

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 64° - Numero 24

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

Palermo - Venerdì, 21 maggio 2010

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ

*Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2,
l. n. 662/96 - Filiale di Palermo*

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL. 091/7074930-928-804 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074925-931-932 - INSERZIONI TEL. 091/7074936-940 - FAX 091/7074927

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 30 aprile 2010.

Linee guida - Protocolli e procedure Servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia.

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 30 aprile 2010.

Linee guida - Protocolli e procedure Servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge n. 833/78 e sue integrazioni e modificazioni;

Visto il D.P.R. 27 marzo 1992, che impartisce alle Regioni le direttive di indirizzo e coordinamento per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza mediante il numero unico telefonico "118";

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il decreto legislativo n. 229/93 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto l'art. 36 della legge regionale 30 novembre 1993, n. 30 per quanto in atto vigente;

Vista la legge regionale 16 dicembre 2008, n. 19;

Visto l'art. 24 della legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009, relativo alla Rete dell'emergenza-urgenza sanitaria;

Vista la legge regionale 31 agosto 1998, n. 14 - Norme in materia di protezione civile;

Vista la nota assessoriale prot. n. 6436 del 27 ottobre 2008, recante atto di indirizzo sul sistema territoriale di soccorso 118;

Visto il proprio decreto n. 481/09 del 25 marzo 2009, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 18 del 24 aprile 2009, con il quale sono state approvate le linee guida generali denominate "Funzionamento del servizio di emergenza urgenza sanitaria S.U.E.S. - 118";

Considerato che le su citate linee guida al punto 1.5.7 hanno previsto, fra l'altro, che, per il corretto espletamento dei compiti specifici della centrale operativa 118, si rende necessario provvedere alla formulazione di protocolli operativi a valenza regionale al fine di omogeneizzare le procedure;

Considerato che, al fine di definire i suddetti protocolli operativi, sono state convocate le riunioni di seguito indicate, cui sono stati invitati i direttori di centrale delle C.O. 118;

Viste le risultanze delle su citate riunioni svoltesi nei locali dell'Assessorato regionale della salute nelle date: 24 novembre 2009; 27 gennaio 2010; 2 febbraio 2010; 2 marzo 2010 e 24 marzo 2010;

Ritenuto, pertanto, di dover procedere all'adozione del provvedimento formale di approvazione dei protocolli operativi a valenza regionale al fine di omogeneizzare le procedure di tutte le strutture afferenti al sistema dell'emergenza-urgenza 118;

Decreta:

Art. 1

Per le motivazioni di cui in premessa, è approvato l'unito documento che fa parte integrante del presente decreto denominato "Linee guida - Protocolli e procedure Servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia".

Art. 2

Le procedure approvate devono essere osservate da tutte le strutture afferenti al sistema dell'emergenza-urgenza 118 della Sicilia.

Art. 3

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 30 aprile 2010.

RUSSO

Allegato

SERVIZIO URGENZA EMERGENZA SANITARIA 118
REGIONE SICILIA

Premessa

Le linee guida derivano dalla condivisione di determinati comportamenti, i quali, riconosciuti e scientificamente provati, rappresentano la formalizzazione della successione azioni fisiche e mentali, e con le quali si raggiunge un determinato obiettivo.

Esse permettono di controllare progressivamente le attività svolte e le risorse utilizzate, e concorrono a garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati nei programmi di V.R.Q. e dalla Joint Commission.

Il sistema di emergenza-urgenza si pone come scopo principale di assicurare un'assistenza tempestiva ed efficace, che parte dal territorio sino alla definitiva collocazione del paziente. La realizzazione di tale obiettivo passa attraverso un'organizzazione integrata, una formazione specifica ed interdisciplinare, e l'utilizzo di linee guida diagnostico-terapeutiche e tecnico-organizzative.

L'elaborazione e la concretizzazione di questo lavoro sono frutto dell'esperienza di chi quotidianamente si confronta con le necessità e i bisogni di salute dei cittadini.

Il fine ultimo delle linee guida in oggetto è l'interazione delle varie figure del soccorso sanitario, intra ed extra-ospedaliero, di tutto il territorio regionale basato su procedure e protocolli uniformi.

Il contenuto delle presenti linee guida, protocolli e procedure è rivolto a tutti gli operatori del S.U.E.S. 118 della Sicilia.

Definizione

Le linee guida sono raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, con lo scopo di indirizzare il personale sanitario a decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche e situazionali.

Tali raccomandazioni hanno la loro attuazione nell'ambito di servizi sanitari che mirano al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati i livelli di prestazione. L'applicazione, inoltre, concorre sicuramente a espressioni di eccellenze cliniche.

Il protocollo è l'applicazione operativa dei contenuti e delle indicazioni date dalle linee guida, contenuti che devono essere noti e condivisi. La conoscenza e l'adesione ai protocolli guidano e regolano la condotta e l'interazione di più soggetti presenti sulla scena e consentono:

- di sostenere la necessità di una posizione;
- di avere riferimenti specifici nel campo delle azioni da eseguire (specie a livello di scelte alternative o problemi decisionali).

Le procedure, attraverso le quali i protocolli si concretizzano, sono precisi strumenti che comprendono le norme e i comportamenti da seguire. Il loro scopo è far sì che, in un determinato ambito, tutti gli operatori agiscano in modo uniforme e formalmente riconosciuto. Esse descrivono la sequenza temporale delle azioni e gli strumenti necessari, indicano e distinguono i soggetti responsabili di ciascuna azione, fissando le regole di comportamento, ed elencando le norme da seguire.

Riferimenti normativi

- D.P.R. 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria ed emergenza".

- D.M. 15 maggio 1992 "Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza".
- Atto di intesa fra Stato e Regioni di approvazione delle "Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria" applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992 nella *Gazzetta Ufficiale* n. 114 del 17 maggio 1996.
- Legge 3 aprile 2001, n. 120 "Utilizzo dei defibrillatori in ambiente extraospedaliero".
- Linee guida ministeriali n. 1/96 sul sistema di emergenza sanitaria.
- Legge regionale 3 novembre 1993, n. 30, artt. 6 e 36.
- Decreti assessoriali dell'8 febbraio 1997 e del gennaio 2001 e successivi;
- Riorganizzazione dei servizi destinati all'urgenza e all'emergenza e i rapporti con l'assistenza sanitaria di base, decreto n. 481 "Obiettivo piano B 4".
- Atto di indirizzo sul S.U.E.S. 118 dell'ottobre 2008.
- Linee guida generali sul funzionamento del S.U.E.S. 118 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 18 del 14 aprile 2009).

La Centrale operativa 118 (C.O. 118)

La Centrale operativa 118 è l'interfaccia tra il cittadino e il sistema di soccorso sanitario; le sue attività specifiche sono:

- ricevere le richieste di soccorso;
- valutare la criticità dell'evento;
- dare la risposta adeguata ad ogni evento entro i tempi stabiliti;
- coordinare le risorse disponibili;
- fare da interfaccia con la Centrale unica per attivazione H.E.M.S.;

- organizzare la formazione e fare informazione;
- redigere protocolli e procedure operative.

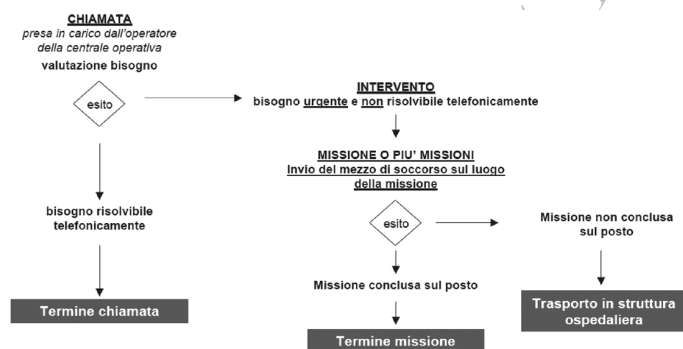
La valutazione generale del tipo di chiamata rappresenta il primo compito dell'operatore di C.O. 118.

Il compito successivo è rappresentato dalla possibilità di attivare precise misure di intervento.

In determinati casi la richiesta di aiuto si esaurisce con una corretta informazione o con un ascolto competente.

La fase di gestione della chiamata è la più importante, in quanto l'operatore, in concerto con un'eventuale équipe, dovrà valutare, in base alle risposte avute, la quantificazione dello stato di gravità di una o più persone coinvolte in una situazione critica (fase della compilazione dei dati relativi alla risposta dell'operatore di C.O. 118), assegnando alla stessa un codice colore che decreterà il tipo di intervento da attuare; comincia qui la fase preparatoria del "triage extraospedaliero", che verrà completata eventualmente con l'invio del mezzo sul luogo dell'evento.

Schema delle fasi connesse alla chiamata alla C.O. 118:



La C.O. 118 è parte integrante di un'organizzazione a livello regionale ed agisce utilizzando i seguenti sistemi:

- personale del S.U.E.S. 118 (dedicato);
- sistema di comunicazione radio-telefonico;
- sistema informativo ed infotelematico;

e le seguenti risorse:

- S.U.E.S. 118: mezzi di soccorso, P.T.E., P.T.A., continuità assistenziale;
- S.S.R.: D.E.A. di I, II, e III livello - P.S. - Medici di base e pediatri di base.

Tutte le attività di ognuna delle componenti sopra citate prevedono l'utilizzo di protocolli operativi e procedure, la cui applicazione permetterà di ottenere degli standard uniformi e di qualità.

Personale del S.U.E.S. 118

- Direttore di Centrale operativa.
- Medico responsabile S.U.E.S. 118.
- Medico rianimatore.
- Medico dell'emergenza territoriale 118.
- Coordinatore infermieristico di Centrale.
- Infermiere professionale 118.
- Autista/Soccorritore - Operatore esperto.

Direttore di Centrale operativa 118

Finalità del ruolo

Il direttore responsabile, titolare della struttura complessa della Centrale operativa 118, coordina i rapporti con le direzioni sanitarie e amministrative delle aziende ospedaliere, delle A.S.P. e con tutti gli enti ed istituzioni presenti nel territorio di competenza.

Medico responsabile S.U.E.S. 118

E' responsabile della:

- 1) organizzazione generale del servizio S.U.E.S. 118 su tutto il territorio di competenza;
- 2) organizzazione generale degli aspetti tecnici che regolano i rapporti con le altre strutture di emergenza non sanitaria e con gli enti convenzionati;
- 3) definizione dei protocolli operativi interni in coerenza con i protocolli operativi regionali;
- 4) definizione e conduzione di programmi per la verifica e la promozione della qualità dell'assistenza;
- 5) formazione e aggiornamento del personale sanitario e laico e della definizione delle relative linee di indirizzo;
- 6) gestione organizzativa e funzionale del personale medico, e non, della C.O. 118 e dei mezzi di soccorso (ambulanze, eliambulanze e automediche);
- 7) raccordo con le altre strutture territoriali deputate agli interventi di emergenza e maxi-emergenza sanitaria.

Nello svolgimento di tali compiti e di quelli delineati dalle normative e linee guida vigenti, il responsabile di C.O. 118 si avvale della collaborazione organizzativa dei DEA, delle direzioni sanitarie e delle proposte dei referenti per l'emergenza, identificati dalle singole aziende, ricadenti nel bacino di competenza.

Medico rianimatore/Emergenza territoriale 118

Attività in Centrale operativa 118

I medici assegnati alla C.O. 118, operanti sui mezzi di soccorso e nei P.T.E., svolgendo opera di supervisione nell'attività del personale infermieristico, sono i responsabili della corretta applicazione delle procedure per la risoluzione delle richieste di soccorso sia in C.O. 118 che in postazione ed esplicano le proprie funzioni attraverso:

- supporto medico e riferimento organizzativo generale per tutti gli operatori professionali, tecnici e autisti - soccorritori operanti all'interno della C.O. 118 e sui mezzi di soccorso;
- medicalizzazione dei mezzi su ruota negli eventi dove è necessaria la presenza di un medico (M.S.A. e Automedica);
- coinvolgimento nella formazione e aggiornamento del personale.

Inoltre:

- assume la responsabilità della corretta applicazione dei protocolli e delle procedure;
- partecipa al coordinamento dei vari interventi e risponde alle richieste dell'operatore di C.O. 118;
- assume la decisione di intervenire con M.S.A./Automedica quando necessita coprire un territorio scoperto in caso di rendez-vous con altri mezzi non medicalizzati;
- collabora, nei casi di alto grado di criticità, alla scelta dell'ospedale di destinazione, nel rispetto di quanto concordato tra il direttore, le A.S.P. e i DEA;
- comunica al direttore, in modo diretto e con schede condivise, gli eventi sentinella di carattere assistenziale, organizzativo e gestionale;
- è responsabile della raccolta dei dati clinici o dei percorsi terapeutici assegnati dal direttore di C.O. 118;
- è responsabile dell'attivazione della risposta più idonea nei casi che esulano dai protocolli operativi;
- è responsabile dell'organizzazione dei trasferimenti urgenti (.....tramite ambulanza o eliambulanza) di pazienti critici da strutture sanitarie periferiche;
- assicura il corretto coordinamento delle risorse inviate, in corso di triage attuato sul luogo dell'intervento, in caso di maxi-emergenze;

– partecipa all'attività di formazione ed aggiornamento del personale.

Attività sui mezzi di soccorso

– dirige gli interventi sanitari sul territorio assumendone la diretta responsabilità;

– coordina l'equipe nelle attività, nell'ambulanza e in automedica; è responsabile della corretta applicazione dei protocolli terapeutici, nella scelta degli ospedali di destinazione;

– è responsabile delle comunicazioni telefoniche/o radio;

– dirige le fasi di immobilizzazione, posizionamento in ambulanza e trasporto del paziente;

– partecipa al controllo, insieme all'infermiere, dei farmaci previsti e in dotazione, dell'efficienza degli strumenti e dei presidi sanitari, controfirmando apposita check-list;

– redige, in modo chiaro e completo, la scheda medica di bordo (documento legale) avendo cura di riempire tutti i campi che interessano l'intervento svolto;

– redige i referti per l'autorità giudiziaria, consegnandoli alla figura istituzionale presente sul posto (pattuglia P.S., C.C. ecc.) o al posto di polizia di competenza;

– partecipa all'attività di formazione ed aggiornamento del personale.

In quelle Centrali operative 118, sede di auto medicalizzata, di eliambulanza e di M.S.A., le funzioni di medico di centrale saranno assunte prioritariamente dal medico dell'auto medicalizzata, dal medico dell'ambulanza medicalizzata, in sua assenza dal medico dell'eliambulanza.

Coordinatore infermieristico di C.O. 118

Collabora con il direttore di C.O. 118.

Ruolo e funzioni

E' svolto da un collaboratore professionale sanitario infermiere, categoria D, che abbia acquisito esperienza certificata nell'ambito dell'emergenza-urgenza.

1) Svolge attività di programmazione, gestione e controllo delle attività del personale infermieristico assegnato alla centrale operativa 118.

2) E' responsabile del normale corretto svolgimento dell'attività degli operatori in servizio, e riferisce delle attività e delle situazioni critiche al responsabile ed ai medici addetti alla centrale operativa.

3) Svolge attività professionale sui mezzi di soccorso, svolge altresì attività di pronta disponibilità, sia per quanto concerne gli aspetti organizzativi che tecnico-professionali.

Funzione amministrativa

1) E' responsabile dell'archiviazione delle registrazioni per tutto il periodo stabilito e detiene le chiavi di accesso alla programmazione del sistema di registrazione.

2) E' responsabile delle schede ABZ inviate mensilmente dalle postazioni.

Infermiere del S.U.E.S. 118

Infermiere operatore di C.O. 118.

Attività

All'infermiere del S.U.E.S. 118 è affidata sia la responsabilità operativa della C.O. 118 nell'ambito di procedure organizzative generali definite dal direttore di Centrale, che quella sui mezzi di soccorso in dotazione al servizio. Partecipa all'attività di formazione ed aggiornamento.

Ruolo e funzioni

Attività dell'operatore di C.O. 118

1) Svolge ogni attività inerente il recepimento delle chiamate di urgenza-emergenza e del trasporto assistito secondo le procedure previste in base ai protocolli prestabiliti.

2) Coordina e disciplina le attività del personale e dei mezzi dedicati al soccorso secondo i criteri operativi previsti dai protocolli di comunicazione e trasporto.

3) Invia la risorsa disponibile nel rispetto dei protocolli in vigore.

4) Mantiene i contatti radio e/o telefonici con i mezzi di soccorso del S.U.E.S. 118 in missione coordinandone eventuali necessità in itinere (Ospedali, Polizia stradale, Carabinieri, VV.FF.).

5) Verifica la disponibilità dell'ambulanza al rientro di una missione, sollecitando, in caso di necessità, il ripristino dell'operatività.

6) Richiede l'intervento del medico di C.O. 118 o del responsabile quando:

– deve essere presa una decisione in merito ad un intervento a rischio o particolarmente complesso;

– si presentano contestazioni non altrimenti superabili e/o problematiche di carattere sanitario che necessitano di un parere medico (richieste secondarie, richieste per particolari utilizzi dei mezzi, scelta dell'ospedale di destinazione, consulto telefonico,.....);

– si evidenzia la possibilità di avere territori scoperti da mezzi medicalizzati, e non, per lunghi periodi.

7) Evidenzia gli eventi indesiderati verificatisi durante il proprio turno per sottoporli al coordinatore e al referente individuato per una loro analisi ed eventuale audit.

8) Informa immediatamente, per ogni inconveniente tecnico, radio, telefonico e informatico, il coordinatore e il medico di Centrale.

9) Ricerca i posti letto intra ed extra azienda ospedaliera (relativamente ai posti di area critica: Rianimazione - UTIC - Cardiologia - Neurochirurgia - UTIN).

10) Garantisce la risposta 24 ore su 24 agli ospedali, ad altre Centrali operative e ai punti di soccorso sanitario.

11) Partecipa all'attività di formazione ed aggiornamento del personale.

Competenze

Conoscenza di:

– territorio della provincia e delle zone limitrofe;

– ubicazione delle strutture sanitarie nella provincia ed in quelle limitrofe;

– 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 operativa.

Gestione della chiamata di soccorso - Compiti dell'operatore

E' l'attività cardine della C.O. 118.

Prevede:

1) il processo della chiamata, mediante dispatch sanitario, con eventuale uso di flow chart per patologia e la compilazione dell'apposita scheda informatica prevista dal sistema in dotazione alle Centrali della Regione siciliana;

2) applicazione dei protocolli previsti per la gestione dell'intervento (omogeneizzazione della risposta in base ai dati raccolti);

3) Individuazione, invio e coordinamento dei mezzi di soccorso in modo finalizzato con supporto continuo via radio e/o telefono;

4) allertamento degli enti e delle istituzioni non sanitarie interessate nella gestione dell'evento (P.S.-VV.FF.-VV.UU.-112-113-Protezione civile, etc.);

5) smistamento dei pazienti negli ospedali più idonei in considerazione:

– della gravità della patologia (centralizzazione);

– della tipologia del mezzo disponibile e cioè:

a) se nell'equipaggio è presente un medico, l'individuazione del P.S. sarà fatta di concerto con la C.O. 118, e potrà essere deciso il trasferimento presso la struttura adeguata a trattare definitivamente il paziente;

b) se nell'equipaggio sarà presente, oltre al soccorritore, l'infermiere, si valuterà assieme al medico di C.O. 118 l'ospedale di destinazione in base alle condizioni, alle distanze e ai protocolli infermieristici;

c) se l'equipaggio è composto solo da soccorritori, l'ospedale più idoneo sarà sempre quello più vicino. Considerare eventuale rendez-vous con mezzo medicalizzato o accompagnamento presso un P.T.E.;

– della reattività del momento degli stessi ospedali;

6) preavviso al pronto soccorso, per i casi più urgenti (cod. rosso o giallo instabile) o per l'arrivo di più feriti;

7) completamento, ad evento concluso, della scheda sanitaria in ogni sua parte, registrando le informazioni previste dal sistema informatico;

8) archiviazione informatica della scheda ad intervento concluso;

9) gestione e coordinamento dei trasporti secondari in eliambulanza (valutare i criteri di arruolamento);

10) istruzioni pre-arrivo ai mezzi e all'utenza;

11) allertamento dei medici dei P.T.E. e G.M.;

12) gestione dei medici di P.T.E. e G.M. reperibili (nel caso in cui il titolare del turno fosse assente per improvvisi motivi, rintracciare il reperibile come risulta nel prospetto delle presenze mensili trasmesso dalle A.S.P.).

Modalità di comportamento

L'operatore ha l'obbligo di:

- comunicare con l'utente di qualsiasi livello culturale con appropriata terminologia. Per chiamate di soccorso provenienti da un bambino, l'utilizzo del nome di battesimo riesce a dare un senso di protezione e avvicina l'operatore al piccolo in difficoltà;
- improntare il colloquio in modo da evitare impressione di superficialità e provocare un'immediata perdita di fiducia da parte del chiamante;
- possedere l'autocontrollo necessario affinché l'atteggiamento dell'utente stesso non determini in alcun modo una sua reazione di conflitto;
- contenere l'emotività dell'utente sia al fine di ottenere le informazioni necessarie per la corretta gestione dell'evento ed eventualmente impartire istruzioni, sia al fine di rassicurare l'utente stesso circa la rapidità dell'invio del mezzo di soccorso, 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 terminare 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:

- deve escludersi dalla rete telefonica solo per reale necessità, previo avviso ai colleghi;
- deve evitare di pronunciare 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 di 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 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.).

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) 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 ed altro) devono essere condotte negli altri locali della C.O. 118.

Eventuali accessi alla sala operativa di visitatori 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.

Infermiere della postazione territoriale

- 1) Coordina il soccorso sanitario in assenza del medico a bordo dei mezzi.
- 2) Esplica le prestazioni derivanti dalla propria preparazione professionale.
- 3) Assume la responsabilità delle comunicazioni telefoniche/o radio in assenza del medico.
- 4) Compila la scheda di soccorso sanitario.
- 5) 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.
- 6) Assieme all'autista e congiuntamente al resto dell'equipaggio, verifica l'efficacia ed efficienza dei presidi sanitari e medico-chirurgici in dotazione all'ambulanza.
- 7) Controlla le dotazioni sanitarie e la loro acquisizione in magazzino, secondo prassi vigente.
- 8) Cura e vigila sulla pulizia e la disinfezione del modulo sanitario.
- 9) Trasmette al collega del successivo turno di lavoro le consegne (verbali e scritte) e lo informa circa le eventuali anomalie riscontrate.
- 10) Nelle maxiemergenze interviene per le operazioni di triage e trasporto al P.M.A.
- 11) Collabora con il medico del P.M.A. nell'assistenza e nell'evacuazione delle vittime.
- 12) Svolge attività di istruzione e didattica a favore degli altri componenti dell'equipaggio.
- 13) Deve conoscere e rispettare i protocolli operativi e le regole impartite dal dirigente medico responsabile della C.O. 118. Deve altresì impegnarsi affinché tali norme vengano rispettate dagli altri operatori coinvolti nel servizio.
- 14) Partecipa all'attività di formazione ed aggiornamento del personale.

Durante il soccorso

- 1) L'infermiere può somministrare farmaci solo su disposizione del medico presente (o attraverso atto medico delegato del medico di centrale).
- 2) Il personale sanitario che viaggia a bordo di un mezzo di soccorso, nella fase di raggiungimento del luogo dell'evento, deve indossare la cintura di sicurezza. Non ha l'obbligo, invece, il personale di assistenza al paziente durante il rientro in ospedale.
- 3) Durante il soccorso è obbligatorio l'uso dei guanti.
- 4) Nel caso si soccorra un paziente infetto o ricoperto da sostanze tossiche è obbligatorio l'uso di D.P.I.
- 5) Non può formulare diagnosi né accertare e certificare il decesso.

Ruolo e funzioni dell'autista/soccorritore**A) Competenze tecniche**

- 1) E' responsabile della conduzione e della manutenzione del mezzo di soccorso.
- 2) Svolge la propria attività con funzione di guida dell'ambulanza, in risposta alle richieste di soccorso sanitario territoriale e di trasporto urgente presso altre strutture sanitarie.
- 3) Collabora attivamente nella gestione del soccorso secondo le indicazioni del team leader sanitario.
- 4) Cura la manutenzione ordinaria, controlla il buon funzionamento del mezzo di soccorso e segnala eventuali problemi e disfunzioni.
- 5) Collabora, sulla base delle proprie responsabilità, alla stesura delle procedure, dei protocolli operativi e dei sistemi di verifica nei servizi d'appartenenza.

B) Attività di verifica

- 1) Controlla, l'efficienza dei mezzi di soccorso affidati.
- 2) Collabora con il personale di equipaggio nel controllo del materiale del vano sanitario.
- 3) Controlla lo stato generale del mezzo, relazionando su eventuali problematiche rilevate.
- 4) Utilizza strumenti informatici per la registrazione dei controlli ai mezzi affidati riportando i dati richiesti per eventuali interventi di manutenzione.
- 5) Collabora alla verifica degli standard di qualità del servizio di appartenenza.

Prepararsi durante l'avvicinamento al luogo dell'evento, predisporre il materiale necessario e suddividersi i compiti in base alle notizie avute dalla C.O. 118. Rassicurare il paziente e gli astanti.

La distribuzione dei compiti è appannaggio del team leader il quale ripropone la sequenza degli atti da compiere relativi a scenari standard.

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 e l'ASP con cui si è in regime di convenzione.

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).

Il cartellino identificativo anche per il personale del S.U.E.S. 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 e familiari.

L'uso del telefono fisso di postazione e del fax 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 ASP e pertanto come tale deve essere trattato, con la limitazione di accesso ad estranei ed evitando altri usi se non quello per cui viene assegnato.

A tutela della ASP, della privacy dei cittadini coinvolti e del S.U.E.S. 118, occorre astenersi dall'effettuare dichiarazioni pubbliche che possano ingenerare nella popolazione senso di sfiducia. Nel caso in cui da parte dei media vengano riportate notizie inesatte in merito all'attività del servizio, di un intero equipaggio, di un singolo soccorritore, va informato il direttore della C.O. 118, che in accordo con la direzione strategica dell'ASP valuterà di volta in volta l'opportunità di intervenire con comunicato ufficiale.

Per la piena operatività di tutte le postazioni S.U.E.S. 118 del bacino di competenza, si fa riferimento alle seguenti modalità operative:

1) rifornimenti di farmaci, e altro materiale di tipo sanitario, vanno richiesti secondo protocolli locali. Le richieste vanno presentate ai referenti per la relativa autorizzazione;

2) il lavaggio programmato del mezzo di soccorso deve essere concordato con la C.O. 118. 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;

3) il rifornimento di carburante deve essere effettuato nel minor tempo possibile. Deve essere concordato con gli operatori di C.O. 118 che autorizzeranno ad effettuare l'operazione esclusivamente con equipaggio al completo e sempre operativo;

4) la responsabilità del buon funzionamento del telefono cellulare in dotazione impone la costante verifica della copertura di rete e dell'efficienza in generale. Impone altresì la pronta comunicazione alla C.O. 118 dello stato di avaria dello stesso. L'operatore di centrale provvederà ad avviare la procedura per la sostituzione e la riparazione dell'apparecchio.

Si consiglia caldamente l'utilizzo di auricolare, al fine di poter continuamente dialogare con la C.O. 118 anche durante le operazioni di soccorso.

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:

- il luogo (comune e via) e qualunque altra informazione utile all'identificazione del luogo dell'evento;
- il nome del chiamante e dell'infortunato;
- il numero di telefono del chiamante;
- il motivo della chiamata (malore, evento traumatico, incidente stradale).

L'utilizzo della teleconferenza è ammesso solo per l'attivazione e la gestione delle procedure di soccorso. L'operatore di centrale ha l'obbligo di rifiutare le richieste di contatto con i membri dell'equipaggio fuori dagli scopi legati alla buona riuscita degli eventi.

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 la determinazione della risposta e il suggerimento all'utente delle "istruzioni pre-arrivo" dell'ambulanza.

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 $\rightarrow$ Risponde alle domande? Si ☐ No ☐ Male ☐
 $\rightarrow$ Respira? Si ☐ No ☐ Male ☐
 $\rightarrow$ Perde sangue? No ☐ Poco ☐ Molto ☐

2. Valutazione parametri vitali secondari:

Il paziente $\rightarrow$ Riesce a stare in piedi? No ☐ A stento ☐ Si ☐
 $\rightarrow$ Riesce a camminare? No ☐ A stento ☐ Si ☐
 $\rightarrow$ E' pallido? Si ☐ No ☐
 $\rightarrow$ E' sudato? Si ☐ No ☐
 $\rightarrow$ Ha dolore? Si ☐ No ☐

Evento traumatico

- Caduta (da altezza superiore a 3 metri).
- 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 fuori strada 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.
- Coordinare l'intervento di più mezzi nello scenario del soccorso.
 - Inviare il mezzo di soccorso medicalizzato (in caso di: pazienti incastrati, eiettati, mezzo fuori strada, investimento pedoni, mezzi pesanti coinvolti, coinvolgimento di più mezzi e presenza di più feriti, coinvolgimento motociclisti).
 - Richiedere l'assistenza dei Vigili del fuoco (in caso di paziente incastrato, mezzo fuori strada, coinvolgimento di mezzi pesanti, perdita di liquidi o altre sostanze potenzialmente pericolose, interessamento di linee elettriche e impianti distribuzione gas).
 - Richiedere l'assistenza 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.

Nel caso in cui sul luogo dell'evento sia intervenuto un mezzo non medicalizzato, con successiva necessità di supporto medico, la C.O. 118 attiverà immediatamente il mezzo di soccorso medicalizzato disponibile più vicino al luogo dell'evento, utilizzando se necessario il sistema di teleconferenza per facilitare un eventuale rendez-vous (il paziente se già posto 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 posto sul mezzo di soccorso, il medico intervenuto deciderà se assistere lo stesso o predisporre il trasporto con l'equipaggio del MSB, partecipando la decisione alla C.O. 118.

Scelta dell'ospedale di destinazione

I mezzi di soccorso di tipo MSB vengono indirizzati dalla C.O. 118 sempre presso l'ospedale più vicino al fine di consentire una valutazione medica del paziente e l'eventuale stabilizzazione delle condizioni vitali.

I mezzi di soccorso di tipo MSA con infermiere vengono indirizzati dalla C.O. 118 presso l'ospedale più vicino o più adatto (centralizzazione), relativamente alle condizioni del paziente. In condizioni di paziente instabile l'ospedale di destinazione sarà il più vicino, al fine di consentire una valutazione medica e l'eventuale stabilizzazione delle condizioni vitali.

Il medico a bordo del MSA stabilisce, alla luce delle condizioni del paziente e di concerto con la Centrale operativa, l'ospedale di destinazione.

Nei casi in cui emerge una visione diversa nella ospedalizzazione del paziente, la decisione finale spetta al medico del mezzo di soccorso. Questi, conoscendo le condizioni di salute del paziente, ne ha la gestione diretta e si assume l'onere della decisione non condivisa, ma motivata, alla Centrale operativa.

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

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 dando comunicazione alla C.O. 118 di "pronta operatività".

La responsabilità sul paziente è mantenuta dall'equipaggio fino alla consegna dello stesso al personale di Pronto soccorso.

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 recita: "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 un'omissione di atti d'ufficio.

Copia della scheda di intervento deve sempre essere consegnata al personale del Pronto soccorso, mentre la matrice di tale scheda sarà archiviata in C.O. 118.

La consegna del paziente alla figura sanitaria delegata alla ricezione e al triage deve essere effettuata nei 15 minuti previsti dalle indicazioni emanate dall'Assessorato della sanità della Regione siciliana.

Per tempi di attesa più lunghi è obbligo compilare apposita scheda (vedi allegato) da inviare via fax alla C.O. di riferimento.

Corretta compilazione e archiviazione della documentazione

"Una buona qualità della documentazione clinica riflette una buona qualità dell'assistenza".

Una documentazione correttamente compilata è utile per:

- provvedere ad una esauriente consegna ad altri membri dell'equipe e del P. S., ai fini di una buona comunicazione e della prosecuzione delle cure del paziente;
- 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 stati dimenticati;
- tutelare legalmente in caso di contrasti e poter evidenziare le decisioni e l'assistenza prestata.

Bisogna inoltre ricordare di:

- valutare e descrivere negli scenari di trauma gli aspetti dinamico-situazionali;
- 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;
- documentare la coerenza tra diagnosi effettuata e disposizione data;
- esaminare l'eventuale documentazione sanitaria in possesso del paziente;
- descrivere in modo esauriente le condizioni del paziente al momento della consegna in Pronto soccorso o in DEA.

Rifiuto del soccorso o del trasporto

I pazienti:

- maggiorenni
- non interdetti
- in grado di intendere e di volere

possono rifiutare il trattamento e il trasporto in ospedale. Soltanto il trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.) e l'accertamento sanitario obbligatorio (A.S.O.) permettono di superare la volontà del paziente.

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

Presenza in loco di mezzo MSB o MSA:

1) Il rifiuto del paziente al trattamento o al trasporto in ospedale deve essere sottoscritto nella scheda di bordo alla presenza di un testimone.

2) L'atto di rifiuto può essere convalidato dalla sola firma di un testimone o dall'intervento di un rappresentante delle FF.OO. nei casi in cui il paziente non dovesse collaborare alla sottoscrizione della scheda di bordo.

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 C.O. 118 l'intervento del medico (curante, continuità assistenziale o ambulanza medicalizzata).

4) Se la posizione di rifiuto 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. 118 che provvederà a comunicare il grave rischio alle forze dell'ordine e all'autorità giudiziaria. Il medico rimarrà col paziente prestando le cure comunque possibili fino a diversa disposizione della C.O. 118.

Il paziente o i suoi familiari non possono scegliere la destinazione del trasporto, che resta di esclusiva competenza della C.O. 118 di concerto con il medico che presta il soccorso, né pretendere un trattamento di loro esclusivo gradimento o la sostituzione dell'equipaggio.

Qualora il paziente sia incapace di intendere e di volere, la decisione potrà essere concordata con i familiari o altra persona affettivamente vicina allo stesso. Ogni decisione dovrà essere comunque presa nel rispetto e nell'interesse del paziente.

Quindi i familiari, sottoscrivendo il modulo di 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.

Trasporto di congiunti del paziente

Durante il trasporto del paziente è vietato ammettere i congiunti a bordo del mezzo sanitario.

Eccezione a questa regola è rappresentata dal paziente minore che necessita della figura di un genitore.

In deroga alla regola il congiunto può essere accettato a bordo quando si configura l'ipotesi di abbandono di quest'ultimo in ambiente ostile o pericoloso.

Spetta alla C.O. 118 indicare ai familiari la destinazione del paziente.

Nessuna notizia riguardo l'intervento eseguito e il successivo ricovero va invece data a terzi.

118 e medico di continuità assistenziale

Il servizio di continuità assistenziale è svolto da personale medico ed è attivo dalle ore 10,00 del giorno prefestivo alle ore 8,00 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20,00 alle ore 8,00 di tutti i giorni feriali.

L'operatore di Centrale applica il protocollo di intervista telefonica a qualunque paziente si rivolga al S.U.E.S. 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 del paziente;
 - in casi eccezionali, codice rosso e assenza di ambulanza medicalizzata, si può avanzare richiesta di intervento in supporto a MSB.
- Il medico di continuità assistenziale non deve essere contattato:
- per gli eventi traumatici;
 - per gli eventi di carattere medico che richiedano il ricovero ospedaliero a breve termine;
 - esecuzione di accertamenti diagnostici;
 - somministrazione di farmaci dell'emergenza.

L'operatore di C.O. 118 comunica al medico di continuità assistenziale:

- 1) il nominativo;
- 2) l'indirizzo;
- 3) il numero telefonico del paziente;
- 4) le notizie sanitarie raccolte.

La C.O. 118 presta al medico di continuità assistenziale, se richiesti, l'assistenza cartografica ed altri supporti logistici.

Coinvolgimento del 118 da parte del medico di continuità assistenziale

Qualora la guardia medica richieda l'intervento del S.U.E.S. 118 attenderà l'arrivo dell'equipe di soccorso, che prenderà in carico il paziente.

118 e case di cura private

I trasporti secondari dei pazienti delle case di cura private non vengono effettuati con i mezzi del S.U.E.S. 118.

Schede di centrale

La scheda di centrale che contiene tutti i dati relativi all'intervento effettuato, viene automaticamente archiviata nel server di centrale e costituisce un atto pubblico ufficiale, sottostando alla stessa normativa che regola l'uso legale della cartella clinica ospedaliera.

Procedure per il rilascio

La richiesta, pervenuta alla C.O. 118 e dopo essere stata protocollata in entrata, deve essere sottoposta ad autorizzazione da parte del responsabile di C.O. 118 per la successiva riproduzione del documento. Il rilascio della scheda di centrale, dopo disposizione del direttore di C.O. 118., sarà effettuato per usi consentiti dalla legge.

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 S.U.E.S. 118 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 ricavate dall'intervista eseguita in occasione della richiesta di soccorso al S.U.E.S. 118.

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 la privacy del paziente;
- 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 118.

Essi sono:

- 1) codice di gravità o criticità;
- 2) codice di patologia prevalente;
- 3) codice di luogo.

Codice di patologia prevalente

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

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

Cod.	Riferimento
1	Patologia di origine traumatica
2	Patologia di origine cardiocircolatoria
3	Patologia di origine respiratoria
4	Patologia di origine neurologica
5	Patologia di origine psichiatrica
6	Patologia di origine neoplastica
7	Intossicazione
8	Altra patologia
9	Patologia non identificata
0	Etilista

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 terza posizione nel codice di intervento:

Cod.	Luogo	Spiegazione
S	Strada	Si definiscono accaduti in strada tutti gli eventi localizzabili sulla viabilità pubblica o privata o che comunque hanno avuto origine da essa
P	Esercizi pubblici	Si definiscono accaduti in uffici ed esercizi pubblici tutti gli eventi localizzabili in edifici adibiti in prevalenza a uffici o attività commerciali (ad es. negozi, uffici pubblici, alberghi, pensioni)
Y	Impianti sportivi	Si definiscono accaduti in impianti sportivi tutti gli eventi localizzabili in strutture prevalentemente adibite ad attività sportive
K	Casa	Si definiscono accaduti in casa tutti gli eventi localizzabili in edifici prevalentemente adibiti a civile abitazione
L	Impianti lavorativi	Si definiscono accaduti in impianti lavorativi tutti gli eventi localizzabili in sedi dove si effettuano attività lavorative.
Q	Scuole	Si definiscono accaduti in scuole tutti gli eventi localizzabili in sedi dove si effettuano prevalentemente attività didattiche
Z	Altri luoghi	Si definiscono accaduti in altri luoghi tutti gli eventi localizzabili in ambienti diversi da quelli precedentemente definiti

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. 118 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.

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 118 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).

Cod.	Colore	Riferimento
0	Bianco	Non emergenza; situazione di intervento differibile e/o programmabile paziente indenne o con patologia poco rilevante. Le condizioni del paziente non rivestono carattere di urgenza ma necessitano comunque un trasporto in una struttura ospedaliera
1	Verde	Non emergenza; situazione differibile ma prioritaria rispetto al codice zero, paziente con funzioni vitali mantenute; ma con patologia acuta in atto

Cod.	Colore	Riferimento
2	Giallo	Emergenza sanitaria; situazione a rischio, intervento non differibile paziente con funzioni vitali mantenute , ma per le quali non si può escludere una successiva compromissione; ovvero danni funzionali potenzialmente rilevanti
3	Rosso	Emergenza assoluta; intervento prioritario paziente con una o più funzioni vitali compromesse o assenti e in imminente pericolo di vita. Le funzioni vitali dovranno essere stabilizzate e supportate prima possibile e comunque prima del trasporto
4	Nero	Paziente deceduto

Definizione della criticità dell'evento (codice d'invio - Criticità dell'evento - D.M. san. 15 maggio 1992 - *Gazzetta Ufficiale* n. 121 del 25 maggio 1992).

Codici di invio (o di gravità)

• **Codice bianco**

– Non critico: l'intervento non necessita di tempi d'intervento brevi.
– Può essere necessaria l'attivazione del medico di base, o del pediatra, o del servizio di continuità assistenziale, o l'invio di ambulanza di tipo B.

Nei casi in cui la richiesta è mirata all'intervento del medico di continuità assistenziale, questa verrà trasferita alla sede territoriale di competenza corredata delle generalità, indirizzo e numero di telefono del paziente.

• **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).

• **Codice giallo**

– Patologia critica: intervento indifferibile.
– Paziente senza compromissione delle funzioni vitali.
– Rischio evolutivo presente per danni funzionali.
– Dispositivi di emergenza attivati.
– Invio ambulanze tipo A.

• **Codice rosso**

– Patologia molto critica.
– Invio del MSA più vicino al luogo dell'evento.
– L'operatore di centrale allerta il Pronto soccorso di destinazione.

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) continuità assistenziale
– Invio di un mezzo di soccorso
– Invio di automedica
– Invio di eliambulanza
– Invio di idroambulanza
– Invio di altro mezzo di soccorso:
della A.U.S.L.
del volontariato
di altro ente

Valutazione codice di rientro (gravità) - Codice India D.M. san. 15 maggio 1992 - *Gazzetta Ufficiale* n. 121 del 25 maggio 1992).

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

Il personale che sta effettuando il soccorso ha l'obbligo di:

- comunicare alla C.O. 118 l'arrivo sul posto;
- valutare il paziente e iniziare il primo trattamento sul posto;

- trasmettere eventuali richieste alla C.O. 118;
- comunicare il codice di rientro;
- trasportare il paziente presso il P.S. concordato con la C.O. 118 operativa e assisterlo in itinere;
- comunicare l'orario di partenza dal posto;
- comunicare l'orario di arrivo in P.S.;
- comunicare la disponibilità ad altri interventi.

I codici di rientro (gravità) relativi alla patologia del paziente coincidono con i codici di rientro relativi al trasporto in ambulanza. L'unica eccezione è rappresentata dal codice 0 seguito a rifiuto ricovero. In tal caso il codice 0 di rientro relativo al trasporto in ambulanza si differenzia dal codice di rientro (gravità) relativo alla patologia del paziente che ha rifiutato il ricovero in ospedale.

Codice 0

La prestazione sanitaria non effettuata:

- a) nessuna patologia;
- b) rifiuta l'intervento;
- c) scherzo;
- d) non reperito;
- e) chiamata annullata;
- f) trattato sul posto.

Codice 1

Patologia di lieve entità per la quale è richiesta solo la visita medica e/o 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. Allertare la C.O. 118 affinché possa attivare il pronto soccorso di destinazione.

- 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) amputazione 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.

Decesso pazienti

Effettuate tutte le possibili manovre e terapie rianimatorie, eseguiti tutti gli accertamenti somatici e dei parametri necessari, il medico effettua la constatazione di decesso, definito come la perdita totale e permanente dei parametri vitali e ne annota l'ora sulla scheda medica di bordo.

In caso di decesso sul posto, il cadavere viene lasciato in loco avvisando se necessario parenti e forze dell'ordine.

In caso di decesso in ambulanza, questa prosegue per il P.S. stabilimento con arrivo in codice "4".

Nei casi previsti per legge il medico redige la denuncia rapporto all'autorità giudiziaria.

Disponibilità dei posti letto

I posti letto, in caso di condizioni particolari di urgenza e di necessità, "possono essere aumentati 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, UTI) 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 depressé 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 C.O. 118 la destinazione primaria sulla base di protocolli condivisi (politrauma, trauma cranico maggiore o minore ecc.).

Si fa obbligo alle aziende ospedaliere, ai policlinici universitari e alle strutture sanitarie sede di DEA, la comunicazione alla C.O. 118 di pertinenza della disponibilità di posti letto di area critica secondo schema orario stabilito dall'Assessorato regionale della sanità (fino alla attivazione completa del sistema di trasmissione infotelematica).

Orari comunicazione via fax: ore 8,00; ore 14,00; ore 20,00; ore 3,00:

- Rianimazione;
- Utic;
- Neurochirurgia;
- Utin;
- Centro ustioni.

Tipologia di trasporto sanitario

Il S.U.E.S. 118 della Regione siciliana si fa carico di:

Trasporto primario. Trasferimento di un paziente dal luogo di insorgenza della patologia o dell'infortunio all'ospedale. Queste richieste pervengono alla C.O. 118 tramite le linee telefoniche "118", provenienti dal territorio di competenza della C.O. 118 o dalle zone confinanti gestite da altra C.O. 118.

I trasporti sanitari primari in emergenza ed urgenza sono disposti ed autorizzati solo dalla C.O. 118.

Trasporto secondario. Per trasporto secondario o trasferimento assistito si intende il trasporto di un paziente da un ospedale ad un altro (di solito sede di D.E.A. o di competenze specialistiche) che, per le sue condizioni cliniche, necessita di assistenza sanitaria durante il viaggio.

Si distinguono in:

- trasferimenti urgenti interospedalieri (accesso alle alte specialità, consulenze e visite specialistiche urgenti, diagnostiche urgenti, trattamenti salvavita). In questi casi la C.O. 118 decide il mezzo da utilizzare per effettuare il trasferimento, analizzando i costi/benefici per il paziente, e ne cura la ricerca della struttura accettante adeguata alla situazione;
- richieste di trasporti programmati, non urgenti, tra strutture sanitarie (trasferimenti, visite specialistiche.....). In questi casi la C.O. 118 ha il compito di mettere a disposizione un mezzo con autista,

mentre il personale di assistenza deve essere fornito dalla struttura richiedente.

La C.O. 118 può comunque disporre dei mezzi dedicati ai secondari quando liberi e nei casi di effettiva necessità, anche per l'invio in soccorsi primari.

Indicazioni al trasporto secondario

- Trasferimento da strutture sanitarie inadeguate a strutture idonee.
- Trasferimento in ospedali competenti per specialità.
- Necessità di eseguire ricerche diagnostiche o terapie particolari.

- Carenza di posti letto nei reparti specialistici.

Le lesioni che possono essere stabilizzate nell'ospedale di primo ricovero devono essere trattate prima del trasporto.

Nell'esecuzione di trasporti secondari è importante una precisa valutazione nella necessità del trasporto e sul momento più opportuno per la sua esecuzione.

Obiettivi fondamentali sono:

- mantenimento di un'assistenza adeguata durante tutto il periodo del trasporto, dalla presa in carica del paziente fino all'arrivo al centro di destinazione, anticipando durante il trasporto la terapia necessaria alla cura della specifica patologia.

- prevenzione delle possibili complicanze e capacità di affrontare con efficienza eventi patologici imprevisibili.

Il medico del dipartimento di emergenza urgenza o dell'U.O. responsabile del trasferimento deve eseguire prima della partenza dall'ospedale un rigoroso bilancio delle condizioni del paziente ed ottenere una stabilizzazione il più possibile ottimale dei parametri emodinamici e respiratori.

Esami diagnostici e procedure necessarie nel paziente traumatizzato:

- 1) Rx colonna cervicale, torace, bacino ed arti se necessario.
- 2) Hb, Ht, Emogas, ECG.
- 3) Valutare la necessità di intubazione ed il tipo di supporto respiratorio, sondino nasogastrico ed eventuale drenaggio toracico.
- 4) Arrestare emorragie esterne, posizionare due accessi venosi di grosso calibro, rimpiazzare le perdite con cristalloidi, colloidali e sangue, posizionare il catetere urinario.
- 5) Ventilare adeguata nei traumatizzati cranici.

Il medico del dipartimento di emergenza e/o il medico anestesista-rianimatore sono i più idonei per valutare ed individuare i degenti a rischio.

Una volta individuati i pazienti valuta attentamente se vi è la necessità di eseguire trattamenti particolari prima del trasporto o ulteriore stabilizzazione dei parametri emodinamici e respiratori.

In casi particolari (politrauma) si impegna affinché siano eseguiti gli esami diagnostici e le procedure necessarie.

Una volta che si sia deciso il trasporto, il medico accompagnerà il paziente a rischio.

Documentazione sanitaria del trasporto

Nella documentazione medica di trasferimento del paziente dovranno essere registrati:

- dati anagrafici del paziente;
- il motivo del trasporto;
- il nome ed il riferimento telefonico del medico che ha disposto il trasferimento;
- il nome del medico "trasportatore";
- l'ora di inizio del trasporto, le condizioni cliniche del paziente al momento di inizio trasporto: i principali parametri clinici, i segni radiologici rilevati e la terapia effettuata;
- le notizie relative al monitoraggio in itinere del paziente (manovre di rianimazione, qualsiasi variazione clinica intercorsa durante il trasporto e procedure speciali adottate);
- le condizioni del paziente al momento in cui termina il trasporto;
- il nome del medico dell'ospedale ricevente e precedentemente contattato;
- copia della scheda relativa al trasporto, che costituisce parte integrante della documentazione clinica del paziente trasferito.

(Vedi allegata scheda richiesta trasferimento secondario con elisoccorso o ambulanza).

Automedica

L'attivazione dell'automedica avviene al fine di garantire, nei codici rossi, il massimo delle risorse disponibili (medico ed infermiere).

Modalità di attivazione:

- invio in contemporanea:
 - uscita in contemporanea al mezzo più vicino all'evento.

I criteri da utilizzare sono:

- ACC identificato al momento della richiesta;
- grave difficoltà respiratoria;
- dolore toracico con quadro clinico di sospetto IMA;
- perdita di coscienza non risolta;
- traumi maggiori:
 - sospetto gravi ustioni;
 - caduta da oltre 3 metri;
 - ferite penetranti;
 - proiezione esterna di un passeggero.

In caso di codice rosso in cui non siano presenti o disponibili ambulanze, occorre inviare immediatamente l'automedica e il primo possibile mandare in appoggio la/le ambulanza/e non medicalizzata.

- Invio in appoggio: invio su richiesta del primo mezzo intervenuto.

I criteri da utilizzare sono:

- ACC identificato al momento dell'arrivo sul posto;
- traumi maggiori TS<13;
- presenza di I.T.M. (indice di trauma maggiore).

Nel caso che l'automedica non sia in sede, richiedere la posizione e lo stimato di arrivo sul luogo dell'intervento con rendez-vous sul luogo o in itinere.

- Allertamento: in tutti i casi di codice rosso per un possibile invio in differita o in (Tandem) contemporanea con MSB o MSA, in particolare su tutti i codici situazionali;

- Invio in copertura.

I criteri da utilizzare sono:

- zona territorialmente scoperta per lungo periodo a causa di impegno del MSA competente.

In tal caso il medico di C.O. 118, al fine di garantire rendez-vous con altri mezzi non medicalizzati, decide, in modo responsabile ed autonomo:

- quando uscire con l'automedica;
- dove posizionarsi in stand by fisso o in itinere nella zona in quel momento ritenuta migliore;
- quando rientrare in C.O. 118 restando in continuo contatto con la stessa.

Le dotazioni tecniche dell'automedica sono stabilite dalle linee guida regionali vigenti.

Comunicazione con i mezzi di soccorso

I mezzi di soccorso coordinati dalle CC.OO. 118 della Regione Sicilia sono muniti di apparati radio che permettono di trasmettere e di ricevere in tempo reale tutte le informazioni necessarie all'espletamento del soccorso.

Tenendo presente che il canale radio può essere impegnato esclusivamente da un'apparato alla volta, e che questo non può essere interrotto finché non ha concluso il messaggio, le trasmissioni devono essere:

- pertinenti - rispetto all'attività svolta;
- chiare - comprensibili a chi riceve;
- esaurienti - complete delle informazioni fondamentali;
- brevi - per non tenere impegnato a lungo il canale radio.

Il messaggio radio si diffonde attraverso onde elettromagnetiche lasciate libere di allontanarsi dalla loro sorgente (trasmittente) e quindi captabili da qualsiasi ricevitore.

Spesso capita che si lasci la radio aperta, in ricezione, durante la sosta del mezzo o durante gli interventi di soccorso. Ciò fa sì che tutte le persone presenti possano sentire le comunicazioni che avvengono nella rete di emergenza.

Gli argomenti trattati e l'immagine del S.U.E.S. 118 impongono un comportamento professionale da parte di tutti gli operatori, e quindi necessitano la massima riservatezza.

Alfabeto fonetico - I.C.A.O.

Un elemento che contribuisce a rendere uniforme nelle comunicazioni radio fra i vari operatori del S.U.E.S. 118 è l'utilizzo dell'alfabeto fonetico I.C.A.O.

A: alfa	G: golf	M: mike	S: sierra
B: bravo	H: hotel	N: november	T: tango
C: charlie	I: india	O: oscar	U: uniform
D: delta	Y: Yankee	P: papa	V: victor
E: echo	J: juliet	Q: quebec	W: whisky
F: foxtrot	L: lima	R: romeo	X: x-ray

Poiché le comunicazioni devono essere trasmesse con lo stesso linguaggio, la costruzione delle frasi, dei codici, le sigle, la metodologia di chiamata devono essere standardizzate al massimo.

Dall'allertamento del mezzo alla conclusione dell'intervento, è fondamentale garantire un flusso di informazioni bi-direzionale che consenta lo scambio costante di notizie ed informazioni necessarie sia all'equipe di soccorso che alla C.O. 118.

Procedura per le comunicazioni radio

Per iniziare una comunicazione

Per iniziare una comunicazione, il chiamante pronuncia prima la sigla del terminale chiamato e dopo il proprio identificativo.

Es.: - se la Centrale operativa dovrà chiamare l'ambulanza Delta 1 dirà: - Delta 1 da Charlie Oscar..... - --- Viceversa, nel caso contrario:

Per rispondere alla chiamata

Il terminale confermerà di essere in ascolto e di essere pronto a ricevere il messaggio rispondendo: Avanti

Es.: se la C.O. 118 ha chiamato l'ambulanza Delta 1, questa risponderà: - Avanti per Delta 1.

Per alternarsi nelle comunicazioni

Al momento del passaggio di comunicazione fra le due componenti, pronunciare la parola: Cambio.

Per riferire numeri a più cifre

I numeri con più cifre possono non essere compresi correttamente, quindi, dopo averli pronunciati, bisogna scandirli singolarmente.

Es.: ambulanza 57 deve essere pronunciata come cinquanta-sette - cinque - sette; il numero civico 128, come centoventotto - uno - due - otto.

Per comunicare messaggi complessi o articolati

Messaggi contenenti nomi, numeri o informazioni complesse vanno sempre ripetuti e riscontrati, non basta la semplice comunicazione di ricevuto, che va comunque dato in tutte le comunicazioni comprese.

Es.: la C.O. 118 assegna un intervento all'ambulanza Delta 1, codice rosso per incidente stradale sull'autostrada Messina-Palermo allo svincolo di Villafranca Tirrena, direzione Palermo - l'ambulanza risponde: Ricevuto da Delta 1, codice rosso, autostrada Messina-Palermo, direzione Palermo, svincolo Villafranca - stimato 8 minuti - cambio.

La C.O. 118 risponde: - Charlie Oscar conferma. Ricevuto stimato 8 minuti.

Per formulare richieste/risposte

Nelle comunicazioni radio a volte è difficile capire se la frase contiene una richiesta o un'affermazione. In caso di domanda è quindi necessario far seguire la parola: Interrogativo.

Le parole Sì - No possono perdersi nelle comunicazioni, è necessario quindi utilizzare: affermativo o negativo.

Es. richiesta - Il civico centoventotto, uno due otto è corretto - interrogativo - cambio.

Risposta - Negativo. Il civico è centotrentotto - uno - tre - otto.

Per lo spelling delle parole, usare l'alfabeto fonetico I.C.A.O.

Per dare precedenza alle comunicazioni urgenti

In caso di traffico elevato, chi chiede la priorità deve far precedere il suo messaggio dalla parola: Urgenza. Alla fine della comunicazione sarà dato il termine: Urgenza.

Per chiudere la comunicazione

Alla fine delle comunicazioni se non ci si aspetta altra richiesta da parte dell'interlocutore si conclude la chiamata con il termine: Chiudo.

Da comunicare sempre

Se la comunicazione dell'intervento è effettuata dalla C.O. 118 via cavo:

- alla partenza l'equipe del mezzo confermerà codice di invio e ora di partenza;
- all'arrivo sul posto comunicherà l'ora di arrivo e la conferma dell'evento o della situazione diversa da quella descritta dalla C.O. 118 al momento dell'invio;
- alla partenza per l'ospedale con paziente a bordo, l'ora di ripartenza;

- all'arrivo in ospedale, l'ora di ingresso in P.S.;
- l'ora della piena operatività sarà data dopo aver consegnato il paziente e dopo aver pulito e riposto sia i presidi che il vano sanitario;
- l'ora dell'arrivo in postazione.

Non è consentita la comunicazione diretta fra le radio sul territorio, se non espressamente autorizzate dalla C.O. 118.

Tutti gli equipaggi dei mezzi in servizio devono tenersi in contatto radio con la C.O. 118, essere sempre reperibili via cavo sia con linee telefoniche dirette sia tramite telefonia mobile.

Ogni comunicazione operativa deve essere trasmessa esclusivamente alla C.O. 118 (Richiesta di intervento VV.FF. polizia ecc.).

Evitare di "personalizzare" le comunicazioni.

Centrale unica per il coordinamento del servizio di Elisoccorso H.E.M.S.

Per il miglior funzionamento dei trasporti primari e secondari H.E.M.S. l'Assessorato della sanità della Regione siciliana ha attivato un coordinamento unico nella gestione del servizio dell'elisoccorso, identificando una delle centrali come sede, al fine di uniformare l'uso delle risorse aeree.

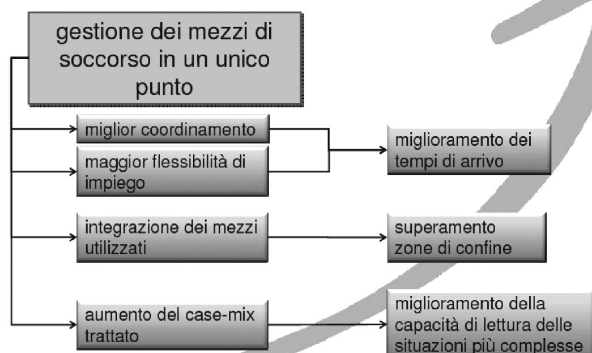
Obiettivi della centrale unica di coordinamento del servizio di Elisoccorso sono:

- gestione delle risorse aeree;
- valutazione della presenza dei criteri situazionali per l'invio della risorsa aerea;
- gestione degli interventi primari;
- gestione degli interventi secondari;
- gestione degli interventi programmati o differibili.

La centrale unica di coordinamento prevede la presenza di personale dedicato che abbia le seguenti caratteristiche professionali:

- 1) conoscenza di livello intermedio superiore della lingua inglese o paragonabile al terzo livello I.C.A.O.;
- 2) capacità nella lettura delle cartografie;
- 3) conoscenza delle procedure operative di sicurezza e caratteristiche tecniche dei velivoli;
- 4) conoscenza del software di gestione centralizzata del servizio;
- 5) conoscenza e mappatura delle elisuperfici regionali.

Risultati attesi



Protocollo HEMS

L'attivazione del servizio di elisoccorso può avvenire nei casi di:

- intervento primario;
- intervento secondario;
- soccorso in zone impervie;
- impiego nelle grandi emergenze;
- trasporto organi.

Indicazioni all'attivazione dell'elisoccorso - intervento primario

Dispatch dinamico-situazionale per il trauma

Presenza di I.T.M. (Indici di trauma maggiore):

- incidente in autostrada;
- incidente stradale con necessità di estricazione;
- incidente stradale con persona proiettata;
- incidente stradale con collisione frontale;
- investimento di pedone in strada extraurbana;

- investimento di ciclista su strada extraurbana;
- incidente di moto con distacco;
- incidente con mezzo pesante;
- incidente con più di due auto;
- auto uscita di strada o precipitata;
- persona precipitata in montagna;
- persona precipitata da >2 metri;
- emergenze multiple che eccedono la capacità di risposta delle risorse locali.

Attivazione dell'elisoccorso se ferito con lesioni maggiori o in assenza di notizie - cod. emergenza (Rosso - Giallo)

- incidente sul lavoro
- incidenti sportivi

Dispatch per ustioni

- ustioni della faccia e collo
- ustioni estese
- ustioni associate a trauma maggiore

Dispatch per amputazioni

Limitatamente ai pazienti con amputazioni di arto o con amputazioni minori associate a trauma maggiore.

Dispatch per camera iperbarica

Limitatamente ai pazienti sottoposti a ventilazione controllata.

Dispatch per shock anafilattico

Nei casi in cui non è immediatamente realizzabile un soccorso medicalizzato con altre risorse

L'utilizzo del servizio di elisoccorso è subordinato ai tempi di centralizzazione attuabili con mezzi su ruota.

Dispatch per eventi non correlati a trauma

Per gli eventi acuti non correlati a trauma, l'elisoccorso interviene in tutti i casi caratterizzati da:

- 1) Target inaccessibili a mezzi su ruota;
- 2) locazione del paziente che richiede un intervento SAR-HHO;
- 3) "dual response" ossia circostanze in cui l'infermiere o il medico intervenuti richiedono l'intervento di elisoccorso.

Nella "dual response" è, tuttavia, necessario salvaguardare gli obiettivi principali del servizio, considerare le controindicazioni relative e assolute già descritte, privilegiando in ogni caso eventuali concomitanti richieste di soccorso per trauma e/o maxiemergenze o (emergenze multiple) più emergenze contemporaneamente.

L'ABZ di soccorso potrà richiedere il mezzo aereo sulla base dei dati clinici e situazionali e dei tempi di centralizzazione

- Trauma score < 13.
- G.C.S. < 9.
- Trauma cranico con G.C.S. ≥ 9 evidenziando segni clinici evolutivi.
- Politrauma.
- Trasporto in centro specialistico.
- Trauma vertebro-midollare mielico.
- Ustionati di II e III con superficie > al 20%.

Protocollo di attivazione

L'attivazione della postazione di coordinamento del servizio di elisoccorso avviene secondo la seguente procedura:

Intervento primario

- Processo della chiamata, registrazione di una nuova scheda e attivazione del servizio di elisoccorso.
- Trasmissione della richiesta di intervento all'operatore della centrale che coordina il servizio di elisoccorso (da ora "C.E. 118").
- La C.E. 118 individua ed invia l'elicottero più vicino al luogo dell'intervento, inoltre coordina, in collaborazione con la C.O. 118 richiedente, anche gli altri mezzi attivati per l'evento in corso.
- La C.O. 118 ricevente la richiesta di soccorso si fa carico di allertare gli enti e le istituzioni non sanitari interessati dalla gestione dell'evento (P.S.-VV.FF.-VV.UU.-112-113-Protezione civile, etc.).
- A seguito della valutazione da parte dei sanitari giunti sul luogo dell'evento la C.E. 118 e/o la C.O. 118 coordinano lo smistamento dei pazienti negli ospedali più idonei sulla base:
 - 1) della gravità della patologia (centralizzazione);
 - 2) della recettività degli ospedali.

f) La C.E. 118 preavvisa i Pronto soccorso, per i casi più urgenti (cod. rosso o giallo instabile) o per l'arrivo di più feriti.

g) La C.E. 118 e/o la C.O. 118 completano in ogni sua parte le schede sanitarie informatizzate registrando le informazioni previste dal sistema informatico.

Criteri di invio per l'operatore di Centrale di coordinamento del servizio di elisoccorso

Codice verde invio H.E.M.S.

• Zona impervia con tempo stimato d'arrivo superiore a 30 primi dal mezzo di soccorso terrestre.

Codice giallo Trauma.

- Incidente stradale.
- Incidente autostradale, con tempo stimato d'arrivo del M.S.A. maggiore a 15 primi.
- Incidente con presenza di eventi condizionanti.

Codice giallo non trauma.

• Tempo stimato d'arrivo del mezzo terrestre superiore a 30 primi.

• Tempo stimato d'arrivo del mezzo terrestre minore a H.E.M.S. ma con successivo ricovero in struttura ospedaliera con lunga percorrenza via terra (centralizzazione).

Codice rosso

- Tempo stimato d'arrivo del M.S.A. maggiore a 15'.
- Tempo stimato d'arrivo H.E.M.S. inferiore.
- Tempo stimato d'arrivo del mezzo terrestre minore a H.E.M.S. ma con successivo ricovero in struttura ospedaliera con lunga percorrenza via terra.

Ricordare di inviare sempre il mezzo terrestre d'appoggio.

Attivazione dell'equipaggio H.E.M.S. dalla C.E.

1) Attivazione, dal box C.E., all'equipaggio H.E.M.S. più idoneo comunicando:

1) al pilota:

– radiale, distanza, coordinate geografiche rilevate dal sistema informatico ed eventuali riferimenti dall'alto per il raggiungimento del target;

- indicazioni meteo;
- informazione su traffico stradale;
- altro;

2) al medico:

- codice di criticità;
- eventuali condizioni cliniche;
- altro.

Intervento congiunto ambulanza-elisoccorso

In caso di intervento primario dell'eliambulanza:

I - si invierà sempre, contestualmente, l'ambulanza competente per territorio, che, nei casi in cui giungerà prima sul luogo dell'evento, inizierà l'assistenza e comunicherà alla C.O. 118 l'eventuale invio di altri mezzi di soccorso o di assistenza (115/112/ etc.);

II - nelle zone coperte da ambulanze non medicalizzate, in contemporanea mezzo competente per territorio si invierà il M.S.A. più vicino;

III - in caso di intervento primario richiesto da località di confine tra due diversi bacini, le centrali operative interessate gestiranno d'intesa il soccorso inviando il mezzo più idoneo in relazione alla gravità e alla distanza; e sarà pertanto gestito dalla C.O. cui appartiene il mezzo.

N.B. - L'invio della risorsa di soccorso da parte della Centrale operativa sarà sempre e comunque in base alle risorse in dotazione al bacino, eventualmente la Centrale che gestisce l'evento potrà chiedere supporto alla Centrale di bacino più vicina al posto dell'accaduto.

Posizionamento dei mezzi di soccorso su gomma

E' fondamentale, al fine di garantire una rapida identificazione aerea del luogo dell'evento e della conseguente decisione sulla modalità di sbarco dell'equipe sanitaria (atterraggio o hovering), che l'ABZ osservi la procedura di attesa così come sotto elencata:

- posizionarsi in un luogo visibile dall'alto;
- lasciare i lampeggianti accesi;
- chiudere le porte;
- evitare lo stazionamento nell'area del possibile atterraggio;

– predisporre a spostare l'ambulanza, per seguire l'elicottero nel punto di atterraggio deciso dal comandante;

- stare in ascolto radio per comunicazioni da e per l'elicottero;
- considerare l'uso di fumogeni se richiesti dal comandante nel caso di difficoltà di reperimento del target.

Per l'incolumità di tutto il personale di soccorso non lasciare mai oggetti (indumenti personali, barella, lenzuola, teli, zaini di soccorso ecc) nell'area prospiciente la zona di intervento dell'elicottero, ciò è estremamente pericoloso perché il materiale potrebbe essere aspirato dal flusso del rotore e provocare gravi danni.

Caratteristiche del sito idoneo all'atterraggio dell'elicottero

- Fondo piano e compatto.
- Libero da alberi e altri ostacoli aerei per almeno metri 20x20.
- Avere un sentiero di avvicinamento/decollo sufficientemente sicuro.
- Essere accessibile alla barella dell'ambulanza.
- Non avere nei pressi materiale leggero che possa essere sollevato dal flusso d'aria del rotore.

Cosa fare in attesa dell'elicottero

Se sul luogo dell'evento arriva prima l'ambulanza, bisogna comunicare, oltre alle notizie sanitarie, dati che possono essere utili all'avvicinamento del velivolo:

- luogo esatto e punti ben identificabili dall'alto;
- ostacoli aerei e al suolo presenti nel posto previsto per l'atterraggio;
- condizioni meteo.

Nel caso in cui il punto di atterraggio non è ritenuto idoneo, viene stabilita con l'equipaggio la zona idonea ad effettuare il rendez-vous. Se ci sono problemi di comunicazioni radio, si può evidenziare la propria posizione con l'uso di fumogeni.

L'atterraggio su una strada transitabile impone il blocco del traffico ad adeguata distanza (25 m. per parte) nei due sensi di marcia in modo sicuro.

Occorre inoltre allontanare i curiosi dalla zona di atterraggio e raccogliere eventuale materiale leggero nelle vicinanze, chiudere accuratamente porte e finestrini dell'ambulanza, tenendo presente che in fase di atterraggio il rotore principale solleva una gran quantità di polvere e detriti.

In presenza di vento sostenuto, visto che l'elicottero deve atterrare con il vento di fronte, si può segnalare al pilota la direzione ponendosi di fianco alla zona di atterraggio, con le spalle alla direzione del vento e entrambe le braccia alzate. Una volta certi che il pilota abbia identificato il punto, si devono togliere eventuali segnali di fortuna usati. Il pilota inizia la discesa e si può segnalare sempre con le braccia: muovi avanti o indietro, muovi in basso o in alto, muovi a destra o sinistra e sali o scendi.

Dopo l'atterraggio

Non muoversi, non avvicinarsi all'elicottero, aspettare che sia l'equipaggio a scendere quando sarà il momento. A rotori fermi si procede al posizionamento del paziente in elicottero; bisogna porre molta attenzione alla fase di avvicinamento e consegna del paziente all'elicottero quando persiste la necessità dei rotori in movimento. A tal proposito:

– seguire scrupolosamente le indicazioni che darà l'equipaggio. Si consideri che la zona di avvicinamento e di allontanamento è solo quella relativa al campo visivo del pilota, e si estende dalla zona anteriore a metà circa dell'elicottero: è vietato avvicinarsi nella zona posteriore;

– è obbligatorio assumere la posizione chinata nel passare sotto il rotore principale, tenere ben fermi oggetti leggeri, inoltre è vietato saltare e/o caricare/scaricare zaini sulle spalle.

In qualsiasi circostanza, nel fare manovra con l'ambulanza, bisogna porre molta attenzione a non avvicinarsi troppo alle pale dell'elicottero.

Elicottero in fase di decollo

L'area deve essere mantenuta sgombra da oggetti che potrebbero venir sollevati dal flusso d'aria del rotore (bende, garze, sacchetti di plastica...), riposizionare la barella nel vano sanitario dell'ambulanza, chiudere portiere e finestrini. Le persone a terra devono rimanere a debita distanza dall'area di decollo.

Allertamento del presidio ospedaliero di destinazione

L'allertamento del presidio ospedaliero è competenza esclusiva della Centrale operativa che richiederà nelle basi in cui non è prevista la figura dell'operatore antincendio, la presenza dei VV.FF.

Il capo equipaggio dovrà fornire i seguenti elementi di trasmissione all'operatore di C.E. Sarà cura di quest'ultimo comunicare i dati al P.S. accettante:

- Tipologia dell'evento.
- Codice di rientro.
- Sesso.
- Età apparente.
- Stato di coscienza.
- Funzione respiratoria.
- Funzione cardiocircolatoria.
- Descrizioni delle condizioni generali del trasportato.

Protocollo operativo per trasporti secondari in ambito regionale con elisoccorso*Premessa*

L'attivazione dell'elisoccorso, per le particolari caratteristiche del servizio, deve essere riservata alle circostanze in cui è necessario estrinsecare un soccorso extraospedaliero che richiede celerità e (specifica) qualificazione professionale specialistica.

L'attivazione dell'elisoccorso deve essere sostenuta da una dimostrata esigenza clinica che ne legittimi l'uso e quindi possa sostanziare un "legittimo impedimento" nei casi eventuali in cui dovesse verificarsi una contestuale esigenza di soccorso e lo stesso servizio risultasse indisponibile.

Trasporti secondari urgenti

Trasporti assistiti di pazienti critici da ospedali periferici a ospedali specializzati e/o da questi ultimi a centri dotati di servizi ad alta specializzazione, per esecuzione di accertamenti diagnostici ovvero di trattamenti terapeutici indifferibili non attuabili nell'ospedale di provenienza.

A scopo esemplificativo:

- 1) pazienti con compromissione delle funzioni vitali che richiedono ventilazione meccanica o monitoraggio complesso, o con segni clinici di compromissione organica evolutiva [che richiede urgente intervento chirurgico (es. trauma cranico)];
- 2) pazienti senza compromissione delle funzioni vitali affetti da patologie che possono subire danni per i microtraumi da trasporto (es. lesioni vertebro-midollari non stabilizzate);
- 3) pazienti affetti da patologie la cui prognosi è dipendente dal tempo di inizio di somministrazione di una terapia specifica o interventi diagnostici urgenti non praticabili nella sede ospedaliera di origine;
- 4) pazienti da sottoporre a trapianto d'organo, con procedure di espanto già in atto o che presentino segni di compromissione delle funzioni vitali.

E' necessario rilevare che per esigenze tecniche ed assistenziali sono da ritenersi "non trasportabili con elisoccorso" i pazienti sottoposti a contropulsazione aortica.

Criterio d'impiego nel bambino

- Neonato o prematuro con epoca gestazionale <30 W.
- Evento patologico cardiaco nelle precedenti 24 ore.
- Politrauma.
- Intossicazione acuta.
- Compromissioni funzioni vitali da natura ignota.
- Meningiti con complicanze o stato epilettico.

Criterio d'impiego nella gravida

- Arresto cardiaco nelle precedenti 24 ore.
- Gravidanza a termine con neonato a rischio.
- Minacce di parto prematuro.
- Emergenze chirurgiche.
- Gestosi.

Controindicazioni al trasporto H.E.M.S.

- Malati terminali.
- Instabilità del mantenimento delle funzioni vitali.
- Possibilità di defibrillazione in volo, soprattutto nelle ore notturne.
- Impossibilità di alloggiare il paziente.

Trasporti secondari differibili

Trasporto di pazienti non acuti o stabilizzati, la cui patologia imponga tempi di trasferimento limitati ed assistenza specialistica.

Tali trasporti, non potendosi configurare come missioni primarie, sono assoggettati, nelle ore diurne, alla disponibilità presso gli ospedali di destinazione di piazzole omologate secondo le direttive ENAC. In caso contrario non potranno essere realizzati.

Trasferimenti di pazienti da reparti di terapia intensiva ad alta specializzazione ad altri presidi ospedalieri.

Sono limitati alle patologie che devono essere trattate necessariamente in ospedali o centri specializzati extraregionali sia per mancanza di strutture operative specifiche che per temporanea indisponibilità delle stesse in ambito regionale.

Procedure

L'attivazione dell'elisoccorso, nei casi previsti, è di esclusiva competenza del medico di C.E. 118:

1) il medico assume e registra i seguenti elementi di valutazione che devono essere trasmessi via FAX dal richiedente:

- 1) le generalità del medico richiedente;
- 2) le generalità del paziente;
- 3) gli elementi clinici riferiti;
- 4) il reparto di accettazione;
- 5) il nome del medico accettante;
- 6)

2) l'operatore di C.E. 118 assume e registra i seguenti elementi logistici:

- 1) destinazione del servizio;
- 2) accessibilità operativa;
- 3) percorsi via terra e loro praticabilità;
- 4) elementi organizzativi: tempi di esercizio anche in rapporto ai fattori ambientali (meteo, effemeridi);
- 5) elementi aeronautici riferiti dal pilota;
- 3) il medico richiedente deve assumere una particolare responsabilità di carattere etico-professionale considerando che l'attivazione dell'elisoccorso, per il rischio intrinseco che caratterizza l'aeromobile e per le funzioni istituzionali dello stesso, deve corrispondere ad un'attuale condizione di necessità specifica. Il medico richiedente ha l'obbligo di allegare la documentazione clinica del paziente;
- 4) allo scopo di realizzare una omogeneità di modelli di valutazione e linguaggio clinici si ritiene necessario, nel programmare e attuare il trasporto, il coinvolgimento del medico del servizio di elisoccorso.

(Vedi scheda richiesta trasporto secondario con elisoccorso - allegato).

Il trasporto fuori Regione richiede l'autorizzazione del direttore di C.O. 118, o di un suo sostituto, e l'autorizzazione dell'ufficio competente dell'Assessorato regionale della sanità. È da considerarsi intraregionale l'intervento svolto dalla base di Messina all'interno dell'area dello Stretto di Messina, quando la prestazione è a carico della Regione Sicilia, pertanto non è richiesta l'autorizzazione del direttore di C.O. 118 né dell'Assessorato. Se il trasporto fosse richiesto e/o a carico di altra Regione (es. trasporto di pax. da altra Regione ad ospedali della Regione Sicilia) è necessaria l'autorizzazione del direttore di C.O. 118 e dell'Assessorato.

Documentazione del trasferimento secondario con elisoccorso e preparazione del paziente

Ogni richiesta di trasporto secondario dovrà essere richiesta alla centrale operativa; la stessa dovrà essere accompagnata da fax che porterà le seguenti indicazioni (modulo secondario):

- Nome e cognome del paziente.
- Diagnosi.
- Sintomatologia prevalente.
- Reparto di destinazione.
- Medico richiedente.
- Medico responsabile dell'accettazione del paziente.

Il medico di C.E. 118 vaglierà la richiesta e darà il consenso o meno all'intervento. In caso di diniego questo dovrà essere documentato e motivato, apportando sulla scheda di Centrale e sul fax di richiesta le annotazioni necessarie.

Nel caso in cui la richiesta di intervento verrà accolta, l'operatore di C.E. 118 dovrà:

- contattare la struttura accettante, verificando la disponibilità alla ricezione del paziente;
- avviserà il servizio antincendio della piazzola di atterraggio dove si dovrà imbarcare il paziente, comunicando lo stimato di arrivo;

– avviserà il reparto richiedente dello stimato di atterraggio dell'eliambulanza, per programmare i tempi di trasporto "sottobordo" del paziente ed evitare lunghi tempi di attesa;

– al decollo verso la piazzola della struttura accettante, comunicherà lo stimato di atterraggio:

- al servizio antincendio;
- all'ambulanza che provvederà al trasferimento;
- alla struttura che dovrà accogliere il paziente.

Di norma i pazienti da trasferire vengono trasportati "sottobordo" dal personale dell'ospedale che ha richiesto il trasferimento.

Il medico dell'eliambulanza può richiedere di recarsi in reparto a prendere il paziente, anziché sottobordo, per motivi assistenziali e di protezione dello stesso. In questo caso l'operatore di C.E. 118 avviserà il reparto dove si trova il paziente per organizzare il trasferimento dell'equipe dell'eliambulanza e del materiale occorrente al trasporto verso il reparto stesso.

Preparazione dei pazienti al trasporto H.E.M.S.

• Età neonatale (paziente stabilizzato nei parametri ed accompagnato sotto bordo dal medico che ne richiede il trasferimento) interrogazione crociata col reparto di destinazione.

• Paziente politraumatizzato (stabilizzato nei parametri e centralizzato con due cateteri di grosso calibro, tutore vescicale e S.N.G. Se $\text{PaCO}_2 > 80$ $\text{PaO}_2 < 50$ richiesta intubazione).

• Paziente cardiologico (stabilizzato nei parametri e centralizzato con catetere venoso ed accompagnato dal medico di reparto che ne richiede il trasferimento per la consegna all'equipe di eli-soccorso).

• Paziente gravida (stabilizzata e centralizzata con infusione continua e tutore vescicale).

• Ogni paziente dovrà essere accompagnato dal medico di reparto, con tutta la documentazione clinica da consegnare al reparto di destinazione.

Fermo tecnico dell'eliambulanza

In caso di fermo tecnico diurno e notturno dell'aeromobile di bacino, la Centrale di coordinamento elisoccorso, dopo aver valutato:

- tempi;
- distanza;
- situazione ambientale,

prenderà in esame l'invio della risorsa area più vicina all'evento.

Interventi sulle isole

Soltanto in due delle 14 isole minori è presente la struttura ospedaliera (Pantelleria e Lipari), mentre le rimanenti isole sono sede di servizio di continuità assistenziale.

La richiesta d'intervento proveniente dalle isole prive di struttura ospedaliera con solo presenza di continuità assistenziale intervento deve assumere il grado di gravità maggiore e come tale intervento primario.

Interventi con impiego di elisoccorso per attività di trapianti

In caso di richiesta di eliambulanza per:

- trasferimento di equipe per prelievo organi;
- trasporto organi;
- trasporto linfonodi;
- trasporto paziente.

Potrà darsi disponibilità qualora non fossero disponibili altre risorse alternative in considerazione all'urgenza.

N.B. - L'equipaggio sanitario di volo è composto da anestesista rianimatore ed infermiere con certificata esperienza in area critica.

Maxiemergenze convenzionali e NBCR

Si parla genericamente di maxiemergenze in caso di eventi dannosi aventi varie cause (naturali, tecnologiche, umane), che colpiscono le comunità e che provocano un elevato numero di vittime e feriti. Si può fare la distinzione in:

• *Maxiemergenza* quando il numero di richieste di soccorso è superiore alla quantità di risorse che sono normalmente previste per le emergenze ed è necessario attivare risorse e mezzi eccezionali.

• *Catastrofe* quando l'equilibrio tra bisogni e risorse non può essere raggiunto se non facendo ricorso a risorse eccezionali, reperibili solo su scala sovraterritoriale a livello di Nazione o gruppo di Nazioni (punto c, art. 2, legge 24 febbraio 1992, n. 225 "Istituzione del servizio nazionale della protezione civile").

• *Incidente maggiore* quando l'equilibrio tra necessità e risorse può essere raggiunto utilizzando risorse eccezionali ma reperibili a livello locale di comune, provincia o Regione (punto a e punto b, art. 2, legge 24 febbraio 1992, n. 225).

In caso di maxiemergenza le necessità superano notevolmente le risorse disponibili. Di conseguenza:

- è necessario un coordinamento precoce e preciso;
- non si può pensare di risolvere il problema incrementando semplicemente il numero del personale, accelerando i ritmi o continuando ad utilizzare i metodi di lavoro quotidiano;
- solo teams opportunamente formati ad operare secondo schemi che affrontino una dimensione d'insieme del problema possono avere maggiori probabilità di successo di fronte ad un evento catastrofico;

– sono fondamentali la creazione, diffusione e condivisione di piani d'emergenza pre ed intra ospedalieri, nonché la collaborazione con gli enti che si occupano di soccorso non sanitario (vigili del fuoco, forze dell'ordine e protezione civile).

Le linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 114 in data 11 maggio 1996 sottolineano come la corretta gestione di eventi complessi richieda il collegamento funzionale di tutte le strutture deputate all'emergenza, siano esse di natura sanitaria che non sanitaria.

Le stesse linee guida, demandando il coordinamento delle unità di soccorso territoriale alla C.O. 118, richiedono implicitamente una risposta adeguata all'evento da parte di tutte le strutture ospedaliere, direttamente o indirettamente coinvolte.

Pertanto ogni ospedale deve formulare piani di emergenza interna per la sua rapida evacuazione o per l'accettazione di un elevato numero di pazienti, raccordandolo con il Piano dell'emergenza regionale.

La C.O. 118, con la sua organizzazione funzionale, raccorda con le strutture territoriali ed ospedaliere e con le istituzioni pubbliche e private che cooperano nella risposta dell'emergenza (Atto d'intesa Stato e Regioni, *Gazzetta Ufficiale* 17 maggio 1996), costituisce l'interlocutore privilegiato per la pianificazione in campo sanitario.

Per svolgere correttamente i compiti assegnati alla funzione n. 2, la C.O. 118, in collaborazione con la Prefettura ed i servizi territoriali delle AA.SS.PP. deputati alle urgenze/emergenze sanitarie, sulla base dei contenuti del Piano provinciale nonché sulla base dei programmi regionali di previsione e prevenzione, dovrà individuare i maggiori rischi sanitari che insistono sul proprio territorio in modo da prevedere un'organizzazione sanitaria in grado di fronteggiare gli eventi catastrofici più probabili.

I dati sanitari rilevati costituiranno parte integrante del piano stesso e saranno inoltre utilizzati per l'elaborazione del piano operativo interno alla C.O. 118 indispensabile per l'allertamento, la mobilitazione e la corretta operatività di mezzi, attrezzature e personale in caso di emergenza.

Di seguito è esplicitata una bozza programmatica per approntamento e gestione di un piano in caso di eventi catastrofici o maxiemergenze.

Il PEIMAF (piano di emergenza interno per massiccio afflusso di feriti) e il PEIVAC (piano di emergenza interno per evacuazione) dovranno essere pianificati mediante uno studio accurato delle risorse a tutt'oggi presenti in ogni realtà ospedaliera isolana; gli stessi necessitano di uno studio approfondito che vede impegnate in collaborazione diverse figure professionali operanti in strutture sanitarie e strutture tecniche logistiche.

La C.O. 118 competente per bacino dovrà essere a conoscenza dei Piani PEIMAF e PEIVAC delle strutture ospedaliere ricadenti nel proprio bacino di competenza al fine di attivare sinergie di intervento (uomini e mezzi), nell'eventualità si rendesse necessaria l'attivazione di uno di tali piani e in caso di maxiemergenze.

Le Centrali operative dovranno, in base all'analisi dei rischi individuati sul territorio di competenza, stilare dei piani di emergenza ed essere a conoscenza dei piani di emergenza interna di aziende, pubbliche o private, di tipo industriale, chimico ecc. che insistono sul proprio territorio (raffinerie, industrie chimiche, impianti industriali, impianti di comunicazione, aeroporti, linee ferrate ad alta complessità, autoporti, attraversamenti e gallerie, ecc.).

La pianificazione deve avvenire anche nelle ipotesi di incidenti NBCR (nucleare - batteriologico - chimico - radiologico) mediante linee guida condivise con gli altri enti istituzionalmente preposti alla gestione tecnica dell'evento (VV.FF.).

Gestione dei soccorsi nelle maxiemergenze

Le maxiemergenze sono eventi dannosi che colpiscono le comunità sovvertendo il normale ordine delle cose, causando:

- un elevato numero di vittime, considerando non solo i morti e i feriti, ma anche coloro che sono stati danneggiati negli affetti e nelle proprie risorse economiche;
- un improvviso, ma temporaneo, squilibrio tra le richieste delle popolazioni coinvolte e gli aiuti immediatamente disponibili.

Dal punto di vista sanitario si deve ricordare come ogni sforzo organizzativo – gestionale deve essere finalizzato alla costituzione della cosiddetta “catena dei soccorsi”, cioè una “sequenza di dispositivi funzionali e/o strutturali che consentono la gestione del complesso delle vittime di una catastrofe ad effetto più o meno limitato. La catena dei soccorsi consiste nella identificazione, delimitazione e coordinamento di vari settori di intervento per il salvataggio delle vittime, l'allestimento di una noria di salvataggio tra il luogo dell'evento e il posto medico avanzato e l'allestimento di una noria di evacuazione tra il posto medico avanzato e gli ospedali” (DPCM 13 febbraio 2001, Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi).

E' evidente che per raggiungere questi obiettivi risulta indispensabile adottare criteri universalmente condivisi e metodologie ben codificate e coinvolgere tutte le componenti operative del sistema sanitario. Perché ciò si realizzi efficacemente è necessario predisporre ed attivare, ai vari livelli di intervento, dei piani di emergenza che individuino risorse umane e materiali, attribuiscono responsabilità decisionali e definiscano chiaramente le azioni da coordinare e le relazioni fra le organizzazioni sanitarie e tutte le altre componenti coinvolte nelle operazioni di soccorso.

Organizzazione dei soccorsi sanitari in caso di catastrofe

Linee generali e strategiche per la gestione:

- 1) catastrofi naturali;
- 2) catastrofi tecnologiche;
- 3) catastrofi collettive sociali.

Le catastrofi collettive sociali comprendono tutti gli incidenti legati alle attività umane quali: avvenimenti sportivi; manifestazioni artistiche, politiche e religiose.

Altre classificazioni in base a:

- 1) effetti sulla comunità (semplice o complessa);
- 2) durata del fattore scatenante (breve, medie e lunghe);
- 3) durata dei soccorsi;
- 4) estensione geografica;
- 5) regione colpita (rurale o urbana);
- 6) secondo il numero di vittime.

Le classificazioni sopra citate sono elementi di sottostima e sovrastima nei fattori moltiplicativi (Invio di risorse).

Catena del soccorso in caso di maxiemergenza

Intervento complesso che deve considerare il salvataggio, il soccorso e il trattamento sanitario.

Occorre anzitutto considerare che ogni tipologia di evento calamitoso presenta un andamento bifasico di risposta alle esigenze di soccorso sanitario:

- risposta rapida, data dagli organi territoriali sulla base delle risorse locali immediatamente disponibili;
- risposta differita, che si andrà ad articolare nelle ore successive all'evento con l'apporto degli aiuti che giungeranno dall'esterno dell'area interessata.

Entrambe le risposte prevedono:

- fase di allarme, nel corso della quale si cercheranno di acquisire tutti quegli elementi che possono essere utili a dimensionare l'evento sia sotto il profilo qualitativo che quantitativo. Tale fase, qualora ci si trovi di fronte ad un evento prevedibile, può essere preceduta dalle fasi di attenzione e di preallarme; queste ultime, di fondamentale importanza, possono ovviamente mancare per l'imprevedibilità degli eventi o per la loro rapida evoluzione. Nel caso in cui vi sia la possibilità che una situazione, inizialmente stabile, evolva in un evento potenzialmente disastroso, è compito delle autorità competenti dichiarare lo stato di attenzione e pre-allarme, mettendo quindi in atto tutte le misure preventive e le azioni di salvataggio della popolazione e di mitigazione degli effetti;
- fase di emergenza nella quale si effettueranno tutti gli interventi necessari alla realizzazione della “Catena dei soccorsi”.

Allertamento della C.O. 118

Per quanto concerne la fase di allertamento della C.O. 118 sono previsti diversi livelli, che rappresentano i differenti stati di attivazione delle risorse aggiuntive rispetto a quelle ordinarie.

In genere vengono distinti 4 livelli di allarme:

- livello 0. E' il normale livello di funzionamento della C.O. 118; sono attivate le risorse ordinarie e si utilizzano le normali procedure di gestione;

- livello 1. Viene attivato quando sono in corso situazioni di rischio prevedibili, quali concerti, manifestazioni sportive o altre iniziative con notevole affluenza di pubblico ecc. E' attivato in loco un dispositivo di assistenza, dimensionato sulla base delle esigenze ed in adesione a quanto previsto da specifici piani di intervento. La C.O. 118 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 alluvioni, frane etc. Le risorse aggiuntive vengono messe in preallarme, in modo che possano essere pronte a muovere rapidamente dall'eventuale allarme. Il medico coordinatore della C.O. 118 può disporre eventualmente l'invio di mezzi sul posto per il monitoraggio o per assistenza preventiva;

- livello 3. Viene attivato quando è presente una situazione di maxiemergenza. Il dispositivo di intervento più appropriato viene inviato sul posto e vengono attivate le procedure per la richiesta ed il coordinamento di risorse aggiuntive anche sovraterritoriali.

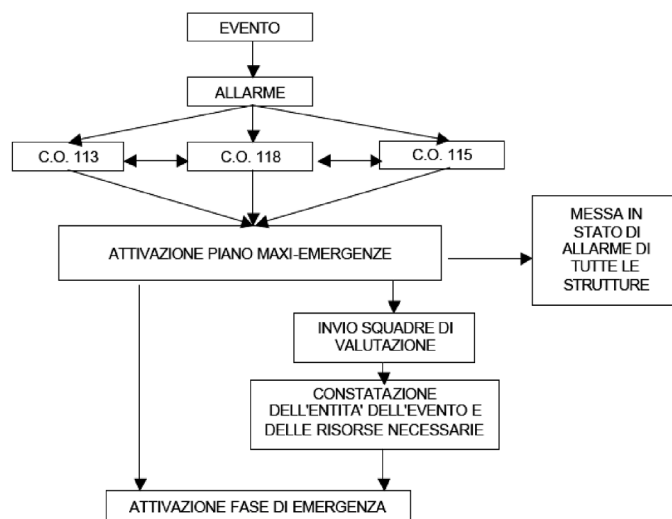
Una volta giunta la notizia di una catastrofe o di un fatto accidentale che può dar vita ad una calamità, le sale operative dei vari enti coinvolti nella gestione dell'emergenza dovranno preoccuparsi di acquisire continuamente informazioni sulla situazione che si è determinata, in modo da poter definire correttamente la natura e l'estensione del disastro.

Quando possibile tali informazioni giungeranno alle centrali attraverso sistemi strumentali e contatti diretti con il personale presente sul luogo dell'evento.

Spesso però le condizioni che si sono venute a creare rendono questi ultimi impossibili. Pertanto, nel caso in cui non si riesca ad ottenere informazioni sufficienti, si dovrà provvedere all'invio sul luogo di nuclei di prima valutazione che potranno fare un preciso resoconto sulle dimensioni dell'evento. Prima dell'ottenimento delle verifiche andrà comunque sempre valutata l'opportunità di intervenire con un'assistenza limitata e flessibile.

Per quanto concerne l'aspetto sanitario, le informazioni dovranno fornire i dati su:

- l'estensione del sinistro;
- la rilevanza degli eventuali danneggiamenti alle strutture sanitarie e la funzionalità di quelle non danneggiate;
- la valutazione presumibile del numero dei morti e dei feriti, la natura delle lesioni prevalenti (fratture, ferite, ustioni, intossicazioni, ecc.), la situazione delle vittime (facilmente accessibili, da liberare, da disincarcerare), la situazione dei sinistrati e il loro stato psicologico, le condizioni dell'habitat relativamente a rischi epidemiologici evolutivi;
- l'orientamento sulle modalità di impiego dei mezzi, degli itinerari preferenziali, delle precauzioni per eventuali rischi tossici, di esplosioni, di crolli, ecc.

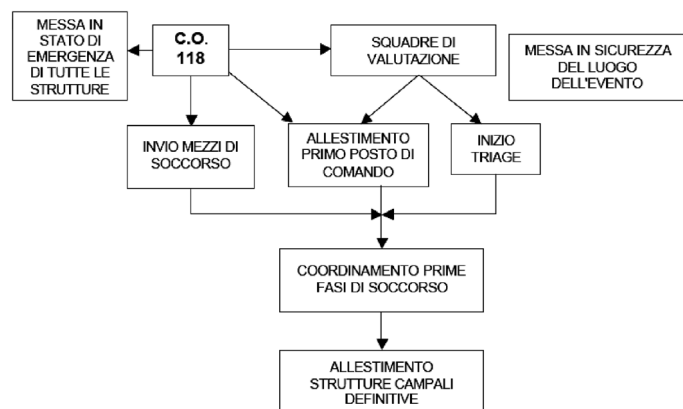


Attivazione fase di emergenza

Un aspetto fondamentale da non dimenticare, durante tutto il periodo dell'emergenza, è la valutazione del rischio evolutivo ambientale, cioè la possibilità che lo scenario in cui si è venuto a creare lo stato di emergenza sia ancora in una fase dinamica e possa in qualche modo dare origine a nuove situazioni di pericolo. Un esempio comune ci è fornito dai terremoti. Terminata la scossa principale che ha causato l'emergenza, è possibile, infatti, che si vengano a determinare nelle ore e nei giorni successivi situazioni pericolose, quali crolli di edifici, esplosioni, ecc. E' indispensabile infatti ricordare che i soccorsi devono essere sempre portati in sicurezza e che prioritaria risulta la tutela e la salvaguardia di coloro che dovranno operare nella zona colpita dalla catastrofe.

Intervento sanitario territoriale

Una volta che siano state acquisite le informazioni necessarie, la C.O. 118 competente territorialmente attiverà la fase di emergenza provvedendo alla mobilitazione di uomini e mezzi, all'allertamento di tutte le strutture sanitarie del territorio interessato, in particolare modo dei dipartimenti ospedalieri di emergenza, ed al collegamento con le autorità competenti e con le altre strutture di protezione civile secondo quanto previsto dalla pianificazione comunale, provinciale e regionale.



I mezzi di soccorso disponibili verranno mandati sul luogo dell'evento dove si riuniranno ai nuclei di valutazione eventualmente inviati precedentemente. Un medico designato dalla C.O. 118 fra quelli giunti per primi sul posto assumerà il coordinamento delle operazioni in attesa che giunga il direttore dei soccorsi sanitari. Suo compito sarà quello di coordinare le operazioni di recupero medicalizzato e, con il personale a disposizione, coadiuvare le operazioni di estricazione e recupero complesso svolte dai VV.FF., attuare un triage primario, definire le aree di raccolta dei feriti ed il percorso ottimale per il raggiungimento del posto medico avanzato.

Nel frattempo la C.O. 118 provvederà ad inviare personale e mezzi per allestire, al di fuori dell'area interessata precedentemente perimetrata e sorvegliata dalle forze di polizia, il posto medico avanzato (PMA) con compiti di accoglienza, triage secondario, stabilizzazione ed evacuazione delle vittime precedentemente recuperate.

La C.O. dovrà inoltre organizzare una postazione di comando (posto di comando mobile) presieduta dal direttore dei soccorsi sanitari, il quale, operando in collegamento con gli operatori impegnati nel recupero delle vittime, il PMA, la C.O. 118 ed i responsabili degli altri servizi (VV.FF., forze di polizia, ecc.), avrà la responsabilità gestionale in loco di tutto il dispositivo dell'intervento sanitario (fig. 4).

Chiaramente, se l'evento avrà interessato una zona ristretta di territorio, sarà sufficiente un unico posto d'accoglienza e di comando delle forze a disposizione. Nel caso in cui l'estensione sia maggiore, la zona interessata sarà invece suddivisa in più settori che potranno far riferimento a più posti medici avanzati o a strutture sanitarie campali di maggiore complessità, quali le unità mobili medico-chirurgiche o gli ospedali da campo.

Nell'identificazione dei settori si dovrà tener conto dei mezzi a disposizione, delle distanze tra le varie équipe, delle vie di accesso per i soccorsi e di quelle di evacuazione dei feriti e dei superstiti, in modo da ripartire adeguatamente le risorse disponibili in funzione delle necessità.

Il triage sul luogo dell'evento

Il termine Triage deriva dal verbo francese *trier*, il cui significato è scegliere. La sua nascita risale al diciassettesimo secolo, durante le guerre tra francesi ed inglesi, grazie ad un chirurgo della guardia imperiale di Napoleone, il barone Jean Larrey.

Il triage è un processo di valutazione dei pazienti e la loro suddivisione in base alla relativa urgenza di trattamento e alla prognosi, intesa come il beneficio che la vittima può trarre da cure relativamente semplici ma immediate.

L'assegnazione di un codice di priorità, in relazione alle possibilità di cura, rappresenta un passaggio fondamentale nel processo triage al fine di stabilire correttamente l'accesso dei feriti al percorso diagnostico-terapeutico. Pur variando i modelli utilizzati a livello internazionale, il codice assegnato al paziente è generalmente contraddistinto da un numero o più frequentemente da un colore.

Procedure di triage

Per quanto riguarda più strettamente le procedure di triage, possono essere identificati tre livelli:

- Triage primario: viene svolto sul posto del disastro ed ha come scopo quello di valutare rapidamente la situazione di tutti i feriti per farne una prima selezione, individuando chi necessita di cure immediate, in modo da poterlo inviare prontamente al P.M.A.;

- Triage secondario: viene svolto al P.M.A. e serve per rivalutare i feriti, decidere le priorità di evacuazione ed individuare gli ospedali idonei al definitivo trattamento;

- Triage ospedaliero: viene eseguito al momento dell'arrivo del ferito in ospedale al fine di stabilire priorità ed iter diagnostico terapeutico.

Durante la procedura di triage ogni paziente riceverà un'apposita etichetta che riporterà il codice assegnato, i dati anagrafici e una breve descrizione delle condizioni del soggetto (scheda di triage).

Codice Rosso	Codice Giallo	Codice Verde	Codice Nero
Priorità assoluta. Deve essere trattato il più in fretta possibile	Urgente. Può aspettare alcune ore per una cura definitiva	Non urgente. Può aspettare molte ore per una cura definitiva	Morto o ferito mortalmente

Il protocollo di triage S.T.A.R.T. prevede la seguente procedura:

- 1) etichettare come verdi tutti i pazienti in grado di camminare;
- 2) valutare l'attività respiratoria di ogni paziente:

- se il paziente non respira assicurarsi che non vi siano corpi estranei che ostruiscano le vie aeree e riposizionare la testa, utilizzando le precauzioni idonee a salvaguardare il rachide cervicale;

- se in seguito a queste manovre il paziente non riprende un'attività respiratoria spontanea, deve essere etichettato come nero;

- se riprende a respirare deve essere etichettato come rosso;

- se il paziente respira valutare la frequenza respiratoria. Se >30 atti/min deve essere etichettato come rosso. Se <30 atti/min proseguire la valutazione (punto 3);

- 3) valutare il refill capillare (comprimere un'unghia e valutare il tempo che i tessuti sottostanti impiegano per tornare del colorito iniziale) o la presenza del polso radiale (se palpabile, la pressione sistolica è di norma superiore a 80 mmHg):

- se il refill capillare è > 2 secondi o il polso radiale è assente, si valuta la presenza di emorragie che, se presenti, dovranno essere tamponate (paziente etichettato come rosso);

- se il refill capillare è < 2 secondi o il polso radiale è presente, si deve proseguire la valutazione (punto 4);

- 4) valutare lo stato mentale verificando la capacità ad eseguire comandi verbali semplici quali, ad esempio, l'apertura degli occhi o la stretta di mano. Sulla base della capacità ad eseguire il comando, il paziente verrà etichettato come rosso o in alternativa come giallo.

E' opportuno ricordare che, per quanto concerne il punto 3 della procedura, il protocollo S.T.A.R.T. prevedeva in origine solamente la valutazione del refill capillare.

Nella versione modificata è stata introdotta più recentemente anche la verifica del polso radiale in quanto la validità del refill capillare come indicatore di una condizione di ipovolemia è stata messa in discussione.

Triage secondario

Come già detto precedentemente l'area di triage corrisponde al punto di ingresso del P.M.A. Ogni paziente verrà accolto da un medico, esperto di medicina di emergenza, che effettuerà il triage secondario, cioè una rivalutazione delle condizioni del soggetto eseguita in un tempo breve, ma in modo più approfondito rispetto a quello svolto sul luogo dell'evento.

Il medico, oltre a rivalutare le funzioni vitali, esaminerà anche altri parametri che riguardano il tipo di patologia specifica riportata dalla vittima. Il paziente riceverà quindi una nuova etichetta, generalmente dello stesso tipo di quella utilizzata nel triage primario e compilata con le medesime modalità.

Il triage secondario è un processo di difficile standardizzazione: il medico responsabile del triage deve essere in grado di integrare tutte le informazioni che riguardano il paziente e da queste giungere all'attribuzione di un codice di priorità, che rappresenta la sintesi del suo processo di valutazione (Triage FAST - First Assessment and Sequential Triage)

Il protocollo FAST

E' un tentativo di attribuire un "peso" a ciascuno dei problemi evidenziati durante l'esecuzione del ciclo ABCD, permettendo anche di generare classi di priorità che bene indirizzano verso i tre percorsi ospedalieri fondamentali.

La scheda di triage II fase dovrà prevedere le seguenti informazioni:

TRIAGE FAST							
STEP	PARAMETRO	LIMITI	VALORE	VERDE	GIALLO	ROSSO	
1	pervietà vie aeree		NO				
2	frequenza respiratoria	>25	<8				
3	saturimetria periferica	90-94	< 90				
4	ventilazione ridotta monolaterale	SI					
5	frequenza cardiaca	>130					
6	pressione arteriosa sistolica	< 100					
7	emorragia importante	SI					
8	AVPU	V	P-U				

non critici subcritici critici

DESTINAZIONE	

MEZZO UTILIZZATO	ORARIO USCITA

NOTE

Associazione Regionale Emergenza Sanitaria e Sociale
Sede Legale Centrale Operativa 118 Ancona

Es. Scheda triage II fase - Triage Fast

- Arrivo al PMA;
- Trasportato da;
- Cod. priorità all'ingresso del PMA;
- Stabilizzazione eseguita al PMA;
- Ipotesi diagnostica;
- Evacuazione verso;
- Trasferito con;
- Firma del responsabile del PMA.

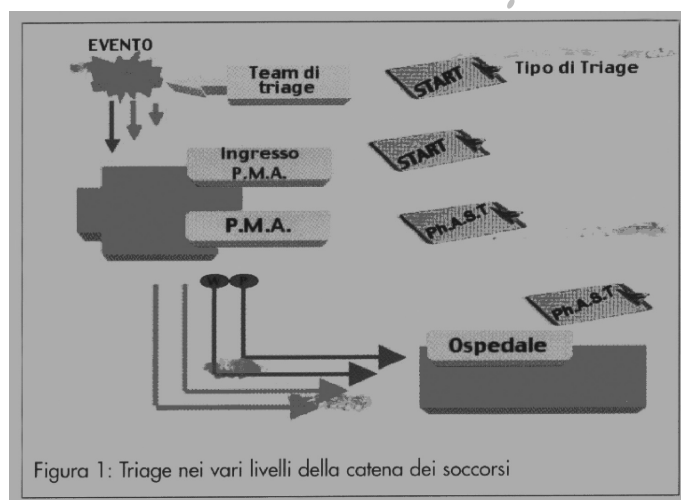


Figura 1: Triage nei vari livelli della catena dei soccorsi

Designazione degli ospedali e scelta della destinazione delle vittime

La scelta della destinazione definitiva delle vittime viene fatta dal medico che opera nell'area di trattamento. Questa è una decisione di grande rilevanza che deve essere presa tenendo in considerazione sia le condizioni dei soggetti, sia le risorse disponibili.

E' fondamentale che la designazione ospedaliera non si basi solo sul numero di posti letto disponibili nella struttura, ma sulla qualità e quantità dei servizi che è in grado di fornire in caso di maxi-emergenze, perché solo queste ultime sono un buon indice della capacità di un ospedale di fronteggiare simili eventi.

Al momento dell'attivazione del piano di emergenza, tutti gli ospedali coinvolti dovranno comunicare alla C.O. 118 le proprie disponibilità per l'accettazione delle vittime.

Generalmente queste informazioni non raggiungono il P.M.A. nelle primissime fasi dell'emergenza, deve essere quindi previsto nel Piano la cosiddetta "Designazione ospedaliera". Questa deve essere eseguita nei periodi che precedono l'evento e consiste in una classificazione delle strutture territoriali basata sulla capacità di accettazione delle vittime, cioè quanti codici rossi, gialli e verdi possono essere accolti. Al fine di eseguire tale designazione ogni ospedale dovrà indicare il numero di feriti che sarà in grado di trattare nelle peggiori condizioni di risorse umane interne, sulla base delle previsioni indicate nel Piano di emergenza ospedaliero per il massiccio afflusso di feriti (P.E.I.M.A.F.).

Catena di comando

Comprende diversi nodi decisionali, collocati a vari livelli con competenze sempre più complesse, in modo da assicurare una ottimale integrazione fra le strutture locali, gli enti deputati alle operazioni di soccorso e le strutture di coordinamento sovraterritoriale.

In relazione all'attesa attivazione dei Centri operativi misti (C.O.M.) di strutturazione comunale o intercomunale dove opereranno enti, amministrazioni ed associazioni di volontariato anche provenienti da altre regioni, è opportuno stabilire rigorosi flussi informativi che si ispirino ai seguenti principi:

- i C.O.M., attraverso il responsabile della funzione 2, attueranno tutti i provvedimenti necessari a garantire il coordinamento delle attività di soccorso, di sanità pubblica anche veterinaria e di assistenza sociale nel proprio territorio di competenza. La gestione dei vari aspetti sanitari verrà svolta attraverso referenti locali che non solo sono a conoscenza delle modalità organizzative attuate in situazioni di emergenza ordinaria, ma che hanno anche preso parte all'elaborazione dei piani di maxiemergenza. I coordinatori della funzione 2, di norma, rappresentano le loro esigenze al Centro coordinamento soccorsi (C.C.S.) e si avvalgono della Centrale operativa 118 per l'operatività sanitaria;

- la Centrale operativa 118 coordina l'intervento sanitario territoriale mediante il direttore dei soccorsi sanitari presente sul luogo della catastrofe e gestisce i trasferimenti dei pazienti presso i presidi ospedalieri.

In caso di emergenza il responsabile medico del 118 o un suo delegato sarà presente nel C.C.S. ed un operatore di C.O. 118 sarà nella sala operativa. Inoltre, in relazione alla tipologia dell'emergenza, potrà essere presente nel C.C.S. il responsabile dei servizi territoriali di emergenza;

– il C.C.S. qualora non riesca a soddisfare le richieste provenienti dai C.O.M. chiede un intervento del livello regionale o nazionale (unità mobili medico-chirurgiche, ospedali da campo, ecc.);

– il dipartimento della Protezione civile attraverso il comitato operativo per l'emergenza o, se necessario, anche attraverso la DiCoMaC (direzione comando e controllo) esercita il coordinamento nazionale di tutti gli enti ed amministrazioni che partecipano ai soccorsi.

Maxiemergenza non convenzionale N.B.C.R. gestione della chiamata. Protocollo

Richiesta di soccorso sanitario alla C.O. 118 di riferimento, che, dopo aver ricevuto la comunicazione, verifica la complessità del soccorso con le CC.OO. 115, 112, 113 e le aziende ospedaliere di zona.

Non inviare squadre di soccorso o nucleo di decontaminazione se prima non si ricevono le seguenti informazioni.

- 1) Evento e sua tipologia.
- 2) Luogo area urbana o rurale.
- 3) Condizioni atmosferiche.
- 4) Direzione del vento.
- 5) Condizioni dei feriti.
- 6) Probabile aggressivo (se possibile).

La Centrale operativa, accertato l'evento, attua il piano di emergenza interno. Identificato un probabile aggressivo chimico, viene immediatamente contattato (con) il comando dei (V. urbani indicando) VV.UU. per indicare la tipologia (d'evento) dell'evento. (Protezione civile comunale).

Informa a cascata direttore di C.O. e coordinatore di C.O.;

- Coordinatore di C.O. istituisce isola G.I.M.;
- Allerta il coordinamento regionale UNIDEC Sicilia 118;
- Allerta l'ospedale di zona più vicino al target;
- Informa le altre centrali regionali;
- Allerta Unidec interprovinciale;
- Attiva la procedura UMSS per evento non convenzionale;
- Attiva i contatti con il centro antiveneni;
- Predisporre l'invio di squadre di supporto sanitario di base.

Allerta e comunica:

- 1) Dipartimento P.C. D.C. (Prefettura) - (Ministero della salute);
- 2) 115;
- 3) 112;
- 4) Varie ed eventuali.

Direttore di C.O. predispone l'invio di personale sanitario al:

- C.O.C.;
- C.O.M.

Durante l'emergenza N.B.C.R. il coordinamento sarà di competenza del direttore di Centrale e del coordinatore del nucleo N.B.C.R. Unidec regionale in collaborazione con il DTS.

Le squadre di decontaminazione verranno inviate sul target con apposito veicolo fornito dei presidi di sicurezza individuali e UNIDEC.

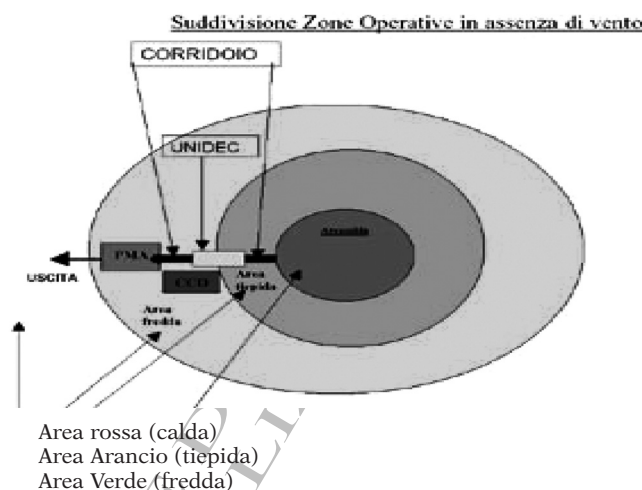
Unità N.B.C.R. UNIDEC interprovinciale formata da n. 9 unità: n. 2 medici, n. 6 infermieri n. 1 coord. UNIDEC.

L'UNIDEC verrà divisa in quattro squadre con una operatività di 8 ore.

Step operativi:

- Intervento sul target;
- Analisi dello scenario;
- Delimitazione delle aree d'intervento;
- Comunicazione alla centrale;
- Allestimento dell'unità di decontaminazione in area arancio;
- Vestizione con D.P.I.;
- Inizio della decontaminazione con procedure atte alla stessa;
- Invio delle vittime in area verde (P.M.A.);
- Classificazione delle vittime U.D. dall'area rossa accompagnate da VV.FF.

Aree d'intervento.



Operatività tecnica dell'UNIDEC in area cantiere.

- Area rossa VVFF salvataggio tecnico e recupero.
- Area rossa stazione UNIDEC soccorso sanitario se in accordo con il DTS (solo triage).
- Area arancio stazione UNIDEC vestizione, decontaminazione e triage.
- Area verde UNIDEC vestizione, prime cure e accompagnamento al P.M.A.

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 n. 180 del 13 maggio 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) 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 medico abilitato all'esercizio della professione;
- 2) convalida della proposta di T.S.O. da parte di un medico dell'(AUSL) ASP territorialmente competente (es. psichiatra reperibile), o dal medico di P.S.;
- 3) ordinanza da parte del sindaco, o di un delegato, del comune ove viene effettuato l'intervento.

Dare attuazione all'ordinanza del sindaco spetta alla polizia municipale.

Il compito della C.O. 118 è contestuale a quello delle Forze dell'ordine. Il mezzo 118 interviene preliminarmente alla chiamata di soccorso per paziente con disagio mentale.

La C.O. attiverà, invierà un MSA che valuterà lo stato del paziente. In caso di paziente violento o non collaborante che necessita di ricovero, il medico dell'ambulanza proporrà richiesta di T.S.O.

I mezzi del 118 non sono utilizzabili per attuare una ordinanza di T.S.O.

Linee guida per il trattamento sanitario obbligatorio

Si rende necessario chiarire analiticamente il protocollo da mettere in atto nel corso del Trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.), 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 T.S.O. 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 n. 833/78 individua le condizioni del soggetto per cui si rende necessario il T.S.O. 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 n. 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 T.S.O. 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 A.S.O. o di T.S.O. 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 contestualità deve esplicarsi 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 luglio 2001, relativa alle competenze della Polizia municipale nel corso di trasferimento con autoambulanza di persone assoggettate al T.S.O. anche al di fuori del territorio comunale. Tale circolare testualmente recita: "le funzioni di accompagnamento dei soggetti per i quali si rende obbligatorio il T.S.O. 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 n. 833/78, istitutiva del S.S.N." 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 7 marzo 1986, n. 65), sia di quella di autorità sanitaria, di cui è titolare nei trattamenti sanitari obbligatori, in forza della legge 23 dicembre 1978, n. 833, art. 33, titolarità riconfermata dall'art. 117 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e come trasfuso nell'art. 50, comma 5, del decreto legislativo 18 agosto 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:

- "esistono 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 (A.S.O.) è un istituto di carattere eccezionale e si configura come strumento mirato ad entrare in contatto con una situazione altrimenti inavvicinabile e per la quale, sia pure in via presuntiva, si ha il fondato sospetto della presenza della prima condizione di legge prevista per poter intervenire in forma obbligatoria, vale a dire l'esistenza di gravi alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici.

Ai fini della emissione dell'ordinanza di A.S.O. 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'A.S.O. (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'A.S.O. non sono previste.

Evento a rischio infettivo

Trasporto di paziente infetto

La diagnosi di malattia infettiva, da parte dei componenti l'equipaggio di un mezzo di soccorso, in virtù di una falsa negatività della sintomatologia può essere solamente presunta. Il soccorso però in molti casi può considerarsi a rischio infettivo e pertanto 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 sulla necessità di una particolare cautela in occasione di trasporto di malati con patologia infettiva o sospetta 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).

Veicoli di infezione:

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

Mani: se prive di guanti oppure non adeguatamente disinfettate. Liquidi organici: sangue, urina, feci, vomito, secrezioni vaginali, sperma, liquor cefalorachidiano.

Indumenti: indossati durante l'intervento dal paziente o dalla vittima oppure dallo stesso soccorritore.

Effetti personali: indossati durante l'intervento dal paziente o dalla vittima oppure dallo 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.
- Effettuare accertamenti sierologici (possibilmente anche sul paziente infettante) ed eventuale profilassi in caso di contatto con paziente affetto o potenzialmente affetto da AIDS.
- Denunciare l'evento al Pronto soccorso entro 1 ora dal contatto.
- Predisporre accertamenti sierologici sul paziente.
- Predisporre accertamenti sierologici sul soccorritore.
- Chemioprofilassi.
- 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 sieroprofilassi.
- Attivazione vaccino profilassi.
- Controlli ematici periodici.

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.

Paziente con epatite B o C accertata

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.), monouso e non, 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 come da procedura della S.E.U.S. SpA.

Pulizia del modulo sanitario secondo protocolli dell'ente appaltatore.

Disposizioni riguardanti le procedure da seguire da parte dell'equipaggio "118" in caso di soccorso a paziente con sospetto S.A.R.S. (Sindrome respiratoria acuta severa) (Stesse disposizioni per sospetta influenza tipoA/H1N1)

Quando l'operatore di centrale, durante la raccolta di notizie cliniche (dispatch), viene a conoscenza di un sospetto caso di S.A.R.S., avvisa l'equipaggio "118" inviato sul luogo dell'evento ad adottare idonee misure per la prevenzione del contagio.

Contestualmente, l'operatore avvisa il Pronto soccorso di destinazione dell'arrivo del caso sospetto di S.A.R.S. (e dopo conferma da parte dell'equipaggio "S.U.E.S. 118"), per la predisposizione di area separata di valutazione (triage), al fine di minimizzare il rischio di trasmissione ad altri pazienti in attesa al P.S. (circolare Min. sal. 400.3/113.3/2050 del 10 aprile 2003). Ciò, permette, anche, agli addetti al triage del P.S. di prepararsi con adeguati D.P.I.

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 aeree 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, per quanto possibile, presidi monouso.

Il personale "118" che accede sul luogo dove è presente un sospetto caso di S.A.R.S. deve indossare i seguenti D.P.I.:

- maschere N95 o equivalenti (per evitare contaminazione con spruzzi e schizzi di sangue o di altri fluidi biologici);
- guanti;
- occhiali o visiera protettiva;
- tuta con cappuccio;
- calzature che possono essere decontaminate o soprascarpe monouso.

Durante le procedure mediche che possano generare schizzi o spruzzi di secrezioni:

- 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 della diffusione dell'infezione.

• I guanti non sono un'alternativa al lavaggio delle mani.

• Le mani si devono lavare prima e dopo i contatti 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.

• 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 D.P.I. (camici monouso, mascherine N95, guanti).

Disinfezione dell'ambulanza e degli strumenti

L'ambulanza, dopo il trasporto di un caso sospetto S.A.R.S., deve essere messa "in pausa" per il tempo necessario per poter effettuare una accurata disinfezione del mezzo, come da procedura S.E.U.S. SpA.

Gli strumenti utilizzati per il soccorso: respiratore, circuiti, aspiratore, ambu..., vanno sterilizzati secondo le norme fornite dai produttori.

Contatto con sospetto S.A.R.S.

Per contatto ravvicinato si intende: coabitazione, assistenza, o contatto diretto con secrezioni respiratorie e fluidi corporei dei pazienti.

Secondo le direttive del Ministero della salute: a seguito di contatti di soggetti sospetti, le indicazioni sono le seguenti:

- fornire informazioni circa i possibili sintomi clinici della S.A.R.S., e i tempi di latenza necessari alla comparsa della sintomatologia;

- 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 dati necessari ai 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 i soggetti a rischio per la durata di 10 giorni dall'ultimo contatto;

- l'interessato è libero di continuare le sue abituali attività;

- se dovessero comparire febbre ed altri sintomi, è necessario mettere a conoscenza l'autorità sanitaria competente che indicherà le seguenti disposizioni:

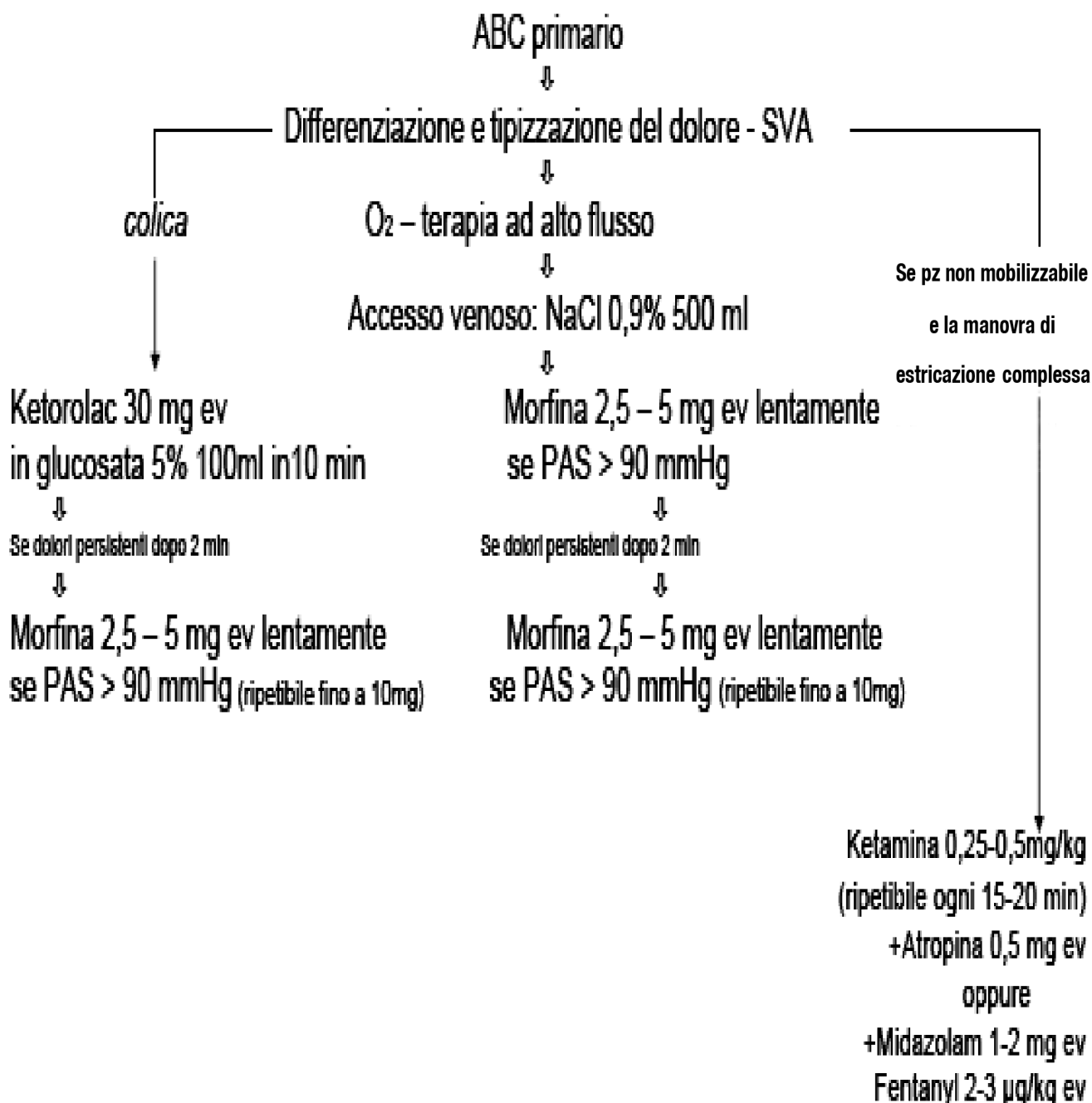
- astensione dal lavoro finché non si siano ricevute ulteriori istruzioni;

- non frequentare luoghi pubblici finché non si siano ricevute ulteriori istruzioni;

- ridurre i contatti con componenti della propria famiglia e con conoscenti.

Protocolli Terapeutici

Analgesia

PROTOCOLLO
N° 1


Morfina ev: lentamente dosi ripetibili ogni 5 min. max 20 mg (obiettivo valutazione del dolore < 3/10 sulla SVA)

Se nausea e vomito dopo 5mg di Morfina: Tropisetron cloridrato 2 mg ev (lentamente) (Navoban) ®



Angina pectoris

ABC primario



valutazione del dolore con SVA (scala visiva analogica)



O₂ terapia ad alto flusso se SpO₂ < 92%, altrimenti 4l/min



Nitroglicerina 0,9 mg s.l. o 3 puff se PAS > 100 mmHg



Accesso Venoso: NaCl 0,9% 500ml Se bradicardia sintomatica non transitoria Atropina 0,5 mg ev



Ac. Acetilsalicilico 500 mg (se pz. non allergico e non in terapia anticoagulante)

Se dolore persistente dopo 2 min



Nitroglicerina 0,9 mg s.l. o 3 puff se PAS > 100 mmHg
ripetibile ogni 3-5 min se PAS resta > 100 mmHg

Se dolore persistente dopo 2 min



Morfina 2,5-5 mg ev lentamente se PAS > 90 mmHg (1°/2° dose)

Se dolore persistente dopo 5 min



Morfina 2,5-5 mg ev lentamente se PAS > 90 mmHg (3°/4° dose)

PROTOCOLLO
N° 2

Durante trasporto

Se nausea e vomito dopo 5mg di Morfina: Tropisetron cloridrato 2 mg ev (lentamente) (Navoban) ®

Se agitazione o ansia severa: Lorazepam 1mg S.L. (ripetibile 1x)

Se angina associata a intossicazione da cocaina: Diazepam 5 mg ev considera NaBic

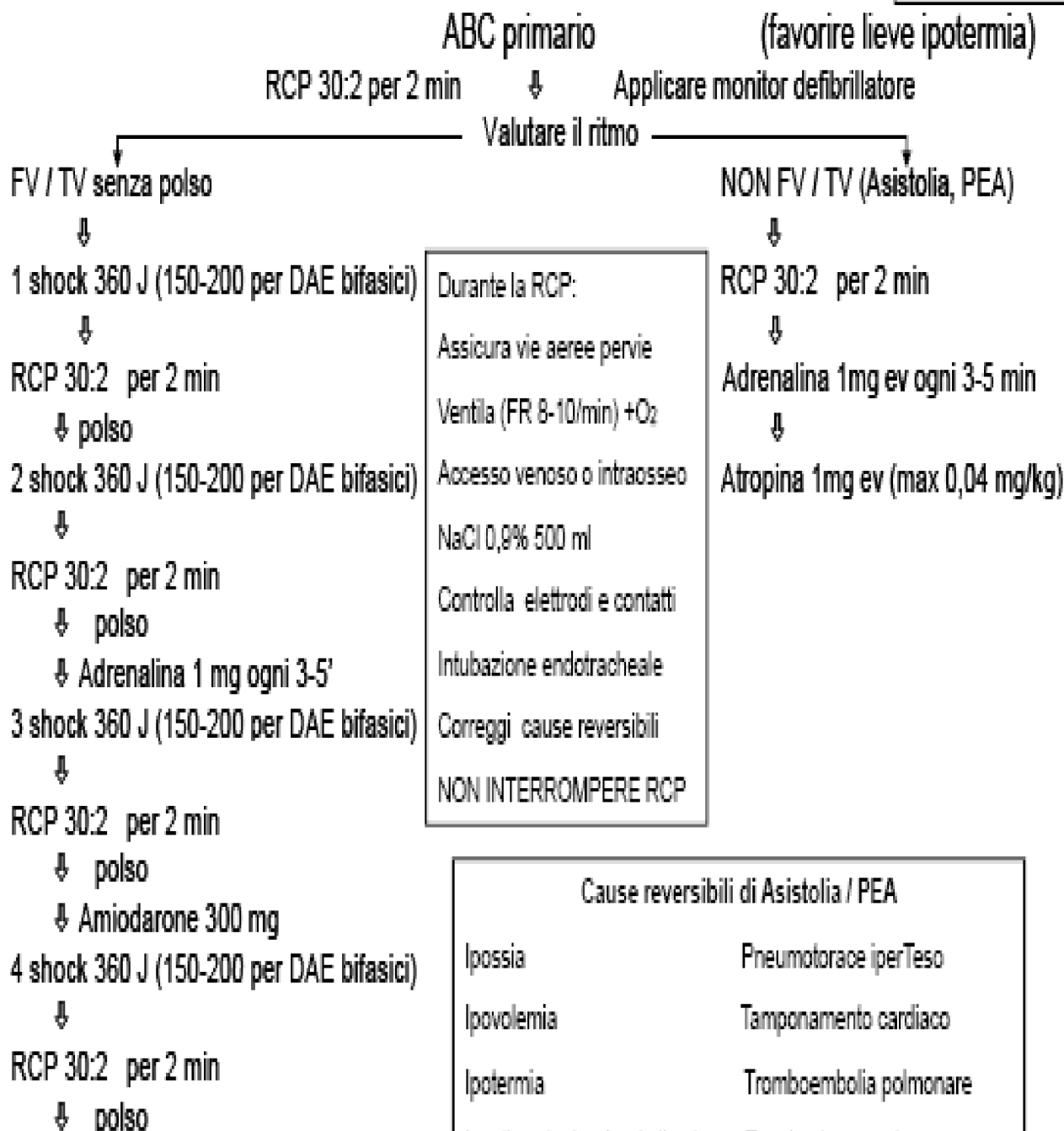
Morfina ev: lentamente dosi ripetibili ogni 5 min. max 20 mg (obiettivo valutazione del dolore < 3/10 sulla SVA)

Se assunzione di Sildenafil / Vardenafil / Tadalafil nelle ultime 24-48 ore NON SOMMINISTRARE NITROGLICERINA – MA SOLO O₂ TERAPIA ,
AC. ACETILSALICILICO ED EVENTUALMENTE MORFINA



ARRESTO CARDIACO

PROTOCOLLO
N° 3



Amiodarone ripetibile 1X150mg ev

Solfato di magnesio 2gr In bolo (In TORSIONE DI PUNTA)

NaBic 8,4% 1ml/Kg solo se acidosi metabolica o alcalinizzazione (pz In dialisi, Intoss. Ac. Acetil salicilico, tridolici)

MONITORARE: SpO₂ (>95%), Temperatura, (32-34°C), etCO₂



Edema polmonare / scompenso cardiaco

ABC primario



Posizione + O₂ terapia ad alto flusso



Nitroglicerina 0,9 mg SL (o 3 puff) se PAS >100mmHg*



Accesso venoso: NaCl 0,9% 500 ml



Furosemide 40 mg ev **

PROTOCOLLO
N° 4

D
U
R
A
S
N
P
T
O
E
R
T
O



Se la sintomatologia non migliora dopo 2 minuti

Nitroglicerina 0,9 mg SL (o 3 puff, o 10-20 µg/min e.v.) se PAS >100mmHg

Ripetibile ogni 5 min



Se la sintomatologia non migliora dopo 2 minuti

Morfina 2,5-5 mg ev lentamente se PAS > 100mmHg (max 10 mg)

Ripetibile ogni 5 min. MAX 10mg

Se PAS > 110 mmHg: Isosorbide dinitrato 2 mg ev in bolo (ripetibile sempre a PAS > 120mmHg)

Se PAS < 90 mmHg: Adrenalina 10 µg/min fino 25 µg/min (10-1mg/ml - diluita in 100ml NaCl = 10 µg/ml = 20 gtt/min), e/o Dopamina 5-20 µg/kg/min e.v.

Se SpO₂ < 75% e/o FR <10 e/o PAS <75, nonostante terapia precedente, CONSIDERA INTUBAZIONE

*Se assunzione di Sildenafil / Vardenafil / Tadalafil nelle ultime 24-48 ore NON SOMMINISTRARE NITROGLICERINA

**Considerare problemi di volume (scompenso destro).



Crisi asmatica severa (Esacerbazione acuta di BPCO)

PROTOCOLLO
N° 5

ABC primario



POSIZIONARE / TRANQUILLIZZARE (non sedare)



ASMA: O₂ – terapia ad alto flusso

BPCO: O₂ – terapia "dosata" (obiettivo SpO₂ > 90%)



Inalazione con Salbutamolo 5mg ripetibile

Se inalazione impossibile considera salbutamolo 0,5 mg s.c.

Se non vi sono controindicazioni considera Adrenalina 7 µg / Kg im. oppure 0,1mg ev *



Accesso venoso: NaCl 0,9% 500ml



Se il pz non migliora dopo 10 minuti

Continuare inalazione con aggiunta di Ipratropio 0,5 mg



(Atem) ®

Metilprednisolone 125 mg ev (effetti dopo alcune ore)



Solfato di magnesio 2gr in Glucosata 5% 100ml **

(Infusione lenta in 20 min)



Considerare intubazione endotracheale con SpO₂ < 75%

Durante trasporto

*10 µg= 0,1mg

* Attenzione ad eventuale ipotensione

Mantenere bassa la pressione di ventilazione: BASSI VOLUMI CORRENTI (8cc/Kg) e BASSE FREQUENZE (10 al minuto)





Reazione allergica

ABC primario



PROTOCOLLO
N° 6

Se reazione cutanea severa	Se difficoltà respiratoria	Se shock anafilattico
Accesso venoso NaCl 0,9% 1000 ml	O₂ – terapia ad alto flusso Inalalaz. Adrenalina 5 mg (con nebulizzatore) se effetto insufficiente Adrenalina 0,5 mg im Accesso venoso Na Cl 0,9% 1000 ml * ↓ se ventilazione notevolmente compromessa o arresto respiratorio ↓ INTUBAZIONE	O₂ – terapia ad alto flusso Adrenalina 0,5 mg im Accesso venoso o intraosseo NaCl 1000 gtt vel Se PAS < 90mmHg Adrenalina 0,1 mg ev * - i.o. se nessuno effetto dopo 1 min Adrenalina 0,1 mg ev * - i.o. se nessuno effetto dopo 1 min Adrenalina 0,1 mg ev * - i.o. se nessuno effetto dopo 1 min Adrenalina 0,1 mg ev * - i.o. se nessuno effetto dopo 1 min Adrenalina 0,1 mg ev * - i.o.
Prometazina 25 mg. in 10 ml NaCl 0.9% ev lent	Prometazina 25mg in 10 ml NaCl 0.9% ev lent.	Prometazina 25mg in 10 ml NaCl in 10 ml NaCl 0.9% ev lentamente
Metilprednisolone 125 mg ev	Metilprednisolone 125 mg ev	Metilprednisolone 125 mg ev

* Se la via venosa e intraossea non sono accessibili continuare con ADRENALINA 0,5 MG im

Trauma cranico / midollare

PROTOCOLLO
N° 7

ABC primario



Stabilizzazione colonna cervicale con collare



O₂ – terapia ad alto flusso



(Applicare protocollo PTC)

Accesso venoso: NaCl 0,9% 1000ml

(Obiettivo PAS 120 mmHg)

Considerare Adrenalina in infusione (Vedi schema)*, o Dopamina**, o Noradrenalina***



Glicemia se lo stato di coscienza è alterato



Se glicemia < 50mg/dl Glucosio 33% 2x10ml ev ripetibile

Se via venosa non accessibile Glucagone 1 mg im(Glucagen)®

Se GCS < 8 intubazione e centralizzazione

* Adrenalina 10 µg/min fino 25 µg/min (1fl=1mg/ml - diluita in 100ml NaCl = 10 µg/ml = 20 gtt/min)

** Dopamina 10 mg/kg/min (in caso di shock neurogeno)

*** Noradrenalina 0,1 – 0,01 µg/kg/min (1fl=2mg – diluita in 500ml NaCl = 4 µg/ml)



PROTOCOLLO
N° 8

Shock ipovolemico senza trauma cranico

ABC primario

Risalire alla causa: EMOSTASI !!!



O₂ - terapia ad alto flusso + posizione supina



Assicurare accessi venosi o via intraossea (considerare giugulare esterna)



Soluzioni cristalloidi + colloidi (dopo calcolo deplezione volemica)*



OBIETTIVO : PAS 90 mmHg

A obiettivo raggiunto: STOP infusione e valutazione costante

*Volemia normale= 8% del peso ideale → Es: $70\text{kg} \times 8 / 100 = 5600\text{ml}$ → $5600\text{ml} \times 30 / 100 = 1680\text{ ml}$ (liquidi da infondere)

peso corporeo	volemia in toto	deplezione volemica 30%
------------------	--------------------	----------------------------



Stroke

ABC primario

PROTOCOLLO
N° 9

↓ O₂ – terapia solo se SpO₂ <92

Posizione supina o decubito laterale

↓

Misurare la pressione arteriosa

↓

Se la PA > 220/110 mmHg
(2° misurazione dopo 10')

↓

Nitroglicerina 1 cps s.l., o 2 puff, (o e.v.)* **
Ripetibile 1 volta dopo 10 min.
Obiettivo PA 180/100 mmHg

↓

Accesso venoso: NaCl 0,9% 500ml
flusso lento

↓

Se PA < 110 mmHg

↓

Accesso venoso: NaCl 0,9% 1000ml
flusso veloce

↓

CONTROLLO GLICEMICO

Se glicemia < 50mg/dl Glucosio 33% 2x10ml ev ripetibile

*(5-100 µg/min e.v. in 2'-5')

** Considera Labetalolo 10mg ev ripetibile dopo 5 min max 100mg totale

Se nausea persistente o vomito tropisettrone cloridrato 2 mg ev lentamente (Navoban)®

Se via venosa non accessibile Glucagone 1 mg im(Glucagen)®

Considerare posizionamento catetere vescicale



Stato di coscienza alterato

PROTOCOLLO
N° 10

ABC primario



O₂ – terapia ad alto flusso se SpO₂ < 92% altrimenti 4l/min



Accesso venoso: NaCl 0,9% 500ml



Misurare glicemia



Se glicemia < 50 mg/dl



Glucosio 33% 2x10ml ev

Ripetibile 1x se senza effetto



Se via venosa non accessibile



Glucagone 1 mg im

(Glucagen)®



Se intossicazione da oppiacei

chiara o sospetta

+ difficoltà respiratoria



Naloxone cloridrato 0,1 mg ev



se senza effetto dopo 1min

Naloxone cloridrato 0,1 mg ev



se senza effetto dopo 1min

Naloxone cloridrato 0,1 mg ev



se senza effetto dopo 1min

Naloxone cloridrato 0,1 mg ev (MAX 0,4mg)

Oppure se via venosa non accessibile

Naloxone 0,4 mg im

Naloxone fino a 0,8mg ev/im

Flumazenil fino a 0,5 mg im / ev (diluito in 100ml glucosata 5% o NaCl 0,9%)

Se GCS < 8 malgrado tutte le misure intraprese, considera INTUBAZIONE



Stato di coscienza alterato

ABC primario



O₂ – terapia ad alto flusso se SpO₂ < 92% altrimenti 4l/min



Accesso venoso: NaCl 0,9% 500ml



Misurare glicemia



Se intossicazione da oppiacei
chiara o sospetta

+ difficoltà respiratoria



Naloxone cloridrato 0,1 mg ev



Se senza effetto dopo 1min

Naloxone cloridrato 0,1 mg ev



Se senza effetto dopo 1min

Naloxone cloridrato 0,1 mg ev



Se senza effetto dopo 1min

Naloxone cloridrato 0,1 mg ev (MAX 0,4mg)

Se glicemia < 50 mg/dl



Glucosio 33% 2x10ml ev

Ripetibile 1x se senza effetto



Se via venosa non accessibile ↓

Glucagone 1 mg im

(Glucagen)®

se intossicazione da benzodiazepine



Flumazenil fino a 0,5 mg ev

Oppure se via venosa non accessibile

Naloxone 0,4 mg im

Naloxone fino a 0,8mg ev/im

Flumazenil fino a 0,5 mg ev diluito anche in 100ml glucosata 5% o NaCl 0,9%

Se GCS < 8 malgrado tutte le misure intraprese, considera INTUBAZIONE



Stato di agitazione severa

PROTOCOLLO
N° 11

Pazienti molto ansiosi, agitati



Midazolam 5 mg im (dose iniziale)

Pazienti molto agitati, aggressivi,
Con seri problemi per la sicurezza



Aloperidolo 2,5 – 10 mg im

(2,5mg < 60 kg e/o > 60 anni

5mg 60-80 kg e < 60 anni

10mg > 80 kg e < 60 anni)

Se l'effetto è insufficiente

Aloperidolo seconda dose

+ prometazina 25 mg im *(in siringhe separate)*

Controllare ABC e quadro neurologico

Controllare glicemia se si presentano discinesie acute dopo somministrazione di aloperidolo 2,5-5 mg im o ev



Crisi epilettica

ABC primario



Profilassi delle ferite (se pz traumatizzato)



Ventilazione assistita con O₂ ad alto flusso



Accesso venoso: NaCl 0,9% 500ml



Misurare glicemia



Se glicemia < 50 mg/dl



Glucosio 33% 2x 10 ml ev

Ripetibile 1x se senza effetto



Se via venosa non accessibile

Glucagone 1 mg im

(Glucagen) ®

Se nuovo episodio convulsivo



Diazepam 5 mg ev *



Se nessun effetto dopo 2min

Diazepam 5 mg ev

*Se ECLAMPSIA aggiungere solfato di magnesio 2gr in bolo ev

*Se via venosa o interossea non accessibile e convulsioni in atto, somministrare Midazolam 15 mg im.(0,15 – 0,20 mg/kg)

Se non si ottiene alcuna riduzione della crisi epilettica, malgrado terapia, considerare INTUBAZIONE dopo induzione con Midazolam 0,15-0,20 mg/kg ev

PROTOCOLLO
N° 12



PROTOCOLLO
N° 13

Ipotermia

ABC primario + valutazione ambiente



Se sospetta ipotermia



Tremore no → **Coscienza** no → **Respiro polso** no → **Trauma letale**

si



IPO I



Bevande calde
e zuccherate.



Movimenti
isometrici

si



IPO II



Bevande calde
e zuccherate.
O₂ - terapia

Muovere
con cautela

si



IPO III



Intubare solo se
pericolo aspirazione.
O₂ - terapia

Muovere
con cautela

si



IPO IV (morte apparente)



applicare monitor-difibrillatore



Asistolia

(Vedi trattamento
Asistolia)



Non somministrare terapia
se la temp. centrale < 30°C



FV

(Vedi trattamento
FV)



Accesso venoso

Accesso venoso

Sorveglianza

Controllo

Trasporto



Ospedale



Ospedale con terapia intensiva



Ospedale con possibilità di
circolazione extracorporea

In tutti gli stadi: Protezione da ulteriore raffreddamento, protezione dal vento, isolamento multistrato, event. cambio indumenti bagnati, trattamento lesioni concomitanti.



Analgesia nel bambino (0-7 anni)

ABC primario

+ valutazione dolore con SVA "smile" *

PROTOCOLLO
N° 14



O₂ – terapia ad alto flusso



Monitorizzare SpO₂



Accesso venoso

no



Morfina 0.1 mg/kg sc

sì



Morfina 0.05 mg/kg ev

(ripetibile ogni 5' max 0,3mg/kg)



se nausea e/o prima



della seconda dose



Tropisetron 0,1mg/kg ev

Se dopo 3 min dolore > 3/10 SVA

Morfina 0,05 mg/kg ev



se dolore persistente in pz > 8 aa

Ketamina 0,5 mg/kg ev

(Atropina 0,01 mg/kg, max 0,5 mg)**

* Obiettivo analgesia: < 3/10 SVA "smile"

** Attenzione ad eventuale laringospasmo



ARRESTO CARDIACO NEL BAMBINO (0-7 ANNI)

ABC primario

RCP x 5 cicli 15:2 ↴ Applicare monitor defibrillatore

Valutare il ritmo

PROTOCOLLO
N° 15

FV / TV senza polso



1 shock 4 J/kg (elettrodi appropriati per DAE bifasici)



RCP 15:2 per 2 min



2 shock 4 J/kg (elettrodi appropriati per DAE bifasici)



RCP 15:2 per 2 min



↴ Adrenalina 0,01 mg ogni 3-5'ev

3 shock 4 J/kg (elettrodi appropriati per DAE bifasici)



RCP 15:2 per 2 min



↴ Amiodarone 5 mg/kg ev*

4 shock 4 J/kg (elettrodi appropriati per DAE bifasici)



RCP 15:2 per 2 min



↴ Adrenalina 0,01 mg ogni 3-5'ev

NON FV / TV (Asistolia, PEA)

↴ FC < 60/min o circ. insuf.

RCP 15:2 per 2 min



Adrenalina 0,01 mg ev ogni 3-5 min



Atropina 0,02 mg/ kg ripetibile 1 volta

Durante la RCP:

Assicura vie aeree pervie

Ventila (FR 8-10/min) +O₂

Accesso venoso o intraosseo

NaCl 0,9% 20ml/kg gtt veloce

Controlla elettrodi e contatti

Intubazione endotracheale

Correggi cause reversibili.



NON INTERROMPERE RCP

- Adrenalina 0,1 mg/kg ogni 3-5 min nel tubo endotracheale
- *Amiodarone 5 mg/kg In bolo ripetibili 2x (max 300mg)
- Solfato di magnesio 2gr In bolo (In TORSIONE DI PUNTA)
- NaBic 8,4% 1ml/Kg solo se acidosi metabolica o alcalinizzazione (pz in dialisi, Intoss. Ac. Acetil salicilico, tricloidi)

Cause reversibili di Asistolia / PEA

Ipossia

Pneumotorace iperteso

Ipovolemia

Tamponamento cardiaco

Ipotermia

Tromboembolia polmonare

Ipoglicemia, Ipo-Iperkaliemia

Trombosi coronarica

Ioni idrogeno (acidosi)

Tossicosi da farmaci

Convulsione generalizzata in assenza di trauma nel bambino (0-7 anni)

PROTOCOLLO
N° 16

ABC primario



O2 – terapia ad alto flusso



Misurare glicemia e temperatura

Se temperatura > 38,5°C raffreddare e considerare somministr. Paracetamolo 10-20mg/kg



CONVULSIONI IN ATTO

Glicemia < 36mg/dl



Glucagone * se accesso

1 mg im venoso presente

(Glucagen)®



Glucosio 33% 1,2ml/kg ev

Diazepam 5 mg rettale (Micronoan)®



Monitorizza SpO2 + respirazione



se convulsioni presenti

dopo 5 min



Accesso venoso o intraosseo

Diazepam 0,1mg / kg ev

(ripetibile)

* Durata limitata, zucchero per os appena sveglio



Crisi asmatica nel bambino (0-7 anni)

ABC primario



O₂ – terapia ad alto flusso

Permettere posizione preferita in braccio alla mamma



Monitorizzare



Inalazione con Salbutamolo 5 mg

Se inalazione non possibile

e SpO₂ < 85%



Adrenalina 0,01 mg/kg sc

miglioramento sintomi dopo 5 min e $SpO_2 > 85\%$

5

→ **Trasporto**



no

9

Accesso venoso

no



NaCl 0,9% a gtt lenta



Metilprednisolone 5 mg/kg ev



Magnesio solfato 50 mg/kg ev (max 2g)



Adrenalina 0,01 mg/kg ev/im max 0,5mg **



betametasone cp sciolte in acqua *



Inalazione con Adrenalina 5mg

* betametazone: < 1 anno, 10 kg → 4 cp da 0,5 mg

> 1 anno, 10 kg → 8 cp da 0,5 mg

¹⁸ Considerare intubazione se SpO₂ < 75%



Difficoltà respiratoria grave nel bambino (0-7 anni)

ABC primario



Valutare:

PROTOCOLLO
N° 18

Se si sospetta epiglottite



O₂ – terapia ad alto flusso

*Permettere posizione preferita
in braccio alla mamma*



Inalazione con Adrenalina 5 mg
(Monitor ECG)



Controllare SpO₂

Pseudo Crup *



O₂ – terapia ad alto flusso

*Permettere posizione preferita
in braccio alla mamma*



Monitorizzare



Se SpO₂ < 85%



Inalazione con Adrenalina 5 mg
(Monitor ECG)



*Se inalazione impossibile
e SpO₂ < 85%*

Somministrare Adrenalina 0,01 mg/kg im

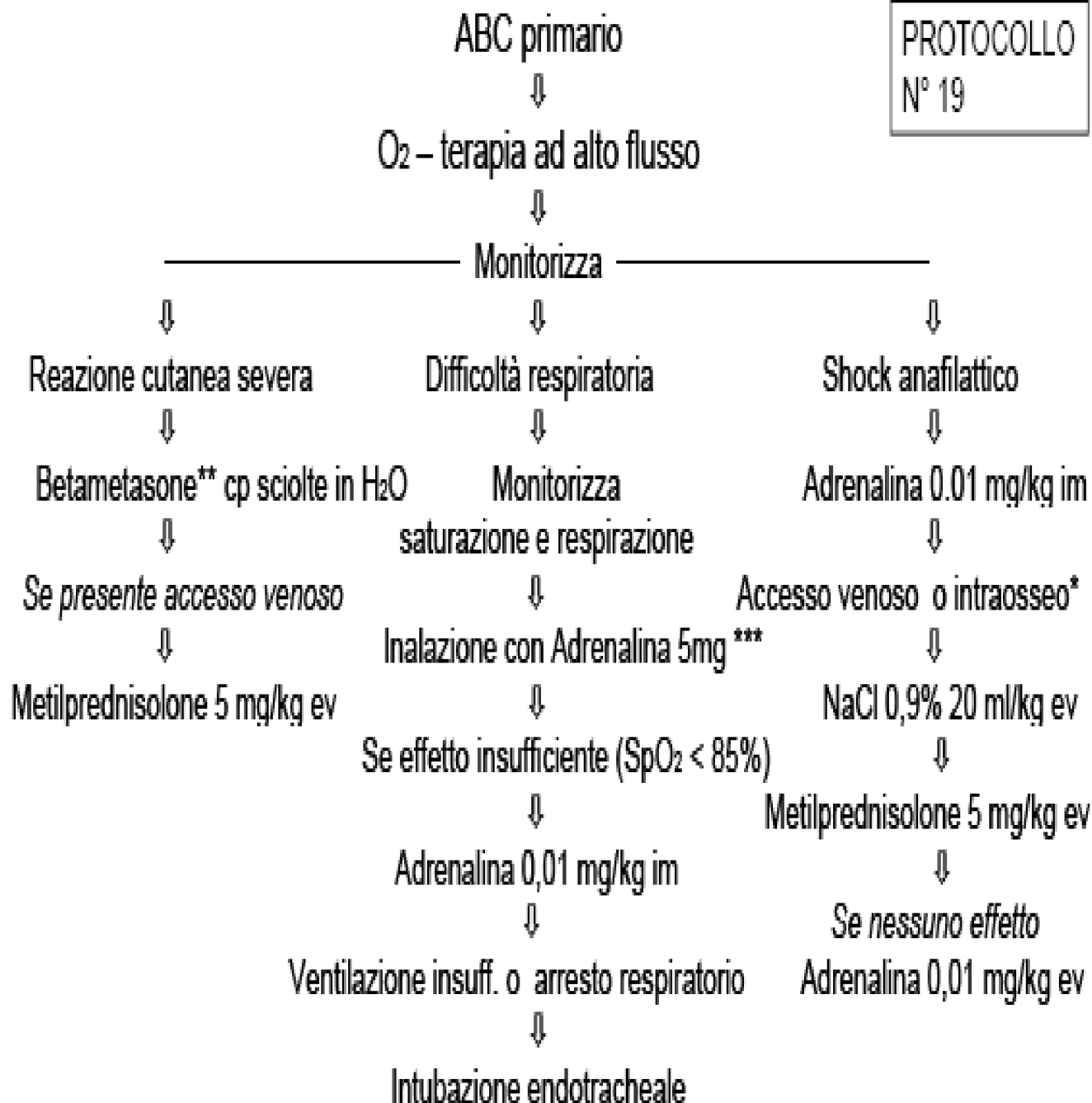
* Betametasone: < 1 anno, 10 kg → 4 cp da 0,5 mg

In aerosol > 1 anno, 10 kg → 8 cp da 0,5 mg



Reazione allergica nel bambino (0-7 anni)

PROTOCOLLO
N° 19



* Se la via venosa non è accessibile continuare con Adrenalina 0,01 mg/kg im

** betametasone: < 1 anno, 10 kg → 4 cp da 0,5 mg

> 1 anno, 10 kg → 8 cp da 0,5 mg

*** Con nebulizzatore



Stato di coscienza alterato nel bambino (0-7 anni)

PROTOCOLLO
N° 20

ABC primario



Ricerca cause: fase post-critica, intossicazione farm. (benzodiazepine), coma ipoglicemico.



O2 – terapia ad alto flusso



Monitorizzare SpO2



Misurare glicemia



no ← Accesso venoso (max 3 tentativi) → si



Glicemia < 36mg/dl



Glucagone 1 mg im (Glucagen) ®

Zucchero per os appena sveglio

Glicemia < 36mg/dl



Glucosio 33% 1,2ml/kg ev

sospetta intossicazione
di oppiacei



Naloxone 0,1 mg/kg ev / im
max 0,8 mg

Glucosio 33% ev più volte

Anexate fino a 0,5 mg iv

Se GCS < 8 nonostante tutte le misure intraprese, considerare intubazione

Se intossicazione di benzodiazepine = FLUMAZENIL 0,1 mg ev (ripetibile fino 0,5 mg)



REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



Assessorato alla Sanità

SERVIZIO DI URGENZA EMERGENZA SANITARIA 118

Centrale Operativa 118 di



MODALITA' DI AFFIDAMENTO DEI PAZIENTI DA PARTE DEL S.U.E.S. 118 AL PRONTO SOCCORSO

(Nota assessoriale del 19 maggio 2009 N°1274)

EFFETTI PERSONALI DEL PAZIENTE

Data Ora N° Scheda

Postazione S.U.E.S 118 di Pronto soccorso dell'Ospedale di

Cognome Nome

Nato a il Sesso M/F Cittadinanza

Residenza

Sigare con SI o NO tutte le voci contenute nel modulo e indicarne il numero

OGGETTO	PRESENTE	NUMERO
Portafoglio	☐ SI ☐ NO	
Borsa	☐ SI ☐ NO	
Borsello	☐ SI ☐ NO	
Cellulare	☐ SI ☐ NO	
Anello	☐ SI ☐ NO	
Bracciale	☐ SI ☐ NO	
Orecchini	☐ SI ☐ NO	
Collana	☐ SI ☐ NO	
Spilla	☐ SI ☐ NO	
Chiavi	☐ SI ☐ NO	
Occhiali	☐ SI ☐ NO	
Documenti	☐ SI ☐ NO	
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

NOTE.....
.....
.....
.....

Firma del capo equipaggio
"Pronto soccorso"

.....

Firma dell' infermiere ricevente "Ambulanza S.U.E.S. 118"

.....

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



Assessorato Alla Sanita'

ALL'ATTENZIONE DEL DIRETTORE DEL
SERVIZIO DI URGENZA EMERGENZA SANITARIA 118

Centrale Operativa 118 di



Scheda per trasferimento secondario con eliambulanza

Data Ora N° Scheda

Ospedale di partenza Reparto

Medico richiedente Telefono e Fax

Ospedale di arrivo Reparto

Medico accettante Telefono e Fax

Condizioni meteo

PAZIENTE

Cognome Nome Nato a il Sesso M/F.....

Cittadinanza Residenza

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diagnosi

Motivazioni per il trasporto in elicottero

Documentazione diagnostica e clinica allegata:

Sintesi delle condizioni cliniche:

A	Pervie	☐ si ☐ no	I.N.T.	☐ si ☐ no	I.O.T.	Tracheo	☐ si ☐ no	Altro				
B	SpO2		ETCO2		pH		Spont.		I.P.P.V.	☐ si ☐ no		
C	Press.Art.		P.V.C.		Acc. Ven.C.	☐ si ☐ no	Acc. Ven.P.	☐ si ☐ no	N° Accessi			
D	C.G.S.	E-		V-		M-	Tot.		Isocoria	☐ si ☐ no	Anisocoria	☐ si ☐ no
SNG	☐ si ☐ no				T.C.				Catetere vescicale	☐ si ☐ no		

Presidi di immobilizzazione

Sedazione NO

SI

Terapia

Firma del medico richiedente

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



Assessorato alla Sanità

**ALL'ATTENZIONE DEL DIRETTORE DEL
SERVIZIO DI URGENZA EMERGENZA SANITARIA 118**

Centrale Operativa 118 di

**SCHEDE PER TRASFERIMENTO SECONDARIO CON AMBULANZA 118**

Data Ora N° Scheda

Ospedale di partenza Reparto

Medico richiedente Telefono e Fax

Ospedale di arrivo Reparto

Medico accettante Telefono e Fax

PAZIENTE

Cognome Nome Nato a il Sesso M/F

Cittadinanza Residenza

Codice fiscale

[illegible]

Diagnosi

Motivazioni per il trasporto in Ambulanza 118

Documentazione diagnostica e clinica allegata:

Sintesi delle condizioni cliniche:

A	Pervie	☐ si ☐ no	I.N.T.	☐ si ☐ no	I.O.T.	Tracheo	☐ si ☐ no	Altro				
B	SpO2		ETCO2		pH		Spont.		I.P.P.V.	☐ si ☐ no		
C	Press.Art.		P.V.C.		Acc. Ven.C.	☐ si ☐ no	Acc. Ven.P.	☐ si ☐ no	N° Accessi			
D	C.G.S.	E-		V-		M-	Tot.		Isocoria	☐ si ☐ no	Anisocoria	☐ si ☐ no
SNG	☐ si ☐ no				T.C.				Catetere vescicale	☐ si ☐ no		

Presidi di immobilizzazione

Sedazione NO

Terapia

Firma del medico richiedente

REPUBLICA ITALIANA

Regione Siciliana

ASSESSORATO ALLA SANITA'

SERVIZIO DI URGENZA EMERGENZA SANITARIA 118

Centrale Operativa 118 di



Dichiarazione di non conformità
alla direttiva assessoriale in materia di consegna
del paziente trasportato dai mezzi del S.U.E.S. 118 al pronto soccorso.

Data

Ora

N° Scheda

Postazione S.U.E.S 118 di

Pronto soccorso dell'Ospedale di

Soccorso: ☐ Primario ☐ Secondario

Effettuato con: ☐ Ambulanza ☐ Elicottero**Personale:** ☐ Medico ☐ Infermiere☐ Soccorritore - Autista

Cod. Trasporto S.U.E.S 118

Cod. Triage di pronto soccorso

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

☐ Verde ☐ Giallo ☐ Rosso ☐ Nero

Ora di arrivo in Ospedale

Ora di accettazione e triage in P. S.

Ora di fine intervento

CAUSE MOTIVANTI LA SOSTA PROLUNGATA IN PRONTO SOCCORSO
(maggiore di 15 minuti)

[illegible]

FIRMA DEL MEDICO
S.U.E.S. 118

FIRMA DEL MEDICO
PRONTO SOCCORSO



ELENCO POSTAZIONE S.U.E.S. 118 - REGIONE SICILIA

Postazioni S.U.E.S. 118 Bacino CL-AG-EN

	Postazioni provincia di Agrigento	Codice	Operatività	Sede postazione	Tipo ABZ	Personale sanitario
1	Agrigento Alfa 1	Alfa 1	H 24	Osp. "S. G. Di Dio" - Contrada Consolida	MSA	Medico/inferm.
2	San Leone	Alfa 2	H 12 diurna dal 1 ott. al 31 mag.	Guardia medica - viale dei Giardini	MSB	Assente
3	Agrigento Alfa 3	Alfa 3	H 24	Ex osp. psichiatrico - viale della Vittoria	MSI	Infermiere
4	Porto Empedocle	Alfa 16	H 24	Autoparco comunale - via Diaz	MSB	Non previsto
5	Cammarata	Alfa 14	H 24	P.T.E. - Contrada Santa Lucia	MSA	Medico/inferm.
6	Canicattì	Alfa 4	H 24	Osp. "Barone Lombardo" - viale Giudice Saitta	MSI	Infermiere
7	Casteltermini	Alfa 15	H 24	Guardia medica - via J. Kennedy n. 5	MSB	Non previsto
8	Cianciana	Alfa 5	H 24	Guardia medica - piazza Alessio Di Giovanni	MSI	Infermiere
9	Favara	Alfa 12	H 24	Guardia medica - cortile Copernico	MSB	Non previsto
10	Licata	Alfa 6	H 24	Osp. "S. Giacomo D'Altopasso" - via Architetto Licata	MSI	Infermiere
11	Menfi	Alfa 7	H 24	P.T.E. - via Raffaello sn.	MSA	Medico/inferm.
12	Palma di Montechiaro	Alfa 18	H 24	Guardia medica - via Sottotenente Palmo	MSB	Non previsto
13	Raffadali	Alfa 11	H 24	Guardia medica - via America	MSB	Non previsto
14	Ravanusa	Alfa 13	H 24	Guardia medica - via Lauricella	MSB	Non previsto
15	Ribera	Alfa 9	H 24	Osp. "Parlapiano" - via Circonvallazione	MSI	Infermiere
16	Santa Margherita Belice	Alfa 10	H 24	Guardia medica - via Cannitello	MSB	Non previsto
17	Sciacca	Alfa 8	H 24	Osp. "Civili Riuniti" - via Pompei	MSA	Anest/inferm.
18	Siculiana	Alfa 17	H 24	Guardia medica - via Alcide De Gasperi	MSB	Non previsto

	Postazioni provincia di Caltanissetta	Codice	Operatività	Sede postazione	Tipo ABZ	Personale sanitario
1	Butera	Charlie 13	H 24	Poliambulatorio ASP - via S.M. Dall'Alto	MSB	Non previsto
2	Osp S. Elia - CL	Charlie 1	H 24	R.S.A. ASP - viale Luigi Monaco n. 109	MSI	Infermiere
3	Riesi (ex Caltanissetta)	Charlie 2	H 24	Poliambulatorio ASP - via Ancipa	MSB	Assente
4	S. Barbara - CL (Ripristino operatività H 24 dal 16 gennaio 2010)	Charlie 3	H 24	Ex Osp. "Vittorio Emanuele" - viale Regina Margherita n. 35	MSB	Assente
5	Gela	Charlie 6	H 24	Osp. "Vittorio Emanuele" - via Palazzi	MSA	Medico/inferm.
6	Gela	Charlie 7	H 24	Guardia medica - via Giulio Siracusa	MSB	Assente
7	Mazzerino	Charlie 8	H 24	Osp. "Santo Stefano" - via Dante n. 1	MSB	Assente
8	Milena	Charlie 9	H 24	P.T.E. - via G. Matteotti	MSA	Medico/inferm.
9	Mussomeli	Charlie 10	H 24	Osp. "M. Immacolata Longo" - contrada Beveraturella	MSB	Assente
10	Niscemi	Charlie 11	H 24	P.O. "Suor Cecilia Basarocco" piazza Europa n. 1	MSB	Assente
11	Resuttano	Charlie 16	H 12 diurna	Presidio sanitario ASP - via Circonvallazione	MSB	Non previsto
12	San Cataldo	Charlie 4	H 24	Osp. "M. Raimondi" - via Forlanini	MSB	Assente
13	Santa Caterina V.	Charlie 5	H 24	Ex osp. "Castelnuovo" - via Risorgimento n. 2	MSB	Assente
14	Serradifalco	Charlie 15	H 24	Locali privati - sede C.R.I. - via Campanella	MSB	Non previsto
15	Sommatino	Cherlie 12	H 24	P.T.E. - via Pirrera	MSA	Medico/inferm.
16	Villalba	Charlie 14	H 24	Poliambulatorio ASP - via Roma n. 45	MSB	Non previsto

	Postazioni provincia di Enna	Codice	Operatività	Sede postazione	Tipo ABZ	Personale sanitario
1	Agira	Echo 13	H 24	Ex C.P.A. - via G. Sinopoli	MSB	Non previsto
2	Barrafranca	Echo 10	H 24	Poliambulatorio ASP corso Garibaldi, n. 416	MSB	Non previsto
3	Catenanuova	Echo 4	H 24	Guardia medica - corso Sicilia, n. 57	MSB	Assente
4	Centuripe	Echo 16	H 24	Locali comunali - via G. Leopardi	MSB	Non previsto
5	Cerami	Echo 14	H 24	Presidio sanitario ASP - via F.sco Crispi, n. 24	MSB	Non previsto
6	Enna alta	Echo 1	H 24	Locali ASP - viale Diaz, n. 49	MSB	Assente
7	Enna bassa	Echo 2	H 24	Osp. "Umberto I" - contrada Ferrante	MSA	Medico/inferm.
8	Sacchitello Sud	Echo 9	H 12 notturna	Area di servizio autostrada PA-CT - A 19	MSB	Assente
9	Leonforte	Echo 8	H 24	Osp. "Ferro Branciforti Capra" - contrada S. Giovanni	MSB	Assente
10	Nicosia	Echo 5	H 24	Osp. "C. Basilotta" - via S. Giovanni, n. 18	MSB	Assente
11	Piazza Armerina	Echo 6	H 24	Osp. "M. Chiello" - contrada Bellia	MSB	Assente
12	Pietraperzia	Echo 3	H 24	Guardia medica - via S. Orsola, n. 1	MSA	Medico/inferm.
13	Regalbuto	Echo 12	H 24	Poliambulatorio ASP - piazza S. Vito	MSB	Non previsto
14	Troina	Echo 7	H 24	Guardia medica - corso Calatafimi, n. 5	MSB	Assente
15	Valguarnera	Echo 15	H 24	Poliambulatorio ASP - via Convento, n. 1	MSB	Non previsto
16	Villarosa	Echo 11	H 24	Poliambulatorio ASP - viale Europa	MSB	Non previsto

Postazioni S.U.E.S. 119 Bacino CT-RG-SR

	Postazioni provincia di Catania	Codice	Operatività	Sede postazione	Tipo ABZ	Personale sanitario
1	Acireale	India 1	H 24	ASP Ospedale - via Lazzaretto	MSI	Infermiere
2	Adrano	Papa 6	H 24	P.T.E. ex Ospedale - piazza S. Agostino	MSA	Medico/inferm.
3	Belpasso	Alfa Bravo 17	H 24	Comune campo sportivo - via Valentino Mazzola	MSB	Non previsto
4	Bronte	Mike 9	H 24	Locali Misericordia - via Messina, n. 215	MSA con medico	Medico
5	Caltagirone	India 7	H 24	Osp. "Gravina" - via Porto Salvo, n. 1	MSI	Infermiere
6	Osp. Cannizzaro - CT	CT1	H 24	Osp. "Cannizzaro" - via Messina, n. 829	MSA	Anest/inferm.
7	Santa Marta (ex Ferrarotto)	CT2	H 24	Osp. "Santa Marta" (dal mese di marzo 2007)	MSA	Anest/inferm.
8	Osp. Garibaldi - CT	Mike 2	H 24	Osp. "Garibaldi"	MSA	Medico/inferm.
9	Librino Catania	India 4	H 24	ASP - viale B. Pecorino - S. Giorgio	MSI	Infermiere
10	Nesima Catania	Bravo 1	H 12 diurna	Sede CRI - via Leopoldo Nobili, n. 28	MSB	Assente
11	San Giovanni Galerno (ex CT - Policlinico)	Alfa Bravo 9	H 24	Via Minzoni nn. 68/70	MSB	Non previsto
12	CT - Picanello	Alfa Bravo 12	H 24	ASP - via Duca degli Abruzzi, n. 48	MSB	Non previsto
13	CT - Zona Est	Alfa Bravo 13	H 24	ASP Guardia medica - corso Italia, n. 234	MSB	Non previsto
14	Vaccarizzo - SS 114	Alfa Bravo 16	H 24	ASP G.M. Estiva Villaggio Delfino - via Rombo, n. 14	MSB	Non previsto
15	Fiumefreddo	Alfa Bravo 15	H 24	ASP Centro diurno - via Papisarda, n. 10	MSB	Non previsto
16	Giarre	Mike 5	H 24	Osp. "Macchia" - via Forlanini	MSA con medico	Medico
17	Grammichele	Papa 1	H 24	P.T.E. - piazza Marconi	MSA	Medico/inferm.

	Postazioni provincia di Catania	Codice	Operatività	Sede postazione	Tipo ABZ	Personale sanitario
18	Gravina di Catania	Mike 11	H 24	ASP Guardia medica - via Monti Arsi	MSA con medico	Medico
19	Linguaglossa	Papa 3	H 24	ASP P.T.E. - via Milana	MSA	Medico/inferm.
20	Maletto	Alfa Bravo 6	H 24	Guardia medica - via Aldo Moro, n. 20	MSB	Non previsto
21	Maniace	Alfa Bravo 20	H 24	Guardia medica - via Beato Placido	MSB	Non previsto
22	Fondachello di Mascalì	Alfa Bravo 19	H 12 diurna	ASP - via Immacolata, n. 18	MSB	Non previsto
23	Mascalucia	Alfa Bravo 8	H 24	Comune - via Petrarca, n. 24/26	MSB	Non previsto
24	Mazzarrone	Bravo 3	H 24	Guardia medica - via Canonica, n. 1	MSB	Assente
25	Militello Val di Catania	Mike 8	H 24	Ospedale - piazzale Pasqualina Galazzi	MSA con medico	Medico
26	Mineo	Papa 2	H 24	P.T.E. Guardia medica - via Trinacria, n. 186	MSA	Medico/inferm.
27	Mirabella Imbaccari	Bravo 4	H 24	Guardia medica - via Firenze 3	MSB	Assente
28	Misterbianco	Mike 12	H 24	ASP Guardia medica - via Galileo Galilei, n. 65	MSA con medico	Medico
29	Etna - Nicolosi CT	Alfa Bravo 5	H 12 diurna	Ore 08.00/20.00 Rifug. Sapienza Ore 20.00/08.00 Guardia medica	MSB	Non previsto
30	Palagonia	India 5	H 24	Presso VV.UU. - Via Palermo	MSI	Infermiere
31	Paternò	Mike 6	H 24	Guardia medica - Piazza Livatino	MSA	Medico/inferm.
32	Pedara	Mike 10	H 24	ASP Guardia medica - via Etnea, n. 56	MSA con medico	Medico
33	Raddusa	Bravo 2	H 24	Presso uffici del comune - ex asilo nido	MSB	Assente
34	Ragalna	Alfa Bravo 1	H 24	ASP Guardia medica - via dott. Giuffrida, n. 1	MSB	Non previsto
35	Ramacca	Papa 4	H 24	P.T.E. - Guardia medica - via Ugo Foscolo, n. 1	MSA	Medico/inferm.
36	Randazzo	Papa 7	H 24	ASP P.T.E. - via Sottotenente Dominedò	MSA	Medico/inferm.
37	San Cono	Alfa Bravo 18	H 24	Guardia medica - via F.P. Firrarello, n. 6	MSB	Non previsto
38	San Giovanni La Punta	Mike 3	H 24	ASL n. 3 - via d'Aosta, n. 43/D	MSA	Medico/inferm.
39	Santa Venerina	Alfa Bravo 14	H 12 diurna	ASP Guardia medica - via Mazzini s.n.c.	MSB	Non previsto
40	Scordia	India 8	H 24	Sede CRI - via Santa Caterina, n. 4	MSI	Infermiere
41	Vizzini	Papa 5	H 24	P.T.E. - G.M. via Roma, n. 4	MSA	Medico/inferm.
42	Zafferana Etnea	Alfa Bravo 10	H 24	ASP Guardia medica - viale Giardini, n. 19	MSB	Non previsto

	Postazioni provincia di Ragusa	Codice	Operatività	Sede postazione	Tipo ABZ	Personale sanitario
1	Acate	Romeo Alfa 5	H 24	ASP Guardia medica - via Vittorio Veneto, n. 98	MSB	Non previsto
2	Chiaromonte Gulfi	Romeo Papa 3	H 24	P.T.E. - Villaggio Gulfi	MSA	Medico/inferm.
3	Comiso	Romeo Bravo 2	H 24	ASP - piazza Angelo Guastella, n. 9	MSB	Assente
4	Giarratana	Romeo Alfa 7	H 24	ASP Guardia medica - via Calatafimi, n. 7	MSB	Non previsto
5	Ispica	Romeo Bravo 3	H 24	ASP Guardia medica - via Duca d'Aosta, n. 32	MSI Fino al 30 giugno 2010	Infermiere dal 15 giugno 2009 al 7 gennaio 2010

	Postazioni provincia di Ragusa	Codice	Operatività	Sede postazione	Tipo ABZ	Personale sanitario
6	Modica	Modica 1	H 24	ASP Guardia medica - traversa via Loreto	MSA con medico h 12 Diu e inferm. h 24	Anest.-H12 diurno inferm.-H24
7	Modica	Romeo Alfa 6	H 24	ASP - via Cave Guggiardo, n. 5	MSB	Non previsto
8	Monterosso Almo	Romeo Alfa 8	H 24	ASP Guardia medica - via Padre Pio	MSB	Non previsto
9	Pozzallo	Romeo Papa 5	H 24	ASP P.T.E. - via Mario Rapisardi, n. 124	MSA	Medico/inferm.
10	Ragusa	Ragusa 1	H 24	Osp. "Odierna" - via Vittorio Emanuele Orlando, n. 26	MSA	Anest/inferm.
11	Ragusa	Romeo Bravo 1	H 24	ASP - via Vittorio Emanuele Orlando s.n.	MSB	Assente
12	Ragusa - Ibla	Romeo Alfa 1	H 12 diurna	ASP - vico S. Domenico, n. 1	MSB	Non previsto
13	Marina di Ragusa	Romeo Alfa 3	H 24	ASP - via Schembri, n. 6	MSB	Non previsto
14	Santa Croce di Camerina	Romeo India 4	H 24	ASP Guardia medica - via Gaetano Di Vittorio, n. 3	MSI	Infermiere
15	Scicli	Romeo India 2	H 24	Locali comune - viale I Maggio, n. 125	MSI	Infermiere
16	Vittoria	Romeo India 6	H 24	ASP Guardia medica - S. P. Vittoria-Scoglitti	MSI	Infermiere

	Postazioni provincia di Siracusa	Codice	Operatività	Sede postazione	Tipo ABZ	Personale sanitario
1	Augusta	Augusta 1	H 24	P.O. "Muscatello" contrada Granatello	MSA con medico h 12 Diu e inferm. h 24	Anest.-H12 diurno inferm.-H24
2	Avola	Sierra B 4	H 24	Osp. "Di Maria" - contrada Chiusa Di Carlo SS. 115	MSB	Assente
3	Buccheri	Sierra Alfa 4	H 24	Comune - via Pappalardo	MSB	Non previsto
4	Buscemi	Sierra Alfa 8	H 24	Comune - via Vittorio Emanuele, n. 99	MSB	Non previsto
5	Canicattini Bagni	Sierra Alfa 7	H 24	Comune Protezione civile - via P. Pernice	MSB	Non previsto
6	Floridia	Sierra Bravo 6	H 24	ASP - via De Amicis, n. 4	MSB	Assente
7	Francofonte	Sierra Alfa 2	H 24	ASP - c.da Coco	MSB	Non previsto
8	Lentini	Sierra India 3	H 24	ASP - Pronto soccorso via Ospedale	MSI	Infermiere
9	Noto	Sierra Alfa 3	H 24	Osp. "Trigona" - via dei Mille, n. 99	MSB	Non previsto
10	Pachino	Sierra Papa 2	H 24	P.T.E. A.S.L. n. 8 - contrada Cozzi	MSA	Medico/inferm.
11	Palazzolo Acreide	Sierra Papa 4	H 24	ASP P.T.E. - via Nazionale	MSA	Medico/inferm.
12	Priolo	Sierra Alfa 5	H 24	ASP Guardia medica - via Grimaldi, n. 92	MSB	Non previsto
13	Rosolini	Sierra Papa 5	H 24	P.T.E. A.S.L. n. 8 Guardia medica - via Ronchi, n. 1	MSA	Medico/inferm.
14	Siracusa	SR 1	H 24	ASP - viale Tica, n. 39	MSA	Anest/inferm.
15	Siracusa	Sierra Bravo 2	H 24	Osp. "Rizza" - viale Epipoli, n. 75	MSB	Assente
16	Siracusa - Ortigia	Sierra Alfa 1	H 12 diurna	Comune - via Minniti n. 4	MSB	Non previsto
17	SR - Fontane Bianche	Sierra Alfa 6	H 24	ASP Guardia medica estiva - viale dei Lidi, n. 479	MSB	Non previsto
18	Sortino	Sierra Mike 5	H 24	ASP - contrada Lago 96010	MSA	Medico/inferm.

Postazioni S.U.E.S. 118 Bacino PA-TP

	Postazioni provincia di Palermo	Codice	Operatività	Sede postazione	Tipo ABZ	Personale sanitario
1	Altofonte	20	H 24	Scuola "Don Milani" - via delle Scuole, n. 3	MSI	Infermiere
2	Balestrate	43	H 24	Guardia medica - via Kennedy	MSA con medico	Medico
3	Belmonte Mezzagno	38	H 24	Guardia medica - via Placido Rizzotto	MSA con medico	Medico
4	Bisacquino	27	H 24	Locali comunali - largo Santa Caterina	MSB	Assente
5	Bolognetta	72	H 24	Guardia medica - via Romano, n. 10/12	MSB	Non previsto
6	Bompietro	65	H 24	Guardia medica - via Cavour, n. 1	MSB	Non previsto
7	Caccamo	49	H 24	Guardia medica - piazza S. Domenico	MSB	Assente
8	Caltavuturo	17	H 12 diurna	Ex guardia medica - via Giovanni Falcone, n. 130	MSB	Assente
9	Camporeale	50	H 12 diurna	Guardia medica - viale delle Betulle, n. 10	MSB	Assente
10	Capaci	73	H 24	Guardia medica - via dei Pini, n. 1	MSB	Non previsto
11	Carini	08	H 24	Presso P.T.E. - via Repubblica	MSI	Infermiere
12	Castelbuono	25	H 24	Guardia medica - via Sant'Antonio, n. 1	MSA	Medico/inferm.
13	Casteldaccia	71	H 24	Guardia medica - Largo Salaparuta, n. 2	MSB	Non previsto
14	Castellana Sicula dall'1 agosto 2009 presso Osp. Cervello	74	H 12 diurna	"Osp. Cervello" Palermo	MSB	Non previsto
15	Cefalù	05	H 24	Via del Faro (accanto polizia municipale)	MSA	Anest./infermiere
16	Cerda	75	H 24	Guardia medica - via Alcide De Gasperi, n. 1	MSB	Non previsto
17	Collesano (ex Gangi)	26	H 24	Ex scuola comunale - via Imera, n. 2	MSI	Infermiere
18	Contessa Entellina dall'1 agosto 2009 presso Osp. Civico	67	H 12 notturna	Area emergenza "Osp. Civico" Palermo	MSB	Non previsto
19	Corleone	09	H 24	Via Giovanni Verga, n. 2	MSA con medico	Medico
20	Ficarazzi	76	H 24	Polizia municipale - corso Umberto, n. 400	MSB	Non previsto
21	Gangi	51	H 24	Guardia medica - via Cappuccini, n. 1	MSB	Assente
22	Geraci Siculo	66	H 16 diurna	Guardia medica - via San Salvatore	MSB	Non previsto
23	Giuliana	62	H 12 diurna	Locali comunali - via Principe Colonna, n. 1	MSB	Non previsto
24	Godrano	78	H 12 diurna	Guardia medica - via Roccaforte, n. 3	MSB	Non previsto
25	Isola delle Femmine	40	H 24	Guardia medica - via P. Mattarella	MSA	Medico/inferm.
26	Lascari	79	H 24	Ospedaleto antimalarico contrada Salinelle	MSB	Non previsto
27	Lercara Friddi	12	H 24	P.T.E. - via Mulino, n. 92	MSA	Medico/inferm.
28	Marineo	61	H 12 diurna	Poliambulatorio - via Agrigento	MSB	Non previsto
29	Mezzojuso	80	H 16 diurna	Guardia medica - via Palermo, n. 30	MSB	Non previsto
30	Misilmeri (ex Bolognetta)	45	H 24	Locali comunali - via Alcide De Gasperi, n. 6	MSA	Medico/inferm.
31	Monreale (ex Ingrassia)	10	H 24	Guardia medica - contrada Cirba - via strada ferrata	MSA	Medico/inferm.
32	Pioppo	83	H 24	Presso municipio - strada provinciale 186, n. 183	MSB	Non previsto
33	Montelepre	81	H 24	Locali Parrocchia "S. Rosalia" via Falcone Borsellino	MSB	Non previsto
34	Montemaggiore B.	41	H 12 diurna	Guardia medica - via Maria SS. degli Angeli, n. 45	MSB	Assente
35	Palazzo Adriano	82	H 12 diurna	Locali ex uff. collocamento - via Mario D'Aleo, n. 15	MSB	Non previsto
36	Mondello	21	H 24	Guardia medica - via Principe di Scalea	MSA	Medico/inferm.
37	Osp. Enrico Albanese - PA	02	H 24	Osp. "Enrico Albanese" - via Papa Sergio, n. 1	MSI	Infermiere
38	Osp. Aiuto Materno - PA	04	H 24	Osp. "Aiuto Materno" - via Lancia di Brolo	MSA	Anest./inferm.
39	Osp. Villa Sofia - PA	07	H 24	Osp. "Villa Sofia C.T.O. - via Cassarà	MSA	Medico/inferm.

	Postazioni provincia di Palermo	Codice	Operatività	Sede postazione	Tipo ABZ	Personale sanitario
40	Politeama - PA	06	H 24	Osp. "Aiuto Materno" - via Lancia di Brolo	MSA	Medico/inferm.
41	Osp. Cervello - PA	14	H 24	Osp. "Cervello" - via Trabucco	MSA	Medico/inferm.
42	Osp. Civico (cod. 15) - PA	15	H 24	Ex I.P.A.I. - via C. Onorato, n. 6	MSI	Infermiere
43	Osp. Buccheri La Ferla - PA	22	H 24	Osp. "Buccheri La Ferla" - via Messina Marine, n. 209	MSA	Medico/inferm.
44	Osp. Guadagna - PA	44	H 24	Osp. "Guadagna" - via Villagrazia	MSA	Medico/inferm.
45	Osp. Civico (cod. 47)	47	H 24	Consultorio familiare ASP - via Cisalpino, n. 19	MSB	Assente
46	Osp. Casa del Sole - PA	77	H 24	Pronto socc osp. "Casa del Sole" - via UR, n. 3	MSB	Non previsto
47	Sferracavallo	48	H 24	Locali ASP consultorio - via Cedro, n. 6	MSB	Assente
48	Finale di Pollina	54	H 24	Centro sociale comune - via Luigi Einaudi	MSB	Assente
49	Partinico	03	H 24	SS. 186 Osp. "Civico" - vicino al Pronto Soccorso	MSB	Assente
50	Petralia Sottana	11	H 24	Ex ospedale "P. Agliata" - via G. Garibaldi, n. 140	MSI	Infermiere
51	Piana degli Albanesi	39	H 24	Guardia medica - via Portella delle Ginestre, n. 36	MSA con medico	Medico
52	Palermo Civico (ex Polizzi Generosa)	64	H 24	Ex IPAI - via C. Onorato Palermo	MSB	Non previsto
53	Prizzi (ex Camporeale)	28	H 24	Guardia medica - piazza IV Novembre	MSA con medico	Medico
54	Roccapalumba	69	H 24	Guardia medica - via Leonardo Avellone	MSB	Non previsto
55	San Cipirello	23	H 24	Guardia medica - via S. Filippo, n. 81	MSB	Assente
56	San Mauro Castelverde	68	H 24	Guardia medica - via Acquanuova	MSB	Non previsto
57	Santa Flavia (ex Bagheria)	16	H 24	Locali ASP - corso Filangeri, n. 74	MSI	Infermiere
58	Scillato	84	H 24	Guardia medica via Tenente Colonnello Lima, n. 13	MSB	Non previsto
59	Termini Imerese	01	H 24	Osp. "S. Cimino" - via Salvatore Cimino	MSA	Anest./infirm.
60	Terrasini	24	H 24	Guardia medica - via Pozzo Vallone, n. 1	MSA con medico	Medico
61	Valledolmo	63	H 24	Guardia medica - via Stagnone, n. 49	MSB	Non previsto
62	Vicari	42	H 24	Guardia medica - via Principe Umberto	MSB	Assente
63	Villabate	70	H 24	Guardia medica - corso Vittorio Emanuele	MSB	Non previsto
64	Villafrati	13	H 24	Guardia medica - via Procida, n. 4	MSB	Assente

	Postazioni provincia di Trapani	Codice	Operatività	Sede postazione	Tipo ABZ	Personale sanitario
1	Alcamo	19	H 24	Dispensario locali ASP - piazza Padre Pio, n. 18	MSI	Infermiere
2	Alcamo	85	H 12 diurna	Dispensario locali ASP - piazza Padre Pio, n. 18	MSB	Non previsto
3	Buseto Palizzolo	30	H 12 diurna	Locali comunali - via Buonfoglio	MSB	Assente
4	Calatafimi	58	H 24	Guardia medica - via A. De Gasperi	MSB	Non previsto
5	Campobello di Mazara	59	H 24	Ex ospedaletto - via Ospedale	MSB	Non previsto
6	Castellammare del Golfo	29	H 24	Guardia medica - contrada Duchessa	MSB	Assente
7	Castelvetrano	86	H 24	"Osp. Vittorio Emanuele" - via Marinella, n. 5	MSB	Non previsto
8	Castelvetrano	35	H 24	P.S. "Osp. Vittorio Emanuele" - via Marinella, n. 5	MSA	Anest./infirm.
9	Custonaci	88	H 24	Guardia medica - via Ugo Foscolo, n. 1	MSB	Non previsto
10	Erice	31	H 24	Guardia medica - via Conte A. Pepoli	MSB	Assente
11	Gibellina	87	H 24	Guardia medica - via Gemellaro, n. 1	MSB	Non previsto

	Postazioni provincia di Trapani	Codice	Operatività	Sede postazione	Tipo ABZ	Personale sanitario
12	Marsala 1	37	H 24	Guardia medica - via Pascasino	MSA	Anest./infern.
13	Marsala 2	56	H 24	Consultorio - contrada Bosco, n. 184	MSB	Non previsto
14	Mazara del Vallo	32	H 24	Presso ospedale - via Salemi	MSB	Assente
15	Mazara del Vallo	89	H 24	Guardia medica - via del Mare, n. 31	MSB	Non previsto
16	Paceco	57	H 12 diurna	Guardia medica - via Martiri di Nassirya	MSB	Non previsto
17	Partanna	33	H 12 diurna	Istituto scolastico - via della Resistenza	MSB	Assente
18	Petrosino	53	H 24	Guardia medica - via Cafiso, n. 48	MSB	Assente
19	Salaparuta	60	H 24	Guardia medica - via Palermo, n. 1	MSB	Non previsto
20	Salemi	36	H 24	Osp. "Vittorio Emanuele III" - via Dante Alighieri	MSB	Assente
21	San Vito Lo Capo	34	H 24	P.T.E. - via Biagio Foritano, n. 10	MSI	Infermiere
22	Trapani 1 Valderice	18	H 24	Guardia medica - contrada Misericordia - via Lazio	MSB	Assente
23	Trapani 2	46	H 24	C/o Città della della salute - viale della Provincia	MSA	Anest./infern.
24	Trapani 3 - Fulgatore	52	H 24	Guardia medica - piazza Caduti di Nassirya, n. 2	MSB	Assente
25	Trapani città - TP 4	55	H 24	Locali ASP - via A. Staiti, n. 95	MSI	Infermiere

Postazioni S.U.E.S. 118 Bacino ME

	Postazioni provincia di Messina	Codice	Operatività	Sede postazione	Tipo ABZ	Personale sanitario
1	Antillo	Delta Bravo 34	H 24	Guardia medica c/o ex farmacia comunale - via Roma, n. 202	MSB	Non previsto
2	Barcellona Pozzo di Gotto	ME 03	H 24	Ospedale "Cutroni Zodda" - via S. Cattafi	MSA	Anest./infern.
3	Brolo	Delta 25	H 24	Guardia medica - via Kennedy	MSA con medico	Medico
4	Capizzi	Delta Bravo 54	H 24	Locali ASP 4 - piazza Mercato	MSB	Non previsto
5	Capo d'Orlando	Delta 26	H 24	P.T.E. - via Mancini	MSA con medico	Medico
6	Castroreale Terme	Delta Bravo 52	H 12 diurna	Ex scuola elementare - via Porticato	MSB	Non previsto
7	Cesarò	Delta 49	H 24	P.T.E. - piazza Giovanni XXIII	MSA con medico	Medico
8	Falcone	Delta 23	H 24	Guardia medica - via Stazione	MSA con medico	Medico
9	Fiumedinisi	Delta Bravo 37	H 12 diurna	Via Lungo Fiume	MSB	Non previsto
10	Floresta	Delta Bravo 45	H 24	Via Umberto	MSB	Assente
11	Francavilla di Sicilia	Delta 14	H 24	P.T.E. - via dei Mulini	MSA con medico	Medico
12	Giardini Naxos	Delta Bravo 39	H 24	Trappitello - Locali comunali via Cannizzoli, n. 16	MSB	Non previsto
13	Letojanni	Delta 12	H 24	Via Vittorio Emanuele	MSA con medico	Medico
14	Lipari	Delta Bravo 81	H 24	Piano Conte Lipari - via Santa Croce (ore diurne)*	MSB	Non previsto

	Postazioni provincia di Messina	Codice	Operatività	Sede postazione	Tipo ABZ	Personale sanitario
15	Salina (ex Floresta)	Delta 80	H 24	Guardia medica - via Risorgimento	MSA con medico	Medico
16	Longi	Delta Bravo 51	H 24	Guardia medica - via Roma	MSB	Non previsto
17	Malvagna	Delta Bravo 36	H 24	Guardia medica - via Manganelli	MSB	Non previsto
18	Papardo - ME	ME 2	H 24	Ospedale "Papardo" - contrada Papardo	MSA	Anest./infern.
19	Piemonte - ME	ME 1	H 24	Ospedale "Piemonte" - viale Europa	MSA	Anest./infern.
20	Ex osp. Margherita - ME	Delta 06	H 24	C/o ex Mandalieri - viale Giostra	MSA con medico	Medico
21	Messina Sud	Delta 08	H 24	P.T.E. - via Saffi (angolo via dei Mille)	MSA con medico	Medico
22	Policlinico (ex ME nord-Papardo 2)	Delta 09	H 24	Policlinico "G. Martino" - via Cons. Valeria	MSA con medico	Medico
23	ME - viale Bocchetta	Delta Bravo 07	H 24	Locali A.S.L. - viale Bocchetta	MSB	Non previsto
24	ME - contrada Castanea	Delta Bravo 05	H 12 diurna	C/o Centro servizi ex 12° quartieri - via Frischia	MSB	Non previsto
25	Gazzi - Messina Sud	Delta Bravo 03	H 12 diurna	Locali A.S.L. 5 - contrada Fondo Fucile	MSB	Non previsto
26	Milazzo	Delta 22	H 24	Ospedale - via Madonna delle Grazie	MSA	Cardiol./infern.
27	Mistretta	Mike Bravo 5	H 12 diurna	Ospedale "San Salvatore" - via A. Salamone	MSB	Assente
28	Montalbano Elicona	Delta Bravo 53	H 12 diurna	Guardia medica - via Giardino	MSB	Non previsto
29	Novara di Sicilia	Delta 43	H 24	Guardia medica - via Calcagno	MSA con medico	Medico
30	Patti	Delta 24	H 24	Ospedale "Barone Romeo" - via Mazzini	MSA con medico	Medico
31	San Piero Patti	Delta 44	H 24	P.T.E. - via Profeta, n. 1	MSA con medico	Medico
32	S. Domenica Vittoria	Delta Bravo 50	H 12 diurna	Piazza Aldo Moro	MSB	Non previsto
33	Santa Teresa di Riva	Delta 11	H 24	Piazza Municipio - via Lungomare	MSA con medico	Medico
34	Sant'Agata di Militello	ME 4	H 24	Ospedale "Generale" - via Cosenza	MSI-H12 diurno	Infermiere H 12 diurno
35	Santo Stefano di Camastra	Delta 29	H 24	P.T.E. - via Libero Grassi	MSA con medico	Medico
36	Saponara	Delta 20	H 24	Guardia medica - via Kennedy	MSA con medico	Medico
37	Scaletta Zanclea	Delta 10	H 24	Guardia medica - salita Itala Superiore	MSA con medico	Medico
38	Taormina (dal 23 novembre 2009 trasferita a Giardini Naxos)	Delta 13	H 24	Presso i locali dell'ex Igiene pubblica in via Ortogrande Giardini Naxos	MSA con medico	Medico
39	Torregrotta	Delta 21	H 24	Guardia medica - via G. Verga	MSA con medico	Medico
40	Tortorici	Delta 46	H 24	P.T.E. - via Dottore Livatino	MSA con medico	Medico
41	Ucria	Delta Bravo 48	H 12 diurna	Locali comunali - via Padri Bernardini	MSB	Non previsto

Postazioni di emergenza territoriali*P.T.E. bacino CL-AG-EN*

	P.T.E. prov. Agrigento	Sede P.T.E.
1	Cammarata	Contrada Santa Lucia
2	Menfi	Via Raffaello s.n.

	P.T.E. prov. Caltanissetta	Sede P.T.E.
1	Milena	Via G. Matteotti
2	Sommatino	Via Pirrera

P.T.E. bacino CT-RG-SR

	P.T.E. prov. Catania	Sede P.T.E.
1	Adrano	Ex Ospedale - Piazza S. Agostino
2	Grammichele	Piazza Marconi
3	Linguaglossa	Via Milana
4	Mineo	Via Trinacria, n. 186
5	Ramacca	Via Ugo Foscolo, n. 1
6	Randazzo	Via Sottotenente Dominedò
7	Vizzini	Via Roma, n. 4

	P.T.E. prov. Ragusa	Sede P.T.E.
1	Chiaromonte Gulfi	Villaggio Gulfi
2	Pozzallo	Via Mario Rapisardi, n. 124
3	Scoglitti	

	P.T.E. prov. Siracusa	Sede P.T.E.
1	Pachino	Contrada Cozzi
2	Palazzolo Acreide	Via Nazionale
3	Rosolini	Via Ronchi, n. 1

P.T.E. bacino PA-TP

	P.T.E. prov. Palermo	Sede P.T.E.
1	Carini	Ex Ospedale Piazza San Francesco
2	Lercara Friddi	Via Mulino
3	Bagheria	

	P.T.E. prov. Trapani	Sede P.T.E.
1	San Vito Lo Capo	Via Biagio Foritano n. 10
2	Favignana	

P.T.E. bacino ME

	P.T.E. prov. Messina	Sede P.T.E.
1	Capo d'Orlando	Via Mancini
2	Cesarò	Piazza Giovanni XXIII
3	Fiumedinisi	Via Fabbrica
4	Francavilla di Sicilia	Via dei Mulini
5	Messina Sud	Via Saffi
6	San Piero Patti	Via Profeta, n. 1
7	Santo Stef. di Camastra	Via Libero Grassi
8	Tortorici	Via Dottore Livatino

Gestione della sicurezza sul luogo dell'intervento*Premessa*

La sicurezza (dal latino "sine cura": senza preoccupazione) può essere definita come la "conoscenza che l'evoluzione di un sistema non produrrà stati indesiderati".

In termini più semplici è: sapere che quello che faremo non provocherà dei danni.

Danno complessivo come sommatoria dei danni possibili:

- danni a cose e persone;
- danni al paziente (rischio clinico);
- danni a noi stessi (infortunio sul lavoro).

Il presupposto della conoscenza è fondamentale da un punto di vista epistemologico poiché un sistema può evolversi senza dar luogo a stati indesiderati, ma non per questo esso può essere ritenuto sicuro. Solo una conoscenza di tipo scientifico, basata quindi su osservazioni ripetibili, può garantire una valutazione sensata della sicurezza.

La sicurezza totale si ha in assenza di pericoli. In senso assoluto, si tratta di un concetto difficilmente traducibile nella vita reale, ancor più nel "cantiere di soccorso" che varia lo scenario in ogni intervento, anche se l'applicazione delle norme di sicurezza rende più difficile il verificarsi di eventi dannosi e di incidenti e si traduce sempre in una migliore qualità del lavoro.

L'obiettivo della presente procedura è quello di ridurre (ed annullare) il rischio o di controllarne le conseguenze. L'eliminazione completa del rischio è matematicamente impossibile perché le variabili dello stesso sono infinite ed imponderabili. Il rischio che non si riesce ad eliminare viene definito rischio residuo, si abbate con il corretto uso dei dispositivi di protezione individuale, e con l'applicazione corretta della presente procedura (avremo) si avrà un cantiere di soccorso "sicuro" ossia con un rischio misurato accettabile.

La presente procedura è nata dalla filosofia della metodologia "P8P" (processo ad 8 passi), già nota al Corpo nazionale dei Vigili del fuoco nelle applicazioni NBCR (nucleare, biologico, chimico, radiologico).

Il P8P così generalizzato diventa uno strumento semplice per gestire qualsiasi tipo di intervento di soccorso, non più limitato agli scenari NBCR, e garantisce un elevato livello di sicurezza per gli operatori delle squadre di soccorso.

Il P8P è cosa ben diversa dalle POS (procedure operative standard): ogni POS si riferisce ad un solo scenario specifico e indica concretamente come operare. Al contrario, il P8P è uno strumento metodologico di validità generale che può essere applicato a qualsiasi scenario incidentale.

Documenti di riferimento - Normativa

- Decreto n. 547/55 del 27 aprile 1955 "Norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro";
- D.P.R. 19 marzo 1956 n. 303 "Norme generali per l'igiene del Lavoro";
- Decreto legislativo n. 81/09;
- Linee guida ispesl sui sistemi di gestioni della sicurezza aziendale.

Responsabilità

Le responsabilità dell'applicazione di suddetta procedura è di tutti i lavoratori impiegati nell'attività di emergenza S.U.E.S. 118, in ragione del loro ruolo e mansione e annesse responsabilità.

Medico di centrale - dirigente (art. 2, comma 1, lettera d, decreto legislativo n. 81/2008).

Medico - Preposto (art. 2 - comma 1, lettera c, decreto legislativo n. 81/2008).

Infermiere - lavoratore responsabile svolge il ruolo di preposto in assenza del medico (art. 2 - comma 1, lettera d, decreto legislativo n. 81/2008).

Autista/soccorritore - lavoratore responsabile svolge la mansione di preposto in assenza del medico ed infermiere (art. 2 - comma 1, lettera d, decreto legislativo n. 81/2008).

Il servizio prevenzione e protezione, attraverso l'attività degli A.S.P.P., effettuerà verifiche di secondo livello sulla corretta applicazione e formulerà eventuali proposte di revisione.

Scopo

Per assicurare all'operatore del servizio di emergenza (medico-infermiere - autista soccorritore) un livello efficace di sicurezza nello scenario d'intervento, è importante utilizzare un metodo di progettazione e gestione del soccorso. L'utilizzo di un metodo standardizzato e procedurale per progettare e gestire gli interventi garantisce qua-

lità nel soccorso, soddisfazione del cittadino e sicurezza per i soccorritori.

P8P il processo ad 8 passi generalizzato

Il P8P prevede 8 passi da eseguire sempre ed in tutti gli interventi e non varia al variare della tipologia del mezzo di soccorso.

L'ordine dei passi non è strettamente cronologico: la pianificazione e gestione dell'intervento è ciclica e continua. I passi possono essere eseguiti nuovamente ogni volta che lo scenario evolve.

1. Controllo e gestione del sito

Il primo passo di ogni soccorso consiste nel limitare il coinvolgimento di ulteriori persone nello scenario incidentale. La squadra che giunge sul luogo installa il cantiere di soccorso: evacua le persone non coinvolte dall'evento, chiude l'accesso dall'esterno al cantiere di soccorso e lo delimita, con la collaborazione delle forze dell'ordine. Poi si effettua la zonizzazione, cioè si divide il cantiere di soccorso in tre zone concentriche:

- 1) zona rossa: area pericolosa per i soccorritori, che contiene l'evento incidentale e i suoi effetti;
- 2) zona arancione: è l'area cuscinetto tra la zona pericolosa e la successiva area di sicurezza;
- 3) zona gialla: area sicura che ospita le squadre di soccorso ed include il PCA, posto di comando avanzato.

2. Identificazione dello scenario incidentale

L'obiettivo di questo passo è di capire qual è lo scopo dell'intervento e di descriverne lo scenario.

I soccorritori raccolgono le informazioni necessarie osservando lo scenario con i cinque sensi, ascoltando le testimonianze dei presenti, consultando documenti, schede di sicurezza, effettuando misure.

3. Analisi dei pericoli e del rischio

L'obiettivo di questo passo della procedura è di individuare e classificare i pericoli presenti sullo scenario, grazie alla valutazione dei rischi.

Pericolo = un evento che causa danno.

Ogni pericolo possiede due proprietà numeriche:

- p, probabilità di accadimento. Quante volte l'evento accade?
- m, magnitudo del danno. Quanto danno fa l'evento?

Per classificare i pericoli in ordine di importanza, ci occorre un'altra grandezza numerica:

- rischio = $p \times m$ per un determinato pericolo.

Il rischio è un numero che esprime l'importanza relativa di ogni determinato pericolo a cui è associato.

La progettazione e la gestione dell'intervento è realizzata dal ROS (il responsabile delle operazioni di soccorso), ruolo ricoperto dall'operatore sanitario più alto in grado presente sul posto (Preposto), si consideri la possibilità di intervento congiunto fra più equipaggi di tipologia diversa.

Negli interventi condotti da ambulanze di base il soccorritore non autista assume il ruolo del ROS.

Non può mai accadere che esistano due ROS nel medesimo intervento: la pianificazione ed il comando devono essere sempre unici. In tal caso la figura del ROS è assunta dal medico in equipaggio alla CMR.

Si evidenzia che in attività congiunta con i VV.FF. la figura del ROS è assunta dal capo squadra dei VV.FF.

Il ROS esercita il comando dell'intervento avvalendosi con intelligenza delle capacità di tutti gli operatori e delega agli specialisti ed ai qualificati le scelte operative specifiche, però rimane responsabile, anche giuridicamente, della gestione generale dell'intervento e del raggiungimento del risultato finale.

Il ROS esegue la valutazione del rischio dell'intervento per fasi successive:

- 1) identificazione dei pericoli - il ROS elenca tutti i potenziali pericoli presenti sullo scenario e prevede come possano evolvere nel tempo;
- 2) valutazione della probabilità di accadimento e della magnitudo di ciascun pericolo - si stima quale sia la probabilità che tali pericoli si verifichino realmente e si valutano i possibili danni conseguenti per gli operatori;
- 3) classificazione dei rischi - si classificano i potenziali pericoli in ordine di importanza, grazie alla valutazione dei rischi.

La valutazione del rischio è aggiornata ad ogni variazione di scenario per tener conto dei rischi evolutivi.

4. Valutazione delle procedure operative e delle misure protettive

Nel quarto passo il rischio per ciascun evento pericoloso viene confrontato con quella che si ritiene essere la soglia di accettabilità del rischio per l'operatore.

Soglia di accettabilità del rischio = livello di rischio massimo che sia considerato accettabile far correre agli operatori, valutato il giusto equilibrio con lo stato di necessità e la valutazione del rischio clinico.

Per ciascuno degli eventi rischiosi che superano la soglia di accettabilità, il ROS valuta la possibilità di prevenire il rischio, per ridurre il rischio ad accettabile.

La riduzione del rischio ad accettabile si effettua creando o scegliendo la procedura operativa più opportuna.

Nella realtà non esiste mai una procedura operativa che consenta di ridurre tutti i rischi ad accettabili. Si dice allora che lo scenario presenta del rischio residuo, ancora superiore alla soglia di accettabilità, e dunque non accettabile.

Quindi gli operatori devono essere protetti dal rischio residuo per mezzo di:

- 1) protezione collettiva - sono tutte le misure adottate per proteggere più persone, come ad esempio il puntellamento di una abitazione dissestata o il mantenimento di opportune distanze dall'evento;
- 2) protezione individuale - consiste invece nell'uso di DPI, dispositivi di protezione individuale, come l'elmetto, guanti da lavoro, ecc.

La protezione collettiva è sempre migliore della protezione individuale. Ad esempio, l'elmo non può proteggere l'operatore dal crollo di un solaio, il puntellamento invece impedisce completamente tale crollo. La protezione individuale è dunque solo la terza ed ultima scelta operativa.

5. Coordinamento delle informazioni e delle risorse

Questo punto evidenzia l'importanza di un sistema di comunicazione efficiente tra le squadre e verso l'esterno del cantiere di soccorso.

6. Realizzazione operativa dell'intervento

Terminata la pianificazione, si passa alla realizzazione dell'intervento operativo secondo quanto progettato.

In genere gli interventi si realizzano in tre momenti consecutivi:

- 1) controllo - la squadra di intervento assume il controllo dell'evento, acquisendo la capacità di regolarne gli effetti;
- 2) confinamento - la squadra delimita l'evento evitando che possa interessare nuove aree;
- 3) risoluzione (o contenimento) - l'evento pericoloso viene eliminato o messo in condizione di non nuocere ulteriormente.

7. Ripristino

Il ripristino è il processo per riportare il personale, le attrezzature, i mezzi e l'ambiente alle condizioni di normalità.

8. Chiusura dell'intervento

L'intervento si chiude dopo aver completato gli adempimenti formali, come la relazione d'intervento e le comunicazioni ad altri enti. Gli operatori si riuniscono ed eseguono la revisione critica (debriefing) della procedura di intervento impiegata:

- Perché certe scelte?
- La valutazione dei rischi si è rivelata corretta?
- Sono stati sottovalutati dei rischi?
- E' stata tutelata la sicurezza degli operatori?
- Si sarebbe potuto fare meglio?

Il debriefing è la migliore occasione per esprimere soddisfazione sul risultato ed apprezzare l'opera dei soccorritori.

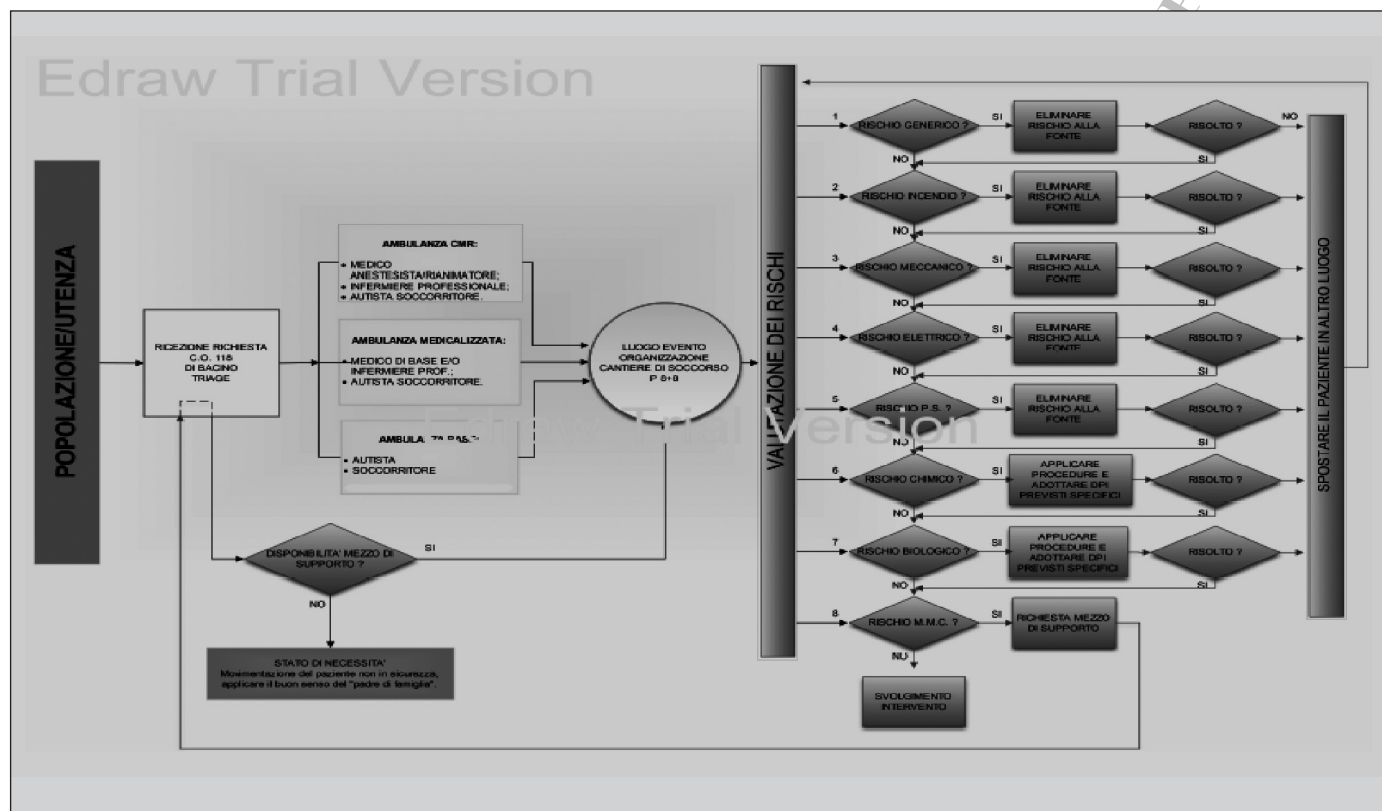
La qualità del servizio di soccorso può essere valutata secondo tre punti di vista:

Efficacia - le squadre riescono a risolvere il problema per cui sono state chiamate e soddisfano il cittadino utente.

Appropriatezza - le squadre operano secondo le migliori e più aggiornate procedure disponibili e soddisfano il cittadino-contribuente.

Efficienza - si usano senza spreco le risorse a disposizione, cioè personale e mezzi. Poiché la risorsa più importante del soccorso sono i soccorritori, allora soccorrere in modo efficiente significa prima di tutto lavorare in sicurezza.

Modalità operative (schema)



1 - Controllo e gestione del sito

- evacuazione
- isolamento
- zonizzazione: zona rossa, arancione, gialla
- controllo accessi ed uscita dalla zona rossa
- posizionamento dei mezzi in zona gialla

2 - Identificazione dello scenario incidentale

- raccolta delle informazioni

3 - Analisi dei pericoli e del rischio

- identificazione dei pericoli
- per ciascun pericolo:
 - magnitudo del danno;
 - probabilità di accadimento;
- classificazione dei rischi:
 - rischio = magnitudo x probabilità.

1) Rischio generico (es. morfologia del terreno, temperatura, presenza di animali feroci, ecc.).

2) Rischio incendio (presenza di combustibile o comburente).

3) Rischio meccanico (rischio schiacciamento, caduta ecc.).

4) Rischio elettrico (presenza di linee elettriche pericolose).

5) Rischio di pubblica sicurezza (presenza di individui non controllabili, parenti, psicotabili, terroristi, malviventi, ecc.).

6) Rischio chimico (interventi in ambienti inquinati da presenza di elementi chimici inquinanti di varia natura).

7) Rischio biologico.

8) Rischio movimentazione manuale dei carichi (paziente obeso, percorsi contorti, ecc.).

Per l'espletamento di questa attività partecipa tutto il personale in equipaggio. Le funzioni di ROS (responsabile operazioni di soccorso) vengono svolte in subordine dal medico, infermiere o soccorritore.

4 - Valutazione procedure operative e misure protettive

Individuati tutti i rischi il ROS valuta se il soccorso può essere svolto con una soglia di accettabilità del rischio.

Per tutti quei rischi individuati sopra soglia, il ROS detta le azioni per condurre il soccorso in sicurezza o adottando procedure specifiche o spostando il paziente in "luogo sicuro".

Se il rischio valutato non può essere gestito con risorse in loco, allerta la C.O. con la richiesta di aiuto specifico:

- richiesta di ulteriore equipaggio;
- richiesta intervento Polizia o Carabinieri
- richiesta intervento VV.FF

La valutazione del rischio e delle azioni da intraprendere deve essere conclusa in tempi accettabili con la natura dell'intervento.

5 - Coordinamento delle informazioni delle risorse

Il ROS informa tutto l'equipaggio del rischio valutato, dispone le azioni o le procedure specifiche da attuare e coordina le operazioni.

Attenzione: è responsabilità del Ros valutare lo stato di necessità e le conseguenti azioni da intraprendere.

6 - Realizzazione operativa dell'intervento

- controllo;
- confinamento;
- risoluzione.

7 - Ripristino

- personale:
 - decontaminazione;
 - riposo;
- equipaggiamento, mezzi:
 - bonifica (vedi procedura di sanificazione);
 - manutenzione;
- ambiente:
 - bonifica;
 - polizia giudiziaria.

8 - Chiusura dell'intervento

- relazione d'intervento;
- comunicazione ad enti;
- debriefing.

TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S.
VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

MICHELE ARCADIPANE, *direttore responsabile*
VITTORIO MARINO, *condirettore*

MELANIA LA COGNATA, *redattore*

EUROGRAFICA s.r.l. - VIALE AIACE, 126 - PALERMO

PREZZO € 4,40

