

**REGIONE PUGLIA**  
**Sistema Emergenza-Urgenza Sanitaria**  
**PROVINCIA di BARI e BAT**

**Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico-G.XXIII BARI**  
**CENTRALE OPERATIVA 118**

**Dott. Gaetano DIPIETRO**



**REGIONE PUGLIA**  
**Sistema Emergenza-Urgenza**  
**Sanitaria**  
**PROVINCIA di BARI**



**Azienda Ospedaliero-Universitaria**  
**"Policlinico-Consorziale"**  
**Giovanni XXIII - BARI**  
**CENTRALE OPERATIVA 118**



**PROTOCOLLO OPERATIVO**  
**PER IL PERSONALE 118**

**Edizione 2020**

**Gaetano Dipietro**

***L'uomo impara dall'esperienza***

L'uomo saggio impara dall'esperienza degli altri

motivo per cui ringrazio quanti, medici e operatori di Centrale, medici, infermieri dei Coordinamenti delle due ASL Bari e BAT, soccorritori, autisti dei mezzi di soccorso, presidenti delle Associazioni convenzionate, colleghi dei presidi ospedalieri, che, con le preziose osservazioni, le puntuali segnalazioni di fatti accaduti, le decisioni sofferte, i mille casi risolti o i pochi insoluti, hanno fatto sì che la conoscenza di uno si arricchisse dell'esperienza dell'altro, in questo lavoro duro, difficile, a volte avvilito ma spesso esaltante, prestato nella consapevolezza dell'impegno continuo per la salvaguardia del bene più prezioso, la vita umana.

Questo aggiornamento ha subito una lunga gestazione in quanto si attendeva in breve tempo la realizzazione di numerosi progetti, che si intendeva inserire in quanto ritenuti assolutamente importanti. Ma alla luce degli eventi e dei tempi lunghi ancora occorrenti alla loro realizzazione si è deciso di rendere operativa questa versione, che sarà in formato digitale, in modo da avere la possibilità di apportare in seguito ampliamenti e aggiornamenti con la pubblicazione sul Sito 118.

Il collegamento ipertestuale dell'indice degli argomenti consente la rapida consultazione anche in fase operativa.

I progetti a cui si fa riferimento sono il completamento delle Reti Tempo Dipendente, (Stroke, Politrauma,) della Rete per i Pazienti Psichiatrici, della Rete Radio di cui è stata già bandita la gara, i Protocolli Infermieristici e altri che mi auguro, nell'immediato futuro, possano trovare finalmente la soluzione attesa e auspicata da tutti noi.

**SOMMARIO**

Sommario.....	3
Legislazione e documentazione di riferimento .....	6
Premessa .....	8
Struttura e Organigramma del S.E.U.S. BARI .....	10
Ruoli, Attività e Compiti.....	11
Personale operante in Centrale Operativa al momento della pubblicazione.....	17
Medici Referenti ASL con la C.O.118 Bari-BAT .....	18
Mezzi di soccorso .....	19
Norme generali di comportamento degli operatori durante il soccorso.....	21
Medico della postazione territoriale.....	24
Infermiere della postazione territoriale .....	25
Soccorritore Volontario della postazione territoriale.....	26
Autista del mezzo di soccorso.....	28
Cambi-turno di tutto il personale medico 118 .....	29
Presenza di estranei in Sala Operativa .....	30
Tutela delle risorse di sistema.....	31
Comunicazioni con i mezzi di soccorso.....	32
Avaria linee telefoniche .....	33
Gestione richiesta di soccorso erroneamente instradata su 118 Bari (zone confinanti) ....	34
Modalità e gestione delle richieste di Soccorso Sanitario .....	36
Operatore di centrale. Invio mezzi di soccorso.....	38
Scelta Ospedale di destinazione.....	39
Affidamento del paziente all’ospedale di destinazione .....	40
Corretta compilazione, tenuta della documentazione e gestione del tablet .....	41
Presenza di un medico “NON 118” sul luogo dell’intervento.....	42
Presenza di un Mezzo di soccorso “NON 118” sul luogo dell’intervento.....	43
Rifiuto di Soccorso o Trasporto.....	44
Trasporto di congiunti del paziente.....	46
Paziente in stato di ubriachezza .....	47
Schede di Centrale-rilascio .....	48
118 e Case di Cura Private, RSSA, RSA, Centri diurni e di Riabilitazione .....	50
118 e Punto di Primo Intervento – Poliambulatori ASL.....	54
118 e Medico di continuità assistenziale ( Guardia Medica ).....	55
Coinvolgimento del 118 da parte della Guardia Medica .....	56
Ricerca posto letto da parte dell’operatore di Centrale.....	58
118 e strutture penitenziarie.....	59
118 e cittadini in regime di arresti domiciliari.....	61
118 e richieste di intervento presso caserme dei Carabinieri o della Polizia.....	62
118 e rimozione ordigni bellici .....	63
118 e esecuzione sfratti .....	64
118 e incidenti sul lavoro .....	65
118 e Servizi Sociali .....	66
118 e Stazione Ferrovie dello Stato di Bari .....	67
118 e C.O.A (Centro Operativo Autostrade) .....	68
118 e Trasporto/atterraggio elicottero.....	70
118 e VVF: Integrazione fra componenti del soccorso .....	72
118 e Forze dell’Ordine. - Integrazione fra componenti del soccorso.....	79
118 e Capitaneria di Porto - Guardia Costiera .....	80

## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

118 e rapporti con la stampa .....	81
Rianimazione Cardio-Polmonare .....	83
Tac fuori servizio .....	86
TAC e operazioni di manutenzione .....	86
Procedura di C.O. per verifica degli standard di qualità .....	87
Elenco delle postazioni nella provincia di BARI e BAT .....	88
Codici nel Sistema 118 .....	91
Codice identificativo del luogo .....	92
Codice di patologia prevalente .....	93
Codice di criticità / gravità .....	94
Definizione della criticità dell'evento-codice di criticità .....	96
Valutazione codice di rientro-codice di gravità .....	100
Altri codici nel Sistema 118 .....	102
Controlli .....	105
Disponibilità dei posti letto: considerazioni .....	106
Soccorso e Trasporto Primario .....	107
Compiti e funzioni – territorio (118) .....	109
Procedura Individuazione mezzo di soccorso .....	110
Scelta della struttura Ospedaliera .....	111
Le reti. Emergenze cardiologiche in Puglia - Rete IMA SCA .....	112
La rete dell'ictus cerebrale acuto: stroke unit (su) in Puglia .....	116
Schema operativo delle Emergenze Stroke adottato in CO-118 di BARI - BAT .....	117
Reti STAM e STEN .....	119
Protocollo trauma maggiore e siat puglia .....	124
Protocollo generale per l'indirizzamento dei pazienti sulla base della settorializzazione del territorio .....	126
Trauma Maggiore: protocollo specifico per l'indirizzamento dei pazienti sulla base della settorializzazione del territorio, della dinamica dell'evento e della gravità clinica .....	128
Trasporto secondario .....	139
Trasferimenti programmati per esami strumentali .....	139
Linee guida per i trasferimenti urgenti inter-ospedalieri (secondario) in caso di politraumatizzato .....	141
Evento a rischio infettivo .....	142
Veicoli di Infezione: .....	142
Attivazione Automedica .....	146
Allestimento auto medica (dotazione minima) .....	147
Maxi-Emergenze .....	148
Incidente maggiore: divisione in aree .....	148
Trattamento d'urgenza nel PMA (area rossi e gialli) .....	150
Trattamento/attesa (area verde) .....	150
Incidenti Maggiori e livelli di allarme .....	151
Incidente maggiore - procedure operative .....	153
Procedura operativa sul luogo dell'evento. ....	155
Ruoli e compiti .....	155
Problematiche medico-legali .....	160
Il consenso all'atto medico .....	160
La realtà della Morte – Certificazioni necessarie .....	161
Certificato di constatazione del decesso .....	161
Le schede ISTAT .....	162
Esempi di procedure standard .....	164
Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale (T.S.O) .....	166

## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

Linee guida per il trattamento sanitario obbligatorio .....	166
Accertamenti Sanitari Obbligatori .....	168
Circostanze in cui non si applicano le procedure aso/tso .....	168
Gestione dell'emergenza/urgenza psichiatrica. trasporto pazienti.....	169
Tabella provvisoria ospedalizzazione .....	170
Flow Chart Urgenze psichiatriche .....	172
Farmaci nell'urgenza psichiatrica.....	177
Linee guida per interventi .....	178
Incidente stradale .....	179
Intervento a domicilio.....	181
Intervento extradomiciliare.....	182
Bambino sottoposto a sevizie.....	183
Gestione delle bombole di ossigeno .....	184
Gestione del dolore e dell'ansia in sede extra-ospedaliera .....	186
Farmaci più usati nel trattamento del dolore .....	187
Schemi organizzativi in attività' di soccorso .....	188
Dolore toracico.....	190
Crisi convulsiva o stato di male epilettico .....	192
Edema polmonare acuto.....	194
Annegamento .....	196
Crisi asmatica.....	198
Anafilassi .....	200
Emergenza ipertensiva .....	202
Ictus.....	205
Politrauma .....	207
Amputazione traumatica di arto.....	211
Ustioni gravi da fonte di calore.....	213
Corpo estraneo nelle vie respiratorie .....	216
Folgorazione .....	218
Coma.....	220
P.o.s Procedure Operative Speciali .....	225
1 Paziente obeso .....	226
2 Incidente stradale con intrappolamento di feriti .....	231
3 Persone intrappolate .....	235
4 Incidente in aeroporto .....	240
Gli antidoti nel trattamento dell'intossicato .....	242
Appendice: infezione da Coronavirus.....	248



**LEGISLAZIONE E DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO**

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

## **S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

- 25.** DGR ARES N.618 30 marzo 2015 Attuazione alla DGR n. 2251/2014 'Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza-Urgenza della Regione Puglia',
- 26.** Determinazione Del Dirigente Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera E Specialistica Ed Accredimento 7 marzo 2016, n. 49- Autorizzazione all'esercizio del Pronto Soccorso della Casa di Cura Mater Dei Hospital
- 27.** DGR 1863 del 17.11.2017 Recepimento Accordo Conferenza Unificata Stato Regioni del 5 agosto 2014, ai sensi dell'art. 9, comma 2, lettera c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, proposto dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano concernente l'organizzazione e l'assistenza sanitaria negli eventi e nelle manifestazioni programmate.
- 28.** DGR 8 agosto 2017, n. 1351 - Revoca Dgr. n. 185/2014. Nuova regolamentazione della formazione ed autorizzazione all'utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno
- 29.** Deliberazione n 136 del 23/02/2016 in attuazione dell'accordo stato-regioni rep.atti n.137/CU del 16 dicembre 2010.
- 30.** Protocollo operativo della Regione Puglia sul trasporto STAM e STEN 12/10/2016.
- 31.** "Guardia medica – la continuità assistenziale in medicina Generale"-F.Anelli-A.Velluto-cap.2-Aspetti medico legali-2018.
- 32.** Documento di riferimento: Documento Tecnico di indirizzo "Rete cardiologica pugliese per l'infarto acuto del miocardio e proposta di PDTA regionale" DGR ARES n.151/2019
- 33.** Documento di riferimento: Documento Tecnico di indirizzo "Rete cardiologica pugliese per l'infarto acuto del miocardio e proposta di PDTA regionale" DGR ARES n.151/2019
- 34.** Documento Tecnico di indirizzo "Rete ictus pugliese e proposta di PDTA regionale" DGR ARES n.153/2019
- 35.** Linee di indirizzo terapeutico medicina di emergenza territoriale 118. Ottobre 2019 SIS118

### PREMESSA

Fino alla nascita del Sistema di Emergenza Urgenza Sanitaria, chiamato brevemente 118, dal numero che bisogna comporre per entrarvi in contatto, il soccorso è stato inteso generalmente come il trasporto, più rapido possibile presso il più vicino ospedale, di persone in pericolo di vita per trauma o malattia. L'avvio del Sistema ha portato alla realizzazione di quelli che potrebbe essere definito “pronto soccorso ospedaliero mobile” che interviene sul territorio con la P.T.E. ( Postazione Territoriale Emergenza) e ancor più comunemente, postazione 118. Con questo Sistema una persona colpita da patologia acuta, sia essa di natura medica o traumatica, acquisisce lo status di “paziente” non al suo arrivo in Pronto Soccorso, ma fin dal momento in cui la notizia del suo “bisogno” di salute giunge alla Centrale Operativa.

Questo Sistema, nell'obiettivo dichiarato dal legislatore, ha non solo la riduzione della mortalità ma anche la riduzione o minimizzazione degli esiti invalidanti, conseguenza pressoché costante di patologie acute, come ad esempio l'infarto oppure di traumatismi.

Il Sistema nel corso degli anni, trascorsi dalla sua prima attuazione avvenuta nel 1992, ha visto accrescere da una parte il consenso della cittadinanza, dall'altra affinare le “armi” con l'incremento prepotente della tecnologia, che consente di migliorare giorno dopo giorno le performances di medici, infermieri e soccorritori. Telecardiologia, radiolocalizzazione dei mezzi di soccorso, ad esempio possono sembrare oggi quasi superate, ma quindici anni orsono erano appannaggio di pochi sistemi avanzati.

Emergenza o Urgenza sono gli ambiti di azione di questo complesso Sistema e pertanto appare necessario definire prioritariamente i due termini che assieme all'aggettivo “sanitaria” connotano il lavoro che si va a descrivere.

Emergenza: qualunque circostanza di interesse sanitario, che si presenti in un determinato luogo e momento, in modo improvviso e con caratteristiche tali da provocare conseguenze critiche, talora gravi, per la salute degli individui che ne restano coinvolti. Rappresenta una condizione temporalmente imprevedibile, statisticamente poco frequente, che coinvolge uno o più individui, e per la quale sono necessari immediati ed adeguati interventi terapeutici non procrastinabili o il ricorso a mezzi straordinari di trattamento.

Urgenza: condizione di interesse sanitario, statisticamente ordinaria in cui, pur non esistendo un immediato pericolo di vita, è tuttavia necessario adottare entro breve tempo l'opportuno intervento terapeutico.

La risposta all'Emergenza Urgenza sanitaria quindi è affidata ad un Sistema articolato su base geografica territoriale, normalmente a valenza provinciale e che fa capo alla Centrale Operativa. Nel Sistema di Emergenza Urgenza necessariamente si devono integrare il sistema di allarme ed intervento extraospedaliero e il sistema di accettazione ospedaliera.

Parimenti si ritiene opportuno chiarire il significato del termine “protocollo” in contrapposizione ad un altro termine “linea guida”, termini che spesso nella realtà vengono utilizzati come sinonimi.

Il protocollo è la traduzione scritta di una grande quantità di esperienze vissute, maturate e organizzate, utile a fornire un parametro di valutazione anche nel caso di eventi con esito finale infausto.



## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

La predisposizione di regole protocollate di condotta per l'interazione con altri soggetti, presenti sulla scena per attività di lavoro, consente di sostenere le proprie posizioni assumendo, ad esempio nel caso dell'operatore di centrale il ruolo assegnatogli di regolatore dell'operazione di soccorso, attività finalizzata alla salvaguardia della vita e dell'integrità fisica del paziente. Fornisce riferimenti specifici nel campo delle azioni da eseguire specie a livello di scelte alternative o snodi decisionali. A tal proposito giova ricordare che se presente un protocollo nessuno penserà consapevolmente di discostarsene senza incorrere in responsabilità per colpa.

La Linea Guida rappresenta invece una serie di raccomandazioni di comportamento clinico, prodotta tramite in processo sistematico, proposta per assistere medici e pazienti nella decisione sulle modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche.

Se la "linea guida" indica dopo averli individuati, i criteri suggeriti dalle società scientifiche, il "protocollo" diventa applicazione operativa di quei contenuti noti e condivisi.

Il presente protocollo operativo, naturale estensione del protocollo regionale redatto in fase di avvio del Sistema dall'allora referente regionale dott. Marco De Giosa, e di cui mantiene le regole fondamentali, è predisposto per rispondere all'esigenza di fornire agli operatori del soccorso del Sistema 118 delle province di Bari e di Barletta-Andria-Trani, una guida facilmente consultabile. Non può essere esaustivo di tutte le problematiche emergenti nell'attività in emergenza urgenza, ma costituisce un punto di partenza di un percorso che vede al centro della sua attenzione il miglioramento continuo dell'offerta di salute ai cittadini delle province di nostra competenza. Dovrà essere necessariamente rivisto ed implementato sulla base dell'esperienza progressivamente acquisita, motivo per cui verrà fatto tesoro di suggerimenti, soluzioni e critiche che vorrete far pervenire alla Centrale Operativa.



### STRUTTURA E ORGANIGRAMMA DEL S.E.U.S. BARI

Il Sistema Emergenza Urgenza 118 si compone di una Centrale Operativa e di una parte territoriale composta dalle postazioni mobili presenti nella quasi totalità dei comuni che compongono la provincia barese.

La Centrale Operativa è allocata all'interno dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Giovanni XXIII° e di essa costituisce Unità Operativa Complessa.

L'organico attuale è rappresentato da un direttore, sette medici, trenta infermieri, un coordinatore degli infermieri, tutti dipendenti dell'Azienda, un supporto amministrativo e un tecnico informatico, dipendente dal fornitore del software gestionale della Centrale Operativa.

#### - Dotazioni Strumentali

Sono rappresentate da 5 postazioni operatore, 1 postazione per la gestione delle maxi-emergenze, 1 postazione per dirigente medico di centrale, 1 postazione ricezione telecardiologia.

Ciascuna di esse è dotata della strumentazione per i sistemi di telefonia, di telecomunicazioni, del Server di gestione informatica (che utilizza un software per la gestione delle chiamate di soccorso, la registrazione delle chiamate, l'attivazione dei mezzi di soccorso e l'archiviazione con funzioni di segreteria degli interventi svolti sul territorio) e della strumentazione dedicata alla registrazione delle telefonate in entrata e in uscita sulla rete telefonica 118.

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

## RUOLI, ATTIVITÀ E COMPITI

### *Direttore / Responsabile di Centrale Operativa*

Un medico ospedaliero con qualifica non inferiore ad aiuto corresponsabile, preferibilmente anestesista, in possesso di documentata esperienza e operante nella medesima area dell'emergenza. Qualora abbia già la qualifica di II livello non può essere contemporaneamente responsabile di una Unità Operativa.

Le principali responsabilità organizzative del Direttore / Responsabile di Centrale Operativa sono:

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

Definizione di protocolli operativi interni

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

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

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

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

Elaborazione di programmi di aggiornamento e formazione professionale

Gestione del personale del Sistema 118

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

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

Informazione alla popolazione sul corretto accesso al Sistema 118.

*Medico di Centrale Operativa*

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

Questa figura costituisce un fattore essenziale nella gestione delle controversie di tipo relazionale. Lo status di dirigente medico e di pubblico ufficiale lo qualifica come referente istituzionale per ogni criticità segnalata sia dagli Operatori di Centrale sia dagli equipaggi di soccorso presenti sulla scena dell’evento. Pertanto nei casi non risolti dagli operatori di centrale e comunque nei casi critici, è interlocutore dei medici del Sistema 118 intervenuti sul posto, di quelli non 118 occasionalmente presenti ( Medico di Medicina Generale, Medico di Guardia Medica, Medico in transito), degli appartenenti alle forze dell’ordine presenti sul posto e dei loro superiori, dei Vigili del Fuoco, dei Medici dei Presidi Ospedalieri e della Magistratura ( magistrato reperibile della Procura della Repubblica). Ciò in quanto il bene tutelato in via prioritaria è la vita e l’integrità fisica del cittadino.

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

Gestisce l’evento, anche con il ricorso ai superiori gerarchici di forze dell’ordine, di tecnici e sanitari non collaboranti, nell’ottica della buona riuscita delle operazioni di soccorso.

Gestisce l’ospedalizzazione mirata del paziente in casi di controversia fra equipaggio e operatore di centrale, equipaggio e personale dei Pronto Soccorso, equipaggio e forze dell’ordine, equipaggio e medici curanti.

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

Pertanto al medico di Centrale operativa durante il servizio, competono le seguenti attività:

- Supervisione del Sistema 1.1.8. Provinciale
- Presenza continuativa in Centrale Operativa 1.1.8. durante il turno di guardia
- Supporto alla organizzazione e gestione del trasporto primario.
- Proposta di interventi correttivi del sistema (settorializzazione del territorio, formazione equipaggi, criteri di ospedalizzazione ecc.).
- Supporto clinico ed organizzativo al personale dei mezzi di soccorso, indicazioni comportamentali all’utenza, indicazioni al trattamento nella fase pre-ospedaliera.
- Presenza sulla scena dell’evento, in caso di incidenti presso aziende a rischio di incidenti rilevanti
- Intervento in caso di Maxi-emergenza con ruolo di Direttore dei Soccorsi Sanitari (D.S.S.) o, con altro termine equivalente, Medical Disaster Manager (M.D.M.). (D.P.R. N° 382 del 27.03.1992)
- Passaggio di consegne per iscritto al cambio turno tra i medici di guardia.

## **S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

- Comunicazione al Direttore della Centrale Operativa, per iscritto, in caso di eventi particolari
- Revisione ed adeguamento delle norme di riferimento.
- Formazione costante, confronto clinico ed operativo tra tutti gli operatori;
- Divulgazione e condivisione di Linee Guida con gli altri operatori.
- Verifica dei rapporti tra Sistema 1.1.8. e le rispettive AUSL
- Presenza, su delega del Direttore di Centrale, presso Centro Coordinamento Soccorsi (C.C.S.) in Prefettura o presso altri Centri o Istituzioni

### ***Operatore di Centrale Operativa***

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

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

#### **Competenze**

Conoscenza di:

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

#### **Modalità di comportamento**

L'Operatore deve:

- Comunicare con l'utente di qualsiasi livello culturale e quindi in possesso o meno di appropriato vocabolario linguistico. Durante l'intervista telefonica utilizzare il cognome del chiamante ed il titolo con cui lo stesso eventualmente si è presentato ( ad esempio avvocato, dottore etc) nel caso in cui non si è certi del titolo utilizzare sempre formalmente il: signor..... Usare il "tu" oppure il nome di battesimo può indispettare l'interlocutore dandogli l'impressione che nel caso di situazione di emergenza ha perso la considerazione degli altri e viene trattato con sufficienza e superficialità. Diverso il discorso nel caso in cui la chiamata di soccorso proviene da un bambino. L'utilizzo del nome di battesimo riesce a dare un senso di protezione e avvicina l'operatore al piccolo in difficoltà che non è abituato a sentirsi dare del lei.
- Imprintare il colloquio in modo da evitare impressione di superficialità e provocare un'immediata perdita di fiducia da parte del chiamante che poi si può trasformare in accoglienza negativa o ostile/aggressiva nei confronti dei soccorritori giunti sul posto
- Possedere l'autocontrollo necessario affinché l'atteggiamento dell'utente stesso non determini in alcun modo una sua reazione di conflitto. Il timbro di voce deve dare all'ascoltatore la percezione di essere in contatto con un professionista autorevole, non autoritario, comprensivo e quindi capace di comprendere e risolvere i suoi problemi

- Contenere l'emozionalità dell'utente sia al fine di ottenere le informazioni necessarie per la corretta gestione dell'evento ed eventualmente impartire istruzioni, sia al fine di rassicurare l'utente stesso circa la rapidità dell'eventuale invio di ambulanza, deve cioè assumere di fatto il completo controllo della situazione
- Comunicare con l'utente fino a quando quest'ultimo non ponga fine alla comunicazione o l'operatore non abbia raccolto i dati necessari e sufficienti stabiliti dal protocollo operativo. Nel concludere la telefonata deve rassicurare la persona avvisandola anche da dove arriverà il mezzo di soccorso ed il tempo presunto per l'arrivo.

### **Norme di comportamento**

L'operatore:

- qualora richiesto, deve identificarsi con il proprio numero di codice
- deve escludersi dalla rete telefonica solo per reale necessità, previo avviso ai colleghi.
- deve assolutamente evitare o presumere di esprimere una diagnosi a mezzo telefono ma piuttosto riconoscere quanto grave sia il problema, se si tratta di una situazione pericolosa per la vita del paziente e se l'intervento celere può modificare in senso positivo l'evoluzione della sintomatologia riferita.
- in caso di interlocutore straniero, deve formulare le domande in modo da richiedere risposte semplici, scandire le parole, utilizzare il Manuale Multietnico del Soccorso, in dotazione ad ogni postazione operatore e nel dubbio di non aver ben compreso inviare il mezzo di soccorso dopo aver allertato la forza pubblica.
- durante il servizio indossare la divisa d'istituto, con il cartellino identificativo bene in vista.
- non può allontanarsi dalla Centrale Operativa se non per gravi motivi e previa autorizzazione del Medico di Centrale.
- deve utilizzare le linee telefoniche interne ed esterne strettamente per necessità di servizio evitando l'uso personale delle stesse.
- in virtù delle caratteristiche della Centrale Operativa, deve limitare l'accesso alla Sala Operativa solo per attività di servizio. Gli equipaggi ammessi alla Sala Operativa, devono limitare la loro presenza solo al tempo strettamente necessario a risolvere questioni relative al servizio ed in ogni caso non dovranno interferire con l'attività degli operatori di Sala.
- deve avvalersi della competenza medica di appoggio, sempre disponibile in Centrale Operativa, nei casi dubbi o complicati o nei casi in cui gli viene espressamente richiesto dall'interlocutore istituzionale ( Prefettura, FF.OO, Direzioni Sanitarie etc.).
- deve aggiornare ( incarico del Capoturno) telefonicamente il Direttore di Centrale due volte al giorno ( ore 10:00 e 21:00), se non in servizio o se non personalmente presente in Centrale Operativa, sul lavoro svolto. Eventuali altri casi che esulano l'ordinaria amministrazione devono essere notificati ad horas. Questa attività informativa può essere demandata al Medico di Centrale.

### Operatore di centrale – Cambio Turno

E' statisticamente provato che il momento del cambio turno risulta essere uno dei momenti critici nell'attività di ogni Reparto, Servizio o Divisione. La Centrale Operativa non sfugge a questa regola fissa. Fra l'altro occorre ricordare che i cambi di turno in varie strutture avvengono in genere agli stessi orari, con un maggior traffico di pendolari e conseguente maggiore probabilità di incidenti.

La Centrale Operativa di Coordinamento della Emergenza Sanitaria è costituita da una serie di postazioni sulle quali si avvicendano gli Operatori nel corso delle 24 ore. I turni attualmente in vigore prevedono il cambio all 07.00, alle 14.00, alle 21.00. Per gli Operatori smontanti si prevede l'uscita dal turno alle 07.20, alle 14.20 alle 21.20. La sovrapposizione dei 20 minuti su entrambi i turni è determinata da una serie di esigenze tra le quali, prioritarie, quella di non lasciare sguarnita la postazione nella fase critica del cambio e quella di consentire ai due turni di affiancarsi per la trasmissione delle notizie relative agli eventi già trascorsi e per le indicazioni per eventi ancora in corso( avarie TAC, etc) .

Pur comprendendo la esigenza di riposo per chi abbia lavorato nel turno precedente e la difficoltà per chi monta per entrare "in carburazione" appare chiara la necessità di modulare le proprie forze per conferire l'importanza dovuta ai 20 minuti di presenza congiunta degli operatori.

**Non è assolutamente prevista la possibilità di by-passare** la trasmissione delle consegne per la **esigenza inderogabile** di dare continuità al contenuto dei vari turni di servizio.

Le consegne vanno fatte ad personam, in modo puntuale e preciso. Tutte le consegne, peraltro devono essere trascritte sul software di Centrale e quindi a disposizione di tutti gli operatori.

Se infatti può essere evitata la trasmissione di notizie relative ad interventi che non abbiano presentato alcuna anomalia nel corso del loro svolgimento, certamente deve essere riferita al turno montante ogni notizia relativa ad interventi che abbiano suscitato discussioni, contrapposizioni e/o problemi di ogni genere. Vanno al tempo stesso trasmesse tutte le notizie relative ad interventi ancora in corso che siano stati avviati dal turno smontante ma che vedranno la loro conclusione presumibilmente nel turno successivo.

Le notizie degne di nota relative ad interventi già conclusi e/od ad operazioni ancora in corso di svolgimento devono essere trasmesse per postazione.

Vale a dire: se la postazione N° 1 presidiata dall'operatore XY ha gestito o sta gestendo un evento, al momento del cambio deve trasferire all'operatore Caio tutto quanto può essere utile per riferire al **Direttore di Centrale** su casi particolari e/o per continuare la gestione di un evento in corso, sempre dalla stessa postazione, ma evidentemente con l'Operatore successivo.

Le **postazioni** devono essere **sempre** perfettamente **in ordine** ed è compito dell'Operatore smontante lasciare la postazione in perfetta efficienza al collega montante. Gli Operatori che lasciano le rispettive postazioni devono rimuovere pezzi di carta, appunti, materiale di cancelleria provvedendo a riporre ogni elemento nei contenitori o nei cassetti del tavolo da lavoro.

Monitors e tastiere devono essere controllate e ripulite seguendo le indicazioni fornite dalle case costruttrici.

In sostanza si deve evitare l'impressione di una postazione disordinata, sporca, "stanca". L'Operatore che subentra al collega del turno precedente deve "ereditare" una postazione, pulita, ordinata, "fresca".



**PERSONALE OPERANTE IN CENTRALE OPERATIVA AL MOMENTO DELLA PUBBLICAZIONE**

Personale Medico

MD. Gaetano Dipietro  
MD. Alessandra Agostini  
MD. Angela Ivana Bruno  
MD. Antonio Lambo  
MD. Anna Maria Natola  
MD. Mercedes Panza  
MD. Antonio Puzzovio  
MD. Teresa Radicione

Operatori di Centrale - Dottori in Scienze Infermieristiche

Coordinatore degli infermieri: Cesare Calamita

Attaianese Luigi  
Buttari Orazio  
Ceci Maria Paola  
Conti Giuseppe  
D'Addato Antonio  
Del Vecchio Piero  
Disabato Anna  
Florio Angela  
Fusaro Maria Grazia  
Giampietro Giovanni  
Grittani Anna Rosa  
Guardavaccaro Antonio  
Loprieno Mariangela  
Macchia Carmela  
Marrano Carmela  
Michielli Michele  
Milone Giuseppe  
Mongelli Francesca  
Napolitano Francesca  
Paccione Maria  
Pietrocola Emanuele  
Quarto Leonarda  
Recchia Sergio  
Ricchiuti Lucia  
Sannelli Giuseppe  
Spagnuolo Filippo  
Stradiotti Dominga  
Villani Monica  
Zella Marilisa

Collaboratore amministrativo: Dott. Avv. Laura Saracino

Supporto Informatico: Dott. Ing Giovanni Savoia

**MEDICI REFERENTI ASL CON LA C.O.118 BARI-BAT**

MD. Dibello Antonio- Direttore f.f.118 ASL Bari  
MD. Iacobone Donato- Referente 118 ASL BAT

Medici Coordinamento 118 ASL BT-:

MD. Franca Errico  
MD. Matteo Salzo  
MD. Giuseppe Vapore

Medici Referenti d'Area:

MD. Valerio Teresa -	Ref.Area 1
MD. Palmisano Margherita -	Ref.Area 2
MD. Ladisa Roberta	Ref.Area 3
MD. Gaballo Nicola -	Ref.Area 4
MD. Ficocelli Vidello -	Ref.Area 5
MD. Nacci Grazia -	Ref.Area 6
MD. Foglia Michele -	Ref.Area 7
MD. Mallardi Anna –	Ref.Area 8

Coordinatore degli infermieri ASL BA:  
Domenico Liberio

Coordinatore degli infermieri ASL BT:  
Giovanni Abatecola  
Francesco Paolo Maffei

## **MEZZI DI SOCCORSO**

Gli Equipaggi che operano sulle unità mobili di Soccorso devono essere disponibili per la partenza immediata e non devono assolutamente allontanarsi dalla zona di settorizzazione stabilita secondo pianificazione regionale. Per nessun motivo è possibile distrarre il mezzo di soccorso dall'attività in emergenza per la quale è preposto in via prioritaria ed esclusiva. Qualora sia necessario lasciare la postazione (rifornimento carburante, farmaci etc.) solo dopo aver ricevuto autorizzazione da parte della Centrale operativa, che effettua a registrazione evento, l'equipaggio al completo e sempre in modalità operativa procede all'operazione per cui è stata autorizzata. Il Team leader si assicura di essere sempre nella condizione di essere contattato telefonicamente dalla Centrale Operativa.

### **COMPORAMENTI DURANTE INTERVENTI DI EMERGENZA-URGENZA**

E' difficile stabilire standard comportamentali per ogni procedura di soccorso sanitario, perché la variabilità delle situazioni e degli scenari impone una sorta di "flessibilità comportamentale" tipica di una equipe ben formata ed affiatata. La sicurezza e padronanza nelle procedure di soccorso è il risultato di un bagaglio culturale e di esperienza specifica accumulata "sul campo".

Ogni equipe, in particolare nell'ambito del volontariato, deve individuare una figura di riferimento (LEADER) al suo interno che, non volendo rappresentare mera allocazione gerarchica, deve essere riconosciuta e condivisa. Il leader, deve coordinare il soccorso, poter prendere decisioni immediate, mantenere la calma e dimostrare continuamente padronanza delle procedure. Il leader deve, inoltre, possedere notevole esperienza, tale da poter gestire situazioni diverse, anche le più imprevedibili.

E' indispensabile, comunque, che ogni membro dell'equipaggio sia formato in modo teorico-pratico all'emergenza sanitaria e che sia affiatato all'interno del gruppo. Ogni soccorritore deve possedere un ruolo in relazione alle competenze ed alla esperienza individuale e deve orientare i comportamenti alla efficienza ed efficacia delle procedure.

Possibili composizioni dell'equipaggio di soccorso della Postazione "118"

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

- 1) Equipaggio : 1 autista-soccorritore convenzionato ASL + 1 soccorritore volontario + 1 infermiere dipendente + 1 medico "118"convenzionato ASL (Mike);
- 2) Equipaggio : 1 autista-soccorritore dipendente ASL o convenzionato + 1 infermiere dipendente + 1 medico "118"convenzionato ASL (Automedica);
- 3) Equipaggio : 1 autista-soccorritore convenzionato ASL + 1 socc.volontario + 1 infermiere dipendente (India)
- 4) Equipaggio : 1 autista-soccorritore volontario + 1 socc.volontario\*(Victor)

## **S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

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

L'equipaggio del volontariato è costituito da minimo due operatori abilitati al soccorso:

Un autista-soccorritore

Un soccorritore

Nel rispetto delle leggi di tutela del personale, i carichi (zaino, defibrillatore, barella, etc.) durante gli interventi di soccorso devono essere ripartiti in maniera omogenea tra tutti i soggetti che compongono la squadra di soccorso (es. medico, infermiere, autista e soccorritore per le squadre di soccorso medicalizzate – postazioni MIKE).

Durante il viaggio, nella fase di avvicinamento al paziente, in ambulanza il medico e l'autista si siedono nel vano anteriore, infermiere e soccorritore nel vano sanitario.

Dopo aver prelevato il paziente il medico e l'infermiere sono nel vano sanitario, l'autista ed il soccorritore nel vano anteriore.

Per situazioni particolari, su espressa volontà del medico, il soccorritore può assistere il paziente insieme al medico ed all'infermiere.

**NORME GENERALI DI COMPORTAMENTO DEGLI OPERATORI DURANTE IL SOCCORSO**

Oltre all'adeguata preparazione, differenziata per ruoli, durante l'attività di soccorso è bene tenere a mente alcune norme comportamentali che migliorano la performance dell'intero equipaggio.

Prepararsi durante l'avvicinamento al luogo dell'evento, controllare il materiale e suddividersi i compiti in base alle notizie avute dalla Centrale Operativa, sicuramente contribuisce ad operare con calma senza lasciar trapelare, alla persona da soccorrere o agli astanti, le proprie emozioni. Ciò contribuirà a rassicurare chi percepisce la professionalità degli operatori e minimizzerà l'isteria provocata dal dolore o dalla preoccupazione che si trasforma in atteggiamenti aggressivi.

La distribuzione dei compiti è appannaggio del Team Leader e comprende anche un "ripasso" della sequenza logica degli atti da compiere da ogni soccorritore in base al determinato scenario.

Per quanto riguarda l'immagine dell'equipaggio di soccorso si rammenta che lo stesso nella sua interezza rappresenta agli occhi della cittadinanza il Sistema Sanitario Nazionale, Regionale, l'ASL con cui si è in regime di convenzione e per i volontari anche l'Associazione di cui vestono l'uniforme e di cui portano il distintivo.

Pertanto risulta disdicevole operare con l'uniforme in disordine e con l'utilizzo di un linguaggio inadeguato al ruolo che si ricopre ( esercenti attività di pubblica necessità o pubblico servizio o con la qualifica di pubblico ufficiale)

Lo stesso dicasi per l'utilizzo di soste improprie davanti a locali di svago o ristoro, consci che poi ogni ritardo in un soccorso, verificatosi magari a 100 chilometri di distanza, evoca nell'immaginario collettivo una disattenzione alle esigenze della cittadinanza, perché impegnati in altre attività.

Il cartellino identificativo anche per il personale 118 è obbligatorio e lo stesso va tenuto bene in vista appuntato sull'uniforme.

Critiche, discussioni, eventuali problemi insorti fra i vari componenti dell'equipaggio vanno espresse sempre in assenza dei pazienti o di astanti/familiari.

L'uso del telefono fisso di postazione e del fax per le postazioni dotate di tale strumento, deve essere riservato esclusivamente, anche in ricezione, a comunicazioni di servizio.

La sede della postazione, all'interno di presidi ospedalieri, poliambulatori etc, è locale di pertinenza della ASL e pertanto come tale deve essere trattato quindi con la limitazione di accesso ad estranei ed evitando altri usi se non quello per cui viene assegnato.

A tutela della ASL, dell'Associazione, della privacy dei cittadini coinvolti, del Sistema 118, occorre astenersi dall'effettuare dichiarazioni pubbliche che possano ingenerare nella popolazione senso di sfiducia nel Sistema di tutela della salute in caso di emergenza urgenza.

Nel caso in cui da parte dei Media vengano riportate notizie inesatte in merito all'attività del Sistema, di un intero equipaggio, di un singolo soccorritore, va informato il direttore della Centrale Operativa, che in accordo con la Direzione strategica dell'ASL valuterà di volta in volta l'opportunità di intervenire con comunicato ufficiale.

Per la piena operatività di tutte le postazioni 118 della provincia, si fa riferimento alle seguenti modalità operative:

**1 ) Rifornimenti** di farmaci, e altro materiale di tipo sanitario, vanno richiesti su apposito modulo dall'infermiere in turno una volta alla settimana. Le richieste vanno presentate al coordinamento per la relativa autorizzazione.

**2 ) Riparazione** di guasti meccanici /elettrici del mezzo di soccorso che permettono la marcia e l'utilizzo del mezzo vanno autorizzati dalla Centrale Operativa.

*Evitare di chiamare la Centrale Operativa quando si è già dal meccanico o elettrauto.* La dichiarazione di mezzo fuori uso è di esclusiva pertinenza della Centrale Operativa.

**3 ) Riparazione** di guasti meccanici /elettrici del mezzo di soccorso che **NON** permettono la marcia e quindi l'utilizzo del mezzo vanno immediatamente segnalati alla Centrale Operativa. Dal momento della chiamata in Centrale Operativa, che provvede ad avvisare il responsabile dell'Associazione in convenzione proprietaria del mezzo, decorrono le due ore di tempo previste e concordate in sede di convenzione per la messa a disposizione del mezzo sostitutivo.

Le operazioni di sostituzione del mezzo ( trasbordo borsoni, DAE, e quant'altro necessario) non possono superare i trenta minuti di tempo.

Il personale sanitario medico e/o infermieristico può essere spostato per il tempo necessario al cambio mezzo, su altre postazioni su disposizione della Centrale Operativa in base alle necessità contingenti,

**4 ) Il lavaggio** programmato del mezzo di soccorso deve essere concordato con la Centrale Operativa. Va evitato l'orario di maggiore attività dei mezzi di soccorso. Non può essere ammesso per più di una postazione per volta per zone viciniori.

**5 ) Il rifornimento** di carburante deve essere effettuato nel minor tempo possibile. Deve essere concordato con gli operatori di Centrale che autorizzeranno ad effettuare l'operazione esclusivamente con equipaggio al completo e sempre operativo.

Gli operatori di Centrale trascrivono su apposito registro, per singolo mezzo di soccorso, data e orario del rifornimento. Copia del registro può essere richiesta dai rispettivi presidenti delle Associazioni di volontariato.

**6 ) le operazioni** di manutenzione programmata ( cambio olio, cambio gomme, revisione mezzo o altre attività riconducibili) devono essere concordate con il Coordinamento 118 e debitamente autorizzate dalla Centrale Operativa. Le stesse vengono effettuate in regime di "mezzo sostitutivo".

**7 ) la responsabilità** del buon funzionamento del telefono cellulare in dotazione, compito del Team leader, impone la costante verifica della copertura di rete e dell'efficienza in generale. Impone altresì la pronta comunicazione alla Centrale Operativa di stato di avaria dello stesso. La Centrale Operativa provvederà ad avvisare il Coordinamento per avviare la procedura di sostituzione e/o riparazione dell'apparecchio, o provvedendo all'immediata sostituzione in caso di avaria durante i turni notturni e festivi.

Le stesse regole valgono per il tablet in dotazione e relativo dispositivo per eseguire ECG a 12 derivazioni.

Si consiglia caldamente l'utilizzo di auricolare, al fine di poter continuamente dialogare con la Centrale Operativa anche durante le operazioni di soccorso evitando

## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

così l'impressione, negli astanti, di atteggiamenti superficiali o quantomeno distratti nell'adempimento del proprio lavoro.

E' opportuno comunicare cautelativamente il numero di cellulare del Team Leader in modo che la Centrale Operativa possa sempre raggiungere il mezzo di soccorso senza gravare sulle spese del Team Leader. Si ricorda che in caso di completo **non** funzionamento del cellulare, la scheda telefonica può eccezionalmente essere installata su un qualunque telefono cellulare .

**MEDICO DELLA POSTAZIONE TERRITORIALE**

Al medico delle postazioni territoriali competono le seguenti attività:

1. Interviene a bordo del mezzo di soccorso sul luogo dell'evento supervisionando l'attività di cui è responsabile.
2. E' responsabile delle comunicazioni con la Centrale 118 (gestione del telefono cellulare e del tablet che consente sia la ricezione degli alert relativi agli interventi di soccorso sia la comunicazione con la Centrale di Telecardiologia per invio e refertazione degli ECG)
3. All'inizio del turno, coadiuvato dall'infermiere, controlla il funzionamento delle apparecchiature presenti sul mezzo, controlla le scorte e la scadenza dei farmaci, curando le richieste, il reintegro e/o la sostituzione di quanto mancante.
4. Se inviato con automedica, in supporto di mezzo non medicalizzato, valuta, tratta, stabilizza e assiste il paziente. Poi se a suo giudizio le condizioni del paziente lo permettono, affida lo stesso all'equipaggio che ne aveva richiesto l'intervento e, immediatamente operativo, rientra in postazione di servizio. Nel caso contrario medicalizza il mezzo di soccorso India o Victor e accompagna il paziente fino in ospedale.
5. Se interviene con mezzo di soccorso medicalizzato in ausilio di un mezzo di soccorso non medicalizzato, valuta, tratta, stabilizza e assiste il paziente. Poi se a suo giudizio le condizioni del paziente lo permettono, affida lo stesso all'equipaggio che ne aveva richiesto l'intervento e, immediatamente operativo, rientra in postazione di servizio. Nel caso contrario medicalizza il mezzo di soccorso India e accompagna il paziente fino in ospedale. Il mezzo di soccorso da cui è sceso, divenuto India, segue la prima ambulanza per recuperare il Medico ed eventualmente l'infermiere presso il P.O di destinazione, oppure rientra in postazione, seguendo le indicazioni della Centrale Operativa. Recupererà il personale sanitario non appena questo avrà completato l'evento assegnatogli.
6. In caso di eventi con vittime multiple esegue triage per determinare priorità di intervento.
7. Interviene nelle maxiemergenze effettuando triage (coadiuvato dall'infermiere) e avviando l'organizzazione dei soccorsi, di cui resta responsabile fino all'arrivo di altro medico responsabile dei soccorsi, appositamente inviato dalla Centrale Operativa (D.S.S.)
8. Trasmette al collega subentrante le consegne e lo informa circa le eventuali anomalie riscontrate.
9. Deve conoscere e rispettare i protocolli operativi della Centrale Operativa "118". Deve altresì impegnarsi affinché tali norme vengano rispettate dagli altri operatori coinvolti nel servizio.
10. Svolge attività di istruzione e didattica a favore degli altri componenti dell'equipaggio
11. E' responsabile delle comunicazioni telefoniche e/o radio.



**INFERMIERE DELLA POSTAZIONE TERRITORIALE**

All'infermiere delle postazioni territoriali competono le seguenti attività:

1. In assenza del medico a bordo dei mezzi, coordina il soccorso sanitario. Esplica, durante il soccorso sanitario, le prestazioni derivanti dalla propria preparazione professionale.
2. E' responsabile delle comunicazioni telefoniche e/o radio;
3. In assenza del medico, controlla il funzionamento degli apparecchi elettromedicali e la disponibilità dei farmaci, reintegrando gli stessi dopo ogni missione. (secondo le Check List). E' infatti responsabile della gestione sanitaria dell'intervento
4. Assieme all'autista e congiuntamente al resto dell'equipaggio, verifica, l'efficacia ed efficienza dei presidi sanitari e medico-chirurgici in dotazione all'ambulanza
5. Verifica la pulizia e la disinfezione del modulo sanitario effettuata dal personale di supporto (soccorritore e autista-soccorritore).
6. Trasmette al collega subentrante le consegne e lo informa circa le eventuali anomalie riscontrate.
7. Negli eventi con vittime multiple e nelle maxiemergenze interviene per le operazioni di triage
8. Collabora con il medico del P.M.A. nell'assistenza e nell'evacuazione delle vittime.
9. Svolge attività di istruzione e didattica a favore degli altri componenti dell'equipaggio
10. Deve conoscere e rispettare i protocolli operativi e le regole impartite dal Dirigente Medico Responsabile della Centrale Operativa "118". Deve altresì impegnarsi affinché tali norme vengano rispettate dagli altri operatori coinvolti nel servizio

**DURANTE IL SOCCORSO**

L'infermiere può somministrare farmaci solo su disposizione del medico.

1. Il personale che viaggia a bordo di un mezzo di soccorso, nella fase di raggiungimento del luogo dell'evento, deve indossare la cintura di sicurezza. È esentato il personale di assistenza al paziente durante il rientro in ospedale.
2. Durante il soccorso è obbligatorio l'uso dei guanti.
3. Nel caso si soccorra un paziente infetto o ricoperto da sostanze tossiche è anche opportuno l'uso di D.P.I tipo mascherina e occhiali protettivi.
4. Non può formulare diagnosi né accertare e certificare il decesso
5. In caso di paziente con dolore toracico o equivalenti ischemici esegue ECG con trasmissione alla Telecardiologia.

**SOCORRITORE VOLONTARIO DELLA POSTAZIONE TERRITORIALE**

Fa parte integrante dell'equipaggio del mezzo di soccorso.

Il volontario per far parte delle postazioni convenzionate e operare sui mezzi di soccorso deve aver ricevuto una formazione specifica e deve essere in grado di comprendere le disposizioni impartite dal personale sanitario. In forza della convenzione stipulata fra l'AUSL e l'Associazione i volontari svolgono un pubblico servizio e di conseguenza giuridicamente sono qualificati come incaricati di pubblico servizio. A tale qualifica è strettamente connessa la possibilità di commettere alcuni delitti contro la pubblica amministrazione (violazione di doveri, obbligo di denuncia etc). Ciò impone un comportamento sempre improntato alla massima correttezza.

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

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

La sua condotta, in casi particolari può essere ipotizzata come esercizio abusivo di professione sanitaria (medica o infermieristica).

**Può**

rilevare parametri vitali (respiro, polso)

Eseguire manovre rianimatorie di base, se opportunamente formato ( BLS/D )

Immobilizzare fratture

Praticare emostasi

Proteggere ferite

Trasportare un malato/ferito

**Deve**

Sottrarre un malato/ferito da imminenti situazioni di pericolo ( salvataggio)

Tutelare la privacy del malato/ferito

N.B.

In caso di mezzo di soccorso Victor

E' responsabile delle comunicazioni telefoniche e/o radio;

In assenza di medico e infermiere, controlla il funzionamento degli apparecchi di comunicazione, elettromedicali e la disponibilità dei farmaci, reintegrando gli stessi dopo ogni missione. (secondo le Check List).

Assieme all'autista cura la pulizia e l'efficienza del mezzo di soccorso (modulo sanitario).

Trasmette al collega subentrante le consegne e lo informa circa le eventuali anomalie riscontrate.

Nelle maxiemergenze interviene per le operazioni di triage e trasporto al P.M.A..

Attua la raccolta e smaltimento dei rifiuti normali e speciali rispettando la normativa antinfortunistica.


Collabora con medico e infermiere in caso di intervento dell'automedica eseguendo quanto da loro richiesto nelle manovre di soccorso e salvataggio; può in base al numero di persone a bordo del mezzo Victor, in caso di trasbordo di medico e infermiere sul mezzo di soccorso e di assenza di autista di automedica, se munito di patente e su autorizzazione del medico, mettersi alla guida dell'automedica e seguirla fino al presidio ospedaliero di invio.

## **S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

Deve conoscere e rispettare i protocolli operativi interni impartiti dal Dirigente Medico Responsabile della Centrale Operativa “118”. Deve altresì impegnarsi affinché tali norme vengano rispettate dagli altri operatori coinvolti nel servizio.

Deve indossare guanti, mascherina e occhiali protettivi sia durante il soccorso che nella successiva fase di pulizia dell'ambulanza.

Nei contatti telefonici con la Centrale e con l'utenza utilizza sempre un linguaggio e un atteggiamento consono al ruolo di esercente attività di pubblica necessità ed evita atteggiamenti che possono provocare disdoro sia alla divisa sociale che indossa sia alla Azienda Sanitaria Locale convenzionata con l'Associazione di volontariato di cui è membro attivo.



**AUTISTA DEL MEZZO DI SOCCORSO**

**All'autista delle postazioni territoriali competono le seguenti attività:**

1. Partecipa al soccorso con funzioni, fondamentalmente, di guida dell'automezzo, di cui è responsabile.
2. Controlla il buon funzionamento del mezzo di soccorso, segnalando eventuali problemi e disfunzioni, suggerendo modifiche o migliorie da apportare.
3. E' responsabile della pulizia del vano guida del mezzo in dotazione e al bisogno collabora con l'equipaggio per la pulizia dello stesso.
4. Qualora richiesto dal medico o in sua assenza dall'infermiere, collabora attivamente nell'espletamento del soccorso sanitario ricevendo precise indicazioni.
5. Trasmette al collega del turno successivo le consegne e segnala le eventuali anomalie riscontrate.

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

I dispositivi di allarme utilizzabili sono: sirena e lampeggianti blu

1. In caso di necessità dichiarata dal medico o in sua assenza dall'infermiere, l'autista adotterà la **Massima velocità sicura** ovvero l'andatura più veloce consentita, senza esporre il mezzo a rischio di incidente
2. In assenza di rischi per la vita del paziente, dichiarata dal medico o in sua assenza dall'infermiere, l'autista adotterà la **Massima prudenza**: ovvero procederà a velocità moderata, di norma nel rispetto dei limiti di velocità e delle segnalazioni di precedenza .
3. I dispositivi di emergenza sono finalizzati ad ottenere priorità di transito senza costituire un diritto assoluto.

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

codice	Significato/ Necessità di riduzione dei tempi	Comportamento
<b>ROSSO</b>	Emergenza / Assoluta	sirena e lampeggianti – massima velocità sicura
<b>GIALLO</b>	Urgenza / Opportuna	sirena e lampeggianti – massima prudenza
<b>VERDE</b>	Differibile / Relativa	senza dispositivi di allarme (solo in caso di necessità dichiarata alla o dalla C.O.)
<b>BIANCO</b>	Programmato / Nessuna	taxi sanitario (nessun dispositivo di allarme. Codice di invio non previsto)

**Disposizioni pratiche**

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

**CAMBI-TURNO DI TUTTO IL PERSONALE MEDICO 118**

La Centrale Operativa riceve mensilmente i turni preventivi dei medici delle postazioni territoriali 118. Su quelli fa affidamento sia in merito alla medicalizzazione dei mezzi di soccorso sia sulla composizione dell'equipaggio.

I cambi-turno che riguardano il personale del 118 Bari, devono portare la firma ed in stampatello il nome e il cognome di chi effettua e di chi riceve il cambio turno (previa compilazione relativa modulistica);

devono essere preventivamente comunicati ai Medici Referenti d'Area della ASL BARI e della ASL BAT (preferibilmente due giorni prima del cambio) che li trasmetteranno rispettivamente al Coordinamento 118 della ASL BARI e della ASL BAT il quale, dopo averli autorizzati, li invierà alla Centrale Operativa 118 (fax 080.5564211) e a chi di competenza per relativa contabilizzazione/liquidazione.

Per qualunque problema medico-legale, richiesta di magistrato o altro verrà contattato il Coordinamento 118 ASL che comunicherà turno definitivo.

## PRESENZA DI ESTRANEI IN SALA OPERATIVA

La Sala Operativa è la parte di Centrale Operativa in cui viene svolto il lavoro di dispatch, e l'invio dei mezzi di soccorso. Per consentire un lavoro più agevole a chi è impegnato a gestire le operazioni di soccorso, questa sala è inibita ad ogni persona estranea.

Possono accedere alla sala operativa:

1. gli operatori in turno
2. il medico di centrale in turno di guardia
3. il coordinatore degli infermieri
4. il tecnico informatico per le attività necessarie al buon funzionamento del sistema
5. il personale di supporto alla segreteria limitatamente alle attività connesse al regolare funzionamento della centrale
6. gli specializzandi regolarmente assegnati alla centrale operativa limitatamente al periodo e alla fascia oraria programmata e mai più di uno per turno
7. gli studenti di scienze infermieristiche assegnati alla centrale operativa limitatamente al periodo e alla fascia oraria programmata e mai più di uno per turno
8. il direttore di centrale.

Per quanto riguarda il personale dei mezzi di soccorso, in caso di necessità e se non altrimenti possibile, l'accesso è consentito solo ad una persona, preferibilmente il capo equipaggio. Tutte le altre attività, colloqui, informazioni, prenotazione corsi etc devono essere condotte negli altri locali della Centrale Operativa.

Eventuali accessi alla Sala Operativa, visitatori, giornalisti, corsisti, studenti etc, ammessi solo in casi eccezionali, devono essere autorizzati dal Direttore o in sua assenza dal Medico di Centrale. I nominativi saranno segnalati in un apposito registro di cui sarà responsabile il capo turno degli operatori

La responsabilità dell'osservanza di tale disposizione è demandata al medico di centrale.

## TUTELA DELLE RISORSE DI SISTEMA

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

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

Procurata inutilizzabilità dei mezzi di soccorso

Rifiuto di collaborazione

Illecito rifiuto di prestazione d'opera - Omissione di soccorso (art.593 c.p.) e omissione di atti di ufficio (art.328 c.p.)

Danneggiamento dei sistemi di soccorso (impianti, sistemi informatici e/o telematici, reti)

Procurato allarme

Interruzione di pubblico servizio

Lesioni personali colpose (art. 590 c.p.)

Violazione del segreto professionale

Violazione del segreto d'ufficio

Violazione della privacy e dei dati sensibili

## COMUNICAZIONI CON I MEZZI DI SOCCORSO

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

-N.1 Telefono Cellulare;

-N.1 Tablet per la ricezione degli alert relativi agli interventi di soccorso e l'esecuzione/invio ECG a 12 derivazioni alla Centrale di Telecardiologia (Helis).

-N.1 Telefono Fisso per Postazione.

I mezzi di soccorso coordinati dalla Centrale Operativa BARI SOCCORSO, sono muniti di **apparati di telefonia cellulare** “chiusi”. Devono consentire infatti esclusivamente i collegamenti fra:

mezzo di soccorso e Centrale Operativa

mezzo di soccorso e Telecardiologia

mezzo di soccorso e Coordinamento 118

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

Per le ambulanze **MIKE** il Team Leader è il medico;

per le ambulanze **INDIA** il Team Leader è l'infermiere;

per le ambulanze **VICTOR** (al momento non più presenti nell'attività ordinaria 118 ma esclusivamente nei grandi eventi, feste patronali,etc.) il Team Leader è il soccorritore individuato dall'Associazione di Volontariato.

Ogni mezzo di soccorso è inoltre munito di **tablet** su cui viene inviato per via telematica con un “ALERT” il dispatch della chiamata di soccorso effettuato dall'operatore di Centrale e su cui è possibile compilare la scheda ambulanza per ogni paziente.

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

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

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

In tal caso il referto del paziente sarà compilato su apposito materiale cartaceo di scorta.

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

Nel caso in cui oltre al terminale portatile la postazione 118 sia dotata di apparato fisso sul mezzo di soccorso, la comunicazione può venire demandata all'autista.

**Importante che ci sia la certezza dell'avvenuta comunicazione dei vari passaggi obbligatori.**



## **AVARIA LINEE TELEFONICHE**

In caso di avaria della linea telefonica registrata si potranno usare linee esterne comunicate ad horas dalla Centrale Operativa

Procedura di emergenza in caso di avaria.

La Centrale Operativa dovrà :

- contattare supporto tecnico ISED;
- contattare coordinamento Bari-Bat al fine di recuperare rapidamente numeri telefonici del personale in servizio (N.B. nella cartella condivisa C.O.118 alla voce “avaria linee telefoniche” si può recuperare elenco postazioni con relativi numeri telefonici);
- avvisare le seguenti istituzioni: Centrali Operative 118 della Puglia, 112, 113, 115, Prefettura, Centralino del Policlinico.

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

**GESTIONE RICHIESTA DI SOCCORSO ERRONEAMENTE INSTRADATA SU 118 BARI (ZONE CONFINANTI)**

Può accadere che una richiesta di soccorso proveniente da frazione, paese, città appartenente al territorio gestito da una **Centrale Operativa** possa essere instradata per una non perfetta canalizzazione del traffico telefonico verso una Centrale Operativa limitrofa ma non competente.

In questo caso risulta **estremamente importante l'intervista telefonica** attraverso la quale ottenere tutte le informazioni utili alla gestione dell'intervento. E' pur vero che la tecnologia utilizzata per gli impianti telefonici consente il trasferimento della chiamata direttamente alla Centrale Operativa competente per territorio ma è anche vero che un malfunzionamento delle apparecchiature o una sopraggiunta difficoltà tecnica o una non perfetta padronanza delle apparecchiature da parte dell'operatore in turno, potrebbe determinare la perdita del contatto telefonico prima che questo possa essere rilevato dalla Centrale Operativa competente, e prima che possa essere rilevato e registrato il numero della utenza telefonica dalla quale la richiesta è effettuata.

In sostanza potrebbe verificarsi una *“perdita”* dell'interlocutore in una fase di possibile concitazione da parte del *“chiamante”* e di possibile *“stress”* psicologico dell'operatore ricevente.

D'altra parte una attenta valutazione attraverso l'intervista telefonica dovrebbe consentire una *“oggettiva”* ipotesi di patologia prevalente con relativo livello di criticità e una conseguente *“oggettiva”* risposta in termini di uomini e mezzi che a parità di valutazione dovrebbe essere identica per l'una o per l'altra Centrale Operativa.

In altri termini se separatamente dovesse pervenire ad entrambe le Centrali la stessa richiesta e dovessero dalle interviste telefoniche scaturire le stesse considerazioni, le due Centrali Operative dovrebbero decidere di inviare la stessa risposta. Sono da evidenziare anche le seguenti considerazioni:

- E' opportuno e doveroso che la **Centrale Operativa** competente per territorio venga informata perché possa gestire in proprio l'evento.
- E' **obbligatoria e prioritaria** la **esigenza di soccorso del paziente**.
- E' opportuno **raccogliere in prima battuta** la richiesta di soccorso catturando tutte le informazioni utili. Non invitare l'interlocutore a richiamare: non servirebbe, infatti, riformulare il **118** in quanto si avrebbe una seconda canalizzazione errata della telefonata. Né è pensabile di fornire recapiti telefonici di altro tipo connessi alla Centrale Operativa competente per territorio. Da non sottovalutare peraltro i già citati problemi legati alla reazione del *“chiamante”* che sarebbe solo irritato da ritardi di qualsiasi genere con la induzione di una indisponibilità maggiore a fornire notizie e spiegazioni al successivo operatore che dovesse assisterlo durante la seconda richiesta di aiuto.

Si è deciso di rispettare la procedura fin ad ora seguita e cioè di far gestire l'evento alla Centrale Operativa competente per territorio.

## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

L'operatore di Centrale che riceve la chiamata di soccorso appena si accorge che la stessa proviene da una zona di competenza di altra Centrale procede nel seguente modo:

- Provvede ad informare l'utente della necessità di rimanere in linea in quanto sta procedendo a "girare la chiamata alla Centrale Operativa competente", citandone anche il nome (esempio: resti in linea lo sto passando la Centrale 118 di Foggia).

- Chiama la Centrale Operativa competente per territorio fornendole tutti i dati rilevati attraverso l'intervista telefonica e trasmette il **numero della utenza telefonica** del "*chiamante*", dell'indirizzo preciso e di tutti i dati che potrebbero essere di grande aiuto alla Centrale Operativa che subentra.

(Rif. Prot.58974/CO del 29/07/2014 e successive integrazioni)

## MODALITÀ E GESTIONE DELLE RICHIESTE DI SOCCORSO SANITARIO

L'operatore di Centrale, attraverso la scheda di Soccorso in uso nella Centrale Operativa, compie un'intervista telefonica all'utente ottenendo le seguenti informazioni necessarie per la gestione dell'intervento:

- luogo (comune e via) e qualunque altra informazione utile all'identificazione del luogo dell'evento (scuole, monumenti, chiese, banche, distributori di benzina sicuramente sono utili riferimenti per gli equipaggi dei mezzi di soccorso)
- nome del chiamante e dell'infortunato (attenzione al nominativo del chiamante e a quello scritto sul citofono, molte volte non c'è corrispondenza)
- numero di telefono del chiamante
- motivo della chiamata (*malore, evento traumatico, incidente stradale*)

**NB!!! L'utilizzo della teleconferenza è ammesso solo per attività di emergenza. L'operatore di Centrale rifiuterà cortesemente ma fermamente ogni richiesta da parte di chiunque, di essere messo in contatto con un membro di un qualunque equipaggio di Bari Soccorso.**

**In caso di richiesta, oltre al diniego di cui sopra, potrà contattare, se la situazione globale risulta tranquilla, il mezzo di soccorso comunicando il nominativo di chi chiede il contatto telefonico, invitandolo ad utilizzare il telefono personale. Ogni deroga a tale disposizione oltre a violazione di protocollo, costituisce pericolo per il sistema di emergenza urgenza in quanto la Centrale operativa, in caso di necessità non riuscirà a contattare immediatamente il mezzo di soccorso perché impegnato in altra conversazione.**

## TEMPO MEDIO DELL'INTERVISTA


**60 secondi.**

Il protocollo utilizzato dagli operatori di centrale si basa sul principio di ottenere in circa 1 minuto tutte le informazioni necessarie per determinare il giusto livello di risposta e fornire all'utente le "istruzioni pre-arrivo" dell'ambulanza ( Manuale Dispatch a parte).


Il limite dei sessanta secondi va considerato come un obiettivo e non come limite assoluto. Nell'eventualità di ulteriori richieste di soccorso da parte di altri utenti l'intervista telefonica non dovrebbe superare i 120 secondi.

MALORE

**1. VALUTAZIONE PARAMETRI VITALI PRIMARI:**

Il Paziente		Risponde alle domande? Sì----No----Male Respira? Sì----No----Male
-------------	---	--

**2. VALUTAZIONE PARAMETRI VITALI SECONDARI:**

Il Paziente		Perde sangue? No----Poco----Molto Riesce a stare in piedi? No----A stento----Sì Riesce a camminare ? No----A stento----Sì E' pallido? Sì----No E' sudato? Sì----No Ha dolore? Sì----No
-------------	---	---

EVENTO TRAUMATICO

- Precipitazione ( da altezza superiore a 3 metri)
- Caduta al suolo
- Ferita da arma da fuoco o da arma bianca
- Ustioni (localizzazione, agente causale)
- Incidente ( industriale/agricolo)
- Intossicazione ( tipo di sostanza/tempo di esposizione)

INCIDENTE STRADALE

- Dinamica dell'incidente ( luogo dell'evento, numero e tipo mezzi coinvolti, mezzi fuoristrada o capovolti).
- Valutazione delle persone coinvolte ( incastrate o riverse al suolo, eventuale coinvolgimento pedoni).

**OPERATORE DI CENTRALE. INVIO MEZZI DI SOCCORSO**

- inviare sempre l'ambulanza più vicina
- inviare più mezzi di soccorso nel caso di coinvolgimento di più veicoli e/o in presenza di più feriti
- avvisare i mezzi che convergono sul posto dell'arrivo di ulteriori mezzi di soccorso per evitare incidenti stradali fra mezzi viaggianti a velocità sostenuta e con utilizzo di segnalatori sonori

→ inviare, se disponibile, mezzo di soccorso medicalizzato (in caso di paziente non cosciente e che non respira o respira male, paziente incastrato, eiettato, mezzo fuori strada, investimento pedoni, mezzi pesanti coinvolti, coinvolgimento di più mezzi e presenza di più feriti, coinvolgimento motociclisti).

→ inviare mezzo dei VV.F. (in caso di paziente incastrato o logisticamente inaccessibile ai soccorsi, mezzo fuori strada, coinvolgimento di mezzi pesanti, perdita di liquidi o altre sostanze potenzialmente pericolose, coinvolgimento linee elettriche e impianti distribuzione gas).

→ inviare mezzo delle Forze dell'Ordine in caso di incidente stradale (Polizia Municipale per strade comunali, Polizia Stradale per strade statali e provinciali, Carabinieri negli altri casi)- Polizia o carabinieri in caso di conflitto a fuoco

→ inviare mezzo del 118 confinante tramite la Centrale Operativa competente per territorio, se l'evento è avvenuto in zona di confine. (vedi protocollo Zona confinante con Centrale Operativa Foggia, Taranto e Brindisi).

N.B.: in corso di aggiornamento il protocollo Zona confinante con Basilicata Soccorso.

Nel caso in cui sul luogo dell'evento, sia intervenuto un mezzo non medicalizzato (Ambulanza più vicina al luogo dell'evento indipendentemente dal codice di gravità), con successiva necessità di supporto medico, la C.O. attiverà immediatamente il Mezzo di Soccorso Medicalizzato (Automedica o ambulanza Mike) disponibile più vicino al luogo dell'evento, utilizzando se necessario il sistema di teleconferenza per facilitare un eventuale rendez-vous (il paziente se già caricato sulla prima ambulanza intervenuta potrà essere trasportato in Ospedale con l'ausilio del medico del secondo mezzo intervenuto e il secondo mezzo seguirà il primo per poi recuperare la piena funzionalità non appena rilasciato il paziente. Nel caso in cui il paziente non sia stato ancora caricato sul mezzo di soccorso, il medico intervenuto deciderà se prenderlo in carico e liberare quindi l'ambulanza non medicalizzata oppure se ritiene che il paziente da lui eventualmente stabilizzato possa proseguire con equipaggio India, notifica le sue decisioni alla Centrale Operativa e, in accordo con il Medico di Centrale, immediatamente operativo, rientra nella sua abituale postazione.

(vedi alla voce Medico dell'emergenza territoriale).

## SCelta Ospedale di Destinazione

I mezzi di soccorso di tipo Victor vengono indirizzati dalla Centrale Operativa quasi sempre presso l'Ospedale più vicino al fine di consentire una valutazione medica e l'eventuale stabilizzazione delle condizioni vitali.

I mezzi di soccorso di tipo India vengono indirizzati dalla Centrale Operativa presso l'Ospedale più vicino o più adatto in base alle informazioni trasmesse dall'infermiere a bordo. In condizioni di paziente instabile l'ospedale di destinazione è il più vicino al fine di consentire una valutazione medica e l'eventuale stabilizzazione delle condizioni vitali.

I mezzi di soccorso di tipo Mike, con medico a bordo stabiliscono di concerto con la Centrale Operativa l'ospedale di destinazione, alla luce delle condizioni generali e particolari del paziente.

Il medico tramite l'indicazione delle condizioni di salute comunicate alla Centrale Operativa da informazioni preziose all'operatore di Centrale. L'Operatore che ben conosce la attuale condizione di operatività dei P.S del circondario, della disponibilità di diagnostica funzionante e di altre notizie utili al miglior trattamento del paziente, ne informa il medico e concordano l'avvio all'uno o all'altro ospedale.

In caso di disaccordo interviene, in teleconferenza, il medico di Centrale. La decisione finale spetta al medico del mezzo di soccorso, che conosce le problematiche di salute del paziente, ne ha la gestione diretta e che si assume l'onere della decisione non condivisa, ma motivata, dalla Centrale Operativa.

In tale caso sulla scheda di Centrale, l'operatore di Centrale è obbligato ad annotare il disaccordo della decisione finale.

Anche in tale caso l'operatore "segue" tutto l'iter procedurale legato al soccorso fino alla chiusura dell'evento e al ritorno in postazione da parte del mezzo di soccorso.

La scheda di intervento viene stampata e messa a disposizione del Direttore di Centrale.

AFFIDAMENTO DEL PAZIENTE ALL'OSPEDALE DI DESTINAZIONE

L'equipaggio che ha compiuto il soccorso deve considerare chiuso l'intervento solo dopo la consegna del paziente al personale dell'Ospedale di destinazione (ordinariamente nel Pronto Soccorso dell'Ospedale) dando comunicazione alla C.O. di "pronta operatività".

Fino alla presa in carico del paziente da parte del personale di Pronto Soccorso, l'equipaggio ne mantiene la piena responsabilità, anche all'interno dell'ospedale di destinazione.

Il personale del Pronto Soccorso che riceve il paziente deve garantire allo stesso le cure necessarie anche in caso di indisponibilità del posto letto.

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

Inoltre il potere demandato ad un medico di decidere sulla necessità del ricovero o sulla destinazione dell'ammalato, non può prescindere dal formulare una diagnosi o comunque di accertare le reali condizioni di chi ha chiesto il soccorso. Il rifiuto di effettuare una visita medica quindi non configura una valutazione discrezionale del medico ma una omissione di atti d'ufficio.

Copia della scheda di intervento deve sempre essere consegnata al personale del Pronto Soccorso, mentre la scheda digitale sarà archiviata in C.O.

(E' tuttavia possibile dal computer di ogni P.S. effettuare download della scheda di ambulanza).

Per rendere il mezzo di soccorso operativo prima possibile, il passaggio del paziente sulla barella del Pronto Soccorso e la presa in gestione dello stesso da parte del personale sanitario dell'ospedale dovrà essere il più rapido possibile (auspicabile un'attesa massima di 10 minuti).

Qualora il paziente giunga in Pronto Soccorso posizionato su tavola spinale da cui non possa essere spostato (a giudizio del medico di P.S. che lo ha preso in carico):

- utilizzare provvisoriamente tavola spinale fornita dal P.S., se disponibile, con l'accordo di riconsegnarla e recuperare la propria appena possibile;
- in accordo con la C.O. tornare operativo, sempre provvisoriamente, anche in assenza di tale presidio in modo da poter essere disponibile per eventuali interventi nei quali lo stesso non è necessario.



**CORRETTA COMPILAZIONE, TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE E GESTIONE DEL TABLET**

“Una buona qualità della documentazione clinica riflette normalmente una buona qualità dell’assistenza”. Una documentazione correttamente e rigorosamente compilata è utile per :

- Per provvedere ad una esauriente consegna ad altri membri dell’equipe e del P. S. ai fini di una buona comunicazione e della prosecuzione delle cure del paziente.
- Per poter disporre di riscontri oggettivi, a scopo anamnestico o per poter riferire, in ogni sede, in modo corretto, su fatti avvenuti in precedenza o su dettagli che possono essere dimenticati.
- Per una maggiore tutela legale in caso di conflitti o reclami, e poter evidenziare le decisioni e l’assistenza prestata. La diligenza espressa attraverso la corretta compilazione della modulistica in possesso del Medico “118” ovvero la documentazione della qualità dell’approccio assistenziale allo specifico problema, è finalizzata ad evidenziare il più possibile la metodologia seguita dal medico nell’assistenza.

Pertanto bisogna sempre rammentare le seguenti raccomandazioni:

- Registrare sempre, in caso di trauma, i meccanismi in causa (modalità dell’evento, prodotti eventualmente impiegati...) allo scopo di obiettivare, se esistente, un nesso di causalità tra evento stesso e lesioni riscontrate.
- Rivedere sempre, se effettuate, le annotazioni del personale infermieristico dei servizi dell’emergenza preospedaliera e del triage extra-ospedaliero.
- Registrare i segni vitali e i principali parametri di valutazione adottati in emergenza (Glasgow Coma Scale, Revised Trauma Score).
- Registrare i dati anamnestici ed obiettivi salienti, ottenuti in modo appropriato e dettagliato e le procedure assistenziali, attuate direttamente o indirettamente mediante il ricorso ad altri servizi.
- Non impiegare mai allocuzioni non professionali, particolarmente nei confronti di individui aggressivi, non collaboranti o in presenza di conflitti, ed evitare assolutamente l’uso di termini offensivi, gratuiti o non pertinenti.
- Documentare la coerenza tra diagnosi effettuata e disposizione data.
- Esaminare la eventuale documentazione sanitaria in possesso del paziente.
- Descrivere in modo esauriente le condizioni del paziente al momento della consegna al Pronto Soccorso o al DEA.
- Dare indicazioni chiare, in caso di trattamento al domicilio del paziente, su eventuali ulteriori accertamenti e/o terapie proposte.

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

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

- **tablet in dotazione all’automedica** qualora l’intervento si concluda a domicilio del paziente o qualora il medico, dopo valutazione, decida per il trasporto del paziente da parte del mezzo India senza la sua presenza a bordo (N.B.in questo caso l’infermiere comunque compilerà la sua scheda di ambulanza che convaliderà come di consueto all’arrivo in ospedale);
- tablet in dotazione al mezzo India**, medicalizzato, qualora il paziente venga trasportato in ospedale.

**SI RAMMENTA che in caso di mancata ospedalizzazione, il referto ( scheda ambulanza) deve essere consegnato al paziente anche per informazione al proprio medico curante.**

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

Nel caso in cui un mezzo di soccorso Victor o India, intervenuto sul luogo dell’evento per

- malore per strada o negozio o ufficio pubblico;
- malore in studio medico o ambulatorio USL
- trauma per strada o all’interno di strutture quali scuole, palestre etc

segnali la presenza di persona che:

- si è presentata come medico,
- documenti la sua professione con tesserino dell’Ordine dei Medici, o che sia personalmente conosciuto dai soccorritori,
- dichiarare la volontà ad intervenire
- dichiarare la disponibilità, se necessario, a seguire il paziente in ospedale,

ne dà informazione alla Centrale Operativa.

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

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

A chiusura dell’intervento, se necessario, la Centrale Operativa disporrà, anche con il mezzo di soccorso, l’accompagnamento del medico presso la postazione di partenza dell’evento.

I dati del medico intervenuto saranno segnati sulla scheda di ambulanza e sulla scheda di Centrale.

Può accadere che medici, così come anche infermieri, svolgano, al di fuori del loro orario di servizio, attività di volontariato. In tale veste possono essere inseriti in equipaggi di soccorso **non sanitari** ovvero trovarsi ad operare in contesti nei quali vengono utilizzati come risorsa **non sanitaria** del Sistema di Emergenza Urgenza 118.

In presenza di situazioni cliniche nelle quali sarebbe necessario un loro intervento professionale, non possono però limitarsi a svolgere i compiti del volontario, ma per specifico obbligo deontologico devono attivarsi nella loro qualità professionale. (art 7 Codice di deontologia medica e art 3.6 del Codice deontologico degli infermieri). In tal caso devono informare la Centrale Operativa 118 che intendono mettersi a disposizione del Sistema nella specifica veste professionale per dar modo al Medico Coordinatore in turno di valutare le nuove possibilità di gestione delle risorse sanitarie sul luogo dell’evento.

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

Può certamente accadere che un’ambulanza di qualunque Associazione di volontariato, casualmente o perché estemporaneamente impegnata in attività di assistenza a manifestazione di piazza, festa patronale, gara sportiva ed altro, sia presente sullo scenario di un malore o di un incidente.

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

- 1) Invio di mezzo di soccorso 118 competente per territorio, o automedica o mezzo medicalizzato
- 2) Assegnazione del trasporto in P.S. all’ambulanza che ha effettuato la chiamata.

Ovviamente la Centrale Operativa tenderà ad utilizzare sempre i mezzi 118 sia per la conoscenza delle certificazioni del personale a bordo sia per problematiche medico-legali eventualmente riconducibili a non consono trasporto da parte del mezzo intervenuto. Situazioni di carenza di mezzi di soccorso al momento dell’evento, codice di criticità verde, tempo di percorrenza verso l’ospedale minore di quello che impiegherebbe il mezzo 118 a raggiungere il mezzo occasionalmente sul posto, possono però far considerare più utile per il paziente il rapido trasporto e quindi l’assegnazione dell’evento a mezzo **non 118**. Ovviamente in Centrale Operativa viene “aperta” una scheda di intervento con la registrazione dei tempi e delle condizioni di trasporto. Il mezzo **NON 118** viene altresì invitato a trasmettere via fax la scheda di intervento di ambulanza e in carenza una relazione scritta indirizzata al direttore di Centrale.

## RIFIUTO DI SOCCORSO O TRASPORTO

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

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

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

egli può rifiutare in qualunque caso e in ogni momento sia il trattamento sanitario sia il trasporto in ambulanza.

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

#### Presenza in loco di Ambulanza India

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

In caso di firma del documento di rifiuto soccorso, ringraziare il paziente, il genitore o il tutore per aver firmato la liberatoria. Enfatizzare che il sistema di emergenza è pronto ad intervenire immediatamente se il paziente, il genitore o il tutore dovessero decidere di cambiare opinione.

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

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

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

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

- B) Qualora il paziente sia incapace di intendere e di volere, la decisione potrà essere concordata con l'amministratore di sostegno (o con il tutore, se nominato), con i suoi familiari o altra persona affettivamente vicina al paziente (congiunti) e con una profonda conoscenza delle sue reali e permanenti “volontà e stile di vita”. Ogni decisione dovrà essere comunque presa nel rispetto dell'interesse e delle volontà soggettive del paziente e non seguendo il parere del congiunto. Tuttavia la firma apposta dai congiunti a testimonianza della decisione presa li inibisce sostanzialmente da atti di rivalsa, ma non libera il personale del mezzo di soccorso dalle proprie responsabilità di condotta.

Quindi i familiari, sottoscrivendo sulla scheda il rifiuto di trattamento o di trasporto, proposto dal medico, condividono con lui la responsabilità, ma non lo liberano dalle responsabilità connesse a tale scelta.

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

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

## TRASPORTO DI CONGIUNTI DEL PAZIENTE

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

Eccezione a questa regola è rappresentata dal paziente neonato o dal bambino piccolo spaventato e più in generale dal minore che necessita di figure "parentali". In tal caso sarà accompagnato preferibilmente da uno dei genitori.

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

Al di fuori di queste condizioni, la cui valutazione è affidata al Capo equipaggio, rientrando le decisioni prese nella responsabilità della sua discrezionalità professionale, **verrà spiegato con cortesia** al paziente e ai suoi familiari che questo viene fatto per la migliore operatività all'interno dell'automezzo durante il viaggio e quindi per la maggiore sicurezza del paziente, e inoltre per la possibile decadenza totale della copertura assicurativa che, in caso di incidente, potrebbe esporre personalmente il responsabile dell'equipaggio, anche per quanto attiene i danni agli altri componenti dell'equipe di soccorso presenti sul mezzo. A questo proposito può essere utile ricordare all'autista di verificare sul libretto di circolazione dell'automezzo il numero massimo di pazienti coperti da assicurazione che il mezzo in questione è autorizzato a trasportare.

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

Nessuna notizia a riguarda dell'intervento eseguito e del successivo ricovero va invece data ad altre persone non indicate dal paziente.

## PAZIENTE IN STATO DI UBRIACHEZZA

La situazione di ubriachezza, non configura necessariamente e sistematicamente uno stato di emergenza, ciò però non può indurre la Centrale Operativa, in presenza di una chiamata di soccorso che segnali la presenza di “corpo inanimato o che sembri inanimato” ad omettere una prestazione di soccorso.

A questo proposito occorre ricordare che:

inizialmente l'effetto dell'etanolo è euforizzante ma successivamente, aumentando il livello alcolemico, si manifesta il reale effetto depressivo dell'etanolo sul SNC. A complicare il quadro possono sopraggiungere aritmie cardiache, alterazioni dell'equilibrio acido-base, disordini elettrolitici e crisi convulsive.

Valori superiori a 300 mg/dl causano un progressivo obnubilamento del sensorio con ipotermia, ipotensione e depressione respiratoria fino al coma etilico (N.B. d.d. con altre tipologie di coma ).

La situazione di ubriachezza può quindi esitare in insufficienza respiratoria grave nel caso di ostruzione delle prime vie aeree per “caduta” della lingua ed inoltre può causare una situazione di insufficienza respiratoria da polmonite “ab ingestis” nel caso di inalazione di vomito.

Si ricorda che l'assunzione alcolica occasionale o **abitudinaria**, è dipendente da diversi fattori quali:

- gradazione della bevanda alcolica;
- associazione ad altre bevande e/o farmaci;
- presenza di cibo nello stomaco;
- caldo/freddo.

Può portare a euforia,agitazione psicomotoria,convulsioni,depressione del respiro e coma,accompagnata da un corteo sintomatologico caratterizzato da ipotensione,aritmie, piroli.

L'operatore di Centrale pertanto a seguito di chiamata al 118 invia il mezzo di soccorso più vicino.

L'equipaggio intervenuto dopo la verifica segnalerà alla Centrale Operativa quanto a sua conoscenza e attenderà disposizioni in merito.

N.B. Il prelievo ematico effettuato in assenza di consenso o di un provvedimento dell'autorità giudiziaria è inutilizzabile per l'accertamento di reato.

Se tuttavia durante la valutazione si realizza che ci si trovi al cospetto di persona che non necessita di trasporto in Ospedale, si contatta la Centrale Operativa 118 che provvederà ad interpellare i servizi sociali del Comune.

**SCHEDE DI CENTRALE-RILASCIO:**

La scheda di centrale contiene tutti i dati relativi all'intervento di soccorso portato a termine, dal momento della prima chiamata alla chiusura di intervento e rientro in postazione del mezzo di soccorso. La scheda viene automaticamente archiviata nel server di centrale e costituisce un atto pubblico ufficiale alla stregua della cartella clinica ospedaliera. Come questa è soggetta a conservazione e a limitazione nella sua circolazione.

Il rilascio della scheda è ammesso su specifica richiesta degli aventi diritto (ad esempio diretto interessato, altra persona da lui delegata, forze dell'ordine, autorità giudiziaria, uffici ASL).

Procedure per il rilascio:

- **richiesta del diretto interessato:** indirizzata alla Direzione Sanitaria dell'A. Ospedaliero-Universitaria Policlinico–Giovanni XXIII su modulo pre stampato.

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

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

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

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

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

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

Il Direttore di Centrale viene comunque informato telefonicamente.

- **richiesta da parte delle forze dell'ordine senza disposizione del magistrato:** la richiesta viene inviata direttamente alla Centrale Operativa, per lettera, via fax o anche



## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

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

Il Direttore di Centrale viene comunque informato telefonicamente.

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

Il Direttore di Centrale viene informato telefonicamente.



## 118 E CASE DI CURA PRIVATE E IRCCS

Le Case di Cura private e gli IRCCS sono obbligati a provvedere al trasporto dei propri pazienti con ambulanze proprie, pertanto il ricorso al Sistema di emergenza non è contemplato. Tuttavia situazioni particolari che pongono un paziente, ricoverato in simili strutture, in pericolo di vita, con contemporanea indisponibilità dell'ambulanza della Clinica in quanto impegnata in altri compiti (trasferimento paziente, momentaneamente fuori uso etc.), spingono all'invio del mezzo di soccorso presso la struttura che ne fa richiesta.

Tale richiesta deve essere preceduta, oppure in casi di emergenza indilazionabile, subito seguita da una specifica richiesta (che può essere inviata come format dalla Centrale Operativa al richiedente), che **evidenzi** quanto segue:

1. Generalità del richiedente (nome, cognome, qualifica e ruolo nella struttura privata)
2. Generalità del paziente e quadro clinico
3. Immediato pericolo di vita del paziente
4. Impossibilità a utilizzare il mezzo di soccorso della Clinica e specifica delle relative motivazioni.

L'Operatore di Centrale contatta il personale della postazione 118 competente per territorio e lo informa della situazione eccezionale

Se il mezzo di soccorso è medicalizzato il medico appena giunto valuta la ricorrenza dei caratteri di emergenza e in caso di dissenso può motivarlo sulla scheda di ambulanza con la dizione: *a mio giudizio, dopo valutazione del paziente, non sussistono i motivi per un trasporto in emergenza in quanto il paziente si presenta:*

*(segue descrizione .....*

Nel caso in cui invece concordi con la richiesta del medico della struttura privata, decide in accordo con la Centrale Operativa e sulla scorta della patologia presentata dal paziente in merito all'ospedale di invio.

Il Direttore della Centrale Operativa, per ogni richiesta relazionerà all'Assessorato alle Politiche della Salute al fine di evitare abusi e comportamenti in contrasto con l'obiettivo del Sistema 118

### **CASE DI CURA**

#### **ANTHEA Hospital**

Via C. Rosalba, 35/37 - 70124 –BA TEL. 080/5644613

#### **MATER DEI Ospedale**

Via S.F. Hahnemann, 10- 70124 –BA TEL. 080/5071111

#### **SANTA MARIA Ospedale**

Via A. De Ferraris, 22 - 70124 –BA TEL. 080/5040111

#### **AVE MARIA MADDALENA SPADA (Casa di cura)**

Corso Piave 94 70037 Ruvo di Puglia -BA TEL 340 0630930

#### **CASA DI CURA MONTE IMPERATORE (Casa di cura)**

S.P. Noci-Castellana km 10- 70015 Noci BA TEL 080/ 497 8616

#### **Istituto MAUGERI - IRCCS Ospedale Riabilitativo**

Via Generale Bellomo 73/75 70124 Bari TEL 080/ 7814111

#### **I.R.C.C.S. "Giovanni Paolo II" - Istituto oncologico**

Viale Orazio Flacco, 65, 70124 Bari BA Telefono: 080 555 5111

## 118 E RSSA, RSA, CENTRI DIURNI E CENTRI DI RIABILITAZIONE

Le RSSA, RSA, i Centri Diurni, i Centri di Riabilitazione ai sensi del Regolamento regionale del 20 dicembre 2002 n.8 “Regolamento di organizzazione e funzionamento delle RSA” pubblicato sul bollettino regionale n.162 del 23/12/2002 e della L.R. 53 del 2017 ( istituzione RSA unica), sono obbligati a provvedere al trasporto dei propri pazienti per attività programmate, con ambulanze proprie o in convenzione. Nelle situazioni di emergenza-urgenza, invece, le stesse contatteranno la Centrale Operativa 118 che invierà il mezzo di soccorso presso la struttura che ne fa richiesta. Tale richiesta deve essere pertanto verificata durante il dispatch eseguito dall’operatore di Centrale, al fine di evidenziare quanto segue:

1. Reale situazione di emergenza-urgenza del paziente
2. Quadro clinico e generalità del paziente
3. Generalità del richiedente ( nome, cognome, qualifica e ruolo nella struttura privata convenzionata)

L’Operatore di Centrale contatta il personale della postazione 118 competente per territorio e lo informa della situazione.

Se il mezzo di soccorso è medicalizzato il medico appena giunto rivaluta la ricorrenza dei caratteri di emergenza e in caso di dissenso può motivarlo sulla scheda di ambulanza con la dizione: *a mio giudizio, dopo valutazione del paziente, non sussistono i motivi per un trasporto in emergenza in quanto il paziente si presenta: (segue descrizione .....*

Nel caso in cui invece concordi con la richiesta del personale sanitario della struttura, decide in accordo con la Centrale Operativa e sulla scorta della patologia presentata dal paziente, in merito all’ospedale di rientro.

Il Direttore della Centrale Operativa, per ogni richiesta relazionerà all’Assessorato alle Politiche della Salute, al fine di evitare abusi e comportamenti in contrasto con gli obiettivi del Sistema 118

Elenco : RSSA, RSA e Centri di Riabilitazione BA/BAT e provincia

### RSSA

**APELUSION** (Casa di riposo)

Via Martiri della Resistenza, 23 - 70126 Bari **TEL 080/543 0600**

**CASA PROTETTA SANTA TERESA** (Casa di riposo)

Via G. Postiglione, 14/D - 70126 Bari **TEL 080/542 9812**

**CASA DI RIPOSO ADRIATICA** (Casa di riposo)

Via C. Perrone ,5 – 70122 Bari **TEL. 080/521 7442**

**CASA DI RIPOSO CAVALLINO** (Casa di riposo)

SS 96 - 70026 Bari **TEL. 080/566 2917**

**CASA DI RIPOSO VILLA FIORITA** (Casa di riposo)

Via Caduti strage di via Bologna,16 - 70125 Bari **TEL. 080/502 6714**

**CASA DI RIPOSO OPERA PIA DI VENERE** (Casa di riposo)

Via Ospedale di Venere, 95 - 70131 Bari **TEL. 080/565 0106**

**CASA DI RIPOSO VITTORIO EMANUELE II** (Casa di riposo residenza)

Via Napoli, 332 - 70123 -Bari **TEL. 080/534 1136**

**CLUB DEL NONNO WINDSOR** (Casa di riposo)

Via M. Amoruso, 62 – 70124 Bari **TEL. 080/504 2904**

**HOTEL SAN FRANCISCO** (Casa di riposo)

Via Lame , 15– 70019 Triggiano BA **TEL. 080/462 2563**

## **S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

**MEDIASAN** (Casa di riposo)

Via G. Amendola, 130 70126 Bari **TEL. 080/558 6468**

**OPERA DON GUANELLA** (Casa di riposo)

Via G. Petroni, 121 - 70124 Bari **TEL. 080/501 6305**

**SAN GABRIELE- SEGESTA MEDITERRANEA** (Casa di riposo)

Via Cacudi, 35/37 - 70132 Bari **TEL 080/535 6327**

**RIABILIA** (Assistenza per anziani)

Via Napoli, 234 - 70127 Bari **TEL. 080/533 1077**

**VILLA GIOVANNA** (Casa di riposo residenza)

Via Giacomo Puccini, 6/10 70132 San Girolamo-Bari **TEL. 080/534 8787**

**VILLA MARICA** (Casa di riposo residenza)

Via Napoli, 234/I - 70127 Santo Spirito-Bari **TEL. 080/533 1077**

**RESIDENZA SANTA RITA** (Casa di riposo)

Via F. Turati, 13 – 70010 Cellamare- BA **TEL. 080/465 7156**

**VILLA MARIA MARTINA** (Casa di riposo)

Via Ceglie - 70010 Valenzano-BA **TEL. 080/467 5008**

**NUOVA FENICE** (Residenza per anziani e disabili)

Via Genovesi ,22 NOICATTARO-BA **TEL 080/479 3911**

**CASA DI RIPOSO PADRE DI SEMERIA** (Casa di riposo e protetta)

Via G. Di Vittorio, 90 – 70023 Gioia del Colle **TEL. 080/348 1204**

**SAN PIO** (Casa di riposo)

Via Generale Scattaglia, S.C. -70010 Adelfia **TEL. 080/459 6090**

**CASA SERENA** (Casa di riposo)

Via Noicattaro, 34 -70010 Capurso BA **TEL. 080/455 3527**

**RESIDENZA SANTA RITA** (Casa di riposo)

Via Filippo Turati,13 70010 Cellamare BA **TEL. 080/465 7156**

**VILLA EDEN** (Casa di riposo e Hospice)

Via Alfiero Spinelli, 49 – 70010 Turi BA **TEL. 080/451 2976**

**VILLA DEI PINI** (Casa di riposo)

Via Convento, 99 B Cassano delle Murge BA **TEL. 080/346 7611**

**MARIA ASSUNTA SRL** (Casa di riposo)

C.da Frà Diavolo, 70020 Cassano delle Murge BA **TEL. 080/346 6124**

**REGINA PACIS** (Casa di riposo)

Via vecchia Sant'Antonio 16 , 70043 Monopoli- BA **TEL. 080/346 6124**

**PENSIONATO MAMMA ROSA** (Casa di riposo)

Via Cisterne, 14 – 70010 Turi BA **TEL. 080/891 2648**

**OPERA SAN FRANCESCO** (Casa di riposo)

Via San Francesco d'Assisi, 57 – 70056 Molfetta BA **TEL. 080/335 5935**

**BEATA VERGINE MARIA INFIRMORUM-OASI NAZARETH** (Casa di riposo)

Via Castel del Monte Km 3, 57 – 70056 Molfetta BA **TEL. 080/358 1001**

**VILLA GIOVANNI XXIII** (Casa di riposo)

Via G. Dossetti, 8, – 70056 Bitonto BA **TEL. 080/375 1007**

## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

### **VILLA DRAGONETTI** (Casa di riposo)

C.da Alberolongo – 76125 Trani BAT TEL. **0883/358 0071**

### **CECILIA VENTRICELLA** (Casa di riposo)

Via Gravina , 92 – 70022 Altamura BA TEL. **080/310 1019**

### **MADONNA DEL BUON CAMMINO** (Casa di riposo)

Via Vecchia Buon Cammino, 289 – 70022 Altamura BA TEL. **080/314 1610**

### **DON GIOVANNI SILVESTRI** (Casa di riposo)

Largo San Giuseppe,7- 70013 Castellana Grotte BA TEL. **080/496 5422**

## **RSA**

### **RSA MOLA DI BARI**

Via Russolillo Don Giustino-Mola Di Bari-TEL.**0804741467**

### **VILLA ARGENTO** (residenza sanitaria)

Via Piave, 35 – 70026 Modugno- BA TEL. **080/532 2829**

### **VILLA ARGENTO** (residenza sanitaria)

Viale Regina Margherita di Savoia ,24 – 70011 Alberobello- BA TEL. **080/4326221**

### **VILLA ARGENTO** (residenza sanitaria)

Viale Fasano ,1 – 70010 Locorotondo- BA TEL. **080/4351634**

### **VILLA ARGENTO** (residenza sanitaria)

Via Armando Diaz,150 – Sannicandro- BA TEL. **080/9934677**

## **CENTRI DI RIABILITAZIONE**

### **Centro di Riabilitazione Funzionale RIABILIA**

Via Napoli, 234/I 70127-Bari TEL **080/ 5331077**

### **Centro Polivalente di Riabilitazione FRANGI**

Strada per Santeramo, km 5- 70021 Acquaviva delle Fonti- BA TEL **080/ 761628**

## **RSSA- RSA BAT e provincia**

### **VILLA SAN GIUSEPPE** (Casa di riposo)

Via Santa Maria Capua Vetere, 0 -76123 Andria BAT TEL. **0883/542913**

### **MADONNA DELLA PACE** (Casa di riposo)

Via Sofia,76123-Andria BAT TEL. **0883/593027**

### **Asp REGINA MARGHERITA** (Casa di riposo)

Via E. Fermi,20 -76121-Barletta-BAT TEL. **0883/513241**

### **CASALUNA CENTRO DIURNO ALZHEIMER** (Casa di riposo)

Via Matteo Renato Imbriani, 128- 76121 Barletta BAT TEL. **0883/897203**

### **ASSOCIAZIONE LAICALE SAN SILVESTRO** (Casa di riposo)

Via s. Andrea, 48 – 70056 Bisceglie BA TEL. **080/3924773**

### **CASA della DIVINA PROVVIDENZA** (Casa di riposo)

Via G. Bovio,44- 76011 Bisceglie BAT TEL. **0883/654797**

### **DOMUS LAURETANA s.r.l.** (Casa di riposo)

Via della Transumanza, 3 – 70056 Bisceglie BA TEL. **080/3355935**

### **NUOVI ORIZZONTI S.R.L** (Casa di riposo)

Largo Castello 16-76011- Bisceglie BAT TEL. **080/3957849**

### **VILLA SANTA CATERINA** (Casa di riposo)

Via della Repubblica,50-76011- Bisceglie BAT TEL. **080/3969118**

### **PALAZZO MARIANO** (Casa di riposo)

Via San Leucio-76012 Canosa di Puglia BAT TEL. **080/664850**

### **SAN GIUSEPPE** (Casa di riposo)

Via Santa Lucia,29/C Canosa di Puglia BAT TEL. **080/3355935**

### **CASA ALLOGGIO per ANZIANI** (Casa di riposo)

Via D. Cimarosa,3 - 76016-Margherita di Savoia BAT TEL. **0883/654797**

### **VITTORIO EMANUELE II** (Casa di riposo)

Rione Cappuccini, 1- 76125-Trani BAT TEL. **0883/654797**

### **VILLA DRAGONETTI** (Casa di riposo)

C.da Monte D'Alba Trani BAT TEL. **080/3355935**

### **OPERA PIA “ L. BILANZUOLI”** (Casa di riposo)

Via Di Vagno, 85 – 76013 Minervino Murge BA TEL. **0883/691047**

**118 E PUNTO DI PRIMO INTERVENTO – POLIAMBULATORI ASL**

**I PPI e i Poliambulatori** non sono obbligati a provvedere al trasporto dei propri pazienti con ambulanze proprie, pertanto il ricorso al Sistema di emergenza risulta corretto.

La presenza di medici presenti nelle soprannominate strutture ci riporta per analogia al paragrafo denominato **presenza di medico non 118**.

La chiamata da una di queste strutture, per paziente in stato di malore o infortunato, richiede l'esecuzione da parte dell'operatore di Centrale di dispatch caratterizzato dalla presenza di un interlocutore privilegiato trattandosi di personale sanitario che già può o meglio deve prendere in carico il paziente in attesa dell'arrivo del mezzo di soccorso 118. In caso di invio di mezzo non medicalizzato, perché non presente nello specifico comune o perché non immediatamente disponibile, il medico presente al poliambulatorio o l'infermiere, in caso di intervento di ambulanza Victor, sarà invitato, se non si offre spontaneamente, ad assistere il paziente durante il trasporto, con l'ausilio di rendez vous con medicalizzata, se possibile o con supporto medico in teleconferenza.

Le decisioni prese da medico o infermiere presente in loco dovranno essere segnalate sulla scheda di Centrale.

Medico e/o infermiere al termine dell'intervento, saranno riaccompagnati dal mezzo 118 alla Sede di partenza.

La relativa scheda di Centrale dovrà essere stampata e posta all'attenzione del Direttore di centrale.

Elenco dei PPI attivi alla data della pubblicazione

PPI Bitonto

PPI Canosa (Postazione Fissa Medicalizzata 118)

PPI Spinazzola (Postazione Fissa Medicalizzata 118)

PPI Trani (Postazione Fissa Medicalizzata 118)

PPI Triggiano

## 118 E MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ( GUARDIA MEDICA )

Il servizio di continuità assistenziale è svolto da personale medico in regime di convenzione con ASL ( GUARDIA MEDICA) ed è garantito nelle seguenti fasce orarie:

- nei giorni feriali: dalle ore 20.00 alle ore 08.00 del giorno successivo;
- nei giorni prefestivi e festivi dalle ore 10.00 del giorno prefestivo alle ore 08.00 del giorno successivo al festivo.

L'Operatore di Centrale applica il protocollo di intervista telefonica a qualunque paziente si rivolga al servizio 118 per necessità sanitarie e contatta la guardia medica nei seguenti casi:

- Evento medico in assenza di compromissione delle funzioni vitali (coscienza, respiro, circolo) ed in assenza di dolore cardiaco tipico o atipico.
- Decesso di paziente affetto da patologia in stadio terminale dimesso dall'ospedale con documentazione che attesti chiaramente che le condizioni del paziente sono tali da far considerare accanimento terapeutico qualsivoglia intervento sanitario che non sia volto unicamente ad evitare uno stato di sofferenza del soggetto.
- In casi eccezionali, codice rosso e assenza di ambulanza medicalizzata, nell'interesse precipuo del paziente, **si può avanzare** richiesta di intervento in supporto a mezzo India, purchè con contestuale invio della medicalizzata più vicina disponibile.

### **La GUARDIA MEDICA non deve essere contattata:**

- Per evento traumatico o comunque qualsiasi evento che configuri un quadro di EMERGENZA
- Per evento medico che richieda comunque il ricovero ospedaliero a breve termine
- Esecuzione di accertamenti diagnostici
- Somministrazione di farmaci dell'emergenza.

### **L'operatore di CO comunica al medico di continuità assistenziale :**

- il nominativo
- l'indirizzo
- il numero telefonico del paziente
- le notizie sanitarie raccolte

La Centrale Operativa offre alla GUARDIA MEDICA, qualora sia richiesta, l'assistenza cartografica ed ogni altro supporto logistico.

#### COINVOLGIMENTO DEL 118 DA PARTE DELLA GUARDIA MEDICA

Qualora la GUARDIA MEDICA sia nei casi in cui sia stata inviata al paziente dalla CO, sia nei casi in cui abbia ricevuto la chiamata direttamente dall'utente, richieda l'intervento del 118 per intervento di urgenza/emergenza (codice giallo o rosso), attenderà sul posto l'arrivo del mezzo di soccorso. I protocolli di intervento sanitario (scelta ospedale di destinazione, saranno quelli della CO).

Qualora la GUARDIA MEDICA dissenta dalla decisione dell'operatore, quest'ultimo metterà in comunicazione la GUARDIA MEDICA con il medico di CO.

Il medico di GUARDIA MEDICA si assume la responsabilità delle sue richieste.

Qualora il medico di GUARDIA MEDICA si renda disponibile, spontaneamente o su richiesta, al trasporto sul Mezzo di Soccorso India, la C.O. provvederà con mezzo idoneo a riaccompagnare successivamente il medico della GUARDIA MEDICA presso la propria sede.



**Coinvolgimento del medico convenzionato di base e del medico pediatra convenzionato di base:**

l'operatore di centrale valuta l'evento avvalendosi dei protocolli operativi e in caso di non emergenza/urgenza, decide il coinvolgimento del medico convenzionato di base e del medico pediatra. Qualora questi siano irreperibili e l'operatore di centrale valuti che il problema sanitario esposto non possa essere ulteriormente procrastinato, consiglierà l'utente di raggiungere con i propri mezzi il Pronto Soccorso territorialmente competente. Solo in casi assolutamente eccezionali invierà il mezzo ritenuto più idoneo;

**invio di taxi-ambulanza per trasporto di paziente non critico:**

l'operatore di centrale in caso di richiesta da parte di cittadini, provvede a fornire un congruo numero (almeno due) di riferimenti telefonici di Associazioni di Volontariato presenti sul territorio (in funzione della zona in cui è necessario effettuare il servizio), affinché lo stesso possa contattarli direttamente. (esempio **Codice Bianco** - ambulanza tipo B con dispositivi di emergenza, sirena e lampeggianti non attivati);

**RICERCA POSTO LETTO DA PARTE DELL'OPERATORE DI CENTRALE**

*Fermo restando che è prioritario e indispensabile assicurare la risposta alla richiesta di soccorso*, l'operatore, **solo** se il flusso di telefonate in emergenza lo consente, può collaborare con i P.S. alla ricerca del posto letto per patologie non urgenti. Deve invece regolarmente attivarsi per la ricerca del posto letto di:

Rianimazioni  
Rianimazioni pediatriche  
Cardiologie con Emodinamica  
Stroke  
U.T.I.N.

118 E STRUTTURE PENITENZIARIE

Il soccorso sanitario in emergenza, deve necessariamente includere i pazienti sottoposti a regime carcerario. Infatti il diritto alla salute non è suscettibile di riduzione in ragione dello status personale dell'individuo. Ai sensi dell'articolo 11, 3° comma, 26 luglio 1975 introdotto dall'art. 1,1.17 aprile 1989 N°134, il trasferimento in luoghi esterni di cura avviene su provvedimento dell'autorità giudiziaria, salvo nei casi di emergenza. Infatti nella legge viene riportato "...omissis.....con provvedimento del direttore d'istituto in casi di assoluta urgenza". La procedura da seguire nel caso in cui giunga alla Centrale Operativa 118 una richiesta di intervento in emergenza è la seguente:

l'Operatore di Centrale

- effettua il dispatch
- assegna codice di criticità
- invia mezzo di soccorso più vicino o più idoneo

1. Se a bordo del mezzo di soccorso è presente il medico 118, lo stesso valuterà la possibilità di trattare sul posto.  
In caso contrario deciderà per trasporto assistito in ospedale.
2. Se il mezzo di soccorso è India si procederà a trasporto presso il P.O più vicino, indicato dalla Centrale Operativa, e in alternativa a rendez vous con mezzo medicalizzato.

In tutti i casi di trasporto al di fuori dello stabilimento penitenziario, la Polizia Penitenziaria provvederà a servizio di scorta con personale proprio anche a bordo del mezzo di soccorso.

Personale della Polizia Penitenziaria dovrà anche essere sempre presente, a tutela del personale 118, durante le fasi di valutazione, stabilizzazione e movimentazione del detenuto malato o traumatizzato.

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

Elementi critici rilevabili:

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

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

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

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

**Elenco strutture carcerarie nella provincia di Bari e BAT:**

Altamura;

Bari - Casa Circondariale;

Bari - Istituto Penale per Minori;

## **S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

Casamassima -Casa Mandamentale;  
Trani - Casa Circondariale;  
Turi - Casa di Reclusione.

### **Elenco strutture ospedaliere con zone dedicate nella provincia di Bari e BAT (“gabbione”):**

Policlinico, Bisceglie

N.B. In caso di emergenza un paziente detenuto può essere ricoverato in qualsiasi ospedale, se piantonato.

Per analogia anche i pazienti minorenni possono essere ricoverati, piantonati, al P.O.Giovanni XXIII.

## 118 E CITTADINI IN REGIME DI ARRESTI DOMICILIARI

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

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

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

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

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

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

Alla fine del dispatch decide secondo protocollo.

Se possibile invia medicalizzata.

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

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

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

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

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

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

118 E RIMOZIONE ORDIGNI BELLICI

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

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

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

**Informa** l'interlocutore (solitamente il Vice Prefetto di turno per le urgenze) che non si tratta di attività riconducibile al Sistema di Emergenza Urgenza 118 ma solo ad Associazioni di Volontariato.

**Richiama** all'interlocutore

1. la Circolare del Ministero dell'Interno N° 463-022/S del 15/5/2002
2. la Nota del Dipartimento della Protezione Civile del 19/7/2002
3. la comunicazione dell'Ufficio territoriale del Governo (Prefettura) di Bari prot. N°190/20.2/gab del 23/9/2002

**Fornisce** all'interlocutore, se ne fa richiesta, i recapiti telefonici di Associazioni di Volontariato più vicine al luogo dell'evento

**Preallerta** la postazione 118 più vicina al luogo dell'evento, informandola dell'operazione in corso, in previsione di improvviso rendez-vous con il mezzo del volontariato.

*NB! Le tre circolari sono presenti nel faldone di ogni posto operatore*

118 E ESECUZIONE SFRATTI

**N.B. Allo stato attuale trattasi di attività programmata, pertanto organizzata con congrui tempi di comunicazione e supportata da presenza di personale ambulanze della Asl dedicate.**

Sempre più spesso pervengono alla Centrale Operativa, da parte delle forze dell'ordine, della Polizia Municipale, di uffici comunali o da Prefettura, richieste di assistenza, con ambulanza medicalizzata, per eventuale assistenza a persona nei cui riguardi si sta procedendo a sfratto coatto.

In caso di richiesta, l'operatore di Centrale o il Medico di Centrale si comporteranno come segue:

**Informa** l'interlocutore che l'ipotesi di malore, spesso peraltro simulato, non rientra fra le attività riconducibili al Sistema di emergenza Urgenza 118 pertanto oppone diniego alla richiesta

**Richiama** all'interlocutore

la Circolare del Ministero dell'Interno N° 463-022/S del 15/5/2002 riguardante le rimozione di ordigni bellici che potrebbe in analogia essere utilizzata per fare intervenire associazioni di volontariato oppure consiglia di rivolgersi alla Direzione Sanitaria dell'AUSL

**Fornisce** all'interlocutore,

se ne fa richiesta, i recapiti telefonici di Associazioni di Volontariato o i numeri della Direzione Sanitaria ASL Bari

**Preallerta** la postazione 118 più vicina al luogo dell'evento, informandola dell'operazione in corso in previsione di improvviso rendez-vous con il mezzo del volontariato.

*NB! La circolare è presente nel faldone di ogni posto operatore*



## **118 E INCIDENTI SUL LAVORO**

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

L'operatore di Centrale allerta anche le forze dell'ordine competenti per territorio oppure tramite 112 o 113

(Turni pronta disponibilità mensili S.P.eS.A.L. Area Metropolitana, Area Sud e Area Nord ASL BA consultabili nella cartella condivisa Centrale Operativa e su copia cartacea in bacheca).

N.B.L'incidente sul lavoro va comunque segnalato dal medico o dall'infermiere sul referto di ambulanza e comunicato al triage all'arrivo in P.S.

## 118 E SERVIZI SOCIALI

Molto frequentemente durante gli interventi di soccorso dopo l'arrivo dell'equipaggio sul posto, ci si trova di fronte a pazienti che non necessitano di intervento sanitario bensì dell' intervento dei servizi sociali a causa delle condizioni disagiate in cui vivono.

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

Il numero del PIS si trova su rubrica di ogni singolo posto operatore e su applicativo di Centrale.

Nel caso in cui invece il paziente necessiti di soccorso sanitario l'equipaggio procederà come di consueto, riferendo all'operatore di centrale la particolare situazione ambientale in modo che venga eseguita comunque segnalazione al PIS per effettuare intervento congiunto o successivo alla dimissione ospedaliera, qualora il paziente venga trasportato in Pronto Soccorso.

**118 E STAZIONE FERROVIE DELLO STATO DI BARI**

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

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

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

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

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

I punti di riferimento per le emergenze in stazione sono:

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

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

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

N.B. ricordare di chiedere conferma al DCCM di aver eseguito disalimentazione della rete durante le operazioni di soccorso.

**118 E C.O.A (CENTRO OPERATIVO AUTOSTRADALE)**

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

Il tratto interessato va da Gioia del Colle a Canosa e precisamente dal Km 720 al Km.610

Interessa i seguenti caselli autostradali:

Gioia del Colle	( Km 709+574)
Acquaviva delle Fonti	( Km 697+617)
Bari Sud	( Km 677+797)
Bari Nord	( Km 672+246)
Bitonto	( Km 663+012)
Molfetta	( Km 652+385)
Trani	( Km 638+095)
Andria /Barletta	( Km 626+856)
Canosa	( Km 610+541)

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

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

- portare a termine un soccorso rapido, efficiente ed efficace.
  - favorire le operazioni congiunte di comando, controllo, coordinamento e soccorso.
- Tutto nel pieno rispetto dei compiti istituzionali degli Enti che intervengono.

Si presentano due ipotesi tipo:

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

l'operatore C.O.A. comunicherà per quanto possibile i seguenti dati:

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

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

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

## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

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

### Scelta mezzo di soccorso per tratto autostradale interessato:

MSA	Tratto	Corsia Direzione
118 Massafra	Massafra – Gioia del Colle	NORD
118 Gioia	Gioia del Colle - Massafra	SUD
118 Acquaviva	Acquaviva - Gioia del Colle -	SUD
118 Gioia	Gioia del Colle - Acquaviva	NORD
118 Di Venere	Bari Sud - Acquaviva	SUD
118 Bitonto	Bari Nord – Bari Sud	SUD
118 Di Venere	Bari Sud – Bari Nord	NORD
118 Bitonto	Bitonto – Bari Nord	SUD
118 Modugno e S.Paolo	Bari Nord- Bitonto	NORD
118 Molfetta	Molfetta- Bitonto	SUD
118 Bitonto	Bitonto - Molfetta	NORD
118 Trani	Trani - Molfetta	SUD
118 Molfetta	Molfetta- Trani	NORD
118 Andria	Andria - Trani	SUD
118 Trani	Trani - Andria	NORD
118 Canosa	Canosa - Andria	SUD
118 Andria	Andria - Canosa	NORD
118 Cerignola	Cerignola - Canosa	SUD
118 Canosa	Canosa - Cerignola	NORD

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

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

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

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

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

## 118 E TRASPORTO/ATTERRAGGIO ELICOTTERO

Attualmente nella provincia di Bari non è attivo il servizio di elisoccorso, ma nulla vieta, anzi è già accaduto che pazienti, infortunati o persone trasferite da altre province o regioni vengano trasferite presso uno degli ospedali della provincia con l'utilizzo di elicottero, così come può accadere che lo stesso mezzo venga utilizzato per attività sanitaria legata a prelievo o trapianto di organo.

### Evenienze possibili

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

Le piazzole di atterraggio presso ospedale, attualmente operative nella nostra provincia, sono quella sul padiglione Asclepios del Policlinico di Bari, quella di Acquaviva delle Fonti, e quella di Barletta presso Ospedale Di Miccoli).

Per tutti gli altri ospedali della provincia, in caso di necessità si possono utilizzare i campi di calcio attivando il rendez-vous con ambulanza.

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

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

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

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

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

**inviare** ( per tempo )

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

**In caso di attivazione** Elisuperficie Asclepios Policlinico di Bari

**allertare:** Operatore Handling

**In caso di attivazione** Elisuperficie Aeroporto Bari Palese:

**allertare:**

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

**concordare:**

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

**In caso di attivazione** Elisuperficie Barletta

**allertare:** Gestore Elisuperficie Dino Losacco (numero in rubrica)

**In caso di attivazione** Elisuperficie Miulli Acquaviva delle Fonti

**allertare:** Gestore Elisuperficie Dino Losacco (numero in rubrica)

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

Forze dell'ordine (Polizia Locale, CC, PS) per viabilità,

VVF per messa in sicurezza,

Ospedale per arrivo paziente.

Dell'arrivo di un trasporto in elicottero va informato anche il direttore di centrale.

È in corso di preparazione l'elenco telefonico dei responsabili e dei custodi delle varie strutture sportive potenzialmente interessate che sarà messo a disposizione **esclusivamente** agli operatori di Centrale Operativa.

Considerato che l'elisoccorso è una risorsa avanzata in grado di:

- trasportare un'equipe altamente specializzata in luoghi distanti che i mezzi medicalizzati impiegherebbero troppo tempo per raggiungere anche a causa di difficoltà logistiche per mezzi rotati (Altamura-Gravina);

- centralizzare in caso di necessità in DEA II livello con notevoli risparmio di tempo e minori disagi per il paziente;

si può prevedere l'attivazione straordinaria di elisoccorso (con funzione rescue e successivo trasporto primario) da Centrale limitrofa di Foggia o Potenza (limitatamente all'elicottero di Matera).

## 118 E VVF: INTEGRAZIONE FRA COMPONENTI DEL SOCCORSO

*Documento d'intesa trasmesso sulle procedure condivise tra il sistema 118 della provincia di Bari ed il Comando Provinciale VVF. di Bari.*

### 1) Premessa

In attesa di specifiche norme o regolamenti nazionali sulle modalità operative in caso di operazioni congiunte tra il Corpo Nazionale dei VV.F. ed il Sistema di Emergenza Urgenza Sanitaria si predispongono il presente documento d'intesa al fine di:

- Assicurare il miglior livello possibile di soccorso urgente,
- Ottimizzare le risorse disponibili e l'integrazione delle rispettive competenze.
- Evitare ritardi o disguidi nelle operazioni di soccorso complesse.
- Stabilire le procedure di attivazione di uno dei due servizi da parte dell'altro.

Tale documento rappresenta le linee guida cui si atterrano le C.O. 115 e 118 per le procedure da adottare nell'ambito dei territori di specifica pertinenza

### 2) Sintesi dei Compiti Istituzionali

#### **Compiti dei VV.F.**

Espletare i servizi di prevenzione ed estinzione degli incendi, i soccorsi tecnici urgenti e, in genere, i servizi tecnici per la tutela dell'incolumità delle persone e preservazione dei beni, dei pericoli derivanti anche dall'impiego di energia nucleare (L. n° 1570 del 27/12/41 e L. n° 469 del 13/5/61), nonché il servizio antincendio nei porti e negli aeroporti. Inoltre espletare i servizi relativi all'addestramento ed all'impiego delle unità preposte alla protezione civile in caso di calamità (L. n° 469 del 13/5/61) e, come previsto dalla Legge sulla Protezione Civile (L. n° 225/92), quale componente fondamentale del servizio di Protezione Civile. Svolgere funzioni di Polizia Giudiziaria nell'ambito delle proprie specifiche competenze.

#### **Compiti del SSN – Sistema 118**

Tutelare la salute dei cittadini, garantendo a chiunque si trovi in situazione di emergenza sanitaria, reale o potenziale, ogni intervento volto a portare sul posto il soccorso adeguato, interagendo con tutti gli altri Enti non sanitari disponibili sul territorio e favorendo una corretta ospedalizzazione.

In considerazione di quanto sopra le rispettive strutture prendono atto che:

il *soccorso tecnico urgente* è di competenza della struttura VVF, che provvederà a gestirlo secondo proprie procedure; qualsiasi richiesta di soccorso di competenza dei VV.F. che pervenga alla C.O. 118,

sarà trasmessa immediatamente alla C.O. 115;

il *soccorso sanitario* è di competenza della struttura 118, che provvederà a gestirlo secondo proprie procedure; qualsiasi richiesta di soccorso sanitario che pervenga alla C.O. 115 sarà trasmessa

immediatamente alla C.O. 118.

In base a quanto sopra si definiscono le priorità nel soccorso ricordando che:

*salvataggio* significa porre in salvo o assicurare il recupero delle vittime dall'ambiente in cui si trovano facendo cessare rapidamente il pericolo;

*soccorso sanitario* significa mettere in atto manovre o comportamenti atti a garantire la sopravvivenza dell'infortunato mediante il sostegno o il ripristino delle funzioni vitali, prevenire pericolose complicanze e attuare le manovre di stabilizzazione più opportune ai fini dell'estricazione e del trasporto;

*recupero* significa liberare un infortunato da un ambiente ostile attuando se necessario, manovre di preparazione per renderlo accessibile ai soccorritori. Può essere:



- semplice (es. estrarre una vittima da un veicolo)
- complesso (es. liberare un ferito incastrato)
- con salvataggio (es. recuperare una vittima in pericolo di caduta, tra le fiamme, etc.)

Si chiarisce pertanto che:

*il salvataggio è prioritario rispetto al soccorso sanitario ed esso compete ai VVF;*

*il soccorso sanitario è prioritario rispetto al recupero semplice o complesso e compete agli operatori sanitari del 118;*

*in situazioni senza rischio ambientale evolutivo è prioritario il soccorso sanitario, mentre diventa prioritario il soccorso tecnico in quelle situazioni in cui il rischio possa evolvere.*

### **3) Tipologia degli interventi**

La tipologia dei sinistri per i quali è ipotizzabile un intervento congiunto 115 – 118, oltre ovviamente a situazioni di principio d'incendio o di incendio in atto con feriti, è individuata nell'allegato protocollo operativo che costituisce parte integrante o sostanziale.

### **4) Ricezione delle richieste di soccorso**

Le richieste di soccorso comunque pervenute ad una delle C.O. 115 o 118 per le tipologie di incidenti sopra indicati, dovranno essere gestite dai due soggetti con le seguenti modalità.

#### **a) Richieste pervenute alla C.O. 115**

L'operatore richiede tutte le informazioni inerenti il sinistro per quanto di competenza. L'operatore, accertatosi che vi è necessità di soccorso sanitario e che questo non risulti già richiesto, registrerà il numero di telefono del richiedente e lo avviserà di lasciare libera la linea telefonica; trasmetterà quindi le informazioni assunte alla C.O. 118 che a sua volta potrà mettersi in contatto col richiedente. Nel caso in cui il richiedente interrompa la chiamata prima che siano state assunte tutte le notizie o in ogni caso di dubbio circa la necessità di soccorso sanitario, l'operatore VV.F. inoltrerà comunque la richiesta di soccorso sanitario e le notizie in proprio possesso alla C.O. 118.

#### **b) Richieste pervenute alla C.O. 118**

L'operatore acquisisce tutte le informazioni previste dal proprio protocollo per la gestione dell'intervento sanitario. Richiederà inoltre la sommaria descrizione dello scenario incidentale nel caso in cui ricorrano una delle ipotesi individuate nell'allegato tecnico operativo, o comunque laddove si ravvisi intervento tecnico urgente, registrerà il numero di telefono del richiedente e lo avviserà di lasciare libera la linea telefonica; trasmetterà le informazioni assunte alla C.O. 115 che a sua volta potrà mettersi in contatto col richiedente. Nel caso in cui il richiedente interrompa la chiamata prima che siano state assunte tutte le notizie o in ogni caso di dubbio circa la necessità di soccorso tecnico urgente l'operatore 118 inoltrerà comunque la richiesta di soccorso tecnico urgente e le notizie in proprio possesso alla C.O. 115.

c) Nel caso in cui non risultasse possibile o sicuro il successivo contatto tra il richiedente e l'altra centrale operativa (115 o 118), l'operatore (118 o 115) dovrà assumere tutte le informazioni necessarie per l'attivazione corretta dell'altra centrale operativa.

Le parti convengono l'opportunità di integrare detto protocollo dopo una prima fase di sperimentazione dell'intesa anche per eventi più complessi (incidente aereo, ferroviario, in acqua ecc.).

**5) Modalità operative negli interventi congiunti**

Negli interventi congiunti i mezzi di soccorso dovranno disporsi in modo da evitare ostacoli alle manovre degli altri partecipanti alle operazioni. In particolare all'arrivo sul posto dovrà essere garantito apposito corridoio al fine di poter consentire agli automezzi dei VV.F. di potersi portare in prossimità del luogo del sinistro. A seconda del tipo di intervento, laddove vi possono essere rischi di incendio, esplosione e/o rilasci di sostanze tossiche, a tutela del personale interessato al soccorso sanitario, si

rende necessario che questi non si portino con gli automezzi nelle vicinanze del luogo del sinistro. In caso di incidente stradale i mezzi intervenuti, compatibilmente con il servizio di istituto che dovranno svolgere, dovranno porsi a protezione del teatro delle operazioni rispetto al flusso primario del traffico, a distanza di sicurezza e ben segnalati (luci e lampeggianti accesi), comunque in posizione tale da non

costituire ulteriore pericolo alla circolazione o intralcio all'arrivo di altri mezzi di soccorso. Ai VV.F. compete la Direzione Tecnica e l'effettuazione delle operazioni di liberazione o recupero dell'infortunato fino a che possa essere messo in condizione di ricevere adeguato trattamento dai sanitari. Compete al Responsabile delle Operazioni di Soccorso (R.O.S.) dei VV.F. ogni valutazione sulla sicurezza del teatro delle operazioni.

E' invece di competenza del personale responsabile sanitario 118 ogni decisione in merito a provvedimenti atti a salvaguardare la salute di coloro per i quali è stato richiesto l'intervento, comprese le indicazioni sulle manovre da effettuare per l'estricazione e l'immobilizzazione delle vittime e sulle più opportune modalità di trasporto.

Premesso che è fondamentale una gestione coordinata e congiunta delle operazioni e che l'arrivo sul posto dei vari mezzi di soccorso non è standardizzabile, si ipotizzano le seguenti situazioni:

a) se arriva prima la squadra VV.F.:

- Danno conferma alla propria C.O. affinché trasferisca l'informazione alla C.O. 118 dell'esigenza o meno del soccorso sanitario; (anche nel caso di comunicazione di cessata esigenza la C.O. 118 può decidere di far comunque giungere sul posto l'equipaggio inviato);

- Mettono in sicurezza lo scenario incidentale;

- Iniziano le operazioni di messa in sicurezza, liberazione o recupero dell'infortunato, attivando se del caso le procedure B.L.S. (supporto alle funzioni vitali) e le procedure S.V.T. (supporto vitale al traumatizzato), nel caso di:

pericolo imminente per la vita dell'infortunato dovuto a condizioni ambientali con rischio in evoluzione (instabilità veicolo, principio d'incendio, rilasci di prodotti pericolosi, ecc...; assenza di respiro o comunque grave compromissione respiratoria;

emorragie gravi.

- All'arrivo del 118 il responsabile sanitario dell'equipaggio dovrà mettersi in contatto con il R.O.S. dei VV.F. per proseguire l'intervento.

b) se arriva prima l'equipaggio 118:

- dà conferma alla propria C.O. affinché trasferisca l'informazione alla C.O. 115 dell'esigenza o meno del soccorso tecnico urgente; (anche nel caso di comunicazione di cessata esigenza la C.O. 115 può decidere di far comunque giungere sul posto l'equipaggio inviato);

- all'arrivo dei VV.F. il R.O.S. dovrà mettersi in contatto con il responsabile sanitario del 118 per proseguire l'intervento.

**6) Rapporti con gli organi di informazione**

Le informazioni personali (nome e cognome, patologia) delle persone coinvolte in interventi di soccorso ed eventualmente scambiati tra gli operatori delle due parti costituiscono dati sensibili ai sensi della L. 31.12.1996 n. 675; sono inoltre coperti dal segreto di ufficio e dal segreto del codice deontologico professionale.

La C.O. 118 può fornire, su richiesta, agli organi di informazione:

- *Luogo del sinistro;*
- *Numero delle persone coinvolte.*
- *Mezzi intervenuti.*

I VV.F. potranno fornire, su richiesta, agli organi di informazione:

- *Luogo del sinistro;*
- *Numero delle persone coinvolte;*
- *Modalità tecniche di risoluzione dell'intervento.*

**7) Flusso reciproco di informazioni**

In attuazione delle procedure già in atto presso le strutture del Dipartimento dei Vigili del Fuoco, che prevedono la segnalazione in tempo reale da parte della struttura VV.F. Provinciale al Ministero dell'Interno, Dipartimento dei Vigili del Fuoco, del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile, Ispettorato Emergenze - Centro Operativo presso il Viminale in Roma, nonché alla Direzione Regionale Puglia dei Vigili del Fuoco, del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile di interventi particolarmente gravi ove intervenuto il personale VV.F., solo ed esclusivamente per tali scopi, la C.O. 118 fornirà oltre ad informazioni riguardanti il luogo dell'intervento e l'ospedalizzazione delle persone coinvolte nel sinistro e ricoverate presso le strutture ospedaliere di Bari e Provincia, i seguenti dati alla C.O. 115:

- *identità della persona coinvolta solo attraverso la fornitura delle iniziali relative al nome e cognome e l'età della stessa;*
- *la prognosi diagnosticata.*

**8) Attività di Formazione ed Aggiornamento**

Le parti si impegnano ad istituire specifici corsi in materia di:

- *Sostegno di base alle funzioni vitali (BLS – BLSD) e/o tecniche di immobilizzazione e trasporto (SVT) degli infortunati in caso di trauma (a cura del 118 per i VV.F.);*
- *Nozioni di base di prevenzione e protezione antincendio, nozioni tecniche per valutare le condizioni di rischio sul luogo dell'evento (a cura dei VV.F. per il personale 118).*
- *Informazioni per la gestione di interventi NBCR (a cura dei VV.F. per il personale sanitario).*

**9) Prevenzione e raffreddamento di eventuali controversie**

Le parti concordano la costituzione di una Commissione paritetica avente finalità di prevenire e dirimere eventuali controversie fra le strutture operative.

La predetta Commissione sarà composta da 4 componenti, 2 per ciascuna delle 2 istituzioni e si riunirà su richiesta del Responsabile di una delle strutture.

Le parti infine concordano sulla necessità di periodici incontri tra il personale delle rispettive Centrali Operative per l'approfondimento delle problematiche e delle procedure di intervento congiunto.

***Procedura operativa***

Coinvolgimento dei Vigili del Fuoco da parte degli operatori sanitari  
del Sistema di Emergenza Sanitaria BARI 118.

Quando l'operatore della Centrale Operativa 118 viene a conoscenza, nel corso della conversazione con l'utente, di situazioni che richiedano l'intervento dei Vigili del Fuoco, è necessario che provveda a dare immediata segnalazione dell'evento alla Centrale Operativa dei Vigili del Fuoco (115).

Informazioni da raccogliere da parte dell'operatore

- tipo di evento
- telefono del chiamante
- località, via, n. civico e riferimenti
- dinamica dell'evento, mezzi coinvolti
- numero vittime e condizioni cliniche

Segue immediata attivazione da parte dell'operatore di Centrale Operativa 118.

L'intervento dei Vigili del Fuoco dovrà essere richiesto dall'operatore della Centrale quando dalla chiamata si evidenziano **i seguenti casi**:

**incidenti stradali:** feriti incastrati (qualunque sia la dinamica d'incidente)

- auto fuori strada con passeggeri a bordo
- auto fuori strada in assenza di notizie sui passeggeri
- scontro frontale tra auto in assenza di notizie sui passeggeri
- incidenti con mezzi pesanti (camion, autobus)
- incidenti con cisterne (raccogliere dati sul trasporto – codice Kemler)
- incendio o pericolo di incendio in abitazione
- presenza di sostanze pericolose (incendi in opifici).

**altri incidenti con difficoltà di recupero del ferito in generale:**

- cadute in pozze e buchi
- incidenti all'interno di serbatoi
- folgorazioni
- feriti incastrati nei macchinari
- incidenti con macchine agricole
- incendi, esplosioni
- crolli
- fughe di gas
- cadute in acqua
- persone che chiedono soccorso, chiuse in casa o comunque di difficile accesso

**Attivazione VVF da parte dell'ambulanza**

Nel caso in cui sia il personale in servizio sul mezzo di soccorso della Centrale Operativa 118 inviato sul luogo dell'evento critico a ravvisare l'opportunità di intervento dei Vigili del Fuoco, è necessario che ne sia data segnalazione tramite rete telefonica alla Centrale Operativa 118 che a sua volta avviserà la Centrale Operativa dei Vigili del Fuoco (115). L'equipaggio dell'ambulanza dovrà richiederne immediatamente l'intervento, per il tramite della Centrale Operativa 118, se una volta sul posto riscontrasse le seguenti situazioni:

**incidenti stradali:** feriti incastrati  
fuoriuscita di carburante / pericolo di incendio  
veicoli che trasportano sostanze pericolose

interessamento di linee elettriche  
rischio di crollo di pareti, pali, tralicci, etc

### **altre situazioni:**

pericoli per i feriti e per i soccorritori  
pazienti rinchiusi in casa  
pazienti non raggiungibili  
pericoli di altro genere.

Per situazioni quali necessità di lavaggio della sede stradale, rimozione di mezzi che intralciano la circolazione ed in genere per le situazioni che non costituiscono immediato pericolo in atto, la chiamata deve essere eventualmente demandata alle forze dell'ordine.

### **Modalità per l'allertamento**

La richiesta di intervento deve essere effettuata **esclusivamente tramite numero breve 115** alla Centrale del Comando Provinciale, che provvederà eventualmente all'allertamento dei Distaccamenti.

### **Coinvolgimento degli operatori sanitari del Sistema di Emergenza Sanitaria BARI 118 da parte dei Vigili del Fuoco**

Quando l'operatore di centrale dei Vigili del Fuoco viene a conoscenza, nel corso della conversazione con l'utente, di situazioni che richiedano l'intervento del Sistema di Emergenza Sanitaria, è necessario che provvedano a dare immediata segnalazione dell'evento alla Centrale Operativa tramite il numero breve 118 .

### **Informazioni da raccogliere da parte dell'operatore VVF**

tipo di evento	telefono del chiamante
località, via, n. civico e riferimenti	dinamica dell'evento, mezzi coinvolti
numero vittime e condizioni cliniche	

### **Attivazione della Centrale Operativa 118 BARI**

Nel caso in cui sia il personale in servizio sul mezzo dei Vigili del Fuoco inviato sul luogo dell'evento critico a ravvisare l'opportunità di intervento del Sistema di Emergenza Sanitaria 118, è necessario che ne sia data segnalazione tramite rete telefonica alla Centrale Operativa tramite il numero **breve 118**.

L'intervento della Centrale Operativa 118 dovrà essere richiesto dall'operatore dei VVF quando dalla chiamata si evidenziano i seguenti casi:

- tutti gli incidenti con feriti
- incendi con persone coinvolte
- incendi di vaste proporzioni con pericolo per la popolazione
- incendi di stabilimenti con lavorazioni a rischio per la liberazione di sostanze tossiche
- esplosioni e crolli di fabbricati
- apertura porte con presenza di persone che non rispondono alla chiamata
- necessità di un presidio sanitario a tutela dei soccorritori per interventi di particolare rischio

### **Modalità per l'allertamento della Centrale Operativa**

Per il Comando Provinciale, tramite il 118.

Per i Distaccamenti, esclusivamente tramite 118.

In caso di richieste di soccorso al di fuori della Provincia BARI, la richiesta dovrà comunque essere inviata alla Centrale Operativa 118 BARI che provvederà ad allertare la centrale competente.

**118 E FORZE DELL'ORDINE. - INTEGRAZIONE FRA COMPONENTI DEL SOCCORSO**

Quando l'operatore di Centrale, viene a conoscenza, nel corso della conversazione con l'utente, di situazioni che richiedano l'intervento delle Forze dell'Ordine, è necessario che provveda a dare immediata segnalazione dell'evento alla Centrale Operativa della Polizia di Stato (**113**) ovvero dei Carabinieri (**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 alla Centrale Operativa 118 che a sua volta avviserà la Centrale Operativa della Polizia di Stato (**113**) ovvero dei Carabinieri (**112**).

Analogo coinvolgimento si rende necessario nei casi di competenza della Guardia di Finanza (**117**) e Guardia Costiera (**1530**).

**Coinvolgimento del sistema 118 da parte delle Forze dell'Ordine.**

Quando le centrali operative 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, cosicchè 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 delle Forze dell'Ordine collabora con quello della Centrale Operativa 118 al fine di acquisire tutte le informazioni necessarie alla corretta definizione del livello di criticità dell'evento sulle quali modulare la complessità dell'intervento sanitario da attuarsi.

In particolare sono di indispensabile utilità le seguenti informazioni:

1. Numero delle persone che necessitano di assistenza sanitaria;
2. Età approssimativa;
3. Livello di coscienza;
4. Condizioni respiratorie;
5. Presenza di dolore toracico;
6. Presenza e sedi di emorragie.

**118 E CAPITANERIA DI PORTO - GUARDIA COSTIERA**

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

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

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

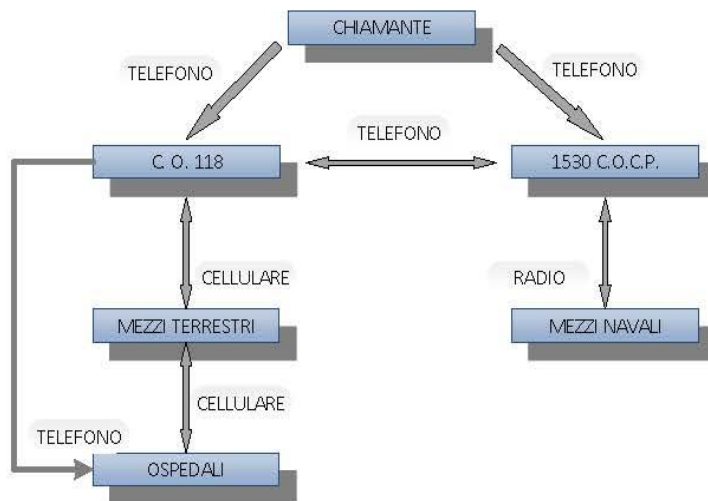
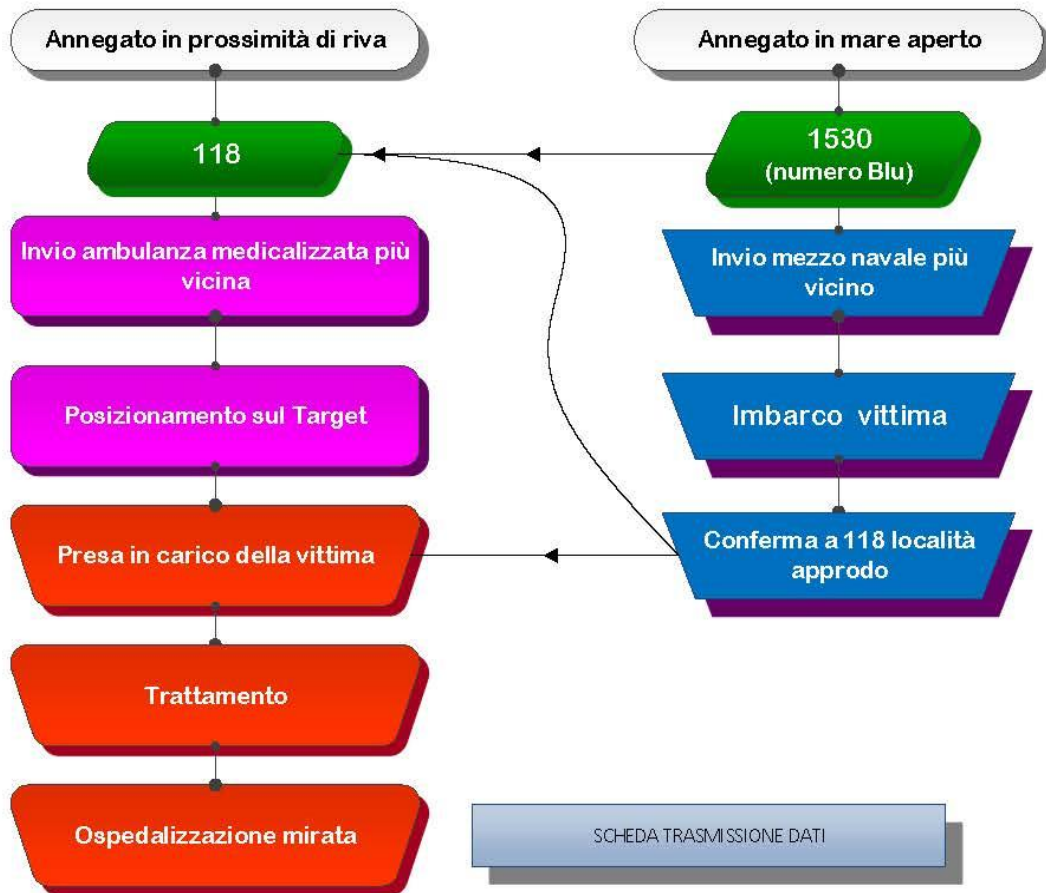
Alla ricezione della chiamata di soccorso pervenuta ad una delle due Centrali vengono attivati i rispettivi mezzi. Sarà favorito l'imbarco del personale sanitario a bordo dei mezzi di C.P. in caso di intervento al largo, su imbarcazioni, natanti o navi in transito. Questo nel pieno rispetto dei compiti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

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

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



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



C.O. = Centrale operativa 118

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

## **118 E RAPPORTI CON LA STAMPA**

(per Operatori di Centrale e Equipaggi dei mezzi di soccorso)

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

Pertanto, è obbligatorio comunicare sempre con prudenza e secondo linee di condotta che devono considerare la necessaria privacy e veridicità dell’accaduto, in particolare in caso di incidenti stradali con politraumatizzati, incidenti sul lavoro o domestici, tentato suicidio, autolesionismo.

Quindi:

- Non vanno divulgate le generalità dei pazienti soccorsi
- Non devono essere fornite notizie su fatti privati della vita dei pazienti
- Non vanno rilasciate informazioni su eventi in cui vi può essere ipotesi di reato
- Va evitata qualsiasi forma di protagonismo o esibizionismo

### **Per gli Operatori di Centrale Operativa**

Ogni qual volta un rappresentante degli organi di stampa chiama su numero di emergenza 118. Invitarlo cortesemente a chiamare sul numero 0805562962.

Nel caso in cui tutti gli operatori sono impegnati nella gestione di emergenze invitare il chiamante a richiamare, dando eventualmente un appuntamento telefonico (per esempio,....richiami tra quindici minuti).

Il medico di Centrale potrà fornire al giornalista che si presenta con Cognome e testata giornalistica di appartenenza, notizie in merito a:

- Incidenti traumatici e codice numerico di criticità (secondo normativa ministeriale)del o dei feriti
- Eventi delittuosi (omicidi, suicidi)
- -patologie acute in casi particolari come incidenti di massa, manifestazioni sportive etc.

**oltre alle citate notizie può fornire indicazioni in merito a:**

- Tipologia dell’evento
- Orario e località dell’accaduto
- Numero delle persone coinvolte con eventualmente, se ne è a conoscenza, del sesso e dell’età
- Numero e tipologia dei mezzi intervenuti
- Ospedale/i di destinazione dei feriti

**Non può fornire**, trattandosi di dati sensibili, dati anagrafici, patologia presunta o malattia accertata.

**Ricordatevi di raccomandare ai giornalisti di verificare successivamente lo stato del paziente chiamando direttamente il Pronto Soccorso dell’ospedale dove i medici, dopo averlo valutato con opportuna diagnostica strumentale e sottoposto a consulenze specialistiche, possono rilasciare un comunicato clinico attendibile.**

## RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE

Il criterio di partenza su cui basare il comportamento di fronte ad un paziente in arresto cardio-circolatorio non può che essere: “tutti i pazienti in arresto cardio-circolatorio devono essere rianimati”. In questo senso l’approccio dei servizi di emergenza è cambiato negli ultimi anni, poiché in passato le manovre di rianimazione venivano spesso effettuate quando la valutazione soggettiva del medico faceva prevedere buone probabilità di outcome favorevole. È tuttavia evidente che questo assunto presenta delle rilevanti eccezioni:

- Pazienti già deceduti
- Pazienti che presentano evidenti lesioni incompatibili con la vita
- Pazienti per i quali i tentativi rianimatori sarebbero futili, vale a dire che qualora efficaci non solo non modificherebbero la sopravvivenza, ma potrebbero anche far sì che il decesso del paziente avvenga in condizioni soggettivamente ben peggiori di quelle preesistenti.

Il problema viene reso più complesso quando il medico non interviene e l’infermiere è il solo sanitario presente sul posto ed è quindi chiamato a decidere sull’opportunità di astenersi dalle manovre. L’infermiere che non provveda a rianimare un paziente che avrebbe dovuto esserlo ha sicuramente un comportamento negligente, ma anche un infermiere che si astiene motivatamente dal rianimare un paziente già deceduto potrebbe essere esposto a contestazioni, per le quali sarebbe in alcuni casi difficile rilevare a posteriori degli elementi oggettivi che confermassero tale indicazione. Anche l’infermiere che trasporti in Ambulanza un paziente già deceduto si espone d’altra parte a dei rischi:

- Un mezzo di soccorso che dovrebbe essere disponibile per altri soccorsi viene impegnato per trasportare un deceduto.
- Il regolamento di Polizia Mortuaria vieta il trasporto dei cadaveri con Ambulanza.
- Qualora l’Ambulanza resti coinvolta essa stessa in un incidente stradale, si pongono rilevanti problemi di determinazione della causa di morte.

Soprattutto quando è presente il solo infermiere, è indispensabile uno strumento che metta in grado il soccorritore di:

- Riconoscere in modo inequivocabile le situazioni in cui non è opportuno procedere alla rianimazione.
- Suffragare questa decisione con dati oggettivabili e testimoniabili a fronte di eventuali contestazioni.
- Evitare contestazioni durante l’intervento.
- Evitare conseguenze di ordine medico-legale.
- Gestire correttamente il rapporto con i familiari.

I casi in cui è opportuno astenersi dalle manovre di rianimazione cardio-polmonare devono essere esplicitamente dettagliati in un apposito Protocollo:

### **Casi in cui NON deve essere iniziata la CPR:**

#### **patologie di origine medica:**

- Pazienti con neoplasie in fase terminale accertata e documentata
- Pazienti in stato terminale di una malattia cronica ad evoluzione fatale.
- Pazienti con grave deperimento organico terminale.

- Pazienti con arresto circolatorio di durata accertata superiore a 20 minuti purchè non ipotermici.
- Lividore estremo.

**Patologie di origine traumatica:**

- pazienti con decapitazione e maciullamento (\*)
- pazienti con lesioni incompatibili con la vita (es. schiacciamento cranico, addominale, toracico).
- Pazienti con arresto circolatorio di durata accertata superiore a 20 minuti.
- Lividore estremo.

**Rinvenuto cadavere:**

- Presenza di ipostasi (\*).
- Pericolo per la vita del soccorritore (\*)
- Intervento di un medico che ordini l'interruzione della CPR (\*)
- Rischio per la sopravvivenza di altri pazienti.

I casi contrassegnati con (\*) sono controindicazioni assolute all'esecuzione di qualsiasi manovra; negli altri casi motivazioni di carattere bioetico possono rendere comunque indicati alcuni interventi, secondo i principi che verranno illustrati oltre.

Con la definizione “grave deperimento organico terminale” si sono voluti identificare quei pazienti, in età molto avanzata, in cui non esiste una vera e propria patologia terminale, ma si è comunque in presenza di un avanzato deperimento delle funzioni organiche, legato alla senilità. Ciò in quanto è vero che l'età senile di per se non è una controindicazione alla CPR, ma è anche vero che la morte, come fatto biologico, non può essere ragionevolmente evitata ad libitum.

Va segnalato che qualora il Protocollo sia utilizzato dagli infermieri deve essere assolutamente evitato qualsiasi riferimento ad una diagnosi di morte emessa dall'infermiere: compito dell'infermiere è esclusivamente quello di riscontrare, in piene aderenza alle proprie mansioni, una serie di segni e sintomi sulla base dei quali si provvederà a far intervenire il medico per la diagnosi di morte.

La richiesta di intervento proviene spesso non dal paziente ma da parte di familiari, conoscenti o spettatori occasionali. L'arrivo del medico determina negli astanti una aspettativa di interventi atti a salvare la vita del paziente. Salve rare eccezioni, difficilmente i presenti sono in grado di valutare l'opportunità di un'astensione dalle cure. Questo elemento può costituire una forte pressione psicologica sul medico. In tali circostanze deve essere considerato il concetto di accanimento terapeutico e le linee guida a quando non rianimare: a fronte della presenza di una malattia incurabile, nella consapevolezza di non poter ottenere un beneficio per la salute ed un miglioramento della qualità della vita del malato e nell'ottica di erogare solo terapia idonea a risparmiare inutili sofferenze non è giustificato un atteggiamento “rianimatorio” esasperato e fine a se stesso.

**Gli operatori di centrale operativa devono:**

- essere addestrati ad intervistare gli utenti secondo protocolli rigidi per raccogliere informazioni focalizzate sul riconoscimento dello stato di incoscienza e sulla qualità della respirazione;
- in presenza di stato di incoscienza e contemporanea assenza di respiro (o qualunque alterazione dello stesso,in particolare in caso di gasping) far attivare il protocollo di invio per sospetto arresto cardiaco.

**I soccorritori sul posto** (addestrati e non) devono:

## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

- effettuare compressioni toraciche alle vittime di arresto cardiaco. L'obiettivo è quello di comprimere il torace di almeno 5 cm di profondità e non oltre 6 cm e con una frequenza di almeno 100-120 compressioni al minuto permettendo una completa riespansione del torace dopo ogni compressione.
- praticare le ventilazioni con un rapporto compressioni-ventilazioni (CV) di 30:2.  
(Per i soccorritori non addestrati è consigliata la RCP con le sole compressioni toraciche guidata telefonicamente).

N.B. Per quanto riguarda l'uso dei defibrillatori esterni, viene posta maggiore enfasi sul rendere minime le interruzioni durante l'applicazione del DAE e si raccomanda di continuare il massaggio durante la carica del defibrillatore.

*Rif. Bibliografia: IRC - Linee guida Italian Resuscitation Council e European Resuscitation Council 2015-*



## TAC FUORI SERVIZIO

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

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

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

Secondo protocollo, i mezzi di soccorso delle postazioni viciniori a quello impegnato nell'operazione di centralizzazione, garantiscono anche la copertura territoriale\*.

Tali postazioni interessate vengono avvisate della centralizzazione in corso e su decisione della Centrale Operativa possono essere riposizionate.

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

## TAC e operazioni di manutenzione

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

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

*\* la copertura territoriale può anche essere attuata con l'ambulanza del Presidio Ospedaliero, anche con solo infermiere a bordo, previa immediata verifica della sua operatività e disponibilità da parte del Pronto Soccorso. Tale procedura costituisce evento eccezionale.*

**PROCEDURA DI C.O. PER VERIFICA DEGLI STANDARD DI QUALITÀ**

Al fine di attivare un lavoro di verifica e controllo sugli standard qualitativi degli eventi urbani ed extraurbani (sulla qualità in generale e in particolare sui tempi di invio, arrivo sul posto, allertamento P.S. e/o D.E.A. I e II livello in caso di codice 3 di rientro, ecc.), durante il normale orario di lavoro il medico e gli infermieri operatori di Centrale prendano nota degli estremi dell'intervento, le cui schede-evento, meritevoli di attenzione e verifica in tal senso che saranno fatte ricercare e stampare poi dall'informatico e custodire in una apposita cartellina denominata "SCHEDE in VALUTAZIONE" (che sarà predisposta a cura del Coordinatore degli Infermieri); in particolare tutte le schede con Codice Rosso dove non sia stato rispettato, per qualsivoglia motivo, lo standard qualitativo dei tempi di arrivo sul posto (8 min dalla chiamata per le urbane, 20 min per le extraurbane, ecc.).

In tale cartellina vanno anche archiviate le schede evento meritevoli di attenzione e verifica circa gli standard qualitativi e gli obiettivi stabiliti dalle leggi nazionali, regionali e dai protocolli di Centrale in uso che ad essi si rifanno.

Tali schede saranno oggetto di revisione/verifica in appositi incontri della Commissione Interna sulla Qualità .

**ELENCO DELLE POSTAZIONI NELLA PROVINCIA DI BARI E BAT**

(aggiornato al 1 gennaio 2020)

legenda: AS = Ambulanza di Soccorso

- 1) Punto di Primo Intervento (P.P.I.)
2. PS = Pronto Soccorso
- 3) MIKE= AS Medicalizzata ( Medico)
- 4) INDIA= AS con Infermiere a bordo
- 5) VICTOR = AS con equipaggio formato di soli Volontari
- 6) AUTOMEDICA=AM

POSTAZIONE	ASSETTO	UBICAZIONE	ASL	SIGLA
ACQUAVIVA	India	c\o PS	ASL\BA	BAAQ1
ADELFA	India	c\o Ass. Vol. via C. Sabini,12	ASL\BA	BAAF1
ALBEROBELLO	India	c\o ex PPI	ASL\BA	BAAL1
ALTAMURA	India	c\o PS	ASL\BA	BAAT1
ANDRIA 1	India	Via Vecchia Barletta, 201	ASL\BAT	BATAD1
ANDRIA 2	India	Via Vecchia Barletta, 201	ASL\BAT	BATAD2
BARLETTA 1	India	c\o P.zza Umberto I	ASL\BAT	BATBR1
BARLETTA 2	India	c\o P.zza Umberto I	ASL\BAT	BATBR2
BISCEGLIE	Mike	c\o PS	ASL\BAT	BATBS1
BITONTO	Mike	c\o ex P.O. via Bellini	ASL\BA	BABI1
CANOSA	Mike	c\o PS	ASL\BAT	BATCN1
CASAMASSIMA	India	c\o ex PPI	ASL\BA	BACS1
CASTELLANA GR.	Mike	c\o ex PPI,via E.Fermi	ASL\BA	BACA1
CONVERSANO	India	c\o ex PPI	ASL\BA	BACO1
CORATO	India	c\o PS	ASL\BA	BACR1
C.T.O.	India	Via Brigata Bari	ASL\BA	BACT1
DI VENERE	India	c\o PS	ASL\BA	BAVE1
GIOIA D.COLLE	India	c\o ex PPI	ASL\BA	BAGI1
GIOVANNI XXIII°	India	c\o PS	ASL\BA	BAPE1
GIOVINAZZO	India	c\o ex PPI	ASL\BA	BAGV1
GRAVINA	Mike	c\o S. Domenico	ASL\BA	BAGR1
GRUMO A.	Mike	c\o ex PS	ASL\BA	BAGU1
JAPIGIA	India	c\o Guardia Medica	ASL\BA	BAJA1
LOCOROTONDO	Mike	c\o ex PPI via Fasano	ASL\BA	BALO1
MINERVINO	Mike	c\o ex PS	ASL\BAT	BATMR1
MODUGNO	India	c\o vecchio P.O.:via Piave	ASL\BA	BAMO1
MOLA DI BARI	Mike	c\o ex PPI	ASL\BA	BAMB1
MOLFETTA	India	c\o PS	ASL\BA	BAMF1
MONOPOLI	India	c\o PS	ASL\BA	BAMN1
NOCI	Mike	c\o ex PPI	ASL\BA	BANO1
NOICATTARO	Mike	c\o Coord. SET 118	ASL\BA	BANC1
PALESE	India	c\o Guardia Medica	ASL\BA	BAPA1
PALO DEL COLLE	India	c\o CRI	ASL\BA	BAPC1
PIAZZA CHIURLIA	Mike	c\o Piazza Chiurlia	ASL\BA	BAFS1
POGGIORSINI	India	c\o poliamb.via XX Settembre	ASL\BA	BAPG1



## S.E.U.S. - Centrale Operativa 118 BARI - Protocollo Operativo

POLICLINICO	India	c/o ex Centrale del Latte	ASL\BA	BAPO1
POLIGNANO	Mike	c/o ex PPI	ASL\BA	BAPL1
PUTIGNANO	Mike	c/o Osp., via Cappuccini	ASL\BA	BAPU1
RUVO	India	c/o ex PS	ASL\BA	BARU1
RUTIGLIANO	India	c/o ex PPI	ASL\BA	BART1
SAMMICHELE	India	c/o Ass. Vol.	ASL\BA	BASM1
SAN PAOLO	Mike	c/o PS	ASL\BA	BASP1
SANTERAMO	Mike	c/o vecchio ospedale	ASL\BA	BAST1
SPINAZZOLA 1	Mike	c/o ex PS	ASL\BAT	BATSZ1
SPINAZZOLA 2	India	c/o ex PS	ASL\BAT	BATSZ2
TERLIZZI	India	c/o ex PS	ASL\BA	BATZ1
TRANI	India	c/o PPI	ASL\BAT	BATTN1
TRIBUNALE BARI	Mike	c/o ex CTO	ASL\BA	BATB1
TRIGGIANO	Mike	c/o PPI	ASL\BA	BATR1
TURI	Mike	c/o scuola via Cisternino	ASL\BA	BATU1
AMB. BARIATRICA	India	c/o Aeroporto Bari	ASL\BA	BABRT1
AMB.DEDICATA COVID	India	c/o Noicattaro	ASL\BA	MAG9

AUTOMEDICA	BAA97	Bari	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM03	Barletta	ASL/BAT
AUTOMEDICA	BAAM04	Andria	ASL/BAT
AUTOMEDICA	BAAM05	Trani	ASL/BAT
AUTOMEDICA	BAAM06	Di Venere	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM07	Gioia del Colle	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM08	Casamassima	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM09	Modugno	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM10	Conversano	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM11	Monopoli	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM12	Alberobello	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM13	Altamura	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM14	Acquaviva	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM15	Giovinazzo	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM16	Ruvo di Puglia	ASL/BA
AUTOMEDICA	BAAM17	Terlizzi	ASL/BA

# S.E.U.S. - Centrale Operativa 118 BARI - Protocollo Operativo



## CODICI NEL SISTEMA 118

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

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

Il codice d'intervento alfanumerico ha tre vantaggi:

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

Essi sono:

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

**CODICE IDENTIFICATIVO DEL LUOGO**

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

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

**CODICE DI PATOLOGIA PREVALENTE**

Questo codice occupa la seconda posizione nel codice di intervento (dopo il codice identificativo di luogo) ed individua il tipo di patologia prevalente. Nel caso in cui siano presenti più patologie si deve assegnare un solo codice riferito a quella con i sintomi clinicamente più importanti.

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

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

CODICE DI CRITICITÀ / GRAVITÀ

I due termini Gravità e Criticità non differiscono per il loro significato intrinseco in quanto entrambi esprimono il livello di gravità del paziente e più precisamente l'urgenza dell'intervento sanitario. I due termini differiscono per il momento e la modalità di assegnazione del codice .

Il termine “codice di Criticità” viene usato quando il livello di urgenza è assegnato dall'operatore di C.O sulla base delle informazioni ricevute telefonicamente nella richiesta di intervento: esso è pertanto “presuntivo”.

In quanto tale è soggetto ad errore sia per inesatta comunicazione del testimone, che per opportunità di protocollo (in caso di dubbio, infatti si sceglie di assegnare il codice di maggiore gravità).

Con il termine “codice di gravità” si indica invece il livello di urgenza assegnato al paziente dal personale medico intervenuto sul luogo del soccorso o presente all'arrivo in ospedale.

La differenza fra i codici di criticità e di gravità può anche essere dovuta ad evoluzione del quadro clinico. La sua analisi risulta estremamente interessante.

Il CODICE DI CRITICITÀ / GRAVITÀ indica in modo standardizzato il livello di COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI (coscienza, circolo e respiro) del paziente ed è finalizzato principalmente alla gestione dell'intervento sanitario, definendo la priorità con cui deve essere erogato, rispetto ad altri interventi richiesti in contemporanea. Il codice di gravità utilizza i numeri da 0 a 4 codificati come riportato nella tabella sottostante. Le Centrali Operative utilizzano come codice di criticità il codice colore, anch'esso riportato nella tabella sottostante con il corrispondente codice numerico di gravità

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

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

## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

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

## DEFINIZIONE DELLA CRITICITA' DELL'EVENTO

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

### CODICI DI INVIO (o di criticità)

#### ➤ CODICE BIANCO

- Non critico: l'intervento non necessita di tempi brevi
- Può essere necessaria l'attivazione del medico di base o del pediatra o del servizio di Continuità Assistenziale (Guardia Medica o Guardia Medica Pediatrica) o l'invio delle ambulanze tipo B.
- *qualora l'utente richieda l'intervento della Guardia Medica tale richiesta deve essere trasferita alla **Guardia Medica competente**, unitamente alle generalità all'indirizzo e al numero telefonico dell'utente stesso; successivamente l'operatore mette a conoscenza l'utente dell'avvenuta comunicazione dell'evento.*

#### ➤ CODICE VERDE

- Patologia poco critica che richiede un ricovero di elezione in tempi differibili
- Parametri vitali conservati (respiro, circolo, coscienza)
- Assenza di rischio evolutivo
- Necessità di terapia
- Dispositivi di emergenza non attivati (sirena e lampeggianti)
- Invio ambulanze tipo A

### ESEMPI:

- Distorsioni/lussazioni di piccole articolazioni
- Fratture minori non complicate
- Trauma cranico minore
- Lesione dei tessuti molli
- Ustioni non interessanti il volto e limitate come estensione ( II° grado <15%)
- Dolore addominale
- Lipotimie
- Stati febbrili



• **CODICE GIALLO**

- Patologia critica: intervento indifferibile
- Paziente senza compromissione delle funzioni vitali
- Rischio evolutivo presente per la perdita di una funzione o di un arto
- Dispositivi di emergenza attivati
- Invio ambulanze tipo A

**ESEMPI:**

- Trauma senza segni di shock
- Fratture complicate, multiple o esposte
- Lussazione di grosse articolazioni
- Frattura vertebrale
- Emorragie (esterne, ematemesi, melena) senza segni di shock
- Ustioni localizzate al volto o II° grado >20% o III° grado
- Patologie internistiche non complicate (insufficienza respiratoria non grave in pz con BPCO, Ischemia Acuta o Ictus senza compromissione dello stato di coscienza)
- Aritmie non complicate
- Intossicazione senza compromissione dello stato di coscienza
- Algie addominali importanti

**Rischio evolutivo evento medico:**

- Dolore toracico
- Dolore lombare atipico
- Cefalea di prima insorgenza
- Crisi allergica
- Gravidanza

➤ **CODICE ROSSO**

- Patologia molto critica
- *Invio ambulanza di tipo A, più vicina alla sede dell'evento mantenendo i contatti con i soccorritori; i contatti telefonici o le comunicazioni radio devono avvenire tra gli operatori di centrale e Team Leader (medico o infermiere e/o soccorritore); in presenza di codice rosso, la C.O allerta contemporaneamente l'ambulanza con medico a bordo che eventualmente interviene in conferenza con la C.O. e l'infermiere e/o soccorritore dell'ambulanza non medicalizzata per stabilire un eventuale luogo di rendez-vous.*
- *L'operatore di centrale dispone l'accesso al P.S. più idoneo e lo allerta.*

**ESEMPI:**

- Arresto cardio-respiratorio
- Arresto respiratorio
- Assenza di coscienza
- Shock circolatorio ( edema polmonare / infarto)
- Coma Ipoglicemico
- Coma Diabetico
- Malore in acqua
- Dolore Toracico
- Intossicazione con compromissione dello stato di coscienza
- Folgorazione
- Aborto in atto

**Evento traumatico con meccanismo di lesione o fattori aggravanti:**

- Incidente ad alta velocità
- Scontro frontale fra auto/auto; auto/moto; auto/mezzo pesante
- Coinvolgimento di mezzi pesanti
- Impatto con proiezione a distanza
- Eiezione dal veicolo
- Pz incastrato con estricazione di durata > a 20 min.
- Auto senza cintura/ Moto con/senza casco
- Deformazione lamiera > 20 cm
- Presenza di deceduti nello stesso veicolo
- Ferita d'arma da fuoco
- Accoltellamento
- Ferite penetranti ( escluso arti)
- Caduta da altezza > 3 metri
- Trauma + ustioni
- Amputazione di arti o parti di arti
- Età inferiore a 5 anni

**N.B. !!!** I codici ROSSI per dinamica devono rientrare in P.S. con codice di Rientro TRE. In caso contrario viene smentito il “razionale” che definisce la dinamica maggiore come potenzialmente pericolosa e potenzialmente suscettibile in tempi brevi di evoluzione in senso negativo delle patologie, al momento non ancora evidenziabili. Solo la valutazione approfondita, possibile in ospedale anche con esami strumentali, sarà in grado di escludere tali ipotesi e ridefinire lo stato del paziente/infortunato.

*Rif Bibliografico: PTC IRC Capitolo 5- Secondari Survey e dinamica dell'evento traumatico.*

Ad ogni chiamata di soccorso può far seguito:

### **TIPOLOGIA DI INTERVENTO**

- consiglio sanitario telefonico.....
- contatto con il medico curante (o pediatra di base).
- invio del medico di guardia medica .....
- invio di un mezzo di soccorso .....
- invio di automedica.....
- Invio di motomedica.....
- Invio di eliambulanza .....
- Invio di altro mezzo di soccorso :
  - della AUSL .....
  - del Volontariato .....
  - dei VVF .....
  - di altro Ente .....



## VALUTAZIONE CODICE DI RIENTRO (GRAVITÀ)

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

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

### Il personale che sta effettuando il soccorso deve:

- Comunicare alla C.O. "118" partenza\*
- 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 C.O.
- Comunicare codice di rientro
- Trasportare il paziente presso il P.S. indicato dalla Centrale Operativa, assistendolo in itinere
- Comunicare orario di partenza dal posto\*
- Comunicare orario di arrivo in P.S.\*
- Comunicare pronta operatività in itinere verso la propria postazione\*

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

### CODICE 0

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

- a) nessuna patologia
- b) rifiuta l'intervento
- c) scherzo
- d) non reperito
- e) trattato sul posto
- f) chiamata annullata (N.B.è tuttavia possibile annullare missione direttamente da apposito tasto su tablet)

### CODICE 1

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

- a) ferito lieve
- b) escoriazioni
- c) frattura non scomposta
- d) trauma cranico senza perdita di coscienza
- e) lipotimia con ripresa di coscienza senza altri sintomi
- f) crisi epilettiche risolte senza convulsioni in atto
- g) coliche (renali-epatiche-addominali)
- h) febbre (in paziente anziano)

**CODICE 2**

Patologia di media entità che necessita comunque di un approccio diagnostico-terapeutico in tempi definiti e indifferibili.

- a) fratture multiple o esposte
- b) frattura costale senza difficoltà respiratoria
- c) amputazione delle dita
- d) trauma vertebrale senza segni neurologici
- e) insufficienza respiratoria
- f) crisi anginosa
- g) ictus ischemico/emorragico senza segni di coma
- h) ferite profonde con interessamento dei tendini e/o dei muscoli e dei vasi

**CODICE 3**

Patologia grave con compromissione di almeno una funzione vitale, situazione di emergenza medica. Il soccorritore deve comunicare immediatamente all'operatore di Centrale, qualora la gravità della patologia riscontrata sia grave o costituisca imminente pericolo di vita, le condizioni critiche del paziente, affinché la C.O. attivi le competenze ospedaliere di riferimento : ad esempio P.S., UTIC, RIANIMAZIONE, ecc.

- a) trauma cranico con perdita di coscienza
- b) politrauma
- c) fratture con difficoltà respiratoria e segni di shock
- d) traumi vertebrali con segni neurologici
- e) ferite profonde con shock emorragico
- f) amputazioni prossimale di arti
- g) insufficienza respiratoria grave
- h) ima
- i) perdita di coscienza – coma
- j) shock anafilattico – ipovolemico – settico
- k) ustioni estese
- l) annegamento
- m) edema polmonare acuto
- n) dinamica maggiore

**CODICE 4**

Constatato decesso del paziente o decesso in itinere. (vedi oltre nella sessione problematiche legali)

## ALTRI CODICI NEL SISTEMA 118

**DM 15 maggio 1992** Gazzetta Ufficiale n. 121 del 25/5/92 Serie Generale Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza.

Intervento della centrale

a) Attivazione del medico responsabile

Il codice è costituito da due caratteri e, se presente, assume il valore "D1"

b) Attivazione delle competenze mediche di appoggio

Il codice è costituito da due caratteri e, se presente, assume il valore "D2".

c) Tipologia di intervento

Il codice è costituito da due caratteri che possono assumere uno so/o dei seguenti valori:

- "E1" = consiglio telefonico di consultare il medico di base;
- "E2" = attivazione guardia medica territoriale;
- "E3" = invio mezzo di soccorso.

d) Identificazione mezzo di soccorso

Il codice è costituito da sei caratteri, identificanti il mezzo di soccorso attivato, dei quali il 1° e il 2° carattere identificano la provincia (sigla automobilistica), i caratteri da 3 al 6 identificano l'Ente di appartenenza del mezzo - per i mezzi appartenenti alla USL: 3° e 4° carattere corrispondono al numero della Unità Sanitaria Locale proprietaria del mezzo (secondo codifica regionale); 5° e 6° carattere corrispondono al progressivo numerico del mezzo secondo l'assegnazione interna alla USL proprietaria del mezzo. Nei casi in cui il progressivo sia superiore a 99 si sostituirà al 5° carattere numerico un alfabetico seguito dal 6° carattere, che resterà numerico; - per i mezzi appartenenti alla C.R.I.: 3° carattere è "C"; 4°, 5° e 6° carattere corrispondono a quello assegnato dalla C.R.I. al mezzo - per i mezzi appartenenti ad ente diverso: 3° e 4° carattere sono alfabetici e contraddistinguono su base provinciale l'ente, l'associazione o il privato che ha la proprietà o l'usufrutto del mezzo; 5° e 6° carattere corrispondono al progressivo numerico del mezzo secondo l'assegnazione interna all'ente, all'associazione o al privato che ha la proprietà del mezzo; - per le eliambulanzate: i caratteri dal 3° al 6° sono anch'essi alfabetici e corrispondono alla marca di immatricolazione assegnata all'aeromobile con il certificato di immatricolazione. Viene omessa la marca di nazionalità.

e) Tipologia del mezzo di soccorso

Il codice è costituito da due caratteri che possono assumere uno solo dei seguenti valori:

- "E4" = Mezzo appartenente alla USL
- "E5" = Mezzo appartenente alla C.R.I.
- "E6" = Mezzo appartenente ad ente diverso
- "E7" = Eliambulanza

f) Ora di invio del mezzo di soccorso

Il codice è costituito da 4 caratteri dei quali il 1° e il 2° identificano l'ora, il 3° e il 4° carattere identificano i minuti;

### 3. Intervento degli operatori del mezzo di soccorso

a) ora di arrivo sul posto del mezzo di soccorso Il codice è costituito da 4 caratteri dei quali il 1° e il 2° carattere identificano l'ora, il 3° e il 4° carattere identificano i minuti;

b) sesso del paziente Il codice è costituito da un carattere che può assumere uno solo dei seguenti valori:

- "M" = maschio
- "F" = femmina

c) età (anche apparente) del paziente Il codice è costituito da tre caratteri che possono assumere uno solo dei seguenti valori:

- "H00" = 0-14 anni
- "H15" = 15-60 anni
- "H61" = 61-75
- "H76" = > 75

d) valutazione sanitaria del paziente effettuata dal personale di soccorso giunto sul luogo dell'evento il codice è costituito da due caratteri che possono assumere uno solo dei seguenti valori:

- "I0" = soggetto che non necessita di intervento
- "I1" = soggetto affetto da forma morbosa di grado lieve
- "I2" = soggetto affetto da forma morbosa grave
- "I3" = soggetto con compromissione delle funzioni vitali
- "I4" = deceduto

### 4. Esito dell'intervento

a) effettuazione dell'intervento Il codice è costituito da due caratteri che possono assumere uno solo dei seguenti valori:

- "N1" = soccorso non effettuato
- "N2" = soccorso effettuato in loco - non necessita ricovero
- "N3" = soccorso seguito da trasporto per ricovero

b) destinazione del paziente Il codice è costituito da due caratteri che possono assumere uno solo dei seguenti valori:

- "01" = paziente inviato al Pronto Soccorso più vicino
- "02" = paziente inviato ad altro Pronto Soccorso

c) ora di arrivo del paziente in ospedale

**Il codice è costituito da quattro caratteri dei quali il 1° e il 2° carattere identificano l'ora, il 3° e il 4° carattere identificano i minuti.**





## CONTROLLI

Il controllo della **scadenza** di tutti i farmaci e di altri presidi deve avvenire il 28 di ogni mese sotto la responsabilità del Coordinatore degli Infermieri.

Agli autisti soccorritori compete il controllo e la manutenzione della parte meccanica dei mezzi di soccorso secondo disposizioni del Responsabile Tecnico.

Ad ogni inizio turno si raccomanda il controllo del DAE, in particolar modo delle batterie e della capacità massima di memoria, consultando il relativo manuale di istruzioni.

Si rammenta infatti che, raggiunti i limiti della capacità di memoria, un'intera cartella paziente potrebbe essere eliminata (seguendo come priorità l'ordine di entrata) al fine di accogliere una nuova cartella. Quando si utilizza il defibrillatore ricordarsi quindi di trasferire al più presto i dati del paziente. Sarebbe auspicabile a questo fine che ogni postazione possieda una scheda dati sostitutiva al fine di rendere più tempestiva la sostituzione ed evitare lo spostamento dei mezzi.

Sono definite due modalità per la trasmissione dei files, rese entrambe disponibili per tutte le postazioni 118 delle ASL BA e della ASL BAT.

### - **MODALITA' "Centrale Operativa 118"**

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

### - **MODALITA' "a distanza"**

La trasmissione files della scheda di memoria del DAE/DEF mediante posta elettronica certificata (PEC): **118.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it**

Nel notebook dedicato è riportata per ogni defibrillatore in uso nel SEUS 118 una scheda tecnica essenziale con i seguenti dati:

- modello e marca
- tipo di scheda di memoria
- software di lettura
- codifica del file dell'evento
- eventuale adattatore
- elenco postazioni utilizzanti il defibrillatore specificato
- eventuali altre notizie utili.

I software di gestione dati sono differenti per i DAE e MON-DEF di ogni Azienda produttrice.

Essi sono già installati nel notebook in dotazione al punto DAE.

## DISPONIBILITÀ DEI POSTI LETTO: CONSIDERAZIONI

I posti letto, in caso di condizioni particolari di urgenza e di necessità “possono essere dilatati al bisogno sulla base di disposizioni dell’accettante o della Direzione Sanitaria”. Inoltre, il rifiuto al ricovero per mancanza di posti letto è illecito e configura il reato di *omissione di soccorso* (art. 593 c.p.) e di *omissione di atti d’ufficio* (art. 328 c.p.); è ipotizzabile inoltre il reato di *interruzione di servizio di pubblica necessità* (art. 340 c.p.). La mancanza di posti letto in area specialistica ad alta tecnologia (UTIC, UTIN) o la saturazione delle sale operatorie per coincidenza di più emergenze-urgenze, con previsione di tempi non compatibili in relazione alle condizioni del paziente, impongono l’effettuazione di un trasferimento secondario protetto verso la struttura adeguata più vicina (previo accordi interospedalieri tale trasferimento viene attuato secondo Protocollo Operativo da parte di Mezzi e personale del Presidio). La necessità di un trasferimento protetto si presenta anche quando la struttura a cui è giunto un paziente non è in grado di soddisfare in maniera adeguata alle sue necessità immediate (intensità di monitoraggio e cura, trattamento chirurgico specialistico). In tali situazioni occorre ponderare i rischi connessi al trasferimento con quelli legati ad un mancato od incompleto trattamento. Se il paziente non è in grado di essere trasferito dovranno essere messe in atto tutte le procedure disponibili in loco. Nella decisione di trasferire un paziente ad un centro specialistico la presenza di una grave lesione d’organo non deve essere l’unica indicazione: deve essere anche verificata l’effettiva necessità clinica. Il trasferimento di un paziente in coma *depassé* ad un centro neurochirurgico è sicuramente futile, e può avere conseguenze negative sia sul piano dell’assegnazione delle risorse, sia per i familiari del paziente. Tuttavia, in questo ambito devono necessariamente trovare spazio anche valutazioni relative alla possibile donazione di organi. La scelta in termini di struttura più idonea per il paziente può avvenire anche in sede extra-ospedaliera: il medico di emergenza può decidere con il supporto della Centrale Operativa 118 la destinazione primaria sulla base di protocolli condivisi (Politrauma, Trauma cranico maggiore o minore ecc.).

## SOCCORSO E TRASPORTO PRIMARIO.

Il soccorso primario è il primo intervento sanitario di emergenza sul luogo dell'evento.

Il trasporto primario è quello che si attua per trasportare il paziente coinvolto nell'evento al PRONTO SOCCORSO più vicino e/o più idoneo.

Le richieste di soccorso primario, ancora oggi, non pervengono tutte al numero unico 118, ma possono pervenire anche ad altri numeri, che nel recente passato hanno costituito riferimento per il cittadino. Pertanto si possono verificare le seguenti possibilità:

1. Richiesta di Soccorso alla Centrale Operativa
2. Richiesta di Soccorso al Pronto Soccorso
3. Richiesta di Soccorso al P.P.I.

### 1. Richiesta di Soccorso pervenuta alla Centrale Operativa 118

Alla Centrale Operativa, attraverso il numero unico di emergenza sanitaria 118, devono confluire tutte le richieste di soccorso sanitario provenienti dalla Provincia di Bari e dalla provincia BAT, escluse quelle dei comuni di Margherita di Savoia, Trinitapoli e San Ferdinando di Puglia.

## PROCEDURA

**A.** L'infermiere operatore di centrale che riceve la richiesta di soccorso, dopo aver ottenuto l'identificazione quanto più precisa possibile della sede dell'evento (località, via, numero civico ed ogni altro possibile riferimento topografico) e dopo aver valutato l'evento segnalato, avvalendosi dei codici di gravità ("Medical Priority Dispatch System") può agire secondo le seguenti modalità:

- A1- la richiesta non necessita di intervento sanitario.
- A2- dal dispatch l'infermiere operatore di centrale ritiene che l'utente necessiti o richieda espressamente l'intervento della Guardia Medica. In tal caso la C.O. contatta direttamente la Guardia Medica e mette questa direttamente in conferenza con l'utente, registrandone il colloquio (compatibilmente con la situazione operativa del momento). In caso di mancata risposta di quest'ultima (Medico di continuità assistenziale in visita) fornirà il numero telefonico all'utente, rendendosi disponibile per ulteriori chiamate.
- A3- la richiesta necessita dell'invio di un mezzo di soccorso. In tale caso l'infermiere operatore invia il mezzo di soccorso più vicino alla sede dell'evento a prescindere dal codice di gravità, mantenendo i contatti con i soccorritori; in caso di invio in codice rosso di un mezzo non medicalizzato che peraltro viene inviato in prima battuta qualunque sia il codice di invio, la C.O. allerta contemporaneamente l'ambulanza con medico a bordo o l'automedica più vicina disponibile inviandola, se ritenuto necessario, in ausilio del primo mezzo intervenuto.
- In tal caso interviene in teleconferenza per facilitare il rendez-vous. Il personale del mezzo di soccorso, in ascolto in conferenza, può intervenire per ottenere maggiori indicazioni sulla sede ove necessario effettuare l'intervento di soccorso. Compete comunque alla Centrale Operativa 118 stabilire il codice di criticità dell'evento e quindi la tipologia del soccorso la cui gestione resta alla Centrale Operativa 118.

## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

- In base alle indicazioni avute dall'equipaggio di soccorso dispone l'accesso al PRONTO SOCCORSO più idoneo e allerta telefonicamente il P.S in caso di Valutazione Sanitaria 3;
- Qualora il medico o l'infermiere (nel caso di ambulanza non medicalizzata), del mezzo di soccorso dissenta, per motivi clinici, situazionali o altro, dalle indicazioni dell'infermiere operatore della C.O., quest'ultimo metterà in comunicazione, qualora possibile, il Medico del Mezzo di Soccorso con il Medico di Centrale; in caso contrario, l'infermiere operatore di Centrale si deve adeguare alle decisioni del Team Leader del Mezzo di Soccorso che si assume la responsabilità delle sue richieste, e avverte il PRONTO SOCCORSO presso cui il mezzo di soccorso si sta dirigendo. In tale caso si avvia audit entro 24 ore per l'esplicitazione delle decisioni prese (vedi paragrafo "Scelta Ospedale di destinazione").

Si rammenta che tutte le comunicazioni, dalla chiamata del richiedente fino all'arrivo in PRONTO SOCCORSO, vengono registrate e archiviate, su sistema digitale, presso la Centrale Operativa 118.

### 2.Richiesta di Soccorso pervenuta al P.P.I. oppure alla Postazione 118

Quando la richiesta di soccorso perviene direttamente alla postazione territorialmente competente oppure al PPI, senza coinvolgimento alcuno della Centrale Operativa, bisognerebbe invitare il chiamante a rifare la chiamata al numero 118. Ma ciò provocherebbe sicuramente perdita di tempo nell'attivazione dell'ambulanza e quindi nell'avvio delle operazioni di soccorso, oltre alla probabile impossibilità per l'utente di fare un'altra chiamata, con perdita irrimediabile del contatto di chi ha bisogno del Sistema di Emergenza. Allora compete al personale addetto cui giunge la richiesta di soccorso eseguire operazioni analoghe a quelle svolte dall'infermiere operatore di Centrale, come dettagliato al punto A.

E' fatto peraltro obbligo al suddetto personale di dare **immediata** comunicazione alla Centrale Operativa 118 della richiesta di soccorso pervenuta e della risposta adottata, prima della partenza del mezzo; la Centrale Operativa gestisce l'intero evento con la registrazione dei tempi e modalità d'intervento (partenza, arrivo sul posto, codice di rientro). La C.O individua il PRONTO SOCCORSO di destinazione e una volta completato il soccorso raccoglie e archivia i dati relativi al paziente soccorso.

Qualora la chiamata provenga direttamente al Pronto Soccorso di P.O., compete al Medico di P.S. attivare la Centrale Operativa, fornendo le informazioni disponibili.

## COMPITI E FUNZIONI – TERRITORIO (118)

I mezzi del 118 BARI SOCCORSO (**vedi Protocollo Regionale sul 118**), così come i mezzi di soccorso delle altre province pugliesi, garantiscono il **soccorso primario** (dal territorio all'ospedale) in base ai protocolli 118 formulati dal Responsabile della Centrale Operativa e concordati con i Direttori dei Dipartimenti di Emergenza delle varie AUSL nei casi di interesse comune.

Le UU.OO. di PRONTO SOCCORSO di riferimento per acuti hanno l'obbligo di garantire in tempi brevi il ritorno nella postazione di partenza dei mezzi di soccorso 118 appena si verificano le opportune condizioni di presa in carico in sicurezza del paziente da parte del personale di Pronto Soccorso. Tanto al fine di ripristinare, nel più breve tempo possibile, la medicalizzazione delle emergenze/urgenze territoriali. Il paziente trasportato dal 118 viene affidato al personale sanitario del PRONTO SOCCORSO di riferimento a prescindere dalla disponibilità di posti letto o dell'esecuzione di indagini diagnostiche (TAC).

In ogni caso il personale del mezzo di soccorso non deve seguire l'iter diagnostico del paziente ma deve ritornare a disposizione della C.O. previa immediata comunicazione alla stessa.

In caso di paziente con trauma, immobilizzato con tavola spinale e collare cervicale, deve essere prontamente effettuato lo scambio del materiale sanitario impiegato con quello disponibile presso le UU.OO. di PRONTO SOCCORSO, qualora tale scambio possa avvenire in condizioni di sicurezza per il paziente.

In nessun caso il medico del 118 (medico di emergenza con il compito primario di garantire esclusivamente il soccorso territoriale) scoprirà la propria "postazione mezzi 118" per trasporti secondari di pazienti non critici o per "inappropriate disposizioni" (che non verranno prese assolutamente in considerazione) che non provengano dalla Centrale Operativa 118;

Eventuali comportamenti difformi dalla corretta applicazione dei criteri organizzativi e funzionali sopra citati, saranno contestati dal Responsabile di Centrale alle Direzioni Sanitarie interessate, nell'ipotesi di "distrazione di risorse dedicate all'emergenza".

L'equipaggio che la Centrale Operativa invia sul luogo dell'evento dovrebbe variare in base al codice di gravità assegnato durante il triage telefonico, valutazione effettuata dall'infermiere operatore della centrale che ha ricevuto la richiesta di soccorso. Ogni codice colore (rosso, giallo, verde) infatti dovrebbe determinare l'attivazione di una specifica procedura prevista da uno schema operativo tipo quello evidenziato nella prossima tabella. Lo schema operativo illustrato si basa sulla precisione del triage telefonico che per essere preciso ha bisogno di informazioni affidabili. Nella maggioranza dei casi il richiedente (colui che chiama il 118) è in preda all'ansia e non ha nozioni sanitarie che gli consentano di valutare correttamente l'evento e fornire informazioni precise all'infermiere operatore che riceve la richiesta di soccorso. Se non si hanno informazioni precise non si è in grado di ben valutare la situazione. Ne consegue una sottostima ma molto più spesso la sovrastima dell'evento con attivazione di risorse o inadeguate o superflue. Si tenga presente però che il Sistema di Emergenza Urgenza Sanitaria della provincia di BARI prevede attualmente 15AUTOMEDICHE, 21 MSA con Medico a bordo, 31 MSA con Infermiere a bordo (segue procedura individuazione mezzo di soccorso).

PROCEDURA INDIVIDUAZIONE MEZZO DI SOCCORSO

CODICE	Equipaggio Base del mezzo competente per territorio	ALS o Automedica/Motomedica
<b>ROSSO</b>	Viene attivato quello più vicino al luogo dell'evento.	<p><b>Automedica.</b> Viene attivata insieme all'equipaggio base.</p> <p>Interviene se i tempi di arrivo sul luogo dell'evento sono previsti nettamente inferiori a quelli di raggiungimento del P.O da parte del Mezzo Victor o India.</p> <p>Stabilizza il Paziente ed utilizza l'ambulanza dell'equipaggio base per trasportarlo nella struttura che ritiene più idonea.</p> <p>Può decidere dopo la stabilizzazione di affidare il paziente all'equipaggio dell'ambulanza base oppure medicalizzare il mezzo di soccorso ed eseguire il trasporto protetto.</p> <p>Se invece di automedica interviene un'ambulanza medicalizzata, il paziente viene trasportato con il mezzo base se è stato già caricato a bordo e il medico sale a bordo se ritenuto necessario. In caso contrario il mezzo medicalizzato prende in carico il paziente e libera il Mezzo Base per altri interventi.</p>
<b>GIALLO</b>	<p>Viene attivato per primo. dopo il triage può:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- trasportare il paziente all'ospedale più vicino e/o idoneo</li> <li>- richiedere l'intervento di un team ALS in caso di peggioramento delle condizioni cliniche</li> </ul>	Viene attivato su richiesta del team base.
<b>VERDE</b>	Interviene e dopo la valutazione trasporta il paziente in ospedale oppure chiede l'attivazione, tramite la Centrale Operativa, del medico di famiglia o altre strutture territoriali e si attiene alle disposizioni della C.O..	Non viene attivato

**SCelta DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA**

La maggior parte degli interventi di soccorso effettuati si conclude con il ricovero del paziente. Attualmente un equipaggio Victor o India deve trasportare il paziente nell'ospedale più Vicino o Idoneo, ma non sempre la struttura sanitaria meno distante è quella più idonea. Trasportare un paziente grave in un pronto soccorso piccolo e non attrezzato provoca rallentamenti nell'attività della struttura e ritarda l'assistenza all'infortunato, in quanto non essendo disponibili risorse ed attrezzature idonee alla gestione della patologia in atto dovrà essere trasferito in un ospedale attrezzato con notevole perdita di tempo [riduzione della cosiddetta "golden hour" disponibile per il trattamento] e spreco di risorse. Per superare questi limiti c'è bisogno di un protocollo operativo che regoli la scelta dell'ospedale in base alle esigenze patologiche del paziente ed al codice di gravità assegnato.

Sono definiti i **percorsi paziente**, in funzione di una mappa funzionale che viene aggiornata ogni qualvolta c'è una qualche modifica (ad es . diagnostica rotta, mancanza di materiali, turni scoperti, etc) nell'ospedale di destinazione .

Sono inoltre state predisposte **procedure operative** che prevedono in base alla patologia, all'equipe presente in ambulanza e alle condizioni cliniche del paziente, l'ospedale di destinazione:

<b>PROTOCOLLO BASE PER LA SCELTA DELLA STRUTTURA</b>	
<b>3 di RIENTRO</b>	<p>Il paziente va portato nel Pronto Soccorso del DEA[1°-2° livello] di riferimento, però:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se il DEA è più distante del Pronto Soccorso più vicino si richiede la presenza di un team medico per il trasporto. Rendez – Vous con automedica o mezzo ALS Mike (nel caso di equipaggio Victor o India)</li> <li>• Se il mezzo ALS Mike non è disponibile, la Centrale Operativa può autorizzare il prolungamento del tragitto.</li> <li>• Se il DEA è molto distante si richiede l'intervento dell'elicottero. (non disponibile attualmente)</li> <li>• In caso di indisponibilità di un team medico in tempi brevi e paziente instabile il paziente va portato nel Pronto Soccorso più vicino.</li> </ul>
<b>2 di RIENTRO</b>	<p>Eseguita la valutazione e confermato il codice giallo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se per la complessità della patologia lo richiede il Team Leader può domandare alla Centrale Operativa l'autorizzazione al prolungamento del tragitto.</li> <li>• Se il paziente è già in cura presso una struttura sanitaria più distante del Pronto Soccorso più vicino, la Centrale Operativa, se possibile, autorizza il prolungamento del tragitto per la continuità terapeutica, ma solo in casi eccezionali.</li> </ul>
<b>1 di RIENTRO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I codici verdi vanno al Pronto Soccorso giudicato più idoneo</li> </ul>

**Rif Bibliografici:**

1. *Journal Trauma* 2004; 56(1);173/8 A Resource based assessment of trauma care in U.S
2. *IRC PTC cap.5 indirizzamento del ferito*
3. *Journal trauma* 1998; 45(4) 772-9

## LE RETI

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

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

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

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

Le reti specialistiche attualmente attive sono:

- IMA SCA

- STAM e STEN.

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

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

### **Emergenze cardiologiche in Puglia- Rete IMA-SCA**

#### *Documenti di riferimento:*

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

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

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

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

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

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



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

1. il paziente chiama il 118;
2. l'operatore della centrale operativa processa la comunicazione assegnando il codice colore di criticità e attiva l'invio di un mezzo di soccorso idoneo;
3. quando l'ambulanza giunge sul posto viene effettuata una prima valutazione clinica ed eseguito un ECG (tutte le ambulanze del Sistema 118 Puglia sono in possesso di tablet per eseguire ECG con possibilità di trasmissione telematica alla Telemedicina Regionale (Telecardiologia) ubicata nel A.O. Policlinico di Bari);
4. Questo ECG viene immediatamente trasmesso alla Telecardiologia e viene immediatamente valutato dal cardiologo di turno H24, il quale in linea con il personale di soccorso (medico di centrale) dà le indicazioni immediate e urgenti e trasmette (sia per fax che per via telematica) il tracciato alla Centrale Operativa 118
5. Alla luce delle indicazioni del cardiologo della Telecardiologia la Centrale Operativa (medico di centrale) ed il medico dell'ambulanza valutano sulla base dei dati clinici e dell'ECG, il destino del paziente: se cioè possa essere trasportato in un presidio ospedaliero sprovvisto di emodinamica o se, invece, necessita, al contrario, di essere trasportato direttamente in una struttura provvista di emodinamica interventistica.

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

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

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

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

La Centrale Operativa è quindi la struttura centrale intesa quale nodo in grado di gestire prioritariamente il percorso assistenziale dei pazienti cardiologici complessi e quale interfaccia rispetto alle strutture sanitarie del territorio.

I centri di alta specializzazione di riferimento (Centri Hub di 1° e di 2° livello) sono sede di afferenza di pazienti che richiedono prestazioni assistenziali tecnologicamente avanzate ed erogabili solo a questi livelli e pertanto devono garantire l'assistenza h24.

Sono tenuti ad accettare i pazienti provenienti dai centri spoke, o inviati dal 118 nei casi gravi secondo le procedure sopra descritte anche in carenza di posti letto ed il loro decongestionamento deve avvenire garantendo il ritorno del paziente a cura della struttura con UTIC che ha avviato l'iter diagnostico terapeutico o territorialmente competente rispetto alla residenza del paziente, ovviamente con garanzie di stabilità clinica del paziente stesso.

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

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

- **STEMI** (ST sopraslivellato)
- dolore toracico o equivalenti ischemici con BBS di recente insorgenza
  
- **NSTEMI** (assenza ST sopraslivellato) a rischio altissimo (PTCA entro 2 ore)
- instabilità emodinamica/shock cardiogeno
- dolore toracico o equivalenti ischemici in atto refrattario a terapia
- aritmie minacciose o arresto cardiaco
- scompenso cardiaco acuto
- modifiche ricorrenti ST e onda T o sopraslivellamento transitorio ST

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

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

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

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

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

Nel caso in cui i due Centri reperibili giornalmente per la zona di Bari siano già impegnati contemporaneamente o momentaneamente indisponibili a causa di effettiva e irrisolvibile temporanea criticità, potranno essere contattati gli altri Centri contenuti nell’elenco sopra riportato.

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

Per la zona di Bari, dove sussistono giornalmente due Emodinamiche in turno, definite A e B, in casi assolutamente particolari può essere presa, da parte del medico di Centrale, la decisione di invertire la rotazione.

L’emodinamica del Miulli di Acquaviva (operativa h24 x 365 giorni all’anno) copre il territorio così come specificamente dettagliato nella nota contenente le pronte reperibilità (i comuni della provincia di Bari non specificamente menzionati nella nota \* fanno capo alle emodinamiche di Bari).

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

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

**Medico SET 118:**

- effettua valutazione clinica del paziente
- esegue ECG
- provvede alla stabilizzazione e al trattamento iniziale
- informa la C.O.118 e di conseguenza l’emodinamista del centro HUB
- effettua trasporto diretto verso l’emodinamica di riferimento bypassando il P.S.

**Telecardiologia:**

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

Medico di Centrale 118 :

- conferma la condizione di STEMI sulla base dei segni e sintomi riferiti dal personale dei mezzi di soccorso e dal tracciato ECG, con eventuale contatto telefonico con il cardiologo della Telecardiologia o del centro Spoke richiedente;
- allerta il cardiologo emodinamista del centro HUB;
- concorda la terapia ripercussiva più idonea p-PTCA secondo protocollo;
- indirizza l'ambulanza del 118 verso il centro HUB designato.

**Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:**

- Osp. Murgia
- Osp. Corato
- Osp. Molfetta
- Osp. Monopoli
- Osp. Putignano
- Osp. Terlizzi
- Osp. Barletta
- Osp. Bisceglie

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

**Criticità e possibili soluzioni**

Riteniamo che anche i pazienti appartenenti ad Alberobello, Noci, Putignano, Castellana anziché afferire ai Centri HUB della città di Bari, come previsto da protocollo, possano afferire all'HUB del Miulli per evidenti motivi di vicinanza e pertanto di rapidità di accesso.

Per quanto riguarda Locorotondo, poi, è necessario prevedere la doppia possibilità di accesso (HUB Bari e HUB Miulli) per motivi di viabilità talvolta difficoltosa sulla SS16 che potrebbe comportare un allungamento oltre misura dei tempi di trasferimento dei pazienti e dei tempi di rientro.

Qualora durante il trasporto verso il Centro Hub assegnato si verifichi la necessità di supporto, il mezzo può fermarsi all'ospedale più vicino per stabilizzare il paziente, per poi proseguire il trasporto con il medesimo mezzo al Centro Hub. In tal caso risulta utile che il mezzo contatti la Centrale Operativa per chiedere di avvisare di tale evenienza il P.S presso cui si effettuerà la stabilizzazione, in modo tale da favorire l'intervento dei medici del P.O.

**N.B. Il Trattamento Ripercussivo** con farmaci trombolitici attualmente non viene effettuato in ambulanza, perché, stante la viabilità ed i mezzi di soccorso presenti sul territorio, il paziente normalmente entro 60 minuti dall'intervento viene trasportato ad un centro HUB.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**- Unità Ictus di 2° livello (“Stroke Unit”):**

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

**- Unità Ictus di 1° livello:**

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

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

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

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

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

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

(Nelle more della definitiva stesura della Rete Ictus Pugliese)

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

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

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

\* Codice ictus:

Età  $> 18$  anni,

Inizio dei sintomi entro 4.5 ore,

Cincinnati Prehospital Scale positiva.

**Centro HUB di riferimento:**

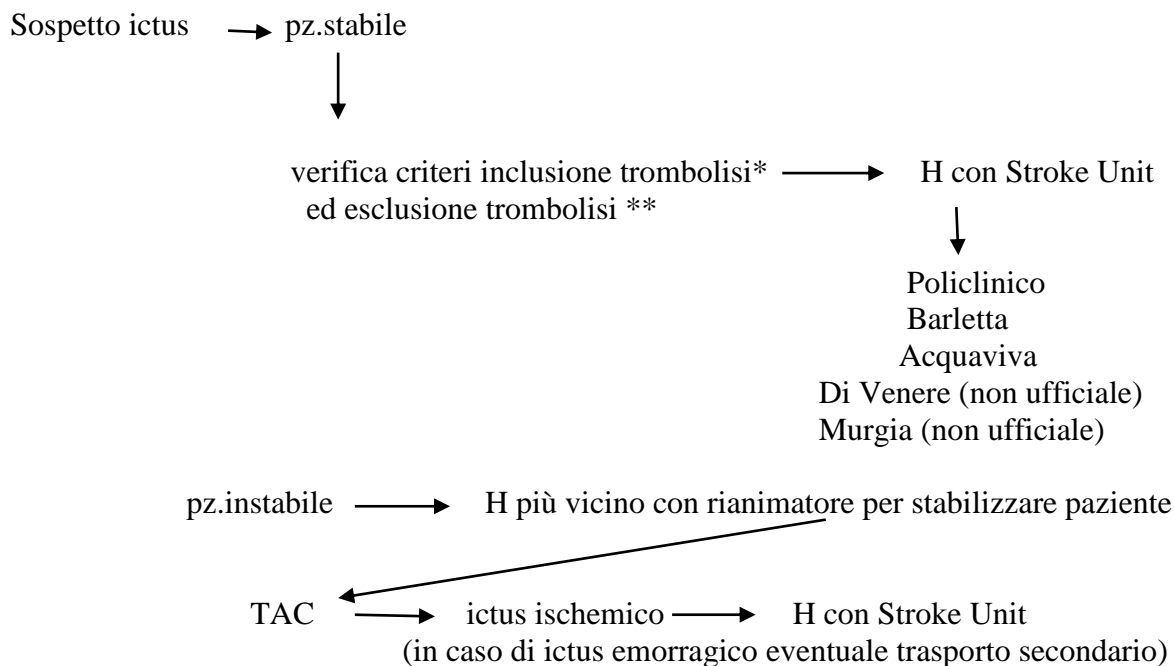
- A.O.Policlinico - Bari
- Ospedale Miulli - Acquaviva
- Ospedale Di Miccoli - Barletta
- Osp.Di Venere Bari (non ufficiale)
- Ospedale della Murgia (non ufficiale)

**Centri SPOKE presenti nel bacino d'utenza:**

-P.O. Monopoli

-P.O.Andria

**SOSPETTO ICTUS CEREBRI**



**\*Criteri inclusione trombolisi**

Segni di ictus evidenti (diagnosi clinica di stroke ischemico: difficoltà di linguaggio, deficit motorio, cognitivo, disturbo dello sguardo o della visione, e/o neglect)

Età maggiore di 18 anni

Esordio <4,5 ore

Sintomi di stroke presenti per almeno 30 min e non significativamente migliorati prima del trattamento

Adesione volontaria del paziente al trattamento

**\*\*Criteri esclusione assoluti trombolisi**

Evidenza di emorragia cerebrale alla TAC cranio

Storia di e. intracranica

Piastrinopenia < 100.000/mm<sup>3</sup>

Eparina <48 ore con PTT>VN

Recente uso di anticoagulanti con PT >15 sec

Intervento chirurgico cranico, grave trauma cranico, o ictus < 3mesi

Recente puntura arteriosa in sede non comprimibile

Puntura lombare < 7gg

Ictus + convulsioni

Riscontro di PAS >185 e PAD >110 mmHg al momento del trattamento.

**Criteri esclusione relativi trombolisi**

Sospetto TIA

Sanguinamento interno attivo gastrico o urinario

Recente IMA

Intervento chirurgico maggiore o trauma grave <14gg precedenti

## RETI STAM E STEN

### Sistema di trasporto materno assistito (STAM) e

### Sistema in emergenza del neonato (STEN)

#### Premessa

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

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

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

Il protocollo operativo della Regione Puglia sul trasporto STAM e STEN è stato approvato dal Comitato Punti Nascita Regionale in data 12/10/2016. Con nota protocollata AOO\_151\_9712 del 10/10/2016 sono state fornite indicazioni ai direttori generali dei tre centri HUB, individuati per la gestione del trasporto STEN (ASL Lecce, A.O. Policlinico di Bari e A.O. "OO.RR." di Foggia) al fine di procedere al reclutamento del personale e all'acquisizione delle tecnologie indispensabili per l'avvio del citato trasporto.

L'afferenza ai Centri di Hub è organizzata secondo bacini di utenza territoriali di riferimento.

Va segnalato che nella Regione Puglia sono previste 9 TIN:

#### 5 negli Hub

AOU Policlinico \_ Bari  
Ospedale Perrino \_ Brindisi  
Ospedali Riuniti \_ Foggia  
Ospedale Fazzi \_ Lecce  
Ospedale SS. Annunziata \_ Taranto

#### 4 in Ospedali di I livello:

Ospedale Di Venere \_ Carbonara di Bari  
Casa Sollievo della Sofferenza \_ San Giovanni Rotondo  
Ospedale Miulli \_ Acquaviva delle Fonti  
Ospedale Panico \_ Tricase

## **Ruolo del servizio territoriale per l'emergenza 118**

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

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

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

## **Ruolo della Centrale Operativa 118 nella rete STAM**

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

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



## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

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

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

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

g) preallerta il Pronto Soccorso/ Reparto ricevente;

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

**SERVIZIO DI TRASPORTO NEONATALE - STEN**

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

**PREMESSA**

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

**Criteri clinici per l'attivazione dello STEN**

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

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

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

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

**Ruolo della Centrale Operativa 118 nella rete STEN  
(In attuazione del Reg. Reg. n.14/2015 e della DGR n.136 del 23/02/2016)**

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

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

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

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

Nel caso non siano disponibili p.l. in nessuna UTIN del territorio pugliese, il medico dello STEN deve trasportare il neonato presso il proprio HUB, per la ulteriore stabilizzazione e,

## **S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

solo in una fase successiva valutare, se trasportare il neonato con STEN presso altra UTIN con posto successivamente resosi disponibile.

### Ruolo dei Centri HUB

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

## **ALLEGATO HUB e SPOKE Puglia**

### **HUB OO.RR. FOGGIA**

#### **SPOKE**

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

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

#### **SPOKE**

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

### **HUB P.O. FAZZI LECCE**

#### **SPOKE**

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

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

**PROTOCOLLO TRAUMA MAGGIORE E SIAT PUGLIA**

**(in fase di realizzazione)**

*Documento di riferimento: "Documento Tecnico di indirizzo "Rete Traumatologica pugliese e proposta di PDTA regionale" Del dirett.generale n.152/2019*

Il Trauma costituisce la prima causa di morte e di invalidità per la popolazione al di sotto dei 45 anni di età.

In particolare *"il trauma maggiore è un evento in grado di determinare lesioni mono o polidistrettuali (politrauma) tali da causare almeno in un settore un rischio immediato o potenziale per la sopravvivenza del paziente"* (O.Chiara,2003).

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

Il trauma maggiore è inoltre una condizione clinica tempo dipendente pertanto la finalità di un sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT) è quella di assicurare un'ospedalizzazione mirata nel luogo più adatto e nel minor tempo possibile.

Tale processo viene definito di centralizzazione.

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

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

- CTS
- CTZ
- PST

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

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

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

Nella provincia di Bari: CTS Policlinico di Bari

CTZ Di Venere (dotato di NCH), San Paolo (dotato di servizio di NCH), Altamura, Miulli (dotato di servizio di NCH), Corato

PST Mater Dei, Molfetta, Putignano, Monopoli

## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

Nella BAT:                   CTZ Andria  
                                  CTZ Barletta  
                                  PST Bisceglie

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

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

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

Criteri clinico-anatomici di centralizzazione (centralizzare sempre)

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

Criteri dinamico-situazionali di centralizzazione (centralizzare preferibilmente):

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

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

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

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

Il traumatizzato viene avviato al centro più vicino indipendentemente dal livello nella rete solo in caso di instabilità cardiorespiratoria non stabilizzabile in loco.

**PROTOCOLLO GENERALE PER L'INDIRIZZAMENTO DEI PAZIENTI SULLA BASE DELLA SETTORIALIZZAZIONE DEL TERRITORIO**

Si rivede la precedente settorializzazione prevista nella versione 2008, alla luce del processo di riordino ospedaliero e territoriale e dell'attivazione del P.S. della Mater Dei Hospital

**Concetti generali**

*P.S.di Riferimento.*

Il Pronto Soccorso più vicino in termini chilometrici cui si affluisce per competenza territoriale.

*P.S.di Centralizzazione*

Il Pronto Soccorso del P.O. dotato di tutte o quasi le competenze specialistiche.

Comune di provenienza	Osp. di riferimento	Osp. alternativo	Centralizzazione
ACQUAVIVA	Acquaviva	Altamura, Putignano	Policlinico, Di Venere, Acquaviva
ADELFA	Di Venere	Acquaviva, Mater Dei	Policlinico, Di Venere, Acquaviva
ALBEROBELLO	Putignano	Monopoli, Martina Franca	Policlinico, Acquaviva
ALTAMURA	Altamura	Acquaviva	Policlinico, Di Venere, Acquaviva
ANDRIA	Andria	Barletta	Policlinico, Andria
BARLETTA	Barletta	Andria	Policlinico, Andria, Barletta
BINETTO	S. Paolo	Di Venere	Policlinico, Di Venere, S. Paolo
BISCEGLIE	Bisceglie	Molfetta, Andria, Barletta	Policlinico, Andria, Barletta
BITETTO	S. Paolo	Di Venere	Policlinico, Di Venere, S. Paolo
BITRITTO	S. Paolo	Di Venere	Policlinico, Di Venere, S. Paolo
BITONTO	S. Paolo	Molfetta	Policlinico, Di Venere, S. Paolo
BITRITTO	Di Venere	S. Paolo	Policlinico, Di Venere, S. Paolo
CANOSA	Andria	Barletta	Policlinico, Andria, AOUR Foggia
CAPURSO	Mater Dei	Di Venere	Policlinico, Di Venere
CASAMASSIMA	Acquaviva	Di Venere, Mater Dei	Policlinico, Di Venere, Acquaviva
CASSANO	Acquaviva	Altamura	Policlinico, Di Venere, Acquaviva
CASTELLANA	Putignano	Monopoli	Policlinico, Di Venere, Acquaviva
CELLAMARE	Di Venere	Mater Dei	Policlinico, Di Venere
CONVERSANO	Monopoli	Putignano	Policlinico, Di Venere
CORATO	Corato	Molfetta, Andria	Policlinico, Andria
BARI ( Picone, Poggiofranco, Marconi, S. Nicola, Murat, Libertà, )	Policlinico	S. Paolo, Mater Dei	Policlinico, Di Venere, S. Paolo
BARI ( S. Pasquale, Japigia, Madonnella, Mungivacca, Torre a Mare)	Mater Dei	Policlinico, Di Venere	Policlinico, Di Venere
BARI ( S. Spirito, S. Pio, Catino, Palese, S. Paolo, S. Girolamo, Fesca, Stanic)	S. Paolo	Policlinico, Di Venere	Policlinico, Di Venere, S. Paolo
BARI ( Carrassi, Carbonara, Ceglie, Loseto)	Di Venere	Mater Dei, Policlinico	Policlinico, Di Venere

## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

GIOIA DEL COLLE	Acquaviva	Putignano	Policlinico, Di Venere, Acquaviva
GIOVINAZZO	Molfetta	S. Paolo	Policlinico, Di Venere, S.Paolo
GRAVINA	Altamura	Acquaviva	Policlinico, Di Venere, Acquaviva
GRUMO APPULA	Acquaviva	S. Paolo	Policlinico, Di Venere, Acquaviva
LOCOROTONDO	Putignano	MartinaFranca ,Monopoli	Policlinico, Acquaviva
MINERVINO	Andria	Barletta	Policlinico, Andria,Barletta
MODUGNO	S. Paolo	Di Venere, Policlinico	Policlinico, Di Venere, S.Paolo
MOLA DI BARI	Di Venere	Mater Dei, Policlinico	Policlinico, Di Venere
MOLFETTA	Molfetta	S. Paolo, Bisceglie	Policlinico, Di Venere, S.Paolo
MONOPOLI	Monopoli	Putignano	Policlinico, Di Venere
NOICATTARO	Di Venere	Mater Dei	Di Venere, Policlinico
NOCI	Putignano	Acquaviva	Policlinico, Acquaviva
PALO DEL COLLE	S. Paolo	Di Venere	Policlinico, Di Venere, S.Paolo
POGGIORSINI	Altamura	Andria	Policlinico, Andria
POLIGNANO	Monopoli	Putignano, Di Venere	Policlinico, Di Venere
PUTIGNANO	Putignano	Monopoli	Policlinico, Di Venere, Acquaviva
RUTIGLIANO	Di Venere	Mater Dei	Policlinico, Di Venere
RUVO	Corato	Molfetta,Andria	Policlinico, Andria
SAMMICHELE	Acquaviva	Putignano	Policlinico, Di Venere, Acquaviva
SANNICANDRO	Acquaviva	Policlinico,Di Venere	Policlinico, Di Venere, Acquaviva
SANTERAMO	Acquaviva	Altamura	Policlinico, Di Venere, Acquaviva
SPINAZZOLA	Andria	Altamura	Policlinico, Andria
TERLIZZI	Molfetta	Corato, S. Paolo	Policlinico, Di Venere, S. Paolo,
TORITTO	Acquaviva	S. Paolo	Policlinico, Di Venere, Acquaviva,
TRANI	Bisceglie	Andria, Barletta	Policlinico, Andria
TRIGGIANO	Mater Dei	Di Venere	Policlinico, Di Venere
TURI	Putignano	Acquaviva, Mater Dei	Policlinico, Di Venere, Acquaviva,
VALENZANO	Di Venere	Mater Dei	Policlinico, Di Venere

**TRAUMA MAGGIORE: PROTOCOLLO SPECIFICO PER L'INDIRIZZAMENTO DEI PAZIENTI SULLA BASE DELLA SETTORIALIZZAZIONE DEL TERRITORIO, DELLA DINAMICA DELL'EVENTO E DELLA GRAVITÀ CLINICA**

Al fine della individuazione dell'ospedale di destinazione si ritiene appropriato distinguere i pazienti sulla base della loro gravità clinica:

- 1** - Codice 1
- 2** - Codice 2
- 3NS** - Codice 3 paziente non stabilizzato/non stabilizzabile in ambulanza
- 3S** - Codice 3 paziente stabilizzato

**Criteria di deroga\* al protocollo generale:**

- a. avaria diagnostica**
- b. patologia specialistica**
- c. overcrowding del P.S.**
- d. viabilità**

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>ACQUAVIVA</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	Altamura
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	Altamura, Putignano
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Acquaviva	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, Acquaviva

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>ADELFA</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Di Venere	Acquaviva, Mater Dei
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Di Venere	Acquaviva, Mater Dei
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Di Venere	Acquaviva
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, Acquaviva

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>ALBEROBELLO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Putignano	Monopoli
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Putignano	Monopoli, Martina Franca
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Putignano	Martina Franca
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Acquaviva



**S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>ALTAMURA</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Altamura	Acquaviva
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Altamura	Acquaviva, S.Paolo
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Altamura	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, Acquaviva

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>ANDRIA</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Andria	Barletta
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Andria	Barletta
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Andria	Barletta
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Andria

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>BARLETTA</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Barletta	Andria
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Barletta	Andria
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Barletta	Andria
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Andria, Barletta

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>BARI</b> <i>S. Spirito, San Pio, Catino, Palese, S. Paolo, S. Girolamo, Fesca, Stanic</i>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	S. Paolo	
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	S. Paolo	Di Venere, Mater Dei
	<b>3NS</b>	PS più vicino	S. Paolo	Policlinico
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, S. Paolo

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>BARI</b> <i>Picone, Poggiofranco, Marconi, San Nicola, Murat, Libertà</i>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Policlinico	
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Policlinico	Di Venere, Mater Dei
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Policlinico	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, S. Paolo

S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>BARI</b> <i>Carrassi, Carbonara, Ceglie, Loseto</i>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Di Venere	
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Di Venere	Mater Dei
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Di Venere	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>BARI</b> <i>S. Pasquale, Japigia, Madonnella, Mungivacca, Torre a Mare</i>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Mater Dei	
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Mater Dei	Di Venere
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Mater Dei	Policlinico
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>BINETTO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	S. Paolo	Di Venere
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	S. Paolo	Di Venere
	<b>3NS</b>	PS più vicino	S. Paolo	Di Venere
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, S. Paolo

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>BISCEGLIE</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Bisceglie	Molfetta
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Bisceglie	Barletta, Andria
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Bisceglie	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Andria, Barletta

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>BITETTO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	S. Paolo	Di Venere
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	S. Paolo	Di Venere
	<b>3NS</b>	PS più vicino	S. Paolo	Di Venere
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, S. Paolo

S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>BITONTO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	S. Paolo	Molfetta
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	S. Paolo	Molfetta,Di Venere
	<b>3NS</b>	PS più vicino	S. Paolo	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere,S. Paolo

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>BITRITTO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Di Venere	S. Paolo
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Di Venere	S. Paolo
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Di Venere	Policlinico
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, S.Paolo

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>CANOSA</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Andria	Barletta
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Andria	Barletta
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Andria	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Andria,AOUOR Foggia

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>CAPURSO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Mater Dei	Di Venere
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Di Venere	Mater Dei
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Di Venere	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>CASAMASSIMA</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	Di Venere, Mater Dei
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Acquaviva	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere,Acquaviva

S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>CASSANO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	Altamura
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	Altamura
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Acquaviva	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, Acquaviva

<i>rovenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>CASTELLANA</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Putignano	Monopoli
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Putignano	Monopoli
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Putignano	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, Acquaviva

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>CELLAMARE</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Di Venere	Mater Dei
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Di Venere	Mater Dei
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Di Venere	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>CONVERSANO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Monopoli	Putignano
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Monopoli	Putignano
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Monopoli	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>CORATO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Corato	Molfetta, Andria
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Corato	Andria
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Corato	Andria
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Andria

**S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>GIOIA DEL COLLE</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	Putignano
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	Putignano
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Acquaviva	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, Acquaviva

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>GIOVINAZZO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Molfetta	S. Paolo
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Molfetta	S. Paolo
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Molfetta	S. Paolo
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, S.Paolo

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>GRAVINA</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Altamura	
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Altamura	
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Altamura	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, Acquaviva

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>GRUMO APPULA</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	S. Paolo, Di Venere
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	S. Paolo, Di Venere
	<b>3NS</b>	PS. più vicino	Acquaviva	S. Paolo
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, Acquaviva

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>LOCOROTONDO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Putignano	Monopoli
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Putignano	Monopoli
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Putignano	Martina Franca
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Acquaviva

**S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>MINERVINO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Andria	Barletta
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Andria	Barletta
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Andria	Barletta
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Andria, Barletta

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>MODUGNO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	S. Paolo	
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	S. Paolo	Di Venere
	<b>3NS</b>	PS più vicino	S. Paolo	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, S.Paolo

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>MOLA DI BARI</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Mater Dei	Di Venere
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Di Venere	Mater Dei
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Mater Dei	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>MOLFETTA</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Molfetta	S. Paolo, Bisceglie
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Molfetta	S. Paolo, Bisceglie
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Molfetta	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, S.Paolo

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>MONOPOLI</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Monopoli	Putignano
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Monopoli	Putignano
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Monopoli	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere

S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>NOCI</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Putignano	
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Putignano	Acquaviva
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Putignano	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Acquaviva

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>NOICATTARO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Di Venere	Mater Dei
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Di Venere	Mater Dei
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Di Venere	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>PALO DEL COLLE</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	S. Paolo	Di Venere
	<b>2</b>	P.S riferimento e/o più idoneo	S. Paolo	Di Venere
	<b>3NS</b>	PS più vicino	S. Paolo	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, S.Paolo

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>POGGIORSINI</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Altamura	
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Altamura	Andria
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Altamura	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Andria, Altamura

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>POLIGNANO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Monopoli	
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Monopoli	Putignano
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Monopoli	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere

**S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>PUTIGNANO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Putignano	Monopoli
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Putignano	
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Putignano	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, Acquaviva

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>RUTIGLIANO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Di Venere	Mater Dei
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Di Venere	Mater Dei
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Di Venere	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>RUVO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Corato	Molfetta
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Corato	Andria
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Corato	Andria
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Andria

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>SAMMICHELE</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	Putignano
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	Putignano
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Acquaviva	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, Acquaviva

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>SANNICANDRO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	Policlinico
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	Policlinico, Di Venere
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Acquaviva	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, Acquaviva



**S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>SANTERAMO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	Altamura
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	Altamura
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Acquaviva	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, Acquaviva

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>SPINAZZOLA</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Andria	Altamura
	<b>2</b>	P.S riferimento e/o più idoneo	Andria	Altamura
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Andria	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Andria

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>TERLIZZI</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Molfetta	Corato, S. Paolo
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Molfetta	Corato, S. Paolo
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Molfetta	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, S. Paolo

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>TORITTO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	S. Paolo, Di Venere
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Acquaviva	S. Paolo, Di Venere
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Acquaviva	S. Paolo
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, Acquaviva

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>TRANI</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Bisceglie	
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Bisceglie	Barletta, Andria
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Bisceglie	Andria
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Andria

**S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>TRIGGIANO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Mater Dei	
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Di Venere	Mater Dei
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Mater Dei	Di Venere
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>TURI</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Putignano	Acquaviva
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Putignano	Acquaviva
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Putignano	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere, Acquaviva

<i>Provenienza</i>	<i>Paziente</i>	<i>Trasporto a</i>		<i>*In deroga</i>
<b>VALENZANO</b>	<b>1</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Di Venere	Mater Dei
	<b>2</b>	PS riferimento e/o più idoneo	Di Venere	Mater Dei
	<b>3NS</b>	PS più vicino	Di Venere	
	<b>3S</b>	PS di Centralizzazione	Policlinico	Di Venere

Domande utili da fare agli equipaggi intervenuti:

- trattasi di trauma maggiore? qual è la dinamica?
- quanti sono i pazienti coinvolti?
- i pazienti sono stabili, instabili, responders?
- quali sono le lesioni anatomiche rilevate all'esame obiettivo (OPACS, GCS..) ?
- qual è la lesione prevalente?
- ci sono lesioni che richiedono particolari competenze specialistiche?

N.B. In caso di ospedalizzazioni/centralizzazioni multiple valutare la possibilità di indirizzare ambulanze anche ai PST considerando prioritaria la necessità di effettuare la diagnostica (in caso di particolari situazioni di overcrowding dei CTZ e CTS).



## TRASPORTO SECONDARIO

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

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

### **Trasporto secondario urgentissimo di un paziente critico:**

In caso di eventuale indisponibilità operativa di una ambulanza **dell'ASL**, il medico che ha la responsabilità assistenziale del paziente in situazione clinica ad espressione tempo-dipendente allerta telefonicamente la Centrale Operativa 118 BARI SOCCORSO specificando il motivo della richiesta del trasferimento e le condizioni del paziente. Subito dopo inoltra via fax la richiesta specifica contenente i seguenti dati:

- Generalità del paziente da trasferire
- Patologia
- Assoluta indisponibilità di mezzo di trasporto della ASL e motivo della indisponibilità
- Nominativo del medico della struttura accettante il paziente

Compete alla Centrale Operativa 118 attivare un mezzo di soccorso con logo 118, preferibilmente INDIA, poichè l'equipaggio di bordo è integrato, in base alle necessità, dal rianimatore o dal cardiologo o dal medico (...) + l'infermiere dell'U.O. richiedente.

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

### ***Trasferimenti programmati per esami strumentali***

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

## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

Criteri clinici per la definizione del livello di assistenza durante il trasporto secondario di paziente con problematiche di natura medica. (1)

Condizione clinica	Attrezzatura sanitaria necessaria	Mezzo di trasporto richiesto
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trauma score &gt;13</li> <li>2. Assenza di danno neurologico</li> </ol>	Nessuna in particolare	Ambulanza ordinaria
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trauma score &lt; o = 13</li> <li>2. Assenza di danno neurologico</li> <li>3. Meccanismo di trauma maggiore</li> <li>4. Paziente stabile con grave trauma già diagnosticato in osservazione prima del trattamento</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor ECG, Linea venosa di calibro non inferiore ai 18G, controllo vie aeree e materiale per rianimazione</li> <li>2. Due linee venose di calibro adeguato (non inferiore ai 18 G), ossigeno medicale e materiale per rianimazione</li> </ol>	Ambulanza medicalizzata (medico dell'emergenza territoriale)
Paziente instabile (PSA < 90 mm Hg), che non ha risposto alla rianimazione, politrauma, in attesa di intervento chirurgico urgente	Due linee venose, monitor ECG, ossimetria, controllo vie aeree, ossigeno medicale e materiale per rianimazione	Ambulanza medicalizzata (Medico di emergenza territoriale e/o Anestesista rianimatore)

1. \*uno o più dei parametri descritti.

a. Informazioni da fornire al medico presente sul mezzo di trasporto

- 1 Identificazione del Paziente
- 2 Breve storia dell'iter della malattia (compresi i dati pre-ospedalieri)
- 3 Dati relativi alla valutazione iniziale
- 4 Risposta al trattamento iniziato
- 5 Modalità di assistenza respiratoria
- 6 Volumi dei liquidi d'infusione
- 7 Procedure speciali eventualmente necessarie
- 8 RTS, procedure di rianimazione e qualsiasi cambiamento possibile in itinere

a. Documentazione

- 1 Orientamento diagnostico iniziale
- 2 Dati anagrafici e numero telefono del paziente o dei parenti
- 3 Storia della malattia
- 4 Condizioni del paziente all'ammissione in ospedale
- 5 Parametri vitali registrati in Pronto Soccorso o in reparto e al momento del trasferimento
- 6 Trattamento effettuato o terapia in corso
- 7 Rilievi laboratoristici (anche speciali), radiologici (lastre allegate) e strumentali effettuati
- 8 Infusioni (tipo e quantità) somministrate
- 9 Identificativo del medico della struttura organizzativa inviante
- 10 Nome del medico contatto della struttura ricevente

**Linee guida per i trasferimenti urgenti inter-ospedalieri (secondario) in caso di politraumatizzato**

a. Informazioni da fornire al medico presente sul mezzo di trasporto

- 1 Identificazione del Paziente
- 2 Breve storia del trauma (compresi i dati pre-ospedalieri)
- 3 Dati relativi alla valutazione iniziale
- 4 Risposta al trattamento iniziato
- 5 Modalità di assistenza respiratoria
- 6 Volumi dei liquidi d'infusione
- 7 Procedure speciali eventualmente necessarie
- 8 RTS, procedure di rianimazione e qualsiasi cambiamento possibile in itinere

b. Documentazione

- 1 Orientamento diagnostico iniziale
- 2 Dati anagrafici e numero telefono del paziente o dei parenti
- 3 Storia del trauma
- 4 Condizioni del paziente all'ammissione in ospedale
- 5 Parametri vitali registrati in Pronto Soccorso o in reparto e al momento del trasferimento
- 6 Trattamento effettuato o terapia in corso
- 7 Rilievi laboratoristici (anche speciali), radiologici (lastre allegate) e strumentali effettuati
- 8 Infusioni (tipo e quantità) somministrate
- 9 Identificativo del medico della struttura organizzativa inviante
- 10 Nome del medico contatto della struttura ricevente

**Prima di attivare i mezzi ed il personale per il trasferimento nonché partire per la destinazione dovranno essere predisposti i presidi appresso elencati:**

**Respirazione**

Tubo endotracheale se necessario  
Determinazione modalità e posologia della ossigenoterapia  
Aspirazione  
Ventilazione meccanica se necessaria  
Drenaggio toracico se necessario  
Sonda naso-gastrica per prevenire l'aspirazione

**Circolazione**

Controllo emorragie esterne  
Due vie venose di largo calibro (non inferiori a 18G)  
Inizio infusione di cristalloidi  
Rimpiazzo volumetrico delle perdite ematiche con cristalloidi o sangue  
Catetere vescicale e sacca  
Monitoraggio frequenza e ritmo cardiaco

## EVENTO A RISCHIO INFETTIVO

### Trasporto di paziente infetto

Il trasporto di paziente infetto richiede alcune precauzioni. Sebbene tali precauzioni siano generiche e dettate essenzialmente da regole di normale igiene e buon senso, si ritiene opportuno elencarle, principalmente per richiamare l'attenzione dal soccorritore sulla necessità di una particolare cautela in occasione di trasporto di malati con patologia infettiva. L'osservanza di tali regole può garantire la tutela sia del soccorritore stesso che di persone non direttamente coinvolte in quel trasporto (pazienti successivamente soccorsi dallo stesso automezzo).

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

### Indicazioni generali

Usare guanti monouso di tipo chirurgico.

Evitare contatti con liquidi biologici e disseminazione degli stessi.

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

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

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

Disinfettare l'ambulanza con procedura e materiale apposito

### Veicoli di Infezione:

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

Mani: se prive di guanti oppure non adeguatamente disinfettate

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

Indumenti: del paziente o vittima oppure dello stesso soccorritore

Effetti personali: del paziente o vittima oppure dello stesso soccorritore

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

### Considerazioni generali

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

- Far sanguinare la zona (in caso di taglio o puntura)
- Lavare abbondantemente con acqua e sapone
- Disinfettare la zona interessata
- In caso di schizzi sulle mucose del cavo orale utilizzare colluttori disinfettanti o abbondante quantità di acqua.
- In caso di schizzi sulla congiuntiva utilizzare solo acqua corrente
- Avvisare la Centrale Operativa
- Accertamenti sierologici (possibilmente anche sul paziente infettante) ed eventuale profilassi in caso di contatto con paziente affetto o potenzialmente affetto da AIDS
- Denuncia al Pronto Soccorso entro 1 ora dal contatto

## **S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

- Accertamenti sierologici sul paziente
- Accertamenti sierologici sul soccorritore
- Chemioprolifassi
- Controlli ematici periodici sul soccorritore

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

**Far sanguinare la zona (in caso di taglio o puntura)**

**Lavare con acqua e sapone**

**Disinfettare la zona interessata**

**Avvisare la C.O.**

**Accertamenti sierologici (possibilmente anche sul paziente infettante) ed eventuale profilassi**

Contatto con paziente affetto o potenzialmente affetto da AIDS

**Denuncia al Pronto Soccorso entro 1 ora dal contatto**

**Accertamenti sierologici sul paziente**

**Accertamenti sierologici sul soccorritore**

**Chemioprolifassi**

**Controlli ematici periodici sul soccorritore**

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

**Denuncia al Pronto Soccorso entro 24 ore dal contatto**

**Accertamenti sierologici sul paziente**

**Accertamenti sierologici sul soccorritore**

**Attivazione sieroprolifassi**

**Attivazione vaccino profilassi**

**Controlli ematici periodici**

Contatto con paziente affetto da TBC Polmonare “Aperta” Accertata

**Precauzioni come per Epatite B o C ed Inoltre:**

**Informare la Centrale Operativa**

**Cambiare ambulanza a fine trasporto**

**Sottoporsi a test tubercolinico**

**N.B. Non eseguire Chemioprolifassi**

Contatto con paziente affetto da Meningite Meningococcica sospetta

**Precauzioni come per Epatite B o C ed Inoltre:**

**Informare la Centrale Operativa**

**Cambiare ambulanza a fine trasporto (richiedere mezzo di soccorso sostitutivo tramite Centrale Operativa)**

**N.B. In caso di contatti stretti\* eseguire Chemioprolifassi adeguata con:**

**Ciprofloxacina 1 dose singola 500 mg per os oppure**

**Ceftriaxone 1 dose singola 250 mg i.m.**

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

**Sintomi:** cefalea , accentuabile da luce, movimento, rumore; rigidità nucale, opistotono, contrattura muscolare (posizione a canna di fucile)

**Sospetto:** febbre più cefalea associata ad uno dei segni sopradescritti

**Incubazione:** variabile da due a dieci giorni

Contatto con paziente con pediculosi o Scabbia sospetta: raccomandazioni.

**Evitare se possibile contatto diretto con il paziente**

**Utilizzare lenzuolo supplementare**

**Usare guanti monouso di tipo chirurgico.**

A fine trasporto:

**Fare doccia con acqua e sapone**

**Disinfestare la tuta di lavoro**

**Informare Centrale Operativa**

**Far eseguire disinfestazione dell'ambulanza**

**Lavare gli indumenti a 60 gradi C° \***

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

N.B. Incubazione due - sei settimane



Pulizia del modulo sanitario

Detersione: asportare polvere e sporco con acqua e saponi

Disinfezione: eliminare i germi patogeni utilizzando ipoclorito di sodio. La manovra va effettuata utilizzando i guanti ed evitando di inalare i vapori.

NB: l'acqua calda interagendo con ipoclorito di sodio può sviluppare gas tossici

Sterilizzazione: eliminare ogni tipo di microbo sia patogeno che non patogeno

Raccomandazioni generali: durante le operazioni di disinfezione della cellula sanitaria:

- lavare le mani all'inizio e alla fine dell'operazione
- utilizzare mascherina per proteggere bocca e naso
- utilizzare occhiali
- lasciare agire l'ipoclorito di sodio per quindici minuti prima di asportare con panni puliti
- i rifiuti vanno deposti negli appositi contenitori
- la disinfezione di alto livello va effettuata con ipoclorito di sodio (candeggina) non diluito (la candeggina in commercio si trova in soluzione al 10% con cloro attivo al 5%).

## ATTIVAZIONE AUTOMEDICA

L'automedica, che in Italia è classificata come un Mezzo di Soccorso Avanzato (MSA), non è un'ambulanza in miniatura ma un mezzo di soccorso ideato, per consentire un più rapido arrivo di un'equipe sanitaria, inviata sul luogo per trattare, gestire, stabilizzare un paziente critico per poi permetterne il trasporto con ambulanza tradizionale.

L'attivazione dell'automedica è di competenza della Centrale Operativa, quindi per disposizione dell'operatore o del medico di centrale. Ciò in ossequio ai compiti specifici sanciti dal DPR 27/3/1992 in merito alle fasi di interpretazione della chiamata dell'utente e del relativo invio di uomini e mezzi del macrosistema 118, che da tale normativa nazionale sono attribuiti esclusivamente alle due figure professionali sopra citate. La decisione di attivazione dell'automedica viene presa autonomamente dall'operatore di centrale eventualmente in accordo con il medico di centrale nel caso in cui dal dispatch emerga chiaramente la necessità di supporto medico all'ambulanza che si sta inviando sul luogo dell'evento, oppure su richiesta dell'equipaggio già intervenuto nel caso lo ritenga necessario.

L'automedica può quindi:

- fornire supporto avanzato ai mezzi di soccorso di base in caso di situazioni gravi o particolarmente complesse;
- intervenire per trattare direttamente un paziente che non necessiti del successivo trasporto in ospedale;
- intervenire in prima battuta su un codice di alta gravità se è la risorsa più vicina, in attesa che sopraggiunga la risorsa adeguata più lontana.

La richiesta di intervento dell'automedica, proveniente da un mezzo di soccorso già sul posto, deve essere sempre effettuata per via telefonica alla Centrale Operativa, su canale registrato, ed esclusivamente la Centrale può dare la relativa autorizzazione ad effettuare l'intervento con l'inserimento e assegnazione dell'evento al mezzo ritenuto più utile.

Non sono quindi, in nessun caso, autorizzate nè giustificate uscite delle postazioni periferiche senza preventiva autorizzazione della CO 118.

Si ricorda, inoltre, come ai fini della tutela Legale di tutto il Sistema dell'emergenza, tutte le comunicazioni intercorrenti tra CO 118 e postazioni periferiche/ PS sono regolarmente registrate su supporto digitale.

Durante gli spostamenti del mezzo, autorizzati dalla Centrale Operativa 118 (rifornimento carburante, carico farmaci urgenti, etc.), l'equipaggio completo (medico e infermiere-autista), analogamente per quanto avviene agli equipaggi degli altri mezzi di soccorso, segue il mezzo al fine di essere sempre pronto al soccorso in caso di codice rosso.

**ALLESTIMENTO AUTO MEDICA (DOTAZIONE MINIMA)**

Guanti monouso + Garze non sterili  
 Contenitore in plastica per rifiuti infetti + aspiratore manuale o elettrico,  
 Defibrillatore + placche + bombola di ossigeno,  
 Ked + collari cervicali  
 Caschi di protezione individuali, torce portatili, segnalatori a lungo raggio

**Borsone o zaino grande contenente:**

laringoscopio con 4 lame	siringhe varie
pinza di magill x adulti e pediatrica	cerotti di varia misura
cannule di Guedel x adulti e pediatrica	bende di varia misura
maschere facciali x adulti e pediatrica	fonendoscopio
guanti sterili	sfigmomanometro
maschera per ossigeno adulti e pediatrica	sondini di aspirazione di varia misura
occhialini per ossigeno	tubi endotracheali di varia misura
pallone Ambu con reservoir adulti / pediatrico / neonatale	tubi corrugati
CPAP Boussignac	guanti monouso
minitrack (set per tracheotomia)	saturimetro a batteria

**Borsone o zaino medio contenente:**

fisiologica da 100cc + 250cc	crema acido ialuronico sale sodico
mannitolo 18% da 100cc + succedanei del sangue 500cc	bisturi di varia misura
glucosata 5% + 10%	acqua ossigenata, amuchina
disinfettante - soluzione cutanea	garze sterili
cerotti medicati di varia misura	bende di varia misura
cerotti di varia misura	deflussori + rubinetti a 3 vie
aghi cannula di varia misura	lacci emostatici
siringhe di varia misura	emoglucotest + strisce glicemiche + pungi dito
termometro	cateteri vescicali di varia misura + sacche per urina
gel lidocaina cloridrato	forbice + klemmer
sondini naso gastrico di varia misura	abbassalingua
spremisacca	telo sterile

**Borsone o zainetto contenente:**

tutti i farmaci

## MAXI-EMERGENZE

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

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

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

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

Un evento si definisce **CATASTROFE** quando:

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

### ***Incidente maggiore: divisione in aree.***

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

Per meglio comprendere la complessità dell'operazione di soccorso, è utile distinguere in tre aree d'azione

(1-3) area calda, tiepida e fredda

e cinque fasi concettuali (1-5):

- **Area o Zona dell'incidente** (in questa area si effettua il primo triage di massa)
- **Piccola Noria** (consiste in un circuito di trasporto fra l'Area dell'incidente e il/i PMA)
- **Posto Medico Avanzato (PMA)**

- **Grande Noria** (consiste in un circuito di trasporto fra il/i PMA (grande noria) e gli ospedali)
- **Ospedalizzazione** (accoglimento negli Ospedali con attivazione dei PEIMAF)

**Il PMA costituisce il punto nevralgico dell'operazione di soccorso.**

Schierato in prossimità del luogo dell'evento, nel più breve tempo possibile e in luogo però sicuro. La prossimità per permettere brevi percorsi alla piccola Noria.

Il PMA ha come compiti fondamentali l'eventuale stabilizzazione, il trattamento del dolore la valutazione complessiva dei pazienti per stabilire le priorità di trattamento e di evacuazione verso gli ospedali.

Se, in base alle caratteristiche dell'evento, lo schieramento del PMA è riconosciuto utile, la sua ubicazione sarà stabilita dal Direttore dei Soccorsi Sanitari in accordo con il Direttore Tecnico dei Soccorsi, figura professionale del CNVVF.

Il team operante in questa area applicherà le procedure previste dall'ATLS.

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

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

**Area o Zona dell'incidente:** va rapidamente suddivisa in ulteriori zone ad ognuna delle quali verranno, man mano che affluisce personale di emergenza, assegnate squadre di intervento in modo tale da permettere a tutti i coinvolti nell'incidente di avere un soccorso e non lasciare zone scoperte. L'area di triage discrimina i pazienti per categoria di gravità inviando i codici rossi direttamente in area di stabilizzazione. Espletate le procedure, le vittime stabilizzate, al permanere della gravità clinica completeranno il percorso terapeutico in area rossi. In sede di stabilizzazione è altresì valutabile l'invio in aree diverse.

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

### **Trattamento d'urgenza nel PMA (area rossi e gialli)**

In questa zona lo stato del paziente viene costantemente monitorato (p.es. misurare pressione, saturimetria, parametri respiratori, ecc.). Medici e operatori sanitari, sostenuti dai soccorritori delle sezioni sanitarie di pronto intervento, attuano i provvedimenti terapeutici prescritti.

Nel PMA vengono effettuati anche semplici interventi.

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

### **Trattamento/attesa (area verde)**

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

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

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

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

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

Il Responsabile medico del PMA, in base alla sua complessiva valutazione, stabilisce anche il tipo di

trasporto (sdraiato, seduto, mediante ambulanza, elicottero, bus, automobile, ecc).

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

Chi lavora nel posto medico avanzato:

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

Riconoscimento del personale:

Il personale sanitario deve essere facilmente riconoscibile.

## **S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

Il modo più pratico è costituito dall'utilizzo di gilet che forniscono informazioni sulla funzione e sulle qualifiche.

La scritta deve essere collocata sia sulla parte anteriore che su quella posteriore e deve essere leggibile a distanza.

Per la migliore gestione dell'incidente occorre:

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

Ruoli e responsabilità chiari:

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

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

### ***Incidenti Maggiori e livelli di allarme***

Ruolo della Centrale Operativa dell'emergenza sanitaria.

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

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

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

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

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

Se la maxiemergenza coinvolge territori più ampi, il coordinamento degli interventi sanitari dovrebbe essere affidato alla centrale regionale di riferimento, precedentemente individuata.

Nel caso di eventi che, per intensità ed estensione, devono essere fronteggiati con mezzi e poteri straordinari, gli interventi di soccorso e di assistenza alle popolazioni saranno coordinati dal Dipartimento della PC (Legge n. 225/1992).

In fase preliminare la ricezione necessita di risposta rapida ed inoltre al nucleo di valutazione in area urbana verranno inviati il mezzo di soccorso di base e il mezzo di soccorso avanzato di competenza territoriale;

in area extraurbana verranno rispettivamente inviati l'elisoccorso se disponibile ed il mezzo di soccorso di base più vicino.

### **I piani di emergenza interni delle Centrali Operative**

devono fondamentalmente prevedere cinque punti:

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

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

**-Livello 0.** È il normale livello di funzionamento della centrale operativa; sono attivate le risorse ordinarie e si utilizzano le normali procedure di gestione. E' presente quando ci sono condizioni ordinarie o non si è a conoscenza di possibili situazioni a rischio che possono creare stato di maxi-emergenza.

**-Livello 1.** E' presente quando ci si verificano possibili situazioni a rischio, grandi affluenze di pubblico per manifestazioni sportive, concerti, gare etc. È attivato in loco un dispositivo di assistenza, dimensionato sulla base delle esigenze ed in adesione a quanto previsto da specifici piani di intervento. La Centrale Operativa dispone di tutte le informazioni relative al dispositivo, monitorizza l'evento ed è in grado di coordinare l'intervento.

**-Livello 2.** Viene attivato quando vi è la possibilità che si verifichino eventi preceduti da fenomeni precursori, quali ad esempio allagamenti, frane, ecc... Le risorse aggiuntive vengono messe in preallarme, in modo che possano essere pronte a muovere entro 15 minuti dall'eventuale allarme.

**-Livello 3.** Scatta l'allarme per il verificarsi improvvisamente della maxi-emergenza. Si mettono in moto e si attivano le procedure per il richiamo, l'invio e il coordinamento di tutte



le risorse aggiuntive, inviate sul luogo dell'evento e per l'allertamento di tutte le strutture ospedaliere del territorio.

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

per l'incendio si usa fattore moltiplicativo 2

per l'attentato terroristico fattore 3-4

per il trasporto passeggeri 3-4

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

### ***Incidente maggiore - procedure operative***

Procedura di Centrale in **LIVELLO 0**

#### **1) Allertamento dal luogo dell'evento**

Dispatch:

Cosa è successo?

Quante persone coinvolte?

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

Eventuale presenza sostanze pericolose?

Presenza di portatori di Handicap?

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

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

**Dopo la conferma** che "trattasi di evento maggiore":

**C.O. IN LIVELLO 3**

**Operatore di C.O. 118 allerta:**

- 115 Vigili del Fuoco
- Coordinatore infermieristico e infermiere reperibile

## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

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

### **il Medico di C.O. allerta:**

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

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

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

### **OPERATORI DI CENTRALE:**

Coordinano i mezzi a disposizione sul territorio nel distretto dell’evento.

Coordinano le emergenze sul territorio non interessato dall’evento.

Assegnano la destinazione in ospedale ai mezzi di emergenza per competenza, distrettualità e numero di rientri

### ***Procedura operativa sul luogo dell'evento.***

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

### ***Ruoli e compiti***

Primo equipaggio di soccorso che giunge sulla scena:

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

### **Competenze**

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

### **Requisiti**

Formazione professionale in maxiemergenze.

Direttore Soccorsi Sanitari

- 1) Giunto sul luogo, indossa casacca gialla e casco rosso mentre l'Infermiere che lo affianca indossa il casco blu.
- 2) Rileva il ruolo di DSS dal Medico giunto per primo sull'evento
- 3) Si rapporta con il DTS (Direttore Tecnico Soccorsi) V.V.F. per l'accesso dei soccorsi in sicurezza alle vittime, con il Responsabile di Polizia che coordina le Forze dell'ordine e con il Responsabile dell'Emergenza dell'Ente eventualmente coinvolto (Aeroporto, Ferrovie, Porto,

## **S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

Aziende a rischio) come da piani interni, per la gestione dell'ambiente su cui insiste l'emergenza.

4) Ricomunica in Centrale Operativa le dimensioni dell'evento, se necessario (scenario esteso) suddivide la zona in più cantieri

5) nomina un Responsabile del TRIAGE sul campo

6) Designa un MEDICO responsabile del PMA che vi coordina l'intera attività di soccorso. Il Medico Responsabile del PMA a sua volta designa un Infermiere che effettua Triage di accesso al PMA e tiene il computo dei pazienti in transito.

7) nomina un Responsabile Mezzi o Direttore al Trasporto e Comunicazioni che ne gestirà la movimentazione, in accordo con Responsabile Triage e Responsabile PMA.

8) Se necessaria la stabilizzazione dei pazienti sul posto, per motivi di numero o gravi traumatismi il DSS in accordo col DTS provvede a far allestire il PMA. Il PMA può essere allestito in un fabbricato posto in zona verde o sempre in zona verde può essere allestita struttura campale. Nella scelta dell'ubicazione del PMA non si può prescindere dal parere del D.T.S V.V.F.

10) In accordo con DTS, Polizia Municipale o Stradale individuerà un percorso a senso unico per i mezzi di emergenza, che consenta l'accesso al PUNTO DI RECUPERO VITTIME, al PMA, e la viabilità verso gli ospedali (percorso sanitario).

11) Il DSS insieme a DTS e Polizia costituisce il POSTO di COMANDO AVANZATO atto a coordinare l'emergenza in loco in tutte le sue priorità (sicurezza, sanità, ordine pubblico).

12) Continua a tenere i rapporti con la Centrale Operativa 118, il Rappresentante della Prefettura, le Forze dell'Ordine, il Responsabile del PMA, il Referente di Protezione Civile, ecc.

13) Designa un Infermiere o Autista ASL come Responsabile della Logistica

14) Richiede l'intervento degli psicologi.

15) Se coinvolti animali richiede l'allertamento del Veterinario ASL reperibile.

16) Il D.S.S. dispone in merito alla compilazione delle constatazioni di decesso delle vittime e si accerta che vengano consegnate se necessario ai rappresentanti delle Forze dell'Ordine prima del trasporto in obitorio, o altro locale adibito allo scopo.

17) A fine evacuazione vittime, procede alla raccolta dei cartellini di Triage

18) Allorché il D.S.S. comunica alla C.O.118 il trasporto dell'ultimo infortunato viene dichiarata la fine dello stato di EMERGENZA e si procede al bilancio dell'evento.

Soccorritore

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

**Compiti**

1. sotto la guida dei professionisti, compila la Scheda d'Accompagnamento del Paziente (SAP)
2. assiste il personale dell'equipe sanitaria mobile
3. collabora al recupero di pazienti rimasti intrappolati
4. assiste pazienti
5. dietro relativo ordine, collabora al trasporto dei pazienti nell'area di triage (piccola noria)
6. rispetta le misure di sicurezza prescritte
7. al termine dell'intervento, sgombero dal PMA e ristabilimento del materiale

**Competenze:** adotta autonomamente misure salvavita (BLS)

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

Responsabile mezzi e Trasporto

**Obiettivo della funzione**

1. Gestire autonomamente il trasporto. Impiegare in modo mirato i mezzi di soccorso terrestri e aerei;
2. Inviare il giusto paziente al giusto ospedale di trattamento finale (niente trasporti secondari);
3. Compiti;
4. ripartisce adeguatamente il personale assegnatogli;
5. provvede all'allestimento, all'attrezzatura e alla preparazione del punto di trasporto nel luogo stabilito;
6. dirige il punto di trasporto (organizzazione e coordinamento);
7. ordina per urgenza di trasporto, stabilisce il mezzo di trasporto, definisce l'ospedale di destinazione;
8. prosegue la compilazione della scheda d'accompagnamento del paziente;
9. provvede affinché venga tenuto il controllo delle entrate e delle uscite (controllo del flusso di pazienti);
10. provvede al trasporto verso il punto di carico;
11. mantiene il contatto radio con Responsabile PMA e Triage;
12. mantiene aggiornato l'elenco degli ospedali;
13. comunica tempestivamente al PMA il fabbisogno supplementare di personale e materiale;

14. provvede a garantire la sostituzione del personale;
15. su ordine del DSS provvede allo smantellamento del punto di trasporto e al ristabilimento del materiale;
16. garantisce lo scambio di materiale (ambulanza/elicottero verso PMA) nel punto di carico e, tramite i mezzi di trasporto, trasmette alla grande noria le ordinazioni di materiale medico di consumo.

### **Competenze**

gestire autonomamente il “trasporto”

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

### **Requisiti**

Formazione professionale:

Almeno Soccorritore certificato se possibile con formazione complementare;  
Perfezionamento professionale e aggiornamento specifico:  
alcuni anni di esperienza professionale nel servizio ambulanza  
corso di aggiornamento secondo il concetto di formazione per partner del servizio sanitario in situazioni particolari e straordinarie.

Operatore Centrale d'emergenza sanitaria

### **Obiettivo della funzione**

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

### **Compiti**

1. aumenta le risorse di personale secondo i protocolli interni di Centrale;
2. raccoglie informazioni, tramite il primo equipaggio giunto sul posto, in merito alla situazione sanitaria e alla comunicazione;
3. si informa presso il DTS o FF.O in merito alle possibilità di accesso e di uscita;
4. si informa sulle capacità di ospedalizzazione (secondo elenco), aggiorna le capacità di ammissione e trattamento degli ospedali e le comunica al Responsabile Mezzi e Trasporto;
5. garantisce il coordinamento nel settore sanitario;
6. mette in atto i piani preparati in caso di catastrofe;
7. tiene i contatti con ambulanze ed elicotteri di soccorso e si avvale di notifiche dello stato d'impiego dei mezzi di soccorso per situazioni particolari e straordinarie;

8. chiede alla Polizia di mantenere libera la viabilità privilegiata (grande noria);
9. coordina il rifornimento di materiale, su ordine del Responsabile PMA, e dei Mezzi;
10. raccoglie le informazioni sull'incidente e le comunica al Posto di Comando Operativo (DSS);
11. trasmette rapporti agli ospedali di destinazione;
12. viene informato dal DSS sulla fine dell'Emergenza
13. informa gli ospedali sulla fine dell'Emergenza.

**Bibliografia:**

**Organizzazione del Soccorso Sanitario**

**D.M. del 15/05/1992,**

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

**c.d. *Linee-Guida Guzzanti.***

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

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

**Documenti Operativi:**

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

## PROBLEMATICHE MEDICO-LEGALI

### **Il consenso all'atto medico**

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

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

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

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

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

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

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



### **La realtà della Morte – Certificazioni necessarie**

Constatazione di decesso (ovvero Dichiarazione o avviso di morte )

Certificazione di morte (ovvero Denuncia della causa di morte da parte del curante o del necroscopo)

Accertamento del medico necroscopo.

Chi invece effettua il riscontro necroscopico compila la scheda Istat con la relativa causa della morte.

Eventualmente il medico curante potrà intervenire, ove avvisato e se a conoscenza della patologia che ha determinato il decesso, evitare il riscontro provvedendo direttamente alla compilazione della scheda Istat

I familiari dovranno denunciare la morte presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune dove è avvenuto il decesso che provvederà ad inviare il medico necroscopo.

Quest'ultimo provvederà a definire la causa della morte eventualmente attraverso il riscontro diagnostico e compilare la scheda Istat.

### **Certificato di constatazione del decesso**

Detto certificato può essere compilato da qualunque medico sia intervenuto anche a richiesta dei familiari magari a distanza di ore. In tal caso il certificato assume importanza per la cronologia e la obiettivazione degli elementi patologici o traumatici che si possono dedurre, oltre che dei fenomeni post mortali. L'orario della constatazione rappresenta il punto di partenza per l'intervento del medico necroscopo. Il vigente regolamento di Polizia Mortuaria prevede che una volta constatato il decesso da parte del medico, la salma debba restare al domicilio, sempre che le condizioni igienico-sanitarie non lo impediscano; è chiaro che il termine "condizioni igienico-sanitarie" deve essere interpretato in senso lato, intendendo ad esempio la possibilità di disporre di una stanza isolata dove ospitare il defunto. Vi sono tuttavia alcune situazioni, in particolare in caso di morte improvvisa, in cui comunicare ai familiari un decesso è particolarmente problematico (la loro età avanzata, la presenza di bambini in casa...), ed in questi casi, anche la possibilità di trasportare il cadavere all'obitorio con il carro funebre, che richiede tempo, può esporre i congiunti ad una situazione eccessivamente penosa. La norma è comunque evitare il più possibile il trasporto del paziente con l'ambulanza, sia per i motivi già illustrati in precedenza, sia per evitare di far giungere il cadavere in Pronto Soccorso, con la conseguente attribuzione a quest'ultimo di un carico di lavoro non pertinente. Sono tuttavia necessarie alcune deroghe, sia per non esporre eccessivamente l'infermiere nei casi in cui non è presente il medico, sia per venire incontro a possibili situazioni di grave disagio per i familiari. In questo caso anche l'esecuzione di un simulacro di CPR, come raccomandato anche dalle Linee guida sulla CPR della AHA può essere un atto compassionevole necessario in situazioni familiari particolarmente critiche. Per alcune situazioni particolari (contrassegnate con (\*) precedentemente, pag 83 e 84) non sono possibili deroghe, anche perché in alcuni di questi casi può presentarsi la necessità di compiere accertamenti medico-legali e/o di Polizia giudiziaria che potrebbero essere falsati dalla rimozione del cadavere.

**Di seguito vengono riportati alcuni esempi:**

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

**Caso particolare 1 : decesso in portatore di PACE MAKER**

Evento con incidenza in sensibile aumento a causa dell'allungarsi della vita. La procedura di constatazione di decesso è del tutto simile a quella effettuata in pazienti che non portano il P.M.

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

**Caso particolare 2 : in caso di decesso in aeroporto** (in volo o a terra) contattare Polizia Aeroportuale.

**NB promemoria ! Constatazione del decesso** (comunicato da FIMMG a tutti gli iscritti)

In un promemoria per il medico di Medicina Generale, (<https://fimmgca.org/web/la-constatazione-di-decesso-in-continuita-assistenziale/>) è stata pubblicata la seguente raccomandazione: *“qualunque medico a cui venga segnalata la presenza di un corpo inanimato è tenuto a prestare la sua opera indipendentemente dagli orari e dagli obblighi lavorativi, poiché solo un medico può affermare se una persona è effettivamente deceduta: fino a quel momento va considerata persona viva bisognosa di assistenza (a parte casi particolari come decapitazione o smembramento). Nel caso che riscontri effettivamente l'avvenuto decesso, il medico può (generalmente deve) costatarne il decesso”.*

*Ed inoltre: “Il decesso, che motiva la chiamata al servizio di Continuità Assistenziale, fino a quando non è constatato dal medico è da ritenersi un presunto decesso. La visita domiciliare quindi deve essere svolta nel più breve tempo possibile per verificare che la persona sia effettivamente deceduta e che non siano viceversa necessari interventi di carattere terapeutico/rianimatorio. Dopo aver constatato il decesso della persona con l'assenza di parametri e funzioni vitali, il medico redige un certificato...”(Rif-Bibl.”Guardia medica – la continuità assistenziale in medicina Generale”-F.Anelli-A.Velluto-cap.2-Aspetti medico legali-2018).*

**Le schede ISTAT**

Il Regolamento di Polizia Mortuaria (RPM) vigente (art.1, c.8) afferma che "le schede di morte hanno esclusivamente finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche".

E' il medico curante, vale a dire colui che ha avuto in cura il paziente e che è a conoscenza dell'anamnesi patologica, della evoluzione della malattia e della causa ultima del decesso a dover compilare la scheda ISTAT. La scheda rappresenta la cosiddetta “denuncia della causa di morte” e deve essere inoltrata entro 24 ore dal momento dell'accertamento della morte al Sindaco del Comune ove è avvenuto il decesso è viene redatta sull'apposito modulo fornito dall'ISTAT.

La scheda ISTAT consta di due sezioni:

**la parte A** da compilarsi a cura del medico

**la parte B** da compilarsi a cura dell'Ufficiale di Stato Civile.

La parte A, a sua volta costituita da due sezioni, riservate rispettivamente alla ipotesi di:

- morte per causa naturale,
- morte per causa violenta.

Il medico quindi deve decidere, in base ai dati in suo possesso, quale delle due sezioni compilare se quella relativa alla morte da causa naturale o alla morte da causa violenta.

**In caso di morte per cause naturali**, viene prevista l'indicazione della seriazione causale (causa iniziale, intermedia e terminale), ponendo particolare attenzione nella scelta dell'indicazione eziologica iniziale e di evitare ricorso a frasi dubbie quali verosimile o probabile.

La scheda ISTAT d'altra parte rappresenta la più importante fonte di dati epidemiologici attualmente disponibile in Italia e dai dati da essa forniti discendono in larga parte gli interventi per l'assistenza sanitaria e la programmazione della Sanità Pubblica.

Indicare come "causa iniziale" una sola malattia quella ritenuta l'inizio della concatenazione patologica che ha determinato il decesso, ovvero nel dubbio segnalare quella ritenuta preponderante. Non dichiarare quale causa iniziale un segno, un sintomo, una sindrome non ben definita ma specificare sempre la malattia responsabile. Fare in modo che risulti una concatenazione logica tra causa iniziale e causa terminale.

Quando è possibile vanno utilizzati i termini propri della classificazione internazionale delle malattie, utilizzando termini che indicano più patologie insieme o definizioni che non entrano nella terminologia corrente.

Quando non esiste o non si può individuare una causa intermedia o terminale, i riquadri 2 o 3 possono essere lasciati in bianco.

In caso di morte violenta specificare la natura, la entità, la sede della o delle lesioni, le modalità con cui sono state determinate, le eventuali complicanze, gli eventuali stati morbosi preesistenti, l'intervallo di tempo tra le lesioni e il decesso. La compilazione di alcuni riquadri potrebbe non essere possibile in una prima fase mancando notizie istruttorie.

**I FAMILIARI POSSONO RICHIEDERE L'INDAGINE AUTOPTICA** solo:

- 1) sollecitando il medico curante a richiedere il riscontro diagnostico
- 2) sporgendo denuncia all'autorità giudiziaria per ottenere l'autopsia

### **Riepilogo: 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. La constatazione di decesso può essere fatta solamente da un medico. (atto medico non delegabile)

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

Nei casi in cui la realtà della morte è palese (decapitazione, maciullamento, fenomeni post-mortali trasformativi inequivocabilmente presenti) oppure quando si è accertata anche strumentalmente (ecg per venti minuti consecutivi) 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. Al personale sanitario del sistema **118** intervenuto sul posto spetta il compito di comunicare la presenza del cadavere alla Centrale Operativa,

affinchè questa ne dia notizia alla Centrale Operativa della Polizia di Stato (**113**) o dei Carabinieri (**112**). Il medico intervenuto sul posto è tenuto a rilasciare il Certificato di constatazione di decesso, nel quale, a rigore, non necessariamente si deve precisare né la causa di morte né l'epoca della stessa. Nulla vieta però al medico di completare questa certificazione formulando, sulla base dei dati clinico-obiettivi in possesso in quel momento, 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, del certificato necroscopico né quella del modello ISTAT. Salvo casi di assoluta eccezionalità e previa esplicita autorizzazione del magistrato di turno, (reperibile H24, contattabile anche telefonicamente tramite il **113**), l'ambulanza non può trasportare il corpo di un soggetto dichiarato morto.

### **Esempi di procedure standard**

#### **morte avvenuta in CASA:**

I congiunti devono avvisare subito il medico curante o, se irreperibile, la guardia medica o un'ambulanza (118) per la constatazione del decesso.

Il medico necroscopo accerterà il decesso non prima di 15 ore e non dopo 30 ore dalla morte.

La denuncia di morte va fatta presso l'Ufficio di Stato Civile ed a questo deve essere consegnata la documentazione per la redazione dell'atto di morte e cioè:

1. certificato di constatazione di decesso; (medico 118 solo se intervenuto in emergenza)
2. certificato di morte (necroscopico);
3. scheda ISTAT

#### **morte avvenuta in un luogo pubblico**

I sanitari del 118 o della guardia medica provvederanno a constatare il decesso

Consegneranno il certificato di constatazione di decesso alla forza pubblica opportunamente chiamata tramite Centrale Operativa.

La salma sarà trasportata nell'obitorio del comune, a cura del comune, per il successivo riscontro diagnostico, (medico necroscopo). Se la salma si trova sull'ambulanza, per non depositare il paziente sul terreno o sul mezzo da cui è stato estratto, d'accordo con la forza pubblica e su autorizzazione, (che sarà concessa in deroga alla norma che prevede di non trasportare cadaveri) della Centrale Operativa, la salma stessa sarà trasportata presso l'obitorio comunale oppure in caso di difficoltà di accesso allo stesso, presso il P.S. più vicino. Il medico 118, stilerà la constatazione di decesso. In tale caso il P.S. sarà preallertato dalla Centrale Operativa 118 dell'arrivo di un codice 4.

Eventuale deroga al trasporto in obitorio comunale è costituita da paziente con morte clinica accertata ma portatore di Pace Maker o Defibrillatore endocavitario che continua ad erogare scarica. In tale caso il cadavere va trasportato presso l'obitorio del P.S. più vicino per l'eventuale disattivazione del device elettrico.

Frequentemente, durante operazioni di soccorso ci si può imbattere in un soggetto deceduto oppure che decede durante le manovre rianimatorie.

Diversi sono i casi che si possono presentare e che schematicamente si descrivono:

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

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 l'obitorio comunale o il P.S. più vicino con sala mortuaria agibile.

### **SCHEMI OPERATIVI**

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

In simili situazioni il medico del sistema 118 deve:

- constatare clinicamente il decesso;
- identificare, se possibile, il cadavere;
- informare la Centrale Operativa 118 perchè sia allertata la Centrale Operativa della Polizia di Stato (113) o dei Carabinieri (112) per eventuale piantonamento del cadavere in attesa delle disposizioni del magistrato di turno che sarà interpellato dalle Forze dell'Ordine.
- In attesa delle Forze dell'Ordine, vigilare sul cadavere e sulle cose circostanti, nonchè evitare, compatibilmente alle condizioni ambientali in cui sta operando, qualsiasi modificazione del luogo del rinvenimento;
- redigere il certificato di constatazione di morte all'autorità che ne abbia fatta richiesta;
- richiedere ed attendere l'autorizzazione della Centrale Operativa 118 prima di allontanarsi dal luogo dell'intervento.

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

In simili situazioni l'infermiere o il volontario del sistema 118 deve:

- iniziare le manovre di rianimazione cardio-polmonare fino all'arrivo del medico;
- comunicare l'apparente stato di morte alla Centrale Operativa 118;
- attenersi alle istruzioni ricevute direttamente dal medico della Centrale Operativa 118; (eventuale intervento di autoambulanza medicalizzata, di automedica, oppure disposizione di recarsi al P.S più vicino)
- se è evidente la realtà della morte (decapitazione, maciullamento, fenomeni post-mortali trasformativi inequivocabilmente presenti), informare la Centrale Operativa 118 sullo stato del cadavere e quindi attenersi alle istruzioni ricevute direttamente dal medico della Centrale Operativa 118;
- chiedere ed attendere l'autorizzazione della Centrale Operativa 118 prima di allontanarsi dal luogo dell'intervento.

## TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI PER MALATTIA MENTALE (T.S.O)

### Norma generale

La possibilità di ricorrere ad un T.S.O. per malattia mentale, ai sensi della legge 180 del 13/05/1978, è ammessa qualora sussistano simultaneamente le seguenti situazioni:

1. il paziente presenta alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici.
2. sussiste la mancata accettazione da parte del paziente del progetto terapeutico proposto.
3. vi è l'impossibilità di adottare tempestive misure sanitarie extraospedaliere.

Dal punto di vista pratico l'attuazione del T.S.O. presuppone tre passaggi operativi:

1. Proposta motivata di T.S.O. da parte di un qualunque medico (laurea e abilitazione).
2. Convalida della proposta di T.S.O. da parte di un medico dell'AUSL territorialmente competente (es. psichiatra reperibile), o di un medico di P.S.
3. Ordinanza da parte del sindaco, o di persona da lui delegata, del comune ove viene effettuato l'intervento.

Dare attuazione all'ordinanza del Sindaco spetta alla Polizia Municipale.

Il compito della C.O. 118 è quello di attivare le Forze dell'Ordine, successivamente organizzare l'intervento del mezzo di trasporto medicalizzato più idoneo ed eventualmente avvertire il Pronto Soccorso territorialmente competente dell'arrivo del paziente psichiatrico.

### ***Linee guida per il trattamento sanitario obbligatorio***

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

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

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

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

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

### Funzioni e compiti dei referenti istituzionali

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

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

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

Condizioni per una corretta applicazione delle procedure

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

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

**ACCERTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI**

L'accertamento sanitario obbligatorio (ASO) è un istituto di carattere eccezionale al quale il medico del 118 può ricorrere nei seguenti casi:

- in base alle informazioni avute ipotizzi la necessità urgente di una valutazione psichica al fine di valutare la necessità di un trattamento psichiatrico ma la persona in questione si sta sottraendo attivamente al contatto;

- pur avendo potuto visitare il paziente, nutrendo un dubbio sull'attualità di tutti gli elementi richiesti dalla legge per l'attivazione di una proposta di TSO ritenga necessaria una valutazione specialistica psichiatrica, visita per la quale però il cittadino non fornisce il consenso.

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

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

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

**CIRCOSTANZE IN CUI NON SI APPLICANO LE PROCEDURE ASO/TSO**

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

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

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

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

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



GESTIONE DELL'EMERGENZA/URGENZA PSICHIATRICA. TRASPORTO PAZIENTI

- Nelle more dell'attivazione dell'SPDC presso il P.O. "San Paolo" di Bari e della riorganizzazione della settorializzazione, in coerenza con quanto definito nel documento "Raccomandazioni per la gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche. Approvazione" di cui alla DGR 12 luglio 2011 n.1620, una nota congiunta tra la Direzione Sanitaria dell'AOU Policlinico di Bari e della ASL Bari inviata il 02 agosto 2019 proponeva una tabella provvisoria per la corretta ospedalizzazione.

Si precisa pertanto che:

- **Nelle ore di apertura del CSM di competenza** il 118 può avvalersi della collaborazione del CSM di riferimento territoriale (secondo divisione territoriale) per eseguire consulenza sul luogo di intervento al fine di effettuare intervento congiunto. Si può anche prevedere che il mezzo del 118 trasporti il paziente direttamente al CSM di riferimento territoriale.  
In caso di TSO, dopo aver effettuato proposta e convalida (da parte del medico 118 e dello psichiatra) ed avviato al sindaco richiesta per ordinanza, l'ambulanza trasporterà il paziente al P.S.di riferimento (secondo tabella provvisoria) da cui poi sarà trasferito nella SPDC sede di ricovero con ambulanza ospedaliera.
- **Nelle ore di chiusura del CSM di competenza** il 118 trasporterà il paziente secondo tabella provvisoria di settorializzazione.  
Anche il P.S. chiederà la consulenza psichiatrica al SPDC di riferimento secondo schema.

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

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

**TABELLA PROVVISORIA OSPEDALIZZAZIONE**

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

<b>Comuni ex ASL BA/2</b>	<b>PS di riferimento</b>	<b>SS.PP.DD.CC.</b>
BITONTO CORATO GIOVINAZZO MOLFETTA PALO DEL COLLE RUVO DI PUGLIA TERLIZZI	ALTAMURA	ALTAMURA
<b>Comuni ex ASL BA/3</b>	<b>PS di riferimento</b>	<b>SS.PP.DD.CC.</b>
ALTAMURA ACQUAVIVA DELLE FONTI BINETTO CASSANO MURGE GRAVINA DI PUGLIA GRUMO APPULA POGGIORSINI SANNICANDRO SANTERAMO IN COLLE TORITTO	ALTAMURA	ALTAMURA
<b>Comuni ex ASL BA/5</b>	<b>PS di riferimento</b>	<b>SS.PP.DD.CC.</b>
ALBEROBELLO CASAMASSIMA CASTELLANA GROTTA CONVERSANO GIOIA DEL COLLE LOCOROTONDO MONOPOLI NOCI POLIGNANO A MARE PUTIGNANO SAMMICHELE TURI	PUTIGNANO	PUTIGNANO

**S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

<b>COMUNE DELL'URGENZA PSICHIATRICA</b>	<b>CSM AREA di riferimento (nelle ore di apertura)</b>	<b>P.S. di riferimento per il 118</b>	<b>S.P.D.C. di riferimento se C.S.M. chiuso</b>
ADELFA-CAPURSO-CELLAMARE MOLA DI BARI NOICATTARO-RUTIGLIANO-TRIGGIANO-VALENZANO	CSM AREA 6: Triggiano  CSM AREA 5: Mola di Bari	P.S. DI VENERE	PUTIGNANO
BARI-TORRE A MARE-CARBONARA-CEGLIE-LOSETO	CSM AREA 4: Carbonara- Torre a Mare	P.S. DI VENERE	PUTIGNANO
BARI	CSM AREA 4: Libertà-Picone-Japigia-Carrassi	P.S. POLICLINICO	POLICLINICO
SAN PAOLO-STANIC-SAN GIROLAMO-LIBERTA'	CSM AREA 4: San Paolo	P.S. SAN PAOLO	PUTIGNANO
BITETTO BITRITTO PALESE-S.SPIRITO MODUGNO	CSM AREA 4: San Paolo CSM AREA 3: Modugno	P.S. SAN PAOLO	POLICLINICO

<b>COMUNE DELL'URGENZA PSICHIATRICA</b>	<b>CSM AREA di riferimento (nelle ore di apertura)</b>	<b>PS di riferimento per il 118</b>	<b>SPDC di riferimento se CSM chiuso</b>
ANDRIA	ANDRIA	ANDRIA	BARLETTA
CANOSA MINERVINO MURGE SPINAZZOLA	CANOSA MINERVINO MURGE SPINAZZOLA	BARLETTA	BARLETTA
BARLETTA	BARLETTA	BARLETTA	BARLETTA
BISCEGLIE	BISCEGLIE	BISCEGLIE	BARLETTA
TRANI	TRANI	BARLETTA	BARLETTA

FLOW CHART URGENZE PSICHIATRICHE

**Urgenze psichiatriche**

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

**Chiamata al 118 in orario apertura CSM**

**Chiamata al 118 in orario chiusura CSM**

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

**Chiamata al 118 in regime carcerario**

**LEGENDA DEI COLORI E DEI SIMBOLI**

INFORMAZIONI

AZIONI C.O. 118

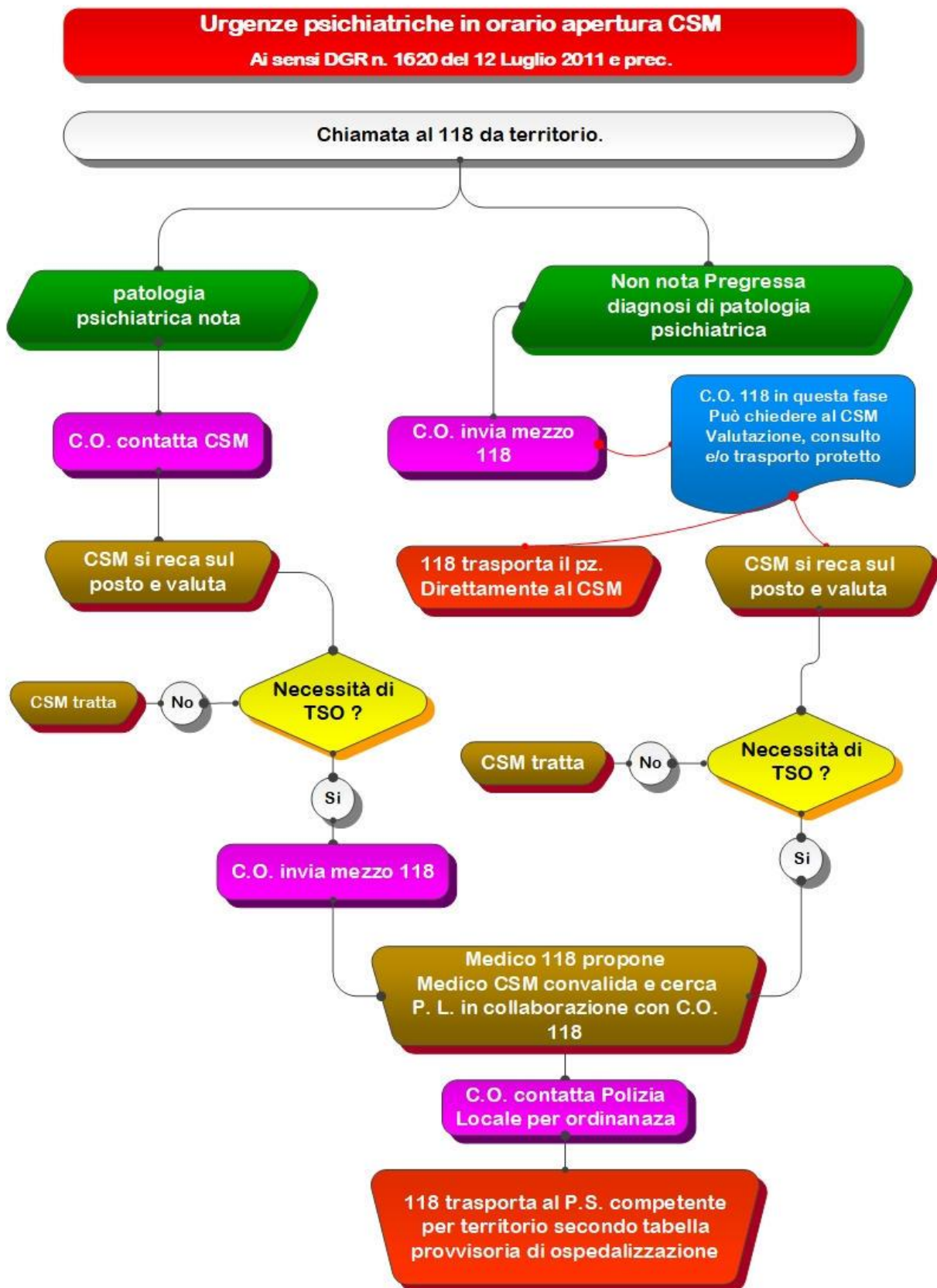
AZIONI MEDICO DEL CSM

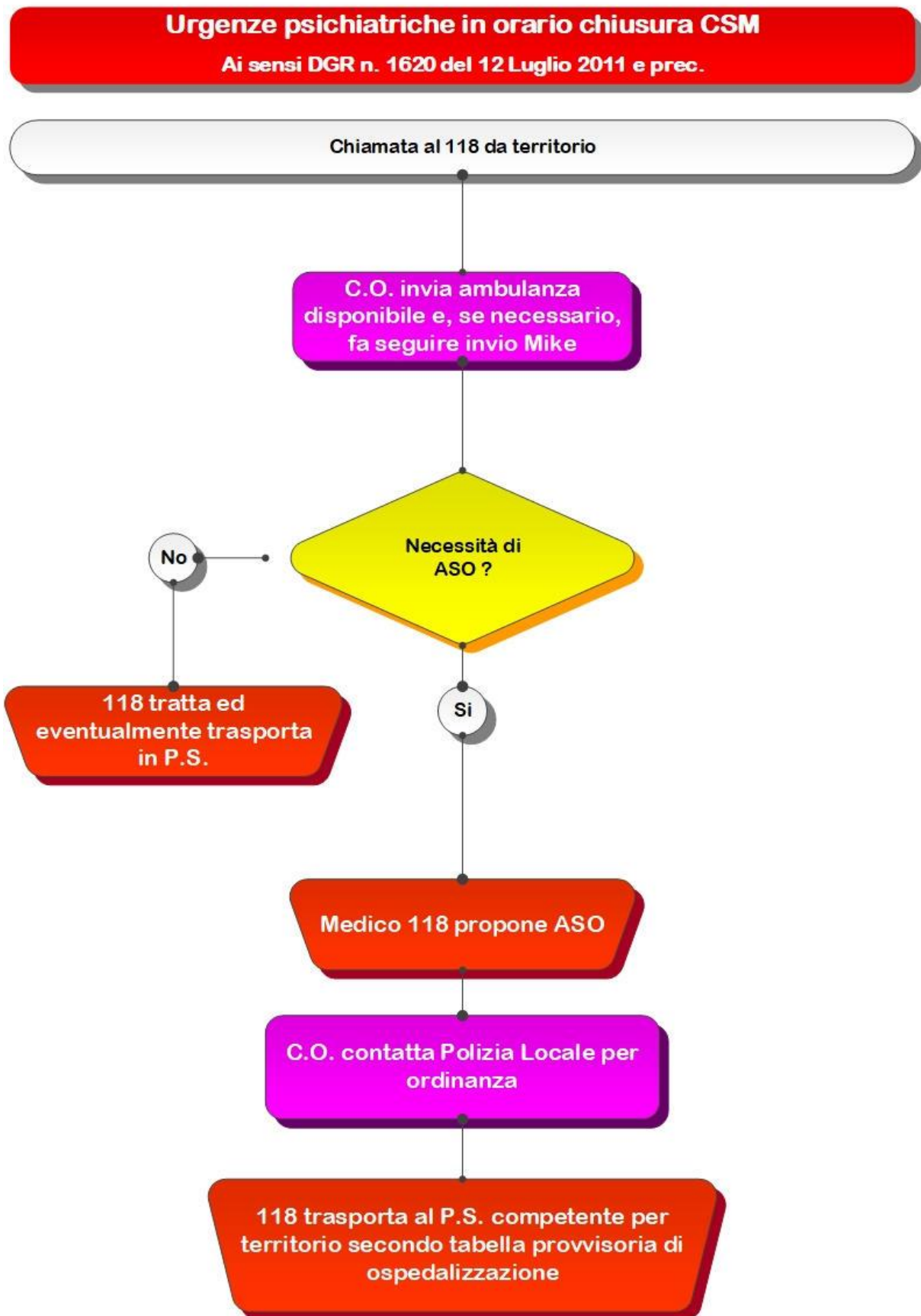
QUESITO

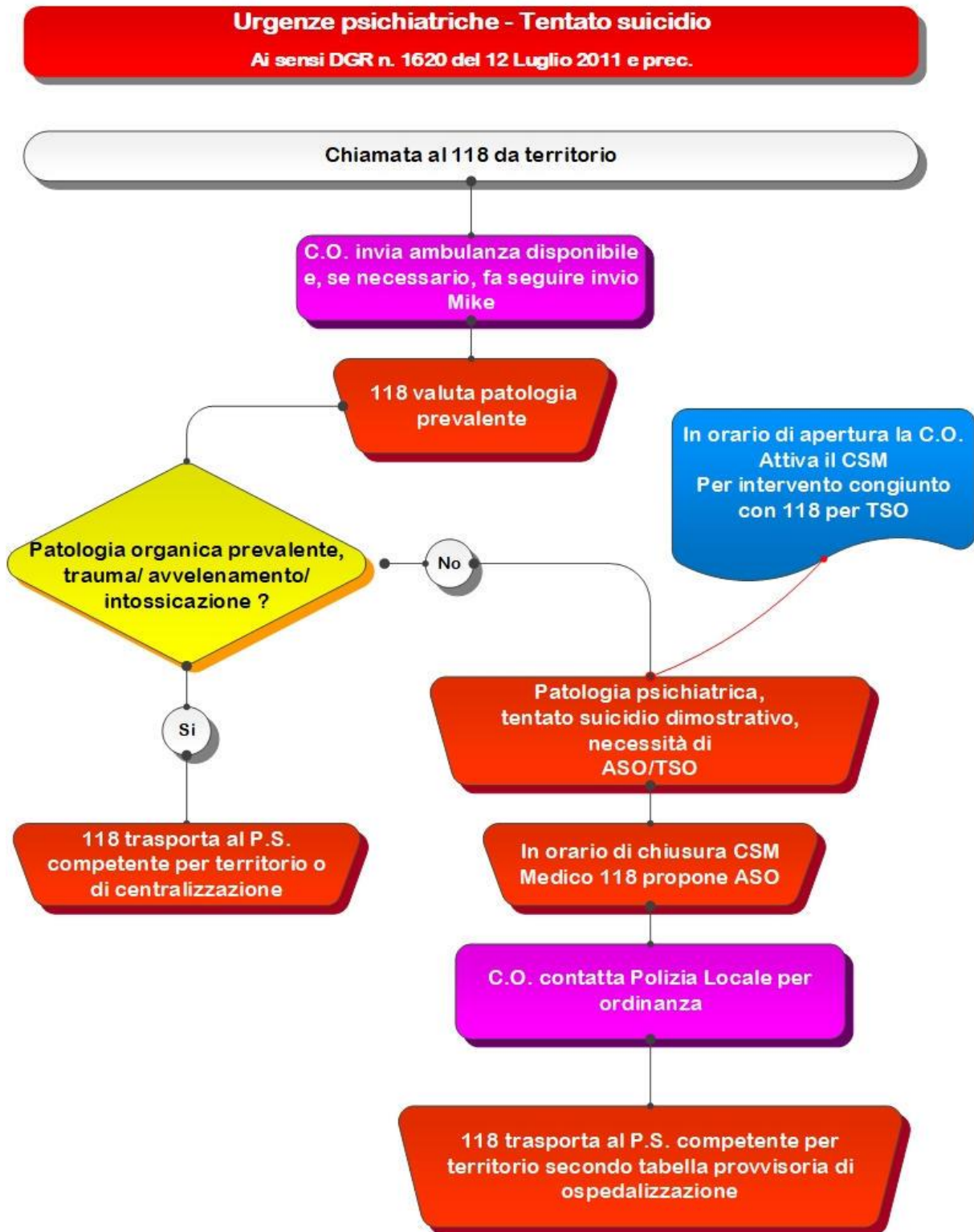
AZIONE FACOLTATIVA

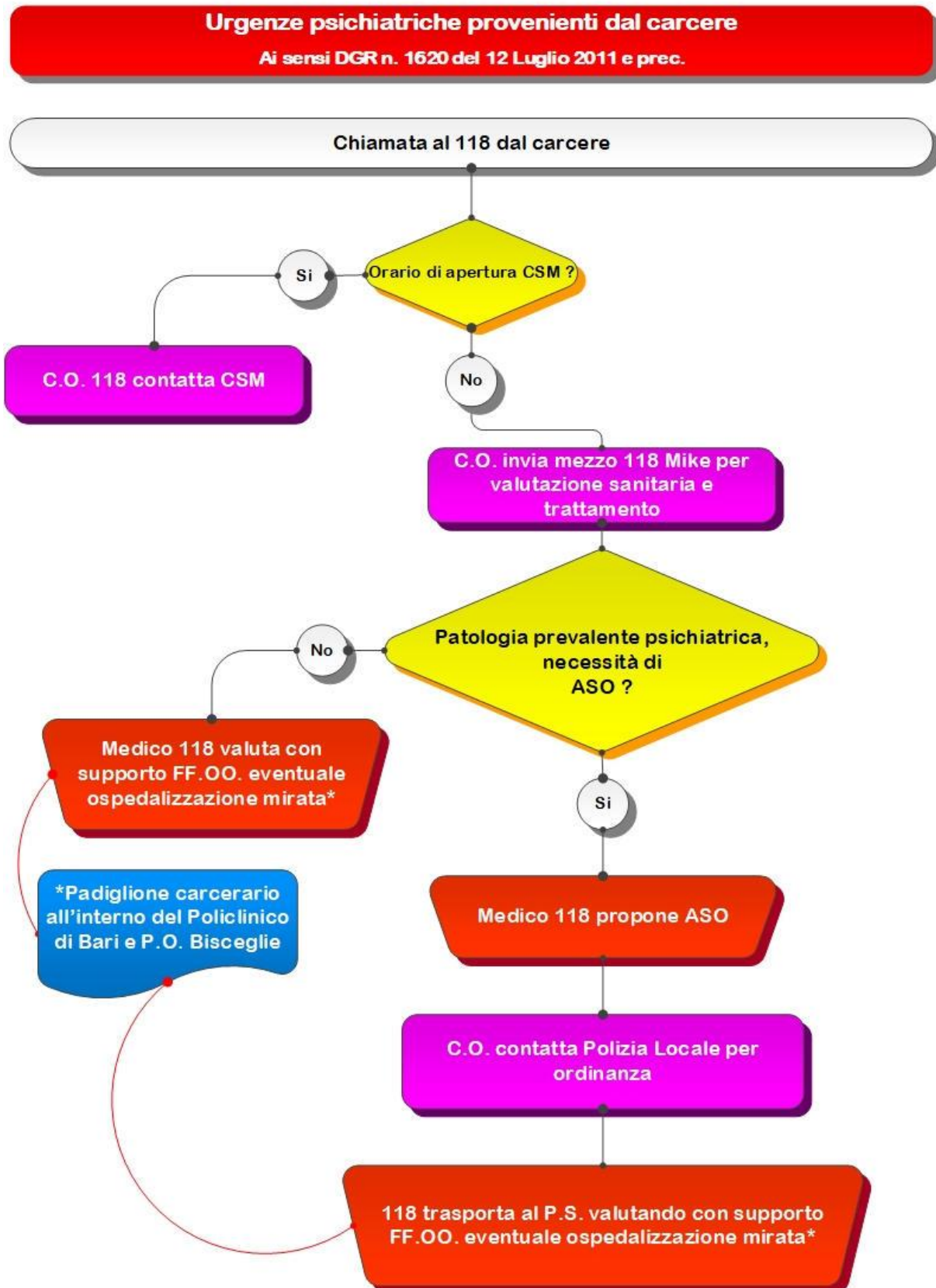
AZIONE  
POSTAZIONE 118

AZIONE PRONTO SOCCORSO











**FARMACI NELL'URGENZA PSICHIATRICA**

Sono due i gruppi di farmaci che si utilizzano più comunemente nel corso di urgenze psichiatriche: Benzodiazepine e Neurolettici.

<b>BENZODIAZEPINE</b>	Sindromi da astinenza da alcool Crisi d'ansia Crisi da attacco di panico
<b>NEUROLETTICI</b>	Disturbi mentali organici Disturbi e atteggiamenti psicotici Stati di agitazione psico-motoria

<b>Benzodiazepine</b>	<b>LORAZEPAM (Tavor)</b> Compresse 1 e 2,5 mg Fiale 2 mg	2-4 mg per os/im/ev, ripetibile ogni ora per os, ogni 4 ore se im
<b>Neurolettici</b>	<b>ALOPERIDOLO (Serenase)</b> Compresse 1, 5 e 10 mg Gocce 0,2 e 1% Fiale 5 e 10 mg	Da 5 mg ogni 4 ore a 10 mg ogni 30 minuti
	<b>CLORPROMAZINA (Largactil, Prozin)</b> Compresse 25 e 100 mg Gocce 4% Fiale 50 mg	Da 25 mg im ogni 4 ore fino a 75 mg im ogni 4 ore
	<b>CLOTIAPINA (Entumin)</b> Compresse 40 mg Gocce 100 mg/ml Fiale 40 mg/4 ml	Fiale 40 mg/4ml (1 fl im/ev)

## LINEE GUIDA PER INTERVENTI

### **Nelle richieste di intervento sanitario**

Si riportano qui di seguito alcune linee guida utili nel soccorso in particolari scenari o determinate situazioni.

*N.B.: Vengono raccolti in queste “Linee Guida” alcuni suggerimenti pratici e principi generali che devono guidare e determinare la condotta dell’operatore. In tal senso le pagine che seguono vogliono essere una sorta di “pro-memoria delle cose da non trascurare durante un intervento sulla scena”.*

*Per il carattere generale dei suggerimenti proposti, gli scenari, oltre che specifici, possono essere considerati anche a titolo esemplificativo, per cui i suggerimenti ripostati in molti casi devono anche ispirare la condotta degli operatori in situazioni logicamente simili se pur con differente contesto.*

#### **Elenco scenari:**

Incidente stradale

Intervento a domicilio

Intervento extradomiciliare

Bambino sottoposto a sevizie

Evento a rischio infettivo

Gestione bombole ossigeno

Gestione del dolore

## **Incidente stradale**

Considerare che nei pressi di ogni incidente stradale esiste una zona di pericolo le cui dimensioni dipendono dalla natura e dalla gravità dell'incidente stesso, nonché da situazioni connesse al tipo di evento. E' bene considerare sempre una zona di sicurezza sufficientemente ampia.

Se non sono riscontrabili pericoli evidenti, considerare come zona di pericolo un'area circolare con raggio di circa 20 metri e come epicentro il punto dell'incidente.

Se esistono pericoli evidenti ma difficilmente quantificabili o specificatamente individuabili (elettricità, carburante, fuoco) considerare come zona di pericolo un'area circolare con raggio di almeno 30 metri. In caso di incendio posizionarsi sempre sopravento.

In caso di presenza di materiale esplosivo posizionarsi a distanza di 500 metri e rapportarsi con i VVF.

In caso di autobotti o cisterne accertarsi del contenuto e comportarsi di conseguenza.

Quando possibile posizionare il mezzo di soccorso oltre il punto di incidente, seguendo la direzione del traffico.

Abbandonare il luogo dell'incidente seguendo la direzione di marcia in autostrada. Mai invertire la marcia nelle interruzioni del guard-rail a meno che il traffico non sia controllato dalle forze dell'ordine.

Per le inversioni di marcia su strade a doppio senso di marcia è opportuno fermare il traffico prima di invertire la direzione del mezzo.

### **Durante il soccorso assicurarsi che il luogo dell'intervento sia sicuro**

- Circoscrivere lo scenario valutando dinamica, numero mezzi coinvolti, etc.)
- Valutare la eventuale presenza di sostanze pericolose e allertare la C.O. (codice Kemler e numero ONU).
- Indossare indumenti protettivi e appropriati al fine di evitare contaminazioni. (DLS 475/92)
- In assenza di personale specifico, occuparsi anche di altre attività necessarie (es. coordinamento del traffico).
- Valutare accuratamente il percorso da seguire per raggiungere il paziente in situazioni particolari come: incidenti dovuti a crolli, eventi criminosi etc..
- Raccogliere informazioni anche al fine di meglio individuare il problema clinico del paziente e prestare prioritariamente le cure necessarie al mantenimento delle funzioni vitali
- Fornire assistenza per ogni lesione e/o condizione patologica anche minore con lo scopo di stabilizzare le condizioni del paziente.
- Monitorare l'evoluzione clinica del paziente (valutazione secondaria).
- In presenza di più pazienti effettuare innanzitutto un triage al fine di assegnare le priorità sia per il trattamento che per il trasporto.
- Comunicare alla Centrale Operativa le condizioni del/dei pazienti e ricevere disposizione per l'ospedalizzazione delle vittime.
- Tramite la C.O. richiedere, se necessario, l'intervento di altre unità di supporto quali: automedica, ambulanza di appoggio, Vigili del Fuoco, Forze dell'Ordine ecc...

### **Come e quando spostare il paziente.**

Spostamento veloce e precoce (anche prima di stabilizzare le condizioni cliniche) quando sono presenti pericoli come:

- fuoco o minaccia d'incendio
- rischio di esplosioni

- pericolo di folgorazione
- gas tossici
- radiazioni

lo spostamento precoce del paziente deve anche essere eseguito quando ciò risulta necessario per la migliore esecuzione di manovre salvavita (RCP).

Gli spostamenti d'urgenza devono comunque essere eseguiti garantendo per quanto possibile l'integrità del rachide.

Gli spostamenti non urgenti dovranno essere eseguiti con tutti gli ausili tecnici disponibili (immobilizzatori, Ked, barella a cucchiaio etc.).

Prima della partenza raccogliere tutte le informazioni necessarie alla identificazione e al trattamento clinico del paziente.

Criteri generali di “trasporto sicuro” del paziente

- Controllare il corretto fissaggio della barella nell'apposito alloggiamento.
- Posizionare opportunamente il paziente nella barella e sul materassino.
- Slacciare gli abiti stretti.
- Sistemare le cinghie di sicurezza.
- Garantire un accesso venoso.
- Controllare che le vie aeree restino pervie.
- Controllare e allineare eventuali fasciature e stecche.
- Controllare e registrare i parametri vitali.
- Non escludere mai la necessità di dover eseguire una R.C.P. durante il trasferimento
- Rassicurare il paziente cosciente delle sue condizioni cliniche e dargli notizie circa i suoi congiunti.

Durante il trasferimento al luogo di ricovero:

- Continuare il trattamento necessario
- Comunicare alla C.O. le informazioni ritenute utili per al miglior trattamento successivo al ricovero.
- Controllare periodicamente i polsi periferici, eventuali emorragie e quanto possa deteriorare le funzioni vitali.
- In caso di “rischio biologico e/o tossicologico” raccogliere e conservare eventuale vomito e materiale biologico in genere.
- Avvisare la C.O. e dare indicazioni all'autista se le condizioni del paziente peggiorano durante il trasporto.

In caso di arresto cardiaco fermare l'ambulanza, e se necessario, richiedere alla C. O. l'invio di un mezzo medicalizzato, quindi iniziare la RCP.

Consegna del paziente al personale di Pronto Soccorso

- Non abbandonare mai il paziente, ma affidarlo a personale del Pronto Soccorso.
- Effettuare il passaggio sulla barella del Pronto Soccorso
- Offrire sempre la propria collaborazione al personale di Pronto Soccorso.
- Comunicare a chi prende in consegna il paziente in modo chiaro preciso ma anche sintetico le informazioni raccolte, le condizioni in cui è stato trovato il paziente, la dinamica dell'incidente, i dati clinici salienti e consegnare eventuale documentazione al personale del PS; in caso di dubbio verificare la corretta comprensione di quanto riferito (“clarify and verify”).
- Consegnare gli effetti personali del paziente al responsabile dell'équipe del Pronto Soccorso o a un familiare certo del paziente (utile farsi rilasciare ricevuta o farlo in presenza di testimone conosciuto e di cui va annotata l'identità).

### **Intervento a domicilio**

1. Raggiungere il luogo di intervento come previsto dal codice di criticità assegnato
2. Comunicare alla C.O. l'arrivo sul posto
3. L'ambulanza dovrà essere posizionata in maniera corretta al fine di non intralciare il traffico. In caso di urgenza, per le condizioni del paziente o per rischio connesso allo stato di agitazione dei familiari presenti in strada, l'equipe sanitaria dovrà abbandonare l'ambulanza nella immediata prossimità dell'abitazione, mentre l'autista provvederà successivamente a trovare un posto di stazionamento.
4. Raggiungere il paziente muniti dello zaino d'emergenza. Il rimanente materiale verrà prelevato dall'ambulanza in base alle direttive del capo equipaggio e in relazione alle notizie cliniche ricevute.
5. Eseguire la valutazione del paziente secondo lo schema "A.B.C."
6. Assicurare prioritariamente le funzioni vitali ripristinandole se compromesse.
7. Nel caso sia necessario eseguire **Rianimazione Cardio-Polmonare**, procedere con l'esecuzione della stessa immediatamente dopo aver sistemato il paziente in posizione ottimale e chiedere alla C.O. l'invio del medico sul posto, se non già presente. Salvo necessità particolari, connesse alla immediata e sostanziale sicurezza dell'equipaggio, **procedere al trasporto** del paziente trattato con R.C.P solo su indicazione del medico. In caso di arresto cardio-circolatorio in itinere, arrestare l'ambulanza prima di procedere al trattamento.
8. Eseguire il trasporto del paziente nella massima correttezza anche formale della procedura, evitando disagio e disappunto da parte dei familiari (non discutere con altri componenti dell'equipaggio, non evidenziare carenze logistiche o procedurali ecc.)
9. Comunicare alla C.O. il codice di gravità attribuito dal responsabile dell'equipaggio
10. In caso di ospedalizzazione chiedere e confermare la destinazione.
11. In caso di ospedalizzazione comunicare alla C.O. tutte le notizie utili per il trattamento nel Pronto Soccorso di destinazione.

### **Intervento extradomiciliare**

1. Raggiungere il luogo di intervento come previsto dal codice di criticità assegnato
2. Comunicare alla C.O. l'arrivo sul posto
3. Valutare accuratamente lo scenario e il rischio evolutivo (**QUICK LOOK**).
4. Comunicare alla C.O., per quanto possibile:
  - a) la dinamica dell'evento
  - b) il numero dei feriti
  - c) la gravità degli stessi
  - d) tipologia e livello dell'eventuale presenza di rischio evolutivo (sostanze tossiche, fiamme, crolli ecc.)
  - e) risorse (altri mezzi e uomini) ed interventi tecnici necessari (VV.F. Polizia ecc)
5. In presenza di più pazienti e di più equipaggi “*settorializzare*” lo scenario ed effettuare in ciascun settore il triage di trattamento e trasporto.
6. Raggiungere i pazienti muniti dello zaino d'emergenza. Il rimanente materiale verrà prelevato dall'ambulanza in base alle direttive del capo equipaggio, sulla base della ricognizione eseguita.
7. Supportare le funzioni vitali di tutti i pazienti gestendo opportunamente la disponibilità delle risorse, privilegiando gli interventi rapidi e in grado di stabilizzarne le condizioni cliniche (posizione di sicurezza, pervietà delle vie aeree, arresto di emorragie). Evitare massaggio cardiaco prolungato al cospetto di altre vittime da soccorrere, qualora il numero dei soccorritori sia inferiore al numero dei pazienti.
8. Annotare il livello di coscienza e le condizioni neurologiche di ciascun paziente.
9. Immobilizzare le ossa fratturate e assicurare il contenimento delle lesioni spinali.
10. Avviare l'evacuazione dello scenario secondo necessità e condizioni cliniche di ciascuno (allontanamento o ospedalizzazione).
11. Comunicare alla C.O il codice di gravità attribuito dal responsabile dell'equipaggio
12. Comunicazione a C.O. dati anagrafici o identificativi nonché orario di partenza di ciascun paziente. In caso di ospedalizzazione chiedere e confermare la destinazione.
13. In caso di ospedalizzazione comunicazione alla C.O tutte le notizie utili per il trattamento nel Pronto Soccorso di destinazione.
14. Comunicare alla C.O l'orario previsto per l'arrivo in ospedale o per il rientro in postazione

## BAMBINO SOTTOPOSTO A SEVIZIE

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

### **Elementi che devono indurre il sospetto:**

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

### **Elementi di conferma del sospetto:**

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

## GESTIONE DELLE BOMBOLE DI OSSIGENO

### *Formula per il calcolo della quantità di Ossigeno disponibile*

#### RESPIRO SPONTANEO

Capienza della bombola (i litri sono riportati sulla bombola) per n° atmosfere ancora presenti nella bombola (il dato è leggibile sul manometro di erogazione).

Esempio: una bombola di **5** litri caricata a **150** atmosfere conterrà **750** litri di Ossigeno.

Per calcolare l'autonomia di erogazione dividere i litri disponibili per il flusso erogato.

Esempio: se si erogano **15** litri al minuto, l'autonomia di quella bombola sarà **750/15 = 50** minuti max

#### VENTILAZIONE MECCANICA

Capienza della bombola (i litri sono riportati sulla bombola) per N° atmosfere ancora presenti nella bombola – 50 atm (il dato è leggibile sul manometro di erogazione).

Esempio: una bombola di **5** litri caricata a **150** atmosfere conterrà  $5 \times (150 - 50) = 500$  litri di Ossigeno.

Per calcolare l'autonomia di erogazione dividere i litri disponibili per il flusso erogato.


Esempio: se si erogano **15** litri al minuto, l'autonomia di quella bombola sarà **500/15 = 33** minuti max

### **Precauzioni e consigli per l'uso sicuro dell'ossigeno**

- *Prima di ciascun trasporto dal luogo dell'evento all'ospedale di destinazione, calcolare l'autonomia della riserva di ossigeno ed eventualmente richiedere ausilio alla Centrale Operativa.*
- *Controllare che non vi siano perdite nelle tubazioni e nei raccordi. Nel caso ci fossero eliminarle subito o evitare l'uso del materiale difettoso.*
- *Proteggere le tubazioni flessibili ed i raccordi da strappi, schiacciamenti o rotture;*
- *Fare eseguire i lavori di manutenzione a personale esperto;*
- *Dopo l'uso chiudere sempre il rubinetto sulla bombola;*
- *Le bombole devono essere sempre messe in un luogo sicuro, protette dagli urti e legate in modo che non possano cadere (la rottura del collo creerebbe un flusso di ossigeno in grado di far decollare la bombola scaraventandola con violenza nell'area circostante);*
- *Non usare alcun tipo di olio o di grasso sulle bombole e su tutti gli strumenti che sono a contatto con l'ossigeno (pericolo di esplosione!);*
- *Le bombole di ossigeno non devono essere esposte per lungo tempo a temperature elevate. L'aumento di temperatura potrebbe far aumentare pericolosamente la pressione all'interno della bombola.*
- *Non usare l'ossigeno vicino a fiamme libere ne permettere che si fumi vicino alle attrezzature per la somministrazione di ossigeno;*
- *Aerare i locali ove è presente una alta concentrazione di ossigeno (concentrazioni superiori al 24% possono esplodere anche con piccole scintille);*
- *Usare solo attrezzature realizzate per essere usate con l'ossigeno. Non tentare mai di adattare una qualsiasi altra attrezzatura che non sia costruita per questo uso;*



## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

- *Assicurarsi che le tubazioni e le guarnizioni siano in buono stato di conservazione, e realizzate con materiali compatibili con l'uso dell'ossigeno (materiale in teflon);*
  - *Ricordarsi che le bombole destinate a contenere ossigeno richiedono collaudi a scadenze fisse ;*
  - *Le bombole di Ossigeno Terapeutico sono contrassegnate con il colore BIANCO*
  - *Non utilizzare mai le bombole fino a completo esaurimento, la pressione presente nella bombola evita l'entrata di polveri ed agenti inquinanti. Per lo stesso motivo chiudere sempre, anche nelle bombole vuote, il rubinetto e le valvole di erogazione.*
- 

GESTIONE DEL DOLORE E DELL'ANSIA IN SEDE EXTRA-OSPEDALIERA

L'uso dei farmaci, e quindi anche quelli analgesici e sedativi, è di esclusiva competenza e pertinenza del medico. A lui si demanda quindi la scelta del trattamento più opportuno per abolire dolore e stati di ansia o agitazione del paziente.

Tuttavia, la conoscenza di alcuni criteri generali per il loro uso, e gli schemi terapeutici di utilizzo più frequente di questi farmaci, può risultare utile al soccorritore, non perché si avventuri in procedure terapeutiche a lui non consentite, ma per una più efficace collaborazione al medico, nella gestione dei pazienti con patologie e sindromi dolorose o forte stato di agitazione psicomotoria.

Al personale non medico, Infermieri e Volontari del soccorso, è quindi dedicata questa Linea Guida, considerando per altro presuntuoso e inadeguato ogni tentativo di fornire, in poche righe, un esaustivo suggerimento al medico, per il trattamento di una emergenza così complessa, così variegata e così difficilmente inquadrabile come quella del paziente con dolore acuto ed agitazione psicomotoria.

Il mancato trattamento del dolore o dello stato d'ansia può peraltro provocare dispnea, aumento del consumo di O<sub>2</sub>, tachiaritmia, e perfino rifiuto dell'intervento sanitario.

Va innanzitutto enfatizzato il concetto che Sedazione e Analgesia sono due procedure terapeutiche diverse e ben distinte, anche se accade a volte di ricorrere, per l'una e l'altra procedura, all'uso dei medesimi farmaci. Alcune condizioni cliniche richiedono una sedazione, altre invece una soppressione della sintomatologia dolorosa, altre ancora richiedono sia una sedazione e che un trattamento antalgico.

In emergenza, la **SEDAZIONE** trova specifica indicazione in quelle condizioni cliniche in cui, per una improvvisa variazione delle condizioni fisiche, psichiche o di contesto familiare, il soggetto presenta uno stato ansioso, con o senza agitazione psicomotoria, che lo rende difficilmente gestibile sul piano sanitario e ne compromette in maniera significativa le funzioni vitali. Non trova invece indicazione, in emergenza, la cura di stati ansiosi o depressivi riferiti a tratti di personalità cronicamente alterati, trovando, tali stati, migliore trattamento in specifici ambiti clinici.

Il trattamento del dolore, con opportuna terapia antalgica, trova invece indicazioni, in emergenza, ogni qual volta tale sintomatologia si impone, nel quadro clinico, per intensità o comunque per la sua potenziale capacità di compromettere la stessa evoluzione del quadro clinico.

Spesso il trattamento dell'ansia o del dolore può trovare ottimi risultati con somministrazione dei farmaci per via orale o intramuscolare. Tuttavia risulta opportuno talvolta ricorrere alla somministrazione per via endovenosa. Va sempre tenuto presente che tale via di somministrazione, se eseguita in bolo rapido, può compromettere la funzione respiratoria e quella cardiocircolatoria, specie in pazienti anziani, defedati o con ipovolemia anche latente (pazienti con pressione arteriosa sistolica anche lievemente ridotta ma pressione diastolica normale o addirittura elevata!!!). E' consigliata in tali condizioni cliniche la somministrazione lenta (2 minuti) dei farmaci analgesici e tranquillanti (sia maggiori che minori).

In sintesi fare ricorso alla sedo-analgesia in caso di:

- Grave agitazione psico-motoria (sedazione)
- Dolore intenso (analgesia)
- Prima delle manovre di intubazione o comunque algogene (dosaggi compatibili con le condizioni generali del paziente!!!)
- Messa in sicurezza del paziente critico prima del trasporto

### **Farmaci più usati nel trattamento del dolore**

#### **Oppioidi (Morfina, Fentanil)**

Sono analgesici centrali con ottimo effetto analgesico, ma possono presentare alcuni inconvenienti in particolari condizioni cliniche. Possono indurre depressione respiratoria, ipotensione e sonnolenza.

Ricordarsi di avere sempre a disposizione l'antagonista (Naloxone).

CONTROINDICAZIONI assolute o relative:

- nel dolore da colica biliare o urinaria (usare antispastici!!!)
- pazienti con insufficienza respiratoria cronica (pericolo di aggravamento in assenza di assistenza ventilatoria)
- pazienti in shock ipovolemico o anche con ipovolemia compensata, ovvero presenza di bradicardia spinta
- presenza di Ipertensione endocranica (peggioramento delle condizioni neurologiche da possibile aumento della PaCO<sub>2</sub> da ipoventilazione)
- pazienti oltre i 65 anni e pazienti con insufficienza renale o epatica (orientativamente le dosi devono essere dimezzate)

#### **F.A.N.S. (aspirina e simili!)**

I Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei (FANS) rappresentano una numerosa e ben conosciuta famiglia di farmaci. Non sussistono sostanziali differenze tra i diversi farmaci di questa famiglia per quanto attiene gli effetti clinici e le controindicazioni. Il Ketorolac si caratterizza tuttavia per un rapido picco plasmatico anche dopo somministrazione orale. Per via parenterale mostra una notevole maneggevolezza. In presenza di insufficienza renale è tuttavia consigliato dimezzare le dosi. L'uso in emergenza non presenta significativi effetti collaterali oltre quelli tipici della categoria (lesività gastroenterica). I dosaggi del Ketorolac (Toradol, Lixidol) oscillano tra i 10-20 mg per via orale ai 30 mg per via endovenosa ai 30-60 mg per via intramuscolare. E' anche possibile la infusione lenta per via venosa. In emergenza è comunque sempre preferibile l'uso di dosaggi pieni non ripetuti.

CONTROINDICAZIONI:

- Infezioni virali nel bambino (sindrome di Reye soprattutto con acido acetilsalicilico)
- piastrinopenia e disturbi della coagulazione (per l'effetto antiaggregante piastrinico)
- lesioni sanguinanti in zone non accessibili (ulcere gastrointestinali o esofagee, emorragie intracraniche ecc)
- grave insufficienza renale in trattamento con terapia diuretica intensiva (rischio di insufficienza renale)
- allergia alla categoria (a volte crociata con altri farmaci)

#### **Sedativi/ipnotici (benzodiazepine: valium e simili!)**

I farmaci indicati, accanto ad una significativa azione sedativa ed ansiolitica, presentano, se opportunamente dosati, e in soggetti non particolarmente sensibili limitati rischi di depressione respiratoria e cardiocircolatoria.

Le dosi sono estremamente variabili in base alla via di somministrazione usata, all'obiettivo terapeutico e alle condizioni del paziente.

La dose va tuttavia opportunamente ridotta in pazienti anziani, pazienti con compromissione della funzione respiratoria, o soggetti debilitati.

La somministrazione per via orale risulta altamente efficace. Meno consigliata la somministrazione per via intramuscolare, per l'imprevedibilità dei tempi di assorbimento ematico. Da usare con molta cautela la via endovenosa, in cui si preferisce la somministrazione di piccoli dosaggi poi incrementati progressivamente lentamente fino a raggiungimento degli effetti desiderati.

Ricordarsi di avere sempre a disposizione l'antagonista (Flumazenil).

## SCHEMI ORGANIZZATIVI IN ATTIVITA' DI SOCCORSO

In questa sezione vengono presentati alcuni schemi organizzativi e le relative procedure assistenziali da mettere in atto in presenza di determinate patologie.

Accade a volte che al di là della preparazione tecnica e della competenza acquisita dagli operatori del soccorso, gli interventi presentino carenze operative che in conclusione mortificano la qualità dell'intervento stesso.

Da un'analisi delle cause che più frequentemente impediscono il raggiungimento del risultato atteso sulla base degli sforzi e delle capacità degli operatori, risulta emergere la mancanza di schemi organizzativi predefiniti, condivisi e poi attuati.

Obiettivo di questa sezione è appunto rispondere alla classica domanda che è alla base di ogni buona organizzazione di equipe: **CHI FA ... CHE COSA?**

Sapere cosa tocca a noi fare e cosa dobbiamo aspettarci che gli altri facciano è un eccellente strumento di serenità lavorativa e di successo dell'intervento di soccorso.

Seguono quindi alcune schede relative alle principali cause di richiesta di intervento, ovvero relative ad alcune patologie che necessitano di soccorso sanitario in urgenza.

Per ogni patologia abbiamo inteso suggerire, ed eventualmente codificare, i compiti che dovranno essere svolti dal soccorritore privo di qualifica professionale specifica (autista, barelliere o volontario del soccorso, in codice VICTOR) o dall'Infermiere (in codice INDIA) sempre presente nell'equipaggio ed eventualmente dal medico (in codice MIKE), allorché presente.

La maggior parte delle patologie considerate richiedono la prestazione medica per cui è opportuno che in assenza venga chiesto l'invio di mezzo medicalizzato. In tal caso gli operatori a bordo del mezzo di soccorso non medicalizzato, prioritariamente intervenuto, dovranno avviare le procedure di soccorso in attesa dell'arrivo del medico.

Sebbene superfluo, ma non è inutile, sottolineare che

- Gli schemi proposti non sono di certo gli unici possibili bensì vogliono solo rappresentare una proposta di codifica condivisa.
- Tali schemi possono essere impunemente modificati, in via preliminare, da ciascun servizio di emergenza territoriale 1.1.8., purché poi divulgati e condivisi.
- Il medico presente in equipe può disporre ogni variazione allo schema che egli ritenga opportuno per le particolari condizioni cliniche del soggetto ed ambientali del soccorso. Dovrà in tal caso chiarire che quanto richiesto si discosta dagli schemi condivisi e dare precise indicazioni circa le nuove procedure da attuare, verificando che gli altri soccorritori abbiano completamente compreso le sue direttive.

Appare altrettanto evidente che in assenza del volontario i suoi compiti dovranno essere assolti dall'Infermiere che sarà maggiormente supportato dal medico nelle attività clinico-assistenziali.

*Elenco delle patologie:*

- Dolore toracico
- Crisi convulsiva o male epilettico
- Edema polmonare
- Annegamento
- Crisi asmatica
- Anafilassi
- Crisi ipertensiva
- Politrauma
- Amputazione traumatica arto
- Ustioni gravi
- Corpo estraneo alte vie respiratorie
- Folgorazione
- Coma



## DOLORE TORACICO

### OPERATORE DI CENTRALE OPERATIVA durante il colloquio telefonico

Effettua il dispatch:

- Annota le generalità del chiamante
- Assegna un codice di invio
- verifica la corretta localizzazione del luogo dell'evento
- Invia il mezzo di soccorso
- richiama l'utente per dare ulteriori indicazioni:

suggerisce posizione supina o semiseduta e adeguata copertura termica del paziente sudato freddo.

In assenza di precedenti prescrizioni mediche non fa somministrare nulla per bocca e suggerisce di raccogliere la documentazione clinica esistente in attesa dei soccorsi.

### SOCCORRITORE (Victor)

Notifica alla Centrale la partenza e l'arrivo a destinazione.

#### **Sul posto**

- Valuta la sicurezza della scena
- Valuta ABCDE e monitorizza il paziente: frequenza cardiaca, saturazione e pressione arteriosa
- Somministra ossigeno ad alti flussi, con reservoir

#### **Se paziente incosciente**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) e assicura pervietà delle vie aeree con presidi di minima

#### **Se paziente in arresto respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) Ventila il paziente con pallone Ambu e

#### **Se paziente in arresto cardio respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) inizia procedura BLSD

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica):

#### **Se paziente stabile**

- Attribuisce un codice di partenza
- Comunica alla Centrale Operativa la partenza verso l'ospedale indicato

#### **All'arrivo in P.S**

- Comunica alla Centrale l'arrivo
- Affida il paziente al personale del P.S ( vedi protocollo specifico)

### INFERMIERE (India)

Tutto come Victor ed inoltre

- Incannula una o due vena periferica infondendo sol. fisiologica
- Sostiene le funzioni vitali con presidi avanzati
- Esegue ECG

- Esegue anamnesi accurata

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

### All'arrivo del medico

- Lo informa di quanto accaduto prima del suo arrivo
- Riceve dal medico le indicazioni sul programma terapeutico
- Prepara i farmaci richiesti dal medico
- Collabora con il medico nella somministrazione della terapia

### MEDICO (Mike)

Tutto come INDIA e nella conferma del sospetto di IMA:

**M** = Morfina 3-5-mg e.v. fino a risoluzione del dolore

**A** = Acido Acetilsalicilico 160-325 mg e.v.

**N** = Nitroglicerina 0,4 mg (max 1,2 mg) sublinguale se P.A.S. superiore a 90 mmHg

**O** = Ossigeno ad alti flussi con reservoir

- Informa la C.O. della partenza e del codice di rientro
- All'arrivo in P.S, affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

In caso di attivazione della rete IMA-SCA applicare terapia e protocollo condivisi secondo linee guida regionali in corso di approvazione.

## CRISI CONVULSIVA O STATO DI MALE EPILETTICO

Evento acuto e improvviso a carico del SNC, caratterizzato dall'instaurarsi di fenomeni motori involontari, spesso con perdita di coscienza.

### OPERATORE DI CENTRALE OPERATIVA durante il colloquio telefonico

Effettua il dispatch:

- Annota le generalità del chiamante
- Assegna un codice di invio
- verifica la corretta localizzazione del luogo dell'evento
- Invia il mezzo di soccorso
- richiama l'utente per dare ulteriori indicazioni:

(suggerisce di non frenare i movimenti convulsivi, non somministrare niente per bocca, in caso di febbre elevata effettuare spugnature fredde sul viso e sul collo, suggerisce di raccogliere la documentazione clinica esistente in attesa dei soccorsi)

### SOCCORRITORE (Victor)

Notifica alla Centrale la partenza e l'arrivo a destinazione.

#### **Sul posto**

- Valuta la sicurezza della scena
- Valuta ABCDE e monitorizza il paziente: frequenza cardiaca, saturazione e pressione arteriosa
- Se il paziente respira a fatica, estende il capo e utilizza mezzi di protezione per evitare lesioni alla lingua
- Somministra ossigeno ad alti flussi, con reservoir
- Protegge il paziente da eventuali oggetti o spigoli
- Allenta gli abiti

#### **Se paziente incosciente**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) e assicura pervietà delle vie aeree con presidi di minima

#### **Se paziente in arresto respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) Ventila il paziente con pallone Ambu e

#### **Se paziente in arresto cardio respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) inizia procedura BLSD

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

#### **Se paziente stabile**

- Attribuisce un codice di partenza
- Comunica alla Centrale Operativa la partenza verso l'ospedale indicato

**All'arrivo in P.S**



- Comunica alla Centrale l'arrivo
- Affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

### **INFERMIERE (India)**

Tutto come Victor ed inoltre

- Incannula una o due vena periferica infondendo sol. fisiologica
- Sostiene le funzioni vitali con presidi avanzati
- Esegue anamnesi accurata: eventuali segni di trauma, eventuale presenza di segni neurologici focali, e patologie mediche concomitanti (febbre, insufficienza renale o epatica, abuso di sostanze stupefacenti)
- Controlla la glicemia

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

### **All'arrivo del medico**

- Lo informa di quanto accaduto prima del suo arrivo e delle notizie raccolte
- Riceve dal medico le indicazioni sul programma terapeutico
- Prepara i farmaci richiesti dal medico
- Collabora con il medico nella somministrazione della terapia

### **MEDICO (Mike)**

Tutto come INDIA e nella conferma di crisi epilettica somministrare tiamina 100 mg im (in presenza di sospetto abuso cronico di alcool) e glucosio 33% (nel caso di documentata ipoglicemia con stick o qualora non sia possibile conoscere i valori glicemici del paziente). Altrimenti inizia terapia anticonvulsivante:

**Lorazepam:** 2-4mg (1 fl ev nell'adulto alla velocità massima di 2 mg/min ripetibile dopo 10 minuti). Nel bambino 0.1 mg/kg diluito con un egual volume di soluzione compatibile, ripetibile ogni 2-5 minuti.

oppure

**Diazepam:** 10-20 mg ev ripetibile dopo almeno 10 minuti. Nei bambini si preferisce la via rettale, solo se la crisi dura più di 2 minuti al dosaggio di 0.5 mg/kg (5 mg per bambini di età < 3 anni, 10 mg per bambini di età > 3 anni).

Nei pazienti con crisi tonico cloniche resistenti alle benzodiazepine:

**Fenitoina** 15-20 mg/kg (40-50 mg/min). Ripetibile a dosaggio ridotto.

**Fenobarbital** 10-20 mg/kg ev in 10 minuti

- Informa la C.O. della partenza e del codice di rientro
- All'arrivo in P.S, affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

*Linee di indirizzo terapeutico-SIS 118- 2019*

## EDEMA POLMONARE ACUTO

### OPERATORE DI CENTRALE OPERATIVA durante il colloquio telefonico

Effettua il dispatch:

- Annota le generalità del chiamante
- Assegna un codice di invio
- Verifica la corretta localizzazione del luogo dell'evento
- Invia il mezzo di soccorso
- Richiama l'utente per dare ulteriori indicazioni:
- Fa assumere al paziente la posizione semiseduta o con lo schienale reclinato, a capo sollevato
- Se sudato freddo fa coprire adeguatamente il paziente
- Suggerisce di non alimentare il paziente e non somministrare farmaci se non prescritti da un medico

### SOCCORRITORE (Victor)

Notifica alla Centrale la partenza e l'arrivo a destinazione.

#### **Sul posto**

- Valuta la sicurezza della scena
- Valuta ABCDE e monitorizza il paziente: frequenza cardiaca, saturazione e pressione arteriosa
- Se il paziente respira a fatica, fa assumere posizione seduta,
- Somministra ossigeno ad alti flussi, con reservoir
- Allenta gli abiti

#### **Se paziente incosciente**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) e assicura pervietà delle vie aeree con presidi di minima

#### **Se paziente in arresto respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) ventila il paziente con pallone Ambu e

#### **Se paziente in arresto cardio respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) inizia procedura BLSD

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

#### **Se paziente stabile**

- Attribuisce un codice di partenza
- Comunica alla Centrale Operativa la partenza verso l'ospedale indicato

#### **All'arrivo in P.S**

- Comunica alla Centrale l'arrivo
- Affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

### INFERMIERE (India)

Tutto come Victor ed inoltre

- Incannula una o due vena periferica infondendo sol. fisiologica a goccia lenta
- Sostiene le funzioni vitali con presidi avanzati
- Esegue anamnesi accurata
- Esegue ECG con Cardio on Line
- Prepara per eventuale CPAP
- Posiziona catetere vescicale

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

### All'arrivo del medico

- Lo informa di quanto accaduto prima del suo arrivo e delle notizie raccolte
- Riceve dal medico le indicazioni sul programma terapeutico
- Prepara i farmaci richiesti dal medico
- Collabora con il medico nella somministrazione della terapia

### MEDICO (Mike)

Tutto come INDIA e nella conferma di Edema Polmonare Acuto:

- garantisce la pervietà delle vie aeree;
- monitorizza l'attività cardiaca attraverso un monitor-defibrillatore;
- monitorizza la saturazione arteriosa di O<sub>2</sub> con un pulsossimetro;
- monitorizza la Pressione Arteriosa (PA);
- reperisce uno o due accessi venosi sicuro ed efficace;
- ossigena il pz con O<sub>2</sub> al 100% o NIMV(CPAP/CPAP di Boussignac);
- somministra:
  - Furosemide 20-40 mg/kg e.v. in bolo lento;
  - Morfina 1-3 mg e.v. ripetibili dopo 15 min; (se disponibile).

Decide eventuali vasopressori sulla base dei valori pressori:

PAS inferiore a 70 mmHg :

**Noradrenalina** 0.5-30 mcg/minuto

PAS tra a 70 e 100 mmHg

**Dopamina** 5-15 mcg/kg/minuto

PAS superiore a 100 MMHg

**Nitroglicerina** 10 mcg/min e.v. (se PAS>100 mm Hg)

Informa la C.O. della partenza e del codice di rientro

All'arrivo in P.S, affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

*Rif. Bibliografici:*

*ALS IRC Capitolo 14 : il soggetto ipoperfuso- punti chiave*

*Linee di indirizzo terapeutico SIS 118 - 2019*

## ANNEGAMENTO

Avviene per ostruzione delle vie aeree da parte di un liquido, non sempre il corpo è immerso nel liquido completamente, basta l'immersione degli orifizi respiratori (può avvenire anche quando un paziente incosciente vomita). Quando il liquido entra nella cavità orale provoca una chiusura della laringe quindi asfissia.

### OPERATORE DI CENTRALE OPERATIVA durante il colloquio telefonico

Effettua il dispatch:

- Annota le generalità del chiamante
- Assegna un codice di invio
- verifica la corretta localizzazione del luogo dell'evento
- Invia il mezzo di soccorso
- richiama l'utente per dare ulteriori indicazioni:

-verificare se è cosciente o meno chiamandolo o scuotendolo.

-suggerisce di non muovere il paziente, fa togliere i vestiti bagnati e lo fa riscaldare coprendolo.

### SOCCORRITORE (Victor)

Notifica alla Centrale la partenza e l'arrivo a destinazione.

#### **Sul posto**

- Valuta la sicurezza della scena
- Estrae il paziente dall'acqua in posizione orizzontale per evitare il rischio di ipotensione post immersione
- Valuta se posizionare collare cervicale (dopo valutazione della dinamica dell'evento, in caso di trauma, fino a quando non vengano escluse lesioni traumatiche).
- Valuta ABCDE e monitorizza il paziente: frequenza cardiaca, saturazione e pressione arteriosa
- Somministra ossigeno ad alti flussi, con reservoir

#### **Se paziente incosciente**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) e assicura pervietà delle vie aeree con presidi di minima

#### **Se paziente in arresto respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) ventila il paziente con pallone Ambu e

#### **Se paziente in arresto cardio respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) inizia procedura BLS. Asciuga il torace e si prepara ad eventuale defibrillazione in caso di FV.

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

#### **Se paziente stabile**

- Attribuisce un codice di partenza
- Comunica alla Centrale Operativa la partenza verso l'ospedale indicato
- Riscalda il paziente con coperta termica fino a temperatura di 32°-34° gradi C.

**All'arrivo in P.S**

- Comunica alla Centrale l'arrivo
- Affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

**INFERMIERE (India)**

Tutto come Victor ed inoltre

- Incannula una o due vena periferica infondendo sol. fisiologica
- Sostiene le funzioni vitali con presidi avanzati
- Posiziona sonda naso-gastrica per minimizzare rischio di rigurgito
- Esegue anamnesi accurata

Richiede l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica tenendo conto dei tempi di percorrenza per rendez vous e /o arrivo in PS).

**All'arrivo del medico**

- Lo informa di quanto accaduto prima del suo arrivo
- Riceve dal medico le indicazioni sul programma terapeutico
- Prepara i farmaci richiesti dal medico
- Collabora con il medico nella somministrazione della terapia

**MEDICO (Mike)**

Tutto come INDIA con particolari accorgimenti (se necessaria intubazione attenzione al rigurgito):

In caso di distress respiratorio e/o laringospasmo:

- .-Ossigeno con maschera con reservoir a 12 l/min
- valutare aerosol (clenil e salbutamolo) e/o CPAP

In caso di agitazione psicomotoria:

- sedazione con Midazolam 0,1 mg/kg ev a bolo e/o diazepam 0.2 mg/kg a bolo

In caso di ipotermia:

- coprire con metallina termica
- somministrare in bolo soluzione fisiologica calda 250-500 in 10 minuti e successiva infusione di mantenimento 100ml/h.

N.B.nei subacquei considera possibilità di embolia gassosa.

*Linee di indirizzo terapeutico-SIS 118*

## CRISI ASMATICA

### OPERATORE DI CENTRALE OPERATIVA durante il colloquio telefonico (richiesta del soccorso)

Effettua il dispatch:

- Annota le generalità del chiamante
- Assegna un codice di invio
- verifica la corretta localizzazione del luogo dell'evento
- Invia il mezzo di soccorso
- richiama l'utente per dare ulteriori indicazioni:

suggerisce posizione seduta e di raccogliere la documentazione clinica esistente in attesa dei soccorsi

### SOCCORRITORE (Victor)

Notifica alla Centrale la partenza e l'arrivo a destinazione.

#### **Sul posto**

- Valuta la sicurezza della scena
- Valuta ABCDE e monitorizza il paziente: frequenza cardiaca, saturazione e pressione arteriosa
- Somministra ossigeno ad alti flussi, con reservoir

#### **Se paziente incosciente**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) e assicura pervietà delle vie aeree con presidi di minima

#### **Se paziente in arresto respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) ventila il paziente con pallone Ambu e Ossigeno

#### **Se paziente in arresto cardio respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) inizia procedura BLSD

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

#### **Se paziente stabile**

- Attribuisce un codice di partenza
- Comunica alla Centrale Operativa la partenza verso l'ospedale indicato

#### **All'arrivo in P.S**

- Comunica alla Centrale l'arrivo
- Affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

### INFERMIERE (India)

Tutto come Victor ed inoltre

- Incannula una o due vena periferica infondendo sol. fisiologica
- Sostiene le funzioni vitali con presidi avanzati
- Esegue anamnesi accurata

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

### **All'arrivo del medico**

- Lo informa di quanto accaduto prima del suo arrivo
- Riceve dal medico le indicazioni sul programma terapeutico
- Prepara i farmaci richiesti dal medico
- Collabora con il medico nella somministrazione della terapia

### **MEDICO (Mike)**

Tutto come INDIA e:

continua a somministrare ossigeno ad alti flussi  
Salbutamolo 5 mg nebulizzati ripetibili ogni 15-20 minuti  
Ipratropio bromuro 0,5 mg nebulizzati ogni 4-6 ore:  
Beclometasone:aerosol 0,8 mg/2 ml sol. fisiol.  
Adrenalina:aerosol 1mg/1ml in sol. fisiol.  
Metilprednisolone 40-125 mg e.v  
Idrocortisone 500 mg ev (pediatrico 1-2 mg/kg)

### **Nei casi non responsivi**

- Adrenalina 0,3-0,5 mg (sol.1:1000) sc/im fino ad un massimo di 3 dosi ogni 20 minuti (pediatrico 0,1 mg)
- Magnesio solfato 1-2 g e.v lentamente in 10 min (pediatrico 50 mg/kg in 20 min)

Considerare sempre la possibilità di intubare il paziente tenendo conto che l'asma può portare all'arresto cardiaco improvviso per :

- Severo broncospamo e asfissia
- Aritmie cardiache causate da ipossia e farmaci
- Iperinflazione polmonare
- PNX iperteso

Considerare l'uso della Ketamina per il notevole effetto broncodilatatore

Informa la C.O. della partenza e del codice di rientro

All'arrivo in P.S, affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

*Rif. Bibliografici: ERC guidelines for resuscitation 2005 section 7 : cardiac arrest in special circumstances*

*Linee di indirizzo terapeutico SIS 118- 2019*

## ANAFILASSI

### OPERATORE DI CENTRALE OPERATIVA durante il colloquio telefonico (richiesta del soccorso)

Effettua il dispatch:

- Annota le generalità del chiamante
- Assegna un codice di invio
- verifica la corretta localizzazione del luogo dell'evento
- Invia il mezzo di soccorso
- richiama l'utente per dare ulteriori indicazioni:

suggerisce di raccogliere la documentazione clinica esistente in attesa dei soccorsi. Si informa sull'eventuale allergene che ha scatenato la crisi

### SOCCORRITORE (Victor)

Notifica alla Centrale la partenza e l'arrivo a destinazione.

#### **Sul posto**

- Valuta la sicurezza della scena
- Valuta ABCDE e monitorizza il paziente: frequenza cardiaca, saturazione e pressione arteriosa
- Somministra ossigeno ad alti flussi, con reservoir

#### **Se paziente incosciente**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) e assicura pervietà delle vie aeree con presidi di minima

#### **Se paziente in arresto respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) ventila il paziente con pallone Ambu e Ossigeno

#### **Se paziente in arresto cardio respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) inizia procedura BLSD

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

#### **Se paziente stabile**

- Attribuisce un codice di partenza
- Comunica alla Centrale Operativa la partenza verso l'ospedale indicato

#### **All'arrivo in P.S**

- Comunica alla Centrale l'arrivo
- Affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

### INFERMIERE (India)

Tutto come Victor ed inoltre

- Incannula una o due vena periferica infondendo cristalloidi 20 ml/Kg
- Sostiene le funzioni vitali con presidi avanzati
- Esegue anamnesi accurata



Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

### **All'arrivo del medico**

- Lo informa di quanto accaduto prima del suo arrivo
- Riceve dal medico le indicazioni sul programma terapeutico
- Prepara i farmaci richiesti dal medico
- Collabora con il medico nella somministrazione della terapia

### **MEDICO (Mike)**

Tutto come INDIA e nella conferma della crisi anafilattica:

#### **Terapia:**

**Adrenalina** 0,5-1 mg (sol 1:1000) i.m se presente shock o difficoltà respiratoria o edema delle prime vie aeree (dose ripetibile dopo 5 minuti)

**Fluidi** (continua infusione di cristalloidi e, se necessario, colloidi)

**Metilprednisolone:** 2mg/Kg/ev

**Antistaminici:** Clorfenamina 10-20 mg e.v lenta oppure 4 mg per os

**Salbutamolo** 5 mg nebulizzati

**Glucagone** 1-2mg i.m o e.v ogni 5 minuti nei pazienti non responsivi all'adrenalina (pazienti betabloccati)

Situazione in cui è consigliata l'osservazione per 8-24 ore:

- Reazioni severe con inizio lento causate da anafilassi idiomatica
- Reazioni in asmatici gravi
- Reazioni con possibilità di assorbimento continuo dell'allergene
- Pazienti con precedenti di reazione bifasica

#### *Rif. Bibliografici:*

*ERC guidelines for resuscitation 2005 section 7 : cardiac arrest in special circumstances*

*Linee di indirizzo terapeutico-SIS 118- 2019*

## EMERGENZA IPERTENSIVA

### OPERATORE DI CENTRALE OPERATIVA durante il colloquio telefonico

Effettua il dispatch

- Annota le generalità del chiamante
- Assegna un codice di invio
- verifica la corretta localizzazione del luogo dell'evento
- Invia il mezzo di soccorso
- richiama l'utente per dare ulteriori indicazioni:

suggerisce di tenere a letto il paziente e tranquillizzarlo

### SOCCORRITORE (Victor)

Notifica alla Centrale la partenza e l'arrivo a destinazione.

#### **Sul posto**

- Valuta la sicurezza della scena
- Valuta ABCDE e monitorizza il paziente: frequenza cardiaca, saturazione e pressione arteriosa
- Somministra ossigeno ad alti flussi, con reservoir

#### **Se paziente incosciente**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) e assicura pervietà delle vie aeree con presidi di minima

#### **Se paziente in arresto respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) ventila il paziente con pallone Ambu e Ossigeno

#### **Se paziente in arresto cardio respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) inizia procedura BLSD

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

#### **Se paziente stabile**

- Attribuisce un codice di partenza
- Comunica alla Centrale Operativa la partenza verso l'ospedale indicato

#### **All'arrivo in P.S**

- Comunica alla Centrale l'arrivo
- Affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

### INFERMIERE (India)

Tutto come Victor ed inoltre

- Incannula una o due vena periferica infondendo sol. fisiologica
- Sostiene le funzioni vitali con presidi avanzati

- Esegue anamnesi accurata per distinguere tra emergenza ipertensiva o urgenza ipertensiva

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

**Emergenza ipertensiva:**

PAS superiore a 160 mmHg e diastolica superiore a 110 mmHg **con** danno acuto d'organo. L'aumento pressorio va trattato immediatamente

**Urgenza ipertensiva**

PAS superiore a 160 mmHg e diastolica superiore a 110 mmHg **senza** danno acuto d'organo la Pressione va ridotta in 24-48 ore

**All'arrivo del medico**

- Lo informa di quanto accaduto prima del suo arrivo
- Riceve dal medico le indicazioni sul programma terapeutico
- Prepara i farmaci richiesti dal medico
- Collabora con il medico nella somministrazione della terapia

**MEDICO (Mike)**

Tutto come INDIA e nella conferma di emergenza ipertensiva riduce del 25% la pressione arteriosa media in 30-60 minuti (valori di sicurezza sono indicati in 160/110 mmHg)

Fanno eccezione :

- 1) dissezione aortica - la pressione arteriosa sistolica va portata a valori inferiori a 120mmHg e la pressione arteriosa media a valori inferiori ad 80 mmHg in 5-10 minuti
- 2) ictus ischemico - la pressione non va trattata finchè il valore di sistolica non supera i 220 mmHg o diastolica >120 mm Hg

**Terapia:**

**Labetalolo** = 20 mg in 2 minuti e.v in bolo, dopo 10 minuti ulteriori 20 mg o iniziare infusione a 2 mg/minuto max 300 mg (**indicato nella gravida in quanto non supera la barriera placentare**)

In gravidanza 20 mg in 2 minuti, se necessario raddoppiare la dose (max 160 mg/min).

**Nitroglicerina** = 5-25 mcg (range abituale 10-200 mcg/min)

**Furosemide** = 25-50 mg ev in bolo in infusione lenta (ripetibile ogni 10 min)

**Nicardipina** = 1 fl da 25mg/10 ml in 250 sol.fisiol.o glucosata al 5% inizialmente 5 mg/ora in infusione continua fino ad un massimo di 15 mg/ora

**Esmololo** = 500 mcg/kilo in un minuto seguito da infusione di 25 microgrammi/ kilo/minuto

**Attenzione:** la nifedipina sublinguale od orale è stata proscritta dalla Cardiorenal Advisory Committee of the FDA perché precipita eventi ischemici cerebrali, renali e miocardici

**Segni e sintomi del danno d'organo nell'emergenza ipertensiva:**

Cefalea, nausea, vomito e turbe visive (amaurosi, diplopia e scotomi).

Convulsioni, segni neurologici focali, confusione mentale e sopore fino al coma.

Aritmie, crisi d'angor, scomparsa dei polsi arteriosi o differenza fra gli stessi, stasi polmonare e ritmo di galoppo.

Oliguria, ematuria, aumento della creatininemia azotemia



## ICTUS

### OPERATORE DI CENTRALE OPERATIVA durante il colloquio telefonico

Effettua il dispatch:

- Annota le generalità del chiamante
- Assegna un codice di invio (giallo – rosso)
- verifica la corretta localizzazione del luogo dell'evento
- Invia il mezzo di soccorso
- richiama l'utente per dare ulteriori indicazioni. Può iniziare la valutazione immediata in caso di sospetto ictus : Cincinnati Pre-hospital Score Scale (CPSS).

La **Cincinnati Prehospital Stroke Scale** viene introdotta per i volontari di tutti i mezzi di soccorso BLS sul territorio e valuta:

#### **Paresi facciali:**

chiedere al paziente di sorridere o di mostrare i denti, notare se entrambi i lati della faccia si muovono ugualmente

#### **Deficit motorio degli arti superiori:**

chiedere al paziente di estendere gli arti superiori per 10 secondi mentre tiene gli occhi chiusi, notare se gli arti si muovono alla stessa maniera o se uno non si muove o uno cade.

#### **Anomalie del linguaggio:**

chiedere al paziente di ripetere una frase ,notare se il paziente usa le parole correttamente con linguaggio fluente o se strascica le parole o usa parole inappropriate o è incapace di parlare.

### SOCCORRITORE (Victor)

**Notifica alla Centrale la partenza e l'arrivo a destinazione.**

#### **Sul posto:**

Valuta la sicurezza della scena.

Valuta ABCDE e monitorizza il paziente: frequenza cardiaca, saturazione, pressione arteriosa.

**Se il paziente respira a fatica**, estende il capo e utilizza mezzi di protezione per evitare lesioni alla lingua. Somministra ossigeno ad alti flussi, con reservoir. Protegge il paziente da eventuali oggetti.

**Se paziente è incosciente** allerta la C.O. del codice ROSSO e assicura la pervietà delle vie aeree con presidi di minima.

**Se paziente è in arresto respiratorio** allerta la C.O. del codice ROSSO ventila il paziente con pallone Ambu.

**Se il paziente è in arresto cardio respiratorio** allerta la C.O. e inizia procedure BLSD.

**Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica).**

#### **Se paziente è stabile**

Attribuisce un codice di partenza e comunica alla C.O. la partenza verso l'ospedale indicato.

#### **All'arrivo in PS**

Comunica alla C.O. l'arrivo e affida il paziente al personale del PS.

### INFERMIERE (India)

Tutto come Victor ed inoltre

-Incannula una o due vene periferiche infondendo sol. fisiologica.

-Sostiene le funzioni vitali con presidi avanzati.

-Esegue anamnesi accurata segni di trauma, segni neurologici focali, patologie mediche associate), controlla la glicemia.

**Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)**, all'arrivo del medico lo informa sull'accaduto e collabora con il medico.

### MEDICO ( Mike)

Tutto come India, stabilizza le funzioni vitali e verifica la presenza del “Codice ictus”: insorgenza dei sintomi entro 4,5 ore, età superiore ai 18 anni, CPSS positiva. (N.B.: per una diagnosi differenziale tra ictus ischemico ed ictus emorragico, è indicato effettuare, nel più breve tempo possibile, una TC o una RM dell'encefalo, anche ai fini di eventuali decisioni terapeutiche).

*Rif.bibliografici*

*Linee di indirizzo terapeutico-SIS 118- 2019*

## POLITRAUMA

### OPERATORE DI CENTRALE OPERATIVA durante il colloquio telefonico (richiesta del soccorso)

Effettua il dispatch:

- Annota le generalità del chiamante
- Si informa sul numero dei feriti
- Dinamica
- Necessità di altri Enti per il soccorso
- verifica la corretta localizzazione del luogo dell'evento
- Assegna un codice di invio - **ROSSO**
- Invia il mezzo o i mezzi di soccorso
- Richiama l'utente per avere ulteriori indicazioni e dare eventuali istruzioni pre-arrivo:

### SOCCORRITORE (Victor)

Notifica alla Centrale la partenza e l'arrivo a destinazione.

#### Sul posto

- Valuta la sicurezza della scena
- Effettua un primo Triage
- Notifica alla Centrale il numero dei feriti e i loro codici
- Effettua ABCDE:

#### AIRWAY:

se il paziente è incosciente sublussa la mandibola e mantiene la pervietà con tecniche e presidi di minima (cannula oro /rinofaringea).

Allerta la Centrale Operativa

Posiziona il collare cervicale e somministra ossigeno ad alti flussi

#### BREATHING:

**O** = osserva il torace del paziente

**P** = palpa il torace

**C** = conta la frequenza respiratoria

**S** = valuta la saturazione

In presenza di crepitii, enfisema sottocutaneo e saturazione inferiore a 90% allerta la Centrale Operativa

#### CIRCULATION:

comprime foci emorragici esterni se presenti

valuta la frequenza e le caratteristiche del polso radiale

in assenza di polso radiale e presenza di polso carotideo (PA sistolica tra 50 -80 mmHg) allerta la Centrale Operativa

#### DISABILITY:

esegue esame neurologico di sua competenza

**A** = **alert** - risponde agli stimoli esterni

**V** = **voice** - risponde agli stimoli verbali, parla

**P** = **pain** - risponde agli stimoli dolorosi

**U** = **unresponsive** - non risponde a nessuno stimolo

In caso di paziente **P** o **U** allerta la Centrale Operativa

**EXPOSURE:**

scopre il paziente per valutare lesioni non facilmente visibili  
stabilizza eventuali fratture  
raccoglie anamnesi e notizie sulla dinamica dell'incidente  
assegna un codice di rientro al paziente  
lo comunica alla centrale operativa  
comunica alla Centrale Operativa la partenza dal luogo dell'evento

**All'arrivo in P.S**

- Comunica alla Centrale l'arrivo
- Affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

**INFERMIERE (India) in collaborazione con MEDICO (Mike)**

**AIRWAY:**

se il paziente è in apnea o in gasping usa presidi avanzati per la pervietà delle vie aeree (presidi sovraglottici e intubazione orotracheale)

Allerta la Centrale Operativa

Posiziona il collare cervicale e somministra ossigeno ad alti flussi

**BREATHING:**

**O** = osserva il torace del paziente

**P** = palpa il torace

**A** = ausculta il polmone su quattro foci

**C** = conta la frequenza respiratoria

**S** = valuta la saturazione

Decide di effettuare puntura esplorativa se presente enfisema sottocutaneo associato ad almeno uno dei quattro segni:

1. riduzione del murmure vescicolare
  2. dispnea a vie aeree pervie
  3. ipotensione
  4. saturazione inferiore a 90 % con ossigeno al 100 %
- avvisa la Centrale Operativa

**CIRCULATION:**

comprime foci emorragici esterni se presenti

valuta la frequenza e le caratteristiche del polso radiale

misura la pressione arteriosa

incannula due grosse vene

calcola la classe di shock

somministra il volume che è necessario a rimpiazzare la volemia

in caso di classe terza e quarta di shock utilizza spremisacca

allerta la Centrale Operativa

*ricordare di mantenere sempre i target pressori previsti:*

Trauma cranico e midollare PAS > 110

Trauma chiuso PAS = 90

Trauma penetrante PAS = 70

**DISABILITY:**

esegue esame neurologico di sua competenza (Glasgow Coma Scale )



**GLASGOW COMA SCALE (GCS)= 1+2+3**

PARAMETRI		PUNTI
<b>1 Apertura degli occhi</b>	spontanea	4
	a comando	3
	al dolore	2
	assente	1
<b>2 Risposta verbale</b>	orientata	5
	confusa	4
	non appropriata	3
	incomprensibile	2
	assente	1
<b>3 Risposta motoria</b>	esegue ordini	6
	localizza il dolore	5
	retrae (al dolore)	4
	flessione (al dolore)	3
	estensione (al dolore)	2
	nessuna	1

**se il GCS è < 8 è indicata l'intubazione oro-tracheale  
in caso di GCS tra 9 e 12 l'intubazione può essere considerata, riduce la morbilità  
ma non influenza la mortalità.**

**EXPOSURE:**

scopre il paziente per valutare lesioni non facilmente visibili  
stabilizza eventuali fratture.

Se il paziente è instabile avvisa la Centrale Operativa e va verso il Presidio Ospedaliero  
indicato;

Se il paziente è stabile inizia la secondary survey: Esame testa-piedi

Capo: fratture, avallamenti, oto-rino liquorrea o emorragia  
Ematomi sotto orbitari o retro auricolari, integrità del massiccio facciale, stato delle  
pupille e GCS

Collo: ematomi pulsanti, deviazioni della trachea, esami della sensibilità e motilità ai  
quattro arti

Torace: ripetere OPACS

Addome: ispezione e palpazione

Bacino: dolorabilità ed eventuale instabilità

Genitali: sanguinamento dall'uretra, ematomi testicolari (attenzione alla presenza di  
priapismo, può indicare lesione midollare superiore ad L-1)

Arti: eventuali deformità, dolorabilità, controllo dei quattro polsi periferici.

## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

Attenzione al paziente con frattura e assenza o riduzione del polso periferico relativo.

Dinamica ed anamnesi del paziente.

Assegna un codice di rientro e comunica alla Centrale Operativa la partenza dal luogo dell'evento

All'arrivo in P.S, affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

Trattamento del dolore:

**morfina:** boli incrementali di 2-3 mmg e.v intervallo fra le somministrazioni 3-5 minuti nei bambini 0,02- 0,05 mg/Kg

**fentanest:** 50 gamma ogni 10 Kg e.v. Nei bambini ricordare la somministrazione intranasale 1-2 microgrammi /Kg

**ketamina:** 02-05 mg/Kg e.v associata a 0.5-2 mg di midazolam per evitare delirio

### TARGET PRESSORI NEI PZ TRAUMATIZZATI

- Trauma cranico (GCS<13): PAS>110
- Trauma chiuso : PAS=90
- Trauma penetrante:mantenimento della coscienza o PAS=70
- Trauma cranico con trauma chiuso: PAS>110

### Calcolo del volume di liquidi da reinfondere

#### 1. Volemia normale: peso in kg x 7%

Es:uomo di 70 kg ha una volemia di  $70 \times 7 / 100 = 5000$  ml circa

#### 2. Stima delle perdite; volemia normale x classe di shock

Es: uomo di 70 kg in classe 3 di shock ha una perdita stimata:  
 $5000 \text{ ml} \times 30 / 100 = 1500 \text{ ml}$

#### 3. Volumi da reinfondere:

Rapporto 1:1 colloidi      Es :1500ml di perdita = 1500ml di colloidi

Rapporto 1:3 cristalloidi      Es: 1500ml di perdita = 4500ml di cristalloidi

*Rif. Bibliografici:*

*PTC advanced – IRC*

*ATLS – American College of Surgeons*

## AMPUTAZIONE TRAUMATICA DI ARTO

### OPERATORE DI CENTRALE OPERATIVA durante dispatch

- Annota le generalità del chiamante
- Assegna un codice di invio
- verifica la corretta localizzazione del luogo dell'evento
- Invia il mezzo di soccorso
- richiama l'utente per dare ulteriori indicazioni:

suggerisce di non far spostare il paziente a meno che non ci sia rischio evolutivo (fuoco, fumo, crollo, etc.)

se è presente emorragia pulsante dal moncone invita a stringerlo con un laccio o una cintura in attesa dei soccorsi

### SOCCORRITORE (Victor)

Notifica alla Centrale la partenza e l'arrivo a destinazione.

#### **Sul posto**

- Valuta la sicurezza della scena
- Valuta ABCDE e monitorizza il paziente: frequenza cardiaca, saturazione e pressione arteriosa
- Somministra ossigeno ad alti flussi, con reservoir
- Scopre l'arto amputato tagliando gli abiti
- Se presente emorragia la blocca utilizzando garze, bende detraenti, tamponi o laccio in casi estremi
- Recuperare il moncone
- Pulirlo minuziosamente
- Porla in una busta sigillata
- Avvolgere la busta in un telino
- Porla in un contenitore con ghiaccio secco
- Segnala l'ora dell'avvenuta amputazione\*

#### **Se paziente incosciente**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) e assicura pervietà delle vie aeree con presidi di minima

#### **Se paziente in arresto respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) ventila il paziente con pallone Ambu e Ossigeno

#### **Se paziente in arresto cardio respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) inizia procedura BLSD

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

#### **Se paziente stabile**

- Attribuisce un codice di partenza
- Comunica alla Centrale Operativa la partenza verso l'ospedale indicato

**All'arrivo in P.S**

- Comunica alla Centrale l'arrivo
- Affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

**INFERMIERE (India)**

Tutto come Victor ed inoltre

- Se pz in shock ipovolemico incannulare una o due vena periferica infondendo sol. fisiologica
- Sostiene le funzioni vitali con presidi avanzati

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

**All'arrivo del medico**

- Lo informa di quanto accaduto prima del suo arrivo
- Riceve dal medico le indicazioni sul programma terapeutico
- Prepara i farmaci richiesti dal medico
- Collabora con il medico nella somministrazione della terapia

**MEDICO (Mike)**

Tutto come INDIA e inoltre:

**Terapia:**

**sostegno delle funzioni vitali**

- Toilette della ferita, emostasi
- Terapia antalgica adeguata alle condizioni cardiocircolatorie e alla volemia
- Rimpiazzo volemico, prevenzione e trattamento dello shock
- Non eseguire siero-profilassi antitetanica (informare il P.S. di destinazione)

**TRATTAMENTO DEL MONCONE:**

- Il moncone amputato va lavato con poca soluzione fisiologica, asciugato e avvolto in un telo sterile
- Va posto in una busta e mantenuto a basse temperature senza congelarlo
- Il moncone non va mantenuto a contatto con ghiaccio ne a contatto con acqua e soluzione fisiologica
- tutti gli arti sono suscettibili di reimpianto entro sei ore dall'evento traumatico
- le amputazioni distali come dita e falangi permettono il reimpianto entro 12 ore dall'evento traumatico

Rif. Bibliografici:

*PTC IRC – cap. 12- raccomandazioni per la gestione preospedaliera dei pazienti con amputazione*

## USTIONI GRAVI DA FONTE DI CALORE

**Per ustioni gravi si intendono quelle ustioni che per l'estensione e/o la profondità possono mettere in pericolo la vita del paziente, ovvero**

- orientativamente 30% della s.c. con ustioni di II grado o il 10% della s.c. con ustioni di III grado
- a parità di ustioni i bambini e gli anziani sono maggiormente a rischio (il bambino di età inferiore ai 4 anni con ustioni di secondo grado superiore all'8% va centralizzato)

Grado dell'ustione in base all'aspetto della cute:

- |  |          |
|--|----------|
| ➤ pelle rossa, calda, edematosa e dolente                                    | 1° GRADO |
| ➤ cute colore rosso intenso con vescicole, il contatto provoca dolore urente | 2° GRADO |
| ➤ cute bianca e secca, presenza di escare, scarso o nessun dolore            | 3° GRADO |
| ➤ cute carbonizzata, segni di compromissione generale                        | 4° GRADO |

Ustioni lievi (1° e 2° grado): vengono interessati *esclusivamente gli strati più superficiali* della pelle: rimuovere gli indumenti, applicare impacchi di acqua fredda, **disinfettare con antisettici** e dopo aver applicato uno strato di garza sterile fasciare la zona.

Ustione grave (3° grado): è possibile che gli indumenti dell'infortunato siano "attaccati" al derma; è quindi preferibile in fase di primo soccorso **non asportare eventuali pezzi di indumenti** ma ricoprire la zona con garze sterili.

Ustioni gravi (4° grado): *totale carbonizzazione dei tessuti*, in questo caso chiamare immediatamente il 118 e mettere il soggetto in posizione antishock con gli arti sollevati in attesa dei soccorsi.

## OPERATORE DI CENTRALE OPERATIVA durante dispatch

Annota le generalità del chiamante

- assegna un codice di invio
- verifica la corretta localizzazione del luogo dell'evento
- invia il mezzo di soccorso
- richiama l'utente per dare ulteriori indicazioni:

- invita ad areare il locale

-fa togliere gli abiti non tenacemente aderenti alla cute

- fa bagnare la parte ustionata con acqua fredda per 10 minuti

-fa togliere, se possibile, all'infortunato anelli e monili prima che la zona ustionata diventi edematosa

-fa coprire l'ustione con garza sterile ed in alternativa con un tessuto pulito senza applicare alcun tipo di disinfettante, unguento o lozione oleosa

- esegue accurata anamnesi su tipo e temperatura della fonte ustionante e sulla durata del contatto con la stessa.

(Se la pelle assume un colorito nerastro, è carbonizzata e l'infortunato non sente dolore, si tratta di un'ustione profonda e grave. Coprirla e attendere l'arrivo del 118).

### SOCCORRITORE (Victor)

Notifica alla Centrale la partenza e l'arrivo a destinazione.

#### Sul posto

- Valuta la sicurezza della scena: allontana il paziente dalla fonte ustionante e dai gas tossici, fa areare il locale
- Valuta ABCDE e monitorizza il paziente: frequenza cardiaca, saturazione e pressione arteriosa
- Somministra ossigeno ad alti flussi, con reservoir
- Scopre la superficie ustionata rimuovendo solo gli indumenti non aderenti alla cute
- Bagna delicatamente la zona ustionata per almeno 15 minuti

#### Se paziente incosciente

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) e assicura pervietà delle vie aeree con presidi di minima

#### Se paziente in arresto respiratorio

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) ventila il paziente con pallone Ambu e

#### Se paziente in arresto cardio respiratorio

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) inizia procedura BLSD

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

#### Se paziente stabile

- Attribuisce un codice di partenza
- Comunica alla Centrale Operativa la partenza verso l'ospedale indicato

#### All'arrivo in P.S

- Comunica alla Centrale l'arrivo
- Affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

### INFERMIERE (India)

Tutto come Victor ed inoltre

- Incannula due vene periferiche infondendo sol. fisiologica
- Sostiene le funzioni vitali con presidi avanzati
- Esegue anamnesi accurata
- Valuta estensione della superficie ustionata utilizzando la regola del 9
  - capo 9%
  - ciascun arto superiore 9% (di cui mani 3%)
  - ciascuna coscia 9%
  - ciascuna gamba e piede 9% (di cui piede 3%)
  - tronco posteriore e natiche 18% (di cui una natica 3%)
  - tronco anteriore e collo 18% (di cui collo 3%)
  - perineo e genitali 1%

- Valuta i fattori aggravanti:
  - età (>65 o <4)
  - interessamento vie respiratorie\*
  - traumi associati
  - ustioni da energia elettrica
  - interessamento del perineo e di zone con pliche cutanee
  - presenza di zone estese con ustioni di 3° grado
- Infonde soluzione fisiologica (**NO potassio**) in base alla superficie ustionata: iniziare con 3 gtt/m per ogni unità % di s.c. ustionata (20% = 60 gtt/m) eventualmente aumentando fino al ripristino della diuresi o della P.A.

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

### **All'arrivo del medico**

- Lo informa di quanto accaduto prima del suo arrivo
- Riceve dal medico le indicazioni sul programma terapeutico
- Prepara i farmaci richiesti dal medico
- Collabora con il medico nella somministrazione della terapia

### **MEDICO (Mike)**

Tutto come INDIA e nella conferma di interessamento delle vie aeree superiori considera la possibilità dell'intubazione precoce.

### **Segni indiretti di compromissione delle vie aeree superiori**

Ustione da fiamma o ustione in ambiente chiuso

Ustione a pieno spessore del volto, collo o torace superiore

Vibrisse nasali bruciate

Sputo carbonaceo

Raucedine, tosse stizzosa, stridore inspiratorio e dispnea

- Informa la C.O. della partenza e del codice di rientro
- All'arrivo in P.S, affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

### *Rif. Bibliografici:*

*ERC guidelines for resuscitation 2005 section 7 : cardiac arrest in special circumstances*

*PTC IRC 2007 capitolo 7: situazioni ed eventi particolari correlati al trauma*

## CORPO ESTRANEO NELLE VIE RESPIRATORIE

### OPERATORE DI CENTRALE OPERATIVA durante dispatch

- Annota le generalità del chiamante
- Assegna un codice di invio
- verifica la corretta localizzazione del luogo dell'evento
- Invia il mezzo di soccorso
- richiama l'utente per dare ulteriori indicazioni:  
si informa circa il materiale che causa l'ostruzione  
suggerisce di mantenere la calma e far respirare lentamente il paziente  
se il paziente è cosciente e l'ostruzione è parziale consiglia 5 colpi secchi con il palmo della mano fra le scapole del paziente  
se l'ostruzione permane e il paziente è ancora cosciente, suggerisce la manovra di Heimlich

### SOCCORRITORE (Victor)

Notifica alla Centrale la partenza e l'arrivo a destinazione.

#### **Sul posto**

- Valuta la sicurezza della scena:
- Valuta ABCDE e monitorizza il paziente: frequenza cardiaca, saturazione e pressione arteriosa
- Somministra ossigeno ad alti flussi, con reservoir

#### **Se paziente ha ostruzione lieve**

- Lo incoraggia a tossire

#### **Se paziente ha ostruzione grave ed è cosciente**

- Richiede medicalizzata anche in rendez vous
- Somministra da 1 a 5 colpi interscapolari con via di fuga laterale
- Se corpo estraneo non fuoriesce esegue manovra di Heimlich

#### **Se paziente l'ostruzione permane ed è cosciente**

- Richiede medicalizzata anche in rendez vous
- Alterna 5 colpi interscapolari a 5 manovre di Heimlich

#### **Se paziente perde conoscenza**

- Richiede medicalizzata anche in rendez vous
- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) inizia procedura BLS e inizia il Massaggio Cardiaco Esterno valutando di tanto in tanto la presenza del corpo estraneo in bocca

#### **Se il corpo estraneo è fuoriuscito**

- Attribuisce un codice di partenza
- Comunica alla Centrale Operativa la partenza verso l'ospedale indicato



**All'arrivo in P.S**

- Comunica alla Centrale l'arrivo
- Affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

**All'arrivo in P.S**

- Comunica alla Centrale l'arrivo
- Affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

**INFERMIERE (India)**

Tutto come Victor ed inoltre

- Incannula due vene periferiche infondendo Fisiologica
- Sostiene le funzioni vitali con presidi avanzati
- Esegue anamnesi accurata

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

**All'arrivo del medico**

- Lo informa di quanto accaduto prima del suo arrivo
- Riceve dal medico le indicazioni sul programma terapeutico
- Prepara i farmaci richiesti dal medico
- Collabora con il medico nella somministrazione della terapia

**MEDICO (Mike)**

Tutto come INDIA e nella conferma di corpo estraneo considera la possibilità dell'intubazione tracheale o intercricotirotonomia per ossigenare il paziente e portarlo nel PS più vicino.

*Rif. Bibliografici:*

*ERC guidelines for resuscitation 2005 section 2 : adult basic life support and use of automated external defibrillators*

*Linee di indirizzo terapeutico-SIS 118- 2019*

## FOLGORAZIONE

### OPERATORE DI CENTRALE OPERATIVA durante dispatch

- Annota le generalità del chiamante
- Assegna un codice di invio
- verifica la corretta localizzazione del luogo dell'evento
- Invia il mezzo di soccorso
- richiama l'utente per dare ulteriori indicazioni:

suggerisce di staccare la fonte di energia elettrica, coprire le zone ustionate con teli puliti ed eventualmente IPA ( Istruzioni Pre Arrivo per BLS))

### SOCCORRITORE (Victor)

Notifica alla Centrale la partenza e l'arrivo a destinazione.

#### **Sul posto**

- Valuta la sicurezza della scena (accertandosi che la corrente sia staccata)
- Valuta ABCDE e monitorizza il paziente: frequenza cardiaca, saturazione e pressione arteriosa  
(N.B.: qualunque sia il tipo di folgorazione occorre considerare sempre il paziente come un politraumatizzato e determinare subito un controllo della neutralità della colonna vertebrale prima manualmente e appena possibile applicando un collare cervicale)
- Somministra ossigeno ad alti flussi, con reservoir
- Deterge le ustioni con soluzione fisiologica

#### **Se paziente incosciente**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) e assicura pervietà delle vie aeree con presidi di minima

#### **Se paziente in arresto respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) ventila il paziente con pallone Ambu e Ossigeno

#### **Se paziente in arresto cardio respiratorio**

- Allerta la Centrale Operativa della presenza di Codice rosso (TRE) inizia procedura BLSD

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

#### **Se paziente stabile**

- Attribuisce un codice di partenza
- Comunica alla Centrale Operativa la partenza verso l'ospedale indicato

#### **All'arrivo in P.S**

- Comunica alla Centrale l'arrivo
- Affida il paziente al personale del P.S (vedi protocollo specifico)

### **INFERMIERE (India)**

Tutto come Victor ed inoltre

- Incannula una o due vena periferica infondendo Fisiologica
- Sostiene le funzioni vitali con presidi avanzati

Può richiedere l'invio di medicalizzata (ambulanza o automedica)

#### **All'arrivo del medico**

- Lo informa di quanto accaduto prima del suo arrivo
- Riceve dal medico le indicazioni sul programma terapeutico
- Prepara i farmaci richiesti dal medico
- Collabora con il medico nella somministrazione della terapia

### **MEDICO (Mike)**

Tutto come INDIA e nella conferma di folgorazione considera :

- Necessità di intubazione se ci sono ustioni del volto o del collo con protezione del rachide cervicale
- La paralisi muscolare legata a correnti ad alto voltaggio può persistere per diverse ore e rendere necessaria la ventilazione assistita
- In caso di fibrillazione ventricolare defibrillare secondo protocollo ALS adulti
- Somministrare liquidi e.v per favorire l'eliminazione di potassio, mioglobina e altri prodotti del danno tissutale
- Trattamento del dolore

#### *Rif. Bibliografici:*

*ERC guidelines for resuscitation 2005 section 7 : cardiac arrest in special circumstances*

*Linee guida CISA-ICAR*

*Resuscitation – 65/3 2005 pag 369-372*

## COMA

Si definisce coma un profondo stato di incoscienza in cui il paziente “non è responsivo”, cioè non reagisce a stimolazioni crescenti:

- 1) chiamandolo con il suo nome;
- 2) scuotendolo;
- 3) toccandolo;
- 4) applicando stimoli dolorosi a livello sternale, sovraorbitario o sul letto ungueale (tramite una penna).

Può essere provocato da intossicazioni (stupefacenti, alcool, tossine), alterazioni del metabolismo (ipoglicemia, iperglicemia, chetoacidosi) o danni e malattie del sistema nervoso centrale (ictus, traumi cranici, ipossia).

Lo stato di Coma si caratterizza per il deterioramento improvviso e comunque rapido delle funzioni cognitive e di altre importanti funzioni cerebrali.

Alla perdita delle funzioni corticali nel coma più grave si associa la compromissione di funzioni legate a strutture più profonde dell'encefalo.

Tra lo stato di coma profondo (che è quello in cui il paziente giace inerte con gli occhi chiusi ed in cui non mostra alcuna apprezzabile risposta a stimoli esterni ed interni) e lo stato di coscienza (che è viceversa quello in cui l'individuo ha piena consapevolezza di tutto ciò che riguarda la sua persona ed il suo mondo) esistono, infatti, situazioni intermedie, nelle quali la coscienza stessa risulta solo moderatamente compromessa.

Gradi di compromissione dello stato di coscienza:

- Vigile: normale coscienza
- Confuso: alcune note di disattenzione e disorientamento
- Sonnolento: non mantiene la veglia se non stimolato
- Stuporoso: risvegliato solo da forti stimoli, sembra tuttavia incosciente
- Comatoso: non risvegliabile nemmeno da forti stimoli.

L'entità del coma viene definita tramite il GCS (Glasgow Coma Scale), che si basa su risposte facilmente valutabili: apertura degli occhi, risposta verbale, risposta motoria.

Le cause del coma sono numerose:

### **NON STRUTTURALI**

**Malattie endocrino metaboliche** (Ipo/ipertermia, Ipoglicemia, Chetoacidosi diabetica, Coma iperosmolare non chetosico, Uremia, Insufficienza epatica da iperammoniemia, Sindrome di Reye, Ipo/ipernatriemia, Ipocalcemia, Mixedema insufficienza surrenalica, Panipopituitarismo); **Encefalopatia ipertensiva**: il vero e proprio coma è solitamente preceduto da una sintomatologia importante; **Disturbi nutrizionali** (Deficit di tiamina tipico dell'alcolismo: infatti una procedura che si effettua sempre in PS quando arriva un paziente in coma è la somministrazione di tiamina, che permette di escludere un coma alcolico o di prevenire un'eventuale sindrome di Wernicke, Deficit di vitamina B12 prima del coma il paziente presenta segni e sintomi per un periodo prolungato); **Encefalopatia da ustione**;

**Shock settico/tossico:** tipicamente da Gram-; **Lesione encefalica ipossica** (Asfissia); **Annegamento;** **Anossia anossica** (PNX grave, asma ostruttivo severo); **Anossia anemica** (Emorragia grave); **Danno encefalico tossico** (Alcol, CO, ciclosporina, antiepilettici, ecc); **Overdose da farmaci, droghe** Oppioidi (infatti Naltrexone e Naloxone si somministrano di routine nel paziente in coma di cui non si hanno notizie precise), barbiturici, benzodiazepine.

### **STRUTTURALI**

**Lesioni encefaliche traumatiche, Malattie focali** (Rottura di MAV, Rottura di aneurisma), **Erniazioni cerebrali, Processi infettivi/vasculitici/neoplastici, Epilessia.**

In presenza di un paziente in coma, la prima azione da compiere è l'ispezione della cute e particolarmente di quella del cranio al fine di evidenziare eventuali segni di trauma (ad esempio ecchimosi, contusioni, escoriazioni, etc.). Questi segni esterni, se presenti, rappresentano l'indizio di un evento traumatico che può aver coinvolto anche l'encefalo.

La verifica del livello di profondità del coma e dei parametri vitali, effettuata in tempi brevissimi serve a decidere in merito all'eventuale impiego di misure rianimatorie.

Subito dopo si impone un esame obiettivo più dettagliato.

(Bisogna tuttavia tener presente che a volte una lesione primitiva del cervello, ad esempio un infarto o una emorragia cerebrale spontanea, insorta in modo improvviso e seguita da altrettanta improvvisa perdita di coscienza, è essa stessa causa di rovinosa caduta capace di provocare lesioni traumatiche, che quindi sono "conseguenza" del coma e non causa dello stesso).

La presenza delle lesioni o dei segni traumatici orienterà per l'esecuzione di un esame TAC che spesso non riesce a dirimere il dubbio sulla causa originaria dello stato comatoso.

Un aiuto nella diagnosi e nella identificazione della causa del coma può venire, anche indirettamente, dal referto TAC se si tiene conto che i segni radiografici sono precoci in caso di lesioni emorragiche e più tardivi (24-48 ore) in caso di lesioni di tipo ischemico.

Se il paziente comatoso è febbrile, e mostra una compromissione dei riflessi osteotendinei, va indagata una possibile origine infettiva su base meningitica del coma.

In altre circostanze la febbre, attraverso una compromissione della disponibilità di O<sub>2</sub> a livello encefalico, può essere essa stessa causa e non conseguenza del danno cerebrale.

Principali cause eziopatogenetiche principali da sospettare in presenza di paziente comatoso:

- **da intossicazione alcolica acuta:** valutare l'odore dell'aria espirata. Un odore di tipo alcolico, o di bevande alcoliche, può indurci a richiedere un dosaggio della alcolemia. Chiedersi inoltre e valutare se lo stato di coma più che essere in rapporto all'alcolemia non sia stato causato da un trauma cranico conseguente a caduta per ubriachezza. (e quindi ricercare e valutare eventuali segni di traumatismo e gli eventuali danni organici cerebrali.) In caso di etilismo acuto infondere per via venosa glucosata al 10% per accelerare il metabolismo dell'alcool etilico;

-**da ipoglicemia:** l'uso eccessivo o inappropriato di farmaci ipoglicemizzanti solitamente provoca stato di coma da ipoglicemia, farmacologicamente indotta. Pertanto in paziente in stato di coma senza ulteriori segni valutabili una delle prime indagini da compiere è la determinazione rapida della glicemia. Il coma ipoglicemico è prontamente reversibile con l'impiego terapeutico tempestivo di soluzioni glucosate;

**-da acidosi diabetica:** se ad un livello molto elevato di glicemia si aggiunge il caratteristico odore acetoneo, reperto riscontrabile all'esame olfattivo dell'alito, ci si può indirizzare verso la diagnosi di un coma metabolico da acidosi diabetica.

La valutazione di altri segni clinici (ascite, ittero, epatosplenomegalia, angettasi, ematemesi, melena, oppure la presenza di sangue sugli indumenti o sul letto) ci aiuterà identificare, almeno in via presuntiva, la causa del declino dello stato di coscienza;

**-da ipercapnia:** il riscontro di ipercapnia all'emogas con associata intensa cianosi del volto, delle mucose labiali e delle estremità, e una marcata dispnea con grave sforzo respiratorio e senza turgore delle giugulari, associata a volte ad edema periferico di scarsa entità, devono far sospettare un coma ipercapnico. In particolare modo se si è in presenza di un soggetto affetto da BPCO (Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva) aggravata da una patologia polmonare acuta (focolaio broncopneumonico) che scompensa il quadro di patologia cronica. L'esame emogasometrico pone fine al dubbio confermando, con una Pressione di CO<sub>2</sub> nel sangue arterioso ben oltre i valori abituali per il paziente, la diagnosi di coma ipercapnico da insufficienza respiratoria acuta. In questi casi è anche presente una marcata ipossiemia;

**- da monossido di carbonio:** evento in passato molto comune, specialmente nelle zone e nei periodi maggiormente freddi. Oggi meno frequente per le mutate abitudini sociali e per le norme di prevenzione nei sistemi di riscaldamento domestico. Resta tuttavia una importante causa di coma in occasione di incendi e di presenza di fumo, la diagnosi molto spesso si fonda sulla valutazione dello scenario in cui si è verificato l'evento. (L'intervento di soccorso in un appartamento in cui si è sviluppato un incendio e quindi con la presenza di fumo, la presenza di bracieri o stufe, o a maggior ragione in auto con motore acceso e con il tubo di scarico collegato all'abitacolo, a scopo evidentemente suicida, aiutano a indirizzare sul monossido di carbonio la causa scatenante dello stato comatoso). Il reperto del colorito rosso ciliegia, sia della mucosa della labbra, ma anche del letto ungueale, ancorché segnalato come caratteristico dell'avvelenamento da CO in realtà non è di necessario riscontro, esprimendo piuttosto livelli di massima gravità allorché presenti;

**-da farmaci da abuso:** costituisce una delle più comuni cause di coma specie nella popolazione giovane.

Può essere provocato da droghe ma anche farmaci di uso comune. Dall'overdose dei tossicomani ai tentativi di suicidio, dalla inconsapevole ingestione di prodotti velenosi, come accade talora nei bambini, all'involontario abuso posologico di medicinali, come avviene spesso per errore in persone di età avanzata ed in condizioni psichiche precarie. Nei tossicomani può già mettere sull'avviso il reperto i segni di venipunture sparsi un po' ovunque, di vene ridotte a cordoni fibrosi, di lesioni cutanee causate da manovre iniettive infettanti, etc. Se si aggiunge la contemporanea osservazione di pupille puntiformi, il sospetto diventa certezza di una intossicazione da oppiacei; ulteriore e definitiva conferma si ha dal rapido risveglio ottenibile con il naloxone, oltre che nel riscontro di oppiacei nell'urina.

Prestare attenzione particolare ad una più o meno manifesta cianosi conseguente a depressione respiratoria.

Nel caso in cui ci si trovi di fronte ad un soggetto in coma che abbia tentato il suicidio, spesso si ha la prevalenza dell'uso di benzodiazepine seguite dai barbiturici. Almeno nelle forme più gravi di questi avvelenamenti, infatti, gli unici indizi clinici evidenziabili, sono spesso rappresentati proprio dai segni di depressione dei centri del respiro, a cui si associa la caduta pressoria e rilasciamento muscolare. Per i farmaci benzodiazepinici, efficace e rapido risultato della risoluzione dello stato di coma si ottiene con l'antidoto specifico il flumazenil.

- **da intossicazione accidentale:** stato di coma originato da infortuni sul lavoro che espongano all'azione di agenti tossici (ad esempio intossicazione da esteri fosforici durante lavori nell'agricoltura). Utile l'immediata decontaminazione del soggetto colpito anche con l'allontanamento degli abiti indossati ed intrisi di veleno, l'abbondante lavaggio della cute e la terapia con gli antidoti specifici per il tipo di veleno. Utile la valutazione dello scenario incidentale e la raccolta di contenitori utilizzati e/o presenti. Porre massima attenzione alla propria protezione ed evitare l'intossicazione secondaria ( aria espirata dalla vittima in ambiente chiuso quale è il mezzo di soccorso) con l'utilizzo dei D.P.I..

-**pseudo-coma:** in alcuni casi l'alterazione dello stato di coscienza è solo apparente. Si osserva in genere negli isterici e nei simulatori, ma talvolta sindromi simil-comatose con i caratteri della areattività psicogena, si rinvencono in pazienti catatonici. Indispensabile per il riconoscimento risulta il dato anamnestico con trascorsi di ordine psicopatologico. Negli pseudo-comi di origine isterica, non compaiono mai segni nervosi di focalità e fenomeni di lato, ma sono invece quasi sempre riscontrabili indizi in grado di far presumere che la coscienza non è realmente compromessa, ad esempio, le palpebre sono in genere tenute chiuse, ma di tanto in tanto appaiono scosse da una sorta di "fremiteo vibratorio" e non di rado, inoltre, oppongono una certa resistenza ai tentativi di aprirle passivamente, anzi tendono a contrarsi.

## APPROCCIO AL TRATTAMENTO DEL COMA

### 1. Stabilizzazione

- Controllo pervietà delle vie aeree
- Posizionamento collare cervicale
- Ossigenazione e ventilazione
- Stabilizzazione del circolo (soprattutto controllo della pressione arteriosa)
- Determinazione della glicemia con stick

### 2. Terapia immediata (“coma cocktail”)

- **Tiamina** = 100 mg e.v. per trattare un'eventuale coma alcolico non manifesto
- **Glucosio 33%** = da 1 a 3 fiale da 10 ml e.v., eventualmente continuando l'infusione con la somministrazione di glucosata al 10%. Nel bambino la dose è di 2 ml/Kg di glucosio al 25%.  
N.B. Il glucosio si somministra in caso di documentata glicemia con stick o qualora non sia possibile conoscere i valori glicemici del paziente (se il paziente è in coma iperglicemico la dose di glucosio raccomandata non produce effetti sfavorevoli clinicamente significativi).
- **Naloxone** = 0,4-2 mg e.v.+ 0,4 mg i.m. nel sospetto di intossicazione da oppioidi



**P.O.S PROCEDURE OPERATIVE SPECIALI**

- 1. Paziente obeso**
- 2. Incidente stradale**
- 3. Persone Intrappolate**
- 4. Incidente in aeroporto**

## 1 Paziente obeso

### SCENARIO DI ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA SPECIALE:

Richiesta di intervento per ospedalizzazione di paziente con peso corporeo eccessivo, non gestibile con le procedure ordinarie

### ALTRE PROCEDURE O DISPOSIZIONI DI RIFERIMENTO

- Protocolli di coordinamento con VVF
- Disposizioni sull'impiego dei mezzi di soccorso

### PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

- Avete l'occorrente necessario per tagliare gli indumenti?
- Avete l'occorrente necessario per spostare del mobilio
- Si può aumentare lo spazio a disposizione intorno al paziente
- Come richiedere mezzi aggiuntivi

A cura della C.O.:

Effettuare un censimento, su scala provinciale, delle persone obese, attraverso gli ospedali, i medici di base, i centri per la cura dell'obesità, i centri antidiabete etc.

Inoltre tenere presente che non tutti gli ospedali sono attrezzati per ricevere pazienti di peso eccezionale; sarebbe utile effettuare una ricognizione e stilare un protocollo condiviso con le rispettive direzioni sanitarie circa le modalità di accesso nelle strutture individuate.

### OPERATORE DI C.O. DURANTE IL COLLOQUIO TELEFONICO

#### Domande primarie:

- Località, indirizzo.
- A che piano abita il paziente?
- C'è un ascensore? di che dimensioni?
- Ci sono balconi o solo finestre?
- Numero di telefono
- Posizione del paziente (a letto, seduto, per terra ecc.)

#### Domande secondarie:

- Le scale sono agibili?
- L'abitazione è in condominio o in villa?
- C'è una piazzola dove far confluire i mezzi di soccorso?
- L'area è facilmente raggiungibile?
- Nota qualcosa di inusuale?

Bari, lì 22/01/2020

### **Considerazioni generali sul problema p a z i e n t i b a r i a t r i c i**

I mezzi messi a disposizione dalla ASL BARI consistono in N° 2 (due) ambulanze di proprietà che sono state ricondizionate e strutturalmente adattate ad accogliere barelle bariatriche di ultima generazione con rinforzo del pianale e di tutti i punti di aggancio per la maggiore sicurezza delle persone trasportate

A far tempo dal 1 febbraio 2020, facendo seguito a protocollo d'intesa siglato dalla Direzione Generale ASL BARI e da Direzione di Aeroporti di Puglia SpA, diventa operativa una postazione 118 presso l'Aeroporto di Karol Wojtyla di Bari.

La postazione è costituita da una ambulanza particolarmente attrezzata che ha il duplice scopo del soccorso in ambito della provincia di competenza dell'ASL di pazienti grandi obesi e pertanto al di fuori del circuito delle chiamate di Emergenza Urgenza e contestualmente supporto ed assistenza qualificata al personale sanitario in servizio presso il presidio sanitario dell'aerostazione in regime di convenzione. Pertanto

- Il mezzo denominato, secondo il sistema informatico regionale, BABRT1 non sarà utilizzato per interventi in emergenza al di fuori del sedime aeroportuale ma solo per interventi al di fuori dello stesso in presenza di paziente grande obeso.
- In caso di paziente trattato dal personale del presidio sanitario dell'aerostazione che necessiti di trasporto in PP.SS, la Centrale Operativa, informata dell'evento e delle condizioni del paziente assegna BABRT1 a il P.S. di riferimento.
- In caso di chiamata della BABRT1 per paziente grande obeso, per il tempo in cui l'ambulanza non è disponibile per il supporto di cui al punto precedente, la Centrale Operativa attiverà la seconda ambulanza bariatrica attraverso il Coordinamento 118. (Che si ricorda essere con personale in regime di reperibilità con tempi di attivazione legati alla reazione dei dipendenti e alla loro distanza dal luogo di stazionamento del mezzo). In caso di necessità emergente sarà inviato il mezzo 118 più vicino. A questo tempo va poi ad aggiungersi il tempo necessario al raggiungimento del target.
- In caso di eventuale contemporaneità di interventi per grandi obesi, possibili interventi di urgenza presso l'aeroporto saranno garantite con l'invio a richiesta di un mezzo 118 secondo procedure standard

### **Come opera l'ambulanza bariatrica?**

Con tutte le dotazioni sanitarie ed elettromedicali previste per un mezzo ALS e, in aggiunta, con dotazioni sanitarie speciali acquisite per la peculiare caratteristica del soccorso/trasporto grandi obesi

### **Considerazioni particolari sui mezzi per trasporto / soccorso pazienti bariatrici**

Oltre alla formazione sull'utilizzo della Barella Bariatrica consistente in

- Movimentazione il paziente con preventivo controllo dei percorsi e gli eventuali ostacoli dall'attuale posizione fino all'interno del mezzo di soccorso o trasporto.
- Formazione del personale di condotta e assistenza anche sul versante Etico (Ricordarsi di trattare i pazienti obesi con estrema dignità: quasi sempre l'incremento di peso è legato a patologie incontrollabili.)
- Buon posizionamento del mezzo di soccorso o trasporto ed eventualmente ricorso, tramite la Centrale Operativa, anche alla Polizia Municipale.
- Cura della manutenzione ordinaria e straordinaria della barella
- Il personale impegnato sarà formato sulla guida dei mezzi in sede aeroportuale.

Direttore Dott. Antonio Dibello

Direttore Dott. Gaetano Dipietro

**Mezzi idonei per l'intervento**

- Ambulanza di tipo A bariatrica attrezzata con presidi idonei (toboga verricellabile portata fino a Kg 300, cinghie per immobilizzazione, putrelle per immobilizzazione toboga sul pianale...etc) e strumentazione adeguata (manicotti per sfigmomanometro per obesi, collari..etc.).
- Mezzi VV.F.
- Jeep o Furgone
- Altri mezzi speciali

**Presidi idonei aggiuntivi**

- Toboga collocata in Centrale Operativa (portata max kg 170)

**Diagnostiche e peso corporeo massimo tollerato**

(specificare in caso di total body in quanto il limite massimo potrebbe essere inferiore a quello indicato):

Policlinico	200-250 kg (TAC)
Di Venere	205 kg (TAC)
	150 kg (RMN)
San Paolo	160 kg (TAC)
Mater Dei	130 kg (TAC)
Miulli	200 kg (TAC)
Monopoli	205 kg (TAC)
Putignano	200 kg (TAC)
Andria	225 kg (TAC)
Barletta	200 kg (TAC)
Bisceglie	130 kg (TAC)
Murgia	180 kg (TAC)

**PROCEDURA GENERALE DI INTERVENTO**

**Durante il percorso:**

Il Capo equipaggio (Medico o I.P.) procede a veloce briefing ricordando la sequenza logica dell'intervento e distribuendo i compiti ai componenti l'equipaggio sulla base delle notizie ricevute dalla C.O

**All'arrivo sul posto:**

- Gli autisti posizionano i mezzi in modo da:
  - Non ostacolarsi a vicenda;
  - Lasciare spazio per altri mezzi in arrivo
- Non iniziare la movimentazione del paziente se non si è sicuro di portarla a termine.

**Intervento:**

- Verificare la situazione e contattare altri Enti soccorritori (VVF, CC, PS)
- Valutare i pericoli incombenti e programmare autoprotezione e protezione del paziente (funzionalità impianto ascensori e suo massimo carico sopportabile, ecc.)
- Relazionare alla Centrale Operativa esponendo problemi e soluzioni individuate

## **S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo**

- Stabilire dove posizionare il materiale sanitario e tecnico: cassetta con farmaci, tavole spinali, barelle cucchiaio, teli protettivi, collari, defibrillatore, tavola in legno per l'affiancamento di 2 barelle.
- Controllare con i VVF le vie di accesso all'abitazione e quelle per l'allontanamento del paziente.
- Provvedere alla stabilizzazione delle funzioni vitali del paziente (circolazione e respirazione)
- Eventualmente provvedere alla corretta immobilizzazione del paziente.
- Procedere all'eventuale estricazione del paziente in collaborazione con i VV.F.
- Liberare il paziente da indumenti ingombranti e metterlo in posizione semi-seduta
- Rimuovere il paziente e trasportarlo fino al mezzo di soccorso
- In caso di decesso accertato dal medico, il recupero della salma avverrà solo dietro autorizzazione del Magistrato
- Far mantenere libera l'area di lavoro da personale estraneo (richiedere l'intervento delle forze di polizia)

### **REVISIONE CRITICA DELL'INTERVENTO**

#### **Aspetti da sottoporre a verificare:**

- Adeguatezza della preparazione all'intervento
- Tempistica dell'intervento e coordinamento con gli altri attori (VV.F e Forze dell'Ordine)
- Messa in sicurezza degli operatori e del paziente
- Adeguatezza dei mezzi reperiti e utilizzati
- Adeguatezza del trattamento sanitario
- Correttezza delle manovre di estricazione/movimentazione del paziente
- Correttezza della ospedalizzazione e della chiusura dell'intervento

**Censimento persone obese e Privacy:**

Il Garante della privacy, ha chiarito che le informazioni e i dati necessari alla pianificazione comunale di protezione civile possono essere trattati dai Comuni, poiché risultino necessari allo svolgimento dei relativi compiti istituzionali. Tale orientamento trova fondamento nella vigente legislazione in materia di protezione civile e in particolare nella legge n. 225 del 1992. Analoghe considerazioni possono esprimersi in merito alla comunicazione dei dati in questione effettuata dai Comuni ad altre istituzioni, quali il Dipartimento di Protezione Civile, la Prefettura, la Regione e la Provincia.

In merito al quesito relativo all'inserimento, nei piani comunali di Protezione Civile, dei dati riguardanti le persone non autosufficienti (nominativi, residenza, recapiti telefonici e patologie) e quindi di natura sensibile, l'Autorità ha ricordato che i soggetti pubblici non devono acquisire né il consenso degli interessati né l'autorizzazione del Garante, ma attenersi a quanto stabilito dal recente decreto legislativo n. 135 in materia di trattamento dei dati sensibili da parte della P.A.

## **2 Incidente stradale con intrappolamento di feriti**

### **SCENARIO DI ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA SPECIALE:**

Richiesta di intervento per incidente stradale con persone incastrate o bloccate all'interno degli autoveicoli

### **ALTRE PROCEDURE O DISPOSIZIONI DI RIFERIMENTO**

- Protocolli di coordinamento con VVF
- Disposizioni sull'impiego dei mezzi di soccorso

### **OPERATORE DI C.O. DURANTE IL COLLOQUIO TELEFONICO**

#### **Domande primarie:**

- Numero e tipo di veicoli coinvolti? (moto, auto)
- Ci sono delle persone incastrate e feriti?
- Località, indirizzo. Eventuali riferimenti topografici
- Sono coinvolti automezzi che trasportano sostanze pericolose o non conosciute
- Se conosciute che sostanze trasportano i mezzi coinvolti?
- Gli autisti di questi camion sono presenti sulla scena? farli rimanere a disposizione dei soccorritori.
- Eventuali testimoni sono rintracciabili telefonicamente?
- Quale visuale dell'incidente hai chi descrive l'accaduto? riesce a vedere tutto lo scenario

#### **Proseguire l'intervista rassicurando dell'invio dei mezzi di soccorso e quindi dicendo:**

“Mi ascolti, sto attivando i mezzi di soccorso ma ho bisogno di avere altre informazioni”

#### **Domande secondarie:**

- Esce del fumo da qualche veicolo?
- Conosce o può informarsi circa il tipo di alimentazione di quel veicolo?
- Nota delle perdite e odore di carburante?
- L'area dell'incidente e tutti i veicoli coinvolti sono facilmente raggiungibili?
- Nota qualcosa di inusuale?

#### **Enti da allertare:**

- 115, C.C, P.S., VV.UU. (Nel caso di chiusura di assi viari di primaria importanza richiedere staffetta Polstrada per ambulanze)
- eventualmente Società Autostrade, Prefettura, Società private con mezzi idonei

#### **Mezzi idonei per l'intervento**

- Ambulanze di tipo A o B in numero presumibilmente adeguato ma da attivare progressivamente (inizialmente inviare 1 o 2 ambulanze per ricognizione e primo intervento)

#### **Altri mezzi da mettere in preallarme.**

- Automedica
- Elisoccorso (se disponibile)

## PROCEDURA GENERALE DI INTERVENTO

### Durante il percorso:

Capo equipaggio (Medico o I.P.) svolge briefing con assegnazione degli incarichi ai componenti sulla base delle notizie ricevute e riepilogo protocolli.

In caso di traffico sostenuto tramite la Centrale Operativa si può richiedere staffetta della Polstrada o dei Vigili Urbani.

### All'arrivo in posto:

Gli autisti posizionano i mezzi in modo da:

- Non ostacolarsi a vicenda;
- Proteggere fisicamente la scena dell'incidente ed evitare l'esposizione degli operatori ai pericoli del traffico.
- Lasciare spazio per altri mezzi in arrivo;

### MANOVRA PREVENTIVA

- Spegner e far spegnere il motore dei veicoli coinvolti
- Segnalare al traffico in arrivo la presenza dell'incidente con ampio anticipo e comunque prima di una eventuale curva
- Individuare il punto opportuno dove posizionare tutto il materiale tecnico e medico occorrente: cassetta con farmaci, tavole spinali, barelle cucchiaio, teli protettivi, collari, defibrillatore, ecc.;

### INTERVENTO:

- Verificare la situazione e contattare altri Enti soccorritori presenti (VVF, CC., P.S.)
- Verificare i pericoli incombenti (traffico, sostanze pericolose, cavi illuminazione elettrica, principio di incendio ecc.);
- Verificare le condizioni dei feriti
- Verificare l'eventuale presenza di vittime nelle immediate vicinanze dell'incidente
- Controllare ed eventualmente chiedere ai VVF di rendere sicura la stabilità dei veicoli.
- Considerare la possibilità di scoppio degli AirBag e il blocco dei Pretensionatori delle cinture di sicurezza
- Provvedere alla stabilizzazione delle funzioni vitali del ferito (circolazione e respirazione)
- Provvedere alla Immobilizzazione del corpo
- Preparare l'estricazione chiedendo ai VVF un varco idoneo
- Rimuovere il paziente e trasportarlo fino al mezzo di soccorso
- **In caso di decesso accertato dal medico il recupero delle salme e lo spostamento dei veicoli avverrà solo dietro permesso del Magistrato oppure se intralciano il soccorso ad altri feriti**

### MANOVRE DI SUPPORTO

- Staccare i cavi della batteria, per evitare che si verifichi un principio di incendio o l'auto si metta in movimento;
- Far mantenere libera l'area di lavoro da personale estraneo (intervento forze di polizia)
- Mantenere sgombra da detriti l'area di lavoro (attenti ai vetri e alle lamiere)

### Materiale occorrente:

- Estricatore
- Collare cervicale



- Steccobende o similari
- Barella a cucchiaio
- Materasso a depressione o asse spinale

**Promemoria sugli Aspetti sanitari delle operazioni**

- Se c'è trauma posizionare il collare cervicale e assicurare 2 accessi venosi;
- Durante le operazioni il ferito deve essere protetto e costantemente assistito da personale infermieristico
- Il medico, prima di procedere all'estricazione/movimentazione del ferito consulterà il personale VVF.
- Prima di iniziare il lavoro sull'autovettura proteggere il ferito con teli o altre protezioni (metalline).
- Tranquillizzare il ferito spiegando tutte le operazioni (rumori, scossoni o urti creano ulteriori traumi alla persona sotto shock). Questi accorgimenti devono essere utilizzati anche se la persona *appare* incosciente.
- Con minimo sospetto di lesioni alla colonna vertebrale procedere all'estrazione del ferito solo dopo aver applicato l'immobilizzatore spinale (KED).

**Al termine dell'intervento**

- Rimuovere le attrezzature e l'equipaggiamento utilizzato per il soccorso/recupero.
- In caso di decesso, salvo diversa disposizione, lasciare tutto sul luogo per fini investigativi.
- Se il personale e l'equipaggiamento sono stati contaminati durante il soccorso, eseguire le appropriate procedure di decontaminazione o “*confezionamento*” (chiusura ermetica in teli o buste di plastica) prima di rimettere l'attrezzatura sull'ambulanza.
- Procedere quanto prima a un debriefing del personale, per minimizzare particolari situazioni di stress accumulato.

**REVISIONE CRITICA DELL'INTERVENTO:**

Discutere, valutare e migliorare:

- Adeguatezza della preparazione all'intervento
- Tempistica dell'intervento e coordinamento con gli altri attori (VVF e Forze dell'Ordine)
- Messa in sicurezza degli operatori e del paziente
- Adeguatezza dei mezzi reperiti e utilizzati
- Adeguatezza del trattamento sanitario
- Correttezza delle manovre di Estricazione/movimentazione del paziente
- Correttezza della ospedalizzazione e della chiusura dell'intervento

### Consigli pratici

- Disporre sempre dell'occorrente per tagliare le cinture di sicurezza o altri impedimenti
- Aumentare lo spazio a disposizione intorno al paziente mediante
  - Arretramento o asportazione del sedile;
  - Sollevamento del piantone dello sterzo

Le parti della vettura staccate o rotte devono essere allontanate dalla zona delle operazioni (possono essere infilate sotto l'automezzo stesso).

Prima di procedere all'estrazione del ferito incastrato si dovrà stabilire una valida collaborazione tra personale sanitario e VV.F., per concertare una strategia che offra sicurezza, rapidità e qualità di soccorso.

Prima del taglio dello schienale del sedile immobilizzare il ferito.

### 3 Persone intrappolate

#### SCENARIO DI ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA SPECIALE:

Richiesta di intervento per persone intrappolate in impianti industriali, all'interno di silos, serbatoi, pozzi o macerie ecc.

N.B. Potrebbe essere necessario l'utilizzo di tecniche di derivazione speleo-alpinistiche.

#### ALTRE PROCEDURE O DISPOSIZIONI DI RIFERIMENTO

- Protocolli di coordinamento con VVF
- Disposizioni sull'impiego dei mezzi di soccorso

### OPERATORE DI C.O. DURANTE IL COLLOQUIO TELEFONICO

#### Domande primarie:

- Località, indirizzo, numero civico
- Telefono del richiedente
- Sapere quante persone sono intrappolate
- Sapere dove sono intrappolate?
- Sapere se ci sono feriti e nel caso che tipo di ferite
- Informarsi se ci sono vapori tossici o fumo?
- Informarsi se ci sono state esplosioni
- Focalizzare esattamente il problema per cui è richiesto l'intervento
- Informarsi circa la natura e il tipo ambiente chiuso, se serbatoio, cunicolo o altro
- Chiedere se la zona è raggiungibile con mezzi pesanti

#### Chiedere inoltre se:

- Si riesce a vedere o si conosce la profondità o l'altezza del posto
- Si riesce a comunicare con le persone
- Si hanno informazioni certe circa descrivermi le dimensioni di accesso al cunicolo/serbatoio/pozzo

#### Altri Enti da allertare:

- La C.O allerta immediatamente i Vigili del Fuoco - Nuclei SAF (Nucleo Speleo Alpino Fluviale) **tramite 115**
- Prefettura, (in caso di grandi eventi) **tel.....**
- Tecnici/responsabili dello stabilimento/impianto o struttura che racchiude le vittime

#### Mezzi idonei e attrezzature necessarie per l'intervento:

- AMB tipo A o B
- Automedica
- Asse spinale,
- Estricatore
- Barella cucchiaio
- Collare cervicale
- Bombole di O2
- Autorespiratori,
- Barella di salvataggio, Tute antistrappo, Elmetti, Stivaletti.
- Fonte luminosa

## PROCEDURA GENERALE DI INTERVENTO

- Stabilire contatto con VVF
- Cercare dei testimoni per appurare esattamente che cosa è successo.
- Cercare un responsabile del cantiere (in caso di manutenzioni, ecc.) e cercare informazioni relative al tipo di spazio confinato
- Individuare i pericoli presenti per i soccorritori.
- Cercare degli indizi che indichino l'accaduto, nel caso in cui non sono disponibili dei testimoni diretti,
- Valutare la posizione e le condizioni della/e vittime, determinandone anche il numero
- Decidere rapidamente se è necessario effettuare un Triage di evacuazione e/o di stabilizzazione.
- Stabilire prima possibile un contatto con la/le vittime.

### Il D.S.S deve:

#### *informarsi (anche tramite VVF) circa il Tipo di spazio confinato*

- la natura dello spazio confinato. Ciò può essere fatto consultando personale informato (operai o responsabili dello stabilimento, ecc.)
- il tipo di prodotti presenti (anche immagazzinati) nello spazio (attenzione ai rischi collaterali)
- i pericoli conosciuti presenti: meccanici, elettrici, ecc.
- la posizione ed il numero delle vittime coinvolte
- i punti di ingresso ed uscita.
- La stabilità strutturale dello spazio confinato.

#### *censire il Personale disponibile al fine di:*

- stabilire se ha a disposizione sulla scena un numero adeguato di persone addestrate per eseguire il salvataggio o il recupero.
- considerare l'effetto di temperature estreme sul personale e deve prendere in considerazione un'adeguata turnazione.

#### **assicurarsi con i VVF di avere a disposizione l'adeguata attrezzature tra cui:**

- Attrezzature per il monitoraggio dell'atmosfera
- Illuminazione e radio antideflagranti,
- Attrezzi antiscintilla
- Protezione delle vie respiratorie, linee di alimentazione dell'aria
- Attrezzature/sistemi per la rimozione delle vittime
- Equipaggiamento di ventilazione.

## INTERVENTO

#### *Messa in sicurezza della zona in generale*

- Stabilire un perimetro delle operazioni (contatto con capo squadra dei VVF)
- Far bloccare tutto il traffico non necessario (contatto con forze dell'ordine)
- Accertarsi che i veicoli di soccorso, se hanno il motore acceso, siano posizionati sottovento rispetto alla posizione delle vittime
- Assicurare un'adeguata ventilazione generale dell'area/spazio
- Selezionare il personale con accesso all'area
- Individuare un responsabile della sicurezza delle operazioni (contatto con capo squadra dei

VVF )

- Tenere conto della necessità di rotazione del personale.

### Messa in sicurezza dell'area di salvataggio

Il D.S.S.

- Si informa circa la verifica, da parte della componente tecnica del soccorso (VVF), dell'assenza di sostanze pericolose .
- Si accerta del blocco delle utenze di servizio (elettricità, gas, acqua).  
Permette l'accesso al luogo dell'evento ai soccorritori solo su precisa disposizione del VVF più alto in grado presente sullo scenario.

Qualsiasi equipaggiamento o attrezzatura di lavoro presente nella scena va disattivato prima di autorizzare l'accesso ai soccorritori. Tutti gli interruttori disattivati vanno opportunamente segnalati al fine di evitare eventuali riattivazioni non volute.

### **Ingresso nello spazio confinato:**

#### Selezione del personale

- Scegliere con cura il personale da impiegare.
- Se il tempo a disposizione lo consente, tutto il personale pronto per operare deve essere monitorato nei parametri vitali prima dell'ingresso (registrare pressione arteriosa, battito cardiaco, ecc.).

#### Settore salvataggio

- Il DSS. deve predisporre del personale di supporto fuori dallo spazio confinato, con un rapporto di minimo di 2:1 (2 persone di supporto per ognuna che entra). Questo deve includere il personale di riserva in attesa pronto ad intervenire e fornire assistenza immediata in prossimità dello spazio confinato.
- Tutto il personale che entra e quello di riserva in attesa deve essere adeguatamente addestrato in tecniche di ingresso negli spazi confinati.

#### Selezione dell'equipaggiamento protettivo

- Il personale sanitario deve essere accompagnato dagli specialisti dei VVF
- Il personale che entra e quello di riserva in attesa deve indossare gli appropriati indumenti protettivi. ( tute caschi, guanti, occhiali, calzature,).
- È obbligatorio l'uso di imbracature per ogni operatore che entra.
- Tutto il personale che entra deve essere munito di apparato autorespiratore autonomo.

#### Comunicazioni ed illuminazione

- Se il personale entra in uno spazio confinato con scarsa o nulla visibilità, il DSS. deve assicurarsi che i VVF predispongano un appropriato sistema di illuminazione. Se non sono disponibili lampade o illuminazione antideflagranti, vanno impiegati bastoncini luminosi ad innesco chimico tipo “starlight” ”cyalume” da sei o dodici ore ecc..

#### Configurazione dello spazio confinato

- Prima dell'ingresso nello spazio confinato il DSS. deve procedere a briefing con i VVF e studiare uno schema che descriva la configurazione dello spazio confinato al personale che entra, per prendere adeguata conoscenza.
- Tutto il personale deve essere a conoscenza del piano di intervento deciso dal DSS. e del

piano di eventuale evacuazione/fuga.

### Rimozione della vittima

#### Attrezzature per la rimozione delle vittime

- Se possibile, il personale che entra deve essere dotato di un apparato di respirazione ausiliario per la vittima.
- I soccorritori non devono privarsi del proprio apparato autorespiratore per assistere la vittima.

#### Valutazione delle condizioni delle vittime

- Dopo aver raggiunto la vittima, deve essere effettuata una valutazione primaria delle sue condizioni. Iniziare il trattamento sanitario appena possibile.
- Successivamente effettuare una valutazione secondaria più approfondita. Qualora il tempo lo permetta, trattare le ferite più gravi (emorragie esterne, immobilizzazione di fratture etc.) prima della rimozione.
- Se la vittima è cosciente, deve essere incoraggiata ed aiutata ad indossare un autorespiratore.

#### Immobilizzazione della vittima

- Se indicato, provvedere all'immobilizzazione della spina dorsale. Tenere comunque conto della successiva necessità di movimentare il paziente attraverso spazi angusti.
- Dopo il trattamento di ferite gravi e prima della sua rimozione, la vittima deve essere adeguatamente immobilizzata. Questa operazione può richiedere: K.E.D., tavola spinale ecc.
- Assicurarsi di avere stretto bene tutti i lacci e le cinghie.

#### Sistema di rimozione (a cura dei VVF - SAF)

- Prima di iniziare la rimozione della vittima è necessario pianificare l'appropriata modalità di rimozione. Questo può comprendere trasporto orizzontale o verticale, con l'uso di corde, cavi, carrucole o altri accessori che offrano, come minimo, un vantaggio meccanico di 2:1.
- Come regola generale i soccorritori devono operare in modo da evitare che la vittima si trovi tra loro e la via di uscita ( potrebbe ostruire la via ad una fuga precipitosa ad esempio in caso di crollo). A volte la situazione può precludere l'uso di questo accorgimento in quanto che un soccorritore può essere costretto a tirare la vittima mentre l'altro la spinge.
- Verificare il rientro in area controllata di tutto il personale (conteggio delle squadre di salvataggio in entrata e in uscita)

#### Trasferimento

- **Immediatamente dopo aver raggiunto l'uscita, la vittima viene presa in carico dalle squadre di supporto in attesa.**
- In caso di vittima contaminata da prodotti chimici, va approntata, a cura del 1.1.8. o dei VVF, una stazione **di decontaminazione** in cui la vittima deve essere trattata prima del trasporto.
- Se il personale e l'equipaggiamento sono stati contaminati durante il soccorso/recupero, vanno eseguite le appropriate procedure prima di rimettere in servizio l'attrezzatura contaminata.

### REVISIONE CRITICA DELL'INTERVENTO

- Rimuovere gli attrezzi e l'equipaggiamento utilizzato per il soccorso/recupero. In caso di un decesso, salvo diversa disposizione, lasciare tutto sul luogo per

fini investigativi.

- Procedere quanto prima a un debriefing del personale, per alleggerire particolari situazioni di stress.

### **COMUNICAZIONI**

- Considerare il coinvolgimento emotivo dei familiari e degli amici: tenere informata la famiglia, tramite la Centrale Operativa.
- Se necessario la Centrale Operativa individua un addetto ai rapporti con la stampa.

### **RIENTRO IN SEDE, MANUTENZIONE MEZZI e ATTREZZATURE**

- Verificare accuratamente lo stato dei materiali utilizzati
- Reintegrare i farmaci utilizzati.
- Provvedere alla eventuale decontaminazione delle attrezzature.

### **DEBRIEFING con gli operatori di Centrale**

Discutere, valutare e migliorare:

- La tipologia di intervento è stata immediatamente compresa ?
- C'è stato un adeguato utilizzo delle risorse?
- Le informazioni sul posto sono state raccolte in tempi accettabili?
- Il personale era preparato?
- I tempi dell'intervento sono stati ottimali?
- Ci sono stati rischi supplementari inutili?
- Sono stati originati da comportamenti errati dei soccorritori?
- L'integrazione con i VVF è stata buona?

#### 4 Incidente in aeroporto

SCENARIO DI ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA SPECIALE:

Richieste di soccorso per incidente aereo o preallarme per aeromobile in avaria.

ALTRE PROCEDURE O DISPOSIZIONI DI RIFERIMENTO

- piano di emergenza aeroportuale della DCA

#### Operatore di centrale durante il colloquio:

##### Domande primarie:

- Che Tipo di aereo è interessato ?
- Quando è previsto l'atterraggio?
- Quante persone sono a bordo?
- C'è incendio a bordo?
- Ci sono feriti?
- Ci sono vapori tossici o fumo?
- Ci sono state esplosioni?
- Qual è esattamente il problema?
- Riesce a comunicare con il pilota o altra persona a bordo dell'aereo?

#### La C.O

- Invia il mezzo medicalizzato più vicino  
(Il capo equipaggio, procede a breve briefing ricordando la sequenza dell'intervento e assegnando i compiti ai componenti dell'equipaggio, sulla base delle notizie ricevute dalla C.O)
- Individua il primo medico 1.1.8. che arriverà sul posto come temporaneo Direttore dei Soccorsi Sanitari (D.S.S.).
- Allerta altre postazioni, (facendole avvicinare l'aeroporto).
- Contatta il referente per le maxiemergenze della Centrale Operativa o in sua assenza il medico di centrale in turno e lo indirizza in aeroporto, procurandogli se necessario scorta dei VV.UU o altra Forza dell'Ordine. Questo appena giunto assumerà il ruolo di Direttore dei Soccorsi Sanitari sostituendo il precedente.
- Notifica l'incidente al direttore di Centrale.
- Contatta telefonicamente tutte le associazioni di volontariato e **se richieste dal D.S.S**, le invia sul posto.
- Avvisa telefonicamente tutti gli Ospedali del circondario dell'emergenza in atto.
- Ricerca - aggiorna la situazione dei posti letto (particolarmente Rianimazione, centro ustioni, camera iperbarica, neurochirurgia e chirurgia toracica)
- Dispone che il primo medico giunto sul posto contatti, anche via radio, il medico dell'aeroporto.
- Stabilisce la destinazione dei feriti , sulla scorta delle indicazioni che verranno dal campo e dagli ospedali.
- Ricorda ai mezzi di soccorso che possono utilizzare i dispositivi sonori solo su codice rosso.
- Ricorda agli autisti che le ambulanze possono entrare in aeroporto solo dal varco individuato dal piano di emergenza aeroportuale (di cui la Centrale 1.1.8. deve essere in possesso e a conoscenza).



## S.E.U.S. – Centrale Operativa 118 BARI – Protocollo Operativo

- Ricorda agli autisti che i mezzi devono dare sempre comunicazione dei loro spostamenti e che all'interno del sedime aeroportuale devono seguire la viabilità apposta. Non è possibile attraversare le piste di volo.
- Ricorda agli autisti che nel caso in cui un mezzo di soccorso dovesse imbattersi in un'emergenza mentre si reca sul luogo dell'evento, dovrà ovviamente prestare soccorso dandone notizia alla centrale.

### **RIEPILOGO PROCEDURA OPERATIVA:**

Il medico in servizio all'aeroporto dispone movimentazione della scorta intangibile ed inizia l'operazione di Triage

Il medico della prima medicalizzata **118** che arriva in aeroporto assume momentaneamente il ruolo di D.S.S.

Le ambulanze che man mano perverranno, su indicazione del **118.**, dal centro raccolta mezzi individuato dal piano di emergenza aeroportuale muoveranno per andare al luogo dell'incidente per caricare 1 o 2 pazienti ( secondo indicazioni di Triage) per portarli presso il PMA.

Il 2° medico che arriva con il suo equipaggio viene indirizzato al PMA individuato dal piano di emergenza aeroportuale dove si fermerà assieme al suo infermiere ad assistere i pazienti che arrivano .

I mezzi sanitari aeroportuali incominceranno a fare la spola fra l'aereo incidentato e il PMA coadiuvati poi dagli equipaggi delle altre ambulanze pervenute sul posto.

Secondo necessità i feriti viaggeranno con equipaggio composto da infermiere e/o volontario, se viene valutato che il medico del mezzo intervenuto possa essere più utile sullo scenario dell'incidente o presso il PMA.

## GLI ANTIDOTI NEL TRATTAMENTO DELL'INTOSSICATO

Gli antidoti sono sostanze che, con meccanismo aspecifico o specifico e per vie diverse, (migliorano la prognosi quoad vitam o quoad functionem), possono prevenire o limitare l'assorbimento, l'azione lesiva sui parenchimi o le alterazioni funzionali indotte dai veleni (Bozza-Marrubini et al, 1987).

L'indicazione all'uso è data dalla clinica e/o dall'anamnesi.

Nel 2008 un accordo tra Stato-Regioni sancisce che monitoraggio, efficacia e sicurezza degli antidoti impiegati nei SSN sono appannaggio dei CAV.

Il CAV di Pavia ha istituito la Banca dati Nazionale degli antidoti che riporta gli antidoti disponibili in ogni servizio nazionale.

Antidoti che agiscono a livello del tratto gastroenterico

### *Carbone vegetale attivato*

Il carbone attivato è un adsorbente aspecifico di un gran numero di sostanze, la cui precoce somministrazione previene l'assorbimento dei veleni presenti nello stomaco. Oltre alla capacità adsorbente del carbone attivato in dose singola, il carbone attivato si è dimostrato molto efficace anche mediante somministrazioni ripetute nel cosiddetto processo di "dialisi gastrointestinale" che consente di aumentare l'escrezione di tossici già assorbiti che presentano un ricircolo entero-epatico o entero-enterico (Flomenbaum e Price, 1986; Howland, 1986; Neuvonen e Okkola, 1988; Rodgers e Matyunas, 1986; Wanke, 1984).

La posologia del carbone attivato, diluito in acqua e somministrato per os o attraverso sonda per lavanda, è di 0.5-1g/kg di peso corporeo; 2-5 g/ ora durata media trattamento 1-3 gg.

### *Olio di vaselina*

Viene somministrato (Tabella III) in caso di ingestione di sostanze liposolubili. Esso non è assorbibile dalla mucosa intestinale: probabilmente solubilizza le sostanze che si sciolgono nei grassi prevenendone l'assorbimento, diminuendone la concentrazione, il potere irritante e la volatilità con il pericolo della aspirazione nelle vie aeree. La somministrazione di olio di vaselina (alla dose di 2-3 ml/kg di peso corporeo per os) deve essere seguita dal purgante salino al fine di ottenere una veloce espulsione della miscela con le feci. Le indicazioni sono rappresentate dall'ingestione di idrocarburi, oli essenziali, solventi organici e altre sostanze liposolubili (Locatelli et al, 1989).

\* Bozza-Marrubini et al, 1987

### *Dimeticone (Mylicon)*

Silicone idrorepellente a bassa tensione superficiale. E' indicato nelle ingestioni di sostanze schiumogene: infatti, modificandone la tensione superficiale, elimina le bolle che si formano a livello gastrico per azione dei tensioattivi (Bozza-Marrubini et al, 1987). Somministrazione orale variabile in base a quanto schiumogeno è stato ingerito.

### *Sodio tiosolfato (o iposolfito)*

A livello gastrico inattiva, alla dose di 250 ml al 5%: iodio, ipocloriti, (candeggina classica, varechina), cromati, bicromati, clorati e permanganati 1-5 fiale in pari quantità di acqua per ottenere soluzione al 5% in unica somministrazione (Bozza-Marrubini et al, 1987). Viene impiegato, per via endovenosa 8-16 g/die, nella intossicazione da cianuri, con cui reagisce formando tiocianato, composto innocuo (vedi oltre).

### *Calcio lattogluconato e calcio carbonato*

Impedisce l'assorbimento intestinale di fluoruri, acido ossalico e ossalati, rendendoli insolubili (Bozza-Marrubini et al, 1987). Per os 500-1000 mg. L'applicazione di calcio in formulazione gel al 2,5% viene utilizzata per le esposizioni cutanee ad acido fluoridrico.

### *Terra di Fuller*

Adsorbe stabilmente e in misura superiore al carbone attivo (a livello del tratto gastroenterico) il paraquat e gli altri erbicidi dipiridilici. Viene usata in sospensione acquosa al 30% associata a solfato di magnesio 5%, alla dose di 500-1000 mL in successive porzioni refratte (Bozza-Marrubini et al, 1987).

### **Altri antidoti**

#### *Albume d'uovo*

L'albume d'uovo viene ritenuto utile nell'ingestione di sali di metalli pesanti (si formano proteinati di metallo, insolubili) e di caustici. Può essere preparato in soluzione acquosa (pozione albuminosa: un albume in 100 ml di acqua) o lattea (pozione latteo-albuminosa: un albume in 100 ml di latte) (Bozza-Marrubini et al, 1987).

#### *Amido*

L'amido inattiva, a livello gastrico, lo iodio, con formazione di ioduro d'amido, composto di colore azzurro, insolubile. Viene utilizzato somministrando 20-30 grammi di amido (di frumento, di riso o di mais) sospeso in 300-400 ml di acqua o latte. Si può utilizzare la stessa soluzione per la gastrolusi (Bozza-Marrubini et al, 1987).

#### *Blu di Prussia*

Il blu di Prussia è un colorante (n° 77520 del Colour Index) che non viene assorbito nel tratto gastroenterico e che viene utilizzato esclusivamente per os nella intossicazione da tallio. Si lega al tallio a livello intestinale, e agisce con duplice meccanismo: interrompendone il circolo enteroepatico (diminuisce il riassorbimento di tallio dall'intestino del 70% circa) e favorendone l'escrezione fecale.

Viene utilizzato in sospensione per eseguire la lavanda gastrica; al termine di questa manovra vengono lasciati nello stomaco il purgante salino e 250 mg/kg di blu di prussia in 250 ml di acqua. Adulti 3g ogni 8 ore, bambini (2-12 anni) 1g ogni 8 ore, donne gravide o in allattamento 130mg/die.

## Antagonisti

### Atropina

Antagonista specifico dell'acetilcolina a livello delle terminazioni parasimpatiche (muscariniche) e delle sinapsi colinergiche centrali, trova indicazione nelle intossicazioni da sostanze ad azione colinomimetica o anticolinesterasica: esteri organo-fosforici, carbamati, alcuni funghi (genere *Clitocybe* e *Inocybe*) (Bozza-Marrubini et al, 1987). La somministrazione di atropina blocca le manifestazioni di ipertono parasimpatico (sintomi muscarinici: bradicardia, miosi, salivazione, ipersecrezione bronchiale, broncospasmo, ecc.) caratteristiche di queste intossicazioni. L'atropina va somministrata in dose di 1-2 mg e.v. negli adulti e 0,05 mg/kg nei bambini; la dose va ripetuta ogni 10-30 minuti fino a comparsa di segni di atropinizzazione (blocco delle secrezioni) (Gelman e Conner, 1984). Tuttavia, poichè la comparsa dell'effetto antidotico è strettamente correlata al tipo di veleno e al carico tossico, il dosaggio non è standardizzabile; 0,25-0,50 mg sono in genere sufficienti in caso di intossicazione da *Clitocybe*, mentre possono essere necessari dosaggi molto superiori nelle intossicazioni da carbamati o esteri organo-fosforici (fino a 30 grammi di atropina in 35 giorni, somministrata in perfusione continua a dosi giornaliere variabili da 170 a 3600 mg) (Le Blanc et al, 1986; Locatelli et al, 1989).

### Fisostigmina (*Eserina*)

E' un inibitore reversibile della acetilcolinesterasi che viene utilizzata nelle intossicazioni da farmaci e sostanze ad azione anticolinergica centrale, responsabili cioè della Sindrome Anticolinergica Centrale (SAC): atropina, iosciamina, belladonna, scopolamina, parasimpaticolitici ad azione centrale, antiistaminici, fenotiazine, antiparkinsoniani atropinosimili, antidepressivi triciclici e quadriciclici, funghi (*Amanita muscaria*) (Bozza-Marrubini et al, 1987). La struttura chimica di amina terziaria le permette di attraversare la barriera ematocerebrale e di essere attiva quindi anche a livello centrale.

La dose è di 1mg in 10 ml di fisiologica in infusione lenta, da ripetere secondo prescrizione specialista CAV.

Il farmaco può, in alcuni casi, precipitare convulsioni, crisi colinergiche, midriasi, ileo paralitico, ritenzione urinaria, bradiaritmie e asistolia, ipotensione, tachicardia ventricolare e fibrillazione atriale.

### Naloxone

E' l'antidoto specifico degli oppioidi. E.v., i.m., sottocute, inalatoria nella dose di 0,4-16 mg con possibili somministrazioni ripetute.

### Flumazenil

E' l'antidoto specifico delle benzodiazepine (BDZ). La molecola, una benzodiazepina sostituita, agisce selettivamente e con meccanismo competitivo a livello dei recettori benzodiazepinici centrali, per i quali ha un alto grado di affinità. E.v. 1-5 mg in bolo, ripetibile.

### ***Idrossocobalamina***

Nell'intossicazione da cianuri e nitrili il trattamento sintomatico di rianimazione e quello antidotico hanno la precedenza sul trattamento evacuativo del tratto digerente. Gli antidoti specifici oggi utilizzati sono l'idrossocobalamina e il sodio tiosolfato.

La dose consigliata, negli avvelenamenti da cianuri medio-gravi, è di 2-4 grammi di idrossocobalamina ripetuti in boli ravvicinati a circa 5 minuti di distanza l'uno dall'altro fino a 20 g; insieme all'idrossocobalamina viene somministrato anche il sodio tiosolfato (Bozza-Marrubini et al, 1987; Locatelli et al, 1989).

### ***Sodio tiosolfato (od iposolfito)***

Il CN<sup>-</sup> viene usato, nel trattamento dell'intossicazione cianidrica, in infusione endovenosa lenta alla dose di 8-16 g/die.

### ***Ossigeno***

E' l'antidoto di scelta in tutte le intossicazioni accompagnate da ipo-anossia. Le indicazioni all'ossigenoterapia sono rappresentate dall'anossia anossica (es: respirazione di gas inerti o tossici in concentrazioni tanto elevate da diluire o annullare la concentrazione dell'ossigeno nell'aria), dall'anossia da deficit di trasporto (carbossi- e metaemoglobina), dall'anossia istotossica (cianuro) e dall'anemia emolitica (Bozza-Marrubini et al, 1987).

### ***Blu di metilene***

La terapia delle intossicazioni da sostanze metaemoglobinizzanti (es. anilina, nitriti, nitrati, nitrobenzene, fenazopiridina, ecc.) consiste nelle misure generali atte ad allontanare il veleno non ancora assorbito (es. rimozione degli abiti, lavaggio della cute con acqua e sapone) e nel ripristino della capacità di trasporto dell'ossigeno nel sangue prima che si siano verificati danni anossici parenchimali irreversibili. Ciò può essere ottenuto mediante (Bozza-Marrubini et al, 1987; Locatelli et al, 1989):

Viene somministrato molto lentamente per via endovenosa e in soluzione all'1% alla dose di 1-2 mg/kg. Può essere necessario ripetere altre dosi senza superare i 7 mg/kg in 24 h, dose alla quale il blu di metilene diventa esso stesso metaemoglobinizzante. Gli effetti collaterali di questa terapia antidotica sono rappresentati da diaforesi, nausea, vomito, vertigini e confusione mentale; l'accidentale infiltrazione perivenosa determina grave necrosi (Gelman e Conner, 1984).

### ***Etanolo***

E' indicato nell'intossicazione da metanolo e glicole etilenico, di cui rallenta il metabolismo e quindi la formazione dei rispettivi metaboliti tossici; inibisce anche la comparsa della gravissima acidosi metabolica tipica di questi avvelenamenti.

L'etanolo può essere somministrato, a seconda della gravità del caso, sia per os che per via endovenosa. La dose di etanolo da somministrare varia secondo le capacità metaboliche del paziente e la contemporanea attuazione della dialisi, e viene regolata in modo tale da mantenere l'alcoolemia etilica al livello di 100 mg% (Tabella V) (Locatelli et al, 1989; Wanke, 1984).

***Pralidossima (PAM)***

E' il riattivatore della colinesterasi inattivata (fosforilata) dagli esteri organo-fosforici (Howland, 1986). La riattivazione enzimatica è efficace prevalentemente a livello delle placche neuromuscolari (recettori nicotinici) con rapido ritorno (in 10-40 minuti dopo la somministrazione) alla normale risposta del muscolo scheletrico (Taylor, 1980): ciò determina la normalizzazione delle escursioni diaframmatiche e della funzionalità respiratoria (Mortensen, 1986).

Il farmaco deve essere somministrato entro 24-36 ore dall'esposizione agli organofosforici e solamente dopo aver ottenuto una buona atropinizzazione dell'intossicato, cioè solo dopo che gli effetti muscarinici dell'intossicazione siano stati stabilmente dominati (Bozza-Marrubini et al, 1987; Gelman e Conner, 1984; Namba et al, 1971).

La terapia viene iniziata (e continuata) in base al monitoraggio delle colinesterasi del paziente, secondo lo schema e i dosaggi, riportati in Tabella VI.

La pralidossima è controindicata nelle intossicazioni da carbamati.

<b>da esteri organo-fosforici</b>	
<b>ATROPINA (e.v.)</b>	
Bambini < 12 anni	Bambini > 12 anni e Adulti
dose iniziale 0,05 mg/kg in bolo	dose iniziale e di mantenimento: 1,0-2,0 mg in bolo (ogni 10-30 minuti)
dose di mantenimento 0,02-0,05 mg/kg (ogni 10-30 minuti)	
<b>PRALIDOSSIMA (e.v.)</b>	
Bambini < 12 anni	Bambini > 12 anni e Adulti
dose iniziale: 25-50 mg/kg (in 15-30 minuti)	dose iniziale: 2 grammi (in 30-60 minuti)
dose di mantenimento: 25-50 mg/kg/6 ore	dose di mantenimento: 2 g/6 ore

***Dantrolene***

Questo farmaco trova indicazione nel trattamento dell'ipertermia maligna e della sindrome maligna da neurolettici. Agisce come miorilasciante selettivo del muscolo striato, probabilmente attraverso l'inibizione della liberazione di calcio dal reticolo sarcoplasmatico. La somministrazione per via endovenosa di una dose bolo di 1-2 mg/kg può essere seguita da ulteriori boli da 1 mg/kg, fino ad un massimo di 10 mg/kg; per os si inizia con 25 mg/kg, aumentabili, in 7 settimane, fino a 400 mg/die suddivisi in 4 somministrazioni (Locatelli et al, 1989).

***N-Acetilcisteina (NAC)***

L’N-acetilcisteina è l’antidoto essenziale delle intossicazioni acute da paracetamolo; è stata utilizzata con successo nella terapia degli avvelenamenti da *Amanita phalloides*, fosforo, piombo, idrocarburi alogenati, e viene utilizzata sperimentalmente in altre intossicazioni (Tabella VII).

<b>Tabella VII. Indicazioni all’uso antidotico dell’acetilcisteina</b>				
<b>INDICAZIONI ACCERTATE</b>	paracetamolo	solventi: idrocarburi clorurati	fosforo	piombo

Trattamento preventivo per via endovenosa in caso di dubbia ingestione di dose tossica, se il paziente vomita: ciclo di terapia di 24 ore.

Trattamento terapeutico per via endovenosa in caso di sicura ingestione di dose tossica o di alterazioni enzimatiche dimostranti epatolesività.

Nel caso specifico del paracetamolo, la somministrazione dell’acetilcisteina va iniziata non oltre le 8 ore dall’ingestione dell’analgescico: l’efficacia è minore dopo 8-12 ore e praticamente nulla dopo 15-24 ore (Rumack et al, 1981).

L’uso di questo antidoto per os è consigliabile in tutti i casi, anche solo sospetti, di intossicazione acuta o subacuta da agenti a potenziale lesività epatica.

<b>Tabella VIII. Dosaggio di acetilcisteina nel trattamento antidotico di avvelenamenti da sostanze ad azione epatolesiva.</b>	
<b>dose di attacco</b>	<b>dose di mantenimento</b>
<b>150 mg/kg (in 90 minuti)</b>	<b>300 mg/kg/24 h</b>

## APPENDICE: INFEZIONE DA CORONAVIRUS

**Disposizioni riguardanti le procedure da seguire da parte dell'equipaggio "118" in caso di soccorso a paziente con sospetta infezione da Coronavirus (2019-nCoV)**

Il 31 dicembre 2019 la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan (Cina) ha segnalato all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un cluster di polmoniti ad eziologia ignota che si è verificato nella città di Wuhan (provincia cinese di Hubei). I casi manifestavano sintomi quali febbre, tosse secca, mal di gola, difficoltà respiratorie, e gli esami radiologici del torace evidenziavano lesioni infiltrative bilaterali diffuse. Dalle prime indagini è emerso che la maggior parte dei casi riferiva un link epidemiologico con il mercato Wuhan's South China Seafood. Il mercato è stato chiuso il primo gennaio 2020. L'eziologia di questi casi è stata chiarita il 9 gennaio 2020, quando il Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ha comunicato l'identificazione di un nuovo Coronavirus denominato 2019-nCoV, rendendone pubblica la sequenza genomica. L'*outbreak* sembra essersi originato da un singolo o multipli eventi di trasmissione da animale a uomo (zoonosi), ma la sorgente dell'infezione non è ancora chiara. Il nuovo Coronavirus ha mostrato un'omologia di sequenza con il Coronavirus che nel 2002-2003 ha causato l'epidemia di SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) ed è in grado di trasmettersi da uomo a uomo. Secondo le stime dell'OMS, attualmente l'R0 del virus (numero di riproduzione di base, indica il numero di casi secondari attesi in seguito ad una singola infezione in una popolazione completamente suscettibile) è di 1,4-2,5. I dati indicano che il 25% dei casi confermati di infezione ha sviluppato una forma clinica grave e la letalità osservata è stata pari al 4% dei casi confermati in laboratorio. Ad oggi, l'OMS non ha dichiarato una Emergenza di Sanità Pubblica Internazionale (Public Health Emergency of International Concern – PHEIC).

Ufficialmente, l'OMS riporta, al 29 gennaio 2020, 4.593 casi confermati, di cui 4.537 in Cina e 56 casi in altri paesi. Tra i casi sono stati segnalati 106 decessi. Le autorità sanitarie cinesi hanno confermato l'infezione in 16 operatori sanitari (dati al 26 gennaio 2020). Tuttavia, i numeri sono in continua evoluzione.

Attualmente, il rischio di importazione in Italia è stato valutato come moderato e, poiché si tratta di una situazione emergente e in rapida evoluzione, l'ECDC fornirà costantemente informazioni aggiornate. Il Ministro della Salute ha riunito una *task force* per coordinare gli interventi nel nostro Paese, composta dalla Direzione Generale per la Prevenzione, dalle altre direzioni competenti, dai Carabinieri dei NAS, dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" di Roma, dall'USMAF (Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera), dall'Agenzia italiana del Farmaco, dall'Agenas e dal Consigliere diplomatico.

Con nota 0001997-22/01/2020-DGPRES-DGPRES-P il Ministero della Salute ha emanato la Circolare Ministeriale "Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) in Cina" (aggiornata con nota 0002302-27/01/2020-DGPRES-DGPRES-P), in cui sono specificate la definizione di caso, le modalità di segnalazione e le modalità di raccolta e invio dei campioni biologici. Tale Circolare è stata recepita con nota della Regione Puglia Prot. n. 286 del 23.01.2020. Secondo quanto riportato nella Circolare Ministeriale, un caso può essere considerato sospetto se:

**A.** Presenta una **infezione respiratoria acuta grave – SARI** (febbre, tosse e che ha richiesto il ricovero in ospedale), e **senza altra eziologia** che spieghi pienamente la presentazione clinica e **almeno una delle seguenti condizioni:**

- **storia di viaggi o residenza in aree a rischio della Cina**, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia; oppure
- il paziente è un operatore sanitario che ha lavorato in un ambiente dove si stanno curando pazienti con infezioni respiratorie acute gravi ad eziologia sconosciuta.

**B.** Presenta una malattia respiratoria acuta e almeno una delle seguenti condizioni:





minimizzare il rischio di trasmissione. Questo permette anche al personale dell'U.O.C. di prepararsi con adeguati DPI.

### TRATTAMENTO IN AMBULANZA DEL CASO SOSPETTO

Quando la situazione lo permette (non è necessaria: intubazione OT, assistenza respiratoria con pallone Ambu, verifica della pervietà delle vie aere ecc...), munire il paziente con mascherina N95 per ridurre la dispersione di droplets. La terapia in ambulanza è sintomatica (somministrare quando necessario O2 ad alte concentrazioni ed incannulare una vena periferica per eventuale terapia d'urgenza). Utilizzare, quando possibile, presidi monouso.

IL PERSONALE “118” CHE ACCEDE SUL LUOGO DOVE E' PRESENTE UN SOSPETTO CASO DI CORONAVIRUS DEVE INDOSSARE I SEGUENTI DPI:

- Maschere N95 o sim. (contaminazione con spruzzi e schizzi di sangue o di altri fluidi biologici)
- Guanti (un solo paio)
- Occhiali o visiera protettiva
- Tuta con cappuccio
- Calzature che possono essere decontaminate o soprascarpe monouso

DURANTE PROCEDURE MEDICHE CHE SI RITIENE POSSANO GENERARE SCHIZZI O SPRUZZI DI SECREZIONI RESPIRATORIE:

- Tuta con cappuccio
- Occhiali protettivi o schermi facciali
- Mascherine a norma

ATTENZIONE AL LAVAGGIO DELLE MANI !!!

- Il lavaggio delle mani è la misura igienica più importante nella prevenzione dalla diffusione dell'infezione.
- I guanti non sono un'alternativa al lavaggio delle mani
- Le mani dovrebbero essere lavate prima e dopo contatti significativi con qualsiasi paziente, dopo attività che possono causare contaminazione e dopo la rimozione dei guanti
- Quando non sono disponibili acqua e sapone possono essere usati disinfettanti per la cute a base di alcool.
- Seguire scrupolosamente tutte le misure precauzionali nella fase di svestizione dagli indumenti utilizzati nel soccorso, per evitare il rischio di disseminazione. Riporre tali indumenti in sacchi impermeabili e seguire le successive procedure di smaltimento.

COME DEVONO ESSERE TRATTATI I RIFIUTI SPECIALI IN AMBULANZA

- Non manipolare i rifiuti per evitare lesioni da oggetti taglienti non visibili, non riposti negli appositi contenitori
- Deve essere evitata la manipolazione manuale dei rifiuti (se necessaria)
- I rifiuti devono essere smaltiti secondo le normative vigenti (sacchi impermeabili e rigidi, etichettati)
- La biancheria di ambulanza deve essere posta in doppia busta di plastica impermeabile, il personale incaricato di tale preparazione deve indossare adeguati DPI (camici monouso, mascherine N95, guanti)

#### DISINFEZIONE DELL'AMBULANZA E DEGLI STRUMENTI

L'ambulanza, dopo il trasporto di un caso sospetto infezione da Coronavirus, deve essere messa "in pausa" per il tempo necessario per poter effettuare una accurata disinfezione del mezzo con disinfettanti ad ampio spettro di provata attività antivirale (preparati al cloro o composti dell'ammonio quaternario). Il personale incaricato della disinfezione (autisti e soccorritori) deve indossare adeguati DPI (guanti, camice monouso, mascherine, soprascarpe).

Gli strumenti utilizzati per il soccorso: respiratore, circuiti, aspiratore, ambu...), vanno sterilizzati secondo le norme fornite dai produttori.

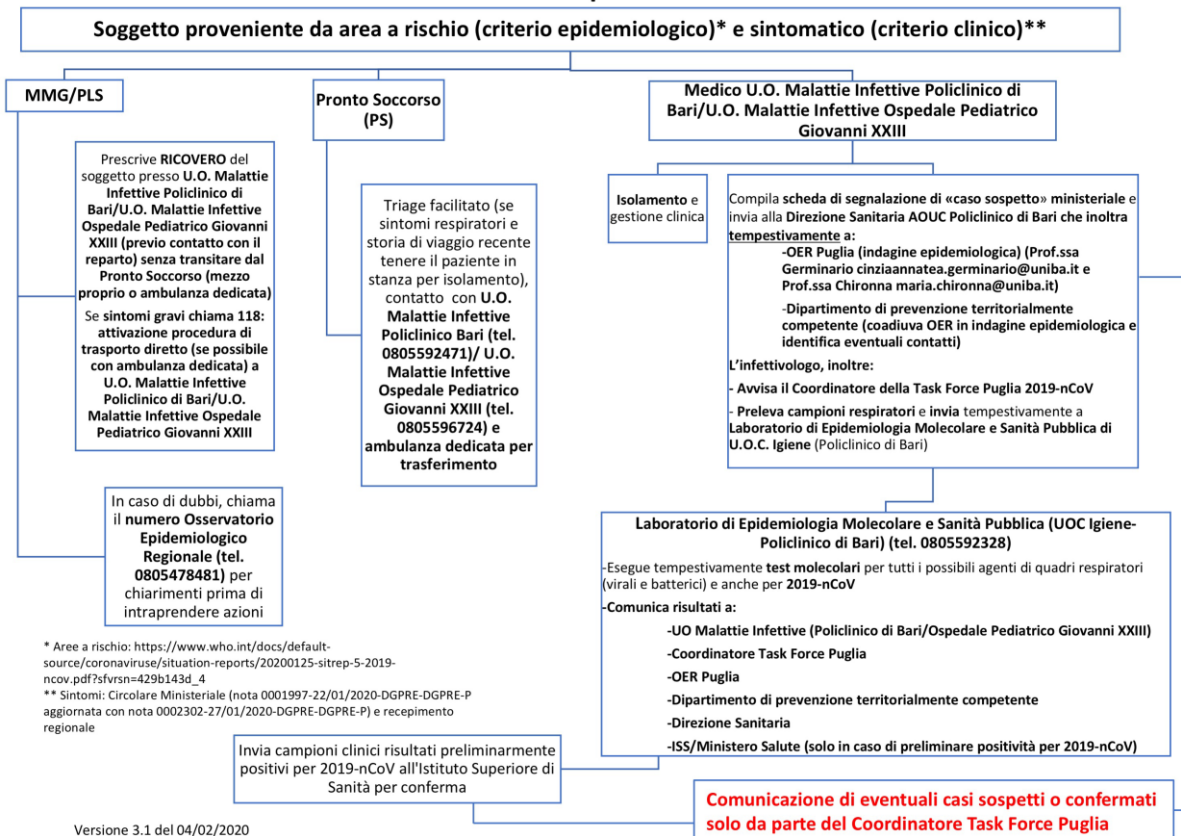
#### CONTATTO CON SOSPETTO AFFETTO DA CORONAVIRUS:

per contatto ravvicinato si intende: coabitazione, assistenza, o contatto diretto con persone malate e con secrezioni respiratorie e fluidi corporei di queste.

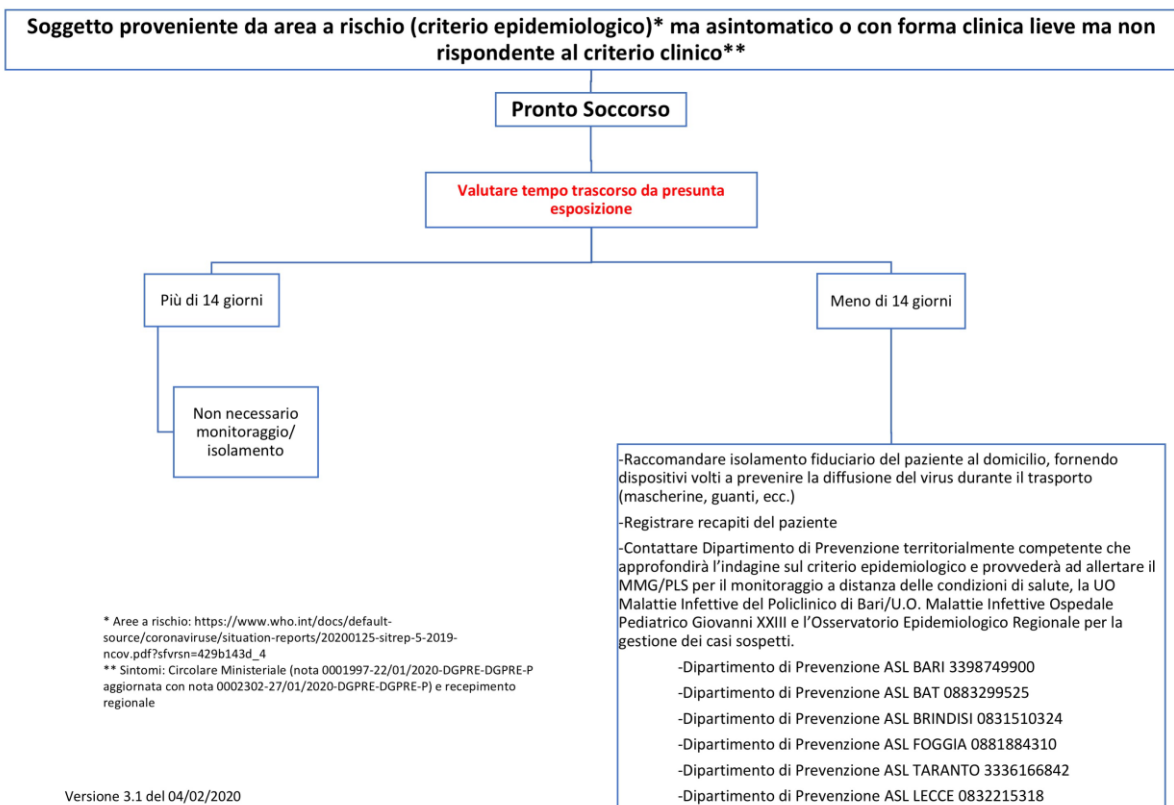
Secondo le direttive del Ministero della Salute: nei casi di contatti di casi sospetti, le indicazioni sono le seguenti:

- Fornire informazioni circa i possibili sintomi clinici del Coronavirus e il tempo entro cui si possono manifestare;
- Prendere nota di nome, indirizzo e recapiti telefonici dove i soggetti saranno rintracciabili per i 10 giorni successivi (per quanto riguarda i volontari delle associazioni sarà il presidente dell'associazione a fornire al direttore della C.O. i dati suddetti);
- I nominativi ed i recapiti dei contatti vanno comunicati al Servizio Igiene Pubblica (incaricato della sorveglianza), che in caso di sintomi dubbi si coordinerà con la struttura clinica di riferimento e disporrà le eventuali misure contumaciali;
- Sottoporre a sorveglianza passiva per la durata di 10 giorni dall'ultimo contatto. Il paziente con contatto sospetto è libero di continuare le sue abituali attività e nel caso si manifestino febbre ed altri sintomi la circostanza va riferita immediatamente per telefono all'autorità sanitaria locale (ASL) che disporrà per la successiva presa in carico e fornirà eventuali ulteriori istruzioni (astensione dal lavoro, evitare luoghi pubblici, ridurre i contatti con componenti della propria famiglia e conoscenti, ...)

Flow chart n.1 - Gestione caso sospetto di infezione da 2019-nCoV



Flow chart n.2 - Gestione caso asintomatico con criterio epidemiologico da parte del Pronto Soccorso



Flow chart n.3 - Gestione caso asintomatico con criterio epidemiologico da parte del MMG/PLS

