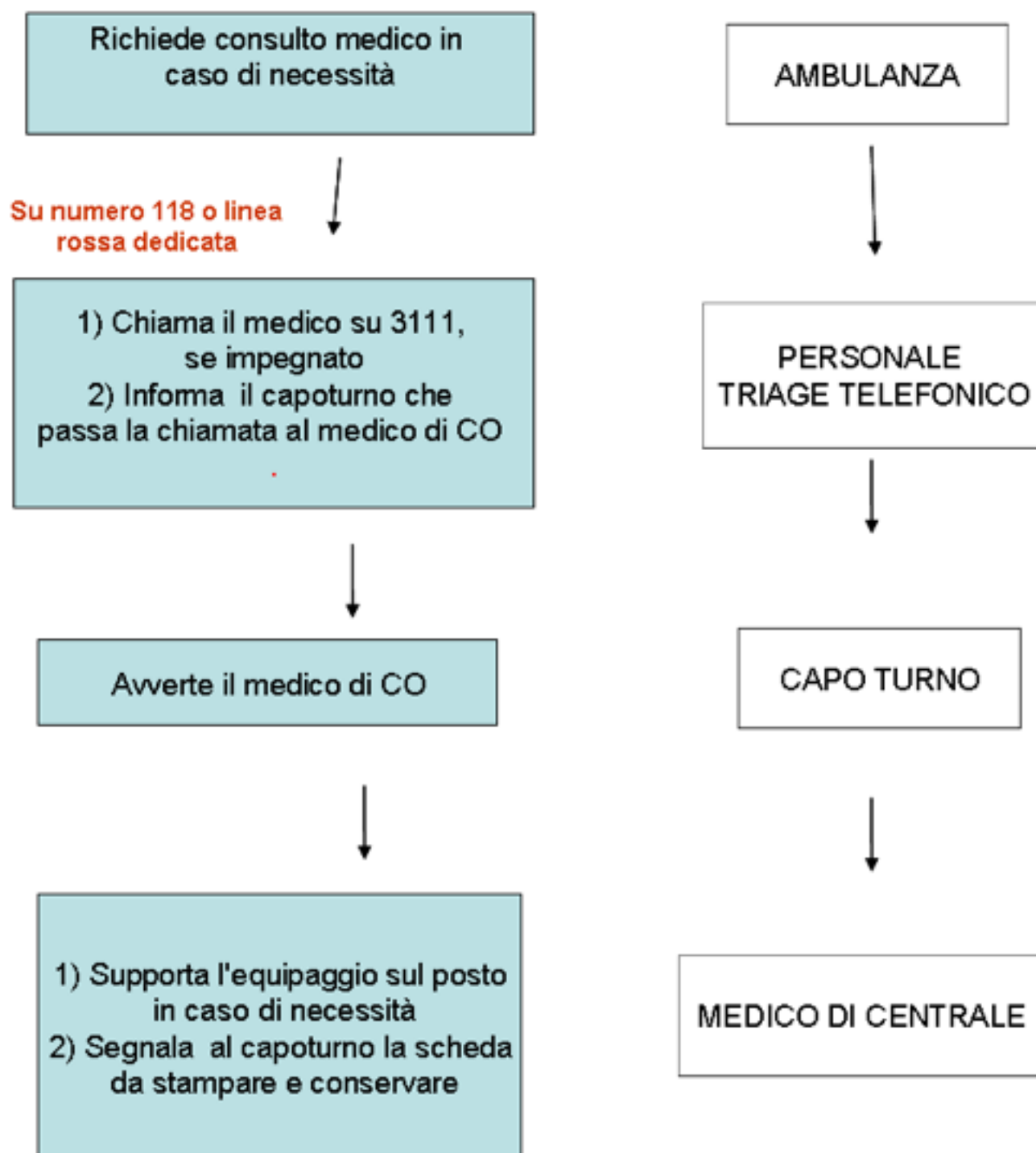
Questa attività può variare per alcuni aspetti nelle diverse CCOO, nel diagramma è rappresentata quella di Roma Capitale e Roma provincia

- Procedura di manutenzione del Misuratore di Glicemia Capillare
- Protocollo di triage di CO "perdita di coscienza".

Diagramma di Flusso – 3 Ipoglicemia Grave

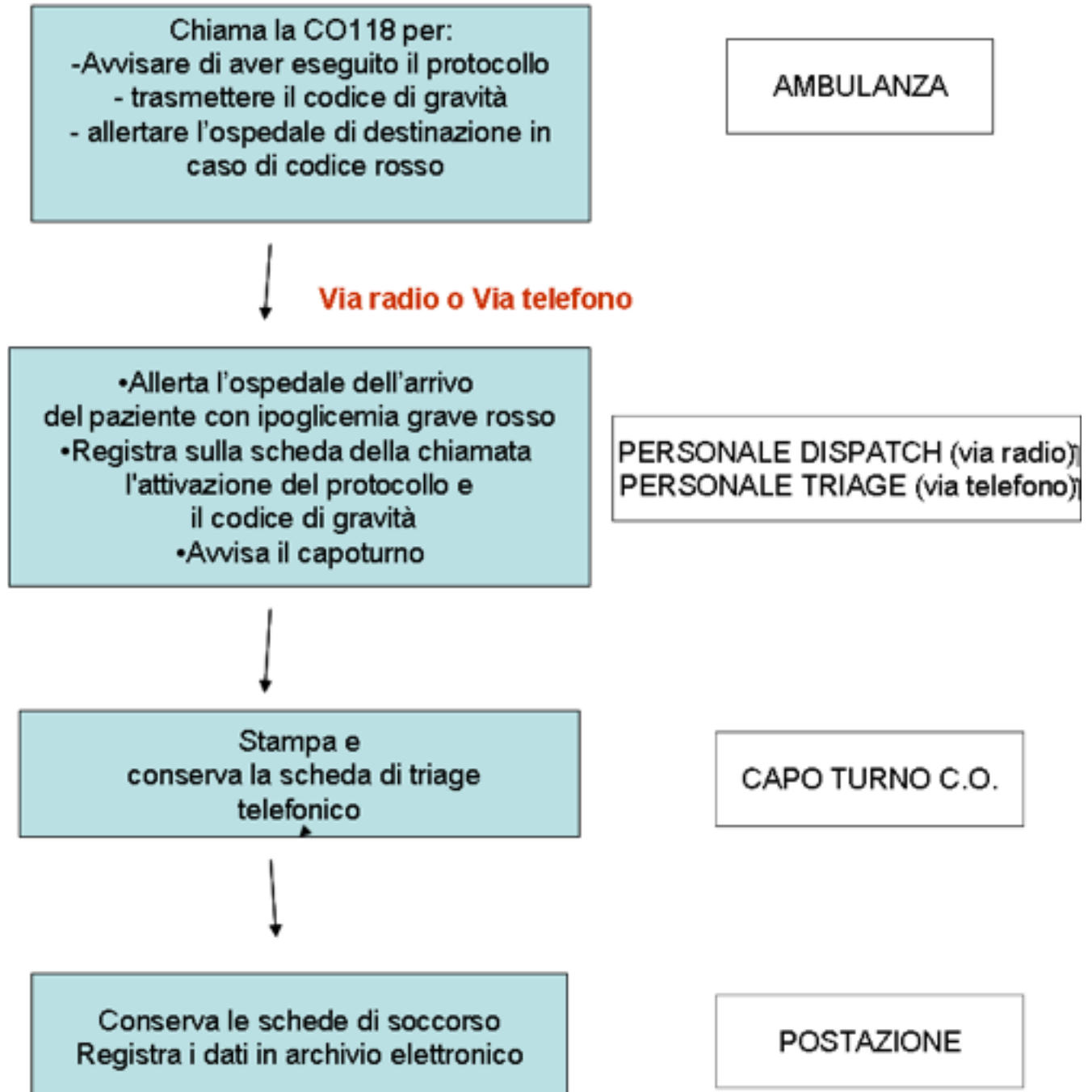
Protocollo

Attività CO e Ambulanza RICHIESTA CONSULENZA MEDICA

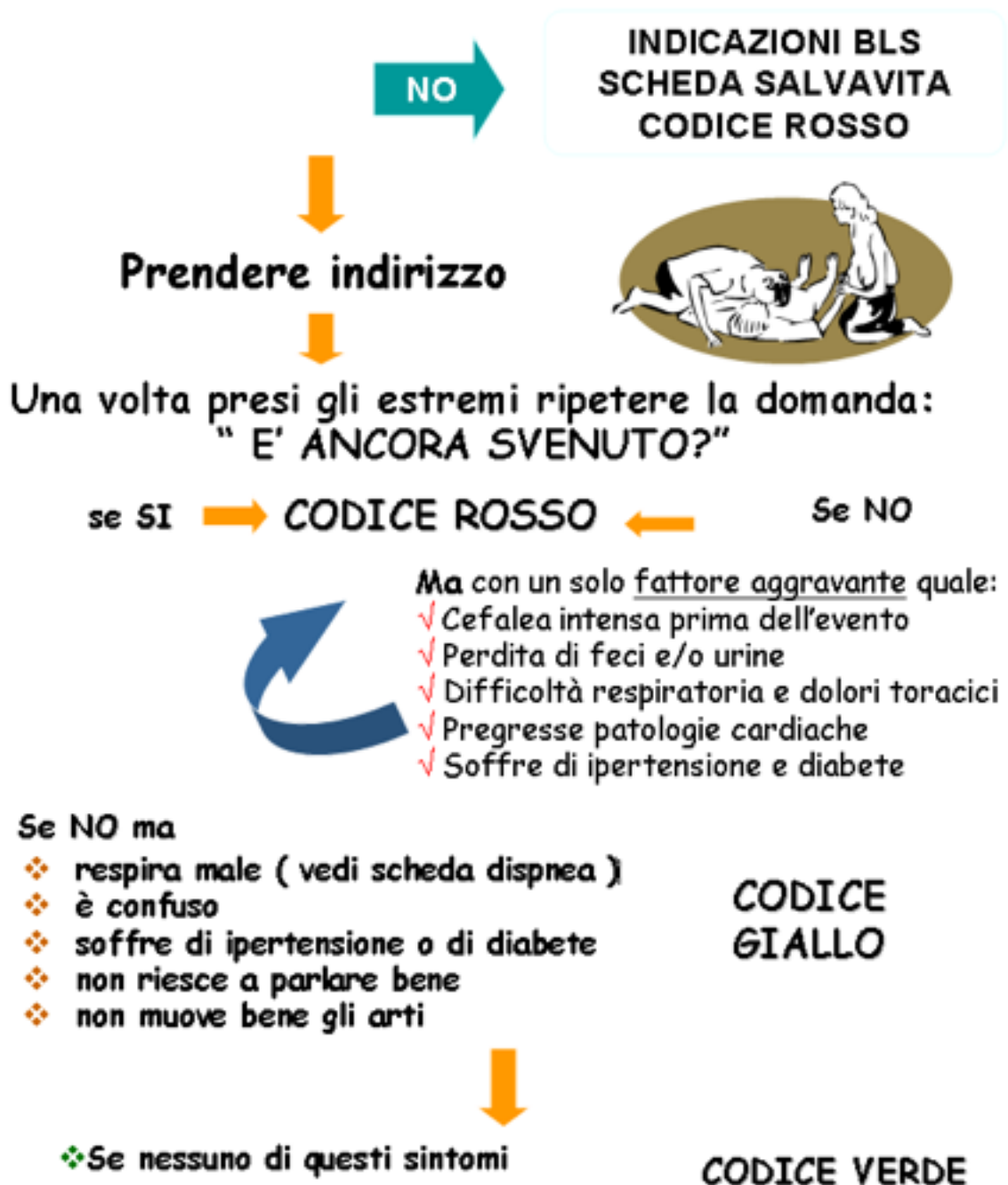


Attività CO, Ambulanza

TRASPORTO DEL PAZIENTE E CHIUSURA DEL SOCCORSO



Protocollo di CO PERDITA DI COSCIENZA



6. NUMERI UTILI

<u>OSPEDALE</u>	<u>PRONTO SOCCORSO</u>	<u>CENTRALINO</u>
ALBANO	93273275 triage 93273287 medico	93271
ANZIO	93276591 93272749	93271
APRILIA (LT)	9276141 triage	
BRACCIANO	99890212 triage	998901
CIVITAVECCHIA	0766-591643 triage	0766-5911
COLLEFERRO	97223318 medico 97223214 triage	97221
FIUMICINO PPI	56484524	
FRASCATI	93274333 triage	93271
<u>G. B. GRASSI</u>	56482003 /02/ 05	56481
GENZANO (NO PRONTO SOCCORSO)	93273618	93271
LADISPOLI (Nucleo Cure Primarie)	96669429	
MONTEROTONDO	90075809	90071
PALESTRINA	95322267	95321
PALOMBARA	0774-6541 0774-635804	
POMEZIA	91633600	916331
SUBIACO	0774-8115222	0774-8111
TIVOLI	0774-3164535 0774-3164351	0774-3161
VELLETRI	93272252 93272389	93271

<u>OSPEDALE</u>	<u>TELEFONI PS</u>		<u>CENTRAL.</u>
AURELIA HOSP.	66492292	66492296 medico	664921
BAMBIN GESU'	6859.2351_/2571 /2059	68593446 (palidoro)	68591
CTO	51003728	51003727	51001
CELIO osp Militare			06/701961
EASTMAN	84483232		
FBF. Isola Tiberina	6837299	6837324	68371
G.B.GRASSI	56482003 (CHIR) 56482175/4 P.S. Ginecologia	56482005 (MED.) 56482006__triage	56481
OFTALMICO	68352648 triage	68352646 medico	68351
POL. CASILINO	23188241 triage 23188233 medico	23188320 / 9	231881
POL.GEMELLI	35510325	30154037-6	30151
POL.UMB.I DEA	49979513 triage	49979511 triage	49971
S.ANDREA	33776138 triage	33775541 sala rossa	337750
SAN CAMILLO	58703102 triage 58703033 medico 58703114 sala rossa 58703356 P.S. pediatrico	58703107/8 cod.verde 55553265 chirurgico	55551
S.CARLO	39706349 triage	39706351 medico	39701
S.EUGENIO	51002221/ 0__medico 06.51002227 / 2601	51002230-2__chirurgico	51001
S.FILIPPO	33062229	33062688__triage	33061
S.GIOVANNI	77055661__triage 77055248 sala rossa	77055297 chirurgico 77055305 medicina	77051
SANDRO PERTINI	41433511__triage	41433478 sala rossa	41431
S.PIETRO	33582664-5-7 33582751 P.S. ostetrico	33582668-9	33581
S.SPIRITO	68352241	68352335	68351
TVE (Tor Vergata)	20902515 triage		20901
VANNINI	24291255 triage		

7. ASPETTI MEDICO-LEGALI

7.1. Consenso al trattamento sanitario

Art. 32, comma 2 Costituzione Italiana *“Nessuno può esser obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”*

Da tale articolo si evince che la maggior parte dei trattamenti o accertamenti sanitari devono essere compiuti sulla persona solo dopo averne ottenuto il consenso.

Per le figure mediche e infermieristiche ci sono riferimenti relativi al consenso anche all'interno dei propri codici deontologici (Art.17, 30, 32, 33, 34 codice deontologia medica e art. 4.2,4.3,4.5 codice deontologico dell'infermiere).

Considerando che ogni atto sanitario va ad influenzare un il valore più importante, la vita stessa, il paziente dovrà essere informato in modo completo, esaustivo, corretto e preciso affinché possa ritenersi consapevolmente informato.

Nelle operazioni di routine (iniezione intramuscolare, accesso vascolare, rilevazione parametri vitali, etc.) si può ritenere che l'informazione, conosciuta o conoscibile da parte del paziente, sia data per scontata.

Il consenso, atto legittimo della libertà personale, deve essere espresso dalla persona interessata, i parenti non possono mai rendere il consenso al posto del paziente.

Ove si verificassero pericoli per la vita del malato, e questo ultimo sia impossibilitato ad esprimere il consenso informato, il sanitario dovrà intervenire immediatamente ed indipendentemente da quanto affermato dai parenti, supponendo l'assoluta volontà di curarsi del malato stesso.

Nel caso di un paziente incosciente il consenso si ritiene presunto dato lo “stato di necessità”.

Nel caso invece di un paziente che abbia tentato un suicidio, il paziente per legge, si intende non in grado di intendere e di volere e perciò non in grado di fornire o meno il consenso alle cure. Il contatto con la C.O. 118 è doveroso in caso di difficoltà nella gestione. Idem per i casi di intossicazione, dove il paziente non si ritiene in grado di decidere per conto proprio in quanto le proprie facoltà di giudizio non sono in uno stato di normalità.

Se invece, si soccorre un minore (o un infermo di mente) saranno contattati i rispettivi legali (genitori o tutori) e sono loro a decidere per il consenso. Nel caso che i “tutori” si opponessero ad un trattamento che sia stato rilevato importante affinché al paziente non venga causato un danno grave, dobbiamo contattare la C.O.118 la quale, in base alle informazioni fornite dal team sul posto, deciderà se attivare l'autorità giudiziaria per il caso specifico. (Es.: minore che necessita di somministrazione di glucosio in caso di ipoglicemia grave con paziente incosciente, se i genitori si rifiutano di procedere alla somministrazione del farmaco si deve contattare la C.O.118 la quale provvederà a innescare i meccanismi per poter gestire al meglio il soccorso e tutelare i soccorritori e il paziente). Qualora si ritenesse che dalla nostra azione dipenda la vita della persona, ma il tutore non è d'accordo con essa, si è chiamati ad agire secondo scienza e coscienza, attuando il principio dello “stato di necessità”.

Molti casi, come ad esempio il rapportarsi con un paziente anziano, può creare dubbi sulla corretta acquisizione delle nozioni da noi fornite e di conseguenza con il consenso da parte del paziente. Perciò non si può dare una risposta esaustiva a tutte le situazioni che possono accadere durante lo svolgimento di un soccorso e si invita sempre a collaborare e a coinvolgere anche i famigliari qualora ci si trovi di fronte ad una situazione borderline. Per tutela dell'operatore si può raccogliere la firma del parente, a prova che il parente stesso è stato informato ed era presente. Importante sottolineare che qualora firmasse il famigliare questa non è sostitutiva della firma del paziente, che è titolare del consenso e delle informazioni relative alla propria salute.

Inoltre, qualora il paziente, per le condizioni dovute all'età o impedimenti fisici non possa firmare il consenso o il rifiuto si consiglia di scrivere sulla scheda di soccorso *“Paziente impossibilitata/o a firmare esprime consenso verbale in presenza dell'equipaggio di soccorso ed i famigliari”*.

7.2. Avvertimento autorità giudiziaria

Art. 331 c.p.p. *“I pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio che, nell’esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito.”*

Di seguito alcuni esempi di reato a cui gli operatori si possono trovare di fronte nello svolgimento del servizio: percosse, lesioni personali, violenza sessuale. In tutte le situazioni in cui ci sia anche solo il dubbio che un soggetto abbia commesso reato si è obbligati ad avvisare l’autorità giudiziaria. Si consiglia in caso di situazioni non chiare di contattare sempre la C.O. 118 e di far riferimento alle direttive imposte.

7.3. Constatazione di decesso

La constatazione di decesso è il riconoscimento dell’avvenuta morte e può essere eseguita da un medico qualsiasi: medico di base, guardia medica, medico del servizio 118.

Il medico di turno presso la centrale operativa 118 può autorizzare l’equipaggio di soccorso a non iniziare le manovre di rianimazione se il riscontro oggettivo del personale intervenuto, oltre ogni ragionevole dubbio, può determinare che il paziente è ormai in una situazione di morte cardiaca e biologica, cioè una situazione irreversibile. In questa valutazione l’equipaggio di soccorso deve valutare tre elementi: il “rigor”, il “livor” e il “frigor”.

Per la compilazione della documentazione si veda a pg. 45 “certificato di decesso”.

7.4. Responsabilità Professionale

Ogni dipendente deve mantenere una condotta tale da non influenzare in modo negativo il lavoro dell’ente, dei colleghi, e del professionista stesso e ogni soggetto è sottoposto a un tipo di responsabilità qualora commettesse un danno.

Si è soggetti a responsabilità civile, penale e amministrativa.

Responsabilità amministrativa: E’ la responsabilità in cui incorre il soggetto avente un rapporto di servizio con un ente pubblico, il quale, in violazione di doveri da tale rapporto derivanti, abbia cagionato un danno alla P.A.. E’ normalmente un tipo di responsabilità di tipo patrimoniale che si pone in capo ad agenti della pubblica amministrazione (dipendenti e funzionari pubblici ma anche altri soggetti che svolgono compiti per la p.a.) laddove essi cagionino con la loro condotta dolosa o colposa (colpa grave) un danno alle casse erariali. Le misure sono tendenzialmente di tipo risarcitorie, ma si affianca la misura di tipo sanzionatorio/disciplinare.

Responsabilità civile: Si suddivide in responsabilità contrattuale ed extracontrattuale (anche detta aquiliana o responsabilità da fatto illecito). Quest’ultima – è la *species* di responsabilità che può ricorrere nelle operazioni di servizio cui siamo chiamati -trova la sua *ratio* nel principio giuridico del *neminem ledere*, cioè nel divieto di produrre danni ad altri con la propria condotta attiva o omissiva, pena l’obbligo di risarcirli.

La responsabilità civile da fatto illecito è disciplinata all’art. 2043 del Codice Civile che dispone: *“Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno”*. Il danno può essere patrimoniale o non patrimoniale (danno biologico o danno morale). Nel caso in cui l’operatore abbia una copertura assicurativa questa responsabilità è “trasferibile”, in modo che l’ente assicurativo copra l’eventuale danno commesso.

A titolo di mero esempio, si può ricorrere la responsabilità civile laddove si cagioni colposamente un incidente stradale e da esso derivi un danno ad altri. La responsabilità di risarcire la persona lesa è trasferita all’assicurazione, sempre eccettuati i casi in cui vi siano profili penali (vedi paragrafo successivo).

Un altro esempio potrebbe essere che il soccorritore che, a causa di scarsa attenzione, trovandosi presso l’abitazione di un paziente, produce un danno ad un oggetto di proprietà di

quest'ultimo. In tal caso il paziente può avanzare richiesta di risarcimento del danno subito all'ente o direttamente alla persona che ha cagionato il danno.

Responsabilità penale: si riferisce alla violazione di una norma presente nel Codice Penale, reato o illecito penale, dalla cui violazione deriva una "pena". Questa responsabilità è strettamente personale e ricade direttamente su chi compie (o omette) l'azione. Nella responsabilità penale, vige il principio di tassatività e di riserva di legge, non vi è reato se non ricorrono nella fattispecie concreta tutti gli elementi costitutivi del reato stesso individuati dalla fattispecie astratta (quella definita dalla legge). Gli elementi costitutivi del reato sono: *Fatto tipico, Antigiuridicità, Colpevolezza*.

Affinché sussista un reato, la fattispecie concreta deve essere identica alla fattispecie astratta, prevista appunto come reato. Ciò significa che deve verificarsi un fatto tipico: è tale un fatto quando contiene l'insieme di tutti gli elementi oggettivi e soggettivi che servono per la corrispondenza dello stesso alla Fattispecie di reato descritta nella norma incriminatrice.

Un reato, quindi, è un'azione (o omissione) posta in essere in violazione di una norma penale prevista dall'ordinamento giuridico a tutela di un certo "interesse", sia esso personale (ad esempio danneggiamento dell'integrità fisica di una persona) oppure collettivo (ad esempio interruzione di pubblico servizio).

Il reato può essere commissivo (se è conseguenza di un'azione) o omissivo (secondo il principio per il quale *"Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo"*).

La fattispecie è di conseguenza articolata in due diverse componenti o elementi, anch'essi compositi, parimenti: elemento soggettivo e elemento oggettivo.

Il primo elemento prende in considerazione il comportamento della persona che commette il fatto, e può essere doloso (quando un fatto è compiuto intenzionalmente oppure che c'è la consapevolezza di incorrere in un reato), preterintenzionale (quando la persona agisce con l'intenzione di compiere un reato, ma il risultato dell'azione o omissione è un evento dannoso più grave di quello voluto) o colposo (ovvero un'azione non voluta ma di prevedibili conseguenze).

L'azione acquisisce un carattere colposo in conseguenza di:

- negligenza (una voluta omissione di atti o comportamenti che invece abbiamo il dovere di compiere)
- imprudenza (la leggerezza nel compimento di un'azione. Ovvero: compiere un atto senza prendere le dovute cautele e senza prevederne le conseguenze)
- imperizia (la preparazione incompatibile con il livello minimo standardizzato di cognizione tecnica e di esperienza indispensabile per l'esercizio dell'attività svolta).

L'elemento oggettivo invece non è altro che il danno in sé per sé e la sua relazione causa/effetto con l'azione/omissione della persona, cioè il "nesso causale".

Il fattore che faccia concretizzare una responsabilità penale deve presentare queste condizioni:

- presenza di atto illecito (commissivo od omissivo) penalmente rilevante
- presenza di un evento dannoso
- nesso causale
- il danno

Art. 40 Codice Penale, *"Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso da cui dipende l'esistenza del reato non è conseguenza della sua azione o omissione"*.

A titolo di esempio possiamo intendere come azione suscettibile di rilevanza penale il danno dovuto alla caduta dalla barella di un paziente non correttamente o parzialmente contenuto con le cinghie di sicurezza che abbia cagionato allo stesso paziente lesioni, fratture o altri danni penalmente rilevanti. (N.B.: Non tutti gli illeciti sono rilevanti sul piano del diritto penale, soltanto alcuni comportamenti sono infatti penalmente rilevanti. Mentre gli altri, possono essere fonte di

responsabilità di altra natura, per esempio civile/disciplinare/amministrativa [omissis]). In questo caso esiste la presenza di un fatto penalmente rilevante, che è stato conseguenza diretta della colpa, riferibile all'agente, di non aver utilizzato i presidi a disposizione (cinghie della barella, perciò azione svolta con negligenza). Si configura anche il danno causato alla persona (lesioni o altro) ed esiste un nesso causale tra condotta (mancato rispetto delle prescrizioni procedurali di soccorso) ed evento (lesione alla persona). Sulla base di ciò l'operatore può essere penalmente responsabile in relazione ai danni subiti dal paziente.

Un altro esempio può essere la guida di un mezzo di soccorso in maniera non corretta, in violazione delle norme stradali e delle regole di sicurezza di base che portano il mezzo a scontrarsi con un altro veicolo causando danni fisici ai passeggeri. Il conducente del mezzo di soccorso, avendo tenuto una condotta imprudente ed essendo, il suo comportamento, direttamente collegato all'evento e al danno che ne è scaturito sarà chiamato a risponderne in sede penale.

Stato di necessità

Art. 54 Codice Penale: “ *Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o gli altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo*”. Lo stato di necessità va a sacrificare un bene di fronte ad un altro considerato maggiormente meritevole, bisogna sempre distinguere e valutare se il bene che andiamo a sacrificare è di minor valore rispetto al bene che andiamo a proteggere o salvare.

7.5. Profilo giuridico durante esecuzione servizio 118 e rapporto d'intervento

In base all'art. 357 C.P. sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autorizzativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri.

In base all'art. 358 C.P. , sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di questa ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale.

Non vi è ombra di dubbio nel definire tutti gli operatori che svolgono il servizio 118, essendo un servizio pubblico, incaricati di pubblico servizio.

Il medico e l'infermiere invece possono, a seconda della specificità dell'attività realizzata in un determinato momento e contesto, da cui appunto ne scaturisce la titolarità, essere definiti anche Pubblici Ufficiali.

Ad esempio il medico di guardia è un incaricato di pubblico servizio, nel momento in cui compila un certificato esercita funzione di P.U. e lo stesso infermiere, in servizio è un incaricato di pubblico servizio quando esegue attività di triage riveste la qualifica di Pubblico Ufficiale.

Perciò si può dire che Medici e Infermieri sono - in relazione ad alcuni dei compiti loro affidati - Pubblici Ufficiali e il *rapporto d'intervento* è qualificabile come atto pubblico. Compilare una scheda di soccorso significa esercitare una funzione che attesta quanto svolto nell'esercizio dell'attività sanitaria, con una valenza probatoria privilegiata rispetto ad altri mezzi di accertamento della verità. Il rapporto d'intervento dice il vero fino a prova contraria e fa fede in un qualsiasi contenzioso giuridico.

Essere titolare di questo profilo giuridico fornisce un'importante autorevolezza e sottolinea l'importanza del servizio svolto, allo stesso tempo l'operatore assume una responsabilità rispetto a quello che scrive nel referto. L'operatore che abbia una condotta non professionale e non compili il referto secondo veridicità può incorrere in reati. Come ad esempio falsità in atti pubblici (art. 476 C.P.) qualora l'operatore forma, in tutto o in parte, un atto non corrispondente alla realtà.

7.6. Bibliografia

- G. Santelices “Emergenza Sanitaria – Responsabilità Penale e prevenzione del rischio giuridico”
A. Lambardi “Aspetti Medico Legali” inserto N&A

8. REDAZIONE DEL TESTO

Gruppo di Lavoro per la Qualità del Servizio di Emergenza Territoriale

- Direttore Sanitario - **Michele Bonizzi**
- Divisione Servizio Ambulanza:
 - Medici - **Alessandra Cutolo, Giulia Olivi, Alessandro Trevisan**
 - Infermieri - **Claudio Bucciarelli, Matteo Giacomazzi, Sonia Iagnocco, Alessio Mazzotta**

Area Complessa Risorse Umane

- Responsabile delle Risorse Umane - **Daniela Francesconi**

Area Operativa

- Direttore Operativo e Delegato Provinciale Area Strategica 3 - **Simone Landi**

Area Coordinamento Affari Generali

- Relazioni istituzionali - **Pietro Migliaccio**
- Area Legale - Avv. **Giorgio Ziparo**

Componente Volontaristica CRI

- Direttore TSSA - **Dr. Damiano Sabelli**