

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 463 DEL 08.06.2018

=====

OGGETTO: PRESA D'ATTO, APPROVAZIONE E ADOZIONE DELLA "PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL TRASFERIMENTO INTRAOSPEDALIERO ED EXTRAOSPEDALIERO DEL PAZIENTE – RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.11/2010".

PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITA'	
<u>AFFISSIONE ALBO</u>	<u>RELATA</u>	<u>ORDINARIA</u>	<u>IMMEDIATA</u>
La presente deliberazione sarà affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda dal <p style="text-align: center;">13.06.2018</p> e vi permarrà per 15 giorni consecutivi. L'incaricato f.to sig.ra Maria Vallone	La presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione L'incaricato _____	La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal _____ Il Dirigente _____	La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva. <p style="text-align: center;">08.06.2018</p> Il Direttore Generale f.to dott.ssa Antonietta Costantini

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. ssa Antonietta Costantini, nominata con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 375 del 13 luglio 2016 e del D.P.G.R.C. n. 165 del 19 luglio 2016, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione dei pareri del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
Via Marconi, 66
80059 Torre del Greco

Oggetto: Presa d'atto, approvazione e adozione della "Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente – Raccomandazione Ministeriale n.11/2010"

IL RESPONSABILE DELLA DIREZIONE U.O.C. RISK MANAGEMENT

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Responsabile della Direzione U.O.C. Risk Management e delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal medesimo Dirigente proponente a mezzo di sottoscrizione della presente;

Dichiarata, altresì, espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D.Lgs.30 giugno 2003 n.196, ed al Regolamento aziendale, in materia di protezione dei dati personali, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 52 del 17 Gennaio 2018, redatto in conformità alle prescrizione del Regolamento europeo n. 679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, con consequenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

Dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190.

Premesso che

- Che il Ministero della Salute ha sviluppato un sistema di allerta per condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore con l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo alcune procedure potenzialmente pericolose e fornire gli strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema;

Visti

- Il Decreto Legislativo 30/12/1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 che stabilisce tra gli obiettivi da raggiungere, quello di promuovere la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico;

- La Deliberazione del Commissario Straordinario ASL Napoli 3 Sud n. 439 del 22/07/2015 ad oggetto: *“Implementazione e sviluppo di strumenti per la gestione del rischio clinico. Adozione aziendale delle raccomandazioni agli operatori sanitari del ministero della salute”*;
- La Legge 8 marzo 2017, n. 24 *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*. (GU Serie Generale n.64 del 17/03/2017);

Considerato

- Che il Ministero della Salute ha sviluppato un sistema di allerta per condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore con l’obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo alcune procedure potenzialmente pericolose e fornire gli strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l’assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema;
- Che la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome ha provveduto, fin dal 2005, alla stesura e diffusione di "Raccomandazioni" per offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose, che possono causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti;
- Che le Raccomandazioni si propongono di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi;
- Che il Ministero della Salute ha emanato la Raccomandazione N. 11/2010 ad oggetto: *“Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)”*;
- Che con nota del 24/08/2017 (prot. n. 98476) la Direzione Strategica ha costituito un gruppo di lavoro con le Direzioni Mediche di Presidio, i Direttori UU.OO.CC. delle discipline coinvolte nel processo, quali Anestesia e Rianimazione, Medicina e Chirurgia d’Accettazione e d’Urgenza, Cardiologia, Ginecologia-Ostetricia, Pediatria, e il Responsabile della Direzione UOC Sistema Emergenza 118, agli atti della proponente UOC;
- Che sono state effettuate numerose riunioni con i Dirigenti delle discipline coinvolte nel processo (in data 11/09/2017 con i Direttori Medici di Presidi Ospedalieri, il Responsabile della Direzione UOC Sistema Emergenza 118, i Direttori UU.OO.CC. Cardiologia, Ostetricia-Ginecologia, Anestesia e Rianimazione, Pediatria, Servizio Prevenzione e Protezione; e nelle date 18/01/2018, 28/02/2018 e 01/03/2018, i cui verbali sono agli atti della proponente UOC;
- Che la procedura, di cui alla presente deliberazione, è stata sottoposta al processo di condivisione con le note prot. n. 7914 del 15/01/2018, prot. n. 27852 del 21/02/2018, prot. n. 27803 del 21/02/2018, prot. n. 27846 del 21/02/2018, 28417 del 22/02/2018, prot. n. 41673 del 16/03/2018, 28527 del 22/05/2018, agli atti della proponente UOC;
- Che sono stati recepiti i riscontri prodotti dalla Direzione Medica di Presidio Castellammare-Gragnano in data 15/05/2018 (prot. n. 72282), dalla Direzione Medica di Presidio Boscotrecase e

Torre del Greco in data 08/02/2018 (prot. n. 1245), del Direttore UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza P.O. Nola e P.O. Castellammare in data 22/01/2018, e in data 27/02/2018, 21/05/2018), dal Responsabile della Direzione UOC Sistema Emergenza 118 nelle data 28/02/2018, del 21/05/2018e del 01/06/2018) agli atti della proponente UOC;

Ritenuto

- Che l'adozione di comportamenti uniformati e standardizzati sia la strategia più efficace per garantire la sicurezza del personale sanitario e dei pazienti;
- Necessario implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute n. 11/2010 ad oggetto: *“Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)”*;

Propone al Direttore Generale

- Di prendere atto, approvare ed adottare la *“Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente– Raccomandazione Ministeriale n.11/2010”* che, allegata alla presente, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- Di stabilire la decorrenza dell'operatività del presente provvedimento con la data di adozione dello stesso;
- Di dare mandato al Responsabile della Direzione UOC Risk Management di notificarne i contenuti a tutte le strutture interessate;
- Di dare mandato ai Direttori delle Macrostrutture Aziendali (Direzioni Mediche di Presidi Ospedalieri, Direttori UU.OO.CC., Dipartimento Salute Mentale, Responsabile della Direzione UOC Sistema Emergenza 118) di provvedere alla piena diffusione, implementazione, applicazione, contestualizzazione della procedura, e alla verifica annuale attraverso l'uso degli indicatori previsti;
- Di prendere atto che l'adozione del presente documento non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;

Il Responsabile della Direzione UOC Risk Management

Dott.ssa Edvige Cascone

II DIRETTORE GENERALE

In forza della D.G.R.C. n. 375 del 13/07/2016 e del D.P.G.R.C. n.165 del 19/07/2016

Preso atto della dichiarazione resa dal Dirigente proponente con la sottoscrizione, in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy;

Sentito il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

Il Direttore Sanitario Aziendale

Dott. Luigi Caterino

Il Direttore Amministrativo Aziendale

Dott. Domenico Concilio

DELIBERA

- Di prendere atto, approvare ed adottare la “*Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente– Raccomandazione Ministeriale n.11/2010*” che, allegata alla presente, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- Di stabilire la decorrenza dell’operatività del presente provvedimento con la data di adozione dello stesso;
- Di dare mandato al Responsabile della Direzione UOC Risk Management di notificarne i contenuti a tutte le strutture interessate;
- Di dare mandato ai Direttori delle Macrostrutture Aziendali (Direzioni Mediche di Presidi Ospedalieri, Direttori UU.OO.CC., Dipartimento Salute Mentale, Responsabile della Direzione UOC Sistema Emergenza 118) di provvedere alla piena diffusione, implementazione, applicazione, contestualizzazione della procedura, e alla verifica annuale attraverso l’uso degli indicatori previsti;
- Di prendere atto che l’adozione del presente documento non comporta oneri aggiuntivi a carico dell’Azienda;

Il Dirigente proponente sarà responsabile, in via esclusiva, dell’esecuzione della presente deliberazione, che viene resa immediatamente esecutiva, data l’urgenza e curandone tutti i consequenziali adempimenti, nonché quelli di pubblicità e di trasparenza previsti dal D.L.gs 14 marzo 2013 n. 33 e s.m.i.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Antonietta Costantini

**PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL
TRASFERIMENTO INTRAOSPEDALIERO
ED EXTRAOSPEDALIERO DEL PAZIENTE**

(Raccomandazione Ministeriale n. 11/2010)

REDAZIONE	Dott. Francesco Paolo Ruocco, Dirigente Medico, UOC Risk Management Dott.ssa Veneranda Imbimbo, Dirigente Biologo, UOC Risk Management
VERIFICA	Dott.ssa Edvige Cascone, Responsabile della Direzione UOC Risk Management Dott. Salvatore Criscuolo, Responsabile Sistema Operativo 118 Dott. Felice Avella, Direttore UOC Medicina d'Urgenza P.O. Nola/P.O. Castellammare di Stabia
CONDIVISIONE	Gruppo di lavoro (cfr. pag. 2)
ADOZIONE	Dott. Luigi Caterino, Direttore Sanitario Aziendale Dott. Domenico Concilio, Direttore Amministrativo Aziendale Dott.ssa Antonietta Costantini, Direttore Generale

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 3 di 47</p>

Gruppo di Lavoro Trasferimento secondario del paziente (prot. DS/99449 del 29/08/2017)

Dott.ssa Edvige Cascone, Responsabile Direzione UOC Risk Management, Coordinatore
 Dott. Francesco Paolo Ruocco, Dirigente Medico, UOC Risk Management
 Dott.ssa Veneranda Imbimbo, Dirigente Biologo, UOC Risk Management
 Dott. Andrea De Stefano, Direttore Sanitario Presidiale P.O. Nola-Pollena
 Dott. Mauro Muto, Direttore Sanitario Presidiale PP.OO. Boscotrecase e Torre del Greco
 Dott. Salvatore Marziani, Direttore Sanitario Presidiale P.O. Castellammare-Gragnano
 Dott. Luigi Esposito, Direttore Sanitario Presidiale PP.OO. Sorrento e Vico Equense
 Dott. Salvatore Criscuolo, Responsabile Centrale Operativa 118 Napoli Est
 Dott. Felice Avella, Direttore UOC Medicina d'Urgenza P.O. Nola – P.O. Castellammare
 Dott. Elvira Giaquinto, Responsabile Direzione UOC Medicina PP.OO. Sorrento e Vico Equense
 Dott.ssa Italia Pisacreta, Responsabile Direzione UOC Medicina Torre del Greco
 Dott. Carmine Coppola, Responsabile Direzione UOC Medicina P.O. Gragnano
 Dott.ssa Matilde De Falco, Responsabile Direzione UOC Anestesia e Rianimazione PP.OO. Sorrento e Vico Equense
 Dott. Aniello De Nicola, Direttore UOC Anestesia e Rianimazione P.O. Castellammare
 Dott. Giuseppe Oriolo, Responsabile Direzione UOC Anestesia e Rianimazione PP.OO. Boscotrecase e Torre del Greco
 Dott. Umberto Vincenti, Direttore UOC Anestesia e Rianimazione PP.OO. Nola - Pollena
 Dott. Costantino Astarita, Direttore UOC Cardiologia e UTIC PP.OO. Castellammare - Sorrento
 Dott. Luigi Granato, Responsabile Direzione UOC P.O. Boscotrecase
 Dott. Luigi Caliendo, Direttore UOC Cardiologia-UTIC-Emodinamica P.O. Nola
 Dott.ssa Eutalia Esposito, Responsabile Direzione UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Castellammare
 Dott. Cosimo Ricco, Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Nola
 Dott. Francesco Manganaro, Responsabile Direzione UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Vico Equense
 Dott. Roberto Cinelli, Direttore UOC TIN P.O. Castellammare
 Dott. Luigi Tarallo, Direttore UOC Pediatria P.O. Castellammare
 Dott. Renato Vitiello, Direttore UOC Pediatria P.O. Boscotrecase
 Dott. Giuseppe Vergara, Direttore UOC Pediatria P.O. Nola
 Dott. Andrea Manzi, Responsabile P.S. P.O. Nola
 Dott.ssa Teresa Montisano, Referente P.S. P.O. Torre del Greco
 Dott. Vincenzo Boccia, Referente P.S. P.O. Boscotrecase
 Dott. Giuseppe Aiello, Referente P.S. P.O. Castellammare
 Dott. Carmine Criscuolo, Referente P.S. PP.OO. Sorrento-Vico Equense
 Dott. Pietro Di Cicco, Referente aziendale P.S. P.O. Castellammare

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 4 di 47</p>

INDICE

Premessa	4
Scopo/Obiettivi	6
Destinatari/Campo di applicazioni	6
Diffusione/Lista di distribuzione	7
Terminologia/Abbreviazioni	7
Matrice delle responsabilità	9
Descrizione delle attività	9
Riferimenti/Note bibliografiche	35
Segnalazione eventi avversi	36
Revisione/Aggiornamento	36
Archiviazione	36
Indicatori di monitoraggio	37
Appendice	38
Allegato A	43
Dotazione tecnica ambulanza rianimativa	44

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 5 di 47</p>

PREMESSA

Il trasferimento dei pazienti, sia intraospedaliero sia extraospedaliero, rappresenta un momento critico nell'assistenza al paziente attesa la necessità di garantire tempestività e sicurezza degli interventi.

Le evidenze scientifiche indicano che per ridurre il rischio di evento avverso durante il trasporto sono necessarie un'adeguata organizzazione dello stesso (valutazione del paziente, presa in carico da parte di personale qualificato, disponibilità di attrezzature, presidi e mezzo di trasporto idonei) ed una comunicazione tempestiva ed efficace tra gli operatori, che permetta, qualora necessario, l'affidamento del paziente da un professionista ad un altro.

La redazione di questa procedura, su mandato della Direzione Strategica, nasce dall'esigenza dei professionisti operanti nei Pronto Soccorso e nelle UU.OO.CC. degli ospedali della ASL Napoli 3 sud di operare secondo modalità condivise, al fine di garantire al paziente una corretta assistenza durante la fase del trasporto, facilitando la comunicazione tra i diversi operatori, e permettendo una corretta acquisizione della documentazione relativa, onde garantire la continuità e l'efficacia delle cure.

Il processo di trasferimento, per le caratteristiche intrinseche di complessità, richiede una gestione articolata e competenze specifiche.

Il trasporto può rendersi necessario in un momento di potenziale instabilità delle condizioni cliniche del paziente che potrà pertanto essere esposto a rischi ulteriori oltre a quelli legati alla patologia di base; è pertanto essenziale un'accurata valutazione del rapporto rischio - beneficio cui verrà sottoposto il paziente.

La conoscenza e la valutazione dei fattori di rischio collegati alle diverse tipologie di trasporto sanitario consentono di attuare una gestione efficace e sicura dei pazienti che devono essere trasferiti. I rischi possono essere ridotti con un'accurata organizzazione del trasferimento, con un'attenta preparazione clinica del paziente, con l'accompagnamento di personale sanitario qualificato e con un adeguato equipaggiamento tecnico.

La presente procedura fornisce indicazioni per il trasporto del paziente in condizioni urgenza e del paziente in condizione ordinaria programmabile, in linea con quanto auspicato dalla Raccomandazione agli operatori del Ministero della Salute n. 11 del gennaio 2010 (*"Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intra-ospedaliero, extra-ospedaliero)"*) e secondo la normativa regionale in materia, e delle dettagliate regolamentazioni dei trasporti secondari urgenti inter-ospedalieri esistenti.

CLASSIFICAZIONE DEL TRASPORTO SANITARIO¹

Vengono classificati due tipi di trasporti sanitari:

A. Il *trasporto sanitario in condizione di urgenza* viene essenzialmente eseguito dal luogo dell'improvvisa insorgenza di una patologia o di un infortunio verso le strutture sanitarie di riferimento e spesso presenta la classica tipologia del trasporto sanitario primario. Tale tipologia

¹ (Fonte Ministero della Salute)

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 6 di 47</p>

di trasporto prevede, in alcuni casi, l'utilizzo di mezzi di trasporto aereo o di altri mezzi di intervento sanitario rapido alternativi alle autoambulanze, quali l'elicottero e le idroambulanze. Il trasporto d'urgenza viene altresì classificato in due importanti categorie: il trasporto sanitario primario ed il trasporto sanitario secondario.

- Il **trasporto sanitario primario o trasporto preospedaliero** è volto al trasferimento di un paziente dal luogo di insorgenza della patologia acuta e dell'infortunio alla struttura sanitaria.
- Il **trasporto sanitario secondario o interospedaliero** è il trasporto di pazienti in continuità di soccorso da una struttura di livello assistenziale inferiore ad una superiore, ad esempio, il trasferimento verso strutture per l'esecuzione di prestazioni diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità, come nel caso di trasferimento da una struttura *spoke* ad un *hub* della rete assistenziale.

B. Il **trasporto sanitario in condizione ordinaria programmabile** di pazienti autonomi o che necessitano di assistenza, si articola prevalentemente nelle seguenti tipologie:

- trasporto sanitario per diagnostica;
- trasporto sanitario per prestazioni non presenti nella struttura e/o ricovero in area a maggiore complessità assistenziale;
- trasporto per ricovero in area a minore complessità assistenziale;
- accesso per ricovero con ambulanza.

Un'ulteriore tipologia di **trasporto, in urgenza o programmato**, è rappresentata da quello **intraospedaliero**, di fatto estremamente frequente negli ospedali e che, seppur effettuato all'interno della struttura ospedaliera e pertanto in ambiente protetto, non si presenta privo di rischi poiché spesso coinvolge il trasporto di pazienti instabili dalle aree di emergenza verso le Unità Operative di ricovero e verso i servizi di diagnostica.

Anche il **trasporto neonatale** ed il **trasporto assistito materno o trasporto in utero** devono rispondere a requisiti di sicurezza ed efficacia.

Il servizio di trasporto per l'emergenza neonatale e il trasporto assistito materno devono essere realizzati sulla base di un collegamento tra strutture territoriali e strutture di ricovero, tra strutture ospedaliere collegate tra loro, auspicabilmente attraverso il coordinamento della Centrale Operativa di emergenza-urgenza 118. Come per le altre tipologie di trasporto deve essere garantita la presenza di operatori sanitari specializzati e di provata esperienza di Terapia Intensiva Neonatale.

Tutte le tipologie di trasporto sono gravate da una serie di elementi che rappresentano potenziali **fattori di rischio** ed in particolare:

- l'architettura della struttura sanitaria: la tipologia a padiglione, ad esempio, presente in numerose realtà ospedaliere, comporta un allungamento dei percorsi, incidendo sul timing del trasporto stesso;
- la presenza di personale sanitario non qualificato e/o non idoneo alla tipologia di trasporto;
- la scarsa o inadeguata comunicazione dal momento della presa in carico del paziente (dalla

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 7 di 47</p>

struttura sanitaria o mezzo di soccorso) e struttura di destinazione;

- incompleta o mancante documentazione sanitaria che deve accompagnare il paziente in tutti i suoi trasferimenti;
- la disponibilità di idonei mezzi di trasporto: mancanza o carenza di ambulanze dotate di strumentazione ed apparecchiature di rianimazione per il trasporto dei pazienti critici;
- mancata stabilizzazione, prima del trasporto, dei parametri vitali del paziente, in particolare per i pazienti critici;
- il verificarsi di una eventuale avaria meccanica del mezzo;
- il mancato coordinamento con il Sistema di emergenza territoriale 118, quale regolatore e garante dei trasporti secondari critici;
- il tempo di trasporto: il rischio di sviluppare complicazioni, in particolare nel trasporto verso aree di terapia intensiva, è direttamente proporzionale al tempo impiegato.

La conoscenza dei fattori di rischio, collegati alle diverse tipologie di trasporto sanitario, consente una migliore valutazione degli interventi da effettuare e di conseguenza la riduzione dei rischi collegati al trasporto dei pazienti sia in ambito ospedaliero che extra-ospedaliero.

SCOPO/OBIETTIVI

La seguente procedura aziendale serve a garantire al paziente, che deve necessariamente essere trasferito da un presidio ospedaliero ad altro, il mantenimento degli standard di cura e assistenza erogati per tutto il tragitto che deve compiere, sia all'interno dell'ospedale che a bordo dell'ambulanza, eliambulanza, fino alla destinazione finale.

Si propone, inoltre, di regolamentare i trasferimenti dei pazienti dal pronto soccorso verso le aree di degenza, aree di consulenze e di accertamenti di diagnostica strumentale.

In relazione alle specifiche tipologie di trasporto, vengono definiti le figure professionali responsabili, i rispettivi ruoli, le modalità operative e di comunicazione, gli strumenti e le tecnologie necessarie, anche al fine di prevenire la morte o il grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto sanitario.

Obiettivi specifici

- Assicurare il trasporto intra ed extraospedaliero del paziente in sicurezza, con assistenza continua ed adeguata;
- Identificare le risorse infermieristiche e mediche deputate al trasporto, adeguate all'intensità di assistenza richiesta;
- Attivare un sistema di trasporti tempestivi;
- Ottimizzare il trasferimento secondario dei pazienti ricoverati nei Reparti di degenza o da Pronto Soccorso;
- Prevenire la morte o il grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto sanitario di pazienti in ambito ospedaliero;

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 8 di 47</p>

- Favorire le corrette modalità di comunicazione e di applicazione delle procedure fra i vari operatori coinvolti nel trasporto del paziente.

DESTINATARI/CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica in tutte le UU.OO. dell'azienda nel momento in cui si renda necessario il trasferimento/trasporto di un paziente per eseguire ricovero, diagnostica, consulenza o terapia, all'esterno e all'interno dell'ospedale.

COSA	Trasporto pazienti intra ed extra ospedaliero
A CHI	La Procedura è rivolta a tutti gli operatori sanitari dell'ASL Napoli 3 sud coinvolti nel trasporto sanitario di pazienti in ambito ospedaliero ed extra-ospedaliero
DOVE	La Procedura si applica a tutte le Strutture Sanitarie Aziendali, sia in ambito ospedaliero che in ambito extra-ospedaliero
PER CHI	La Procedura riguarda tutti i pazienti presi in carico presso l'ASL Napoli 3 sud che hanno o avranno necessita di trasporto verso altre Strutture Sanitarie. Particolare attenzione andrà rivolta ai pazienti che presentano patologie critiche o pazienti inviati a strutture sanitarie a più elevata complessità.

*La presente procedura sarà integrata da specifica procedura per il trasporto perinatale.

DIFFUSIONE/LISTA DI DISTRIBUZIONE

La diffusione della procedura avviene con trasmissione attraverso la posta elettronica aziendale a tutte le Strutture Aziendali coinvolte e attraverso la sua pubblicazione sul portale aziendale (<http://www.aslnapoli3sud.it>), reperibile anche nell'area documentale della UOC Risk Management.

I Direttori delle Macrostrutture ed i Responsabili delle UU.OO. coinvolte, **dopo aver proceduto alla opportuna contestualizzazione della procedura**, devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori coinvolti nel processo (compresi quelli convenzionati) attraverso riunioni finalizzate alla presa visione e alla discussione onde garantire la diffusione capillare.

La copia cartacea deve essere sempre disponibile e consultabile, presso ogni struttura, in un luogo accessibile a tutti gli operatori.

Lista di distribuzione:

Direzioni Sanitarie di Presidi Ospedalieri
Direzioni UU.OO.CC.
Dipartimento Salute Mentale
Sistema Emergenza 118

TERMINOLOGIA/ABBREVIAZIONI

Trasporto primario: trasferimento di un paziente dal luogo di insorgenza della patologia o dell'infortunio all'ospedale.

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 9 di 47</p>

Trasporto secondario: trasferimento da un ospedale ad un altro

Trasporto intraospedaliero: ne usufruisce il paziente che, anche in emergenza, necessita di spostamenti all'interno dell'ospedale stesso per raggiungere reparti di diagnostica o di terapia specialistica.

Trasporto interospedaliero: di un paziente al di fuori di un ospedale e verso un altro ospedale, compiuto sotto il diretto controllo sanitario.

Trasporto interospedaliero di emergenza cioè in continuità di soccorso: ne usufruisce il paziente che in condizioni critiche per la salvaguardia della vita, di un organo, o funzione, necessita di trasferimento urgente per necessità diagnostiche terapeutiche non disponibili nell'istituto che lo ha accolto. In questa tipologia di trasferimento è compreso quello per consulenza di paziente critico presso un istituto con strutture specialistiche.

Trasporto interospedaliero non di emergenza cioè non in continuità di soccorso:

ne usufruisce il paziente che, stabilizzato e ricoverato, necessita di trasferimento in ambiente specialistico per il completamento delle cure. A volte tale paziente non è stato ricoverato per mancanza di posto letto ed il trasferimento viene richiesto e poi effettuato verso l'ospedale che ne ha disponibilità.

Sistema di emergenza: definito nell'Accordo Stato Regioni del 1996 e nel "Nuovo Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", di cui all'Accordo Stato/Regioni del 5 agosto 2014 + Piani Operativi come da DCA n. U00247/2014.

Paziente critico: individuo con sintomi acuti di sufficiente severità (incluso il dolore) che in assenza di una immediata osservazione medica possano ragionevolmente evolvere in un serio pericolo: per la vita di un individuo (ivi compresa una donna in gravidanza o del prodotto del concepimento); per una funzione; per un organo o per una sua parte.

Paziente stabile: paziente a cui non possa succedere, con ragionevole probabilità da un punto di vista medico, alcun deterioramento delle condizioni di salute descritte nel paziente critico durante il trasferimento dell'individuo da un ospedale verso un altro.

Paziente instabile: soggetto che a causa della propria patologia presenta insufficienze d'organo che necessitano di terapie atte al mantenimento dei parametri vitali, che devono essere controllate con costante attenzione, e per il quale lo stato clinico può improvvisamente variare necessitando di nuovi interventi.

Paziente evolutivo: soggetto che, sulla base della letteratura esistente, presenta una patologia per la quale è prevedibile un deterioramento clinico tempo dipendente.

Trasporto interno: trasporto del paziente tra strutture ospedaliere dell'azienda (Sorrento, Vico Equense, Castellammare-Stabia, Boscoreale, Torre del Greco, Nola-Pollena)

Trasporto intraospedaliero: trasporto del paziente tra unità operative del presidio ospedaliero

GCS: Glasgow Coma Scale

ABZ: Ambulanza

CRM: Centro Mobile di Rianimazione

STEN: Servizio di Trasporto di Emergenza del Neonato

TIN: Trasporto Intensivo Neonatale

BLSD: Basic Life Support and Defibrillation

ALS: Advanced Life Support

PTC: Prehospital Trauma Care

RSTP: Risk Score for transport patients

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 10 di 47</p>

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	Direttori Macrostrutture e Responsabili UU.OO.	Medico che attiva il trasferimento	Medico che esegue il trasferimento	Infermiere	Autista di ambulanza	Medico ricevente Paziente
Contestualizzazione della procedura	R					
Valuta necessità di trasferimento		R				
Prende accordi con struttura ricevente		R				
Valuta classe di rischio		R				
Prepara documentazione		R		C		
Identifica il paziente e verifica corrispondenza con la documentazione sanitaria			R	C	C	
Accompagna il paziente			R	C	C	
Accetta il paziente						R

C: Coinvolto, R: Responsabile

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

Il trasporto comporta sempre un certo rischio per il paziente e quindi se non strettamente necessario va evitato; in ogni caso la decisione deve essere basata sulla valutazione dei benefici e dei rischi potenziali. Occorre considerare il rischio di complicazioni dovute al trasporto: instabilità cardiovascolare, emorragie accidentali, compromissione delle vie aeree, perdita o blocco di drenaggi e cateteri, sviluppo di pneumotorace, alterazioni del metabolismo, ipoglicemia, iperglicemia, ipossia sistemica, cambiamenti del pH del sangue, variazioni della pressione arteriosa.

Essendo tali evenienze tutte di difficile risoluzione durante il viaggio, l'equipaggiamento ed il livello di abilità tecnica del personale impiegato devono essere proporzionati e adeguati alle necessità del paziente; la stabilizzazione del paziente deve essere perseguita nell'ospedale di primo ricovero prima del trasporto, compreso un eventuale intervento chirurgico per controllare un'emorragia, per stabilizzare una frattura, per drenare uno pneumotorace, etc.

1. INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI AL TRASFERIMENTO

Le principali indicazioni sono:

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 11 di 47</p>

- Trasferimento in ospedali competenti per specialità (Neurochirurgia, Cardiochirurgia, etc.);
- Necessità di eseguire ricerche diagnostiche o terapie particolari non eseguibili nell'ospedale di ricovero (TAC, RMN, Angiografie, ecc.);
- Mancanza di posti letto;
- Dimissione e trasferimento a strutture con livelli di cura meno intensivi come Lungodegenza, Riabilitazione;
- Mancanza di posto letto in Unità Terapia Intensiva Coronarica, Terapia Intensiva, Terapia Intensiva Neonatale;
- Assenza di reparto di Unità Terapia Intensiva Coronarica, Terapia Intensiva, Terapia Intensiva Neonatale, Punto Nascita;
- Intervento Specialistico urgente;
- Logistica: intendendosi la necessità di liberare un posto letto per acuti in Unità Terapia Intensiva Coronarica, Terapia Intensiva, Terapia Intensiva Neonatale, avendo in Pronto Soccorso un ulteriore paziente critico per il quale non si possa attuare il trasferimento;
- Trasporto in utero;

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

L'esigenza di attivare un trasferimento interospedaliero è fondamentalmente legata alle condizioni fisiche del paziente ed alla possibilità della struttura in cui è ricoverato di fornirgli le cure adeguate. Le lesioni che possono essere stabilizzate nell'ospedale di primo ricovero devono essere trattate prima del trasporto. Questo trattamento può anche richiedere un intervento chirurgico per controllare un'emorragia e per garantire ad un paziente una condizione migliore durante il trasferimento.

Il trasferimento secondario del paziente può essere:

1. in **continuità di soccorso** verso strutture per l'esecuzione di prestazioni diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità, ad es. verso strutture *hub* della rete assistenziale; si annoverano in questa tipologia il trasporto neonatale e il trasporto assistito o in utero e la rete per le patologie tempo-dipendenti (IMA, Stroke, Trauma).
2. in **condizione ordinaria programmabile**
 - a. per diagnostica
 - b. per prestazioni non presenti nella struttura e/o ricovero in area a maggiore complessità assistenziale
 - c. trasporto per ricovero in area a minore complessità assistenziale
 - d. trasporto sanitario per riabilitazione, trasporto sanitario per dialisi

Tipologie dei Trasporti:

- A. **Trasporti di Emergenza: da effettuarsi nel minor tempo possibile**

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 12 di 47</p>

Il trasporto secondario di emergenza riguarda pazienti acuti in immediato pericolo di vita o con quadri patologici la cui prognosi è legata al tempo di instaurazione di una terapia specifica non eseguibile nella Struttura richiedente (tempo massimo indicativo per l'attivazione 30').

B. Trasporti di Urgenza: da effettuarsi con tempistiche oltre i 30'

Il trasporto secondario di urgenza riguarda pazienti che pur necessitando di trattamento specifico presso altra Struttura, non presentano una patologia tempo dipendente o un quadro clinico rapidamente evolutivo (tempo massimo indicativo per l'attivazione oltre i 30': il minore in relazione alle risorse disponibili).

C. Trasporti differibili: da effettuarsi con tempistiche programmabili

Per trasporto secondario differibile si intende il trasferimento di pazienti che, anche indipendentemente dalla gravità del quadro clinico, - non necessitano di trattamento specifico a breve termine. Tale trasporto rivestendo caratteristiche di programmabilità verrà espletato dall'azienda con i propri criteri organizzativi.

2. VALUTAZIONE DELLA CLASSE DI RISCHIO

Nell'esecuzione di trasporti secondari è importante una precisa valutazione sulla necessità del trasporto, sul momento più opportuno per la sua esecuzione, sul mezzo di trasporto più idoneo, sul personale necessario per l'assistenza.

Il fine deve essere quello di mantenere un'assistenza adeguata durante tutto il periodo del trasporto, dalla presa in carico del paziente fino all'arrivo al centro di destinazione. Durante il tragitto chi accompagna il paziente deve anticipare la terapia necessaria alla cura della specifica patologia, prevenire le possibili complicanze, affrontare con efficienza eventi patologici impreveduti.

In relazione alle condizioni del paziente e alla finalità del trasferimento, è necessario prioritariamente inquadrare il paziente all'interno delle **Classi di rischio di Eherenwerth** che individuano le necessità assistenziali durante il trasporto ed il personale responsabile del paziente durante il trasferimento.

Si ritiene utile, tra le diverse classificazioni presenti in letteratura, adottare la classificazione di Eherenwerth, applicando una revisione consona alla attuale organizzazione della Azienda e del Sistema di Emergenza Territoriale, integrata dal RSTP (scala dei punteggi per il trasporto del paziente adulto).

Tabella A– Classificazione di Eherenwerth

<p>CLASSI DI RISCHIO PER IL TRASPORTO DEI PAZIENTI CRITICI</p>	
<p>CLASSE I (deambulante) - Classe II (non deambulante)</p>	
<p>Il paziente</p> <p>a) Non richiede, o raramente richiede, il monitoraggio dei parametri vitali;</p> <p>b) Può non aver bisogno di una linea venosa;</p> <p>c) Non dipende dalla somministrazione di ossigeno per mantenere la propria stabilità;</p> <p>d) Non deve essere trasferito in terapia intensiva;</p>	<p>A bordo dell'ambulanza non è necessaria la presenza del Medico, è necessaria la presenza di un infermiere professionale del reparto di degenza.</p> <p>Formazione richiesta BLSD.</p>

CLASSE III

Il paziente richiede frequente controllo dei parametri vitali e soddisfa tutti i criteri basati sulla valutazione secondo lo schema ABCDE

A (vie aeree)

- Non presenta rischio di ostruzione delle vie aeree (punto 7 della RSTP =0)

B (respirazione)

- Può presentare lieve o modesto distress respiratorio oppure
- Può presentare una frequenza respiratoria < 36 atti/min e >di 8 atti min
- Richiede la somministrazione continua di O2 per ottenere una SpO2 almeno >92% (in assenza di patologie croniche) .(punti 6 + 8 della RSTP non superiori allo score 2; con punto 8 < 2)

C (circolo)

- Ha bisogno* di una linea venosa per mantenersi stabile con segni clinici che identifichino non oltre la classe 2 dello shock ipovolemico 34
- Non ha bisogno di monitoraggio invasivo

(punti 1+2+3+4+10 della RSTP non superiori a score 3, punto 5 della RSTP=0)

D (disabilità)

- Può presentare compromissione dello stato di coscienza (GCS >8) (punto 9 della RSTP al massimo 1)
- Presenta una lesione anatomicamente stabile, o instabile, del midollo spinale al di sotto di T9

E (evidenza)

- Non presenta evidenza di emorragie non controllate

Per i pazienti di questa classe, in cui non sono state individuate patologie potenzialmente evolutive, il medico che ha in carico il paziente, sulla base delle condizioni cliniche e del rischio di evolutività neurologica, cardiocircolatoria, respiratoria, può comunque avvalersi della consulenza dell'anestesista-rianimatore per l'inquadramento del paziente.

I pazienti appartenenti alla classe III che hanno già effettuato un percorso diagnostico che abbia individuato patologie potenzialmente evolutive vanno codificati come classi IIIe (evolutive).

Le patologie più comuni per le quali esistono evidenze scientifiche di evolutività sono descritte nell'Allegato A, cui si rimanda per le considerazioni cliniche da parte del consulente anestesista rianimatore, soprattutto per le decisioni relative all'equipaggio di accompagnamento in relazione alle competenze presenti nei singoli ospedali.

Equipaggio

Minimo medico o infermiere del reparto di degenza del paziente (a giudizio del medico)

Ideale Team composto da un medico e un infermiere del reparto di degenza del paziente

Competenze richieste

Minimo: BLS/D

Ideale: ALS almeno per uno dei componenti del team

Classe III e (evolutive)

Equipaggio

Team composto da un medico e un infermiere anche non del reparto di degenza del paziente

Competenze richieste

Minimo:

ALS con capacità di gestione delle vie aeree avanzate da parte di almeno uno dei due componenti del team

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 14 di 47</p>

<p>CLASSE IV (RSTP>7)</p>	
<p>Il paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Richiede intubazione tracheale e/o • Richiede supporto ventilatorio e/o • Ha bisogno* di due linee venose o CVC per mantenere stabili i parametri cardiocircolatori e/o • Può presentare distress respiratorio grave e/o • Può essere presente una compromissione dello stato di coscienza, con GCS < o = 8 e/o • Può richiedere la somministrazioni di farmaci salvavita@ • È trasferito in Rianimazione/Terapia Intensiva generale fatti salvi i casi di trasferimenti tra T.I. di pazienti stabilizzati che non necessitino di trattamenti di supporto vitale o infusione continua di farmaci salvavita • Presenta una lesione anatomicamente instabile del midollo spinale al di sopra di T9. 	<p>Equipaggio Team composto da un medico e un infermiere di norma** del Servizio di Anestesia e Rianimazione, in situazioni in cui il fattore tempo potrebbe controindicare l’attesa di personale reperibile è accettabile l’utilizzo del Team previsto per la classe IIIe se disponibile immediatamente.</p> <p>Competenze richieste Esperienza in area critica. ALS con capacità di gestione delle vie aeree avanzate da parte di almeno uno dei due componenti del team</p>
<p>CLASSE V (alto rischio di mortalità durante il trasporto)</p>	
<p>Il paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non può essere completamente stabilizzato • Richiede monitoraggio e supporto vitale invasivo • Richiede terapia salvavita@ durante il trasporto. 	<p>Equipaggio Team composto da un medico e un infermiere di norma del Servizio di Anestesia e Rianimazione, a causa della possibile non completa stabilizzazione del paziente può essere richiesta la presenza di uno specialista della branca interessata alla patologia di base del paziente (es. pediatra, ostetrico, cardiologo, chirurgo vascolare etc.)</p> <p>Competenze richieste Esperienza in area critica ALS con capacità di gestione delle vie aeree avanzate da parte di almeno uno dei due componenti del team. Esperienza nella branca di competenza per lo specialista aggiuntivo.</p>

Fonte: Documento approvato dal Consiglio Direttivo S.I.A.A.R.T.I. – Napoli 24 ottobre 2012

*La definizione “*Ha bisogno di una o più vie venose o di CVC*” identifica la necessità di infusione attraverso tali accessi venosi di liquidi e.v. e/o di farmaci in quantità tale da consentire la stabilizzazione dei parametri cardiocircolatori altrimenti non raggiungibile, e non la semplice incannulazione di uno o più vasi venosi periferici o centrali per evitare la manovra durante il trasporto.

Tale pratica è da considerarsi comunque necessaria come “*gold standard*” in tutti i pazienti con classe > = 2.

@ Il termine “salvavita” si riferisce alla somministrazione continua di farmaci o di trattamenti sostitutivi artificiali o di supporto senza la quale si realizza lo scompenso emodinamico o respiratorio del paziente

**La scelta dell’Infermiere del TEAM che accompagna il paziente, in questa classe, a seguito di contestualizzazione

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 15 di 47</p>

locale, deve essere effettuata da Ciascuna Direzione Sanitaria.

Per i pazienti pediatrici valgono gli stessi criteri degli adulti.

Per il neonato a termine o immaturo: il trasporto sarà sempre garantito dallo STEN.

Tutti i pazienti traumatizzati, devono essere posizionati sempre sulla barella spinale finché non vengono escluse eventuali lesioni midollari.

 Regione Campania aslnapoli3sud Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone		
Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente	Giugno 2018	Rev. 0	Pagina 16 di 47

RISK SCORE FOR TRANSPORT PATIENTS – R.S.T.P.

Il punteggio RSTP ≥ 7 identifica il paziente critico ed è in grado di predire quali pazienti possano essere suscettibili di complicanze durante il trasporto

Condizioni	Score
1. Emodinamica - Stabile - Moderatamente stabile (volume <15 ml/min) - Instabile (volume >15 ml/min o inotropi/sangue)	0 1 2
2. Aritmie - No - Sì, non grave (e IMA >48 h) - Grave (e IMA prime 48 h)	0 1 2
3. Monitoraggio ECG - No - Sì (desiderabile) - Sì (essenziale)	0 1 2
4. Linea venosa - No - Sì - Catetere in arteria polmonare	0 1 2
5. Pace-maker temporaneo - No - Sì (esterno) IMA prime 48 h - Sì (endocavitario)	0 1 2
6. Respirazione - FR 10-14/min - FR 15-35/min - FR <10 o >36 o dispnea	0 1 2
7. Vie aeree - No - Cannula Guedel - Intubazione/tracheostomia	0 1 2
8. Terapia respiratoria - No - Sì (O2 terapia) - Sì (ventilazione assistita)	0 1 2
9. Valutazione Neuro - GCS=15 - GCS=8-14 - GCS= <8 e/o disf. neurologic	0 1 2
10. Supporto tecno- farmacologico - Nessuno - Gruppo I * - Gruppo II	0 1 2

***Appendice Tab 2: Farmaci/presidi per gruppi di rischio:**

Gruppo I:

- Inotropi
- Vasodilatatori
- Antiaritmici
- Bicarbonato
- Analgesici
- Antiepilettici
- Steroidi
- Mannitolo 20%
- Trombolitici
- Naloxone
- Drenaggio toracico
- Aspirazione

Gruppo II:

- Inotropi+vasodilatatori
- Anestetici generali
- Miorilassanti utero

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 17 di 47</p>

3. ORGANIZZAZIONE DEL TRASFERIMENTO SECONDARIO

- La richiesta del **trasferimento programmato** è formulata dall'U.O. richiedente, previa ricerca del posto letto, alla Direzione Sanitaria di Presidio che curerà la **gestione organizzativa** del trasporto e garantirà il trasferimento.
- **L'accompagnamento programmato** è predisposto dalla U.O. di competenza con proprie risorse mediche e infermieristiche;
- Il medico, che ha in carico il paziente da trasferire, definisce la **classe di appartenenza** dello stesso (Classificazione di Eherenwerth);

Hanno sempre priorità i trasferimenti di pazienti di area critica

- Qualora il medico che dovrà accompagnare il paziente nel trasferimento non coincida con quello che ha in carico il paziente, l'assistenza durante il trasporto verrà garantita dal medico del servizio che prende in carico il paziente, tranne i casi previsti dalla classificazione di Eherenwerth in cui è competente il medico rianimatore;
- La scelta delle figure professionali mediche che devono accompagnare il paziente dipende dalla valutazione della classe di rischio (classificazione di Eherenwerth).

PERSONALE NECESSARIO PER IL TRASFERIMENTO

- per i pazienti di classi I e II di Eherenwerth il trasporto in ambulanza richiede, oltre l'autista, la presenza di un infermiere dell'U.O. interessata;
- per i pazienti di classe III il trasporto in ambulanza richiede la presenza del medico dell'U.O. di appartenenza, di un infermiere professionale, oltre l'autista;
- per i pazienti di classe IV e V il trasporto sarà effettuato con l'ambulanza di rianimazione; l'équipe di trasporto sarà composta da: un Anestesista Rianimatore, un infermiere di norma del servizio di Anestesia e Rianimazione, oltre l'autista.

Per i pazienti di Pronto Soccorso si terrà conto dell'organizzazione locale di ciascun Presidio Ospedaliero in linea generale:

- Se in turno di servizio sono presenti almeno due medici di P. S. il trasporto viene eseguito da uno dei due medici presenti, con l'infermiere professionale, oltre l'autista;
- Se in turno di servizio è presente un solo medico di P.S. ed è prevista la pronta disponibilità, il trasporto sarà effettuato preferibilmente dal medico reperibile, se le condizioni cliniche lo consentano;

- Negli orari in cui non è prevista per la pronta disponibilità ed è presente un solo Medico in servizio in P.S., la Direzione Sanitaria Presidiale provvedere ad emanare specifica procedura.

Nel **modulo predisposto** devono essere presenti i seguenti dati:

- urgente o programmato
- medico che dispone il trasferimento;
- generalità complete del paziente (Cognome, Nome, Età, c.c.);
- condizioni del paziente (deambulante, sedia, barellato);
- data, ora e destinazione del trasferimento;
- diagnosi
- classificazione di Eherenwerth;
- autorizzazione Direzione Sanitaria (per i trasferimenti programmati);

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</i></p>	<p><i>Giugno 2018</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pagina 18 di 47</i></p>

3.1 TRASPORTO DEL PAZIENTE INTEROSPEDALIERO IN CONDIZIONE ORDINARIA PROGRAMMABILE

In caso di trasporto extraospedaliero in condizioni ordinarie è opportuno che tale richiesta pervenga alla Direzione Medica di Presidio almeno 24 ore prima del trasporto programmato, al fine di ottimizzare l'utilizzo di automezzi in dotazione.

Nel caso di richiesta posto letto e/o esame diagnostico, è necessario:

1. Acquisire il consenso informato del paziente o del suo tutore o, in caso di minore, dell'esercente la patria potestà, riguardo sia l'effettuazione dell'esame o del trasferimento che le modalità del trasporto;
2. Compilare il modulo predisposto preferibilmente in stampatello, con timbro e firma leggibile del medico richiedente. Nel caso siano già intercorsi rapporti telefonici tra Medico Trasferente e Medico Accettante si avrà cura di segnalare sullo stesso foglio il nome ed il recapito del professionista della struttura accettante;
3. Inviare la richiesta, corredata da consenso informato, alla Direzione Medica di Presidio;
4. All'ora stabilita il personale dell'Ambulanza si presenta in Reparto e prende in carico il paziente, dopo averlo identificato secondo la procedura definita, verifica la corrispondenza con la documentazione di accompagnamento e provvede al trasferimento nella struttura di destinazione;
5. Al momento del trasporto il personale del Reparto annota sulla cartella clinica che accompagna il paziente: l'ora di uscita dal Reparto, la destinazione, la motivazione del trasporto. Analogamente verrà indicato l'orario al momento del rientro;
6. Il personale sanitario che effettua il trasporto assiste il paziente ed è responsabile dello stesso durante il trasporto.

a. TRASFERIMENTO INTEROSPEDALIERO DEL PAZIENTE CRITICO

Il trasporto inter-ospedaliero di un paziente critico viene di norma effettuato per:

- competenza di patologia (Neurochirurgia, Cardiochirurgia, ARDS, ecc.);
- trasferimento programmato;
- mancata disponibilità di posto letto in Area critica;

Per quanto riguarda il trasporto per mancanza di posto letto, deve essere considerato con attenzione il caso di pazienti che richiedono, nel post operatorio, il ricovero (non programmato od operati in urgenza) in terapia intensiva. L'opportunità di tale procedura, in considerazione anche del coinvolgimento della componente chirurgica e delle possibili relative complicanze (emorragia in itinere, necessità di reintervento, etc.) deve essere scrupolosamente valutata nell'ambito di un protocollo di gestione dei posti letto condiviso con le Direzioni Sanitarie.

Si definisce "**critico**" un paziente che per la presenza di insufficienza di uno o più organi o per la potenziale rapida evolutività di una patologia non può essere ricoverato in un reparto ordinario (Classe 4 e 5 secondo classificazione di Ehrenwerth).

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 19 di 47</p>

Rientra nella definizione di “**critico**” anche il paziente in classe 3 di Ehrenwerth che “**a giudizio clinico condiviso**” tra i curanti coinvolti è ritenuto *potenzialmente evolutivo* al momento del trasferimento.

Per i pazienti di IV e V classe chiedere consulenza rianimatoria per eventuale trasferimento in centro mobile di rianimazione o Eliambulanza e conseguente attivazione della Centrale Operativa 118 con apposita modulistica.

A livello regionale è definita la programmazione e l’organizzazione ospedaliera secondo il modello HUB & SPOKE delle “alte specialità ospedaliere”, dove i Centri HUB di alta specializzazione, in cui sono concentrate competenze e tecnologie avanzate, rappresentano il riferimento per gli ospedali del territorio (Centri SPOKE) per diagnosi o cure di particolare complessità o rarità.

3.3 TRASFERIMENTO PAZIENTI TRA I PP.OO. DELL’AZIENDA

In caso di necessità di trasferimento tra i vari presidi ospedalieri dell’azienda, il medico predisponente, prende accordi con il reparto di destinazione, verifica la disponibilità del posto letto, e ne predispone il trasferimento con la documentazione sanitaria/cartella clinica.

Il paziente viene registrato in Pronto Soccorso e viene allestita una nuova cartella di ricovero. (Presso il P.O. dove viene trasferito il paziente viene effettuata la registrazione ed aperta una nuova cartella clinica).

3.4 TRASFERIMENTI DA PRESIDIO OSPEDALIERO AL SUO STABILIMENTO

In caso di necessità di trasferimento tra il presidio ospedaliero ed il suo stabilimento (P.O. Castellammare e stabilimento di Gragnano; P.O. Nola e stabilimento Pollena) il medico predisponente, dopo la fase di acuzie e la stabilizzazione clinica (mediamente 3 giorni), prende accordi con il reparto di destinazione che, previa verifica della disponibilità di posto letto, accetta il trasferimento. Il paziente viene trasferito dal servizio ambulanza interno; sulla documentazione sanitaria/cartella clinica verrà riportato il giorno e l’ora del trasferimento sia del reparto di provenienza sia del reparto di destinazione.

3.5 TRASPORTO INTRAOSPEDALIERO DEL PAZIENTE DAL PRONTO SOCCORSO E/O UNITÀ DI DEGENZA VERSO ALTRE UNITÀ DI DEGENZA E/O SERVIZI DI CONSULENZA E/O DIAGNOSI STRUMENTALE

Il Dirigente Medico del P.S./Reparto che ha in carico il paziente effettua la valutazione delle condizioni cliniche, prendendo in considerazione le seguenti variabili:

- Grado di autosufficienza del paziente;
- Parametri vitali;

L’esito della valutazione determina la scelta dell’ausilio di trasporto idoneo (carrozzina, barella), la necessità di accompagnamento o assistenza continua al paziente e l’individuazione.

Il Coordinatore Infermieristico, in accordo con il medico, o il Medico, individua, in base alle condizioni del paziente, la figura più idonea all’accompagnamento (Operatore Socio Sanitario, infermiere, volontario autorizzato); stabilisce l’ausilio necessario al trasporto (carrozzina/lettino/barella); prende accordi telefonici con la Unità Operativa erogatrice riguardo

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 20 di 47</p>

all'orario di invio del paziente.

L'Operatore individuato trasporta il paziente fino alla Unità Operativa insieme alla documentazione sanitaria/cartella clinica e, a prestazione conclusa, riaccompagna il paziente presso l'Unità Operativa di provenienza.

Per ogni ausilio (carrozzina, barella) l'OSS deve verificare l'efficienza prima dell'utilizzo.

In particolare, andranno verificate:

- Per le carrozzine: l'efficienza delle ruote (sia posteriori che anteriori) e dei freni, la stabilità delle pedane ribaltabili, dello schienale e dei braccioli;
- Per i lettini/barelle: l'efficienza delle ruote e dei freni, la stabilità delle spondine, la manovrabilità e la funzionalità della regolazione in altezza.

Il controllo della manutenzione periodica, la pulizia e la sanificazione di questi ausili è responsabilità del Coordinatore Infermieristico.

Paziente autosufficiente e deambulante autonomamente

Il Medico dell'Unità Operativa che ha in carico il paziente prescrive le prestazioni diagnostico/terapeutiche; informa il paziente; e dispone che venga accompagnato presso le strutture erogatrici delle prestazioni richieste munito dell'idonea documentazione clinica.

Il Coordinatore Infermieristico, in accordo con il medico, individua, in base alle condizioni del paziente, la figura più idonea all'accompagnamento (ausiliario, Operatore Socio Sanitario, infermiere, volontariato); stabilisce l'ausilio necessario al trasporto (carrozzina/lettino/barella); prende accordi telefonici con la Unità Operativa erogatrice riguardo all'orario di invio del paziente, onde evitare inutili attese.

L'Operatore individuato trasporta il paziente fino alla Unità Operativa insieme alla documentazione clinica e a prestazione conclusa riaccompagna il paziente presso l'Unità Operativa di degenza insieme alla documentazione clinica.

Modalità di identificazione del paziente

Prima di inviare il paziente ad eseguire una procedura diagnostica fuori dal reparto, l'infermiere chiede al paziente di pronunciare nome, cognome e data di nascita, controllando che i dati anagrafici del paziente siano coerenti con quelli contenuti nella richiesta

In caso di paziente non collaborante o in coma, i dati anagrafici del paziente devono essere controllati dal braccialetto identificativo (in fase di acquisizione).

Criteri di trasferimento di pazienti ricoverati dalla rianimazione ad altre unità operative

In relazione alla necessità di garantire la fruibilità dei posti letto di Rianimazione e quindi di garantire la funzione di ricovero intensivo dell'ospedale, i pazienti ricoverati verranno trasferiti all'interno seguendo criteri prestabiliti (*trasferimento di paziente critico cronico stabilizzato: SLA in dimissione protetta da effettuarsi sempre per medico ed infermiere del reparto di appartenenza*)

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 21 di 47</p>

3.6 RUOLO DEL MEDICO CHE ATTIVA IL TRASFERIMENTO

Premesso che le condizioni cliniche del paziente devono essere, per quanto possibile, stabilizzate nell'ospedale che effettua il trasferimento stesso (utilizzando tutte le potenzialità presenti nel Presidio) unitamente ad un adeguato inquadramento diagnostico e terapeutico, l'obiettivo fondamentale di questo tipo di trasporto è quello di garantire una adeguata assistenza durante il trasporto, dalla presa in carico del paziente fino all'arrivo al centro di destinazione.

Il medico della struttura che richiede il trasferimento deve:

- Stabilire la necessità del trasferimento con valutazione dei rischi, dei benefici e del momento più opportuno per eseguirlo;
- Porre per iscritto la richiesta di trasferimento;
- Identificare l'ospedale di destinazione, il mezzo di trasporto idoneo, il personale di accompagnamento;
- Valutare le condizioni del paziente con l'eventuale ausilio di indagini strumentali e di laboratorio (senza ritardo per il trasferimento);
- Eseguire una stabilizzazione dei parametri emodinamici e ventilatori, se possibile in base alla patologia in atto, avvalendosi anche delle competenze specialistiche presenti, in particolare, se necessario, del rianimatore, tenendo ben presente che la stabilizzazione definitiva può probabilmente essere ottenuta solo all'ospedale di destinazione;
- Informare il paziente e/o i caregiver sulle ragioni e sulle alternative al trasferimento;
- Acquisire il consenso scritto, che risulti nella cartella clinica o nel verbale di Pronto Soccorso, qualora, per ragioni cliniche (stato di necessità), il consenso non possa essere espresso e formalizzato, devono essere comunque registrate le motivazioni del trasferimento e del mancato consenso;
- Contattare il medico dell'ospedale di destinazione per descrivere il caso clinico e/o la necessità per cui deve essere effettuato il trasferimento;
- Ottenere un parere sul trasferimento;
- Determinare l'appropriato mezzo di trasporto (Ambulanza, eliambulanza);
- Allertare la Direzione Medica di Presidio per le necessarie autorizzazioni;
- Avvertire il personale che dovrà effettuare il trasporto (medico, infermiere, autista, rianimatore o altro specialista);
- Posizionare, se necessario, il sondino naso-gastrico, il catetere urinario;
- Controllare le emorragie, anche con atti invasivi, rimpiazzando le perdite con gli integratori opportuni;
- Assicurare la corretta immobilizzazione su tavola spinale (se sospetto trauma);
- Attendere l'equipaggio sanitario che effettua l'assistenza durante il trasferimento per il passaggio delle consegne.

La documentazione clinica che deve sempre accompagnare il paziente deve essere preparata senza ritardare il trasferimento per questi adempimenti.

Copia della relazione sarà conservata, insieme con la rimanente documentazione clinica del paziente, allegandola al verbale di Pronto Soccorso o alla cartella clinica di cui costituisce parte integrante.

3.7 RUOLO DEL MEDICO CHE ACCETTA IL TRASFERIMENTO

Il Medico dell'unità operativa che accetta il trasferimento deve:

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 22 di 47</p>

- accertarsi della disponibilità del posto letto;
- avere la sicurezza che siano disponibili, ed al contempo allertare, le risorse più appropriate nel proprio ospedale, prima che il trasferimento abbia inizio.

Nell'ambito della preparazione del trasferimento interospedaliero è essenziale la comunicazione tra il medico che invia, il medico che trasporta e quello che riceve il paziente. Nella tabella di seguito sono riassunti i compiti del medico invitante e del medico accettante

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 23 di 47</p>

Medico Inviante	Medico Accettante
<p>- Comunicazione telefonica</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identificazione della l'UO ricevente <input type="checkbox"/> Identificazione del medico (nome e cognome) che accetta telefonicamente la richiesta e del medico che eventualmente potrà subentrare in guardia <input type="checkbox"/> Descrizione della condizione clinica e stima precisa dei tempi di inizio della fase di trasferimento <input type="checkbox"/> Comunicazione dei tempi stimati di trasporto; <input type="checkbox"/> Riconferma od eventuale rettifica dei tempi stimati di trasporto durante la fase di preparazione fino al momento dell'inizio del trasferimento <p>- Documentazione clinica su documenti</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Completamento della relazione clinica con indicate le criticità evolutive e comprensiva della documentazione delle indagini eseguite e ritenute significative dal medico inviante (esami ematici, radiografie, TAC, ECG, ecc.) che dovranno essere consegnati al Medico incaricato dell'ospedale ricevente <input type="checkbox"/> Se il paziente è cosciente ed in grado di intendere, ottenere il consenso scritto dopo adeguata informazione; in caso d'incapacità del paziente, si dovranno informare i familiari più diretti sulle ragioni del trasferimento e tale informazione andrà annotata nella cartella clinica; in caso di minore il consenso va ottenuto dai genitori o da chi esercita la potestà; <input type="checkbox"/> Consegna della documentazione al personale addetto al trasporto 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verifica preventiva della disponibilità dell'area ospedaliera che dovrà ricevere il paziente a prendere immediatamente in carico il paziente al momento dell'arrivo in modo da ridurre al minimo i tempi di permanenza del paziente all'esterno dell'area di cura; <input type="checkbox"/> Verifica preventiva della corretta informazione fornita al Personale medico e infermieristico della struttura accettante sul trasferimento e sulle condizioni cliniche <input type="checkbox"/> Presa in carico della documentazione clinica dell'ospedale inviante

3.8 RUOLO DEL MEDICO CHE EFFETTUA IL TRASFERIMENTO

Il Medico che accompagna il paziente durante il trasferimento deve:

- Concordare con il Medico che ha disposto il trasferimento i tempi del trasferimento;
- Disporre tutti gli atti necessari per eseguire il trasferimento in condizioni di sicurezza;
- Verificare le risorse, strumentali e farmacologiche, necessarie ad un trasporto sicuro; monitorare il paziente durante il trasporto;
- Registrare i dati clinici del paziente durante il trasporto;

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 24 di 47</p>

- Consegnare il paziente e la documentazione direttamente al Medico che ha accettato il trasferimento;
- Il Medico che effettua il trasferimento qualora dovesse giudicare che le condizioni del paziente non siano di sufficiente stabilità per avviare il trasferimento, interviene, in accordo con il Medico che ne ha disposto lo stesso, per portare il paziente alle condizioni idonee al trasporto;
- Il Medico incaricato del trasferimento qualora dovesse rilevare un aggravamento delle condizioni del paziente tali da controindicare il trasporto ne sospende gli effetti motivandolo per iscritto e riaffidando il paziente al medico disponente;
- Il Medico accompagnatore è responsabile del trattamento e dei farmaci somministrati durante il trasferimento;

<p>Personale sanitario addetto al Trasporto</p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Briefing <i>bedside</i> con il Medico inviante <input type="checkbox"/> Compilazione della scheda di trasporto; si ritiene indispensabile che la scheda sia in duplice copia (per chi invia e per chi riceve il paziente); con moduli prestampati in doppia copia ricalcante, da crocettare alle voci che interessano. <input type="checkbox"/> Verifica della stabilità clinica e delle condizioni di sicurezza prima procedere al trasferimento <input type="checkbox"/> Consegna della documentazione clinica al medico accettante

4.0 RUOLO DEL SISTEMA DI TRASPORTO C.O. 118 Napoli est

Il trasferimento di un paziente verso un diverso livello di cure, assimilabile ad un qualsiasi trattamento sanitario costituisce in sé attività sanitaria che richiede particolare impegno ed attenzione sia sul piano organizzativo che su quello assistenziale.

Attualmente i trasporti secondari interospedalieri sono a carico di ciascun Presidio Ospedaliero.

Con l'approvazione dei nuovi LEA, (DPCM 12 gennaio 2017) "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) il

1. Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce, in situazioni di emergenza urgenza in ambito territoriale extraospedaliero, interventi sanitari tempestivi e finalizzati alla stabilizzazione del paziente, assicurando il trasporto in condizioni di sicurezza al presidio ospedaliero più appropriato. Il coordinamento e la gestione dell'attività di emergenza territoriale sono effettuati dalle Centrali operative 118, nell'arco delle 24 ore.
2. In particolare, sono garantiti:
 - a) gli interventi sanitari mediante mezzi di soccorso di base e avanzato, terrestri e aerei, con personale sanitario adeguatamente formato;
 - b) i trasporti sanitari secondari assistiti e non assistiti;
 - c) le attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze, eventi a rischio nucleare,

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 25 di 47</p>

- biologico, chimico e radiologico (NBCR);*
- d) *le attività assistenziali in occasione di eventi e manifestazioni programmati, con le modalità fissate dalle regioni e province autonome.*
3. *L'attività di emergenza sanitaria territoriale è svolta in modo integrato con le attività di emergenza intraospedaliera assicurate nei PS/DEA e con le attività effettuate nell'ambito dell'Assistenza sanitaria di base e Continuità assistenziale”.*

CFR. DPCM 12/01/2017

In armonia con quanto atteso dal quadro normativo nazionale, in particolare rispetto a quanto richiamato dal nuovo Patto per la salute 2014-2016, e dal DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera” (GU Serie Generale n.127 del 04-06-2015), recepito con il Piano Ospedaliero Regionale (DCA n. 33/2016), è in atto un programma di riorganizzazione del Sistema Emergenza 118 che prevede la presa in carico da parte del Sistema 118 dei trasporti secondari urgenti attualmente gestite dai singoli presidi ospedalieri, nelle more di una riorganizzazione complessiva definita dal competente settore regionale che intende affidare al Sistema 118 una “mission orientata al coordinamento del Sistema dell’Emergenza Urgenza extraospedaliera”.

5.0 MODALITA' DEL TRASPORTO: MEZZI E PERSONALE COINVOLTO

La scelta del mezzo di soccorso da utilizzare e del personale che accompagna il paziente sono determinate in base ai protocolli ed alle normative regionali esistenti (DGRC n.1570 del 06 settembre 2004, DGRC N. 2343 agosto 2003, Bollettino Ufficiale Regione Campania n. 4 del 18 gennaio 1994).

5.1 MEZZO DI TRASPORTO

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

a. Ambulanza

E' il vettore più frequentemente usato.

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

Se il paziente da trasferire appartiene ad una classe IIIe, IV e V, deve essere attrezzato a Centro Mobile di Rianimazione (C.M.R.). L'Ambulanza Centro Mobile di Rianimazione (C.M.R.) deve rispondere ai requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente, sia in termini d'abitabilità, sia di sicurezza del comparto sanitario e di guida. A tali normative si rimanda per i dettagli.

N.B. Sarà cura e facoltà dell'equipaggio di trasporto integrare le dotazioni standard del mezzo di soccorso attivato per il trasporto interospedaliero messo a disposizione con tutte le dotazioni ed il monitoraggio ritenuti necessari per la pianificazione e l'esecuzione del trasporto in sicurezza, nell'ottica di continuità dell'assistenza.

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 26 di 47</p>

In tal senso si incoraggiano i Servizi di Anestesia e Rianimazione, in quanto maggiormente coinvolti nel trasferimento di pazienti ad elevata complessità, a proporre e condividere con la C.O. 118 di riferimento documenti che siano finalizzati alla creazione Centri mobili di rianimazione di Ambulanze di soccorso equivalenti le cui dotazioni di impianti gas medicali ed elettrici siano idonee e compatibili con le attrezzature utilizzate a bordo e di proprietà dei singoli Ospedali.

b. Elicottero

L'impiego dell'elicottero equipaggiato con un Medico Anestesista Rianimatore ed un Infermiere Professionale dotati di adeguate strumentazioni sanitarie, offre al paziente, compatibilmente con le potenzialità complessive del velivolo, indubitabili e importanti vantaggi in termini di velocità ed atraumaticità del trasporto, ma nel contempo presenta problematiche e caratteristiche tali da richiederne un utilizzo assolutamente oculato e mirato in ossequio ad una attenta valutazione del rapporto costo/beneficio e rischio/beneficio.

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

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

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

5.2 GESTIONE AMBULANZE

- In caso di trasporto secondario con paziente a carico di UO di Degenza o Dipartimento di Emergenza si utilizza:
 - Ambulanza dell'Azienda con personale dipendente (autista e Infermiere e/o Medico).
- Casi particolari di trasporto secondario con Ambulanza del Sistema 118:
 - Trasporti dei pazienti arruolati in Rete IMA, dagli spoke aziendali all'Hub di riferimento;
 - Trasporto dei pazienti arruolati in Rete STROKE, dagli spoke aziendali all'Hub;
 - Coordinamento trasporto perinatale per pazienti in gravidanza a rischio dalla 23⁺⁰ alla 33⁺⁶ settimana verso punto nascita dotato di TIN o altra struttura ospedaliera extra-aziendale a maggiore intensità di cura;

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</i></p>	<p><i>Giugno 2018</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pagina 27 di 47</i></p>

5.3 SCELTA DEL PERSONALE DA UTILIZZARE PER IL TRASPORTO

L'U.O. che richiede il trasferimento provvederà al trasporto con proprie risorse mediche e Infermieristiche.

Il personale necessario per il trasporto potrà essere presente o in pronta disponibilità.

Personale necessario per il trasferimento:

- per i pazienti di classi I e II di Eherenwerth il trasporto in ambulanza richiede, oltre l'autista, la presenza di un infermiere dell'U.O interessata;
- per i pazienti di classe III il trasporto in ambulanza richiede la presenza del medico dell'U.O. di appartenenza, di un Infermiere professionale, oltre l'autista;
- per i pazienti di classe IV e V il trasporto sarà effettuato con l'ambulanza di rianimazione; l'équipe di trasporto sarà composta da: un Anestesista Rianimatore, un infermiere di norma del servizio di Anestesia e Rianimazione, oltre l'autista.

Per i pazienti di Pronto Soccorso si terrà conto della organizzazione locale di ciascun Presidio Ospedaliero; il personale necessario per il trasporto potrà essere presente o reperibile in pronta disponibilità.

- Se in turno di servizio sono presenti tre medici di P.S. (turno 08:00-20:00) il trasporto viene eseguito da uno dei tre medici presenti;
- Se in turno di servizio sono presenti due medici di P.S. (turno 20:00 – 08:00) con un Medico in pronta disponibilità, il trasporto sarà effettuato preferibilmente dal medico reperibile;
- Se in servizio è presente un solo medico di P.S. con un Medico in pronta disponibilità, il trasporto sarà garantito secondo modelli stabiliti dalle Direzioni Mediche di Presidio;

PERSONALE (DGR n.2343 del 18 luglio 2003)

a) Ambulanza da trasporto (ex tipo B)

Il personale addetto all'ambulanza attrezzata per interventi di primo soccorso è composto di due unità costituite da:

- Autista soccorritore;
- infermiere professionale;

b) Ambulanza medicalizzata di soccorso avanzato

Il personale addetto all'autoambulanza di soccorso avanzato è composto di tre unità costituite da:

- autista soccorritore
- infermiere professionale;
- medico

c) Centri Mobili di Rianimazione

Per l'eliambulanza e i Centri mobili di rianimazione la dotazione è la seguente:

- autista soccorritore;
- infermiere professionale;
- medico specialista in Anestesia e Rianimazione.

d) Auto e moto medicalizzata

Il personale addetto all'auto o moto medicalizzata è composto da due unità:

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 28 di 47</p>

- infermiere professionale con compiti di conduzione del mezzo;
- medico del 118

5.4 COMPITI DELL'INFERMIERE

L'Infermiere che effettua il trasferimento, annota su apposita modulistica, che sarà consegnata all'autista, i farmaci ed i presidi sanitari utilizzati durante il trasferimento, adoperandosi al loro ripristino al rientro dopo il trasferimento; segnala eventuali disfunzioni delle apparecchiature medicali di bordo.

5.5 DOTAZIONE ATTREZZATURE TECNICHE E MATERIALE SANITARIO/FARMACI DEL MEZZO DI TRASPORTO

Il mezzo deve essere dotato di tutte le attrezzature tecniche e del materiale sanitario previsti dalla legge regionale n.2 del 11 gennaio 1994 e DGRC n 5922 del 16/12/2002.

Il mezzo di soccorso deve essere sempre pronto ad affrontare qualsiasi situazione si presenti nello svolgimento del servizio. E' bene che si effettui, ad ogni turno, il controllo di:

- Stato meccanico del mezzo;
- Stato della cellula sanitaria (mediante check list):
 - Verificare la presenza e la collocazione prevista di tutte le attrezzature e del materiale in dotazione
 - Reintegrare l'eventuale materiale mancante
 - Verificare l'integrità delle confezioni sterili
 - Verificare la funzionalità dei presidi;
 - Controllare il livello delle bombole di ossigeno;
 - Verificare la pulizia/disinfezione del vano guida e della cellula sanitaria e di tutto ciò che è al suo interno;
 - Verificare le eventuali scadenze (farmaci, flebo, materiale sterile, ecc...).
 - Provvedere al corretto approvvigionamento di farmaci e di materiale di consumo all'interno degli zaini e del vano sanitario del mezzo di soccorso;
 - Provvedere alla rimozione e smaltimento dei farmaci e del materiale di consumo scaduto e/o deteriorato;
 - Provvedere al corretto smaltimento/allontanamento dei rifiuti pericolosi;
 - Annotare la movimentazione dei farmaci
 - Segnalare eventuali inconvenienti di qualsivoglia natura, durante l'uso di farmaci e/o presidi;

Le attrezzature di assistenza in dotazione ai mezzi di soccorso consistono in:

a) **per le autoambulanze di soccorso avanzato:**

1. Apparato di climatizzazione;
2. Respiratore automatico;
3. Monitor multiparametrico/defibrillatore;

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 29 di 47</p>

4. Sistema di monitoraggio dei principali parametri vitali;
5. occorrente per immobilizzazione temporanea e medicazioni anche complesse e quanto altro necessari in termini di attrezzature sanitarie e di farmaci per consentire le attività di rianimazione cardio-respiratoria e metabolica;

b) per le autoambulanze di soccorso:

1. Apparato di climatizzazione;
2. Apparecchiature per radio e/o tele collegamenti;
3. Attrezzature di assistenza;
4. Attrezzatura medica di base;
5. Farmaci ed attrezzature per la instaurazione per il mantenimento di terapia parenterale.

<p align="center">ELENCO MATERIALI E ATTREZZATURE E AMBULANZA - CHECK- LIST</p>	
<p>Materiale di protezione e utility:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> guanti monouso varie misure; <input type="checkbox"/> mascherine di protezione; <input type="checkbox"/> occhiali o visiere di protezione; <input type="checkbox"/> camice di protezione monouso; <input type="checkbox"/> casco di protezione 	<p>Assistenza respiratoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bombole O2 portatili; <input type="checkbox"/> Maschere per ossigeno (adulti e pediatrici); <input type="checkbox"/> Pallone ambu; <input type="checkbox"/> Pallone va e vieni adulti; <input type="checkbox"/> Occhialini ossigeno; <input type="checkbox"/> Maschere ventilazione; <input type="checkbox"/> Cannule orofarongee; <input type="checkbox"/> Sondini aspirazione varie misura; <input type="checkbox"/> Tubo raccordo O2; <input type="checkbox"/> Maschere laringee;
<p>Materiale medicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Garze sterili; <input type="checkbox"/> Garze non sterili; <input type="checkbox"/> Ghiaccio in busta istantaneo; <input type="checkbox"/> Cerotto a nastro; <input type="checkbox"/> Bende orlate; <input type="checkbox"/> Acqua ossigenata; <input type="checkbox"/> Disinfettante iodato; <input type="checkbox"/> Rasoio per tricotomia monouso; 	<p>Assistenza cardiocircolatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Deflussori; <input type="checkbox"/> Rubinetto a 3 vie; <input type="checkbox"/> Tamponcini per disinfezione; <input type="checkbox"/> Sodio cloruro 500 ml; <input type="checkbox"/> Soluzione glucosata 250 ml; <input type="checkbox"/> Siringhe 5, 10, 20, 50 ml.; <input type="checkbox"/> Aghi-cannula varie misure; <input type="checkbox"/> Conf. elettrodi adesivi monouso adulti;
<p>Materiale per trasporto, immobilizzazione e soccorso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Collari cervicali (adulti e pediatrici varie misure); <input type="checkbox"/> Steccobende rigide radiotrasparenti lavabili; <input type="checkbox"/> Lenzuolini monouso per barella; <input type="checkbox"/> Coperte; <input type="checkbox"/> Telini termici (metalline); <input type="checkbox"/> Materassino a depressione + pompa; 	

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tavola spinale + cintura ragno + fermacapo; <input type="checkbox"/> Barella a cucchiaio + cinture di sicurezza 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conf. elettrodi adesivi monouso pediatrici; <input type="checkbox"/> Rasoio per tricotomia monouso; <input type="checkbox"/> Fonendoscopio; <input type="checkbox"/> Lacci emostatici da prelievo; <input type="checkbox"/> Ringer lattato 500 ml x 2.
	<p>Presidi generali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Guanti sterili e non sterili <input type="checkbox"/> Lacci emostatici; <input type="checkbox"/> Cateteri vescicali varie misure con sacche <input type="checkbox"/> Sondini naso-gastrici con sacche <input type="checkbox"/> Contenitori per aghi e per rifiuti speciali; <input type="checkbox"/> Kit di attrezzi da scasso; <input type="checkbox"/> Faro estraibile; <input type="checkbox"/> Forbici tagliabiti; <input type="checkbox"/> Apparecchio di misurazione della glicemia con relativi stick; <input type="checkbox"/> Zaino sanitario; <input type="checkbox"/> Materassino a depressione.
<p>APPARECCHIATURE ASPORTABILI</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor-defibrillatore; <input type="checkbox"/> Saturimetro; <input type="checkbox"/> Aspiratore portatile; <input type="checkbox"/> Ventilatore; <input type="checkbox"/> Bombola portatile di ossigeno; 	<p><input type="checkbox"/> ZAINO ASSISTENZA RESPIRATORIA</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> ZAINO ASSISTENZA CIRCOLATORIA</p>
<p>Relativamente alle ambulanze di soccorso avanzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Maschere laringee varie misure; <input type="checkbox"/> Tubi orotracheali varie misure; <input type="checkbox"/> Ventilatore polmonare <input type="checkbox"/> Monitor -Defibrillatore 	

DATA///

TURNO M. P. N

AUTISTA-----MEDICO.....INFERMIERE.....

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 31 di 47</p>

Nella tabella sottostante sono elencati alcuni presidi e materiali potenzialmente utili e non necessariamente presenti nell'ambulanza attrezzata perché non contemplati nelle tabelle del Decreto attuativo della Legge Regionale suddetta.

<p>Vie aeree (A)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cannule tracheostomiche (diverse misure) • Bougie • Gel lubrificante 	<p>Ventilazione (B)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventilatore portatile (indispensabile) <p>Circolazione (C)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cannule arteriose • Catetere venoso centrale • Set di trasduzione per monitoraggio arterioso invasivo • Pompe infusionali (indispensabile) • Monitor multiparametrico con possibilità di lettura pressione arteriosa invasiva ed ET CO2
--	--

In particolare si ritengono sempre indispensabili almeno **due pompe-siringa infusionali** dotate di batteria ed il **ventilatore portatile** in grado di operare in sicurezza e con efficienza anche in condizioni di ARDS.

N.B. Sarà cura e facoltà dell'equipaggio di trasporto integrare a seconda delle condizioni cliniche del paziente le dotazioni standard del mezzo di soccorso attivato per il trasporto con tutte le dotazioni ed il monitoraggio ritenuti necessari per la pianificazione e l'esecuzione del trasporto in sicurezza, nell'ottica di continuità dell'assistenza.

Ridurre al minimo le infusioni in continuo durante il trasporto, lasciando attive solo quelle indispensabili per il mantenimento della stabilità clinica. **I farmaci vasoattivi, la sedazione e l'eventuale infusione di eparina devono essere somministrati in infusione continua tramite pompe a siringa.** Prima di partire verificare di avere la scorta necessaria di questi farmaci. **I pazienti in ventilazione artificiale devono essere ventilati con ventilatore portatile durante tutte le fasi del trasporto mantenendo adeguata PEEP.**

Utilizzo in sicurezza dei mezzi di trasporto

L'idoneità dei mezzi di trasporto va assicurata secondo quanto previsto dalla normativa vigente. A bordo deve essere garantita la presenza di tutte le strumentazioni, degli apparecchi elettromedicali, dei farmaci e dei dispositivi medici necessari. Il sistema di ancoraggio del paziente e del materiale, la chiusura in sicurezza del portellone e il sistema di illuminazione devono essere conformi agli standard europei. L'Area Gestione Tecnica assicura e documenta la manutenzione ordinaria e straordinaria dei mezzi di trasporto dell'Istituto. La Direzione Medica di Presidio effettua le verifiche di tipo igienico-sanitario dei predetti mezzi e verifica altresì l'idoneità del personale alla guida secondo la normativa vigente.

5.6 ATTIVITA' A BORDO

L'attività a bordo è finalizzata al mantenimento delle condizioni di stabilità delle funzioni vitali durante il trasferimento. Il personale di assistenza controllerà i parametri vitali al monitor ed interverrà nel caso di modifiche dello stato clinico e dei parametri stessi. Il monitoraggio avviene in

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 32 di 47</p>

modo continuativo.

L'obiettivo da raggiungere è quindi, comunque, un trasferimento protetto per assicurare il minore deterioramento possibile delle condizioni del paziente da cause prevenibili (Per la salvaguardia della salute del paziente trasferito si richiede un livello minimo di monitoraggio a bordo del mezzo di trasporto).

Cosa verificare prima della partenza

Una volta alloggiata la barella sull'ambulanza, prima di partire:

- Garantirsi un adeguato e comodo accesso al paziente, testa in particolare, e agli accessi venosi;
- Verificare, secondo lo schema A B C D E, l'adeguatezza dell'approccio assistenziale controllando il tubo tracheale e le apparecchiature di assistenza ventilatoria, il corretto funzionamento delle vie venose e dei drenaggi;
- Verificare la scorta di ossigeno;
- Riordinare eventuali e pericolosissimi aggrovigliamenti di cavi e tubi;
- Verificare che il paziente sia saldamente assicurato alla barella, con gli appositi mezzi di immobilizzazione;
- Controllare la documentazione clinica del paziente;
- L'autista del mezzo deve mantenere un'andatura regolare, una guida prudente e sicura e seguire un percorso agevole;

5.7 CHECK LIST DI STABILIZZAZIONE DEL PAZIENTE PRIMA DEL TRASPORTO

<p>1. AIRWAY a. Assicurare la pervietà delle vie aeree</p> <p>2. VENTILAZIONE a. Garantire una adeguata respirazione spontanea/ventilazione meccanica b. Confermare adeguati scambi gassosi con un'emogas arterioso c. Se opportuno assicurare sedazione e curarizzazione</p> <p>3. CIRCOLO a. Ottimizzare frequenza cardiaca, pressione arteriosa b. Garantire una adeguata perfusione di organi e tessuti c. Controllare ogni possibile perdita ematica e garantire valori di emoglobina compatibili con la condizione clinica d. Assicurare una volemia adeguata e. Almeno due accessi venosi di grosso calibro f. Catetere arterioso e catetere venoso centrale se appropriato</p> <p>4. NEUROLOGICO a. Controllo delle crisi neurovegetative ed esclusione delle cause metaboliche b. Neuroprotezione farmacologica se necessario</p>	<p>5. TRAUMA a. Protezione del rachide cervicale b. Drenaggio dello pneumotorace c. Controllo di sanguinamenti intratoracici e intra-addominali d. Accurato esame dei traumi addominali e. Stabilizzazione delle fratture pelviche e a carico degli arti</p> <p>1. METABOLICO 1 Glicemia >4mmol/l (72 mg/dL) 2 Potassio ematico <6mmol/l 3 Calcio ionizzato >1mmol/l 4 Accettabile equilibrio acido-base 5 Normotermia</p> <p>2. VARIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posizionamento a traumatico del paziente: utilizzare asse spinale e immobilizzare con ragno (trauma!); • Copertura termica; • Assicurare eventuali sistemi di drenaggio e di raccolta urine; • Drenare il contenuto gastrico.
--	---

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 33 di 47</p>

5.8 MONITORAGGIO

Prima del trasporto verificare la carica di ogni sistema di monitoraggio/infusioni utilizzato e provvedere ad una scorta di batterie sufficienti a coprire il tempo di trasporto tra due aree dotate di alimentazione elettrica (dotarsi di cavi di alimentazione per ogni presidio).

Durante il trasporto devono essere monitorizzati i seguenti parametri vitali:

1. Frequenza cardiaca
2. Pressione arteriosa
3. Saturimetria
4. Frequenza respiratoria
5. GCS
6. Parametri di ventilazione: modalità ventilazione, Pressione inspiratoria, PEEP, Tidal Volume, Minute Volume, frequenza respiratoria, rapporto inspirazione/espiazione (obbligatori nei pazienti intubati)

Impostare i limiti di allarme sonoro e visivo di tutti i parametri monitorizzati. Gli allarmi indispensabili per un utilizzo in sicurezza del ventilatore meccanico sono: allarme deconnessione, allarme pressioni di picco, allarme alimentazione gas.

4. TRASPORTO DI PAZIENTE CON PATOLOGIA INFETTIVA ACCERTATA O SOSPETTA

Tutto il personale che verrà a contatto col paziente deve essere informato del rischio infettivologico (soprattutto in caso di patologie ad alta infettività quali tbc-morbillo-varicella-meningite batterica), in maniera tale da adottare tutte le precauzioni necessarie. Il paziente deve, tranne controindicazioni particolari, indossare una mascherina, preferibilmente con filtro FFP3, senza valvola, per evitare di contaminare il personale e gli ambienti. Il personale della struttura accettante deve essere avvertito dell'arrivo del paziente con patologia infettiva sospetta o conclamata, in maniera tale da adottare tutte le precauzioni necessarie. Il paziente deve essere informato sulle modalità di comportamento al fine di prevenire la trasmissione dei microrganismi infettanti ad altre persone. Il personale di accompagnamento durante il trasporto deve indossare mascherine con filtro FFP3 con valvola, camici impermeabili, guanti, sovrascarpe, occhiali monouso.

I rifiuti di tipo sanitario verranno smaltiti secondo normativa vigente e le disposizioni della Direzione Medica di Presidio.

5. TRASPORTO PROGRAMMATO PER PROCEDURE DI CARDIOLOGIA INVASIVA, PER ESAMI DIAGNOSTICI E/O CONSULENZE

Criteria di identificazione dei pazienti trasportabili con auto, ambulanza con soli volontari, con infermiere, con medico, con medico e infermiere.

Andata

- 1) I pazienti che effettuano l'esame emodinamico in elezione, e quindi clinicamente stabili per definizione, possono raggiungere l'ospedale di riferimento con ambulanza.

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 34 di 47</p>

- 2) I pazienti ricoverati che non hanno necessità di infusione endovenosa di farmaci, ossigeno terapia, monitoraggio ECG, né il controllo dei parametri vitali, possono essere trasportati con ambulanza ed equipaggio costituito da autista soccorritore ed infermiere. Questi sono principalmente i pazienti ricoverati fuori dell'area intensiva, per i quali non è appropriato predisporre un livello di assistenza superiore.
- 3) I pazienti ricoverati, ma clinicamente stabili, che necessitano di infusione di farmaci per via endovenosa, ossigenoterapia, monitoraggio o controllo frequente dei parametri vitali, devono essere trasportati con ambulanza con infermiere a bordo.
- Si precisa che i criteri di stabilità clinica che consentono un trasferimento con ambulanza infermieristica sono:
- stabilità emodinamica (P.A. frequenza respiratoria, classe Killip =1)
 - stabilità elettrica (classe Lown 01 per le aritmie ventricolari, frequenza cardiaca per quelle atriali)
 - stabilità coronarica (nessun episodio di angina/ischemia nelle ultime 48 ore)

Rientro del paziente all'Ospedale inviante (post procedura)

- 1) I pazienti clinicamente stabili che non eseguono PCI possono tornare con l'ambulanza infermieristica.
- 2) I pazienti, con esclusione di quelli di cui al precedente punto 4, che eseguono PCI non gravata da complicanze, a giudizio del medico che ha eseguito la procedura, possono tornare con l'ambulanza infermieristica.

Per eventuali procedure che richiedono tempi lunghi di trattamento il rientro presso l'Ospedale inviante è garantito dallo stesso.

9. TRASFERIMENTO PAZIENTI AFFERENTI ALLE RETI TEMPO-DIPENDENTI

(per maggiori dettagli si rimanda alle procedure specifiche)

Considerato che la rete è costruita sulle specialità presenti nelle singole strutture si è convenuto che i pazienti trattati dal 118 vengano trasferiti nei DEA dove sono presenti le specialità, superando il concetto dell'ospedale più vicino.

Le reti cliniche tempo-dipendenti previste nel piano aziendale 2017 sono:

10. La rete IMA;
11. La rete Stroke;
12. La rete Traumatologica;
13. La rete delle Emergenze Pediatriche;
14. La rete dell'Emergenze Digestive;
15. La rete Neonatologica con i punti nascita.

Dal 1 luglio 2017 si è avviata la rete IMA, in fase di attivazione la rete Ictus e trauma.

PAZIENTI CON SOVRASLIVELLAMENTO DEL TRATTO ST (STEMI)

La programmazione regionale ha definito la Rete cardiologica della Asl Napoli 3 Sud prevedendo complessivamente Centri Spoke (Cardiologia con UTIC senza Emodinamiche Interventistiche) e Hub di 1° livello (Cardiologie con UTIC con Emodinamica Interventistica), programmando un Hub di 2° livello di riferimento presso l'Ospedale del Mare (Cardiologia con UTIC-Emodinamica

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 35 di 47</p>

Interventistica e Cardiochirurgia), per rispondere ai bisogni dell'area metropolitana di Napoli e ai bacini di utenza anche di Napoli 2 e Napoli 3.

Trasporto presso Centro di Cardiochirurgia di riferimento.

Tale tipologia di trasporto è per i pazienti che, sottoposti a procedura in Sala di Emodinamica manifestano complicanze per le quali è necessario un intervento cardochirurgico di emergenza presso il Centro di Cardiochirurgia di riferimento.

Il trasferimento del paziente che manifesta complicanze durante procedura emodinamica, viene considerato di Emergenza con tempo massimo indicativo per l'attivazione di 30'.

PAZIENTI CON STROKE

Nell' ASL Napoli 3 Sud sono programmati due centri Spoke nei DEA di I livello, quali Nola e Castellammare di Stabia, attrezzati per la trombolisi sistemica.

La patologia emorragica va indirizzata, seguendo flussi già esistenti, ai centri Hub quali:

- Hub dell'ospedale di Nocera Inferiore per le aree interne;
- Ospedale del Mare per la zona contigua alla città di Napoli e della fascia costiera;

PAZIENTE CON TRAUMA

Afferiscono a strutture ospedaliere specificamente competenti nella cura del trauma definite "Centri Trauma" o "Trauma Centers" e sui Centri di Riabilitazione.

I traumi cosiddetti minori afferiscono all'Ospedale più vicino dotato di un Pronto Soccorso, indipendentemente dalla sua appartenenza e dal suo livello nell'ambito del SIAT.

Se a seguito della valutazione medica tali pazienti vengono considerati affetti da lesioni potenzialmente a rischio per la sopravvivenza, deve essere possibile attivare un trasferimento presso i centri trauma del SIAT (trasporti secondari urgenti a carico del 118). Si identifica quindi un modello di rete ospedaliera che si dota, tra le altre funzioni, di un'organizzazione specifica per la cura del trauma maggiore con la partecipazione degli altri Ospedali non compresi nella rete ma deputati alla cura dei traumi minori.

Secondo il modello SIAT tutti i traumi con criteri di triage indicativi di politrauma devono essere trasportati al centro trauma in relazione alla tipologia delle lesioni e alla necessità di eventuali alte specialità al fine di rispettare il più possibile il principio di centralizzazione primaria, cioè del trasporto immediato al luogo di cura definitiva.

In caso di impossibilità al controllo e al trattamento in sede extra-ospedaliera il paziente traumatizzato dovrà essere trasportato al PST più vicino.

10. TRASPORTO NEONATALE IN EMERGENZA/URGENZA (STEN)

L'attività di STEN è necessaria per tutte quelle situazioni in cui, in modo imprevedibile, un neonato si venga a trovare in un centro in cui non sia disponibile il livello di assistenza idoneo alle sue condizioni cliniche. Ove la necessità di cure e l'identificazione del centro idoneo sia prevedibile prima

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 36 di 47</p>

del parto, la donna gravida deve essere direttamente indirizzata a tale centro privilegiando in ogni modo la modalità di trasporto in utero.

L'attività di STEN è rivolta a neonati di età compresa fra 0 e 28 giorni di vita (per gli ex prematuri si considera l'età corretta) che, richiedendo interventi non effettuabili nel presidio ospedaliero in cui siano nati (o siano stati condotti dopo la nascita), necessitino di trasferimento urgente ad altro presidio.

Le indicazioni al trasferimento di un neonato ad un Centro di II livello sono stati definiti dall' Accordo Stato Regioni del 16 dicembre del 2010 e recepiti dalla DGRC n. del 30 dicembre 2013 e comprendono:

- tutti i neonati di età gestazionale < a 34 settimane (i punti nascita attualmente I livello ma ex II livello sono abilitati a trattenere e ricevere in back transport neonati di età gestazionale superiore o uguale a 32-34 settimane quando trattasi di neonati clinicamente stabili ed in accordo con I struttura di II livello) e/o di peso < a 1500g.
- tutti i pazienti che necessitino di terapia intensiva o sub-intensiva

Il ruolo degli operatori dei centri periferici nell'assistenza al neonato da trasferire è quello di:

- iniziare la stabilizzazione del neonato secondo le procedure condivise nei "corsi di stabilizzazione del neonato critico";
- contattare la centrale per l'emergenza territoriale 118 e fornire informazioni circa le caratteristiche del soggetto, inviare la documentazione richiesta per l'attivazione del STEN;
- concordare con la TIN ricevente il trasferimento fornendo tutte le notizie sul caso,
- collaborare con gli operatori STEN giunti sul luogo passando adeguate consegne e, se richiesto, intervenendo attivamente nelle ulteriori procedure di stabilizzazione.

I bacini di afferenza per la Campania sono stati delineati nel DCA n.33 del 2016.

Ruolo del servizio territoriale per l'emergenza (118)

Le centrali operative 118 forniscono il supporto organizzativo e logistico attraverso:

- la gestione delle chiamate per trasporto neonatale;
- la verifica della disponibilità dei posti letto nelle TIN;
- l'attivazione delle procedure per la chiamata degli operatori STEN;
- il supporto logistico alle diverse operazioni del trasferimento (viabilità, eventuali variazioni di programma, invio di altro mezzo in caso di avaria):

Operatori sanitari del trasporto: gli operatori sanitari STEN sono medici ed infermieri professionali appartenenti alle TIN campane. Questi operatori espletano l'attività di trasporto neonatale per conto dell'ente di appartenenza secondo la normativa contrattuale vigente.

Operatività: Il servizio di trasporto neonatale, è attivo solamente per trasporti aventi carattere di emergenza/urgenza, in base alle condizioni cliniche dei neonati:

Per i neonati in situazioni al di fuori delle caratteristiche di criticità clinica e/o in emergenza/urgenza, il trasferimento è a carico del reparto inviante.

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 37 di 47</p>

I trasporti tra le TIN o tra TIN e centri di alta specializzazione possono essere a carico del servizio STEN.

RIFERIMENTI/NOTE BIBLIOGRAFICHE/SITOGRAFIA

1. “Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)” - Raccomandazione ministeriale N. 11, Ministero della Salute, Gennaio 2010
2. Accordo Stato - Regioni del 5 agosto 2014: “Nuovo Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”.
3. Accordo 22 maggio 2003 tra il Ministero della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee guida su formazione, aggiornamento ed Addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza". G.U.R.I. n.196 del 25/08/2003
4. DPR 27 marzo 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza pubblicato sulla G.U. n. 76 del 31/3/92 – Serie Generale.
5. “Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle Linee Guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione al DPR del 27 marzo 1992” – G.U.R.I. n. 114 del 17 maggio 1996.
6. “Il trasporto intraospedaliero del paziente critico adulto: responsabilità ed interventi infermieristici” – Nursing Oggi n° 4, anno 2000.
7. Joint Commission International “Accreditation Standards for Medical Transport Organizations” – 2003.
8. Commission on Accreditation of Medical Transport Systems “Accreditation Standards” 7th Edition, 2006
9. Ministero dei trasporti Decreto n. 553 del 17/12/1987
10. Classificazione di Eherenwerth: classi di rischio rispetto al trasporto del paziente critico Standard per ospedali e per la sicurezza del paziente-maggio 2008 -Joint Commission international.
11. BURC n. 38 del 25 agosto 2003 “Nuove linee guida per la organizzazione dei presidi di assistenza urgenza territoriale”
12. GU n.268 del 15//11/1996 “Normativa tecnica e amministrativa relativa agli autoveicoli di soccorso avanzato con personale medico e infermieristico a bordo”
13. Documento S.I.A.A.R.T.I. 2012 “Raccomandazioni per i trasferimenti inter ed intra ospedalieri
14. BURC n. 43 del 06 settembre 2004 “Organizzazione SIREs servizio 118”

SEGNALAZIONE EVENTI AVVERSI

In linea a quanto previsto per la segnalazione degli eventi avversi (deliberazione n. 452 del I luglio 2014), il medico (o altro operatore) che riscontra o viene a conoscenza di eventi avversi legati al sistema di trasporto secondario deve dare comunicazione alla U.O.C. Risk Management dell'ASL

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 38 di 47</p>

NA 3 SUD, utilizzando la scheda di incident reporting, disponibile sul link U.O.C. Risk Management del sito aziendale (tel. 0818729364, 0818729819, e-mail: riskmanagement@aslnapoli3sud.it).

REVISIONE E AGGIORNAMENTO

La presente Procedura sarà oggetto di revisione in concomitanza con emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda o evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

Al fine di migliorare la Procedura nella pratica clinica, le strutture sanitarie coinvolte sono invitate a fornire suggerimenti e commenti, all'indirizzo di posta elettronica:

riskmanagement@aslnapoli3sud.it - riskmanagement@pec.aslnapoli3sud.it

ARCHIVIAZIONE

L'archiviazione del documento cartaceo viene effettuata dal Direttore/Responsabile della U.O. C. e dal Coordinatore Infermieristico/Tecnico in luogo accessibile a tutti gli operatori afferenti alla Struttura, presso tutte le UU.OO. Coinvolte.

La procedura sarà resa disponibile nell' Area documentazione della U.O.C. Risk Management.

Le funzioni interessate possono a loro volta pubblicare la procedura sul sito aziendale nella relativa area.

INDICATORI DI MONITORAGGIO

Tipologia di trasporto	Dimensione della Qualità	Fattore Qualità	Indicatore	Standard
Trasporto secondario o interospedaliero	Qualità organizzativa	Completezza Rintracciabilità	N° di schede di trasporto redatte in maniera completa /N° di pazienti trasferiti dall'Unità Operativa	> 90%
Trasporto intraospedaliero	Qualità organizzativa	Corretta identificazione del paziente	N. segnalazioni di pazienti trasferiti non correttamente identificati	<1

La statistica di attività viene prodotta ed archiviata dalla Direzione Sanitaria di Presidio, che provvederà ad inviare i report al Direttore del Dipartimento di Emergenza per le opportune valutazioni ed alla UOC Rischio Clinico.

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 39 di 47</p>

APPENDICE

CRITERI DI SCELTA PERSONALE DI ACCOMPAGNO ASSISTENZA MEDICA – QUADRI PARTICOLARI

1. CRITERI GENERALI PER LA SCELTA DEI LIVELLI DI ASSISTENZA	
1.1	<p><u>Assistenza medica</u> La presenza del medico è obbligatoria per il trasporto di:</p> <ol style="list-style-type: none"> pazienti critici in condizioni instabili; pazienti per i quali vi è una consistente possibilità che durante il trasporto possano richiedere trattamenti che vadano oltre le competenze e la capacità assistenziali dell'infermiere, comprese quelle previste da protocolli di autorizzazione. <p>Nei trasporti in cui è presente il medico deve essere garantita la contemporanea presenza dell'infermiere.</p>
1.2	<p><u>Assistenza infermieristica</u> Il trasporto con la sola assistenza infermieristica è <u>possibile</u> quando sono soddisfatte <u>tutte</u> le seguenti condizioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> i parametri emodinamici e respiratori sono stabili ed è garantita la pervietà delle vie aeree; non è prevedibile una loro compromissione per tutta la durata del trasporto; l'infermiere è in grado di erogare l'assistenza di cui il paziente necessita. <p>L'assistenza infermieristica durante il trasporto è <u>necessaria</u> in tutti i seguenti casi:</p> <ol style="list-style-type: none"> necessità di sorveglianza dei parametri vitali; necessità di gestione di terapie infusive e/o di ossigenoterapia (esclusa quella cronica); casi in cui la mobilizzazione del paziente richiede particolare competenza professionale.
1.3	<p><u>Assistenza generica</u> Possono essere trasferiti con assistenza dell'infermiere professionale con idonea formazione, i pazienti con quadro clinico stabile nel tempo, che durante il trasporto richiedano soltanto eventuale sorveglianza dei parametri vitali e delle infusioni, compresi quelli sottoposti ad ossigenoterapia cronica ed i portatori di tracheostomia permanente.</p>
1.4	<p><u>Assistenza non sanitaria</u> Possono essere trasferiti con assistenza da parte di personale non sanitario i pazienti con quadro clinico stabile nel tempo, che durante il trasporto richiedano soltanto normale assistenza non sanitaria.</p>

2. CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELL'ASSISTENZA MEDICA	
2.1	<p>Aspetti che condizionano la scelta La decisione circa quale medico debba accompagnare il paziente dipende dai seguenti fattori clinici e organizzativi.</p> <p>1. Aspetti clinici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - condizioni cliniche del paziente; - tipologia di trattamento che può rendersi necessaria durante il trasporto; - durata del trasporto. <p>2. Aspetti organizzativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - urgenza del trasporto;

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 40 di 47</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - durata del trasporto; - dotazione dell'ospedale inviante nella fascia oraria del trasporto.
<p>2.2</p>	<p>Aspetti clinici</p> <p>La presenza del medico rianimatore o di emergenza o comunque esperto in assistenza intensiva è sempre necessaria per i pazienti che:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. richiedono assistenza intensiva respiratoria e/o circolatoria; b. presentano instabilità dei parametri vitali; c. presentano patologie con elevato rischio di evolutività e conseguente probabile necessità di manovre rianimatorie o di assistenza respiratoria. <p>Pur in presenza dell'indicazione all'assistenza rianimatoria, qualora la disponibilità del medico rianimatore non possa essere ottenuta in tempi compatibili con le esigenze cliniche del paziente ed un ritardo nel trasporto possa influire negativamente sull'evoluzione clinica, l'assistenza deve essere garantita da altro specialista.</p> <p>Tutti gli altri pazienti possono essere accompagnati dal medico del reparto di degenza, specialista per la patologia della quale il paziente è affetto.</p>
<p>2.3</p>	<p>Aspetti organizzativi</p> <p>Nei casi in cui è indicata una generica assistenza medica la scelta del medico deve tener conto di: - tempo entro il quale deve essere effettuato il trasporto e durata dello stesso; - livello di scopertura che viene a determinarsi nell'ospedale.</p> <p>Quando le necessità del paziente lo consentono, deve essere preferita l'attivazione di un medico reperibile.</p>

<p>3. DEFINIZIONE DI ALCUNI QUADRI PARTICOLARI</p>	
<p>3.1</p>	<p>Pazienti con IMA da sottoporre ad angioplastica primaria</p> <p>I pazienti con IMA da sottoporre ad angioplastica devono essere accompagnati da un medico in grado di effettuare la defibrillazione, se non presentano sintomi di shock cardiogeno e/o di insufficienza respiratoria. In presenza di questi ultimi l'accompagnamento deve essere garantito dall'anestesista rianimatore, dal medico di emergenza o da altro medico esperto di assistenza intensiva. Per i trasporti a breve distanza dei pazienti che non presentano sintomi di shock cardiogeno e/o di insufficienza respiratoria possono essere concordate modalità di trasporto che prevedano a bordo la presenza del solo infermiere, in grado di garantire la defibrillazione ed il controllo delle vie aeree, qualora sia possibile, per tutta la durata trasporto, l'intervento in supporto di un mezzo medicalizzato del Sistema 118.</p>
<p>3.2</p>	<p>Pazienti con IABP e/o devices di assistenza circolatoria</p> <p>I pazienti sottoposti a contropulsazione aortica e/o assistenza circolatoria con devices esterni devono essere accompagnati da personale medico esperto nell'impiego di tali dispositivi e nella gestione della ventilazione; se necessario dovrà essere assicurata la presenza sia dell'intensivista che del cardiologo.</p>
<p>3.3</p>	<p>Pazienti con IMA sottoposti a terapia ripercussiva</p> <p>I pazienti con IMA sottoposti a terapia ripercussiva che non abbiano manifestato per almeno 12 ore alterazioni emodinamiche o respiratorie (scompenso cardiaco, aritmie maggiori, ipotensione) possono essere trasferiti senza accompagnamento medico.</p>

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 41 di 47</p>

<p>3.4</p>	<p>Pazienti terminali In caso di trasporto di pazienti in fase terminale trasferiti per assenza di indicazioni a ulteriori terapie NON è indicata la presenza del medico a bordo, ma deve essere presente personale in grado di garantire il mantenimento di un adeguato livello di cure palliative. Il personale deve essere informato sull'opportunità di non intraprendere manovre rianimatorie qualora l'evoluzione della malattia porti ad arresto circolatorio</p>
<p>3.4</p>	<p>Pazienti ritrasferiti da Unità di Terapia Intensiva a Unità di Terapia Intensiva In caso di trasporto di rientro all'ospedale periferico di pazienti sottoposti a cure intensive specialistiche, l'assistenza medica è necessaria solo per i pazienti che presentano instabilità emodinamica o sono sottoposti a ventilazione assistita. I pazienti in respiro spontaneo che sono rimasti stabili nelle ultime 24 ore, che non presentano alterazioni emodinamiche e che non presentano patologie potenzialmente evolutive a breve termine possono essere assistiti da un Medico e un Infermiere professionale con adeguate competenze, anche se intubati o tracheostomizzati</p>
<p>3.5</p>	<p>Pazienti sottoposti a VAM I pazienti sottoposti a VAM devono essere accompagnati dal rianimatore o da un medico dell'emergenza.</p>
<p>3.6</p>	<p>Trasporto antenatale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parto imminente non espletabile in loco di neonato a rischio: <ul style="list-style-type: none"> - presenza contemporanea di rianimatore e medico ostetrico; • Parto non imminente di neonato a rischio, con parto in itinere non escluso: <ol style="list-style-type: none"> a. parto gemellare o presentazione podalica: <ul style="list-style-type: none"> - presenza contemporanea di rianimatore e medico ostetrico. b. altri casi: <ul style="list-style-type: none"> - presenza contemporanea di rianimatore e ostetrica; • Parto in itinere escluso con necessità di assistenza medica per la gestante (ipertensione e preeclampsia grave, placenta previa senza sanguinamento o con lievi perdite ematiche (previa esclusione di sequestro ematico in utero), HELLP syndrome asintomatica o lieve): <ul style="list-style-type: none"> - presenza del medico rianimatore o di altro medico a seconda del livello di assistenza richiesto dalle condizioni cliniche della paziente; • Parto in itinere escluso senza necessità di assistenza medica per la gestante: <ul style="list-style-type: none"> - presenza dell'infermiere.
<p>3.7</p>	<p>Trasporto neonatale Il servizio di trasporto del neonato critico garantisce il trasporto dei neonati (anche oltre il trentesimo giorno dalla nascita) che richiedono cure intensive neonatali. Il trasporto dei neonati che non richiedono cure intensive neonatali è garantito dall'ospedale dove è degente il neonato.</p>
<p>3.8</p>	<p>Trasporto bambino critico Fatto salvo quanto eventualmente disposto dai protocolli pe la gestione del bambino critico, per il trasporto del lattanti e dei bambini in condizioni critiche dovrà essere valutata, sulla base dell'età, delle condizioni cliniche e dell'esperienza degli operatori, l'opportunità della presenza contemporanea del rianimatore e del pediatria.</p>
<p>3.9</p>	<p>Portatori di tracheostomia Fermo restando che il livello di assistenza deve essere definito sulla base delle necessità cliniche generali del paziente, per quanto riguarda la sola gestione della tracheostomia sono indicati i seguenti livelli di assistenza.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tracheostomia chirurgica o percutanea non stabilizzata

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 42 di 47</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - presenza del medico rianimatore • Tracheostomia chirurgica o percutanea recente stabilizzata • Tracheostomia a lunga permanenza con necessità di aspirazione <ul style="list-style-type: none"> - presenza dell'infermiere • Tracheostomia a lunga permanenza senza necessità di aspirazione <ul style="list-style-type: none"> - presenza dell'operatore socio sanitario • Tracheostomia definitiva <ul style="list-style-type: none"> - nessuna assistenza sanitaria
--	--

<p align="center">4. ESEMPLIFICAZIONE</p>	
<p>4.1</p>	<p>Accompagnamento da parte del medico anestesista-rianimatore o dal medico di emergenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pazienti sottoposti a VAM; - Pazienti sottoposti ad infusione di amine e farmaci vasoattivi; - Pazienti con insufficienza respiratoria acuta border-line; - Portatori di tracheostomia (chirurgica o percutanea) non ancora stabilizzata; - Pazienti in stato di shock di qualsiasi origine; - Aneurisma dell'aorta addominale in fase di rottura; - Aneurisma dissecante dell'aorta; - Embolia polmonare grave; - Pazienti con devices di assistenza circolatoria; - Trauma cranico grave (GCS\leq8) o con lesioni potenzialmente evolutive a breve; - Lesioni emorragiche cerebrali spontanee potenzialmente evolutive a breve; - Lesioni emorragiche addominali o toraciche; - Amputazioni e subamputazioni prossimali al ginocchio od al gomito; - Trauma vertebro-midollare instabile; - Ustioni > 40% della SC o con interessamento delle vie aeree; - Lesioni centrali d'arma da fuoco; - Trauma centrale aperto o penetrante; - Ipotermia di grado elevato o medio; - Malattia da decompressione con segni neurologici centrali; - Gestosi grave; - Ipotermia di grado medio o grave; - Intossicazione da Monossido di Carbonio che richieda VAM; - Gravidanza con neonato a rischio e parto in itinere non escluso;
<p>4.2</p>	<p>Accompagnamento da parte di medico non rianimatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con IMA da sottoporre a PTCA primaria, senza segni di shock e/o insuff. Respiratoria; - Pazienti con IMA sottoposti a trombolisi recente, senza segni di shock e/o insuff. Respiratoria; - Pazienti sottoposti a PTCA con complicanza che richieda intervento cardiocirurgico (con obbligo di presenza del cardiologo); - Pazienti sottoposti a PTCA primaria per IMA entro 12 ore; - Pazienti che richiedano la somministrazione di antiaritmici; - Pazienti con angina instabile

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 43 di 47</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Embolia polmonare di grado moderato - Pazienti con trauma cranico moderato (GCS>8 e lesioni non evolutive a breve) - Amputazioni e sub-amputazioni di gamba o avambraccio
<p>4.3</p>	<p>Accompagnamento da parte di infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con trauma cranico e GCS >13, lesioni non evolutive a breve; - Pazienti sottoposti a PTCA primaria per IMA da oltre 12 ore; - Pazienti in respiro spontaneo con tracheotomia recente e/o con necessità di broncoaspirazione; - Stato di coma vigile o stato vegetativo di recente insorgenza in respiro spontaneo; - Intossicazione da Monossido di Carbonio con HbCO ≤ 30%; - Amputazioni delle dita, della mano o del piede; - Pazienti in ossigenoterapia, esclusa quella cronica e/o saltuaria; - Pazienti in condizioni critiche affetti da patologie in fase terminale; - Pazienti con frattura vertebrale dorsale o lombare amielica; - Pazienti con ventilatore domiciliare per insufficienza respiratoria cronica o cronicizzata; - Ustioni < 40% della SC, escluso l'interessamento delle vie aeree - Pazienti con drenaggio toracico;

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 44 di 47</p>

Allegato A

PATOLOGIE AD EVOLUTIVITA' NOTA

PATOLOGIA	Valutazioni/caratteristiche rilevanti	Grado di evolutività
Ematoma epidurale acuto	Attenzione se la raccolta risulta disomogenea alla TC	ELEVATA
Emorragia subaracnoidea	Tendenza al risanguinamento particolarmente nelle prime tre ore	ELEVATA
Patologie vascolari a sede in fossa anteriore	Emorragia spontanea, focolaio lacero-contusivo, ematoma subdurale acuto	ELEVATA
Fistola carotido cavernosa post traumatica	Rara Esoftalmo pulsante con soffio all'auscultazione dell'occhio protruso	ELEVATA
Stroke ischemici, o emorragici spontanei o traumatici non compresi nei casi su elencati	Valutazioni delle lesioni alla TC encefalo (se emorragiche). Alterazioni alla compressione delle cisterne della base. Valutazioni dello score GSC e NIHSS all'ingresso e al momento della decisione di trasferimento. Sono elementi utili al fine della decisione in merito: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Deterioramento dello stato di coscienza con un decremento di due punti nella GSC <input type="checkbox"/> Variazione del diametro pupillare e reazione pupillare alla luce <input type="checkbox"/> Deterioramento del deficit neurologico focale <input type="checkbox"/> Cefalea, nausea, vomito se persistenti <input type="checkbox"/> NIHSS > 15 indica evolutività elevata 	VARIABILE: la decisione della evolutività del singolo caso tenga conto globalmente, e non singolarmente, delle caratteristiche descritte nella colonna valutazioni, che rappresenta un sintodi quanto emerge dai lavori scientifici a supporto della valutazione clinica
Dissecazione dell'aorta toracica e addominale	Se non trattati in loco, va assicurata la possibilità di mantenere la stabilizzazione emodinamica durante il trasporto. Necessaria la presenza di emazie concentrate ed emoderivati a bordo dell'ambulanza	ELEVATA
Infarto miocardico acuto	Possibile comparsa di aritmie critiche entro le prime quattro ore dall'esordio dei sintomi	ELEVATA
Intossicazione da CO in paziente cosciente	Possibile comparsa di aritmie, alterazioni tratto ST, incremento enzimi cardiaci	ELEVATA solo se presenti al momento del trasferimento dati clinici e di laboratorio di danno cardiaco non preesistenti

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 45 di 47</p>

DOTAZIONE TECNICA CRM – CARATTERISTICHE
(SIAARTI, 31 ottobre 2012 Prot. n. 562/b)

A - monitoraggio parametri

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Frequenza cardiaca monitor ECG <input type="checkbox"/> Saturimetro a polso (SpO2) PA non invasiva - NIBP <input type="checkbox"/> Defibrillatore con sincronizzazione e pace maker non invasivo <input type="checkbox"/> Sufficiente autonomia elettrica (almeno il doppio del tempo previsto per il trasporto o disponibilità di una fonte d'alimentazione elettrica esterna) 	<p align="center"><u>obbligatorio e di minima</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ETCO2 (se intubato)³⁰ <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Pressione Arteriosa Invasiva 	<p align="center"><u>raccomandato:</u></p>

B - ventilatore polmonare portatile

N.B. Si raccomanda sempre l'utilizzo di filtri umidificatori / antibatterici nei pazienti intubati e ventilati

- deve essere di dimensioni e peso contenuti, di facile pulizia e manutenzione.

La maggior parte di questi ventilatori è alimentata dall'O₂ ed è pertanto necessario conoscerne il consumo minuto, al fine di poterne calcolare la disponibilità effettiva per il paziente. La fonte di O₂ deve avere una capacità sufficiente per il doppio del massimo consumo previsto per il trasporto. Esistono anche ventilatori alimentati elettricamente; in questo caso è necessario che l'autonomia elettrica sia almeno il doppio del tempo previsto per il trasporto (verificare e controllare regolarmente lo stato di carica delle batterie) e/o vi sia una fonte di alimentazione elettrica compatibile sul mezzo di trasporto. Quale che sia la scelta del tipo di ventilatore, è fondamentale che esso disponga di sistemi di visualizzazione dei parametri impostati e della possibilità di impostare limiti d'allarme.

E' essenziale considerare sempre la possibilità di un guasto al ventilatore e pertanto bisogna obbligatoriamente disporre di un'alternativa per la ventilazione (ad esempio: pallone autoespandibile con valvola di PEEP, reservoir e fonte di ossigeno con relativo flussometro regolabile).

Sono da considerare:

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> allarmi sonori e visivi di deconnessione e dei limiti di pressione delle vie aeree; <input type="checkbox"/> possibilità di ventilazione con FiO₂ al 100%, <input type="checkbox"/> manometro di pressione delle vie aeree (Paw) e valvola limitatrice di sovrappressione <input type="checkbox"/> possibilità di utilizzare la PEEP; <input type="checkbox"/> allarme di insufficiente alimentazione elettrica e <input type="checkbox"/> dei gas medicali 	<p align="center"><u>obbligatori e di minima:</u></p>
--	---

 <p>Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p>Direttore Sanitario Aziendale Dott. Luigi Caterino Responsabile Direzione UOC Risk Management Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p>Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente</p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 46 di 47</p>

<input type="checkbox"/> la visualizzazione del volume minuto erogato, la possibilità di ventilazione in miscela aria / ossigeno <input type="checkbox"/> visualizzazione del Volume Corrente o del Volume Minuto <input type="checkbox"/> visualizzazione della frequenza respiratoria <input type="checkbox"/> la possibilità di visualizzare la reale spirometria.	<p><u>raccomandati:</u></p>
<input type="checkbox"/> la possibilità di modificare la FiO2 con un miscelatore aria/O2 <input type="checkbox"/> la possibilità di inserire un trigger regolabile, <input type="checkbox"/> la possibilità di impostare una ventilazione assistita	<p><u>ideali:</u></p>

C - pompe volumetriche per l'infusione di liquidi e **pompe-siringa** per la somministrazione dei farmaci essenziali al trattamento del paziente, dotate di batteria di capacità sufficiente e comunque con possibilità di alimentazione elettrica a bordo del mezzo).

Per completare la dotazione tecnica necessaria per procedere in sicurezza al trasporto del paziente occorrono:

D - Borsa/zaino

Contenuto minimo necessario	Classe di paziente
materiale per il controllo delle vie aeree (laringoscopio, set di lame, tubi tracheali, set presidi extraglottici, introduttore, kit accesso tracheale rapido ecc.)	III e IV V
pallone manuale autoespandibile con valvola di PEEP e reservoir (considerare sempre il possibile guasto al ventilatore polmonare), completo di set di maschere e con la possibilità di collegare una valvola meccanica di PEEP,	Tutte le classi
scorta di infusioni e relativo materiale d'uso	Tutte le classi
contenitore farmaci d'emergenza	A partire dalla classe III
dotazione di particolari presidi necessari per il tipo di paziente trasportato (ad esempio, valvole di Heimlich di scorta in caso di drenaggio toracico e clamps).	A partire dalla classe III

- **Aspiratore elettrico a batteria per le secrezioni faringo - bronchiali completo di sonde;**
- **aspiratore manuale o doppio aspiratore elettrico portatile (considerare sempre il possibile guasto dell'aspiratore elettrico).**

Livello di monitoraggio raccomandato durante un trasporto

Può essere suddiviso in livelli in considerazione della complessità del paziente:

- Obbligatorio - Livello 1
- Raccomandato - Livello 2
- Ideale - Livello 3

Monitoraggio continuo con registrazione periodica (almeno ogni 15 min):	SpO ₂ ECG	livello 1 livello 1
Monitoraggio intermittente con registrazione (almeno ogni 15 min):	Frequenza respiratoria Frequenza cardiaca Pressione arteriosa non invasiva (NIBP)	livello 2 livello 1 livello 1
Monitoraggio in base alle condizioni cliniche del paziente: nei pazienti con protesi respiratorie e ventilati meccanicamente	Paw Capnometria Spirometria reale allarmata	livello 1 livello 2 livello 2
A discrezione dell'equipaggio previsto per le classi IV e V	Misura continua della PA Misura della PAP Misura della ICP - Misura intermittente della PVC -	livello 2 livello 3 livello 3 livello 3

TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

IL FUNZIONARIO

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 08 giugno 2018 A:

x	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE		U.O.C. ASS.ZA CONSULT. MED. DI GENERE	
x	DIRETTORE AMM. AZIENDALE		U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	
x	COLLEGIO SINDACALE		U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
	U.O.C. GABINETTO		U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
	U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE		U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN	
	U.O.C. AFFARI GENERALI		U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	DISTRETTO N. 53
	U.O.C. AFFARI LEGALI	x	U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
	U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.		U.O.S. ISPETTIVA AMM.VA	DISTRETTO N. 55
	U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE		U.O.S. ISPETTIVA SANITARIA	DISTRETTO N. 56
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A		COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B		COORD. TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
	U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA		COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	OO.RR. AREA NOLANA
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA		DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	OO.RR. AREA STABIESE
	U.O.C. FASCE DEBOLI		DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
	U.O.C. FORMAZIONE E S.R.U.		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN		DISTRETTO N. 34	U.O.S.D. A.L.P.I.
	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE		DISTRETTO N. 48	
	U.O.C. TECNICO AREA NORD		DISTRETTO N. 49	
	U.O.C. TECNICO AREA SUD		DISTRETTO N. 50	
	U.O.C. GEST.TECN.SISTEMI INFORM.		DISTRETTO N. 51	
	U.O.C. PREV. E CURA PATOLOGIE DELLA DONNA E DEL BAMBINO		DISTRETTO N. 52	