

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE          DELLA MORTE O GRAVE DANNO          CONSEGUENTI AD UN          MALFUNZIONAMENTO          DEL SISTEMA DI TRASPORTO          INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 1 di 22
---	--	---

<b>REDATTO</b>	<b>VERIFICATO</b>	<b>APPROVATO</b>
<p>Dott.ssa Girolama De Gennaro Direttrice D.S.S. Cerignola</p> <p>Dott. Michele Greco Direttore M.C.A.U. P.O. di Cerignola</p> <p>Dott. Vincenzo Colapietro Dirigente Medico Emergenza-Urgenza ASL FG</p> <p>Dott.ssa Lara Rita Napolitano Dirigente Medico Direzione Sanitaria P.O. di Cerignola</p> <p>Dott.ssa Maria Pipino Dirigente Medico S.C. Medicina Interna e Lungodegenza</p> <p>Dott.ssa Maria Silvestre Dirigente Medico S.S. Gestione Rischio Clinico</p> <p>Dott.ssa Gabriella Di Matteo Specialista in Igiene e Medicina Preventiva</p> <p>Dott.ssa Teresa Ortuso Specialista in Formazione in Igiene e Medicina Preventiva</p>	<p>Dott. Dario Massimo Galante Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione P.O. di Cerignola</p> <p>Dott.ssa Carmela Fiore Responsabile ad interim SS Gestione Rischio Clinico</p> <p>Dott. Francesco Gambarelli Direzione Sanitaria PO "Masselli Mascia" San Severo</p> <p>Dott. Savino Dimalta Direzione Sanitaria PO "San Camillo de Lellis" Manfredonia</p> <p>Dott. Pierpaolo Ciavarella Direzione Sanitaria PO "G. Tatarella" Cerignola</p>	<p>Dot.ssa Mara Masullo Direttrice Sanitaria</p>

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 2 di 22
---	---	---

## INDICE

1.	Premessa.....	3
2.	Obiettivi .....	5
3.	Campo di Applicazione e destinatari .....	5
4.	Definizioni e abbreviazioni .....	5
5.	Le tipologie di trasferimento.....	7
6.	Tipologia Del Mezzo Di Trasporto .....	8
7.	<b>Modalità operative</b> .....	8
7.2	La pianificazione e il coordinamento .....	9
7.3	Durante il trasporto .....	9
7.4	Valutazione della classe di rischio .....	9
7.5	Personale Composizione del Team di trasporto.....	10
8.	<b>Istruzione Operativa - Attivazione del trasporto secondario</b> .....	11
8.1	Invio del paziente .....	11
9.	<b>Trasporto secondario</b> .....	12
9.4	Figure professionali: compiti e responsabilità .....	14
10.	<b>Formazione</b> .....	17
11.	<b>Monitoraggio dell'efficacia e dell'efficienza della procedura</b> .....	18
11.1	Indicatori .....	18
11.2	Strumenti .....	18
12.	<b>Segnalazione di eventi (morte o grave danno) conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto</b> .....	19
13.	<b>Matrice delle responsabilità</b> .....	20
14.	<b>Revisione</b> .....	20
15.	<b>Flussi di distribuzione</b> .....	20
16.	Riferimenti .....	21

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 3 di 22
---	---	---

## 1. Premessa

Il sistema di trasporto dei pazienti, sia all'interno delle strutture ospedaliere che in maggior misura in ambito extraospedaliero, rappresenta un elemento di fondamentale importanza nel processo assistenziale, in ragione della tempestività degli interventi e dell'effettuazione in sicurezza degli stessi.

La conoscenza e la valutazione dei fattori di rischio collegati alle diverse tipologie di trasporto sanitario consentono di attuare una gestione efficace e sicura dei pazienti che devono essere trasportati.

Il trasporto di pazienti sia in condizioni d'urgenza che programmato rappresenta un momento estremamente delicato della continuità assistenziale ed è sottoposto ad una serie di rischi di eventi avversi specifici di questa attività che si sovrappongono a quelli correlati alle patologie di cui il paziente è portatore.

Il trasporto rappresenta un setting assistenziale complesso in quanto entrano in relazione tra loro più componenti:

- professionisti diversi; una serie di "oggetti di rischio" costituiti da attrezzature, l'ambulanza, i gas medicali ecc.;
- variabilità delle manovre assistenziali;
- affidamento esclusivo alle risorse disponibili sul mezzo.

La conoscenza e la valutazione dei fattori di rischio collegati alle diverse tipologie di trasporto sanitario consentono di attuare una gestione efficace e sicura dei pazienti che devono essere trasportati (Ministero della Salute).

Livelli di attività numericamente e qualitativamente importanti sono naturalmente gravati da una serie di rischi, sia per il paziente che per gli operatori.

Il trasporto del paziente critico è una tipologia di intervento che, per le sue caratteristiche e complessità ha intrinsecamente un elevato livello di rischio. Anche il trasporto di pazienti stabili, che devono eseguire consulenze o trasferimenti presso altre strutture, non è immune da rischi legati ai pericoli del trasporto stesso ed alle difficoltà di una eventuale assistenza che deve essere assicurata al paziente in tale contesto. Numerosi lavori in letteratura hanno evidenziato come durante il trasporto si verificano alterazioni fisiopatologiche, in risposta alle accelerazioni e decelerazioni, che mutano lo stato clinico del paziente. Inoltre sono state riportate in letteratura possibili alterazioni della stabilità emodinamica e respiratoria del paziente durante il trasporto. Gli incidenti che si verificano in occasione dei trasporti possono essere posti in relazione a:

1. fattori organizzativi
2. fattori umani (legati al paziente ed al team di trasporto)
3. fattori tecnici

Altri fattori che interferiscono con la qualità e la sicurezza del trasporto sono rappresentati,

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 4 di 22
---	---	---

inoltre, da:

- l'architettura della struttura sanitaria: la tipologia a padiglione, ad esempio, presente in numerose realtà ospedaliere, comporta un allungamento dei percorsi, incidendo sul timing del trasporto stesso;
- la presenza di personale sanitario afferente da varie specialità ed a volte non esperto di trasporti;
- la scarsa o inadeguata comunicazione dal momento della presa in carico del paziente e con la struttura di destinazione;
- l'incompleta o mancante documentazione sanitaria che deve accompagnare il paziente in tutti i suoi trasferimenti;
- la disponibilità di idonei mezzi di trasporto: mancanza o carenza di ambulanze dotate di strumentazione ed apparecchiature di rianimazione per il trasporto dei pazienti critici;
- mancata stabilizzazione, prima del trasporto, dei parametri vitali del paziente;
- il verificarsi di una eventuale avaria meccanica del mezzo;
- il tempo di trasporto: il rischio di sviluppare complicazioni, in particolare nel trasporto verso aree di terapia intensiva, è direttamente proporzionale al tempo impiegato.

La conoscenza dei fattori di rischio, collegati alle diverse tipologie di trasporto sanitario, consente una migliore valutazione degli interventi da effettuare e di conseguenza la riduzione dei rischi collegati al trasporto secondario dei pazienti.

Per minimizzare il rischio di incidenti, disservizi e carenze nell'assistenza al paziente e per ridurre quanto più possibile il rischio di incidenti agli operatori è necessario rispettare i requisiti minimi dell'equipaggiamento necessario al trasporto sanitario infermi. Particolare attenzione, tra l'altro, va rivolta al monitoraggio, alle riserve di gas medicali, alle apparecchiature di supporto vitale ed alcune condizioni particolari quali il trasporto di pazienti in età pediatrica, di pazienti obesi e della donna in stato di gravidanza.

La completezza del team/equipaggio di trasporto in correlazione allo stato del paziente è condizione basilare rispetto alla sicurezza ed alla gestione del rischio.

La standardizzazione e la tracciatura delle modalità proattive di controllo/verifica e delle azioni assistenziali vanno esplicitate attraverso strumenti validati quali la check-list di controllo per quanto attiene materiali, equipaggiamenti, farmaci e presidi nonché la scheda di trasporto. Le condizioni cliniche del paziente sono determinanti ai fini dell'individuazione delle corrette modalità di trasporto e di assistenza in corso di trasporto.

La valutazione "costi-benefici" per il paziente è elemento di partenza considerando anche che i rischi possono essere minimizzati con:

- un'accurata organizzazione del trasferimento;
- un'attenta preparazione clinica del paziente;
- l'accompagnamento di personale sanitario qualificato;

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 5 di 22
---	---	---

- un adeguato equipaggiamento tecnico.

## 2. Obiettivi

L'obiettivo del presente documento è quello di disciplinare il processo di trasferimento dei pazienti dal luogo di insorgenza della patologia e/o dell'infortunio, verso le diverse strutture sanitarie aziendali e/o extraaziendali e di fornire un supporto a tutti gli operatori aziendali coinvolti nel sistema di trasporto, al fine di prevenire l'evento sentinella "morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)" (Raccomandazione Ministeriale n. 11 - Ministero della Salute).

Il presente regolamento intende, quindi, definire le varie tipologie di trasferimento e, per ciascuna di esse, identificare:

- i criteri che stabiliscono la necessità del trasferimento;
- le figure professionali coinvolte, individuando rispettivi ruoli e responsabilità;
- le procedure operative e gli strumenti necessari a garantire l'assistenza, la cura e la messa in sicurezza del paziente durante l'intero processo di trasferimento (dal reparto di provenienza alla destinazione finale);
- gli strumenti e le tecnologie per garantire il coordinamento e la comunicazione delle varie figure coinvolte.

## 3. Campo di Applicazione e destinatari

La presente procedura si applica in tutte le SS.CC. dei Presidi Ospedalieri della ASL di Foggia nel momento in cui si renda necessario il trasferimento/trasporto secondario di un paziente per motivi di ricovero (indisponibilità di posti letto), diagnostica, consulenza o terapia, tra i tre presidi aziendali (San Severo, Cerignola, Manfredonia) o verso altri ospedali (intra ed extra regionali) sia in regime di urgenza che ordinario.

Le diverse tipologie di pazienti per cui si può richiedere il trasporto sono:

- pazienti ricoverati per cui è programmata e/o necessaria l'esecuzione di prestazioni diagnostico-terapeutiche, o trasferimento, presso una U.O. all'interno dello stesso P.O.;
- pazienti che devono essere trasportati in un altro P.O. o in diverso ospedale, sia in ambito regionale che extraregionale.
- pazienti in classe IIIe IV e V della classificazione Eherenwerth, affidati all'Anestesista Rianimatore (trasporto paziente critico).

## 4. Definizioni e abbreviazioni

**Paziente critico:** individuo con sintomi acuti severi che in assenza di una immediata osservazione

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 6 di 22
---	---	---

medica possano ragionevolmente evolvere in un serio pericolo: per la vita di un individuo (ivi compresa una donna in gravidanza o del prodotto del concepimento); per una funzione, per un organo o per una sua parte.

**ALS:** Advanced Life Support, è il protocollo di rianimazione cardiopolmonare avanzata utilizzato dallo staff medico e infermieristico come estensione delle procedure BLS (Basic Life Support).

**BLSD:** Basic Life Support and Defibrillation, ovvero primo soccorso con l'impiego di defibrillatore semiautomatico. Si tratta di manovre da attuare tempestivamente in caso di arresto cardiaco.

**GCS:** Glasgow Coma Scale

**PP.OO.:** Presidi Ospedalieri

**RCP:** Rianimazione cardiopolmonare, manovre di primo soccorso.

**HEMS:** Helicopter Emergency Medical Service

**Evento:** è ogni accadimento che avrebbe potuto causare o ha causato danno a un paziente, un visitatore, ecc. Tuttavia, mette in luce una debolezza del sistema dal momento che è stato possibile per quell'operatore compiere l'errore.

**Evento evitato (Near Miss):** Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

**Evento Avverso:** Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

**Evento Sentinella:** Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

**Antisettico:** Sostanza che previene o arresta l'azione e la crescita dei microrganismi patogeni tramite l'inibizione della loro attività o la loro distruzione. Il termine viene utilizzato normalmente per sostanze impiegate sui tessuti viventi.

**Decontaminazione:** Processo in grado di ridurre la carica microbica trattando con mezzi fisici o chimici substrati contaminati con materiale organico.

**Detergente:** Sostanza che modifica le forze di tensione superficiale. Agisce diminuendo la tensione superficiale tra sporco e superficie da pulire, in modo tale da favorire l'asportazione dello sporco.

**Disinfettante:** Agente chimico ad attività antimicrobica aspecifica destinato all'impiego su oggetti o substrati inanimati.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b></p>	<p style="text-align: center;">AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO</p> <p style="text-align: center;">Rev. 0</p> <p style="text-align: center;">Pag. 7 di 22</p>
---	--	--

**Disinfezione:** Procedimento chimico o fisico che si propone di abbassare a livelli di sicurezza il numero di microrganismi patogeni presenti su superfici ed oggetti inanimati, ad eccezione delle spore batteriche.

**Pulizia/Sanificazione:** Rimozione di materiale estraneo (sporcizia, materiale organico, ecc.) da oggetti, superfici, cute, mucose. È di solito eseguita con acqua e detersivi. Riduce sensibilmente il numero di microrganismi presenti ed è comunque un'azione preliminare che deve precedere il processo di disinfezione.

## 5. Le tipologie di trasferimento

Secondo la Raccomandazione ministeriale n. 11, il trasporto sanitario può essere classificato in due macro-categorie:

- Trasporto in condizione di urgenza
- Trasporto in condizione ordinaria programmabile.

**Il trasporto in condizione di urgenza** viene generalmente eseguito dal luogo di insorgenza di una patologia o di un infortunio verso le strutture sanitarie più appropriate. Questo tipo di trasporto può prevedere il ricorso a mezzi di trasporto alternativi alle autoambulanze, per esempio elicotteri, idroambulanze etc.

A sua volta può essere ulteriormente classificato in due sotto-categorie:

- il trasporto sanitario primario;
- il trasporto sanitario secondario.

Il trasporto sanitario primario (o **pre-ospedaliero**) consiste nel trasferimento di un paziente dal luogo di insorgenza della patologia acuta o dell'infortunio alla struttura sanitaria.

Il trasporto sanitario secondario (o **inter-ospedaliero**) consiste generalmente nel trasporto di pazienti, in continuità di soccorso, verso altre strutture sanitarie per l'esecuzione di prestazioni diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (es. trasferimento da una struttura spoke ad un hub della rete assistenziale).

**Il trasporto sanitario in condizione ordinaria programmabile** si articola prevalentemente nelle seguenti tipologie:

- Trasporto sanitario per diagnostica

Trasporto sanitario per prestazioni non presenti nella struttura e/o ricovero in area a maggiore complessità assistenziale

- Trasporto per ricovero in area a minore complessità assistenziale
- Accesso per ricovero con ambulanza

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b></p>	<p style="text-align: center;">AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO</p> <p style="text-align: center;">Rev. 0</p> <p style="text-align: center;">Pag. 8 di 22</p>
---	--	--

- Dimissioni con ambulanza.

## 6. Tipologia Del Mezzo Di Trasporto

### Tipologia di ambulanza

In funzione della caratteristica del paziente, si distinguono due tipologie di ambulanze:

- **Ambulanza di tipo A:** trattasi di ambulanza per il soccorso avanzato, dotata delle attrezzature necessarie per il sostegno avanzato alle funzioni vitali di pazienti critici come regolato dalla normativa di riferimento. È prevista a bordo la presenza di un medico e di un infermiere.
- **Ambulanza di tipo B:** trattasi di ambulanza per il soccorso di base, dotata di attrezzature idonee a fornire il sostegno di base alle funzioni vitali come regolato dalla normativa di riferimento. È prevista a bordo la presenza dell'infermiere e/o dell'Operatore socio sanitario.

**NB:** Sarà cura del personale sanitario che per ultimo avrà utilizzato l'ambulanza a garantire il ripristino ed il riallestimento delle dotazioni del compartimento sanitario delle stesse, compilando apposita checklist (allegato 1).

## 7. Modalità operative

Il trasporto comporta sempre un certo rischio per il paziente e quindi va evitato se non strettamente necessario.

La decisione di attivare la procedura del trasporto deve essere basata su un'analisi rischio/beneficio, ovvero sull'individuazione delle necessità assistenziali del paziente durante il trasporto interospedaliero attraverso l'utilizzo della classificazione di rischio di Eherenwerth (allegato 2).

Le più frequenti condizioni cliniche a rischio di complicanze durante il trasporto sono:

- instabilità cardiovascolare,
- emorragie accidentali,
- compromissione delle vie aeree,
- perdita o blocco di drenaggi e cateteri,
- sviluppo di pneumotorace,
- alterazioni del metabolismo,

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 9 di 22
---	---	---

- ipoglicemia, iperglicemia,
- ipossia sistemica, variazioni di pH ematico,
- variazioni della pressione arteriosa.

Poiché le suddette condizioni, sono di difficile risoluzione durante il viaggio, l'equipaggiamento e le competenze tecniche del personale impiegato devono essere adeguate alle necessità del paziente.

### 7.1 La pianificazione e il coordinamento

Ogni trasporto deve essere preceduto da una corretta comunicazione ed accordo tra il personale sanitario (Medico e Infermiere) che ha in cura il paziente ed il personale sanitario (Medico e Infermiere) accettante, sulle condizioni del paziente e sull'indagine e/o trattamento da eseguire mediante apposita compilazione della scheda di trasferimento paziente (allegato 3). Deve essere verificato preventivamente l'adeguatezza del mezzo di trasporto controllando il funzionamento delle apparecchiature elettromedicali, la disponibilità di ossigeno in quantità sufficiente per tutta la presunta durata del trasporto congruamente aumentata in considerazione di eventuali contrattempi non prevedibili e prevenibili, la disponibilità di farmaci, presidi e materiale sanitario necessari a continuare le terapie in corso e utile per la gestione di eventuali urgenze attraverso la verifica della check list. (allegato 4 e 5).

### 7.2 Durante il trasporto

Il paziente deve essere sistemato in modo da garantire al personale sanitario una facile accessibilità alle vie aeree, all'eventuale tubo endotracheale, all'accesso venoso, al monitor-defibrillatore, alle eventuali pompe infusionali, agli altri presidi e strumenti utilizzati per il trasporto. Deve essere eseguita la rivalutazione delle condizioni cliniche del paziente in itinere.

### 7.3 Valutazione della classe di rischio

**Un paziente instabile non deve mai essere trasferito senza aver prima ricevuto adeguata stabilizzazione dei parametri vitali.**

Particolare attenzione deve essere rivolta ai pazienti da trasferire in una Struttura Sanitaria di livello superiore a causa di una o più lesioni gravi o per quadri clinici particolarmente complessi, pertanto il processo di trasferimento sarà influenzato negativamente:

- l'incompleta rianimazione
- l'inadeguata stabilizzazione
- la carenza di trasmissione dei dati clinici.

Al fine di garantire un'adeguata assistenza al paziente durante il trasporto secondario è importante valutare attentamente:

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 10 di 22
---	---	--

1. la necessità del trasporto
2. il timing più opportuno
3. il mezzo di trasporto da utilizzare
4. il team di operatori sanitari da impiegare nell'accompagnamento.

Il comportamento appropriato varia in funzione delle condizioni cliniche del paziente (critico, instabile, stabile, evolutivo) in particolare per quanto riguarda l'attribuzione del corretto team di trasporto a ogni singolo paziente.

Per la classificazione del rischio la procedura fa riferimento alla classificazione Eherenwerth (Allegato 2) come precedentemente detto.

#### 7.4 Personale Composizione del Team di trasporto

La scelta degli operatori deriva dalla classe di rischio del paziente identificata secondo la classificazione Eherenwerth. Dalla classe IIIIE il team di trasporto prevedrà Dirigente Medico Rianimatore e di operatori sanitari specificatamente formati per il supporto dei parametri vitali. Per ciascuna classe di rischio corrisponderà uno specifico team di operatori idonei a prestare l'assistenza necessaria al paziente.

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 11 di 22
---	---	--

## 8. Istruzione Operativa - Attivazione del trasporto secondario

L'attivazione del trasporto sia d'urgenza che programmato, avviene secondo le seguenti modalità:

- Il medico che ha in carico il paziente da trasferire, dopo aver definito la classe di appartenenza del paziente stesso, stabilisce il team di sanitari che effettua il trasporto. È importante che il medico che dà indicazione al trasporto compili il modulo di trasferimento (allegato 3) che dovrà essere controfirmato sia dal medico richiedente (compilatore) il trasporto sia dal personale sanitario che effettua il servizio.
- Per le classi di rischio più severe (IIIe, IV e V) è auspicabile una definizione condivisa del team di accompagnamento tra il medico proponente il trasferimento ed il medico rianimatore.

### 8.1 Invio del paziente

#### 8.1.1 Preparazione del paziente

Il paziente deve essere adeguatamente preparato per il trasporto; la preparazione e i presidi da applicare devono rispondere coerentemente al quadro clinico, alle classi di rischio sopraesposte, al tempo di trasporto ed ai protocolli e procedure aziendali in uso.

#### 8.1.2 Documentazione clinica

La documentazione clinica del paziente deve essere completa e seguire il paziente stesso, fatta eccezione per eventuali accertamenti in corso dei quali sia possibile il successivo invio/comunicazione: fotocopia della documentazione clinica e diagnostico strumentale eseguita in possesso del reparto inviante (comprensiva di esami radiologici su supporto CD e ove non già trasmessa per via telematica).

Il medico e l'infermiere che accompagnano il paziente sono tenuti alla compilazione della scheda di monitoraggio in duplice copia (allegato 6), di cui n. 1 copia diverrà parte integrante della documentazione clinica e seguirà il paziente. La seconda copia resta alla struttura di provenienza del paziente e deve essere inserita nella cartella clinica del paziente.

#### 8.1.3 Compilazione del modulo di dissenso

Il paziente deve essere informato della necessità di effettuare il trasferimento presso altra sede e verrà raccolto il suo eventuale dissenso dovrà essere inserito in cartella (Allegato 7).

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 12 di 22
---	---	--

## 9. Trasporto secondario

### 9.1 Trasporto secondario d'urgenza

Il trasporto secondario d'urgenza interospedaliero si attiva per il paziente in condizioni critiche che per la salvaguardia della vita, di un organo, o di una funzione, necessita di trasferimento urgente o per esigenze diagnostiche terapeutiche non disponibili nell'istituto che lo ha in carico.

Nel paziente critico il trasporto deve essere pianificato in modo rigoroso ponendo particolare attenzione al controllo delle vie aeree e del respiro.

Prima della partenza dovrà essere valutata l'opportunità di intubare il paziente con un GCS in progressivo peggioramento ed a rischio di insufficienza respiratoria. In caso di trasporto di paziente intubato, deve essere controllata meticolosamente la posizione e la fissazione del tubo endotracheale e l'efficacia del setting ventilatorio scelto.

#### 9.1.1. Attivazione Elisoccorso per Trasporto secondario di un paziente critico – secondario urgente

Rientrano nella categoria degli interventi di tipo “secondario” tutti i trasporti assistiti di pazienti a centri dotati di servizi ad alta specializzazione (anche fuori regione), per esecuzione di accertamenti diagnostici ovvero di trattamenti terapeutici indifferibili non attuabili nell'ospedale di provenienza.

Tra questi, i casi con le patologie maggiormente “tempo dipendenti” possono essere classificati come interventi di tipo “SECONDARIO URGENTE” Questi interventi sono classificabili come primari a tutti gli effetti. A titolo meramente esemplificativo e non esaustivo si indicano i seguenti casi:

1. Paziente con compromissione delle funzioni vitali che richiedono ventilazione meccanica o monitoraggio complesso o con segni clinici di compromissione organica evolutiva che richiede urgente intervento chirurgico (es. trauma cranico)
2. Paziente senza compromissione delle funzioni vitali affetti da patologie che possono subire aggravamenti per microtraumi da trasporto (es. lesioni vertebro-midollari non stabilizzate)
3. Paziente affetto da patologie la cui prognosi è dipendente dal tempo di instaurazione di una terapia specifica o interventi diagnostici urgenti non praticabili in sede (es. coronografia ed eventuale PTCA o STENT). Inoltre, nei casi in cui non è realizzabile con ambulanza per tempi di percorrenza superiore al totale dei tempi di attivazione e intervento dell'Elisoccorso.
4. Paziente sottoposto a trapianto d'organo con procedure di espanto già in atto o che presentino segni di compromissione delle funzioni vitali.
5. il trasporto e la centralizzazione in DEA di II livello di pazienti valutati come potenziali donatori d'organo.
6. Trasporto di paziente intubato o tracheotomizzato presso Strutture ad alta Intensità di Cure L'ospedale della ASL FG richiedente, nella persona del medico che ha incarico il paziente, deve:

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 13 di 22
---	---	--

1. prendere accordi per il trasferimento direttamente con il medico dell'ospedale accettante;
2. comunicare al medico dell'Elisoccorso tutte le generalità, i termini dell'accordo con il medico dell'ospedale accettante, le generalità del medico accettante, i recapiti telefonici del medico/reparto accettante, le condizioni cliniche del paziente e le motivazioni che lo spingono ad usare l'elicottero inoltrando richiesta di HEMS al seguente indirizzo email: centodiciotto@ospedaliriunitifoggia.it;
3. stabilizzare il paziente e renderlo in grado di sopportare il volo.

### 9.1.2 Pianificazione e coordinamento

Ogni trasporto deve essere preceduto da una corretta comunicazione tra il personale sanitario (Medico e Infermiere) che ha in cura il paziente ed il personale sanitario (Medico e Infermiere) accettante, rispetto alle condizioni del paziente e all'indagine e/o trattamento da eseguire.

Durante il trasporto, il paziente deve essere sistemato in modo da garantire al personale sanitario lo spazio idoneo all'assistenza (accessibilità delle vie aeree, all'eventuale tubo endotracheale, all'accesso venoso, al monitor-defibrillatore, alle eventuali pompe infusionali, agli altri presidi e strumenti utilizzati per il trasporto).

È fondamentale, in fase preliminare al trasferimento, valutare il rischio/beneficio del trasporto e classificare il rischio di evolutività del paziente in relazione alla condizione clinica (allegato 8).

È necessaria, sia prima che durante tutto il trasporto, la rivalutazione delle condizioni cliniche del paziente, il corretto funzionamento delle apparecchiature elettromedicali, la disponibilità di ossigeno in quantità sufficiente per tutta la presunta durata del trasporto congruamente aumentata in considerazione di eventuali contrattempi non prevedibili e prevenibili, la disponibilità di farmaci, presidi e materiale sanitario necessari a continuare le terapie in corso e utile per la gestione di eventuali urgenze (allegati 1,4,5).

### 9.2 Trasferimento del paziente in condizione ordinaria programmata

Il trasferimento in condizione ordinaria programmata esclude condizioni di urgenza clinica e pertanto presuppone che vi siano accordi tra la struttura richiedente e la struttura accettante.

Come per il trasferimento secondario in regime d'urgenza, il Dirigente Medico della S.C. richiedente è responsabile di tutte le fasi preliminari all'attivazione del trasporto, avvalendosi della collaborazione del personale (infermieristico o degli OSS) della U.O. di appartenenza.

La registrazione del trasporto, ovvero trasferimento, dovrà essere dettagliata all'interno della Cartella Clinica.

Le note dovranno riportare i dati clinici del paziente e le seguenti informazioni:

- prestazione diagnostica/terapeutica da effettuare (con relativa richiesta), ovvero trasferimento presso altra U.O.;

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 14 di 22
---	---	--

- ora di uscita dal reparto ed ora del rientro;
- ora di arrivo presso reparto accettante;
  - tipologia di paziente (autonomo, parzialmente autonomo, non autonomo, deambulante/ non deambulante, confuso) e tipo di trasporto (carrozzina, letto o barella).

È inoltre necessario che la Cartella Clinica accompagni il paziente in tutte le fasi, per consentire alla struttura accettante, di annotare le prestazioni effettuate.

Per quanto concerne il trasporto di un paziente da un presidio ospedaliero ad un altro per trasferimento o per l'esecuzione di prestazioni diagnostico-terapeutiche (trasporto interospedaliero ordinario), viene allertato il Servizio Ambulanze.

I Dirigenti Medici dei due ospedali concordano le modalità e tempistiche del trasporto.

## 9.4 Figure professionali: compiti e responsabilità

### 9.4.1 Compiti del medico che attiva il trasferimento

Il dirigente medico che ha in carico il paziente ed attiva il trasferimento deve:

- stabilire la necessità del trasferimento con valutazione dei rischi, dei benefici e del momento più opportuno per eseguirlo compilando il modulo di trasferimento (allegato 3);
- identificare l'ospedale di destinazione, il mezzo di trasporto idoneo, il personale di accompagnamento;
- valutare le condizioni del paziente con l'eventuale ausilio di indagini strumentali e di laboratorio (senza ritardo per il trasferimento);
- stabilizzare il paziente compatibilmente e col concorso di tutte le competenze specialistiche disponibili in ospedale, tenendo ben presente che la stabilizzazione definitiva può probabilmente essere ottenuta solo all'ospedale di destinazione;
- informare il paziente, caregiver o tutor legale sulle ragioni e sulle alternative al trasferimento;
- acquisire l'eventuale dissenso scritto (allegato 9), che risulti nella cartella clinica o nel verbale di Pronto Soccorso; qualora, per ragioni cliniche (stato di necessità) non possa essere espresso e formalizzato, devono essere comunque registrate le motivazioni del trasferimento e del mancato consenso;
- contattare il medico dell'ospedale di destinazione per descrivere il caso clinico e/o la necessità per cui deve essere effettuato il trasferimento, ottenendo una disponibilità al consulto e/o al trasferimento
- determinare la classe di appartenenza del paziente stesso e conseguentemente individuare il sanitario che effettua l'accompagnamento in modo condiviso tra eventuali consulenti, definendo la responsabilità finale della decisione ed acquisendo formalmente per iscritto

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 15 di 22
---	---	--

le motivazioni di tutti i sanitari intervenuti mediante la compilazione dell'allegato 3;

- determinare l'appropriato mezzo di trasporto (Ambulanza, elisoccorso);
- avvertire il personale che dovrà effettuare il trasporto (medico, infermiere, autista, rianimatore o altro specialista);
- valutare con lo specialista Rianimatore la necessità di intubazione ed il tipo di supporto respiratorio più idoneo per le classi IV e V;
- posizionare, se necessario, il sondino naso-gastrico, il catetere vescicale, eventualmente un drenaggio toracico, una linea venosa periferica o centrale;
- controllare le emorragie, reintegrando le perdite;
- assicurare la corretta immobilizzazione del distretto corporeo interessato (se sospetto trauma);

La documentazione clinica che deve sempre accompagnare il paziente deve essere preparata senza ritardare il trasferimento per questi adempimenti allegando al verbale di pronto soccorso o alla cartella clinica di reparto, i referti degli esami diagnostici effettuati.

#### 9.4.2 Compiti del medico che effettua il trasferimento

Il Medico che accompagna il paziente può essere diverso dal medico che lo ha disposto, in quanto la scelta è in relazione alla disponibilità di personale dei singoli presidi ospedalieri.

In ogni caso, durante il trasferimento deve:

- concordare con il Medico che ha disposto il trasferimento i tempi del trasferimento;
- disporre tutti gli atti necessari per eseguire il trasferimento in condizioni di sicurezza;
- verificare le risorse, strumentali e farmacologiche, necessarie ad un trasporto sicuro;
- compilare la scheda di monitoraggio (allegato 6) ove annotare il monitoraggio dei parametri, dei dati clinici e trattamenti effettuati durante il trasporto;
- consegnare il paziente e la documentazione direttamente al Medico che ha accettato il trasferimento.

Inoltre è utile evidenziare che il medico che effettua il trasferimento può rivalutare l'opportunità del trasferimento stesso qualora dovesse rilevare un aggravamento delle condizioni cliniche tali da costituirne una controindicazione:

il Medico accompagnatore è responsabile del trattamento medico e dei farmaci somministrati durante il viaggio trasferimento da annotare per iscritto.

#### 9.5 Scelta del mezzo di trasporto

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 16 di 22
---	---	--

Il trasporto inter-ospedaliero può essere effettuato con ambulanza o con elicottero.

a) **Ambulanza**

È il vettore più frequentemente usato.

Sono disponibili varie tipologie in base alle attrezzature presenti a bordo: ambulanza da trasporto, ambulanza medicalizzata, Unità Mobile di Rianimazione.

b) **Elicottero (PROTOCOLLO OPERATIVO HEMS)**

Prima di decidere di utilizzare un elicottero si debbono valutare attentamente alcuni fattori:

- l'urgenza del trasferimento;
- la stabilità delle condizioni del paziente;
- la possibilità di assistenza e supporto delle funzioni vitali;
- l'aspetto viabilistico nel suo complesso (distanza, tipologia della strada, traffico, interruzioni, etc.);
- la situazione meteorologica specifica;
- il tempo complessivo per il trasferimento;

Per trasferimenti su brevi distanze il trasferimento con elicottero è svantaggioso, in quanto oltre al tempo necessario per il volo deve essere aggiunto il tempo che occorre complessivamente per il trasferimento (incluso il contatto telefonico, verifica della fattibilità, messa in moto, volo di trasferimento dalla base all'ospedale, trasferimento équipe sanitaria, consegne, barellamento, ri-trasferimento alla piazzola, messa in moto, volo sanitario, trasferimento dalla piazzola all'ospedale di destinazione, etc.) rispetto ad un trasporto con ambulanza ordinariamente subito disponibile.

## 9.6 **Compiti dell'infermiere**

L'Infermiere che effettua il trasferimento al rientro del trasferimento si adopererà per il ripristino di quanto utilizzato, servendosi dell'apposita check list conservata in ambulanza (allegato 1).

## 9.7 **Selezione del personale per il trasporto**

L'U.O. che richiede il trasferimento provvederà al trasporto con proprie risorse mediche e infermieristiche. Il personale necessario per il trasporto potrà essere presente o in pronta disponibilità. I trasferimenti programmati devono essere preventivamente autorizzati e concordati con la Direzione Medica di Presidio che curerà la gestione organizzativa del trasporto. Per i trasferimenti d'urgenza l'autorizzazione può essere ottenuta anche telefonicamente e successivamente ratificata.

Personale necessario per il trasferimento:

- per i pazienti di classi I e II di Eherenwerth il trasporto in ambulanza richiede, oltre l'autista, la presenza di un infermiere dell'U.O interessata e di un OTA/OSS;
- per i pazienti di classe III e il trasporto in ambulanza richiede la presenza del medico dell'U.O.

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 17 di 22
---	---	--

di appartenenza, di un I. P. e di un OTA/OSS, oltre l'autista;

- per i pazienti di classe III E, IV e V il trasporto sarà effettuato con l'ambulanza di rianimazione; l'équipe di trasporto sarà composta da un Anestesista Rianimatore, un infermiere di area critica, un OTA/OSS, oltre l'autista.

Per i pazienti di Pronto Soccorso si terrà conto della organizzazione locale di ciascun Presidio Ospedaliero, codificata per mezzo di specifiche procedure operative.

### 9.8 Controlli preventivi dei mezzi di trasporto

I mezzi di trasporto debbono essere sempre immediatamente fruibili, pertanto è necessario che:

- vengano effettuati i controlli periodici dell'efficienza dei mezzi aziendali con stipula di contratti di manutenzione che prevedano interventi a cadenza semestrale o comunque ogni ventimila chilometri di percorrenza;
- venga attivato un registro delle verifiche quotidiane del mezzo riportante la firma di chi effettua il controllo;
- vengano controllate le apparecchiature elettromedicali con la stipula di contratti di manutenzione calendarizzata a cadenza semestrale;
- vengano istituite e compilate quotidianamente le check list materiale ambulanza, a firma dell'infermiere preposto al controllo. Le check list, cartacee o informatizzate, devono essere archiviate in modo da essere disponibili per azioni di verifica;
- gli eventuali guasti, malfunzionamenti, carenze di presidi ed altre anomalie dovranno essere tempestivamente segnalate ai responsabili.

### 9.9 Ripristino e pulizia dei mezzi di trasporto

Il personale ausiliario presso i Pronto Soccorso dei P.O. della Asl Fg, preventivamente individuato dalla Direzione Medica di Presidio, al termine di ciascun trasporto, provvederà alla pulizia/sanificazione del mezzo, alla raccolta e allontanamento del materiale sporco e dei rifiuti solidi e liquidi, compreso quelli speciali.

## 10. Formazione

La formazione e l'addestramento continuo sono alla base del mantenimento di adeguati livelli assistenziali per i pazienti che devono essere trasportati.

Nel caso di trasporto secondario, la formazione comprende soprattutto la conoscenza delle manovre di BLS, ALS e RCP.

Quanto più ampia sarà la base dei soggetti formati, tanto più alto sarà il livello assistenziale e di

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 18 di 22
---	---	--

conseguenza si abbasseranno i rischi di danno grave nei pazienti trasportati. Tale attività è di tipo obbligatorio e verrà proposta dai responsabili di struttura secondo il proprio fabbisogno, nel piano annuale della formazione aziendale..

## 11. Monitoraggio dell'efficacia e dell'efficienza della procedura

### 11.1 Indicatori

Il monitoraggio dell'applicazione della procedura dovrà essere effettuato, da parte delle Direzioni Sanitarie di presidio e Direzioni dei Distretti, mediante verifiche a campione su cartelle cliniche condotto semestralmente. Il relativo report dovrà essere inviato alla Direzione Sanitaria Aziendale ed alla UO di Rischio Clinico al fine di individuare necessarie azioni di miglioramento.

Per il monitoraggio verranno utilizzati i seguenti indicatori:

Tipologia di trasporto	Dimensione della Qualità	Fattore Qualità	Indicatore	Standard
Trasporto secondario o interospedaliero	Qualità organizzativa	Completezza Rintracciabilità	N° di schede di trasporto correttamente compilate /N° totale dei trasferimenti eseguiti	> 85 %
Trasporto interospedaliero	Qualità organizzativa	Corretta identificazione del paziente	N. segnalazioni di pazienti trasferiti Non correttamente identificati	<1

### 11.2 Strumenti

Si ritengono strumenti utili alla rilevazione:

- statistica annuale;
- scheda di segnalazione problematiche (Allegato 9).

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b></p>	<p style="text-align: center;">AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA UOS RISCHIO CLINICO</p> <p style="text-align: center;">Rev. 0</p> <p style="text-align: center;">Pag. 19 di 22</p>
---	--	---

## **12. Segnalazione di eventi (morte o grave danno) conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto**

Gli eventi correlati a morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto rientrano fra gli eventi sentinella monitorati dal S.I.M.E.S. (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) attraverso il N.S.I.S. (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) secondo le linee guida emanate dal Ministero della Salute. In caso di eventi avversi o eventi evitati (near miss), l'operatore sanitario (medico, infermiere od altro professionista coinvolto nell'evento avverso o che sia venuto a conoscenza dell'occorrenza di un evento avverso) comunica quanto accaduto al Referente Aziendale del Rischio Clinico mediante "scheda di segnalazione degli eventi avversi" così come previsto dalle Istruzioni Operative Aziendali "*Segnalazione/Gestione degli Eventi Avversi*" (Versione n. 2 del 8-1-2015), adottate con delibera n. 67 del del 22/01/2015 e pubblicata nella sezione "Modulistica" della pagina web aziendale della SS "Gestione Rischio Clinico".

Nel caso in cui l'evento abbia le caratteristiche di evento sentinella, si dovrà procedere alla segnalazione dello stesso secondo quanto previsto dalle Istruzioni Operative Aziendali sopracitate e secondo quanto previsto dal Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute (SIMES).

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 20 di 22
---	---	--

### 13. Matrice delle responsabilità

Figura che svolge l'attività →	Medico che decide il trasferimento	Medico che esegue trasporto	Infermiere	Autista di ambulanza	Medico ricevente Paziente	Paziente
<b>Descrizione attività</b>						
Valuta necessità di trasferimento	R	R				
Esprime il consenso						R
Prende accordi con struttura ricevente	R					
Valuta classe di rischio	R					
Prepara documentazione	R		C			
Identifica il paziente e verifica corrispondenza con la documentazione di accompagnamento		R	R	C		
Accompagna il paziente		R	C	C		
Accetta il paziente					R	

### 14. Revisione

La revisione della procedura dovrà essere effettuata in accordo con l'emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda.

### 15. Flussi di distribuzione

La presente procedura è diffusa a tutti i responsabili della UU. OO. Coinvolte che devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori del reparto.

La procedura è pubblicata sull'intranet aziendale, alla pagina "Rischio Clinico".

	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 21 di 22
---	---	--

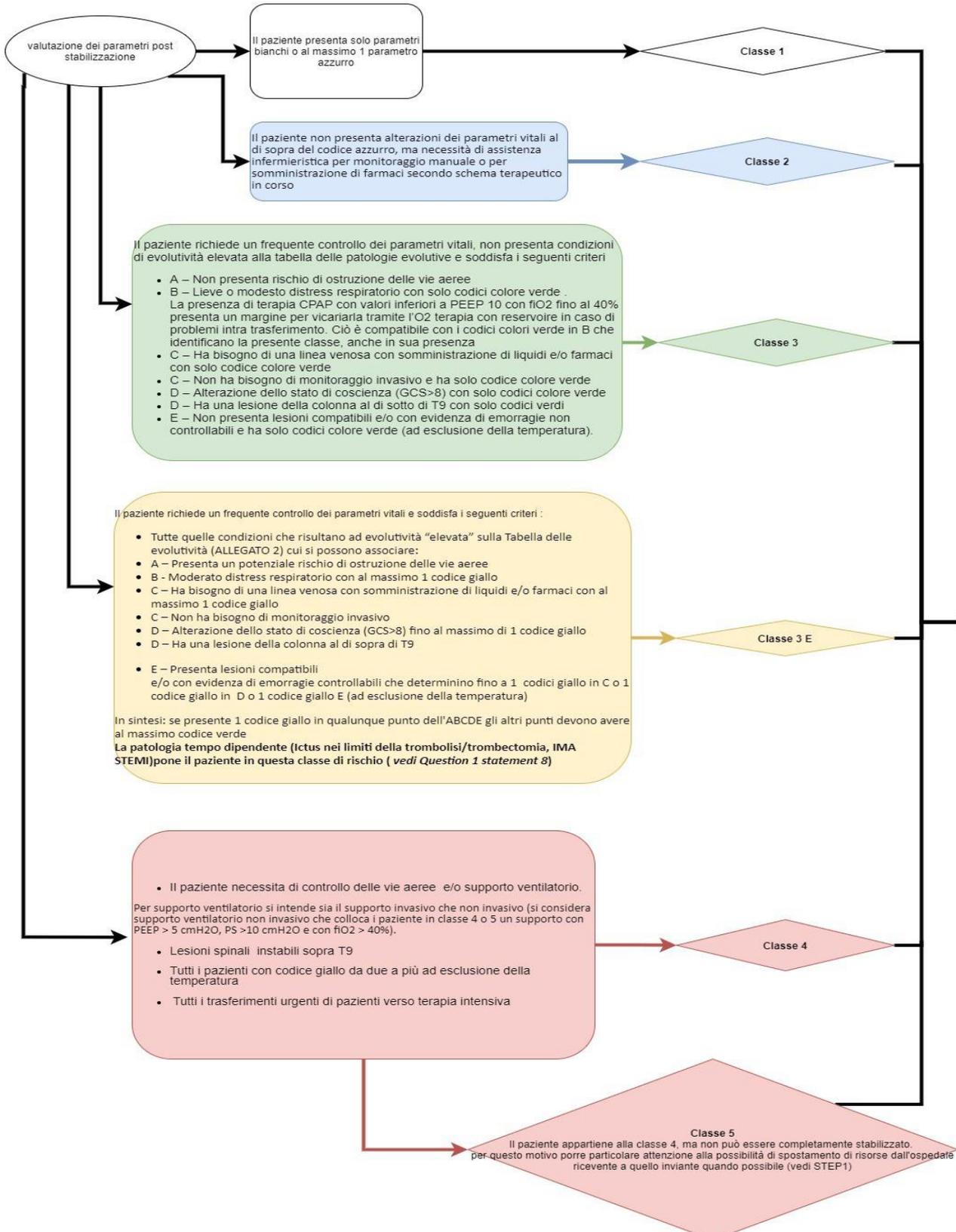
## 16. Riferimenti

1. DPR 27 marzo 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza pubblicato sulla G.U. n. 76 del 31/3/92 –Serie Generale;
2. “Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle Linee Guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione al DPR del 27 marzo 1992” – G.U.R.I. n. 114 del 17 maggio 1996.
3. “Il trasporto intraospedaliero del paziente critico adulto: responsabilità ed interventi infermieristici” – Nursing Oggi n° 4, anno 2000;
4. Accordo 22 maggio 2003 tra il Ministero della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee guida su formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza" G.U.R.I. n. 196 del 25/08/2003;
5. Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 17 dicembre 2008 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell’ambito dell’assistenza sanitaria in emergenza-urgenza”;
6. “Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)” - Raccomandazione ministeriale N. 11, Ministero della Salute-gennaio 2010;
7. Decreto del Ministro della Salute del 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento di definizione degli standard qualitativi, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.
8. Joint Commission International “Accreditation Standards for Medical Transport Organizations” – 2015;
9. Commission on Accreditation of Medical Transport Systems “Accreditation Standards” 11th Edition, 2018.
10. Trasporto intra-ospedaliero ed inter-ospedaliero “Buona pratica clinica”- SIAARTI, settembre 2023.

**Allegato 1– Check list verifica dotazione ambulanza**

<p align="center"><b>TRASPORTO / MOBILIZZAZIONE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Barella autocaricante (completa cinghie)</li> <li><input type="checkbox"/> Barella atraumatica (cucchiaio)</li> <li><input type="checkbox"/> Sedia portantina (completa cinghie)</li> <li><input type="checkbox"/> Tavola spinale</li> <li><input type="checkbox"/> Fermacapo universale (struttura base, blocchi testa laterali, nastro mento, □ nastro fronte, cinturini, chiusura velcro della base)</li> <li>Sacca cinghie             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Materassino a depressione</li> <li><input type="checkbox"/> Pompa aspirazione</li> <li><input type="checkbox"/> Steccobende rigide gamba (polso, avambraccio, braccio, gamba, gomito/caviglia)</li> <li><input type="checkbox"/> Ragno</li> <li><input type="checkbox"/> Estricatore Ked</li> </ul> </li> </ul>	<p align="center"><b>DIAGNOSTICA / ELETTROMEDICALI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Modulo multifunzione grande a parete /portatile con defibrillatore manuale e semiautomatico</li> <li><input type="checkbox"/> Monitor multiparametrico</li> <li><input type="checkbox"/> Placche pediatriche</li> <li><input type="checkbox"/> Placche adulti</li> <li><input type="checkbox"/> Carta</li> <li><input type="checkbox"/> Defibrillatore semiautomatico</li> <li><input type="checkbox"/> Pompa ad infusione</li> <li><input type="checkbox"/> Supporti portaflebo</li> <li><input type="checkbox"/> Luce diagnostica</li> <li><input type="checkbox"/> Quadro comandi e illuminazione</li> <li><input type="checkbox"/> Frigo portatile (con funzione di riscaldamento /raffreddamento e dotato di i cavo collegamento alla rete)</li> </ul>
<p align="center"><b>KIT IGIENE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Contenitore rifiuti speciali</li> <li><input type="checkbox"/> Contenitore per taglienti</li> <li><input type="checkbox"/> Spruzzino con soluzione disinfettante</li> <li><input type="checkbox"/> Rotolo carta assorbente</li> <li><input type="checkbox"/> Sacchetto per urina/vomito</li> <li><input type="checkbox"/> Bavaglino monouso</li> <li><input type="checkbox"/> Garze o telino per detersione</li> <li><input type="checkbox"/> Amuchina gel mani</li> </ul>	<p align="center"><b>ASPIRAZIONE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aspiratore elettrico a parete</li> <li><input type="checkbox"/> Sacca monouso raccolta secreti</li> <li><input type="checkbox"/> Tubo di raccordo</li> <li><input type="checkbox"/> Sondino aspirazione CH18 (rosso)</li> <li><input type="checkbox"/> Sondino aspirazione CH14 (verde)</li> <li><input type="checkbox"/> Sondino aspirazione CH12 (bianco)</li> <li><input type="checkbox"/> Sondini naso gastrici</li> </ul>
<p align="center"><b>OSSIGENO/VENTILAZIONE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Impianto O2 terapia con flussometro</li> <li><input type="checkbox"/> Ventilatore automatico a miscela aria/O2 portatile</li> <li><input type="checkbox"/> Bombole principali fisse da 7 lt. con mm. 150Atm N°2</li> <li><input type="checkbox"/> Bombola piccola da trasporto da 2 lit. con mm. 150 Atm (con zaino portabombola)</li> <li><input type="checkbox"/> Sistema C-PAP</li> <li><input type="checkbox"/> Maschera adulti senza reservoir</li> <li><input type="checkbox"/> Bombola portatile 2-5 lt (press.&gt;50 bar)</li> <li><input type="checkbox"/> Occhialini nasali</li> <li><input type="checkbox"/> Occhialini nasali</li> <li><input type="checkbox"/> Cannula orofaringea gialla</li> <li><input type="checkbox"/> Cannula orofaringea gialla</li> <li><input type="checkbox"/> Cannula orofaringea bianca</li> <li><input type="checkbox"/> Pallone di ventilazione adulti 2 lt.</li> <li><input type="checkbox"/> Pallone di ventilazione pediatrico 1 lt.</li> <li><input type="checkbox"/> Maschere mis. n°3</li> <li><input type="checkbox"/> Maschera mis, n°4</li> <li><input type="checkbox"/> Maschera mis. n°5</li> <li><input type="checkbox"/> Filtro per pallone di ventilazione</li> </ul>	<p align="center"><b>ACCESSO VENOSO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Laccio venoso tubolare</li> <li><input type="checkbox"/> Agocannula G22 (azzurro)</li> <li><input type="checkbox"/> Agocannula G20 (rosa)</li> <li><input type="checkbox"/> Agocannula G18 (verde)</li> <li><input type="checkbox"/> Rubinetto tre vie con prolunga</li> <li><input type="checkbox"/> Deflussore</li> <li><input type="checkbox"/> Tappini</li> <li><input type="checkbox"/> Fisiologica blister 10 cc</li> <li><input type="checkbox"/> Fisiologica in sacca 100 cc</li> <li><input type="checkbox"/> Fisiologica in sacca 350 ml</li> <li><input type="checkbox"/> Fisiologica in sacca 500 ml</li> <li><input type="checkbox"/> Votuvén in sacca 500 ml</li> <li><input type="checkbox"/> Siringa 50 cc con cono catetere</li> <li><input type="checkbox"/> Siringa 20 cc</li> <li><input type="checkbox"/> Siringa 10 cc</li> <li><input type="checkbox"/> Siringa 5 cc</li> <li><input type="checkbox"/> Siringa 2.5 cc</li> <li><input type="checkbox"/> Siringhe da insulina</li> <li><input type="checkbox"/> Spremisacca</li> </ul>
<p align="center"><b>ALTRO MATERIALE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Estintore Kg 4</li> <li><input type="checkbox"/> Faro orientabile all'interno</li> <li><input type="checkbox"/> Torcia fissa</li> </ul>	
<p align="center">DATA _____ ORA _____ Firma _____</p>	

**Allegato 2 - CRITERI CLINICI: Classi SIAARTI (modificata da Eherenwerth)**



**Allegato3-Scheda di trasferimento paziente**

Data		Ora		Al n Tel 118			
Cognome				Nome			
Nato a				Il		Cittadinanza:	
Residente							
Diagnosi							
<b>Condizioni Cliniche</b>							
<input type="checkbox"/> Respiro spontaneo <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> Terapia L/min <input type="checkbox"/> Ventmask <input type="checkbox"/> IOT <input type="checkbox"/> INT <input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> NIPPV <input type="checkbox"/> Vent meccanica <input type="checkbox"/> Drenaggio Toracico		<input type="checkbox"/> Linea ven.perif n° G ___ <input type="checkbox"/> Linea ven.centrale <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Catetere Vesiciale <input type="checkbox"/> Collare Cervicale <input type="checkbox"/> Tavola Spinale <input type="checkbox"/> Emodinamica stabile <input type="checkbox"/> Emodinamica instabile <input type="checkbox"/> CLKillip		<input type="checkbox"/> GCS ___ <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pupille isocoriche <input type="checkbox"/> Miosi <input type="checkbox"/> Midriasi <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Cl.Kelly		<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Terapie in atto <input type="checkbox"/> Trasfusione in atto <input type="checkbox"/> GRC <input type="checkbox"/> Plasma	
P.A. /	FC	SpO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>	pO <sub>2</sub>	EtCO <sub>2</sub>	FR	
PVC		NIC/PSV		PEEP		Altro	
<b>Criteri clinici per la Definizione dei Livelli di Assistenza nel Trasporto del Paziente – Classi di Eherenwerth</b>							
<b>Classi I e II</b> Paziente non richiede o richiede raramente il monitoraggio dei parametri vitali Può non avere bisogno di una linea venosa Non richiede la somministrazione continua di O <sub>2</sub> Non deve essere trasferito in Terapia Intensiva				<b>Classe III</b> Il paziente richiede frequente controllo dei parametri vitali Ha bisogno di una linea venosa Non ha bisogno di monitoraggio invasivo Può presentare lieve compromissione dello stato di coscienza (GCS<9) Può presentare lieve o modesto distress respiratorio Richiede la somministrazione continua di O <sub>2</sub> <b>CLASSE III E</b> Presenta potenziale rischio di ostruzione delle vie aeree Moderato distress respiratorio Ha bisogno di una linea venosa Non ha bisogno di monitoraggio invasivo Presenta lesioni compatibili e/o con evidenza di emorragie controllabili Patologie tempo dipendenti(ictus nei limiti della trombolisi/trombectomia, IMA STEMi)			
<b>Classe IV</b> Il paziente richiede intubazione tracheale Richiede supporto ventilatorio Ha bisogno di due linee venose o CVC Può presentare distress respiratorio grave Può essere presente una compromissione dello stato di coscienza (GCS<9) Può richiedere la somministrazione di farmaci salvavita È trasferito in Rianimazione e Terapia Intensiva				<b>Classe V</b> Il paziente non può essere completamente stabilizzato Richiede monitoraggio e supporto vitale invasivo Richiede terapia salvavita durante il trasporto			
<b>PARTENZA</b>				<b>DESTINAZIONE</b>			
Ospedale				Ospedale			
Reparto				Reparto			
Medico Richiedente				Medico Accettante			
Telefono				Telefono			
<b>Tipologia Trasferimento</b>							
Ambulanza Non Medicalizzata		Ambulanza Medicalizzata		Atrò			
Note							
TIMBRO e FIRMA del Medico Richiedente							

La scheda deve essere parte integrante della cartella clinica e, quindi, si suggerisce la conservazione di una copia da parte della struttura di partenza ed una copia da parte della struttura accettante.

**Allegato 4- Zaino Rianimazione pazienti adulti**

**ZAINO RIANIMAZIONE ADULTI**

<b>Tasca Anteriore dx</b>	<b>Quantità</b>
Laringoscopio	1
Lame per Laringoscopio ( misura 2-3-4)	1
Mandrino per tubo orotracheale	1
Catheter Mount	2
Fermatubi	2
Pinza di Magill	2
Luan	1 conf.

<b>Tasca Anteriore sin.</b>	<b>Quantità</b>
Cannule Guedel (2-3-4-5)	1
Lampadina Laringo	1
Batterie Laringoscopio	2

<b>Tasca Laterale dx</b>	<b>Quantità</b>
Maschera Venturi	1

<b>Tasca Laterale sin.</b>	<b>Quantità</b>
Abocath 22 G	2
Abocath 20 G	2
Abocath 18 G	2
Abocath 16 G	2
Abocath 164G	2
Siringa 20 cc	2
Siringa 10 cc	2
Siringa 5 cc	2
Siringhe Ega	2
Cerotto	1
Laccio Emostatico	1

<b>Tasca Posteriore</b>	<b>Quantità</b>
Sondini aspirazione ( verde, nero, bianco)	3 x mis.
SNG ( verde-arancio)	1 x mis.
Ferma SNG	2
Forbici Robin	1
Clemer	1

<b>Interno Borsone</b>	<b>Quantità</b>
Va e Vieni + Pallone 2 L	1
Tubi Orotracheali (5,5 -6 - 6,5 - 7 - 7,5 - 8 - 8,5)	2 per mis.
Maschere laringee (3-4-5)	1 per mis.
Maschere Faciali (4-5-6)	1 per mis.
Pallone di Ambu	1

**FARMACI**

<b>Farmaci Borsello Frigo</b>	<b>Quantità</b>
Midarine	1 scatola
Esmeron	5 Flc
Adrenalina	1 scatola
Isoprenalina	1 scatola

<b>Farmaci Borsello Rosso</b>	<b>Quantità</b>
Atropina	1 scatola
Efedrina	1 scatola
Flebocortid 1 gr	1 Flc
Solumedrol 1 gr	1 Flc
Bentelan 4 mg	1 scatola
Ventolin 100 mcg	5 fl

<b>Farmaci Borsello Giallo</b>	<b>Quantità</b>
Propofol 1 %	1 scatola
Midazolam	1 scatola
Valium	1 scatola
Flumazenil	1 scatola
Naloxone	1 scatola

<b>Farmaci Borsello Nero</b>	<b>Quantità</b>
Dopamina	1 Flc
Dobutamina	1 Flc
Cordarone	1 scatola
Lanoxin	1 scatola
Lasix 20 mg	1 scatola
Catapresan	1 scatola
Seloken	1 scatola
Urapidil	1 scatola
Lidocaina 2 %	1 Flc

**Allegato 5 – Zaino Rianimazione pazienti pediatrici**

**ZAINO RIANIMAZIONE PAZIENTI PEDIATRICI**

**TASCA SUPERIORE**

<b><u>BORSELLO ROSSO</u></b>	<b><u>QUANTITA'</u></b>
Laringoscopio	1
Lama laringoscopio n°0-1retta n°0-1 curva n 2 e 3	1 per misura  1 per misura
Mandrino per tubo oro-tracheale	1
Catheter Mount	1
Pinza di Magill	1
Fissatubo	1
Luan	1
Batterie per laringoscopio	2
Lampadina per lame	1

<b><u>BORSELLO BLU</u></b>	<b><u>QUANTITA'</u></b>
Saturimetri	2
Fissa sondino	1
Farmaci	

<b><u>BORSELLO VERDE</u></b>	<b><u>QUANTITA'</u></b>
Siringhe 20 ml	2
Siringhe 10 ml	2
Siringhe 5 ml	2
Siringhe EGA	2
Siringhe Insulina	2
Cerotto	1

Laccio emostatico	1
-------------------	---

**VA E VIENI PEDIATRICO ( 11 +0,5 l)**

**PALLONE AMBU**

**MASCHERA VENTURI PEDIATRICA**

**TASCA INFERIORE**

**Neonato < 4 KG**

<b>PRESIDI</b>	<b>QUANTITA'</b>	<b>CONTROLLO</b>
Maschera facciale n° 0/1	1 per misura	
Cannula di Majo 000	1	
Tubo Endotracheale n° 2.5 non cuffiato	2	
Sondini Aspirazione 10 F	2	
Accessi Vascolari 24 G	2	
Sondini Nasogastrico 8 F	2	
Raccordo per aspirazione	1	

**Bambini 4 /7 Kg**

<b>PRESIDI</b>	<b>QUANTITA'</b>	<b>CONTROLLO</b>
Maschera facciale n° 0/1	1 per misura	
Cannula di Majo 00	1	
Maschera Laringea n°1-1.5	1 per misura	
Tubo Endotracheale n°3- 3.5 non cuffiato	2 per misura	
Sondini Aspirazione 10 F	2	
Accessi Vascolari 22-24 G	2 per misura	
Sondini Nasogastrico 8 F	2	
Raccordo per aspirazione	1	





	<b>PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEQUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO SECONDARIO</b>	AZIENDA SANITARIA LOCALE FOGGIA RISCHIO CLINICO  Rev. 0  Pag. 30 di 22
---	---	--

### Allegato 7 – Modulo di dissenso al trasferimento



Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_  
Servizio/UU.OO. \_\_\_\_\_

Al/Alla Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
Ricoverato/a presso questa UU.OO. viene proposto il trasferimento inter-ospedaliero presso la UU.OO. di  
\_\_\_\_\_ dell'Ospedale \_\_\_\_\_

Per il/i seguente/i motivo/i:

- mancanza posto letto in questa UU.OO./struttura
- severità del quadro clinico in corso non compatibile con la possibilità di risposta di questa struttura sanitaria
- ulteriori accertamenti clinico-strumentali non possibili in questa struttura sanitaria per carenza/mancanza di tecnologie adeguate al caso
- ulteriore consulenza specialistica non erogabile in questa struttura sanitaria
- altro (specificare): \_\_\_\_\_

Al/Alla Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
o, a fronte di una sua accertata capacità di intendere e volere, al suo rappresentante legale, identificato nella persona di \_\_\_\_\_

sono state chiaramente spiegati i rischi, le ragioni e i benefici del trasferimento nonché i rischi prevedibili dovuti al **mancato trasferimento** e le alternative al trasferimento presso la struttura sanitaria proposta.

Il/La sottoscritto/a ho ben compreso i rischi, le ragioni e i benefici del trasferimento nonché i rischi prevedibili dovuti al mancato trasferimento e le alternative al trasferimento presso la struttura sanitaria proposta.

Ho potuto inoltre chiedere ogni altro chiarimento circa il trasferimento propostomi al medico responsabile, il quale mi ha fornito tutti i dettagli informativi sull'argomento.

Tanto premesso

#### NON ACCONSENTO

**al trasferimento, pur avendo ben compreso i rischi del mancato trasferimento ed informato che, in caso di aggravamento ulteriore delle condizioni cliniche (con prevedibile pericolo di vita), il trasferimento verrà comunque disposto. Ho compreso che il ritardato trasferimento per mia volontà comporta rischi aggiuntivi** al trasferimento presso il/ la UU.OO./Servizio \_\_\_\_\_ dell'Ospedale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma paziente/rappresentante legale \_\_\_\_\_

Firma medico responsabile del trasferimento \_\_\_\_\_

**Allegato 8 – Tabella delle evolutività.**

Patologia	Valutazioni/caratteristiche rilevanti	Grado di evolutività	Commenti
Ematoma epidurale acuto	Attenzione se la raccolta risulta disomogenea alla TC	Elevata	
Emorragia subaracnoidea spontanea	Tendenza al ri-sanguinamento particolarmente nelle prime tre ore	Elevata	
Emorragia subaracnoidea traumatica		Variabile  Decisione da prendere con lo specialista in relazione al caso	
Patologie vascolari a sede in fossa posteriore	Emorragia spontanea, focolaio lacero-contusivo, ematoma subdurale acuto	Elevata	Particolare attenzione nei pazienti in trattamento con anticoagulanti Use the "Insert Citation" button to add citations to this document. Zepeski, 2018)
	Ematoma subdurale cronico	Lenta  se le manifestazioni sono principalmente di natura comportamentale	La maggior parte degli studi ha evidenziato che in oltre il 50% dei casi (tra il 52 e il 58%), l'alterazione delle funzioni psichiche, come la condizione di confusione, i disturbi della memoria, sono le prime manifestazioni di un ematoma subdurale cronico, successivamente compaiono disturbi della deambulazione e dell'equilibrio, emiparesi, cefalea, disturbi psichici, raramente incontinenza urinaria. (Iliescu & Constantinescu, 2015)
Fistola carotideo-cavernosa post traumatica	Rara. Esoftalmo pulsante con soffio all'auscultazione dell'occhio protruso	Elevata	

<p>Stroke ischemici, o emorragici spontanei e traumatici acuti non compresi nei casi su elencati</p>	<p>Valutazione delle lesioni alla TC encefalo (se emorragiche)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• attenzione negli spostamenti della linea mediana &gt; 5 mm</li> <li>• attenzione alla compressione delle cisterne della base</li> </ul> <p>Valutazione dello score GCS e NIHSS all'ingresso e al momento della decisione di trasferimento.</p> <p>Sono elementi utili al fine delle decisioni in merito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• deterioramento dello stato di coscienza con un decremento di due punti nella GCS*</li> <li>• variazioni del diametro pupillare e reazione pupillare alla luce</li> <li>• deterioramento del deficit neurologico focale</li> <li>• efalea, nausea, vomito se persistenti</li> <li>• NIHSS <math>\geq 15</math> indica evolutività elevata (Specogna, Patten, Turin, &amp; Hill, 2013)</li> </ul>	<p>Variabile</p>	<p>È improbabile che i pazienti con una GCS iniziale &gt; 13, un volume dell'ematoma iniziale &lt; 15 ml e nessuna emorragia intraventricolare, localizzazione dell'ematoma sopratentoriale necessitino di risorse di un centro stroke di secondo livello (Kaleem, Lutz, &amp; Hernandez, 2021)</p> <p>*Pressione sistolica di arrivo più elevata, ematoma più grande, IVH ed emorragia infratentoriale sono i principali fattori di rischio per il deterioramento clinico.</p> <p>L'espansione dell'ematoma è uno degli elementi di peggioramento delle condizioni cliniche durante il trasporto.</p> <p>Negli ultimi anni, una tecnologia di imaging più avanzata ha aumentato l'accuratezza della previsione dell'espansione dell'ematoma. L'uso del "segno del punto" nell'angiografia TC cerebrale (CTA) potrebbe migliorare l'accuratezza della previsione dell'espansione dell'ematoma.</p> <p>Anche la previsione clinica che utilizza il metodo dell'algoritmo di previsione clinica (BRAIN) si è rivelata uno strumento di previsione accurato (Fan, Chen, Huang, Yen, How, &amp; Huang, 2017)</p>
<p>Stroke ischemici con indicazione alla trombectomia meccanica</p>	<p>Patologia tempo dipendente</p>	<p>Variabile</p>	<p>va valutata l'équipe e il mezzo di trasporto che garantisca i tempi più bassi di trasferimento (vedi STEP 3 dell'Allegato)</p>
<p>Dissecazioni dell'aorta addominale</p>	<p>Se non trattabili in loco, va assicurata la possibilità di mantenere la stabilizzazione emodinamica, durante il trasporto.</p> <p>Necessaria la presenza di emazie concentrate ed emoderivati a bordo dell'ambulanza (Mikati, Phillips, Corbelli, Guyette, &amp; Liang, 2022 Mar-Apr)</p>	<p>Elevata per le classi 4 e 5</p> <p>Variabile per le classi 3</p>	<p>Se presenti segni di instabilità emodinamica va incoraggiata l'istituzione di équipe itineranti chirurgiche specialistiche se presente in loco équipe di chirurgia generale e guardia anestesiologicala</p>

Dissecazioni dell'aorta toracica	Va assicurata la possibilità di mantenere la stabilizzazione emodinamica, durante il trasporto. Necessaria la presenza di emazie concentrate ed emoderivati a bordo dell'ambulanza	Elevata	l'intervento chirurgico entro 4 ore dalla diagnosi porta a risultati significativamente migliori (Matthews, Madison, Timsina, Namburi, Faiza, & Lee, 2021) per cui va valutata l'équipe e il mezzo di trasporto che garantisca i tempi più bassi di trasferimento
Patologie emorragiche non endocraniche trattabili angiograficamente	Evolutività dipendente dalla comprimibilità o meno del focus emorragico	Elevata per le non comprimibili di classe 4 e 5 Variabile per le classi 3 e 4 se comprimibili	Per le classi 4 e 5 nel caso sia presente in loco apparecchiatura angiografica non operativa sulle 24 ore si può suggerire l'istituzione di équipe itineranti di radiologia interventistica piuttosto che affrontare il rischio di trasferimento  Il presente documento di buona pratica clinica sottolinea l'importanza di incoraggiare le Direzioni Aziendali a trovare per queste tipologie di ospedali soluzioni, declinate all'interno di protocolli aziendali o interaziendali, come a puro titolo di esempio, l'istituzione di reperibilità di seconda istanza, operanti in un contesto di area più vasta (provinciale o interaziendale), che possano intervenire in caso di attivazione del reperibile di prima istanza da parte degli ospedali periferici dotati delle attrezzature idonee (équipe itinerante). In tal modo verrebbe garantita la reperibilità sugli ospedali maggiori possa essere scoperta, ma al tempo stesso evitando il rischio di trasferimento ad un paziente che già versa in condizioni critiche in omaggio al fatto che è sicuramente più rapido e meno rischioso spostare un operatore piuttosto che un paziente di elevatissima classe di rischio.
Infarto miocardico acuto	Possibile comparsa di aritmie critiche entro le prime quattro ore dall'esordio dei sintomi	Elevata	
Intossicazione da CO in paziente cosciente	Possibile comparsa di aritmie, alterazioni tratto ST, incremento enzimi cardiaci	Elevata <b>solo</b> se presenti al momento del trasferimento dati clinici o di laboratorio di danno cardiaco non preesistenti	Il valore di COHb non è un indice affidabile della gravità dell'avvelenamento e non ha un significato prognostico  La gravità dell'intossicazione da CO dovrebbe essere valutata impiegando scale specifiche per poter comparare i casi e scegliere in modo più obiettivo la tipologia di trattamento antidotico. (Locatelli, 2009)

**Allegato 9 – Scheda segnalazione problematiche.**

**TRASPORTO SECONDARIO: SCHEDA SEGNALAZIONE EVENTI NON CONFORMI**

Centrale Operativa    DEA                       PPI     Cardiologia                       Altro

Data evento:  
n° scheda intervento:

TRASPORTO :             protetto         non protetto

A) Da compilarsi da parte dell'operatore che ha rilevato il problema

c.a. Responsabile Infermiere/Medico Struttura

data..... firma

B) Da compilarsi da parte del Responsabile Inf./Medico Struttura che ha rilevato il problema

c.a. Direzione Dipartimento  
Emergenza

data ..... firma

C) da compilarsi a cura della Direzione di Dipartimento di Emergenza

data ..... firma