

 <p><b>AUSL 4</b> <b>TERAMO</b> <small>Il meglio è nel tuo territorio</small></p>	<p><i>Format Procedura/Regolamento</i></p>	<p>Documento: Revisione n.:0.0 Data:  pag. 1 di 25</p>
Articolazione Aziendale	<p><b>REGOLAMENTO AZIENDALE PER I TRASPORTI SANITARI SECONDARI URGENTI INTEROSPEDALIERI</b></p>	

**REGOLAMENTO AZIENDALE PER I  
TRASPORTI SANITARI  
SECONDARI URGENTI INTEROSPEDALIERI**

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2 style="text-align: center;">Tipologia Documento</h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b>  pag. 2 di 25
---	--	---

REDAZIONE			VERIFICA			APPROVAZIONE		
Data	Funzione	Cognome/Nome	Data	Funzione	Cognome/Nome	Data	Funzione	Cognome/Nome
24.05.14	Direttore PS Teramo	Rita ROSSI	20.05.14	Direttore DEA	Pier Luigi ORSINI		Direttore DEA	Pier Luigi ORSINI
	Direttore PS Atri	Rossano DI QUIRICO		Direttore SEST 118 Teramo	Giulio DI BERARDO		Direttore PS Teramo	Rita ROSSI
	Direttore PS Giuliano va	Carmine GALIE'		Direttore PS Teramo	Rita ROSSI		Direttore SEST 118 Teramo	Giulio DI BERARDO
	Direttore PS S. Omero	Fabrizio DE NAPOLI		Direttore PS Atri	Rossano DI QUIRICO			
	Direttore SEST 118 Teramo	Giulio DI BERARDO		Direttore PS Giuliano va	Carmine GALIE'			
	Direttore DEA	Pier Luigi ORSINI		Direttore PS S. Omero	Fabrizio DE NAPOLI			
	Coordinatore PS Atri	Giuliano SCOCCHIA		Coordinatore PS Atri	Giuliano SCOCCHIA			
	Coordinatore PS S.Omero	Maurizio BRANELLA						
	CPSI PS Giuliano va	Benvenuto MAGLIA						
	Coordinatore PS Teramo	Luigi Di Quirico						



## *Tipologia Documento*

**Documento:**

Revisione n.:

**Data:**

pag. 3 di 25

## ***ELENCO delle REVISIONI***

 <p><b>AUSL 4</b> <b>TERAMO</b> il meglio è nel tuo territorio</p> <p>Articolazione Aziendale</p>	<p><i>Format Procedura/Regolamento</i></p>	<p>Documento: Revisione n.:0.0 Data: pag. 4 di 25</p>
--	--	---

## INDICE

1. SCOPO .....	<a href="#">pg 5</a>
1.1 OBIETTIVI.....	<a href="#">pg 5</a>
2. CAMPO DI APPLICAZIONE .....	<a href="#">pg 6</a>
2.1 RISORSE.....	<a href="#">pg 6</a>
2.2 TIPOLOGIE di PAZIENTI e CLASSI DI RISCHIO.....	<a href="#">pg 6</a>
3. MODALITA' ESECUTIVE .....	<a href="#">pg 10</a>
4. RIFERIMENTI NORMATIVI e BIBLIOGRAFIA.....	<a href="#">pg 12</a>
5. ARCHIVIAZIONE dei DOCUMENTI .....	<a href="#">pg 13</a>
6. INDICATORI e STRUMENTI di CONTROLLO.....	<a href="#">pg 13</a>
7. ELENCO ALLEGATI .....	<a href="#">pg 13</a>
8. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI ALLEGATI .....	<a href="#">pg 14</a>

 <p><b>AUSL 4 TERAMO</b> il meglio è nel tuo territorio</p> <p>Articolazione Aziendale</p>	<h1><i>Format Procedura/Regolamento</i></h1>	<p>Documento: Revisione n.:0.0 Data: pag. 5 di 25</p>
---	--	---

## 1. SCOPO

Il presente Regolamento identifica le modalità di ***trasporto secondario urgente di un paziente*** ovvero **il trasferimento di un paziente da un ospedale all'altro per accertamenti, terapie o ricovero che rivestano carattere di emergenza o urgenza** od ove **sia necessario trasferire un paziente perché la tipologia della patologia richiede strutture di riferimento per il trattamento definitivo.**

Tutto il personale impegnato nei trasporti secondari opera secondo professionalità specifica attenendosi anche a protocolli clinici internazionali.

Il trasporto è effettuato con un mezzo di soccorso (MS) idoneo al tipo di patologia/paziente, con assistenza di un medico e/o un infermiere oltre che con la presenza di personale dipendente autista e/o e. Volontari del Soccorso (VdS) o personale Tecnico Dedicato : "*trasporto urgente protetto*"

Quanto segue regolamenta le modalità di trasporto interospedaliero di:

1. Pazienti affetti da patologie tempo dipendenti ove l'accertamento diagnostico/trattamento definitivo siano da considerarsi di emergenza o di urgenza ove già non effettuate dal 118 o in caso di contemporaneità di più urgenze
2. Pazienti critici per tipologia (da/a Rianimazione, UTIC, NCH)
3. Pazienti presenti presso i PS aziendali in fase di accertamento diagnostico o di ricovero
4. Pazienti neonatali che necessitano di trasferimento in culla termica
5. Pazienti psichiatrici
6. Trasporto in Utero

### 1.1 Obiettivi

- ❖ Normare il trasporto in assenza di legislazione specifica
- ❖ Assicurare il "trasporto protetto" ai pazienti secondo letteratura scientifica
- ❖ Identificare le risorse infermieristiche e mediche deputate al trasporto e clinicamente adeguate all'intensità di assistenza richiesta
- ❖ Attivare un sistema di trasporti tempestivo
- ❖ Garantire una adeguata e capillare diffusione delle procedure in essere per i trasferimenti a **tutto il personale sanitario aziendale** che assicuri:
  - L'estensione del presente Protocollo anche ai pazienti ricoverati nei Reparti di degenza ove siano presenti le caratteristiche dell'emergenza/urgenza
  - L'ottimizzazione dei tempi di erogazione di accertamenti/consulenze o ricoveri quando necessiti per il loro espletamento un trasporto secondario urgente

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2 style="text-align: center;">Tipologia Documento</h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b>  <i>pag. 6 di 25</i>
---	--	--

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione ha il fine di ottimizzare gli interventi di emergenza/urgenza dal territorio fino all' Ospedale ed al successivo percorso all'interno dei Presidi Ospedalieri assicurando adeguati livelli di assistenza fin dal primo intervento; viene così garantito, ove necessario, il ricovero nelle sedi più appropriate anche attraverso il trasporto secondario interospedaliero.

L'analisi della situazione esistente derivante dall'assenza di una precisa normativa nazionale e/o regionale in materia, conferma l'utilità di una procedura che migliori i tempi e la modalità del trasporto urgente ottimizzando il ricorso alle risorse professionali disponibili.

L'attuale normativa regionale prevede che il Sistema 118 sia incaricato di effettuare il trasporto in oggetto; tuttavia in attesa del regolamento attuativo si ritiene indispensabile definire le attuali competenze migliorando il sistema di comunicazione, di allertamento tra le Strutture di ricovero ed i Servizi, identificare i criteri clinici di gravità del paziente ed assicurare l'adeguato livello di assistenza.

Il presente Regolamento si interfaccia con quello del trasporto secondario urgente a mezzo Elicottero (allegato n° 1 del Decreto Commissario ad Acta n° 08/2011 del 22-03-20011)

### 2 . 1 Risorse

Le risorse disponibili ATTUALI per l'espletamento dei trasporti sono riassumibili a seguire:

#### MEDICI

- 1) Medico dedicato alla funzione; in attesa di reperimento risorse dedicate, ogni PS/Reparto organizza il trasporto con proprie risorse in attività diurna e notturna compresa la pronta disponibilità.
- 2) Medico dell'Emergenza Sanitaria Territoriale 118: n° 1 Medico che garantisce il trasferimento dei pazienti con patologie TEMPO DIPENDENTI (come da Protocolli Regionali), sia dai PP.SS. che dai Reparti.
- 3) Medico Rianiatore: n° 1 Medico H 24; 1 Medico reperibile notturno per ogni presidio.
- 4) Medici Specialisti competenti per patologia: medico presente/reperibile dai Reparti per trasferimenti che richiedono competenza polispecialistica

CPSI I CPSI sono disponibili per ogni presidio secondo le modalità definite dalla Direzione Amministrativa ASL.

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2 style="text-align: center;">Tipologia Documento</h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b>  <i>pag. 7 di 25</i>
---	--	--

**AUTISTI** Gli autisti dei mezzi di soccorso sono disponibili per ogni presidio secondo le modalità definite dalla Direzione Amministrativa ASL.

**Il medico che ha in carico il paziente da trasferire, acquisisce formalmente per iscritto le consulenze di tutti i sanitari intervenuti ed, in caso di contenzioso, definisce la competenza finale del trasporto.**

**Il livello di urgenza di trasporto valutato da chi ha in carico il paziente comporterà eventualmente la partenza immediata del personale presente e la copertura della postazione medica e/o infermieristica lasciata scoperta attraverso il personale reperibile o richiamato da UO diversa da parte della DS.**

## 2.2 Tipologia di pazienti e Classi di Rischio

In relazione alle condizioni del paziente, si **definiscono 3 livelli di criticità e di relativa assistenza** (*Classi di rischio di Ehrenwerth modificato*) individuando la tipologia del personale necessario all'ottimale accompagnamento del paziente stesso.

### 2.2.1 CLASSI di RISCHIO

❖ **Classe A** paziente **NON CRITICO:** paziente che:

- non richiede il monitoraggio dei parametri vitali
- non ha bisogno di terapia infusionale
- può richiedere la somministrazione di O<sub>2</sub>
- la destinazione NON è: rianimazione, UTIC, NCH, cardiochirurgia

**è richiesta la presenza di autista abilitato all'emergenza/autista VdS e di CPSI DEA.**

❖ **Classe B** paziente **PARZIALMENTE CRITICO:**

**Il paziente che:**

**B.1** presenta *almeno uno* dei seguenti requisiti:

- richiede frequente controllo dei parametri vitali (escluso il monitoraggio invasivo)
- necessita di terapia infusionale
- ha lieve/modesta dispnea senza distress respiratorio: spO<sub>2</sub>  $\geq$  92 in aria amb. o in O<sub>2</sub> terapia
- richiede supporto ventilatorio non invasivo
- GCS  $\geq$  13

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2 style="text-align: center;">Tipologia Documento</h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b>  <i>pag. 8 di 25</i>
---	--	--

**è richiesta la presenza di autista abilitato all'emergenza/VdS e di CPSI DEA**

**B.2** presenta **almeno uno** dei seguenti requisiti:

- richiede frequente controllo dei parametri vitali (escluso il monitoraggio invasivo)
- necessita di terapia infusionale o farmacologica
- ha lieve/modesta dispnea senza distress respiratorio:  $\text{spO}_2 \geq 92$  in aria amb. o in O2 terapia
- richiede supporto ventilatorio non invasivo
- $9 \leq \text{GCS} \leq 13$ 
  - a) TRAUMA in ACUTO**
  - b) NO TRAUMA ma PATOLOGIA ACUTA MEDICA e/o PATOLOGIA VASCOLARE**

**è richiesta la presenza di un MEDICO (del Reparto di recupero, del 118 per le patologie tempo dipendenti, ovvero il medico dedicato al trasporto se attiva la funzione) con eventuale copresenza di risorsa specialistica aggiuntiva (es. ostetrica, pediatra o altro) e di un CPSI DEA; a seconda della situazione non si esclude quindi la possibilità di un accompagnamento effettuato da più figure professionali.**

❖ **Classe C paziente CRITICO (urgenza ASSOLUTA ed urgenza non DIFFERIBILE):**

paziente che **richiede supporto ventilatorio invasivo** o presenta **almeno uno** dei seguenti requisiti:

- grave distress respiratorio
- GCS <9
- grave instabilità circolatoria a fronte di terapia infusionale effettuata
- necessità di continuità terapeutica rianimatoria durante il trasporto
- necessità di intervento terapeutico rianimatorio durante il trasporto

**è richiesta la presenza di un rianiatore e di un CPSI di rianimazione.**

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2 style="text-align: center;">Tipologia Documento</h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b>  pag. 9 di 25
---	--	---

### **2.2.2. PAZIENTE PSICHiatrico**

Il trasporto del paziente in regime di T.S.O. presso altri presidi in caso di carenza di posto-letto, verrà effettuato con le seguenti modalità:

- Individuazione posto letto c/o altro Nosocomio da parte del medico del DSM (ev. il reperibile)
- Successivamente all'individuazione del presidio (specificato nel provvedimento di ricovero coatto), il CPSI del CSM provvederà a completare le relative pratiche burocratiche con il coinvolgimento dei VV.UU. di Teramo
- Il trasporto del paziente verrà effettuato da un equipaggio sanitario composto da 1 CPSI del CSM e da 1 CPSI dedicato al trasporto secondario urgente, ove lo psichiatra non ravvisi e documenti la necessità di accompagnamento
- Il medico psichiatra inviante compilerà la scheda (allegato 4) relativa alla terapia praticata e quella eventualmente da praticare durante il trasporto, da parte del CPSI del CSM secondo procedure del Dipartimento di Salute Mentale già esistenti. Durante il trasporto il medico psichiatra resterà telefonicamente disponibile.

### **2.2.3. PAZIENTE OSTRETRICA: TRASFERIMENTO IN UTERO PRESSO UN CENTRO DI III LIVELLO:**

Il medico ginecologo attiverà il trasferimento secondo i seguenti criteri:

- Bishop < 4
- Assenza di funneling
- Assenza di fattori di rischio materni e/o fetali
- Risposta alla terapia tocolitica iniziata all'atto del ricovero

Una volta reperito il posto letto da parte del Reparto sarà il medico di guardia in base alla criticità del caso a stabilire il team a bordo dell'ambulanza decidendo se è necessario :

- ginecologo (reperibile)
- ostetrica (reperibile)
- ginecologo e ostetrica
- anestesista (previa consulenza anestesiologica) con attivazione della C.O. 118 per l'invio del mezzo di soccorso idoneo terrestre o aereo
- CPSI DEA

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2 style="text-align: center;">Tipologia Documento</h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b>  pag. 10 di 25
---	--	--

### **2.2.4. PAZIENTE PEDIATRICO:**

Il trasporto del paziente pediatrico, verrà effettuato con le seguenti modalità:

- Individuazione posto letto c/o altro Nosocomio da parte del Pediatra ove non si ritenga di dover/poter ricoverare in situ o viceversa presa di accordi diretti con lo specialista dei Servizi (es. Radiologia) in caso di invio per accertamenti
- accompagnamento contestuale del paziente, ove necessario, da parte del Pediatra, del rianimatore/urgentista o Medico 118 per tempo dipendenti e del CPSI DEA

## **3. MODALITÀ ESECUTIVE**

L'attivazione del trasporto avviene secondo le seguenti modalità e nelle more dell'attivazione del trasporto secondario da parte del 118 secondo indicazioni regionali.

### **3.1. da PS**

Il medico del PS definisce la classe di rischio di appartenenza e di conseguenza la figura sanitaria competente, richiede l'attivazione del trasporto alla C.O. 118. La telefonata registrata, assume valore legale.

Il fax va comunque inviato ad iter diagnostico terapeutico concluso ( allegato 5).

### **3.2. da Reparto**

Il medico che ha in carico il pz. da trasferire definisce la classe di rischio di appartenenza e di conseguenza la figura sanitaria competente.

Il medico richiede l'attivazione del trasporto alla C.O. 118, la telefonata è registrata, assume valore legale. Il fax va comunque inviato ad iter diagnostico terapeutico concluso ( allegati 4 e 5).

### **3.3. Funzioni della C.O. 118**

La C.O. 118 rappresenta il punto di raccolta delle richieste di trasporto secondario urgente e di gestione delle missioni conseguentemente generate; gestisce l'intervento complessivamente che resta sotto il suo controllo:

1. riceve la richiesta dai Reparti e/o dal PS
2. identifica le risorse necessarie in base alla richiesta se di sua competenza
3. attiva il MS se di sua competenza
4. attiva il personale ove previsto e su calendario ricevuto
5. concorda - in caso di più richieste contemporanee - la priorità di effettuazione delle missioni
6. gestisce il MS per l'intera missione sorvegliandone le tempistiche di operatività e sollecita

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2 style="text-align: center;">Tipologia Documento</h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b>  <i>pag. 11 di 25</i>
---	--	---

per il loro contenimento

7. riceve l'allertamento, la partenza del MS, l'arrivo del MS ed ogni comunicazione durante il trasporto
7. supporta l'equipaggio in caso di necessità
8. compila la scheda informatica relativa alla missione
9. segnala, secondo procedura, eventuali situazioni non congrue
10. riceve i cambi turno del personale, su modulo e via fax
11. effettua semestralmente la statistica degli interventi e la trasmette alla Direzione DEA

L'attivazione della C.O. 118 deve **avvenire dopo che siano stati presi precisi accordi tra medico inviante e medico ricevente ed a iter diagnostico terapeutico concluso**. L'attivazione del MS e del personale deputato all'accompagnamento del paziente deve essere finalizzato al contenimento dei tempi e non deve ritardare in nessun modo la partenza.

### 3.4 Invio del paziente

#### 3.4.1 Preparazione del paziente

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

#### 3.4.2 Documentazione clinica

La documentazione clinica del paziente deve essere completa e segue il paziente stesso; si fa eccezione per eventuali accertamenti in corso dei quali sia possibile il successivo invio/comunicazione.

Il medico e l'infermiere che accompagnano il paziente sono tenuti alla compilazione della scheda di accompagnamento (vd. allegato 1) che è parte integrante della documentazione clinica; una copia deve ritornare alla struttura di provenienza del paziente ed essere inserita nella cartella clinica del pz. Nella documentazione clinica (cartella-scheda) devono comparire chiaramente il nominativo ed i riferimenti del medico e della Struttura accettante; gli stessi devono essere noti alla C.O. 118.

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2 style="text-align: center;">Tipologia Documento</h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b>  <i>pag. 12 di 25</i>
---	--	---

### **3 . 4 . 3 Consenso informato**

Il paziente deve essere informato della necessità di effettuare il trasferimento presso altra sede; si rimanda alle previste procedure in uso presso ogni Reparto.

### **3 . 4 . 4 Rispetto delle normative di sicurezza**

Tutto il personale operante sul Unità Mobile di Rianimazione (UMR) è tenuto al rispetto delle norme previste nel codice della strada (es. **utilizzo della cinture di sicurezza e dei giubbotti ad alta visibilità**) ed analogamente al rispetto della normativa sec. 81/03 e sec. Regolamento aziendale in vigore. (es. uso dei DPI ): **a tal fine in ogni PS sono presenti n. 4 giubbotti ad alta visibilità (2 x 2 taglie)**, da utilizzare da parte degli operatori che fossero sprovvisti di divisa di servizio (es. 118).

### **3.4.5 Materiali ed attrezature**

**Nei 4 PPSS sono disponibili 4 ZAINI di uguale contenuto di** materiale necessario per il trasporto e rilevabile dalla Check List (CL) (allegato 2.3).

Il materiale e le attrezature sono controllate dal personale infermieristico e secondo cadenza definita in base a programmazione effettuata dai Coordinatori Infermieristici dei PPSS, lo Stesso è responsabile delle relative procedure di controllo e ripristino.

## **4. RIFERIMENTI NORMATIVI e BIBLIOGRAFIA**

1. Norma ISO 9001:2008
2. Legge 132 del 12/02/68 "Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera"
3. Transport of critically ill adults. J Ehrenwerth et altri. Critical Care Medicine 1986, vol 14, n° 6, 543-7
4. D.P.R 27.03.1992 Atto di indirizzo e di coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza
5. Manuale ATLS ed. 2001
6. Il trasporto del paziente critico: extraospedaliero, interopedaliero ed intraospedalliero. Organizzazione del percorso assistenziale e responsabilità. N&A mensile italiano del soccorso anno 16° 174 aprile 2007 18-24
7. Organizzazione del trasporto interaziendale dei pazienti critici. N&A mensile italiano del soccorso anno 14° dicembre 2005 12-15

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2 style="text-align: center;">Tipologia Documento</h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b>  <i>pag. 13 di 25</i>
---	--	---

## 5. ACHIVIAZIONE dei DOCUMENTI

La raccolta dati avviene a cura dei Coordinatori infermieristici dei Reparti/Servizi ognuno per propria competenza che trasmettono trimestralmente i dati al Coordinatore della Rianimazione di Teramo; Questi li elabora e li trasmette al Direttore del Dipartimento per le opportune valutazioni.

E' predisposta una scheda di rilevazione che evidensi eventuali problematiche insorte (vd. Allegato 3) che sarà compilata e trasmessa da parte dell'operatore al proprio Coordinatore infermieristico/Direttore di struttura il quale potrà risolvere il problema segnalato in autonomia e nel rispetto del presente regolamento o trasmettere a Sua volta alla Direzione del DEA per un ulteriore approfondimento. In ogni caso l'operatore deve ricevere riscontro di quanto segnalato. Monitoraggio dell'efficacia e dell'efficienza del regolamento

## 6. INDICATORI e STRUMENTI di CONTROLLO

La valutazione dell'efficacia del presente regolamento dovrà tenere conto dei seguenti elementi ed indicatori:

- Situazioni non previste dal regolamento : n° segnalazioni confermate dalla direzione di dipartimento di emergenza/tot interventi/anno
- Chiamate improprie alla C.O.: n°/tot interventi/anno

Si ritengono strumenti utili alla rilevazione:

- statistica semestrale
- scheda di rilevazione problematiche (allegato 3)

## 7. ALLEGATI

1. SCHEDA ACCOMPAGNAMENTO DEL PAZIENTE
2. 1 MODULO RIPRISTINO ZAINO e AMBULANZA
2. 2 INDICAZIONI OPERATIVE, PROCEDURE di RIPRISTINO e CONTROLLO
  - 2.2.1 MODULOCONTROLLO MENSILE UMR
- 3 SCHEDA RILEVAZIONE PROBLEMATICHE
- 4 SCHEDA ACCOMPAGNAMENTO PAZIENTE PSICHiatrico
5. MODULO TRASFERIMENTO/COMUNICAZIONE PAZIENTE
6. MODULO RICHIESTA TRASFERIMENTO PAZIENTE CON PATOLOGIA TEMPO DIPENDENTE

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2 style="text-align: center;"><i>Tipologia Documento</i></h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b>  <i>pag. 14 di 25</i>
---	---	---

### **8. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI**

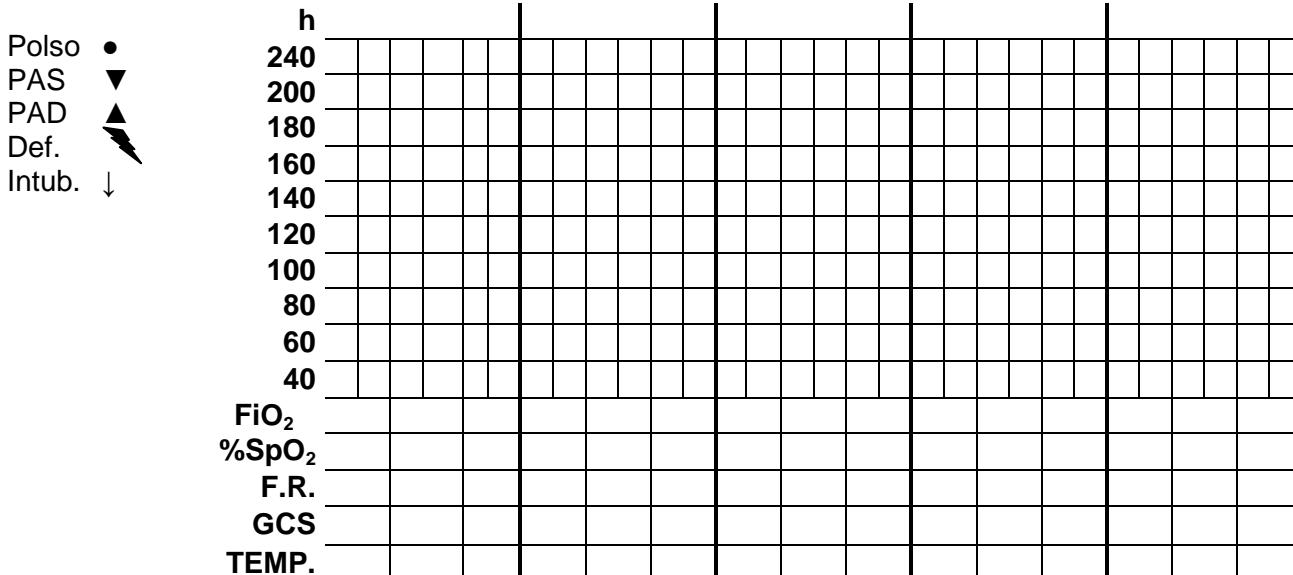
SEST	SISTEMA EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
MZ	MEZZO DI SOCCORSO
VdS	VOLONTARIO DEL SOCCORSO
NCH	NEUROCHIRURGIA
P.S.	PRONTO SOCCORSO
CPSI	COLLABORATORE PRIOFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE
U.O.	UNITÀ OPERATIVA
D.S.	DIREZIONE SANITARIA
DEA	DIPARTIMENTO EMERGENZA-ACCETTAZIONE
GCS	GLASGOW COMA SCALE
TSO	TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO
CSM	CENTRO SALUTE MENTALE
DSM	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
UMR	UNITÀ MOBILE DI RIANIMAZIONE
DPI	DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2>Tipologia Documento</h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b>  <i>pag. 15 di 25</i>
---	------------------------------	---

**ALLEGATO 1 SCHEDA ACCOMPAGNAMENTO PAZIENTE**

N° intervento _____	Data _____	<input type="checkbox"/> UMR non protetto	<input type="checkbox"/> UMR protetto
Ora presa in carico _____	Medico _____	CPSI _____	
Trasporto da _____	a _____	causa _____	
Cognome _____		Nome _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita _____		Residenza _____	

Intubato     Respiro spont     O<sub>2</sub> l/min     Monitoraggio Sat     Accesso venoso  
 CVC     Monitoraggio ECG     P. M.r     NIBP     IBP     \_\_\_\_\_



MANOVRE E TERAPIE PRATICATE DURANTE TRASPORTO			
MANOVRE	ORA	FARMACO	DOSE E VIA DI SOMMINISTRAZIONE
<input type="checkbox"/> RCP			
<input type="checkbox"/> Defib			
<input type="checkbox"/> Intub			
<input type="checkbox"/> PM est			

COMPLICANZE E OSSERVAZIONI	
ORA	

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2 style="text-align: center;">Tipologia Documento</h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b>  <i>pag. 16 di 25</i>
---	--	---

❖ **ALLEGATO 2: MODULO RIPRISTINO ZAINO e AMBULANZA**

Gli zaini contenenti presidi e farmaci per l'eventuale utilizzo durante il trasporto protetto con UMR devono rispondere a precisi requisiti e consentire il rapido reperimento del materiale secondo modalità conosciute e condivise da tutti gli operatori che partecipano a questo tipo di attività. L'uniformità del contenuto risponde inoltre al criterio di razionalizzazione delle risorse.

Scopo di quanto segue è quello di permettere agli operatori disporre costantemente dello zaino per i trasporti protetti a partenza dai PP.SS. e dai Reparti in adeguate condizioni, fissandone la responsabilità di controllo.

Sono disponibili n° 4 zaini omogenei approntati per trasporti protetti secondo una Check List nota ( allegato 2.2) allocati nei 4 PPSS.

#### **INDICAZIONI OPERATIVE**

- *Ripristino immediato* del materiale utilizzato durante il trasporto protetto appartenente allo zaino e all'UMR, a cura dell'infermiere che ha effettuato il trasporto: appone la propria firma sull'apposito **modulo** (allegato 2.1)
- *Controllo mensile degli strumenti elettromedicali e materiale sanitario dei MS a carico dei Coordinatori dei PPSS e delle Rianimazioni* (allegato 2.2): firma sull'apposito modulo

#### **VERIFICA**

L'efficacia della procedura sarà verificata da \_\_\_\_\_ secondo i seguenti indicatori:

- condizioni di efficienza dello zaino e dei MS
  - *max n. 5 segnalazioni (in campo note) /anno*
- ricezione moduli mensili/annuali
  - *100%*



## **ALLEGATO 2.1**

**MODULO Ripristino materiale ZAINO e AMBULANZA durante l'attività di trasporto protetto**

PS \_\_\_\_\_  Reparto \_\_\_\_\_

\*Il presente modulo deve essere trasmesso mensilmente a \_\_\_\_\_ a cura del Coordinatore Infermieristico di Reparto. Il Coordinatore stesso garantirà la verifica quotidiana del modulo finalizzata a rilevare e risolvere eventuali problematiche segnalate.

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2 style="text-align: center;"><i>Tipologia Documento</i></h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b>  <i>pag. 18 di 25</i>
---	---	---

### **ALLEGATO 2.2 INDICAZIONI OPERATIVE – PROCEDURE di RIPRISTINO e CONTROLLO**

**I Coordinatori Infermieristici hanno in capo:**

- **Le attrezzature elettromedicali**
- **Le Procedure di controllo quotidiano dei materiali e degli strumenti**
- **Le Procedure di ripristino materiale**
- **Le PROCEDURE di CONTROLLO dei UMR – verranno approntati ed utilizzati idonei strumenti di verifica relativamente a :**

Mezzi da verificare →

Luogo dove avviene la verifica →

Cadenza delle verifiche →

CPSI incaricato →

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2 style="text-align: center;">Tipologia Documento</h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b> pag. 19 di 25
---	--	--

### ALLEGATO 2.3 CHECK – LIST ZAINO UMR

**La modulistica relativa all'accompagnamento del paziente e di ripristino dei materiali, ed i GIUBBOTTI ad alta visibilità sono allocati negli zaini di soccorso dedicati al trasporto.**

<b>SACCA BLU PORTAFIALE</b>					
ATROPIN	4	ISOPTIN	2	URBASON 20 mg	2
ADRENALINA	2	KRENOSIN	3	ZANTAC	2
ANEXATE	2	LANOXIN	2	LIDOCAINA	2
ARIXTRA	2	LARGACTIL	2		
BENTELAN 1.5 MG	2	LASIX	10		
BENTELAN 4 MG	4	METADOXIL	2		
BUSCOPAN	2	NALOXONE	5		
CA GLUCONATO	2	NITROGLICERINA	2		
CATAPRESAN	2	PLASIL	2		
CONTRAMAL	2	RYTMONORM	2		
CORDARONE	2	SERENASE	2		
DIAZEPAM	3	SOLDESAM FORTE	2		
DOPAMINA	2	SPASMEX	2		
EBRANTIL	2	TEFAMIN	2		
EN 5 mg	2	TORA-DOL	2		
EPARINA 25.000U.I.	2	TRANEX	2		
GLUCOSATA 33%	3	TRIMETON	3		
IPNOVEL 15 mg	2	URBASON 40 mg	2		

<b>SACCA VIOLA FARMACI CPS</b>					
ADALAT S.L. CPS	10	VENTOLIN SPRY	2	ASPIRINA 500mg oro solubile	10
CARVASIN CPS	30				

<b>SACCA VERDE FARMACI</b>					
SOLU-MEDROL 2 g	1	BICARB. DI SODIO	2	SERENASE GTT	1
SOLU-MEDROL 1 g	2	PERFALGAN 1 g	2	MICRONOAN 5 mg	2
SOLU-CORTEF 500	2	OMEPRAZOLO 40	2	SIRINGHE 5 - 10 CC	
SOLU-CORTEF 125	2	DIAZEPAM GTT	1	MICRONOAN 10 mg	2

<b>FARMACI FRIGO</b>					
ADRENALINA	10	ACTRAPID HM	1	FLECTADOL	2
SIRINGHE INSUL.		DIPRIVAN 50 ml	1	PROPOFOL 20 mg	2
EPARINA SOD.	1				

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2 style="text-align: center;">Tipologia Documento</h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b> <i>pag. 20 di 25</i>
---	--	---

<b>SACCA ROSSA RESPIRAZIONE ADULTI</b>					
AMBU ADULTI	1	GUEDEL ADULTI		CATETER MOUNTH	2

<b>SACCA AZZURRA INTUBAZIONE</b>					
LARINGO ( F:O )	1	CIRCUITO MON. VENT		QUICKTRACH II	1
LAME ADULTO	3	T.G.1		CEROTTO	1
LAME PED.	3	LUAN POMATA	1	CATETER MOUNTH	2
PINZA DI MAGILL	1	MANDRINO ADULTO	1	BISTURI	
PILE DI RISERVA	2	MANDRINO PED.	1	SIRINGA 10 CC	

<b>SACCA TUBI OROTRACHEALI</b>					
TUBO O.T. Ø 8.5		TUBO O.T. Ø 6.5		TUBO O.T. Ø 4.5	
TUBO O.T. Ø 8.0		TUBO O.T. Ø 6.0		TUBO O.T. Ø 4.0	
TUBO O.T. Ø 7.5		TUBO O.T. Ø 5.5		TUBO O.T. Ø 3.5	
TUBO O.T. Ø 7.0		TUBO O.T. Ø 5.0			

<b>SACCA AZZURRA TUBI LARINGEI ADULTI E PEDIATRICI</b>					
ANGLI CANNULA		GLUCOSATA 5% 250	1	PROLUNGA CON RUB.	1

<b>SACCA ARANCIONE INFUSIONE</b>					
ANGLI CANNULA		GLUCOSATA 5% 250	1	PROLUNGA CON RUB.	1
DEFLUSSORI		FISIOLOGICA 100 CC	1	CEROTTO	1
DISINFETTANTE		LACCIO EMOSTAT.	1	GARZE E TAMPONI	

<b>TASCA INTERNA TRASPARENTE</b>					
GUANTI STERILI		GUANTI LATTICE		SIRINGHE 50 ml	
		SIRINGHE 5 - 10 cc		PLACCHE DEFIBRILL.	

<b>TASCA ANTERIORE SUPERIORE</b>					
SFIGMOMANOMETRO	1	SATURIMETRO	1	SIRINGHE 5 - 10 cc	
FONENDOSCOPIO	1	KIT GLICEMIA	1		

<b>TASCA ANTERIORE INFERIORE</b>					
RASOI TRICOTOM.		NEFLUAN		FORBICI DI LISTER	
GEL DEFIBRILL.		ELETTRODI ECG		CARTA ECG	

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2 style="text-align: center;">Tipologia Documento</h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b> <i>pag. 21 di 25</i>
---	--	---

SACCA C-PAP					
MASCHERE	3	BAROMETRO		RACCORDI	
<b>MONITOR-DEFIBRILLATORE e VENTILATORE</b> CONTROLLO INTEGRITA'-STATO DI CARICA-FUNZIONAMENTO					
<b>ASPIRATORE</b> CONTROLLO INTEGRITA'-STATO DI CARICA-FUNZIONAMENTO + SOND. ASPIR.					
<b>VANO INTERNO AMBULANZA</b> ASSE SPINALE-KED-SPLINT-CUCCHIAIO-COLLARI-TELINI-LENZUOLA-SEDIA					

DATA / / INFERMIERE FIRMA MEDICO FIRMA

Fatta salva la presente C.L., è facoltà dello specialista l'utilizzo estemporaneo di ulteriori o diversi farmaci, compresi gli stupefacenti; tali farmaci vanno prelevati dal medico e sono a carico del reparto di partenza del paziente - per il carico e scarico degli stupefacenti valgono le procedure aziendali in uso.

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2 style="text-align: center;"><i>Tipologia Documento</i></h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b>  <i>pag. 22 di 25</i>
---	---	---

**ALLEGATO 3 SCHEDA SEGNALAZIONE PROBLEMATICHE EVENTI NON CONFORMI**

Centrale Operativa       PS di       Altro

Data evento:  
n° scheda intervento :

TRASPORTO :       protetto       non protetto

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

c.a Responsabile Infermiere/Medico Struttura

data ..... firma

B) Da compilarsi da parte del COORDINATORE

c.a Direzione Dipartimento Emergenza

data ..... firma

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

data ..... firma

 <b>Articolazione Aziendale</b>	<h2 style="text-align: center;">Tipologia Documento</h2>	<b>Documento:</b> <b>Revisione n.:</b> <b>Data:</b>  <i>pag. 23 di 25</i>
---	--	---



### SCHEDA PER TRASPORTO PAZIENTE CON T.S.O.

#### **D.S.M. TERAMO**

Paziente: Sig \_\_\_\_\_

**SERVIZIO PSICHiatrico  
DI DIAGNOSI E CURA  
(Telefono 0861429705)**

Dirigenti medici:

Dott.ssa G. Rapini  
(Telefono 0861429707)

Dott.ssa D. Campanella  
(Telefono 0861429702)

Dott. D. De Berardis  
(Telefono 0861429708)

Dott. L. Olivieri  
(Telefono 0861429710)

Dott. N. Serroni  
(Telefono 0861429704)

Destinazione: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico reparto  
destinazione: \_\_\_\_\_

Psichiatra inviante: \_\_\_\_\_

Psichiatra accettante: \_\_\_\_\_

Terapia praticata al PS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CENTRO DI SALUTE  
MENTALE TERAMO  
(Telefono 0861420503)**

Dirigenti medici:

Dott.ssa I. Potena  
(Telefono 0861420521)

Dott.ssa A. Giardini  
(Telefono 0861420516)

Terapia da praticare in caso di necessità durante il trasporto  
(previo contatto telefonico con il medico inviante) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_

**MEDICO inviante firma e timbro** \_\_\_\_\_

**CPSI CSM accompagnatore firma e timbro** \_\_\_\_\_

 Articolazione Aziendale	<h2 style="text-align: center;">Tipologia Documento</h2>	Documento: Revisione n.: Data:  pag. 24 di 25
--	--	---

### **Allegato 5:RICHIESTA TRASFERIMENTO PAZIENTE con PATOLOGIA TEMPO DIPENDENTE**

 <b>AUSL 4 TERAMO</b> <small>il meglio è nel tuo territorio</small>	<p style="text-align: center;"><b>RICHIESTA TRASPORTO URGENTE TEMPODIPENDENTE</b>        DA OSPEDALE SPOKE AD OSPEDALE HUB        Inviare via FAX a 0861.440350 C. O. 118 Teramo</p>
--	--

OSPEDALE RICHIEDENTE \_\_\_\_\_ REPARTO RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

OSPEDALE DI DESTINAZIONE \_\_\_\_\_ REPARTO DI DESTINAZIONE \_\_\_\_\_

**MOTIVO DELLA RICHIESTA:**

- SCA → STEM<sup>11</sup> N-STEM<sup>11</sup> ANGINA INSTABILE<sup>11</sup>
- ICTUS → ISCHEMICO<sup>11</sup> EMORRAGICO<sup>11</sup>
- TRAUMA CRANICO → GRAVE<sup>11</sup> MODERATO<sup>11</sup> PEDIATRICO<sup>11</sup>
- POLITRAUMA → trattamento chirurgico immedia<sup>11</sup> competenza specialistica<sup>11</sup>
- ALTRA PATOLOGIA → Specificare patologia

MOTIVO del TRASFERIMENTO

---



---

**Il richiedente è consapevole che si distoglie temporaneamente dal territorio l'equipaggio di emergenza territoriale 118**

PAZIENTE: COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_  M  F

N° prestazione P.S. /SDO \_\_\_\_\_ (obbligatorio)

**Classe di rischio sec. Ehrenwerth :**  A  B1  B2  C (obbligatorio)

Accordi intcorsi: Medico Richiedente \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Medico Accettante \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Accompagnamento  Medico del Reparto  Rianiatore  Nessuno  Altro \_\_\_\_\_  
 CPSI  Altro \_\_\_\_\_  
 Barella  Sedia  Culla  Altro \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

timbro e firma del richiedente

**Riservato alla Centrale Operativa 118:**

si utilizza l'equipaggio di emergenza del 118 di \_\_\_\_\_ N° Missione \_\_\_\_\_



## Articolazione Aziendale

## *Tipologia Documento*

### Documento:

## Revisione n.:

| Data:

pag. 25 di 25

**Allegato 6: MODULO RICHIESTA/COMUNICAZIONE TRASFERIMENTO PAZIENTE**



AUSL 4  
TERAMO

il meglio è nel tuo territorio

## RICHIESTA

## COMUNICAZIONE

barare obbligatoriamente se richiesta o comunicazione

## **TRASPORTO SECONDARIO URGENTE**

INVIARE VIA FAX a **0861.440350** C. O. 118 Teramo

**OSPEDALE RICHIEDENTE** **REPARTO RICHIEDENTE**

Ora di appuntamento a destinazione: \_\_\_\_\_

PAZIENTE: COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ M  F

COD. FISC. Non obbligatorio

N° prestazione P.S. /SDO \_\_\_\_\_ (obbligatorio)

**Classe di rischio sec. Ehrenwerth : A  B1  B2  C**  (obbligatorio)

Patología \_\_\_\_\_

Motivo del Trasferimento \_\_\_\_\_

Accordi intercorsi tra:

Accompagnamento  Medico del Reparto  Rianimatore  Nessuno  Altro \_\_\_\_\_  
 CPSI  Altro \_\_\_\_\_  
 Barella  Sedia  Culla  Altro \_\_\_\_\_

data della richiesta \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

timbro e firma del richiedente

---

Riservato alla C. O. 118:

si utilizza l'equipaggio dei trasporti di  TERAMO  Giulianova  N°Missione