



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

### *Primum non nocere*

Pagina introduttiva

L'aggiornamento dei protocolli nasce dall'esigenza di creare delle linee guida validate e riconosciute a livello nazionale dalla Società Italiana Sistema d'Emergenza 118 (SIS).

In questo modo l'attività di ciascun operatore sanitario sarà sempre e comunque in linea con le direttive nazionali, riducendo quanto più possibile le rivalse medico-legali, non solo, ma soprattutto creando quel clima dell'agire sereno.

Il presente Protocollo, che governa e regola l'intero sistema provinciale, è costituito da 4 parti distinte ed integrate:

- 1) PARTE GENERALE ED ORGANIZZATIVA:
- 2) PROTOCOLLI TERAPEUTICI (LINEE GUIDE SIS 118)
- 3) SISTEMA DISPATCH
- 4) PROTOCOLLI SPECIFICI:
  - A: MAXIEMERGENZE
  - B: TSO ASO
  - C: HEMS
  - D: MANUALE PER GLI OPERATORI
  - E: RISK MANAGEMENT

Dr. Stefano Colelli



**S.C. Centrale Operativa 118**  
**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

**PROTOCOLLO OPERATIVO**

Il presente protocollo di natura operativa, sottoposto a continue verifiche e/o modifiche che si dovessero rendere necessarie, è rivolto agli Operatori di Centrale Operativa 118 ed al Personale delle Postazioni Mobili e riguarda le modalità operative ed i compiti degli stessi durante l'attività di servizio.

Aggiornato al 15/03/2017

Prima stesura 31/01/2013



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

### CAPITOLO 1

#### Premessa

Tale documento rappresenta l'imprescindibile riferimento operativo degli operatori SUEm FG 118 durante il servizio; la legislazione da cui è ispirato ed alla quale fa riferimento normativo è di seguito riportata:

1. D.P.R. 27.03.1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”. (G.U. . 76 del 31.3.92)
2. D.M. 15.05.1992 “Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza”
3. G.U. N. 114 del 17.05.1996 “Atto di intesa fra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria” applicazione del D.P.R. 27.03.1992
4. D.G.R. N. 382 del Febbraio 1999



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

### CAPITOLO 2

#### Struttura del Sistema 118: Centrale Operativa ( C.O.)

##### 2.1. Ubicazione

La Centrale Operativa FG 118 è ubicata c/o l’Azienda Ospedaliero-Universitaria “OO.RR.” di Foggia.

##### 2.2. Dotazioni strumentali

Nella C.O. 118 di Foggia è operativa la seguente strutturazione:

- Sistema di telefonia
- Sistema informatico e di registrazione di tutto il traffico telefonico

##### 2.3. Personale

- N° 1 Direttore Medico Responsabile
- N° 7 Dirigenti Medici di Centrale Operativa
- N° 1 Coordinatore Infermieristico
- N° 18 infermieri-operatori di Centrale Operativa
- N° 1 tecnico informatico (con disponibilità H24)
- N° 1 ausiliario specializzato
- N° 1 amministrativo

##### 2.4. Criteri operativi

Tutto il personale sanitario dedicato alla Centrale Operativa può essere chiamato, con le modalità stabilite dal Direttore della C.O., a svolgere la sua attività presso le postazioni periferiche in caso di eventi eccezionali e/o di Maxiemergenze.

Ogni cambio turno del personale 118 delle postazioni 118 deve essere eseguito, tassativamente, in postazione, comunicando il tempo previsto

Ogni equipe sanitaria deve portare a termine l’evento prima di rientrare nella propria postazione.



Regione Puglia  
**OSPEDALI RIUNITI**  
*Azienda Ospedaliero – Universitaria*  
**FOGGIA**



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

Le comunicazioni avvengono mediante i sistemi sopra elencati (2.2) tra operatori di C.O. e postazioni. Non è previsto, se non in casi particolari ed in accordo con il medico di Centrale, la conferenza tra altri soggetti, sia pur sanitari, esterni al sistema SUEm 118 Foggia, e le postazioni periferiche.



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

### CAPITOLO 3

#### Struttura del Sistema 118: Postazione e mezzi

##### 3.1. Mezzi 118: gestione e manutenzione

Tutti i mezzi 118 devono rispettare le vigenti normative regionali in materia.

Tali mezzi 118 vengono gestiti esclusivamente dalla Centrale Operativa.

La manutenzione, l'efficienza operativa dei mezzi 118, ivi inclusa la dotazione sanitaria di bordo, vengono garantiti dalla ASL territoriali o dalle Aziende Ospedaliere di riferimento direttamente o con accordi convenzionati con le associazioni, enti o cooperative concessionarie, di concerto con il referente della Centrale Operativa.

##### 3.2. Personale e tipologia mezzi 118

Tutto il personale delle postazioni mezzi 118 durante il servizio deve vestire decorosamente per non ledere l'immagine aziendale, deve indossare la divisa e le scarpe in dotazione e tutti i mezzi di protezione individuale a garanzia dell'incolumità personale e collettiva ed è gestito e coordinato esclusivamente dal Direttore della C.O. 118.

Anche al fine della differenziazione del livello di intervento in base alla tipologia di richiesta, si individuano le seguenti tipologie:

- Ambulanza “VICTOR”: automezzo attrezzato per il supporto vitale, di base ed avanzato, il cui equipaggio minimo è costituito da un autista-soccorritore e da un soccorritore con preparazione specifica verificata dal Responsabile della Centrale Operativa per operare nel sistema dell'emergenza territoriale 118.
- Ambulanza “INDIA”: automezzo attrezzato per il supporto vitale, di base ed avanzato, il cui equipaggio minimo è costituito da un autista-soccorritore, da un soccorritore e da un infermiere professionale con preparazione specifica verificata dal Direttore della Centrale Operativa per operare nel sistema dell'emergenza territoriale 118.
- Ambulanza “MIKE”: automezzo attrezzato per il supporto vitale, di base ed avanzato, il cui equipaggio minimo è costituito da un autista-soccorritore, da un soccorritore da un infermiere professionale con preparazione specifica verificata dal



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

Direttore della Centrale Operativa per operare nel sistema dell'emergenza territoriale 118 e da un medico territoriale in possesso dell'apposita abilitazione regionale.

- Automedica "ECHO": Auto attrezzata per il supporto vitale, di base ed avanzato, il cui equipaggio minimo è costituito da un autista-soccorritore, da un infermiere professionale con preparazione specifica verificata dal Direttore della Centrale Operativa per operare nel sistema dell'emergenza territoriale 118 e da un medico territoriale in possesso dell'apposita abilitazione regionale (sono previste anche automediche con a bordo un autista-soccorritore ed un medico a supporto di ambulanze INDIA)
- Elisoccorso "HEMS" , ubicato c/o Elisuperficie ALIDAUNIA di Foggia attrezzato per il supporto vitale di base ed avanzato il cui equipaggio è costituito da un pilota, un tecnico di volo, un medico anestesista-rianimatore ed un infermiere professionale adeguatamente addestrato, per operare nel sistema dell'emergenza-urgenza territoriale 118.

### 3.3. Interruzione dell'operatività

Il Team-leader della Postazione Territoriale è tenuto a comunicare alla Centrale Operativa il verificarsi, nel corso del turno, di ogni situazione di entità tale da compromettere l'operatività della postazione stessa (personale, mezzo, presidi sanitari, farmaci).

In questo caso l'operatore di Centrale informerà il Medico di Centrale che a sua volta allenterà il referente incaricato per le valutazioni del caso. L'eventuale interruzione dell'operatività è di esclusiva competenza del Medico di Centrale.

### 3.4. Postazioni occasionali

Nella fase attuale le postazioni stagionali in località turistiche ed in occasione di manifestazioni di massa (sportive, culturali, religiose etc.) possono essere previste solo con mezzi e personale delle ASL di competenza e/o Associazioni autorizzate cui la C.O. 118 Foggia potrà fornire, a richiesta, assistenza.



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

### CAPITOLO 4

#### **Soccorso primario**

Per soccorso primario si intende il primo intervento sul territorio per garantire l'emergenza-urgenza.

#### 4.1. Ricezione della richiesta di soccorso presso la Centrale Operativa 118

Alla Centrale Operativa 118 dovranno confluire tutte le richieste di soccorso sanitario provenienti dalla provincia attraverso convogliamento automatico delle chiamate telefoniche.

L'operatore di Centrale ad ogni inizio turno controlla le disposizioni di servizio in bacheca e le consegne sull'applicativo.

L'operatore di Centrale, stabilita innanzitutto la sede geografica di provenienza della richiesta di soccorso, provvede a gestirla direttamente, attivando il mezzo di soccorso con logo 118 territorialmente competente. Quando l'operatore di Centrale gestisce direttamente la richiesta di soccorso, dopo aver ottenuto l'identificazione, quanto più precisa possibile, della sede dell'evento critico (località, via, numero civico ed ogni altro possibile riferimento topografico), valuta la gravità dell'evento segnalato, dispone l'intervento di soccorso più idoneo conformemente alle sotto elencate tipologie di risposta, coadiuvato eventualmente dal medico di centrale:

1. Non necessita di intervento sanitario: l'operatore di centrale valuta l'evento avvalendosi dei protocolli operativi e fornisce adeguate informazioni telefoniche al chiamante;
2. Coinvolgimento del medico convenzionato di base e del medico pediatra convenzionato di base (E1): l'operatore di centrale, effettuato il dispatch, può consigliare all'utente di rivolgersi al medico della continuità assistenziale o al pediatra di base prima di disporre un eventuale intervento;



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

3. Coinvolgimento della Guardia Medica (E2): l'operatore di centrale valutato l'evento avvalendosi dei protocolli operativi richiede l'intervento diretto del Medico di Guardia Medica e, in caso di contenzioso, coinvolge il Medico di Centrale ( D2 )
4. Soccorso primario e trasporto assistito (E3): l'operatore di Centrale in funzione della zona in cui è necessario effettuare l'intervento di soccorso e della disponibilità delle ambulanze provvede ad attivare il mezzo di soccorso territorialmente competente, trasmettendo:
  - A l'identificazione della tipologia del luogo dove si è verificato l'evento (cercando di specificare località, strada, via, numero civico ed ogni altro possibile riferimento topografico)
  - B l'indicazione di patologia prevalente
  - C il codice colore di definizione della criticità dell'evento
  - D il numero di persone coinvolte nell'evento
  - E il numero progressivo di missione da apporre sulla Scheda Paziente

Nell'ottica dell'ottimizzazione dei tempi di soccorso ulteriori dati potranno essere trasmessi solo dopo la partenza dell'ambulanza.

L'operatore di Centrale registrerà l'ora della partenza dell'ambulanza solo se confermata dal team-leader o delegato.

5. In un soccorso a presunta gravità maggiore, se le ambulanze non sono disponibili, considerare la richiesta al medico di Centrale di sospendere i servizi in corso a priorità minore, (in ordine i verdi o i gialli).
6. È opportuno che la C.O., per eventi in zone confinanti con altre province, comunichi con le rispettive C.O. secondo la seguente procedura: l'operatore del 118, accertato che la richiesta di soccorso proviene dalla zona di competenza della C.O. confinante rileva i dati essenziali, comunica al Collega della C.O. competente il n° telefonico dell'utente e risponde: "attenda le passo l'operatore addetto..." e mette subito in comunicazione l'utente con l'operatore della C.O. confinante che gestirà l'emergenza pervenuta.
7. trasmettere al Pronto Soccorso di destinazione l'imminente arrivo del paziente



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

soccorso dal servizio 118 solo in caso di codice di rientro 2 (preferibile per situazioni particolari), 3 (obbligatorio) e se si tratta di una situazione psichiatrica (obbligatorio) o accessi multipli (obbligatorio).

### 4.2. Ricezione della richiesta di soccorso presso il Punto di Primo Intervento o il Pronto Soccorso territoriale

Quando la richiesta di soccorso perviene direttamente al Punto di Primo Intervento territorialmente competente, o alla Postazione 118, senza iniziale coinvolgimento della Centrale Operativa, compete al personale del Punto di Primo Intervento, o della Postazione 118 dare immediata comunicazione alla Centrale Operativa 118 della richiesta di soccorso pervenuta e della risposta adottata al fine di garantire l'attività di coordinamento dei mezzi di soccorso specifica della Centrale Operativa: il dispatch viene, in altri termini, effettuato dal personale coinvolto e comunicato alla Centrale che poi coordina l'intervento.

È fatto peraltro obbligo al suddetto personale di dare immediata comunicazione alla Centrale Operativa 118 della richiesta di soccorso pervenuta, della risposta adottata e quindi del Codice di Criticità, prima della partenza del mezzo;

Anche la postazione mobile 118 coinvolta deve richiedere l'apertura dell'evento e comunicare il momento della partenza alla Centrale.

### 4.3. Coinvolgimento dei Vigili del Fuoco.

Quando l'operatore di Centrale Operativa 118 viene a conoscenza, nel corso della conversazione con l'utente, di situazioni che richiedano l'intervento dei VVF, è necessario che provvedano a dare immediata segnalazione dell'evento alla Centrale Operativa dei Vigili del Fuoco (*tel: 115*). Nel caso in cui sia il personale in servizio sul mezzo di soccorso inviato sul luogo dell'evento critico a ravvisare l'opportunità di intervento dei VVF, è necessario che ne sia data segnalazione tramite rete telefonica dedicata-registrata alla Centrale Operativa 118 che a sua volta informerà la Centrale Operativa dei Vigili del Fuoco (*tel: 115*).



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

### 4.4. Coinvolgimento delle Forze dell'Ordine.

Quando l'operatore di Centrale Operativa, nel corso della conversazione con l'utente, di situazioni che richiedano l'intervento delle Forze dell'Ordine, è necessario che provvedano a dare immediata segnalazione dell'evento alla Centrale Operativa della Polizia di Stato (tel: 113) o dei Carabinieri (tel: 112). Nel caso in cui sia il personale in servizio sul mezzo di soccorso inviato sul luogo dell'evento critico a ravvisare l'opportunità di intervento delle Forze dell'Ordine, è necessario che ne sia data segnalazione tramite rete telefonica dedicata-registrata alla Centrale Operativa 118 che a sua volta riferirà alla centrale operativa della Polizia di Stato (tel: 113) ovvero dei Carabinieri (tel: 112). Analogo coinvolgimento si rende necessario nei casi di competenza della Guardia di Finanza (tel: 117) e Guardia Costiera (tel: 1530).

### 4.5. Coinvolgimento del sistema 118 da parte dei Vigili del Fuoco e delle Forze dell'Ordine.

Quando le Centrali Operative dei Vigili del Fuoco e/o delle Forze dell'Ordine ravvisano la necessità di un intervento di soccorso di natura sanitaria devono avvisare la Centrale Operativa 118, commutando, quando possibile, la telefonata dell'utente, cosicché quest'ultima possa essere in grado di adottare i provvedimenti più idonei al caso. Ove non sia possibile commutare la telefonata del richiedente l'intervento, l'operatore della Centrale Operativa dei Vigili del Fuoco e/o delle Forze dell'Ordine deve almeno acquisire le generalità, il numero di telefono del chiamante e l'ubicazione dell'evento in modo da permettere alla Centrale Operativa 118 un contatto diretto per l'intervista telefonica e, se possibile, tutte le informazioni necessarie alla corretta definizione del livello di criticità dell'evento sulle quali modulare la complessità dell'intervento sanitario da attuarsi.

### 4.6. Ospedale di destinazione

In particolare, per ammalati ad alto grado di criticità, i medici addetti all'emergenza territoriale operano la scelta dell'ospedale di destinazione, nel rispetto dei protocolli concordati tra il Direttore della Centrale Operativa 118 ed i responsabili dei DEA.



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

Ogni comunicazione di avaria tecnica o di problemi di recettività ospedaliera e relativa soluzione deve essere prima comunicata sul registrato all'Operatore di Centrale che ne darà comunicazione al Medico di Centrale che a sua volta ne curerà la trascrizione nel registro consegne e successivamente trasmessa ufficialmente tramite fax dalla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero interessato. Tale fax dovrà eventualmente essere protocollato.

Nelle situazioni in cui sia necessaria valutazione o stabilizzazione in transito si ricorre al rendez-vous, nei casi codificati, o si individua il Punto di Primo Intervento o il Pronto Soccorso più vicino (es. cod. 3 con necessità di un'ulteriore immediata valutazione in caso di ambulanza non medicalizzata o di stabilizzazione in caso di ambulanza medicalizzata).

In seguito, rispettando i precedenti criteri e la necessità di garantire nel più breve tempo possibile la pronta disponibilità di un mezzo per eventi successivi nel territorio di competenza, il medico di Centrale Operativa può valutare infine le richieste del paziente e/o familiari per accedere alla struttura preferita, per eventuale prosecuzione di terapie o trattamenti già posti in essere presso quella struttura.

- Qualsiasi medico che si qualifichi può assumere la direzione del soccorso quando ad intervenire sono postazioni non medicalizzate. Il personale, dopo aver raccolto le generalità del medico, gli fornisce l'assistenza richiesta e nell'interesse del paziente, gli permette di partecipare al trasporto in ambulanza.
- In caso di imprevisto in itinere che ritardi o non permetta all'ambulanza di effettuare il soccorso la Postazione avvisa la Centrale che dopo aver dato disposizioni provvede eventualmente ad inviare altro mezzo per l'evento chiedendo se l'autista è in grado di riparare l'avaria altrimenti opera come al punto 3.4.
- In caso di imprevisto in itinere che ritardi o non permetta all'ambulanza con paziente a bordo di raggiungere il P.S. di destinazione la Postazione avvisa la Centrale che dopo aver dato disposizioni provvede eventualmente ad inviare altro mezzo e opera come al punto 3.4.
- In caso di intervento di mezzo non medicalizzato l'infermiere professionale, dopo



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

aver rilevato e registrato tutti i parametri presenti sulla scheda ambulanza, solo in particolari situazioni di rischio (RCP, codice 3, patologie evolutive, ecc.) può richiedere l'intervento di un mezzo medicalizzato. La Centrale Operativa, in base ai parametri comunicati e alla disponibilità del momento porrà in atto la risposta più congrua (invio di mezzo medicalizzato, non medicalizzato, rendez-vous, consiglio di completare l'intervento).

- Il tempo impiegato dalle postazioni per affidare il paziente al personale del Pronto Soccorso accettante non dovrebbe eccedere i 15 minuti. Prolungati e/o spesso ingiustificati ritardi devono essere comunicati e/o concordati con la C.O.
- Il personale della Postazione Mobile comunicato l'arrivo al P.S. accettante, risulta impedito a ritornare prontamente in postazione, a copertura del territorio di competenza avendo esaurito il suo compito istituzionale di soccorso territoriale e di prima stabilizzazione, non potendo affidare il paziente al personale del Pronto Soccorso, comunica su linea dedicata e registrata alla Centrale Operativa, l'impossibilità di rientrare prontamente in sede e le motivazioni. L'operatore di Centrale allenterà per competenza il medico di Centrale (D2), che provvederà ad affrettare gli eventi. Sarà compito della Postazione Mobile assistere il paziente, proporzionalmente alle competenze possedute, fino alla presa in carico dello stesso da parte dei sanitari del Pronto Soccorso.
- Segnalazione di evento imprevisto

È compito del team-leader della postazione segnalare tempestivamente alla Centrale Operativa ogni variazione dello "status quo ante" o dato insolito verificatosi durante il servizio (impossibilità a percorrere una strada; difficoltà ad approvvigionarsi di carburante, conflittualità con guardia medica o altri sanitari, rapporti con forze non sanitarie del soccorso, etc.). Tanto al fine di consentire alla C. O. di studiare e predisporre misure alternative, per quanto possibile, oltre che ad individuare "eventi sentinella" di situazioni potenzialmente più gravi. È bene che vengano pure segnalati episodi di attrito tra il personale della postazione riconducibili alle funzioni svolte o a personali valutazioni dei ruoli e dei compiti previsti durante il soccorso.



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

- Parenti in ambulanza

Dopo aver controllato il libretto di circolazione ed aver verificato il numero di persone che possono essere trasportate in ambulanza, è possibile che il parente prossimo presente che lo richiede venga autorizzato a salire sull'ambulanza, tale possibilità deve anzi essere sempre proposta al parente del minore. Poiché il vano sanitario deve essere riservato al trattamento della condizione acuta che ha giustificato la chiamata, si trasporterà un parente, se questo è funzionale al soccorso, di norma nel vano anteriore di guida, dove potrà alloggiare solo una persona oltre all'autista, anche se il vano è munito di tre posti, allacciando, come prescrive il Codice della Strada, apposita cintura di sicurezza.

L'autorizzazione sarà fornita dal Team Leader che, sul posto, valuterà anche l'opportunità di una eventuale collocazione del parente nel vano sanitario se funzionale per il paziente.

Tutti i passeggeri dell'ambulanza, compreso l'autista, dovranno allacciare le cinture di sicurezza, ad eccezione del personale impegnato nell'assistenza diretta del paziente.



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dr. Stefano Colelli

- **Norme di comportamento autisti-soccorritori**

Articolo 177 del Codice della Strada

“I conducenti degli autoveicoli e motoveicoli adibiti ai servizi di polizia, d’antincendio e di soccorso sanitario, 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”.

Nell’ambito del soccorso sanitario sono considerati servizi urgenti d’istituto soltanto quelli individuati da una priorità di gravità presunta ROSSA o da un codice di gravità accertata (codice 3), mentre la priorità GIALLA ed il codice 2 possono diventarlo soltanto qualora le condizioni del traffico o l’orografia del territorio siano tali da ritardare notevolmente l’intervento del mezzo stesso. Per la priorità d’invio VERDE ed il codice di rientro 1, soltanto gravi e motivate esigenze possono portare a considerare questi interventi come “urgenti d’istituto”.

### Codice di invio VERDE e GIALLO:

In caso di elevato traffico o altri motivi che facciano presagire un ritardo, l’Autista diretto ad intervenire su una priorità VERDE o GIALLA deve comunicare la situazione all’operatore della Centrale Operativa, il quale provvederà a ricontattare l’utente per valutare la situazione al fine di riconfermare il codice di priorità o variare, in base alle informazioni raccolte, la modalità di arrivo sul posto (utilizzo dei dispositivi acustici e luminosi d’allarme e l’eventuale invio di un Mezzo di Soccorso Avanzato in supporto).

### Codice di rientro 1 o 2:

In caso di elevato traffico o altri motivi che fanno presagire un pesante ritardo all’arrivo in Pronto Soccorso, l’Autista trasportando un codice 1 o un codice 2 deve comunicare la situazione all’operatore della Centrale Operativa chiedendo l’autorizzazione per l’uso dei



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

dispositivi d'allarme acustici e luminosi. La Centrale Operativa può non autorizzare questa manovra.

### Codice ROSSO di invio:

In caso di codice ROSSO l'autista può attivare i dispositivi acustici e luminosi d'allarme senza l'autorizzazione preventiva da parte della Centrale Operativa. In ogni caso l'autista è tenuto al pieno rispetto del Codice della Strada.

È il caso di ricordare che i dispositivi di segnalazione (sirena e lampeggianti) sono finalizzati esclusivamente ad ottenere priorità nel traffico.

### Codice di Valutazione Sanitaria (rientro) 3:

L'Autista, su indicazione del team-leader, può attivare i dispositivi acustici e luminosi d'allarme senza l'autorizzazione preventiva da parte della Centrale Operativa.

Esistono comunque delle situazioni patologiche in cui l'utilizzo di sirena e lampeggianti è sconsigliato anche in codice di Valutazione Sanitaria 3. L'esempio classico di quanto detto è il codice 3 cardiologico, con paziente cosciente ed emotivo.

### Codice 4:

Constatato il decesso del paziente (decesso in itinere) l'ambulanza raggiunge il Pronto Soccorso con i dispositivi di emergenza non attivati.

Tutte le ambulanze, esaurito il servizio urgente di istituto, rientrano in postazione con i dispositivi di emergenza non attivati.





## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

### CAPITOLO 5

#### Trasporto secondario

Per trasporto secondario si intende il trasferimento di un paziente, di elezione o critico, da un Ospedale all'altro o dall'Ospedale al domicilio dell'assistito. Il SUEm 118 Foggia è deputato a garantire solo il trasporto primario dal territorio all'Ospedale di riferimento, salvo nuove disposizioni regionali da concordare con la C.O. L'Ospedale sede di Pronto Soccorso deve assicurare, oltre agli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotato, almeno il primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché garantire il trasporto protetto." (DPR 27/3/92). Solo in casi di impedimento eccezionali e documentati potrà essere richiesto alla Centrale Operativa l'intervento per un trasporto secondario urgente di un paziente critico e/o consequenziale al trasporto primario.



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

### CAPITOLO 6

#### Formazione Permanente del Personale del SUEm 118 FG.

##### 6.1. Corsi

Al fine di garantire l'efficienza/efficacia degli interventi sanitari sul territorio tutto il personale dei mezzi di soccorso con logo 118 ha l'obbligo della formazione permanente secondo i percorsi formativi programmati dal Direttore della C.O. FG 118 che si avvale per la didattica di figure professionali di provata esperienza in materia che seguono linee guida riconosciute a livello internazionale.



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

### CAPITOLO 7

#### Grandi Emergenze

##### 7.1. Funzione della C.O. FG 118 nelle Grandi Emergenze

In ottemperanza alle linee guida indicate nell'Atto di Intesa tra Stato e Regioni sul sistema di emergenza sanitaria (G:U: n° 114 del 17/05/1996), la C.O. FG 118 coordina l'attività di soccorso per quanto di competenza del SSN. Nel caso di eventi che, per intensità ed estensione, debbano essere fronteggiati con mezzi e poteri straordinari gli interventi di soccorso e di assistenza alle popolazioni verranno coordinati dalla Prefettura di Foggia.

La C.O. 118 stila ed aggiorna un piano dedicato alle maxi emergenze ricadenti sul territorio di competenza.

**Si rimanda per la trattazione completa di questo argomento alla parte dedicata ai PROTOCOLLI SPECIFICI**



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

### CAPITOLO 8

Problematiche medico-legali

#### 8.1. Decesso

Frequentemente, nel corso dell'intervento di urgenza o emergenza è data l'occasione di confrontarsi con un soggetto deceduto o giunto a morte nonostante l'assistenza sanitaria tempestivamente fornita. Per chiarezza espositiva è opportuno separare questi due momenti, che vengono di seguito separatamente discussi.

#### 8.2. Rinvenimento di cadavere sul luogo dell'intervento

Nel caso di rinvenimento di un corpo inanimato sul luogo dell'intervento, è prioritariamente necessario accertare se questo sia soggetto vivo o morto. Formulare questa diagnosi differenziale spetta unicamente ad un laureato in medicina e chirurgia in possesso di abilitazione all'esercizio professionale.

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

Nei casi in cui la realtà della morte è palese (decapitazione, maciullamento, fenomeni post-mortali trasformativi inequivocabilmente presenti) o quando si è accertata anche strumentalmente la simultanea cessazione della respirazione e della circolazione per un intervallo di tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, è lecito, da parte del medico, astenersi o sospendere le manovre rianimatorie. Tale facoltà può essere estesa anche al personale infermieristico del 118 purché espressamente autorizzato dal medico della Centrale Operativa.

Al personale sanitario del sistema 118 intervenuto sul posto spetta il compito di comunicare la presenza del cadavere alla Centrale Operativa, affinché questa ne dia eventualmente notizia alla centrale operativa della Polizia di Stato (113) o dei Carabinieri (112). Il medico intervenuto sul posto è tenuto a rilasciare il Certificato di constatazione di decesso, nel quale, a rigore, non necessariamente si deve precisare la causa di morte e l'epoca della stessa. Per svariate necessità, per altro, è preferibile completare questa certificazione formulando, sulla base dei dati clinico-obiettivi in possesso in quel momento



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

l'ipotesi più plausibile sulla causa e sull'epoca del decesso. Non è compito del medico del sistema 118 la compilazione della denuncia della causa di morte e del certificato necroscopico (certificato ISTAT).

L'ambulanza non può trasportare il corpo di un soggetto di cui sia accertato già sul posto il decesso, tranne che ne venga fatto obbligo dal Magistrato di turno.

### **8.3. Decesso durante il soccorso o il trasporto prestato con ambulanza medicalizzata.**

Nella prima ipotesi le linee guida riportate al punto 8.2. non necessitano di diversi indirizzi. Nel caso in cui la morte del paziente avvenga durante il trasporto, il medico operante sul mezzo di soccorso deve darne immediata comunicazione alla Centrale Operativa ed il mezzo di soccorso deve raggiungere regolarmente il P.S. della destinazione prevista. Il medico a bordo redige il certificato di constatazione di morte che consegna al collega del Pronto Soccorso assieme alla copia del verbale di intervento.

### **8.4. Intervento su un soggetto inanimato con mezzo di soccorso medicalizzato.**

In simili situazioni il medico del Servizio 118 deve:

- A. constatare clinicamente il decesso;
- B. identificare, se possibile, il cadavere;
- C. informare la Centrale Operativa 118 perché sia allertata la Centrale Operativa della Polizia di Stato (113) o dei Carabinieri (112) in caso di morte sospetta;
- D. vigilare sul cadavere e sulle cose circostanti, nonché evitare, compatibilmente alle condizioni ambientali in cui sta operando, qualsiasi modificazione del luogo del rinvenimento fino all'arrivo delle forze dell'ordine;
- E. redigere il certificato di constatazione di morte all'autorità che ne abbia fatta richiesta;
- F. informare la Centrale Operativa 118 prima di allontanarsi dal luogo dell'intervento.



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

### 8.5. Intervento su un soggetto inanimato con mezzo di soccorso non medicalizzato e/o decesso durante il trasporto.

In simili situazioni l'infermiere del Servizio 118 deve:

- A. iniziare le manovre di rianimazione cardio-polmonare;
- B. comunicare l'apparente stato di morte alla Centrale Operativa;
- C. attenersi alle istruzioni ricevute direttamente dalla Centrale Operativa con l'eventuale supporto medico;
- D. in presenza di segni evidenti incompatibili con la vita (decapitazione, maciullamento, fenomeni post-mortem trasformativi inequivocabilmente presenti), informare la Centrale Operativa 118 sullo stato del cadavere;
- E. ottenere l'autorizzazione, dopo l'arrivo delle forze dell'ordine, della Centrale Operativa 118 prima di allontanarsi dal luogo dell'intervento.
- F. in caso ipotesi di decesso durante ogni tipo di trasporto portare il paziente sempre al P.S. di destinazione.

### 8.6. Decesso durante il soccorso sul luogo del primo intervento

Procedura analoga a quella descritta al punto 8.4.

### 8.7. Il consenso all'atto medico

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

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



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

Il paziente, purché adeguatamente informato ed in possesso della capacità di agire, è quindi l'unico soggetto a poter decidere interventi sanitari sul proprio corpo.

Un'autorizzazione all'atto sanitario da parte di altri soggetti, diversi dal paziente maggiorenne e non interdetto o inabilitato (padre, madre, esponenti delle forze di Polizia), non ha alcuna validità giuridica potendo assumere solo mera rilevanza morale.

Nel caso di paziente minore il consenso all'atto medico, purché comunque finalizzato alla tutela della salute del figlio, è espresso dai genitori in comune accordo, esercitando, questi, la potestà sul minore. Generalmente, in assenza di una delle due figure genitoriali, l'accordo fra i coniugi deve ritenersi presunto.

A questa modalità comportamentale può sostituirsi quella che discende dalla tendenza giurisprudenziale ed anticipare cronologicamente, per quanto attiene le disposizioni del proprio corpo, la capacità di agire. Infatti, se il minore ha un'età compresa fra i 14 ed i 17 anni è anche possibile ritenere il soggetto capace di offrire un valido consenso. In questo caso spetta all'operatore sanitario accertarsi che, in base al profilo psicologico, alla preparazione culturale ed in relazione all'atto medico da attuare, il paziente abbia raggiunto un adeguato livello di maturità tale da consentirgli di comprendere le informazioni fornite, di considerare le conseguenze, di aderire volontariamente al trattamento in assenza di coercizioni o influenze esterne di qualsiasi tipo.

Nell'ipotesi che l'intervento assistenziale debba essere prestato ad un soggetto infraquattordicenne, e questi non sia accompagnato da almeno uno dei genitori, la prestazione è lecita, con riferimento al dovere costituzionale, proprio dell'operatore sanitario, di operare per la salute del cittadino.

Qualora vi sia una conflittualità fra i genitori o questi esprimano un dissenso che di fatto comporterebbe un danno per la salute del minore, si deve coinvolgere ed acquisire il parere del magistrato di turno presso il tribunale dei minori. Nel caso di soggetto interdetto o inabilitato, il potere di rappresentanza è affidato al tutore o al curatore. In condizioni di estrema urgenza o emergenza, nei quali la prestazione sanitaria deve essere erogata senza che vi sia il tempo di ottenere un valido consenso o l'assistito non sia in grado di prestare un consenso valido per infermità psichica anche transitoria, l'operatore sanitario potrà procedere al soccorso nell'ambito dello stato di necessità o in quello della tutela della salute del cittadino.



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

### CAPITOLO 9

Problematiche territoriali peculiari

#### 9.1 Chiamata al 118 da parte del medico:

È opportuno ricordare che nel caso di riferita situazione di urgenza per qualunque medico sussiste l'obbligo deontologico e per la guardia medica quello istituzionale di intervenire e che comportamenti difformi dall'intervento immediato e senza alcuna remora attendista possono comportare responsabilità penali. Quando il medico intervenuto ravvisa la necessità di un intervento di soccorso territoriale da parte del Servizio 118, l'operatore di Centrale è opportuno che comunichi al medico di rimanere sul posto fino all'arrivo del mezzo di soccorso per prestare le cure necessarie al paziente e per mantenere i contatti con la Centrale Operativa.

#### 9.2 Richieste di ricovero:

L'operatore di Centrale non può tenere conto solo di eventuali proposte di ricovero compilate dal medico e lasciate al paziente, ma solo della situazione clinica contingente, accertata tramite idoneo dispatch, al fine di operare una valutazione di gravità dell'evento e di modalità di risposta.

#### 9.3 Istituti di ricovero e cure e 118:

I trasferimenti di infermi degenti presso istituti di ricovero e cure di norma sono assicurati dagli istituti medesimi. Il mezzo 118 interverrà solo in caso di dispatch positivo per codici di urgenza-emergenza se la struttura comunica di non disporre di mezzi propri adibiti trasporto urgente. L'evento verrà relazionato al Direttore di Centrale per le verifiche ed i provvedimenti del caso.

#### 9.4 Case di cura per anziani:

Per le case di cura per anziani il soccorso e trasporto primario viene espletato secondo le modalità territoriali.





## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

### 9.5 Strade statali, provinciali ed autostrade in genere:

- Le tre informazioni essenziali da acquisire per le strade statali sono:
  - A. la denominazione della strada (ss.17, sp. 22 ecc.)
  - B. i due centri o località fra i quali è compreso l'evento (es. fra Foggia e Troia oppure fra Segezia e Giardinetto)
  - C. il centro o località più vicino all'evento
- Le tre informazioni essenziali da acquisire per le autostrade sono:
  - A. la denominazione dell'autostrada (A/14, A/16)
  - B. i due caselli fra i quali è compreso l'evento (es. fra il casello di S. Severo e quello di Poggio Imperiale)
  - C. il verso di marcia (da S. Severo a Poggio Imperiale o da Poggio Imperiale a S. Severo)
- tutti gli altri dati (chilometraggio, stazioni di servizio, ponti ecc.) non possono prescindere dai dati essenziali.

### 9.6 Autostrada a14 Poggio Imperiale-Termoli:

- in caso di necessità l'intervento sul tratto autostradale Poggio Imperiale-Termoli, direzione nord, sarà effettuato dal servizio 118 Foggia mentre quello sul tratto Termoli-Poggio Imperiale, direzione sud, sarà effettuato dal servizio 118 Molise;
- la Centrale Operativa allertata per prima avrà cura, eventualmente, di inoltrare la richiesta alla Centrale Operativa di competenza ( C.O. 118 Molise tel. 0874-476507 );
- in caso di criticità il mezzo del servizio 118 di Foggia avrà come destinazione l'ospedale di Termoli mentre quello del servizio 118 Molise avrà come destinazione l'ospedale di S. Severo, salvo diverse indicazioni della Centrale Operativa competente per territorio;



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

- negli altri casi i pazienti saranno trasportati presso gli ospedali competenti per territorio previo accordo con la Centrale Operativa territoriale.

### 9.8 Svincolo A/14-A/16 :

Per la peculiarità di questo snodo autostradale è stato previsto apposito protocollo operativo concordato con la Centrale Operativa 118 di Bari (Prot. 97/CO/03) che prevede l'intervento della postazione di Canosa di Puglia allertata dalla competente Centrale Operativa in caso di incidenti sulla rampa A14>A16 (da Bari verso Napoli), rampa A14 (da Bari verso Foggia) e sul tratto A14 compreso tra il casello di Canosa di P. e lo svincolo stesso. Compete infine al 118 Foggia l'intervento sulla A14 in direzione Bari tra lo snodo autostradale ed il casello di Canosa di Puglia.

### 9.9 Autostrada A16 Candela - Lacedonia:

- gli interventi sul tratto autostradale Candela - Lacedonia, direzione Napoli, saranno effettuati dal servizio 118 Foggia mentre quelli sul tratto Lacedonia - Candela, direzione Bari, saranno effettuati dal servizio 118 Avellino;
- la Centrale Operativa allertata per prima avrà cura, eventualmente, di inoltrare la richiesta alla Centrale Operativa di competenza (C.O. 118 Avellino tel. 0825/203160);

### 9.10 Emergenze psichiatriche, ASO e TSO.

L'emergenza psichiatrica è soggetta alle modalità operative previste dal presente protocollo per il codice di patologia C5. La possibilità di ricorrere ad un trattamento sanitario obbligatorio (TSO) per malattia mentale, ai sensi della legge 833/78, è lecito qualora sussistano simultaneamente le seguenti situazioni:

- il paziente presenta alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
- mancata accettazione da parte del paziente del progetto terapeutico proposto;
- impossibilità di adottare tempestive misure sanitarie extraospedaliere.



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dr. Stefano Colelli

Dal punto di vista pratico l'attuazione del TSO presuppone tre passaggi operativi:

1. proposta motivata di TSO da parte di un qualunque medico;
2. convalida della proposta di TSO da parte di un medico dell'USL territorialmente competente;
3. convalida del TSO da parte del sindaco, o di persona da lui delegata, del Comune ove viene effettuato l'intervento.

Poiché il compito di dare attuazione all'ordinanza del Sindaco spetta alla Polizia Municipale, la presenza ed i compiti del personale sanitario riguardano la sfera della sola tutela della salute dell'infermo di mente. In questo senso i compiti della Centrale Operativa 118 sono quelli di organizzare l'intervento del mezzo di trasporto competente ed allertare il Pronto Soccorso territorialmente competente dell'arrivo del paziente psichiatrico. In ogni caso l'ambulanza del 118 deve garantire solo l'aspetto sanitario e quindi per il tempo strettamente limitato a tale scopo, al fine di garantire l'operatività del mezzo per il soccorso primario del territorio competente.

**In caso di paziente psichiatrico ed in assenza di medico psichiatra sul posto, l'eventuale sedazione deve essere effettuata dal medico di postazione 118.**

**L'ASO (Accertamento Sanitario Obbligatorio)** presenta analoghe problematiche ma richiede solo la richiesta di un sanitario di accertamento psichiatrico contro la volontà del paziente unitamente alla convalida del Sindaco.

Per motivi di salvaguardia dell'integrità dell'intero sistema di soccorso territoriale in quanto è necessario garantire la pronta disponibilità del mezzo per eventi successivi nel territorio di competenza, per l'emergenza psichiatrica e l'ASO il mezzo 118 farà riferimento al CIM competente negli orari di apertura o, in caso contrario, al Pronto Soccorso più vicino che, avvertito, potrà attivare consulenza psichiatrica, mentre per il TSO farà riferimento al Pronto Soccorso dell'Ospedale indicato nell'editto del Sindaco, purché situato nei confini del territorio provinciale di competenza o limitrofo.

Con delibera regionale 1620 del 12 Luglio 2011 si è cercato di stilare un documento di raccomandazioni per la gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche.

A) Nella fascia oraria di apertura, per il CSM risponda alle richieste di intervento

## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

urgente su tutto il territorio di competenza, come di seguito riportato:

1) Per utenti già in carico al servizio, ovvero non in carico, sia che facciano ricorso diretto al CSM, sia che chiamino dal domicilio, sia se il servizio sia allertato per interventi sul territorio (luogo di lavoro, strada, ecc.) ma anche richieste provenienti dal P.S. dei presidi ospedalieri ove manchi il servizio di SPDC, il CSM fornisce la valutazione clinica specialistica e compie ogni tentativo possibile di coinvolgere il paziente e motivarlo all'intervento terapeutico.

Sono privilegiati interventi extraospedalieri, per ridurre al minimo il ricorso al ricovero sia volontario che in TSO ove lo ritenga opportuno, il CSM si avvale della collaborazione de 118 per la gestione dell'emergenza- urgenza sia presso la propria struttura, sia al domicilio del paziente, sia ovunque si renda necessario l'intervento.

Il servizio di emergenza territoriale(118) provvede se necessario, all'ospedalizzazione del paziente presso il Pronto Soccorso precedente individuato in sede di organizzazione interna alla ASL definito, Pronto Soccorso competente per territorio. Nel caso in cui nel Pronto Soccorso competente per territorio sia presente il SPDC, il PS richiede la consulenza a quest 'ultimo dopo idoneo iter diagnostico per escludere patologie organiche/o da intossicazione, sia accidentale che volontaria da sostanze varie, da farmaci e/o da sostanze d'abuso, che richiedono trattamento in ambiente non psichiatrico.

2) Anche il 118 può chiedere la collaborazione del C.S.M. competente per interventi congiunti e centralizza al P.S. competente per territorio anche se non provvisto di SPDC. Presso questo P.S. dopo idoneo iter diagnostico per escludere altre patologie l'equipe del CSM territorialmente competente fornisce adeguato supporto e collaborazione fino all'eventuale invio del paziente al SPDC di riferimento, o dove è disponibile un posto letto.

3) Il trasporto secondario è a cura del P.S. qualora lo psichiatra consulente lo ritiene necessario, il personale del CSM accompagna il paziente, al fine di partecipare alla gestione del pz. stesso nelle prime fasi del ricovero (anche se volontario), prevenire e/o trattare eventuali comportamenti aggressivi, evitando per quanto possibile eventi avversi (lesioni, infortuni, contenziosi ecc).

4) Il paziente è sempre adeguatamente e chiaramente informato del programma terapeutico, anche quando esso prevede il ricovero in SPDC in TSO.



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

- B) Se il medico Psichiatra ritenga opportuno un intervento di tipo obbligatorio, si avviano le Procedure previste in merito all'applicazione dell'ASO e TSO per malattia mentale, approvato dalla G.R. con provvedimento n° 1499/2009.
- C) Nelle ore notturne e nei festivi o comunque nelle ore di chiusura del C.S.M.**

Il 118 se chiamato (con ordinanza di ASO già ottenuta) centralizza al Pronto Soccorso, competente per territorio, e questo provvede, così come per qualsiasi altro utente che faccia ricorso allo stesso Pronto Soccorso del P.O. sede di SPDC, per la consulenza, dopo iter diagnostico per escludere patologie organiche e/o da intossicazione. Se il ricovero si dovesse ritenere necessario è cura del Pronto Soccorso di riferimento organizzare il trasporto secondario del paziente stabilizzato presso altro SPDC sia nel territorio della ASL che in altre province o anche fuori regione, se nel SPDC di riferimento territoriale non vi è disponibilità di posti letto.

### **Il trasporto e la scorta**

La polizia municipale può essere chiamata a svolgere ulteriori compiti successivi al prelievo: il trasporto e la scorta.

Il trasporto, di regola, deve avvenire su ambulanza, ossia su un veicolo che sia attrezzato per l'adeguata gestione e per la cura del paziente, e dove questi non possa interferire, durante un'eventuale reazione, con la condotta di guida del conducente. Il trasporto su altro veicolo è opportuno solo quando il soggetto da ricoverare, pur consenziente, si rifiuti di salire sull'ambulanza.

Generalmente il personale sanitario richiede la scorta dell'ambulanza ad opera della Polizia Municipale, specie persistendo un atteggiamento di rifiuto della cura da parte del malato, che può richiedere la ripetizione dell'uso della forza (ad esempio, per far scendere il malato dall'ambulanza all'arrivo in ospedale). L'operazione è resa legittima ai sensi dell'articolo 4 della legge quadro sull'ordinamento della Polizia Municipale (legge n. 65/1986), nella parte in cui tratta della regolamentazione dei servizi esterni al territorio. A volte è richiesta la presenza del Vigile all'interno dell'ambulanza. Tale richiesta è giustificabile, quando si verificano situazioni che comportino pericolo di lesioni per il paziente stesso o per gli operatori sanitari. In pratica i Vigili Urbani devono accompagnare l'infermo di mente fino al luogo di cura, anche se fuori del comune, poiché intervengono nell'esercizio del potere di polizia



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

amministrativa sanitaria, propria dell'autorità locale, e non in quello dell'attività di P.S. (Trattamento sanitario obbligatorio per soggetti con patologia mentale. Competenze della Polizia Municipale. Ministero dell'Interno - Circolare n.3 del 20 luglio 2001)

### 9.11 Verifica anomalie

Il Medico di C.O. in turno, compatibilmente con le altre attività alle quali è preposto, ha il compito di evidenziare anomalie (p.es. tempi incongrui, mezzo di soccorso non competente per il luogo, anomalie di qualsivoglia natura non spiegabili diversamente ...) che saranno immediatamente discusse con gli operatori responsabili e quindi portati all'attenzione della Centrale Operativa.

### 9.12 Telefonate che creano disservizio

L'operatore di Centrale Operativa che, durante il turno di servizio, ricevesse chiamate da telefonia fissa o cellulare risultanti scherzi, segnalerà la cosa al Medico di turno per i provvedimenti del caso.

### 9.13 Interruzione strade

Viene spesso comunicato alla Centrale Operativa dagli Enti preposti la temporanea interruzione delle strade della Provincia di Foggia vuoi per ragioni manutentive, vuoi per altri motivi; compito del Medico in servizio è quello dare comunicazione sia alle postazioni competenti sia, eventualmente, al tecnico informatico di Centrale (in caso di interruzioni prolungate) perché immetta il dato nel sistema operativo. Nell'ipotesi che la chiusura di una strada comprometta l'arrivo del mezzo in prima battuta nei tempi previsti, il Dirigente Medico di Centrale Operativa valuterà l'attuazione di interventi alternativi.

### 9.14 In caso di impercorribilità per neve

Nel caso che la Postazione 118 fosse impossibilitata al soccorso per avverse condizioni meteorologiche (come in caso di nevicate abbondanti), il team leader darà immediata comunicazione del fatto alla Centrale Operativa che provvederà ad allertare l'Ufficio della Protezione Civile della Prefettura, direttamente responsabile dell'attivazione dei mezzi spalaneve. Ove non fosse possibile, per le stesse ragioni, garantire direttamente il soccorso



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dr. Stefano Colelli

da parte del mezzo 118 la Centrale Operativa interverrà innanzitutto attivando la Guardia Medica territoriale o, in orario non coperto, nel caso in cui fosse possibile, il medico di base o il pediatra di libera scelta, provvederà, comunque, ad allertare i Carabinieri attraverso il numero unico 112 ai quali si proporrà di accompagnare parte del personale o la locale guardia medica sul luogo del soccorso non diversamente raggiungibile. L'ambulanza stazionerà il più vicino possibile al luogo dell'evento in attesa del rientro del personale sanitario, ed eventualmente del paziente, dando seguito al soccorso.

### 9.15 Richiesta di soccorso Isole Tremiti

La Centrale Operativa 118 di Foggia provvede all'invio della postazione 118 Tremiti sul luogo dell'evento e, qualora fosse necessario, all'attivazione dell'Elisoccorso mantenendo i contatti richiesti sia con le forze sanitarie presenti sulle isole (postazione 118, medico di medicina generale, guardia medica), sia, nel caso di impossibilità al volo, con la Capitaneria di Porto competente per territorio.

### 9.16 Modalità di comunicazioni agli Operatori e tra Dirigenti Medici della C.O.

**Le comunicazioni tra il Direttore ed i Medici di Centrale Operativa sono effettuate tramite il registro cartaceo delle consegne, tenuto nella stanza del Medico di Centrale. Le comunicazioni agli Operatori di Centrale da parte del Direttore o dei Dirigenti Medici e fra di loro, sono effettuate tramite affissione in bacheca della sala operativa o per mezzo dell'applicativo informatico che va visionato ad ogni cambio turno.** Le comunicazioni agli Operatori delle postazioni periferiche sono effettuate tramite telefonata diretta su linea registrata o fax con riscontro telefonico su linea registrata di conferma da parte dei Team Leaders.

### 9.17 Protocolli "rendez-vous" attivi

Nel caso di una Postazione India o Victor con paziente a bordo le cui condizioni cliniche fossero giudicate con **Valutazione Sanitaria 3** verrà allertata la C.O. per rendez-vous con Automedica o mezzo ALS.

La Centrale Operativa, valutato il caso, potrà organizzare il "rendez-vous" nelle aree protette individuate (vedi allegato RENDEZ VOUS)



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dr. Stefano Colelli

(VALUTAZIONE CODICI DI INVIO) D.M. San. 15/05/92          G.U. n° 121 del 25/05/92  
Valutazione sanitarie del paziente effettuata dal dagli operatori di C.O. sulla base del dispatch.

### Mezzi di soccorso

All'equipaggio è fatto obbligo di partire **immediatamente**, a prescindere dal codice di invio, appena fornite dall'operatore della C.O. le indicazioni A B C D del capitolo 4.8. L'equipaggio deve recarsi sul luogo dell'evento rispettando la codifica **che gli viene comunicata dall'operatore quando gli assegna la missione.**

### **C: il Codice di definizione della Criticità dell'evento:**

#### CODICE BIANCO

Non critico: l'intervento non necessita di tempi brevi come negli esempi seguenti:

- disturbi dermatologici (eritema solare, punture di insetto, verruche, infezioni cutanee localizzate)
- mal di gola
- disturbi dell'orecchio lievi
- congiuntiviti
- dolori articolari
- gengiviti
- ipertensione non complicata
- infezioni delle vie urinarie

Può essere risolutiva l'attivazione del servizio di guardia medica ed eventualmente del medico di base o del pediatra di libera scelta, ove possibile.

#### CODICE VERDE

Patologia non critica che richiede un intervento in tempi differibili, ad esempio:

- Parametri vitali conservati (coscienza, respiro, circolo) assenza di dolore toracico o di





## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

rischio evolutivo, ad esempio

- Trauma minore ad un arto

Dispositivi di segnalazione (sirena e lampeggianti) non attivati. In tale condizione occorre rispettare il Codice della Strada anche per i limiti di velocità.

### CODICE GIALLO

Patologia critica: intervento indifferibile, ad esempio

- Un parametro vitale compromesso (coscienza, respiro, circolo) oppure
- Rischio evolutivo (es. dolore lombare atipico, cefalea di prima insorgenza, crisi allergica, gravidanza)

L'Autista può attivare i dispositivi acustici e luminosi d'allarme senza l'autorizzazione preventiva da parte della Centrale Operativa. In ogni caso l'Autista è tenuto al pieno rispetto del Codice della Strada.

È il caso di ricordare che i dispositivi di segnalazione (sirena e lampeggianti) sono finalizzati esclusivamente ad ottenere priorità nel traffico “nel rispetto comunque delle regole di comune prudenza e diligenza”

### CODICE ROSSO

Patologia critica: intervento immediato, ad esempio

- Dolore toracico con un parametro vitale compromesso (coscienza, respiro, circolo) oppure
- Due parametri vitali compromessi oppure
- Un parametro vitale assente

L'Autista deve attivare i dispositivi acustici e luminosi d'allarme senza l'autorizzazione preventiva da parte della Centrale Operativa. In ogni caso l'Autista è tenuto al pieno rispetto del Codice della Strada.

È il caso di ricordare che i dispositivi di segnalazione (sirena e lampeggianti) sono finalizzati esclusivamente ad ottenere priorità nel traffico “nel rispetto comunque delle regole di



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

comune prudenza e diligenza”

D: numero di persone coinvolte nell’evento.

Il primo mezzo di soccorso intervenuto deve mettere in atto tutte le procedure per evitare soluzioni di continuità nel soccorso. Poiché l’ambulanza può trasportare al massimo due feriti contemporaneamente, se le condizioni cliniche lo permettono, nel caso di incidenti con più di due feriti di norma non è consentita la partenza dal luogo dell’incidente di tutti gli operatori del soccorso prima di essersi assicurati che tutti i feriti coinvolti siano stati trasportati o trattati.



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

### **ALLEGATO N° 1**

#### **(VALUTAZIONE CODICI DI RIENTRO) D.M. San. 15/05/92 – G.U. n° 121 del 25/05/92**

Valutazione sanitarie del paziente effettuata dal personale di soccorso sul luogo dell'evento.

#### **MEZZI DI SOCCORSO**

Il personale che effettua il soccorso deve sempre:

- Comunicare alla C.O. 118 l'arrivo sul posto
- Valutare il paziente e iniziare il primo trattamento sul posto e se necessario effettuare eventuali richieste alla Centrale Operativa
- Trasportare ed assistere il paziente comunicando la partenza dal luogo ed il CODICE di VALUTAZIONE SANITARIA (codice numerico) che indica la reale gravità dell'evento, constatata dall'unità di soccorso sul posto.
- Compilare correttamente in tutte le sue parti e in stampatello la scheda di valutazione sanitaria per motivi di comprensione in ambito giudiziario.
- Utilizzare i dispositivi di segnalazione (sirena e lampeggianti) solo in caso di servizi urgenti di istituto (nell'ambito del soccorso sanitario sono considerati servizi urgenti d'istituto soltanto quelli individuati da una priorità di gravità con codice Rosso o da un codice di rientro 3, mentre il codice Giallo ed il codice 2 possono diventarlo soltanto qualora le condizioni del traffico o l'orografia del territorio siano tali da ritardare notevolmente l'intervento del mezzo stesso. Per il codice Verde e il codice 1, soltanto gravi e motivate esigenze possono portare a considerare questi interventi come "urgenti d'istituto").

#### **CODICE 0**

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

1. NON NECESSITA DI INTERVENTO
2. SCHERZO
3. NON REPERITO
4. CHIAMATA ANNULLATA



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

Dispositivi di segnalazione (sirena e lampeggianti) assolutamente non attivati. In tale condizione occorre rispettare il Codice della Strada anche per i limiti di velocità.

### **CODICE 1**

Patologia di lieve entità per la quale è richiesta solo una visita medica e trattamenti terapeutici differibili, ad esempio

1. FERITA LIEVE
2. ESCORIAZIONI
3. FRATTURA NON SCOMPOSTA
4. FRATTURA COSTALE SENZA DIFFICOLTA' RESPIRATORIA
5. TRAUMA CRANICO DI GRADO LIEVE (GCS 15-14)
6. LIPOTIMIA
7. COLICHE (RENALI, EPATICHE, ADDOMINALI)
8. FEBBRE (in paziente anziano)

Dispositivi di segnalazione (sirena e lampeggianti) assolutamente non attivati. In tale condizione occorre rispettare il Codice della Strada anche per i limiti di velocità.

### **CODICE 2**

Patologia critica: intervento indifferibile come per:

- Un parametro vitale compromesso (coscienza, respiro, circolo) oppure:
- Rischio evolutivo (es. dolore lombare atipico, cefalea di prima insorgenza, crisi allergica, gravidanza)

Patologia di media entità che necessita comunque di un approccio diagnostico-terapeutico in tempi definiti ed indifferibili, ad esempio

1. FRATTURE MULTIPLE O ESPOSTE
2. AMPUTAZIONE DELLE DITA
3. TRAUMA CRANICO DI GRADO MODERATO ( GCS 13-9)
4. TRAUMA VERTEBRALE SENZA SEGNI NEUROLOGICI
5. INSUFFICIENZA RESPIRATORIA LIEVE
6. FERITE PROFONDE NON PENETRANTI



## **S.C. Centrale Operativa 118**

**Direttore: Dr. Stefano Colelli**

**L'Autista su indicazione del team-leader può attivare i dispositivi acustici e luminosi d'allarme senza l'autorizzazione preventiva da parte della Centrale Operativa. In ogni caso l'Autista è tenuto al pieno rispetto del Codice della Strada.**

### **CODICE 3**

Patologia critica: intervento immediato come per:

- Dolore toracico con un parametro vitale compromesso (coscienza, respiro, circolo) oppure:
- Due parametri vitali compromessi oppure:
- Un parametro vitale assente

Qualora la patologia riscontrata sia grave o costituisca imminente pericolo di vita, il soccorritore dovrà comunicare immediatamente all'operatore di centrale, le condizioni del paziente, affinché la Centrale Operativa attivi le competenze ospedaliere di riferimento in Pronto Soccorso ad esempio

1. TRAUMA CRANICO GRAVE (GCS <9)
2. POLITRAUMA
3. FRATTURE CON DIFFICOLTA' RESPIRATORIA E SEGNI DI SHOCK
4. TRAUMI VERTEBRALI CON SEGNI NEUROLOGICI
5. FERITE PENETRANTI O PROFONDE CON SHOCK EMORRAGICO
6. AMPUTAZIONE DI ARTI
7. INSUFFICIENZA RESPIRATORIA GRAVE
8. IMA
9. PERDITA DI COSCIENZA-COMA
10. SHOCK ANAFILATTICO – IPOVOLEMICO – SETTICO
11. USTIONI AL VOLTO, AL PERINEO O SUPERIORI AL 30%
12. ANNEGAMENTO

**L'Autista su indicazione del team-leader deve attivare i dispositivi acustici e luminosi d'allarme senza l'autorizzazione preventiva da parte della Centrale Operativa. In ogni caso l'Autista è tenuto al pieno rispetto del Codice della Strada.**



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dr. Stefano Colelli

### CODICE 4

In caso di decesso del paziente, già posizionato in ambulanza o in itinere, l'ambulanza raggiunge il Pronto Soccorso di competenza, **con i dispositivi di emergenza non attivati.**

Tutte le ambulanze, esaurito il servizio urgente di istituto, rientrano in postazione con i **dispositivi di emergenza non attivati.**



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

### RELAZIONI DI COPERTURA: AREE DI COMPETENZA – RENDEZ-VOUS

Di seguito sono riportate le relazioni di “copertura” tra particolari frazioni esistenti sul territorio e le aree di competenza di riferimento delineate.

Per ogni area di competenza sono quindi elencate le frazioni afferenti.

- Area di servizio “CACCIATORE” tale area è sulla strada a scorrimento veloce del Gargano, SS 693
- Area di servizio “API” tale area è sulla strada a scorrimento veloce del Gargano, SS 693 ubicato tra uscita di Cagnano/Carpino
- Area “Località San Giusto” tale area è in località Borgo San Giusto, sulla SP 117 incrocio SP 132, (area antistante la Chiesa).
- Area “Troia” Autoparco Mottola, sulla SP 115 Troia – Foggia, di fronte all’Istituto S. Raffaele.
- Area “Troia” Casa di Cura San Raffaele, utilizzare tale area per pazienti ricoverati presso suddetta struttura
- Area “Borgo GIARDINETTO” SS 90, area antistante la Rivendita di Tabacchi, tale area si trova appena si imbecca la SP 106 – **NON UTILIZZARE LA ZONA DEL BAR (SS 90) E L’AREA DI SERVIZIO ESSO**
- Area “Superstrada” CANDELA-FOGGIA utilizzare l’area di sosta 11, se occupata, utilizzare l’area di sosta 12.
- Area di servizio “COLATRUGLIO” tale area è sulla S.S. 17 prima del ponte di Volturara A. (Km. 305/520) Foggia-Campobasso
- Area di servizio tale area è sulla SS 17 Foggia-Campobasso nei pressi del bivio di Motta M.
- Area di servizio “Goil” tale area è S.S. 130 Roseto Valfortore-Alberona (bivio Alberona), vicino al campo sportivo di Alberona



Regione Puglia  
**O S P E D A L I R I U N I T I**  
*Azienda Ospedaliero – Universitaria*  
**F O G G I A**



## **S.C. Centrale Operativa 118**

Direttore: Dott. Stefano Colelli

**PROTOCOLLI D'INDIRIZZO E CLINICI  
DELLA CENTRALE OPERATIVA 118 PROVINCIA DI FOGGIA  
AGGIORNATI AL 05/2021**

Prima stesura 31/01/2013





## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

### Protocollo dolore toracico IMA/SCA

(Fino ad emanazione del Protocollo Regionale)

La rete dell'emergenza cardiologica deve prevedere l'esistenza di percorsi di cura preordinati per le patologie il cui trattamento deve essere tempestivo e differenziato in base alla stratificazione del rischio (patologie tempo-dipendenti).

L'infarto miocardico acuto (IMA) e l'angina instabile (AI) fanno parte di un gruppo di malattie globalmente definite "sindromi coronariche acute" (SCA).

Gli aspetti elettrocardiografici di esordio di queste sindromi identificano l'infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) e l'angina instabile ad alto rischio/Infarto miocardico con ST non sopraslivellato (NSTEMI).

I cardini sui quali applicare il trattamento ripercussivo sono rappresentati da:

- presentazione clinica: tempo di ischemia, estensione del miocardio a rischio, comorbidità;
- risorse disponibili: efficienza del sistema 118, pronta disponibilità del laboratorio di emodinamica;
- contesto organizzativo: modalità di accesso alle cure, diagnosi preospedaliera, distanza.

Gli elementi di ottimizzazione che permettono di migliorare la "terapia organizzativa" sono rappresentati da:

1. per i pazienti che chiamano il 118:

a) esecuzione dell'ECG sul territorio e *triage* in base alla gravità clinica

b) ripercussione "fast" secondo protocolli condivisi:

- percorso territorio → Centro *Hub*, saltando il Centro *Spoke* più vicino

2. per i pazienti che giungono direttamente al Pronto Soccorso (PS):

a) immediata esecuzione dell'ECG:

- ripercussione "fast" secondo protocolli condivisi

- attivazione diretta dell'emodinamica dal PS (medico del PS e/o consulente cardiologo) dell'unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) e trasporto diretto in emodinamica.

Lo sforzo deve essere indirizzato all'implementazione dei modelli organizzativi, alla riduzione del ritardo evitabile ed alla verifica dell'efficienza.



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

La chiamata di soccorso per un dolore toracico (inteso come localizzato nell'area compresa tra il piano buccale e l'ombelicale traversa), in un soggetto con età superiore ai 30 anni, specie se con fattori di rischio (familiarità per Cardiopatia Ischemica, dismetabolismi, malattie cardiovascolari preesistenti e tabagismo), configura sempre un codice ROSSO e quindi, l'invio, diretto o in supporto, di un'equipe medicalizzata.

Sul luogo dell'evento l'equipe medicalizzata esegue la valutazione primaria e secondaria, l'ECG con la Centrale della Telecardiologia Regionale, direttamente leggibile su tablet portatile che è in dotazione a tutte le ambulanze.

Si vengono così a costituire i seguenti scenari:

1) Evidenza e conferma on line di STEMI (sopraslivellamento di ST > 1 mm in due o più derivazioni contigue o Blocco di Branca Sx di recente insorgenza):

🕒 Il Medico di Centrale Operativa 118 attiva il percorso HUB preannunciando l'accesso del paziente. al collega dell'UTIC/Emodinamica (Centro HUB-Emodinamica H24) ed inviandogli il tracciato ECGrafico via fax;

🕒 Il Medico di 118, in conferenza con la Centrale della Telecardiologia Regionale, monitorizza il paziente., raccoglie le notizie circa l'ora di insorgenza del dolore toracico ed effettua eventuale terapia sintomatica. Avvisa la Centrale Operativa 118 fornendo codice 3 di rientro per STEMI e centralizza il paziente. al Centro HUB indicato dalla C.O. 118 senza effettuare l'accesso in Pronto Soccorso. La Centralizzazione per PTCA primaria segue i criteri indicati nel progetto di Rete dedicata, per cui, in caso di disponibilità dell'emodinamica interventistica (H 24), entro 120 minuti dal primo contatto medico, l'equipe 118 trasporterà direttamente il paziente presso il Centro HUB indicato, eseguendo il monitoraggio continuo cardiologico, pressorio e saturimetrico, in conferenza con la Centrale della Telecardiologia Regionale.

L'eventuale trasporto secondario da Centro Hub a Centro Spoke dopo PTCA primaria segue (al momento) le disposizioni normali del trasporto secondario ordinario tra Ospedali.



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

### 2) Evidenza e conferma on line di Sindrome Coronaria Acuta NSTEMI (sottoslivellamento di ST>1 mm in due o più derivazioni contigue):

🕒 Il Medico 118, in conferenza con la Centrale della Telecardiologia Regionale sottopone il paziente a monitoraggio cardiologico, pressorio, saturimetrico, avvisa la Centrale Operativa 118 fornendo Codice 3 di rientro per Sindrome Coronaria Acuta NSTEMI e attende disposizioni circa la Centralizzazione che, in questo caso, deve essere eseguita presso l'Ospedale più vicino dotato di UTIC, tranne i casi ad alto rischio (pz con shock cardiogeno) che vanno sempre centralizzati presso centri HUB.

### 3) ECG non diagnostico (rischio intermedio o basso in base al dato anamnestico)

🕒 Il Medico 118 provvede all'incannulamento venoso, a monitoraggio cardiologico, pressorio e saturimetrico. Fornisce codice 2 di rientro e provvede al trasporto del paziente presso il Pronto Soccorso più vicino, purché dotato almeno di un servizio di Cardiologia in guardia attiva. Eventuale trasporto secondario urgente segue (al momento) le normali indicazioni e rientra nei compiti del 118.



Regione Puglia  
**O S P E D A L I R I U N I T I**  
*Azienda Ospedaliero – Universitaria*  
**F O G G I A**



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

Settorizzazione percorsi HUB per IMA/SCA

### Emodinamica UTIC "OO.RR." Foggia:

Accadia  
Anzano di Puglia  
Ascoli San Carlo  
Ascoli Satriano  
Bovino  
Candela  
Carlantino  
Casalnuovo Monterotaro  
Castelluccio Valmaggiore  
Cerignola  
Foggia D'Avanzo  
Foggia Don Uva  
Foggia Macchia Gialla  
Foggia Villaggio Artigiani  
Lucera  
Motta Montecorvino  
Orsara  
Ortanova  
Roseto Valfortore  
Vulturara Appula  
Zapponeta



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

### Emodinamica UTIC "C.S.S." San Giovanni Rotondo:

Isole Tremiti  
Manfredonia  
Mattinata  
Monte S. Angelo  
San Giovanni Rotondo  
San Marco in Lamis  
Vieste

### Emodinamica UTIC San Severo:

Apricena  
Cagnano Varano  
Carpino  
Casalnuovo  
Ischitella  
Lesina  
Peschici  
Rodi Garganico  
San Severo  
Sannicandro Garganico  
Serracapriola  
Torremaggiore  
Vico del Gargano

### Emodinamica UTIC Andria:

Margherita di Savoia  
San Ferdinando di Puglia  
Trinitapoli



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

### Protocollo Trauma Maggiore

“Un Trauma Maggiore è un evento in grado di determinare lesioni mono o poli-distrettuali tali da causare almeno in un settore, un rischio immediato o potenziale per la sopravvivenza del paziente”. (O. Chiara, 2003).

Le morti da trauma sono state classificate in tre categorie:

1. non evitabili: legate a lesioni singole o multiple di gravità tale da non consentire la sopravvivenza e ciò indipendentemente dal trattamento;
2. potenzialmente evitabili: dovute a lesioni gravi ma talvolta responsive ad un trattamento intensivo in condizioni di assistenza ed organizzazione ottimale;
3. francamente evitabili: determinate da lesioni di modesta entità e facile trattamento, in cui l'evoluzione sfavorevole è la conseguenza di una errata gestione sanitaria.

La percentuale dei decessi pre-ospedalieri (prima dell'arrivo in Ospedale, sulla scena dell'incidente o durante il trasporto), riportata in letteratura è pari al 34-40%.

Numerosi studi hanno infatti documentato che una percentuale di decessi da trauma è chiaramente o potenzialmente evitabile (rispettivamente 10-15% e 25-30% dei casi in condizioni di trattamento ottimali).

Il numero di traumatizzati gravi che ogni anno giunge vivo in ospedale può essere stimato tra 300 e 350 casi/milione di abitanti. Per quanto riguarda la regione Puglia, si può stimare che in 1000-1500 traumatizzati gravi riescano a raggiungere vivi gli ospedali.

Diversi studi hanno dimostrato anche che la percentuale di “morti evitabili” per trauma è riducibile se gli operatori sanitari fossero in grado di fornire un'assistenza adeguata durante tutte le fasi del soccorso.

L'adeguatezza dell'assistenza richiede però che vengano rispettati i seguenti punti:

- un primo inquadramento, il più preciso possibile dell'infortunato sul campo, con riconoscimento delle lesioni e delle priorità terapeutiche;
- le capacità di istituire sul campo e durante il trasporto le eventuali manovre di supporto di base ed avanzato delle funzioni respiratoria e circolatoria;



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

- l'avvio del paziente alla struttura ospedaliera più adeguata, ovvero Centralizzazione in DEA di II livello, in grado di offrire un trattamento efficace e definitivo delle lesioni (che non è necessariamente quella più vicina al luogo dell'incidente).

Questi aspetti sono stati affrontati e risolti negli Stati Uniti, in Canada e nei Paesi anglosassoni nel corso degli anni '80 e '90 con l'istituzione di sistemi integrati extra-intra-ospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da trauma grave ("Trauma System" o SIAT) imperniati su strutture ospedaliere specificatamente competenti nella cura del trauma definiti "Trauma Center" o "Centri Trauma".

### Trauma System "SIAT Puglia"

*Il modello inclusivo dell'esperienza italiana.*

Diversamente dall'impostazione americana, in Italia si è scelto di sviluppare un modello inclusivo che sfrutta le potenzialità specifiche di grandi ospedali polispecialistici, creando nel loro contesto centri dedicati all'assistenza al trauma (Trauma Service) grazie al costante impegno di Osvaldo Chiara dell'Ospedale Cà Niguarda di Milano, dal quale si è preso ogni ampio spunto per l'architettura di questa proposta.

Il nucleo fondamentale del SIAT - Sistema Integrato di Assistenza al Trauma – è rappresentato infatti dall'integrazione funzionale tra i Servizi di Emergenza extraospedaliera e la Rete Ospedaliera.

La finalità di un SIAT è quella di assicurare la cura definitiva del paziente con Trauma Maggiore nel minor tempo possibile e nel luogo più adatto attraverso un iter di trasporto protetto definito di "centralizzazione".

Un SIAT è un'area territoriale geograficamente definita entro cui viene realizzato un sistema integrato di gestione dei pazienti traumatizzati gravi, costituito da una rete di Ospedali tra di loro funzionalmente connessi detti Centri Trauma e da Strutture di Riabilitazione.



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

Gli Ospedali che entrano a far parte di un SIAT possono essere classificati in 3 categorie secondo il modello HUB & SPOKE:

**CTS:** Centro traumi di alta specializzazione -Trauma Center -

DEA II Livello con tutte le specialità presso cui sono disponibili tutte le risorse necessarie ad identificare e trattare 24 ore su 24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione, e a garantire le cure intensive ai pazienti con problematiche polidistrettuali (il politrauma deve sempre andare presso un DEA di II° livello).

**CTZ:** Centro Traumi di Zona

DEA I o II livello senza una o più alte specialità presso cui sono disponibili tutte le risorse necessarie a trattare 24 ore su 24 in modo definitivo tutte le lesioni, tranne quelle che richiedono una o più alte specialità

**PST:** Pronto Soccorso per Traumi

Ospedali con risorse per il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni determinanti instabilità cardio-respiratoria, prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore

Il CTS è il fulcro ed il centro di coordinamento del SIAT per tutti gli aspetti delle problematiche traumatologiche, dalla prevenzione, alla pianificazione delle strategie di assistenza pre ed intra-ospedaliera, alla didattica ed addestramento del personale, alla ricerca, sino alla riabilitazione.

In media, poiché i dati epidemiologici indicano circa 1200 traumi maggiori/anno per milione di abitanti, si considera indispensabile un SIAT con un CTS e tre CTZ ogni due milioni di abitanti.

Il principio operativo della centralizzazione permette pertanto non solo di ottenere la concentrazione della patologia maggiore in poche sedi ove vengono predisposte le risorse specifiche (con quindi evidente contenimento dei costi del sistema), ma anche di consentire un addestramento adeguato e continuativo delle équipes di sanitari.

Il CTS funge da ospedale di riferimento per i traumi della sua area di competenza e deve inoltre essere in grado di accogliere pazienti provenienti dal resto del SIAT con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete.





## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

I PST vengono identificati in settori strategici ed in numero adeguato in funzione della tipologia del territorio e dell'adeguatezza dei trasporti.

L'organizzazione di un Trauma System è l'unico mezzo, allo stato attuale delle evidenze, per assicurare i migliori risultati in termini di sopravvivenza all'evento traumatico maggiore.

Esso, inoltre, necessita di un lungo processo incentrato sul raggiungimento di quattro obiettivi fondamentali affinché si possa costituire un vero e proprio Sistema:

- Soccorso preospedaliero "evoluto"
- Logistica adeguata
- Iter diagnostico-terapeutico intra-ospedaliero adeguato
- Gestione in squadra con "Trauma Leader".

È fortemente auspicabile che il processo di costruzione di un Trauma System pugliese sia condiviso da tutte le forze sanitarie coinvolte nella gestione del politraumatizzato grave sia in sede extra- sia in sede intra-ospedaliera.

Per la provincia di Foggia:

CTS : OO.RR. di Foggia

CTS : San Giovanni Rotondo (prima dell' applicazione del nuovo riordino ospedaliero).

CTZ : Cerignola - San Severo

PST : Manfredonia - Lucera

### La Centralizzazione

La centralizzazione primaria (dal luogo dell'evento all'ospedale di definitivo trattamento) deve essere sempre considerata come prioritaria rispetto alla centralizzazione secondaria o differita (invio in ospedali dotati dei mezzi diagnostici utili al caso clinico di pazienti con quadri clinici traumatici non chiaramente definibili in sede extraospedaliera sulla base dei criteri di centralizzazione e necessitanti di iniziale approfondimento diagnostico-strumentale per la definizione della/delle patologie prevalenti) nel caso di Trauma Maggiore:

CENTRALIZZAZIONE PRIMARIA: di competenza del 118.

CENTRALIZZAZIONE SECONDARIA (o DIFFERITA): di competenza ospedaliera



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

Per essere efficace, la strategia della centralizzazione necessita di criteri condivisi per l'identificazione precoce, già sulla scena, dei traumatizzati a maggior rischio di lesioni maggiori.

Sul territorio non è possibile avere certezze diagnostiche. pertanto il triage e le conseguenti decisioni potranno basarsi esclusivamente sui dati dell'esame clinico e dei parametri vitali, nonché sulle caratteristiche dinamiche dell'evento traumatico e sui dati anamnestici, al fine di identificare, nel modo più corretto possibile, i feriti con trauma grave.

L'identificazione sul campo di pazienti traumatizzati sulla base della riconoscibilità di una lesione grave e prevalente nel contesto del politrauma consente, nel postulato che la lesione sia clinicamente sospettabile o diagnosticabile sul luogo dell'evento, che il paziente possa giungere nel più breve tempo possibile presso l'ospedale di definitivo trattamento, riducendo sensibilmente i ritardi connessi con la transitoria permanenza in ospedali non dotati delle competenze necessarie al trattamento delle suddette patologie.

Il concetto di "prevalenza di lesione" deriva dalla osservazione che ogni traumatizzato grave presenta, nel contesto della pluripatologia da cui è affetto, comunque almeno una lesione più grave delle altre, meritevole di immediata considerazione, poiché in grado di incidere quoad vitam e/o quoad valetudinem (prevalente trauma cranico, prevalente lesione spinale mielica, prevalente lesione toracica, prevalente lesione addominale, prevalente lesione di bacino, amputazione prossimale di arto, prevalente crush facciale, prevalente ferita penetrante, prevalenti ustioni).

Tra l'altro è anche sul concetto di "prevalenza di lesione" che si basano i criteri clinico-anatomici e dinamici (vedi Pre-hospital Trauma Care IRC) sui quali si fonda l'identificazione sul campo dei traumi maggiori.

Criteri clinico-anatomici di centralizzazione:

- GCS  $\leq$ 13 o deficit di lato
- Trauma cranico con frattura avvallata o della base
- Trauma del rachide, mielico
- Ustione 2°-3° (>30% adulti, >20% bambini)
- Trauma toracico con lembo mobile
- Trauma toracico chiuso con PAS <90 o FR >35 o SPO2 <90%



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

- Trauma addominale con PAS<90
- Evidenza di trauma maggiore o esposto del bacino
- Ferita penetrante (esclusi gli arti)
- Frattura  $\geq 2$  ossa lunghe prox
- Amputazione prox
- RTS  $\leq 10$

Criteri dinamico-situazionali di centralizzazione:

- Caduta da altezza > 3 metri
- Presenza di persone decedute nello stesso veicolo
- Impatto con proiezione a distanza
- Arrotamento
- Necessità di estricazione prolungata (>20')
- Età <5 aa.

Tutti i traumi con criteri di triage indicativi di Trauma Maggiore dovrebbero quindi essere trasportati alla struttura CTS o CTZ in relazione alla tipologia delle lesioni ed alla necessità di eventuali alte specialità al fine di rispettare il più possibile il principio della *centralizzazione*, cioè del trasporto immediato al luogo di cura definitiva.

Eccezioni alla centralizzazione primaria

L'impossibilità al controllo ed al trattamento sulla scena delle vie aeree, della funzione respiratoria o di quella circolatoria, costituiscono una controindicazione relativa alla centralizzazione, poiché i compiti di stabilizzazione clinica respiratoria e/o emodinamica, anche solo temporanea, spettano sul territorio al medico del 118.

Può essere prevedibile il transito temporaneo, e solo questo, dell'ambulanza medicalizzata del 118 presso il Pronto Soccorso di un Ospedale intermedio rispetto alla destinazione finale solo ed esclusivamente nei casi di:

- a) necessità di supporto respiratorio e/o emodinamico non già acquisibile in ambulanza,
- b) nei casi di improvviso peggioramento clinico non più gestibile in ambulanza.



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

Ottenuta una soddisfacente quanto provvisoria stabilizzazione clinica, il paziente ripartirà con l'ambulanza medicalizzata del 118 verso la destinazione finale.

Nel caso in cui, invece, dovessero rendersi necessarie, oltre alla consulenza rianimatoria, anche procedure chirurgiche in sala operatoria, il paziente sarà successivamente trasferito alla struttura ospedaliera di livello superiore (centralizzazione secondaria o differita) a cura della prima struttura ospedaliera accettante.

### APPROCCIO CLINICO AL PAZIENTE CON TRAUMA MAGGIORE

L'evidenza clinica indica che l'approccio clinico al paziente con Trauma Maggiore deve seguire il metodo fondamentale dell'ABCDE, nonché della Primary Survey e della Secondary Survey, sia nell'extra- sia nell'intra-ospedaliero, secondo le linee guida di società scientifiche validate a livello nazionale.

Casi particolari: decesso durante il trasporto

In caso di decesso verificatosi in ambulanza, nonostante i tentativi di RCP effettuati in ambulanza, il paziente deceduto verrà condotto al Pronto Soccorso più vicino per l'osservazione. La constatazione di decesso, verrà effettuata dal medico del 118. Al medico del 118 spetta anche il compito di stilare eventualmente il rapporto o il referto all'autorità, ma non la scheda ISTAT.

### TRAUMI MINORI

I traumi cosiddetti minori, che cioè non soddisfano i criteri pre-ospedalieri di severità, afferiscono all'Ospedale più vicino dotato di un Pronto Soccorso, indipendentemente dal suo livello nell'ambito del SIAT.



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

### Protocollo per la Gestione della Dispnea Grave e dell'Insufficienza Respiratoria Acuta

L'insufficienza Respiratoria Acuta o Cronica Riacutizzata, può essere diagnosticata solo su base emogasometrica, può essere sospettata dal Medico del 118 su base clinica e saturimetrica.

Per tale ragione tale diagnosi deve essere considerata quando ricorrono i seguenti parametri:

*(OPACS Integrato da esame obiettivo):*

- Frequenza respiratoria >29 atti al minuto (in soggetti per i quali non vi sia ragione di sospettare polipnee di natura funzionale)
- Frequenza respiratoria <10 atti al minuto (specie in presenza di ipersonnia e stato di obnubilamento del sensorio)
- Cianosi di tipo centrale (cute calda e mucose scure) o di tipo periferico (pallore della cute e delle mucose con sudorazione algida)
- Presenza di alterazioni all'esame obiettivo del torace (asimmetria delle escursioni respiratorie, ipo o iperfonesi, rumori respiratori di tipo umido o secco)
- Saturazione di O<sub>2</sub> <90% (<75 % nei casi gravi).

La chiamata di soccorso per dispnea (specie in soggetti in età pediatrica o superiore ai 35 anni e/o affetti da condizioni di atopia, malattie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche o con recente storia di trauma o interventi chirurgici), configura sempre un CODICE ROSSO e l'invio di una Equipe Medicalizza direttamente o di supporto.

Sul luogo dell'evento il medico eseguirà:

- Valutazione primaria e secondaria
- OPACS integrato da esame obiettivo
- 
- Incannulamento venoso
- Elettrocardiogramma
- Monitoraggio del paziente



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

L'equipaggio 118 fornirà alla Centrale Operativa un Codice 3 di RIENTRO per Insufficienza Respiratoria.

In base alla valutazione clinica e saturimetrica possono realizzarsi i seguenti scenari:

### ✓ Quadro di EDEMA POLMONARE ACUTO

Il Medico dopo aver predisposto il monitoraggio cardiologico, pressorio e saturimetrico:

1. Predisporre incannulamento venoso
2. Esegue cateterismo vescicale
3. Applica protocollo per edema polmonare:
  - O2 terapia,
  - furosemide 20-80 mg,
  - nitroglicerina per os o in infusione e.v. (da evitare se IMA inferiore e destro e/o se ipoteso)
  - morfina quando le condizioni del paziente lo richiedono.

Durante il trasporto può mantenersi in conferenza con il medico della Centrale Operativa 118.

### ✓ Quadro di presupponibile PRECOMA O COMA IPERCAPNICO

Il Medico considera l'eventuale presenza di parametri per l'intubazione oro-tracheale di urgenza o il posizionamento di sistemi sovra-glottici (GCS <8, Kelly >3, gasping ed arresto respiratorio). Esclusi tali parametri, applica O2 a bassi flussi ed esegue terapia eventualmente anche in conferenza col medico della Centrale Operativa 118.

### Quadro di BRONCOSPASMO O RIACUTIZZAZIONE SPASTICA DI BPCO

Il Medico, esclusa la necessità di una intubazione d'urgenza, somministrerà: broncodilatatori e cortisonici topici (tramite aerosol), cortisonici, antiH2 o inibitori di pompa e.v., applica il monitoraggio continuo cardiologico, pressorio e saturimetrico eventualmente mantenendosi in conferenza con il medico della Centrale Operativa 118.



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

LA CENTRALIZZAZIONE del paziente con insufficienza respiratoria NON È INDICATA:

- quando si escluda una sindrome coronarica acuta o
- la necessità a breve di intervento rianimatorio

poiché ciò allungherebbe inutilmente i tempi di percorrenza per l'arrivo in Pronto Soccorso. È comunque necessario che il Pronto Soccorso che accoglie tali pazienti sia dotato delle caratteristiche previste dal Riordino Ospedaliero Regione Puglia per l'ottimizzazione della rete di Emergenza-Urgenza, secondo i livelli di diversa complessità assistenziale.

Il trasporto secondario segue specifiche disposizioni.

È da considerarsi urgente quando nel proseguo del trattamento in PS sopraggiungano condizioni richiedenti l'intervento:

- Rianimatorio
- Specialistico Cardiologico
- Specialistico Chirurgico
- quando si configuri la necessità di eseguire in breve tempo una TAC toracica.

Il tutto è di pertinenza del Presidio Ospedaliero.



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

### PERCORSO PREOSPEDALIERO DELL'ICTUS

## Gestione dell'emergenza territoriale "118" ed invio alla Stroke Unit

L'ictus è un'emergenza: richiede l'attivazione del Servizio Emergenza - Urgenza Territoriale 118 ed il ricovero ospedaliero in area di degenza dedicata, competente e qualificata (Stroke Unit).

Il paziente candidato all'eventuale trombolisi, va riconosciuto immediatamente e trasportato direttamente in Stroke Unit. Il trattamento fibrinolitico per via venosa, infatti, è tanto più efficace quanto più precocemente attuato.

L'attribuzione del Codice Rosso per l'urgenza nella fase preospedaliera è delegata al 118 va stabilita all'atto della chiamata telefonica (codice di invio). Il riconoscimento remoto da parte della Centrale Operativa del 118 deve basarsi su intervista telefonica e valutazione della Cincinnati Prehospital Scale (CPSS): la positività di uno solo dei tre criteri della scala è sufficiente per il sospetto clinico di ictus.

È indispensabile indagare sull'insorgere improvviso di ciascuno dei tre sintomi (paralisi facciale, debolezza degli arti e difficoltà di linguaggio) ed annotare l'ora di esordio sulla scheda del paziente.

L'intervista deve essere basata sulle raccomandazioni fornite dal Ministero della Salute (Quaderno della Salute del 14/03/2012).

Il dispatch dell'Operatore di C.O. 118 deve vertere, oltre che sulle canoniche domande se il paziente respira o meno, se è cosciente o meno, sulla formulazione di domande per l'individuazione di un quadro sindromico compatibile con ictus cerebrale acuto secondo la Cincinnati Prehospital Stroke Scale:

- |                                                                     |    |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1) i due lati della faccia del paziente si muovono ugualmente?      | Si | No |
| 2) gli arti superiori del paziente si muovono nella stessa maniera? | Si | No |
| 3) Il paziente parla normalmente?                                   | Si | No |

In caso di risposta positiva ad una di queste tre domande, chiedere:

- 4) a che ora ha notato l'insorgenza del disturbo? (annotare l'ora)





## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

Bisogna identificare il paziente candidato al trattamento trombolitico entro i limiti temporali che identificano la finestra terapeutica che, al momento, è di 4 ore e 30 minuti.

Il personale del 118, giunto sul posto, deve:

- A. Confermare/individuare i segni e i sintomi dell'ictus
  - Ri-determinare l'ora di inizio dei sintomi verificando la concordanza con il dato telefonico e riportare il dato sulla scheda paziente.
  - Valutare la possibilità che la terapia trombolitica sia somministrabile entro 4 ore e 30 minuti dall'esordio dei sintomi.
  - Identificare possibili controindicazioni alla trombolisi
  - Effettuare un'attenta anamnesi
  - Comunicare il tutto alla C.O.118 che provvederà ad allertare la Neurologia e la Radiologia d'Urgenza
- B. Valutare ABC (Airway, Breathing, Circulation):
  - Assicurare la pervietà delle vie aeree
  - Rilevare parametri vitali (respiro, polso, pressione arteriosa, saturazione O<sub>2</sub>)
  - Somministrare ossigeno se saturazione <92%, soluzione fisiologica cristalloide in caso di disidratazione e/o valori pressori significativamente inferiori
  - Assicurare un accesso venoso
- C. Evitare la somministrazione dei seguenti farmaci:
  - Ipotensivanti
  - Antiaggreganti piastrinici
  - Anticoagulanti
  - Cortisonici
  - Diuretici
  - Sedativi
- D. Effettuare rapidamente la valutazione obiettiva tramite:
  - Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS)
  - Glasgow Coma Scale (GCS)



Regione Puglia  
**OSPEDALI RIUNITI**  
*Azienda Ospedaliero – Universitaria*  
**FOGGIA**



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

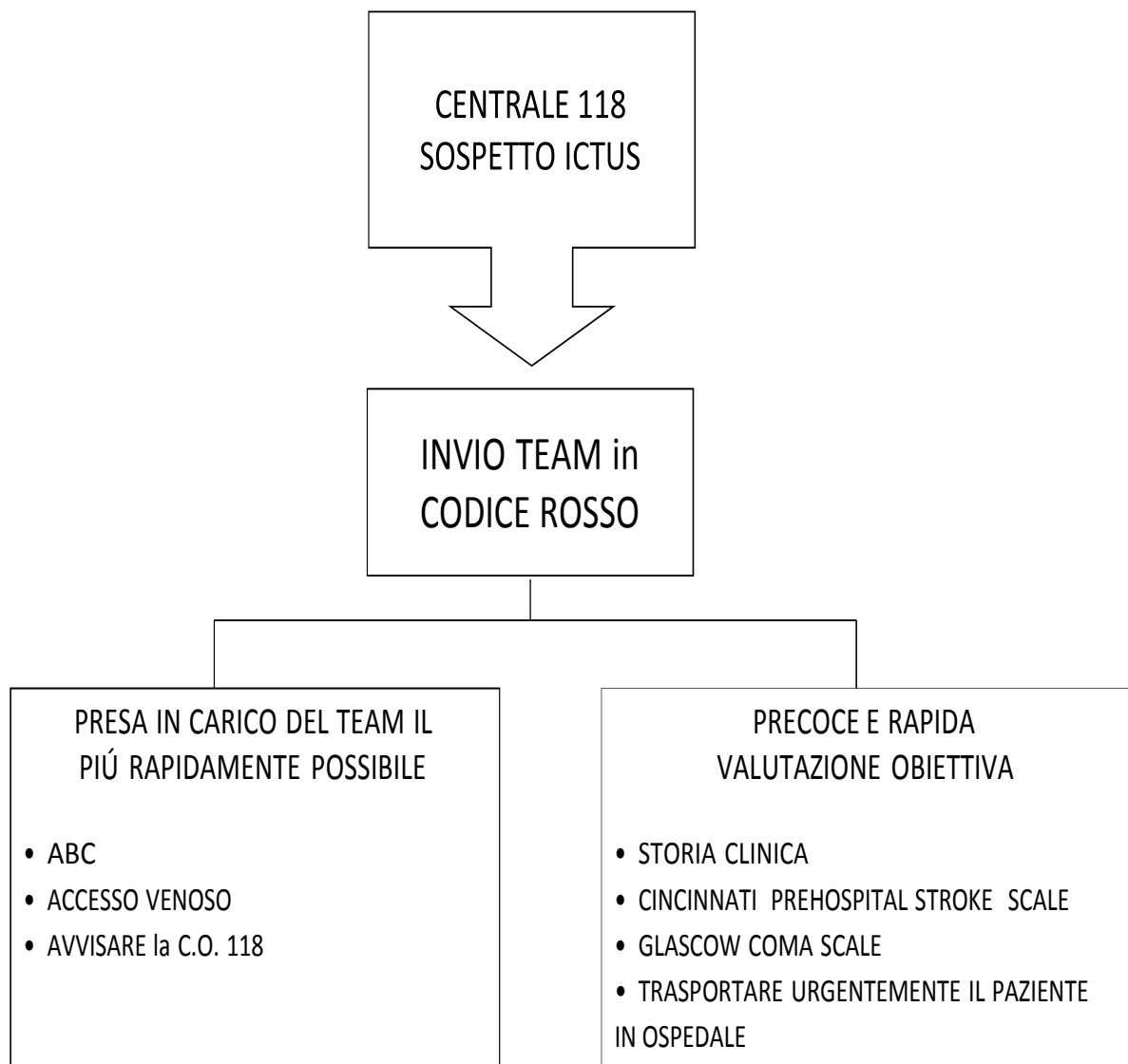
- E. All'arrivo in Ospedale deve consegnare la scheda di rilevazione con:
- Cincinnati Prehospital Stroke Scale
  - Glasgow Coma Scale
  - Ora d'esordio dei sintomi ed anamnesi.



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

Gestione dell’Emergenza Territoriale “118”- invio alla Stroke Unit





## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

### Cincinnati Prehospital Stroke Scale

(scala di valutazione clinica per ictus)

I 3 punti della scala: l'alterazione di almeno 1 dei 3 segni è fortemente suggestiva per ictus.

---

1. Paresi facciali: chiedere al paziente di sorridere o di mostrare i denti e notare :

- se entrambi i lati della faccia si muovono ugualmente o se un lato non si muove come l'altro
- 

2. Deficit motorio degli arti superiori: chiedere al paziente di estendere gli arti superiori per 10 secondi mentre tiene gli occhi chiusi e valutare:

- se gli arti si muovono alla stessa maniera o se uno non si muove o ricade
- 

3. Anomalie del linguaggio: valutare l'eloquio del paziente:

- se il paziente usa le parole correttamente con linguaggio fluente o se biascia le parole o usa parole inappropriate o è incapace di parlare

### Glasgow Coma Scale

Valuta lo stato di coscienza e l'eventuale gravità del coma. È basata su 3 parametri (apertura degli occhi, risposta verbale, risposta motoria), agevolmente quantificabili dal personale medico ed infermieristico.

Sommando le tre "risposte", la scala ha un range 3-15 (coma profondo - coscienza normale).

Un punteggio <8 si accompagna ad una prognosi severa.

#### Apertura degli occhi

- 1- il paziente non apre gli occhi
- 2- apre gli occhi con stimolo doloroso
- 3- apre gli occhi con stimolo verbale (parlandogli)
- 4- apre gli occhi spontaneamente



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

### Risposta verbale

- 1- nessuna risposta verbale, nessun suono
- 2- suoni incomprensibili
- 3- parla e pronuncia parole ma incoerenti
- 4- confusione, frasi sconnesse
- 5- risposta orientata ed appropriata

### Risposta motoria

- 1- nessun movimento
- 2- estensione al dolore (si irrigidisce: risposta decerebrata)
- 3- flessione al dolore (errata flessione: risposta decorticata)
- 4- ritrazione dal dolore (si ritrae se viene dato un pizzicotto)
- 5- localizzazione del dolore (scansa via la mano del medico che lo pizzica)
- 6- in grado di obbedire ai comandi

### Criteria Inclusion trombolisi

- Pazienti di ambo i sessi di età compresa fra i 18-80 aa
- Ictus ischemico responsabile di un deficit misurabile di linguaggio, motorio, cognitivo, di sguardo, del visus e/o di neglect. L'ictus ischemico è definito come un evento caratterizzato da un deficit neurologico focale ad esordio improvviso, presumibilmente causato da ischemia cerebrale dopo esclusione TC di una emorragia cerebrale
- Inizio dei sintomi entro 4.5 ore (alla somministrazione di t-PA)
- Sintomi presenti per almeno 30 minuti e non significativamente migliorati prima del trattamento (nota1). I sintomi vanno distinti da quelli di un episodio di ischemia generalizzata (cioè una sincope), di una crisi epilettica o di una crisi di emicrania.
- I pazienti (o un familiare) debbono aver espresso la loro volontà ad essere trattati e aver dato il consenso all'utilizzo dei loro dati e alle procedure di follow-up

### Criteria di Esclusione

#### Controindicazioni assolute:

- Emorragia intracranica alla TAC cerebrale
- Sospetto clinico di ESA, anche se TAC normale



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

- Somministrazione di eparina endovena nelle precedenti 48 ore e aPTT eccedente limite normale superiore del laboratorio
- Conta piastrinica <100.000/mm<sup>3</sup>
- Diatesi emorragica nota
- Sanguinamento grave in atto o recente
- Storia o sospetto di emorragia intracranica in atto

Controindicazioni relative:

- Ictus grave clinicamente (es. NIHSS >25) e/o sulla base di adeguate tecniche di neuroimmagini
- Insorgenza dell'ictus >4.5 ore o ora di insorgenza non nota o al risveglio
- Deficit lieve o rapido miglioramento dei sintomi (30 minuti) (NOTA 1)
- Crisi convulsiva all'esordio dell'ictus (VEDI SOTTO)
- Paziente con storia di ictus e diabete concomitante (VEDI SOTTO)
- Ictus negli ultimi 3 mesi
- Ipertensione arteriosa grave non controllata: PAS >185 mmHg, o PAD >110 mmHg, o terapia aggressiva necessaria per riportare la PA entro questi limiti.
- Glicemia <50 o >400 mg/dl
- Endocardite batterica
- Paziente in terapia antiacoagulante orale (TAO).
- Intervento chirurgico maggiore o grave trauma (<3 mesi)
- Recenti (<10 giorni) massaggio cardiaco esterno, trauma, parto, puntura di vaso sanguigno non comprimibile (es. vena succlavia o giugulare)
- Malattia ulcerosa del tratto gastroenterico (3 mesi)
- Storia di patologie del SNC (neoplasia, aneurisma, intervento chirurgico cerebrale o midollare)
- Aneurisma arterioso, malformazione artero-venosa, neoplasia con aumentato rischio emorragica
- Pancreatite acuta
- Grave epatopatia, compresa insufficienza epatica, cirrosi, ipertensione portale (varici esofagee), epatite attiva
- Retinopatia emorragica, es in diabetici alterazioni del visus
- Alto rischio emorragico per comorbidità



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

### PROTOCOLLO GESTIONE DELLO SHOCK

Si definisce lo shock uno stato acuto di ipoperfusione tissutale ed acidosi metabolica clinicamente manifesto con :

- Ipotensione
- Sudorazione
- Tachicardia
- Oligo-anuria
- Ipotermia
- Pallore
- Confusione mentale
- Febbre-brividi

La chiamata di soccorso per tali sintomi associati configura sempre un Codice Rosso e quindi l'invio di una equipe medicalizzata direttamente e/o in supporto.

Sul luogo dell'evento il Medico del 118 esegue:

- valutazione primaria (A-B-C) e secondaria
- incannulamento venoso con doppio accesso
- sostiene il circolo sanguigno
- fa compressione su eventuali fonti esposte di sanguinamento
- previene l'ipotermia
- cateterismo vescicale
- glucometer
- O<sub>2</sub> terapia;
- elettrocardiogramma e monitoraggio
- trasporto in sicurezza del paziente



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

Shock da centralizzare in un DEA di II livello

Il paziente in stato di shock andrà centralizzato quando, dalla clinica, emerge la necessità di trattamento polispecialistico (UTIC-Emodinamica, Chirurgia Toracica, Neurochirurgia, Chirurgia Cardio-Vascolare, Centro Ustioni) salvo la necessità di stabilizzazione in itinere.

Shock da non centralizzare in un DEA di II livello e/o da centralizzare con modalità secondaria

Riguarda sia condizioni cliniche di shock non secondarie a politrauma né a STEMI (emorragico, settico, anafilattico, da difetto di regolazione periferica), sia secondarie a tali cause quando, però, l'avanzato stato di scompenso e la lontananza tra luogo di intervento e DEA di II livello non permette il raggiungimento del luogo di destinazione ottimale.

In questo caso il paziente sarà condotto presso Pronto Soccorso più vicino dotato di Sala Rossa, Radiologia, Laboratorio Analisi, UTIC, UTIR, Chirurgia Generale (DEA I livello).

### Protocollo CRISI CONVULSIVA

.....in attesa che arrivi l'ambulanza del 118.....

qualora dal DISPATCH dell'Operatore di Centrale Operativa 118 si evinca che il paziente sia affetto da una "non meglio identificata" CRISI CONVULSIVA che potrebbe essere dovuta ad EPILESSIA o altre cause, l'Operatore della C.O. 118, dopo aver inviato in Codice ROSSO un'ambulanza medicalizzata, darà al chiamante istruzioni utili a gestire la crisi in attesa che arrivi il mezzo 118:

- ✓ Mantenere la calma
- ✓ Slacciare cinture, cravatte ecc
- ✓ Evitare che il paziente si ferisca spostando oggetti circostanti
- ✓ Nel bambino con febbre alta, effettuare spugnature con acqua fredda
- ✓ Se il respiro è insufficiente, iperestendere il capo
- ✓ Se improvvisamente vomita, posizionarlo in decubito laterale
- ✓ Non dare da bere nulla anche se la crisi dovesse cessare





## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

- ✓ Non cercare di contenere con la forza i movimenti del paziente

### INTERVENTO MEZZO 118 IN CASO DI CRISI EPILETTICA

#### RACCOLTA dei DATI ANAMNESTICI:

Valutare le condizioni al momento della crisi, patologie e sintomi intercorrenti; condizioni potenzialmente scatenanti, patologie concomitanti e familiarità.

#### ESAME OBIETTIVO CLINICO/NEUROLOGICO:

Buoni predittori di una crisi epilettica sono: cianosi, ipersalivazione, morsus e disorientamento post-critico

1. SEMEIOLOGIA della CRISI

2. CONDIZIONI al MOMENTO della CRISI
- veglia
  - sonno

3. PATOLOGIE/SINTOMI INTERCORRENTI:

- febbre
- infezioni
- disidratazione
- trauma
- ipertensione
- evento vascolare acuto
- lesioni ripetitive e degenerative

4. CONDIZIONI POTENZIALMENTE SCATENANTI: deprivazione di sonno

- sostanze tossiche
- fotostimolazione

5. PATOLOGIE di BASE o PREGRESSE

6. FAMILIARITÀ

Al personale 118 si raccomanda, oltre all'effettuazione della terapia:

- ✓ la propria e altrui sicurezza sulla scena
- ✓ dare immediato riscontro dei parametri vitali alla C.O.
- ✓ somministrare O<sub>2</sub>



Regione Puglia  
O S P E D A L I R I U N I  
Azienda Ospedaliero – Università  
F O G G I A



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

- ✓ posizionare il paziente su una barella spinale per il trasporto in sicurezza
- ✓ recuperare farmaci assunti dal paziente ed eventuale documentazione clinica
- ✓ eventuali contenitori di sostanze assunte dal paziente
- ✓ rivalutare i parametri vitali durante il trasporto in P.S. e riferire alla C.O. eventuali variazioni

### LA RESPONSABILITÀ PENALE DELL'OPERATORE DI C.O. 118

(Cass. Pen. Sez. IV, 27 settembre 2016, n. 40036)

..aveva riconosciuto una condotta di grave negligenza, sulla base della registrazione telefonica della richiesta di intervento, sia nel primo che nel secondo contatto telefonico, da parte dell'Operatore di C.O. che aveva portato all'attribuzione di un Codice GIALLO invece di ROSSO ed al conseguente invio di un'ambulanza priva di Medico.

...riconosceva la ricorrenza del nesso eziologico fra il comportamento dell'Operatore e l'exitus del paziente.



Regione Puglia  
O S P E D A L I R I U N I  
Azienda Ospedaliero – Università  
F O G G I A



## S.C. Centrale Operativa 118

Direttore: Dott. Stefano Colelli

### Riferimenti bibliografici:

- *SIS 118;*
- *Protocolli operativi Regione Toscana;*
- *Protocolli operativi Regione Veneto;*

### Contributi scientifici:

*Dr. Tommaso Marzano responsabile HEMS 118 Foggia*