



CRITERI E STANDARD DEL SERVIZIO “118”

a cura della Società Italiana Sistema 118

Meeting Consensus – Roma 3-4 luglio 2012

I Edizione



Il presente documento sui “Criteri e Standard del Servizio 118” è stato elaborato e condiviso da:

Presidente
Clemente Fedele

Presidente Onorario
Costa Mario

Past President
Bussani Fulvio

Presidente Designato
Bermano Francesco

Vice Presidenti di Area	Segretario	Revisori dei Conti	Collegio dei Probiviri
De Santis Antonio	Sestili Riccardo	Scalese Giuseppe	Bermano Francesco
Dipietro Gaetano	Tesoriere	Talesa Antonio	Bono Danilo
Enrichens Francesco	Ferlito Stefano	Torracca Fabrizio	Costa Mario

Consiglio Direttivo Nazionale

Aimino Erika - Alagna Bernardo - Brandstaetter Manfred - Campisi Marilena - Capruzzi Mario - Cavallini Bruna - Ciccone Eliseo - Cimino Giovannella - Cualbu Micaela - De Logu Piero - De Vito Lucia - Di Domenica Giuseppe - Giusti Mario - Leone Massimo - Mannella Roberto - Martina Claudio - Massei Paola - Mileti Libero - Pallini Gaetano - Pantaleo Orlando – Pesenti Massimo - Pugliese Pietro - Rossi Rita - Satriano Giuseppe - Spagna Andrea - Ungaro Rosa - Villa Guido - Zini Alberto

MEETING CONSENSUS - CONTRIBUTI

Coordinatori

Balzanelli Mario - Bono Danilo - Bussani Fulvio - Ciccone Eliseo - Clemente Fedele - Costa Mario - Dipietro Gaetano - Esposito Salvatore - Pugliese Pietro - Rossi Rita - Sestili Riccardo - Villa Guido

Partecipanti

Arzano Silvia – Alagna Bernardo - Attaianesi Luigi - Belluti Annalisa - Bermano Francesco - Bonaldo Stefano - Bonanni Gino - Bono Giovanni Carlo – Brandstaetter Manfred - Bruno Angela - Buffa Massimo - Burgo Serena - Caminiti Alessandro - Carlucci Nicola - Cesarini Marco - Chianta Roberto – Cimino Giovannella - Cimolato Danilo - Costantino Pietro - Damele Stefano – De Logu Piero – De Santis Antonio - De Vito Lucia – Di Domenica Giuseppe - Di Nino Stefano - Farina Arcangela - Ferlito Stefano - Ferri Sabrina - Furgani Andrea - Galotta Teodosio – Giusti Mario - Guidozzi Osvaldo - Isabella Bartoli – Leone Massimo - Loiudice Michele – Massei Paola - Macagnino Stella – Martina Claudio - Masia Andreina - Massari Oronzo - Mosiello Giancarlo - Palasciano Angela – Palladino Antonio - Pallini Gaetano - Paoli Andrea - Pascolini Fabrizio - Pascucci Ernesto - Perri Francesca Anna – Ricciardi Adriana - Rubino Licia - Ruffoni Silvano – Pesenti Massimo – Satriano Giuseppe - Scalese Giuseppe - Schirripa Domenico - Schonsberg Alberto – Spagna Andrea - Svetlana Siniavina - Testa Lucia - Torracca Fabrizio - Torriani Marco – Ungaro rosa - Vanzo Cinzia - Zaramella Daniela



È con grande soddisfazione e con sincero orgoglio che presento il documento sui “Criteri e Standard del Servizio 118”, elaborato dalla Società Italiana Sistema 118, unica società scientifica che rappresenta in modo esclusivo i Servizi di Emergenza Territoriale 118 italiani.

La sua definizione ha richiesto dodici mesi di intenso lavoro nel corso dei quali sono stati tenuti numerosi incontri con rappresentanti dei Servizi 118 di ogni parte d’Italia e sono state affrontate ampiamente le tematiche dell’emergenza sanitaria territoriale in riferimento alle specifiche esigenze dei territori serviti.

Il nostro lavoro ha permesso di realizzare un documento a valenza nazionale, tale da rappresentare il riferimento fondamentale finalizzato a garantire un livello sempre maggiore di sviluppo, omogeneizzazione ed uniformità fra tutti i Servizi 118 del Paese.

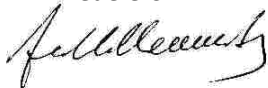
La delineazione condivisa di procedure, comportamenti e modalità operative, se da una parte accresce la sicurezza degli operatori, dall’altra permette di garantire la massima qualità e appropriatezza delle prestazioni, consentendo di assicurare al cittadino, allorquando si trovi in una condizione di emergenza sanitaria, di ricevere il trattamento più indicato svolto nel modo più opportuno, in ogni circostanza ed in ogni luogo dell’intero territorio nazionale.

Il documento, pur dettagliato ed approfondito, è proiettato verso implementazioni e integrazioni future, in virtù della dinamicità della materia e delle evoluzioni scientifiche e tecnologiche di settore, nonché delle innovazioni organizzative introdotte nel nuovo mondo sanitario. In questo senso, vuole rappresentare uno stimolo per un ulteriore sviluppo dello studio e della ricerca che portino ad ampliare, con metodo rigorosamente scientifico e criteri standardizzati, aspetti che al momento possono apparire non del tutto esaustivi.

Ritenendo che tutti i soggetti interessati alla materia, amministratori, operatori sanitari e tutti gli appartenenti all’intero mondo del soccorso o ad esso interessati, possono trarne elementi utili ed essere, di conseguenza, agevolati nell’edificazione e nella conduzione dei propri servizi di emergenza, si auspica che il documento possa trovare un favorevole accoglimento ed un’ampia diffusione.

Il personale riconoscimento va a tutti coloro che hanno fattivamente collaborato alla sua stesura ed hanno dedicato una parte significativa del proprio tempo per fornire il loro prezioso contributo, dimostrando un non comune senso di responsabilità e di partecipazione, nonché a tutti i soci della SIS118 che, anche indirettamente, hanno comunque assicurato il loro sostegno ed hanno fornito il proprio assenso alla sua realizzazione, consentendo, alla fine, il raggiungimento di un obiettivo di così alto livello.

Il Presidente SIS118
Dr. Fedele CLEMENTE



INDICE

Premessa	pag. 6
1. Caratteristiche generali	pag. 11
1.1 Denominazione e Acronimo	pag. 11
1.2 Tipologia di attività	pag. 11
1.3 Settore di appartenenza	pag. 11
1.4 Discipline mediche di appartenenza	pag. 11
2. Caratteristiche strutturali del SET-118	pag. 12
2.1 Tipo di struttura	pag. 12
2.2 Contesto organizzativo di appartenenza	pag. 12
2.3 Ente di appartenenza	pag. 12
2.4 Componenti strutturali	pag. 13
2.5 Sedi di attività	pag. 13
2.6 Condizioni e modalità operative	pag. 13
2.7 Ambito territoriale di attività	pag. 13
2.8 Aree territoriali	pag. 13
2.9 Personale	pag. 14
2.10 Presidi, farmaci e attrezzature	pag. 14
2.11 Tecnologia	pag. 14
2.12 Mezzi di servizio	pag. 14
3. Caratteristiche organizzative e funzionali	pag. 15
3.1 Dipendenza funzionale e giuridica del personale	pag. 15
3.2 Dotazione organica	pag. 15
3.3 Funzioni del personale	pag. 16
3.4 Collegamenti telematici	pag. 17
4. Centrale Operativa	pag. 18
4.1 Compiti e funzioni	pag. 18
4.2 Caratteristiche strutturali e tecnologiche	pag. 18
4.3 Postazioni di lavoro di Centrale Operativa	pag. 19
4.4 Sistema di valutazione e di gestione delle chiamate	pag. 20
4.5 Codici colore	pag. 20
5. Territorio	pag. 22
5.1 Postazioni	pag. 22
5.2 Postazioni fisse	pag. 22
5.3 Postazioni mobili	pag. 22
5.4 Punti di Primo Intervento territoriali	pag. 23
5.5 Basi di elisoccorso	pag. 23
5.6 Composizione dell'equipaggio di soccorso	pag. 23
5.7 Numero di postazioni con equipaggio di soccorso	pag. 24
6. Competenze professionali e Formazione	pag. 25
6.1 Formazione	pag. 25
6.2 Medici	pag. 25
6.2.1 Competenze	pag. 25



6.2.2 Piano formativo	pag. 26
6.3 Infermieri	pag. 26
6.3.1 Competenze	pag. 26
6.3.2 Piano formativo	pag. 26
6.4 Soccorritori	pag. 27
6.4.1 Competenze	pag. 27
6.4.2 Piano formativo	pag. 27
6.5 Autorizzazione all'uso del DAE	pag. 27
Glossario	pag. 28
Bibliografia e documentazione di riferimento	pag. 34

ALLEGATI

1. Criteri per il dimensionamento del SET-118
2. Requisiti tecnico-strutturali della Centrale Operativa e della Sala Operativa del SET-118
3. Requisiti tecnico-strutturali delle Postazioni Territoriali e dei Punti di Primo Intervento del SET-118
4. Criteri per l'Accreditamento Professionale volontario all'Eccellenza del SET-118
5. Criteri per l'Accreditamento all'Eccellenza della Centrale Operativa del SET-118:
 - A. Requisiti generali
 - B. Criteri per l'Accreditamento all'Eccellenza
 - C. Percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali
6. La formazione professionale degli operatori del SET-118
7. Criteri generali per i Trasporti Sanitari Secondari Urgenti
8. Standard minimi dei mezzi di soccorso
9. Attrezzature, presidi e farmaci minimi per i mezzi e per gli equipaggi del SET-118
10. Elisoccorso

Premessa

Il sistema di emergenza sanitaria nazionale nasce con il DPR 27 marzo 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza” ed è costituito da due componenti specifiche, strettamente interconnesse:

- ✓ il sistema di allarme e di emergenza territoriale, attivato dal numero telefonico unico e gratuito “118”, le cui componenti base sono le Centrali Operative e le Postazioni Territoriali con il relativo personale e mezzi di soccorso;
- ✓ il sistema di risposta della rete ospedaliera, i cui presidi sono individuati e definiti per livelli di competenza e responsabilità.

L'accesso al Sistema di Emergenza avviene attraverso due modalità:

- Richiesta di soccorso tramite contatto con la Centrale Operativa 118 sul numero telefonico breve “118”, unico per tutto il territorio nazionale, che, processata la richiesta, provvede, se questa è pertinente, ad inviare un proprio equipaggio di soccorso sul luogo dell'evento per assolvere alla prestazione sanitaria necessaria (trattamento in loco e/o trasporto in ospedale di riferimento) o, in caso contrario, ad indirizzare l'utente al servizio ritenuto più appropriato (medicina di base, pediatra di libera scelta, servizio di guardia medica,).
- Ingresso diretto al Pronto Soccorso ospedaliero o comunque alle strutture territoriali deputate alle attività di emergenza-urgenza, quali i Punti di Primo Intervento, che si prendono carico del paziente, effettuano la selezione delle richieste, praticano il primo trattamento in emergenza-urgenza, laddove indicato, e provvedono al suo ricovero, se necessario, nella stessa struttura o in una di livello superiore, previo trasferimento protetto.

Il Sistema di emergenza-urgenza, quindi, è rappresentato dall'insieme di strutture organizzate e deputate a fornire l'assistenza al paziente acuto e critico, cioè al paziente colpito da improvvise patologie che presentino le specifiche caratteristiche di emergenza-urgenza, pertanto non rinviabili. Le prestazioni di medicina ordinaria e preventiva, invece, sono assicurate dalla medicina di base e dalla continuità assistenziale.

In questo contesto, il Servizio di Emergenza Territoriale garantisce la riduzione del tempo libero da terapia nelle patologie acute e, in primis, in tutta la patologia traumatica e in quella tempo dipendente attraverso l'intervento precoce già sul luogo dell'evento. In tale ottica, costituisce l'elemento di cerniera tra l'attività sanitaria svolta sul territorio e quella svolta in ospedale, realizzando il raccordo tra esigenze della medicina extraospedaliera e quella ospedaliera attraverso la sua opera di coordinamento e di gestione degli interventi di soccorso, sia in caso di emergenza singola, sia in caso di catastrofe.

L'importanza assunta dallo stesso è tale da essere stata riconosciuta come Livello Essenziale di Assistenza (DPR 23 aprile 2008).

La “mission” del Servizio di Emergenza Territoriale 118 può, quindi, essere sintetizzata nel tendere alla “riduzione delle morti evitabili e delle gravi disabilità conseguenti a situazioni di emergenza – urgenza sanitaria” attraverso l'intervento diretto e qualificato

con il primo trattamento sul luogo dell'evento ed il trasporto protetto all'ospedale competente.

Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, per quanto attiene al sistema dell'emergenza-urgenza, recita:

“La rete dell'emergenza - urgenza sanitaria ha raggiunto in questi ultimi anni un livello di efficienza elevato e può essere considerata a tutti gli effetti un punto di forza del SSN. Il modello organizzativo attuale, delineato dalla normativa del '92, ha sicuramente portato al miglioramento della risposta sanitaria in Emergenza–Urgenza ed ha aumentato la cultura e l'attenzione sullo stesso sia da parte degli operatori sanitari che da parte dei cittadini fruitori di tale sistema.

A distanza di 20 anni dall'istituzione, tuttavia, accanto ad elementi di novità di livello europeo e di livello nazionale, quali l'istituzione del nuovo numero unico di emergenza “112”, la definizione degli standard europei dei mezzi di soccorso, l'organizzazione nelle maxiemergenze in risposta al pericolo di eventuali attacchi terroristici, l'istituzione della nuova scuola di specializzazione in Medicina d'Emergenza, nonché l'avanzamento della tecnologica (rete per la trasmissione delle immagini), sono emersi anche elementi di difformità nell'organizzazione del sistema stesso che ci inducono ad una riflessione e ad una rivisitazione/aggiornamento, per renderlo più efficiente ed omogeneo”.

Dalla sua prima istituzione ad oggi il Servizio di Emergenza Territoriale “118” ha ottenuto indubbi successi ed ha assunto una valenza di complessità e rilevanza tale che il modello strutturale organizzativo adottato, seppur sempre con gli stessi intenti assistenziali, si è diversificato a seconda dei bacini di utenza e di popolazione servita con la realizzazione di una Azienda specifica in due regioni (ARES 118 nel Lazio ed AREU in Lombardia), di uno specifico Dipartimento per l'Emergenza Territoriale in altre regioni (Piemonte, Regione Liguria, ad esempio) o di un'organizzazione riferita ad una Area Vasta in altre ancora (Emilia Romagna, Toscana, Molise, ad esempio).

Nel contempo, è cambiata anche la filosofia organizzativa dei percorsi assistenziali essendosi venuto ad affermare sempre più il concetto di un sistema in rete per le patologie tempo dipendenti e di maggior complessità per le quali il modello Hub e Spoke ha dimostrato la sua validità, confermata dai successi ottenuti dall'interazione tra il Servizio “118” e la rete ospedaliera e dimostrando come due settori distinti, ma operanti su procedure condivise, possono assicurare la continuità reale dell'assistenza. Tale modello, inoltre, è in grado di offrire una gamma completa di risposte al paziente se potrà coordinarsi con le centrali di continuità assistenziali, ove esistenti, e più in generale con la medicina di base, punto cardinale di riferimento assistenziale per i cosiddetti “codici bianchi”.

Con la recente istituzione della Specializzazione in Medicina di Emergenza (Decreto pubblicato sulla G.U. n. 118 del 23 maggio 2006) viene inoltre dato un ulteriore riconoscimento della concreta operatività del sistema dell'emergenza-urgenza e nel contempo si specificano le competenze che il Medico dell'Urgenza deve possedere nell'esercizio della sua attività, quale che sia il settore in cui venga impiegato (territorio od ospedale).

Ulteriori impegni attendono il sistema sanitario dell'emergenza territoriale, ed in particolare l'attivazione del numero unico dell'emergenza europeo 112, che comporterà un rimodellamento delle procedure integrative tra tutti gli enti istituzionali che a vario titolo partecipano alla attività di emergenza sul territorio. A questo proposito, va ricordato il comune lavoro tra Servizi "118" e Protezione Civile, lavoro che ha comportato la condivisione e la realizzazione di procedure e modalità operative da mettere in atto in occasione di maxiemergenze, catastrofi e grandi eventi che hanno accentuato la peculiarità, autonomia e specificità del servizio di emergenza territoriale e che prevedono un'attività comune "in progress" continuo.

Il servizio si è dotato di tecnologie che permettono l'operatività propria del sistema di comunicazione, per lo più integrato nelle sue componenti di telefonia, di radio e di informatica, alle quali si possono aggiungere tecnologie che permettono la trasmissione di dati e di immagini tra territorio, centrale operativa e servizi ospedalieri. Dove realizzati, costituiscono un importante esempio di duttilità e di miglioramento delle funzionalità e dell'appropriatezza dei percorsi clinici.

In sintesi, sta prendendo sempre più corpo l'ipotesi di un nuovo modello organizzativo della salute in cui, a fronte di un potenziamento delle attività sul territorio (Distretto) e della realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse, non si può che prevedere la presenza di un servizio di emergenza territoriale sempre più professionale e tecnologicamente avanzato, in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con l'attività del distretto e con la rete ospedaliera garantendo, in tal modo, una reale continuità assistenziale nell'interesse della popolazione.

Sotto questo aspetto, nell'ottica di favorire il processo di rimodulazione della rete ospedaliera e l'efficacia dei piani regionali di rientro senza lasciare scoperte da assistenza le popolazioni residenti nelle aree periferiche, non solo per le situazioni di emergenza ma anche per le cosiddette urgenze "minori", il servizio "118" con protocolli locali e decentrati può permettere di risolvere in ambito extraospedaliero (domicilio del paziente, luogo dell'evento o presso la sede della postazione territoriale) situazioni cliniche urgenti suscettibili di risoluzione in loco, senza necessariamente dover ricorrere al trasporto o al ricovero in ospedale, contribuendo così alla riduzione dei cosiddetti "accessi impropri" al Pronto Soccorso e andando a rafforzare di fatto quell'indispensabile elemento di congiunzione fra medicina territoriale e medicina ospedaliera.

A livello nazionale le sacche di disomogeneità del sistema ancora presenti, legate a fattori culturali, economici e politici, non possono essere condivise in quanto ad ogni cittadino italiano che si trovi in situazione di emergenza deve essere assicurato un intervento di soccorso quanto più qualificato possibile in ogni area del Paese. Pertanto, devono essere superate le differenze sostanziali tra le diverse realtà e va perseguito l'obiettivo di omogeneizzare ed uniformare l'attività di emergenza sanitaria, pur nel rispetto delle singole specificità.

In linea con quanto sopra affermato e tenendo conto dell'esperienza maturata negli anni intercorsi dall'attivazione del Servizio "118" si ritiene necessario, pur nel rispetto delle

peculiarità regionali e delle relative organizzazioni, prevedere una configurazione di livello nazionale del “118”, intesa sia come atteggiamento unitario di fronte alla monoemergenza, con indicazioni, raccomandazioni e protocolli condivisi, sia come comportamento uniforme per trasferimenti e afferenze in regioni diverse da quella di appartenenza (per ragioni di prossimità ospedaliera, per interventi maggiori, ecc.) o per competenze specialistiche (ECMO adulti e pediatrica, cardiocirurgia, microchirurgia, grandi ustionati, ...), sia in caso di maxiemergenze locali che nazionali.

Tutto ciò premesso, appare evidente che la compatibilità completa non può essere ottenuta se non facendo riferimento a standard costitutivi nazionali, codifiche e terminologie comuni, criteri attuativi di organizzazione e professionalità uniformi, definiti con il coinvolgimento dei Ministeri competenti (Salute, Comunicazioni, Trasporti) e, per quanto riguarda le maxiemergenze, del Dipartimento di Protezione Civile, d'intesa con la Conferenza Stato Regioni e adeguandosi agli orientamenti della Comunità Europea, in tema di:

- Pianificazione di una rete di comunicazioni nazionale;
- Aggiornamento della normativa sui mezzi di soccorso, eventualmente sull'utilizzo dei segnalatori acustico/luminosi, sulla colorazione uniforme, sull'uso dei caratteri distintivi;
- Definizione degli aspetti tecnici e normativi che regolano i rapporti con le altre strutture di soccorso non sanitario (VVF, Carabinieri, Polizia);
- Definizione delle competenze dei Servizi “118” nell'ambito dei trasporti per espianti e trapianti;
- Definizione delle competenze dei Servizi “118” nell'ambito di emergenze nazionali di origine naturale, industriale e umanitaria;
- Definizione delle competenze dei Servizi “118” nell'ambito delle emergenze/catastrofi internazionali.

Il Documento

Stante la premessa, la Società Italiana Sistema 118, costituita da Direttori delle Centrali Operative “118” e da Operatori Sanitari e Tecnici del Sistema, forte del suo ruolo di Società Scientifica, multidisciplinare e multiprofessionale, sulla base delle esperienze acquisite in questi anni e consapevole della evoluzione continua propria, nonché delle sfide da affrontare nel prossimo futuro, ritiene opportuno presentare i criteri e standard organizzativi, funzionali ed operativi del Servizio “118” con gli obiettivi, peraltro espressi all'atto della sua costituzione (1997) ed esplicitati nel suo Manifesto (2009), di garantire l'equità dell'assistenza in emergenza, diffondere la cultura dell'emergenza ed assicurare che, a livello nazionale, si realizzino sistemi di emergenza territoriali omogenei, efficienti, efficaci ed appropriati, correttamente inseriti in un Sistema Sanitario in evoluzione che richiede una più razionale allocazione delle risorse e l'uso di una tecnologia sempre più all'avanguardia.



La stesura del presente documento ha richiesto 10 mesi di studio e di lavoro durante i quali tutti i soci della SIS118 hanno potuto fornire preziosi e validi contributi, in parte derivanti dalle esperienze personali e multiformi delle diverse aree territoriali italiane ed in parte ottenuti dalla letteratura e da precise esperienze internazionali. Lo studio è culminato nella riunione di consenso tenutasi a Roma nei giorni 3 e 4 luglio 2012 che ha visto un'ampia e significativa partecipazione di esperti e di addetti ai lavori, in cui sono stati discussi e definiti i diversi aspetti della materia.

Considerato che il complesso sistema è in continuo divenire ed è soggetto alle innovazioni scientifiche e tecnologiche, ai cambiamenti delle istanze sanitarie, alle sempre più contenute risorse economiche disponibili, la SIS118 ritiene che l'impegno non si concluda licenziando questo documento e si prefigge di perseguire un percorso di miglioramento continuo del sistema di emergenza territoriale e quindi di pervenire periodicamente ad una revisione e adeguamento dei Criteri e Standard del Servizio "118", sia attraverso l'implementazione di quanto previsto dalle nuove linee guida delle Società Scientifiche di settore, sia rifacendosi alle migliori esperienze nazionali ed internazionali.

Al documento, inoltre, sono aggiunti alcuni allegati che contengono approfondimenti su temi specifici delle attività del Servizio di Emergenza Territoriale "118". Anche per essi è prevista una revisione periodica, mentre ulteriori allegati sono ancora in corso di studio e di elaborazione e saranno presentati non appena conclusi.

1. Caratteristiche Generali

Razionale

Il Servizio di Emergenza Territoriale, indicato dal DPR 27 marzo 1992, garantisce nell'ambito dei livelli assistenziali in emergenza sanitaria la ricezione delle richieste di soccorso, attraverso il numero telefonico breve "118", unico e gratuito, dedicato alla segnalazione delle situazioni di emergenza sanitaria, e gli interventi di soccorso sanitario sul territorio di competenza.

Al fine di ottenere una identificazione univoca del servizio in ambito nazionale, necessaria anche per determinare una sua più puntuale collocazione nel contesto delle attività sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, si rende opportuno l'adozione di una denominazione unica, quanto più rispettosa e chiara possibile delle attività svolte e che tenga possibilmente conto di quelle già in uso. Inoltre, si rende anche opportuno definire con esattezza le funzioni svolte ed il settore sanitario di appartenenza.

1.1 Denominazione

- Servizio di Emergenza Territoriale 118 (**SET-118**)

1.2 Tipologia di attività

- Attività di pianificazione, gestione, coordinamento operativo e di risposta all'emergenza sanitaria territoriale nell'arco delle 24 ore, e più in particolare:
 - ricezione, analisi e processazione delle richieste di soccorso;
 - interventi di primo soccorso e di assistenza nei casi di urgenza ed emergenza esterni ai presidi ospedalieri, con mezzo attrezzato e con personale qualificato secondo la vigente normativa;
 - trasferimenti assistiti a bordo di mezzi sanitari attrezzati;
 - attività organizzative ed assistenziali in occasione di maxi-emergenze convenzionali e non;
 - attività nei P.P.I. e, ad integrazione, nei D.E.A. / Pronto Soccorso e aree afferenti.

Più in dettaglio, il SET-118 svolge le proprie attività dal momento della ricezione delle richieste di soccorso, con azione di filtro delle patologie urgenti ed emergenti per un corretto indirizzo delle richieste sanitarie, effettuazione dell'intervento ed ultimazione dello stesso, fino alla risoluzione del caso o alla consegna del paziente al Pronto Soccorso o direttamente alla specialità competente per la cura definitiva. Inoltre, è in grado di provvedere all'inquadramento ed al trattamento delle urgenze minori in ambito extraospedaliero, intese come patologie che non presentino le caratteristiche delle emergenze-urgenze a rischio di vita ma che richiedono comunque un trattamento ed una risoluzione in tempi brevi.

1.3 Settore di appartenenza

- Servizio Sanitario Nazionale (Servizio Sanitario Regionale)

1.4 Discipline mediche di riferimento

- Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza
- Anestesia e Rianimazione

2. Caratteristiche Strutturali del SET-118

Razionale

Il “SET-118” svolge un’attività compresa nei LEA (DPCM del 23 aprile 2008), pertanto obbligatoria e squisitamente sanitaria, posta in capo al Servizio Sanitario Nazionale e Regionale. Deve pertanto possedere le analoghe prerogative organizzative e strutturali delle classiche strutture del SSN, al fine di essere nelle condizioni di poter svolgere al meglio le proprie funzioni. Indispensabile appare la necessaria autonomia gestionale e funzionale così come il controllo e la gestione diretta di tutte le risorse umane e materiali assegnate e necessarie al conseguimento dei propri obiettivi. Il Servizio ha la responsabilità dei risultati e pertanto deve garantire la qualità alle prestazioni. Inoltre, deve potersi rapportare con la giusta autorevolezza con le altre strutture interne al SSN (SSR) e con gli enti esterni non sanitari coinvolti ed interessati alle stesse tematiche.

2.1 Tipo di struttura

- Il SET-118 è una Unità Operativa Complessa (U.O.C.) costituita dalla Centrale Operativa e dalle Postazioni di Soccorso mobili e fisse con i Punti di Primo Intervento, sotto la responsabilità del Direttore della U.O.C. La funzione giustifica il riconoscimento di un alto livello di complessità strutturale ed organizzativa.
- Laddove il SET-118 operi su un territorio che comprende diverse Aziende Sanitarie, devono essere previsti referenti di area medici ed infermieristici che rispondono direttamente al Direttore del SET-118.

2.2 Contesto organizzativo di appartenenza

L’U.O.C. SET-118, nell’ambito del SSN (SSR), può appartenere a:

- Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I o di II livello di un’Azienda Sanitaria del SSR (Azienda Sanitaria Locale - ASL - o Azienda Ospedaliera – AO) deputata all’erogazione di tutte le tipologie di prestazioni sanitarie, se è presente una sola U.O.C. di SET-118 in ambito regionale, posizionata in un DEA di II livello;

oppure a:

- Dipartimento di Emergenza Sanitaria Territoriale costituito nell’ambito di una singola Azienda Sanitaria del SSR (ASL o AO) o, con valenza interaziendale, fra diverse Aziende Sanitarie del SSR (ASL e/o AO) deputate all’erogazione di tutte le tipologie di prestazioni sanitarie, se sono presenti più di una U.O.C. di SET-118 in ambito regionale);

oppure a:

- Azienda Sanitaria del SSR (SSN) deputata esclusivamente alle attività di emergenza sanitaria territoriale.

2.3 Ente di appartenenza

L’appartenenza giuridica della U.O.C. SET-118 è attribuita a:

- Azienda Sanitaria del SSN (Azienda Sanitaria Locale, Provinciale o Regionale o Azienda Ospedaliera) deputata all’erogazione di tutte le tipologie di prestazioni sanitarie, oppure deputata esclusivamente all’erogazione di attività di emergenza territoriale.

2.4 Componenti strutturali

Le componenti strutturali/operative che vanno a costituire l'U.O.C. SET-118 sono

- Centrale Operativa
- Postazioni territoriali fisse e mobili
- Punti di Primo Intervento territoriali

2.5 Sedi di attività

Le sedi operative in cui si svolge l'attività della U.O.C SET-118 sono principalmente rappresentate da:

- Centrale Operativa
- Postazioni territoriali fisse e mobili
- Punti di Primo Intervento territoriali ed ospedalieri
- Pronto Soccorso – DEA
- Posto Medico Avanzato – PMA

Ulteriori Sedi e Funzioni aggiuntive possono essere previste dalla programmazione regionale o locale previo adeguamento delle risorse

2.6 Condizioni e modalità operative

Le modalità operative del SET-118 sono rappresentate, in sintesi, da:

- Attività unitaria svolta sotto un'unica direzione a cui è attribuita la responsabilità dei risultati e la gestione complessiva di tutte le risorse umane, tecnologiche ed economiche, sia della Centrale che del Territorio

2.7 Ambito territoriale di attività:

- Ambito di norma provinciale, che consente di svolgere al meglio tutte le funzioni attribuite, in considerazione della rilevante complessità organizzativa del SET-118. L'ambito provinciale si giustifica per:
 - numero di popolazione servita;
 - estensione del territorio di competenza;
 - numero di personale gestito, di differente tipologia e professionalità;
 - logistica organizzativa, particolarmente articolata per la diffusa distribuzione delle risorse sul territorio;
 - presenza sullo stesso territorio di enti pubblici e privati e di organizzazioni, sanitari e non, coinvolti nelle situazioni di emergenza che fanno solitamente capo a livelli provinciali di coordinamento;
 - funzioni vicarianti del SET-118 di provincia confinante in caso di dissesto idrogeologico che ne comprometta la funzionalità e/o il coordinamento delle postazioni territoriali.
- In casi particolari la programmazione regionale può prevedere l'istituzione o il mantenimento di SET-118 di minore o maggiore dimensione in base alla tipologia ed estensione del territorio di riferimento ed alla popolazione servita, secondo ravvisata necessità.

2.8 Aree territoriali

La SIS118, adottando lo standard indicato dalla Commissione Europea "Metodologia OECD", definisce la suddivisione delle Aree nel seguente modo:

- Aree Prevalentemente Rurali (PR): <150 abitanti/kmq

- Aree Intermedie (RI): dai 150 ai 250 abitanti/kmq
- Aree Prevalentemente Urbane (PU): >250 abitanti /kmq

2.9 Personale

Il personale è strutturalmente assegnato al Servizio e dipende direttamente dalla Direzione del SET-118, fatta eccezione per il personale volontario delle Associazioni che partecipano alle sue attività. È rappresentato da:

- Medici
- Infermieri
- Soccorritori (*)
- Tecnici
- Amministrativi

() Per Soccorritore si intende la figura che include il ruolo e le funzioni di autista / ausiliario-barelliere / soccorritore ed è rappresentato dal personale dipendente dal SSR con le qualifiche di autista o di ausiliario impiegato nell'emergenza territoriale oppure da personale iscritto ad Associazioni di Volontariato/Enti accreditati con i Servizi Sanitari Regionali.*

2.10 Presidi, farmaci e attrezzature

La dotazione delle attrezzature sanitarie comprende tutti i presidi che consentono di svolgere di assicurare la migliore assistenza possibile in emergenza secondo lo stato dell'arte dell'evoluzione scientifica e l'evidenza medica. Sinteticamente, sono rappresentate da:

- Apparecchiature elettromedicali e non, portatili
- Farmaci per le emergenze-urgenze
- Presidi sanitari per le emergenze-urgenze

2.11 Tecnologia

La tecnologia impiegata di supporto alle attività è strettamente connessa con l'evoluzione del settore e con la disponibilità di strumenti all'avanguardia. È principalmente rappresentata da:

- Sistema informatico per la gestione delle chiamate e degli interventi allineato con l'NSIS
- Sistema di comunicazione integrato ed interoperabile a più livelli

2.12 Mezzi di servizio:

I mezzi di servizio possono essere di varia tipologia, determinati dalla programmazione locale in base alle esigenze specifiche del territorio ed alle necessità del soccorso. Per essi, vanno inoltre previste idonee modalità di tenuta e di manutenzione:

- Ambulanza
- Automedica
- Motomedica
- Eliambulanza
- Idroambulanza
- Mezzi speciali (ad es. cingolati, quad, motoslitte, carrelli e rimorchi per il trasporto di materiali ed attrezzature di supporto per il PMA in caso di Maxiemergenze, di eventi NBCR, Centri Operativi Mobili, ecc.)

3. Caratteristiche organizzative e funzionali

Razionale

Tutto il personale, addetto e operante in Centrale e sul Territorio, dipende dall'Azienda, nel contesto del SSR, ed è assegnato con incarico formale al SET-118. Ogni figura svolge le proprie funzioni nel rispetto dei diritti/doveri stabiliti dalle norme di legge e dai CCNL della categoria di appartenenza.

Le associazioni di Volontariato/Enti accreditati con i Servizi Sanitari regionali, nel rispetto della programmazione regionale, possono integrarsi con il SET-118 fornendo personale soccorritore attraverso rapporti di convenzione o contrattuali ben definiti. In ogni caso, essi rispondono funzionalmente alla direzione del SET-118 al fine di garantire uniformità, qualità ed affidabilità alle prestazioni erogate, in relazione a protocolli clinico-organizzativi concordati.

Tutto il personale, eccetto quello che è in possesso di specifici incarichi, deve poter ruotare nelle diverse sedi e funzioni del servizio (Centrale Operativa, Postazioni Territoriali, Punti di Primo Intervento, Elisoccorso, Pronto Soccorso, ecc.)

3.1 Dipendenza funzionale e giuridica del personale

Al fine di poter garantire costantemente le attività poste a carico del Servizio, si ritiene che il personale impiegato abbia:

- dipendenza strutturale e funzionale dal SET-118 e dipendenza giuridica dall'Azienda Sanitaria (ASL o AO) del SSR di appartenenza del SET-118

3.2 Dotazione organica

La dotazione organica risulta così costituita:

- Direzione di Struttura Complessa SET-118
 - Dirigente Medico con incarico quinquennale affidato a seguito di pubblico concorso
- Responsabilità di Unità Operativa Semplice o di Incarico Professionale o di Coordinamento
 - Dirigente Medico per ogni incarico formalmente attribuito in rapporto alla complessità locale
- Dirigente infermieristico
 - Laddove il SET-118 operi su un territorio che comprende diverse Aziende Sanitarie, o in presenza di una struttura dipartimentale che comprenda più SET-118, deve essere previsto un dirigente infermieristico
- Coordinamento infermieristico
 - Uno o più infermieri coordinatori in base alla complessità del SET-118
- Coordinamento medico in Centrale Operativa
 - Dirigenti Medici o Medici ex-art 96 ACN dei MMG a tempo indeterminato in numero di 6 unità per garantire la presenza costante h/24 in Centrale Operativa.
Per i Medici ex-art. 96 ACN dei MMG, al fine di dare stabilità ed uniformità al servizio attraverso la presenza di una unica tipologia di figura medica, si ritiene utile l'applicazione del disposto del D.Lgs. 229 del 19 giugno 1999, circa l'inquadramento nella dirigenza medica dei medici incaricati nell'emergenza territoriale sulla base dell'art. 96 dell'ACN dei MMG.

- Postazioni di lavoro di Centrale Operativa

- Infermieri in numero di 6 unità per ogni posto operatore di Centrale attivo h/24, per un numero minimo di 2 postazioni; per altre eventuali postazioni, il numero sarà proporzionato alle ore di attività ed al carico di lavoro. Gli infermieri possono essere coadiuvati, laddove ritenuto opportuno, da personale tecnico o di supporto sanitario.

- Postazioni territoriali

- Dirigenti Medici o Medici ex-art 96 ACN dei MMG a tempo indeterminato in numero di 6 unità in ogni postazione con medico attiva h/24.

Al fine di garantire la necessaria omogeneità e stabilità, sia funzionale che operativa, al servizio, si sottolinea l'opportunità di avere una figura medica unica, inquadrata nello stesso ruolo giuridico ed afferente allo stesso tipo di contratto; a tale scopo, si ritiene valida, a regime, l'applicazione del disposto del D.Lgs. 229 del 19 giugno 1999, circa l'inquadramento nella dirigenza medica dei medici incaricati nell'emergenza territoriale sulla base dell'art. 96 dell'ACN dei MMG.

- Infermieri dipendenti in numero di 6 unità per ogni postazione con infermiere attiva h/24
- Soccorritori dipendenti della ASL o personale appartenente ad Associazioni di Volontariato/Enti accreditati con i servizi sanitari regionali in numero adeguato a ricoprire ogni postazione attiva h/24 in cui essi sono previsti

- Staff di supporto alla direzione del SET-118

In base alla dimensione del SET-118 ed alla mole di attività svolta, nonché in considerazione dell'alto numero di personale gestito e della complessità della logistica organizzativa, si rende necessario la costituzione di uno specifico staff, composto da:

- Dirigenti medici con incarico di responsabilità di U.O.S. o di Incarico Professionale o di Coordinamento, se previsti
- Dirigente infermieristico, se previsto
- Coordinatore infermieristico
- Supporto amministrativo adeguato alla complessità della struttura
- Supporto tecnico per l'informatica e le comunicazioni

Il personale medico, eccetto quello con funzioni di coordinamento, e tutto il personale infermieristico, potrà essere utilizzato in Centrale Operativa e nelle Postazioni Territoriali sulla base dell'organizzazione assunta dal SET-118 di appartenenza.

3.3 Funzioni del personale

Le funzioni del personale possono essere cos' riassunte:

- Direttore:
 - gestione e responsabilità complessiva del Servizio;
- Staff di direzione:
 - supporto alla direzione con incarichi diversificati;
- Medici con funzioni di coordinamento di SET-118 con presenza h/24:
 - gestione delle attività correnti di responsabilità della Centrale Operativa durante il servizio;
- Infermieri coordinatori di SET-118:
 - funzioni di coordinamento e di gestione quali assegnati dal CCNL;
- Infermieri alle postazioni di lavoro di C.O.:



- gestione delle richieste di soccorso nelle modalità previste dai protocolli adottati;
- Personale tecnico o di supporto sanitario
 - funzioni di supporto alle attività del personale infermieristico secondo quanto stabilito dal Direttore di U.O.C.
- Medici, infermieri e soccorritori sul territorio:
 - prestazioni di competenza sui mezzi di soccorso e nelle sedi del Servizio su richiesta della CO;
- Tecnico informatico:
 - cura dei sistemi informatico e di comunicazioni;
- Amministrativo:
 - gestione e supporto amministrative.

3.4 Collegamenti telematici

La Centrale Operativa ed il Territorio devono essere strettamente collegati attraverso sistemi di comunicazione e telematici, possibilmente a circuito chiuso, che permettano lo scambio protetto delle informazioni e dei dati dell'attività e che devono interessare sia le sedi fisse delle postazioni territoriali che i mezzi di soccorso in movimento. Inoltre, la Centrale Operativa deve avere collegamenti telematici diretti con le strutture ospedaliere e con gli enti ed organizzazioni esterni al servizio che siano coinvolti nei soccorsi e nelle situazioni di emergenza. Tali collegamenti devono essere realizzati attraverso i mezzi messi a disposizione dalla moderna tecnologia (telefonia fissa, telefonia cellulare, radio, linee a larga banda, ecc.) devono garantire sia le comunicazioni foniche che il traffico dati, anche facendo ricorso a sistemi di back-up, e, dove necessario, devono essere ridondanti.

4. Centrale Operativa

Razionale

La Centrale Operativa costituisce la centralità del servizio essendo la sede dell'organo direttivo dell'intero sistema di emergenza territoriale e di gestione di tutte le fasi dell'intervento, dalla ricezione delle richieste fino alla conclusione dell'evento. Nell'ambito del coordinamento generale, cura tutti gli aspetti organizzativi e programmatori del servizio, compreso la gestione del personale e di tutte le risorse assegnate ed i rapporti con enti e strutture esterne coinvolte nelle emergenze. Deve, infine, essere a conoscenza dell'organizzazione sanitaria, territoriale ed ospedaliera, dell'area di riferimento onde poter indirizzare correttamente i pazienti acuti in ogni situazione di emergenza.

4.1 Compiti e funzioni

La Centrale Operativa (C.O.) è la sede dell'organo direttivo dell'intero sistema di emergenza territoriale, quale definito dalle istituzioni regionali, ed è la sede di ricezione delle richieste di soccorso, della loro valutazione e dell'attivazione della risposta più idonea.

In essa, quindi, sono raccolte le funzioni di comando e controllo, che consistono principalmente nella gestione di tutto il personale assegnato, sia di Centrale che del Territorio, e di tutte le risorse attribuite, tecnologiche e strumentali:

- definisce i protocolli operativi di tutto il complesso di attività, anche qui sia di Centrale che del Territorio, cui tutti gli operatori devono attenersi;
- cura la programmazione della formazione, che coinvolge tutte le figure professionali che a vario titolo operano nell'ambito del sistema di emergenza territoriale;
- predispone i piani di intervento speciali;
- mantiene i rapporti con enti e strutture esterni.

In essa è centralizzata l'archiviazione dei dati generali e particolari dell'intero sistema.

Per quanto riguarda le funzioni direttamente connesse agli interventi di emergenza, la Centrale Operativa deve facilitare l'accesso dell'utente, operare la valutazione della tipologia e del grado di complessità dell'evento segnalato, attivare le proprie risorse territoriali e coordinare l'intervento, fornendo dettagliate istruzioni prearrivo utili al paziente, coinvolgere il distretto quando indicato (MMG, Medici di Continuità assistenziale, Pediatri di libera scelta, Servizi di assistenza e supporto)

Alla C. O., inoltre, sono assegnate le funzioni di coordinamento sanitario in occasione di maxiemergenza (Decreto ministeriale del 13 febbraio 2001: criteri di massima per i soccorsi sanitari nelle catastrofi - e Successivi).

L'attività della C.O. si svolge secondo quanto previsto nei protocolli operativi interni, la cui redazione ed esecuzione è responsabilità precipua del Direttore del SET-118 che è tenuto anche alla loro diffusione, all'aggiornamento ed alla condivisione degli stessi con i Direttori degli altri SET-118; questi devono essere resi noti, per quanto di competenza, anche alle diverse istituzioni coinvolte nel sistema di emergenza/urgenza.

La corretta realizzazione di tutte le attività connesse alla gestione dei soccorsi deve essere codificata e continuamente rivalutata per rispondere alle esigenze di un servizio che, per le sue caratteristiche, non può permettersi errori.

4.2 Caratteristiche strutturali e tecnologiche

La struttura deve possedere caratteristiche di autonomia operativa ognitempo, organizzata in livelli o in strutture modulari singole adiacenti, sovrapposte od affiancate.

Deve possedere al suo interno aree dedicate agli uffici di direzione, amministrativi, infermieristici, tecnici ed ai rapporti con il personale e con il pubblico per le funzioni di gestione, coordinamento, programmazione, organizzazione e controllo, nonché per riunioni e per le attività di formazione. Inoltre, devono essere presenti magazzini/deposito per attrezzature e materiali e, in base all'organizzazione locale, aree dedicate al ricovero di mezzi.

La Sala Operativa costituisce l'elemento centrale della attività e deve possedere le caratteristiche ergonomiche necessarie per svolgervi al meglio le funzioni richieste. L'accesso deve essere riservato unicamente al personale in servizio ed i posti degli operatori di Centrale devono essere disposti in modo da consentire l'autonomia funzionale senza interferenze e, nello stesso tempo, la facilitazione dell'integrazione e dello scambio di informazioni. È dotata di apparati di comunicazione fonica e di trasmissione dati, di un apparato di registrazione fonica e di tutta la tecnologia necessaria, compresa l'adeguata alimentazione elettrica e la presenza di gruppi di continuità.

Il sistema informatico deve essere in grado di facilitare la gestione dei processi operativi predisposti per rispondere e gestire una richiesta di intervento di emergenza, deve disporre di dati, aggiornati in tempo reale, deve consentire il riconoscimento e l'ubicazione del chiamante, deve utilizzare un sistema cartografico e deve migliorare la capacità di monitoraggio del servizio attraverso la raccolta, l'analisi e la valutazione di dati e delle informazioni. Deve, inoltre, consentire di gestire i Flussi Informativi delle prestazioni di emergenza-urgenza del SET-118, sia verso il livello regionale che verso il livello nazionale, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Il sistema telefonico deve prevedere opzioni di backup che si attivino automaticamente in caso di interruzione del flusso principale. È composto da un sistema interno a circuito chiuso, che collega la Centrale con tutte le postazioni territoriali e con le strutture coinvolte nelle emergenze, e da un sistema aperto con l'esterno. Utilizza sistemi di telefonia fissa e telefonia mobile all'avanguardia.

Il sistema radio deve utilizzare le coppie di frequenze rese disponibili in forma gratuita ed esclusiva dal Ministero della Salute ai Servizi 118 su scala nazionale in base al D.M. 6-10-1998 "Assegnazione delle coppie di frequenze, canalizzate 12,5 KHz, ricadenti nella banda 450 MHz, al Ministero della Sanità per le esigenze del sistema di emergenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale" e deve avere adeguata copertura del territorio di riferimento.

Il sistema di registrazione fonica, integrato con il sistema informatico, deve permettere il riascolto immediato delle conversazioni e deve costituire l'archivio delle comunicazioni stesse.

4.3 Postazioni di lavoro di Centrale Operativa

Il personale delle postazioni di lavoro di Centrale è rappresentato da infermieri, in quanto le funzioni richieste sono strettamente legate alla specifica qualifica professionale.

- Dotazione minima:
 - 2 postazioni
- Il numero di postazioni occorrenti, tale da consentire l'appropriatezza della risposta, in termini di selezione e di gestione della chiamata, è calcolato in base alla popola-

zione servita dal SET-118 incrementando una postazione ogni ulteriore aumento del 50% della popolazione:

- 2 postazioni: fino a 300.000 residenti;
- 3 postazioni: da 300.000 a 450.000 residenti;
- 4 postazioni: da 450.000 a 675.000 residenti;
- 5 postazioni: da 675.000 a 1.012.500 residenti;
- 6 postazioni: da 1.012.500 a 1.518.750 residenti;
- ecc.

Ove la sala operativa sia organizzata in nuclei separati di “valutazione della chiamata” e “gestione dell'intervento”, il numero dei posti operatore nei singoli nuclei va dimensionato anche per il numero di chiamate e per il numero di interventi.

In base a questi parametri possono essere valutati gli incrementi temporanei necessari per particolari iperafflussi stagionali e resta salva la possibilità di effettuare ulteriori modifiche suggerite dalla verifica dell'effettivo numero di chiamate a seguito dell'introduzione del call-center laico del “112”.

4.4 Sistema di valutazione e di gestione delle chiamate

Gli operatori addetti alla valutazione delle chiamate telefoniche devono utilizzare specifici protocolli di intervista (dispatch), possibilmente informatizzati, che indirizzino nella corretta interpretazione delle chiamate.

Il dispatch deve permettere, tramite un sistema integrato e precodificato di domande standard, di gestire in modo ottimale ed omogeneo le richieste di soccorso, individuando le circostanze dell'accaduto, codificando in maniera omogenea la criticità dell'evento e identificando le migliori risorse da attivare. Deve inoltre includere la somministrazione di istruzioni prearrivo, preventivamente predisposte e immediatamente disponibili, tali da fornire agli astanti le informazioni necessarie per l'effettuazione delle manovre di primo soccorso e dei criteri di autoprotezione in attesa dell'arrivo dell'equipaggio. Viene di fatto ridotta la componente soggettiva di interpretazione dell'accaduto.

I protocolli adottati devono essere valutabili tramite indicatori e verificati periodicamente secondo criteri di qualità.

Deve essere disponibile un servizio di interpretariato telefonico multilingue di rapida attivazione.

4.5 Codici colore

Il codice colore individua la gravità presunta dell'evento ed in qualche modo condiziona la modalità di risposta.

Il SET-118 interviene e gestisce gli interventi di soccorso per i codici:

- Rosso
- Giallo
- Verde

mentre fornisce solo consiglio telefonico o rinvia al medico di famiglia o alla Continuità Assistenziale in caso di codice:

- Bianco

Poiché la definizione dei codici Rossi, Gialli e Verdi fornita dalle norme di legge non permette un'attribuzione uniforme in tutte le C.O., si rende necessaria l'adozione di nuove definizioni, più aderenti alle esigenze sanitarie, che si ritiene debbano essere:



▪ Codice Rosso:

- Riferita o sospetta assenza o grave alterazione anche di una sola delle funzioni vitali (coscienza / respiro / circolo) o della motilità corporea non distrettuale

▪ Codice Giallo:

- Riferito o sospetto interessamento con compromissione in atto o a rischio di evoluzione di uno o più apparati o organi che possono influire sulle funzioni vitali (cervello-coscienza / torace-respiro-circolo / addome-circolo-arti / traumatismi complessi-circolo) e la motilità
- Circostanze ambientali o situazionali che possono complicare il soccorso sanitario o includere rischio evolutivo

▪ Codice Verde:

- Patologia di apparato o di organo che all'intervista telefonica non appare porre a rischio la vita o le funzioni vitali ma richiede comunque un intervento sanitario ed un trattamento in urgenza o il ricovero (frattura di un arto, ferita superficiale, colica renale, ecc.)
- Circostanze ambientali o situazionali che non appaiono porre a rischio la vita o le funzioni vitali ma richiedono comunque un intervento sanitario ed un trattamento in tempi brevi o il ricovero (concomitanza di indici di trauma maggiore, rischi ambientali, ecc.)

▪ Codice bianco:

- Situazione clinica non acuta, meritevole di trattamento di elezione in tempi dilazionati, di competenza della Medicina di Base e/o della Continuità Assistenziale o risolvibile con consigli telefonici

Tutti i codici devono avere appositi correttivi relativi alla dinamica dell'evento o a circostanze ambientali o situazionali che possono includere rischio evolutivo.

5. Territorio

Razionale

L'attività del "SET-118" si basa su una rete di postazioni territoriali, costituenti il braccio operativo del servizio, adeguata al modello assistenziale individuato al fine di fornire il miglior standard di risposta professionale possibile al cittadino-utente in evidente/potenziabile pericolo di vita, in conformità agli standards operativi temporali di intervento previsti dal legislatore. Tali postazioni hanno sedi fisiche così come determinate dalla programmazione regionale o locale sulla base di criteri strategici, e sono costituite dagli equipaggi di soccorso.

Gli equipaggi medicalizzati sono da considerare l'elemento operativo di base e di valenza qualitativa determinante delle postazioni del SET-118 attorno a cui ruotano le altre tipologie di equipaggi. Prevengono e riducono le morti evitabili, gli esiti invalidanti delle patologie acute e possono risolvere in ambito pre-ospedaliero le patologie risolvibili in tale sede, le cosiddette "urgenze minori".

La presenza di postazioni senza medico, con infermieri e soccorritori o con soli infermieri ad integrazione delle postazioni con medico, può essere estremamente utile in quanto si ampliano le potenzialità della rete territoriale per l'intervento con procedure BLS o ALS modificato, in particolare se impiegate in aree del territorio particolarmente disagiate e con bassa popolazione residente, o, al contrario, in aree ad alta densità abitativa in cui tale integrazione appare indicata e/o opportuna. È evidente che, non potendo formulare diagnosi ed assumere decisioni terapeutiche, tali postazioni opereranno in riferimento a specifici protocolli basati sul rilievo di segni e sintomi nell'ambito delle specifiche competenze.

Il numero e le sedi di tali postazioni devono essere determinati in base ad una precisa analisi del territorio e previsti da una specifica programmazione, regionale o aziendale, non ritenendosi ammissibili postazioni sorte spontaneamente al di fuori della programmazione sanitaria locale e non inserite nel contesto delle attività del SET-118, poiché assumerebbero con quest'ultimo e con il SSR un ruolo concorrenziale.

5.1 Postazioni

Sono le sedi di stazionamento da cui partono gli equipaggi con mezzi di soccorso.

Possono essere fisse o mobili.

5.2 Postazioni fisse

Hanno sede presso una struttura fisica, solitamente sede di un distretto o di una struttura del servizio sanitario locale o altra struttura messa comunque a sua disposizione per scopi sanitari. Rispondono alla direzione del SET-118 di competenza.

Gli ambienti necessari per la sosta del personale h/24, nel rispetto delle norme igieniche e di sicurezza, devono prevedere:

- spazi adeguati per l'alloggiamento del personale
- spazi per lo stoccaggio dei farmaci e delle scorte sanitarie e per la gestione e la manutenzione dei presidi elettromedicali;
- armadi e arredi per la tenuta e l'archiviazione del materiale cartaceo e supporti per la gestione della tecnologia informatica e di telecomunicazioni;
- il collegamento con la C.O. attraverso linee telefoniche e sistemi di comunicazioni dedicati;
- mezzi di trasporto per lo svolgimento delle attività di soccorso sul territorio

5.3 Postazioni mobili

Sono posizionate sul territorio in aree definite dalla direzione del SET-118.

Possono essere rappresentate anche da postazioni istituite per periodi limitati in occasione di manifestazioni o altra circostanza di breve durata.

Hanno le seguenti caratteristiche:

- sono composte dall'intero equipaggio o da parte di esso, in base alle esigenze ed alle richieste.
- utilizzano i mezzi di trasporto ritenuti indicati, corredati di tutti i presidi portatili necessari per trattare le emergenze.
- possono essere allocate sia in strutture fisiche all'uopo reperite, sia in strutture mobili dedicate, sia essere costituite dal solo mezzo di soccorso; rispondono alla direzione del SET-118 di competenza.

5.4 Punti di Primo Intervento territoriali

Sono presidi del SET-118 con personale dedicato, coerente con l'afflusso e le esigenze specifiche, in grado di provvedere al trattamento dei pazienti che vi si rivolgono direttamente e di effettuare la stabilizzazione di pazienti critici prima del trasferimento in ospedale; sono dotate dei presidi minimi caratterizzanti una sede ambulatoriale specificamente dedicata alla gestione delle urgenze – emergenze (lettino visita, scialitica, carrello per medicazioni, ecc.). L'attività di queste strutture può contribuire a decongestionare i PS dalle urgenze minori. Possono essere sede di postazione del SET-118 da cui partono gli equipaggi che effettuano l'intervento sul territorio ed anche sede di Continuità Assistenziale. Possono essere collocati negli ospedali riconvertiti.

5.5 Basi di elisoccorso

Sono postazioni implementate sul territorio sulla base di criteri specifici di complessità organizzativa dei soccorsi. Tali criteri sono legati alla tipologia del territorio, alla estensione territoriale, alle vie di comunicazione ed alla rete ospedaliera. Sulla base della più recente normativa potranno essere equiparate ad eliporti con le conseguenti implicazioni legate alla sicurezza.

L'operatività sul territorio è da considerarsi aggiuntiva e non sostitutiva dei mezzi di soccorso territoriali, con cui deve essere integrata, e rispondere a precisi criteri di attivazione e di utilizzo.

Gli equipaggi impiegati possono differenziarsi da regione a regione a seconda della prevalente tipologia di utilizzo, sia essa HEMS, HSR o SAR, e/o HAA.

5.6 Composizione degli equipaggi di soccorso

Gli equipaggi di soccorso possono avere diversa composizione con relativa attribuzione di aree di attività e funzioni. In particolare possono essere:

- Postazioni con Medico:
 - Medico + Infermiere + Soccorritori con ambulanza o altro mezzo di trasporto (idroambulanza, ecc. – 4 unità per turno)
 - Medico + Infermiere + Soccorritore con automedica (3 unità per turno)
 - Medico + Infermiere con automedica (2 unità per turno)

Tali postazioni rappresentano il fulcro dell'attività del SET-118.

- Postazioni con Infermiere senza Medico:
 - Infermiere + Soccorritori con ambulanza (3 unità per turno)
 - Infermiere + Soccorritore con auto (2 unità per turno)

- Postazioni con soli Soccorritori:
 - Soccorritori con ambulanza (2-3 unità per turno)

5.7 Numero di Postazioni con equipaggi di soccorso

Postazioni con Medico:

Il loro numero è calcolato con la formula suggerita dall'Age.Na.S. per le zone montane, pedemontane e pianeggianti:

- $MSA = (PRP - \text{Popolazione Residente in Pianura} / 60.000 + PRM - \text{Popolazione Residente in Montagna} / 40.000 / 2 + SP - \text{Superficie in Pianura} / 350 + SM - \text{Superficie in Montagna} / 300) / 2$.

Ulteriori criteri applicabili per calcolare il numero di postazioni avanzate di cui disporre sul territorio di competenza di un SET-118 sono rappresentati da:

- Tempo di impegno di ogni singolo equipaggio di soccorso che non deve superare le 12 ore ogni 24 ore (50%) per ognuna di esse.
- Percentuale di interventi nei codici rossi entro i tempi ritenuti ottimali per trattare un soggetto in una situazione di compromissione in atto o di rischio di compromissione imminente delle funzioni vitali (>75% entro 8 min. in area prevalentemente urbana, entro 15 min. in area intermedia e 20 min. in area prevalentemente rurale).
- Sovrapposizione di richieste per codici gialli e rossi che non deve superare la percentuale del 10% per una area servita da una singolo equipaggio.

A parte vanno considerate le esigenze sanitarie nelle isole minori, che in ogni caso debbono avere almeno una postazione con medico, infermiere e soccorritori. La presenza di ulteriori postazioni, permanenti o per periodi limitati, va considerata in rapporto alla popolazione residente, all'estensione territoriale, alle difficoltà di viabilità e all'iperafflusso turistico.

Postazioni con Infermiere senza Medico:

Queste postazioni, facoltative, possono essere impiegate ad integrazione di quelle con medico in aree particolarmente disagiate e con bassa popolazione residente, non potendo assicurare le prestazioni mediche del SET-118, ma potendo effettuare prestazioni di tipo BLSD e di ALS modificato, sulla base di protocolli definiti. Il loro numero dipende dalla programmazione regionale o locale.

Postazioni con soli Soccorritori:

Queste postazioni, facoltative, integrano e/o sono di supporto alle altre tipologie di postazioni ed il personale può effettuare prestazioni di tipo BLSD. Il loro numero dipende dalla programmazione regionale o locale.

6. Competenze professionali e Formazione

Razionale

La Medicina di Emergenza è “...una specialità medica basata sulla conoscenza e le capacità necessarie alla prevenzione, diagnosi e trattamento di aspetti urgenti ed emergenti delle malattie e delle lesioni che colpiscono i pazienti di ogni età, con uno spettro completo e indifferenziato di disordini fisici e comportamentali. È la specialità dove il tempo è critico.” (Policy Statement dell’EuSEM, 2009).

Si caratterizza per l’assistenza a pazienti colpiti da patologie acute e/o improvvise, che presentano quadri variabili e richiedono un approccio olistico, basato sulle priorità di stabilizzazione, di mantenimento delle funzioni vitali, di salvaguardia di organo e di recupero. Tali patologie partono dall’arresto cardiaco e dalle patologie minacciose per la vita a quelle a più o meno rapida evoluzione, fino a quelle meno evolutive. La cura si focalizza sulla gestione iniziale sino alla risoluzione del problema o all’affidamento ad altri sanitari, condotta secondo un processo dinamico e comprendente tutti gli aspetti, fisici, psichici e sociali, che caratterizzano lo stato di malattia. Inoltre si giova dell’utilizzo di una specifica attrezzatura e di particolari presidi sanitari.

Pertanto, la formazione deve contenere argomenti relativi agli aspetti clinici ed assistenziali, ma anche argomenti relativi agli aspetti tecnologici, logistici, organizzativi e di competenza medico-legale nei settori di interesse del servizio. Inoltre, deve riguardare tutto il personale addetto alle attività del SET-118, adattato alle prerogative di ogni tipologia di figura impiegata.

6.1 Formazione professionale

La formazione del personale addetto alle attività del SET-118, di norma, deve essere svolta da enti e strutture riconosciute e accreditate per la formazione.

Fatte salve le competenze acquisite nei corsi di specializzazione in Medicina d’Emergenza ed in Anestesia e Rianimazione per i medici e quella acquisita nei corsi specialistici post-laurea per medici ed infermieri, legate in primis alla conoscenza dei valori e delle norme di responsabilità contemplate nel proprio codice deontologico e arricchiti con elementi specifici dell’attività territoriale di soccorso sanitario, anche derivanti dall’esperienza maturata, si ritiene valida la formazione effettuata all’interno del SET-118, per gli argomenti di cui si ha adeguata conoscenza ed esperienza, condotta e accreditata secondo gli indirizzi pronunciati dalla SIS118 attraverso il suo Ufficio Tecnico Nazionale della Formazione, nel rispetto delle norme di legge in materia. Esse sono legate a conoscenze ed abilità di natura tecnico/specialistica, organizzativo/gestionali e relazionali/comunicative.

6.2 Medici

6.2.1 Competenze

Le competenze tecnico specialistiche richiedono conoscenze e capacità per garantire:

- inquadramento diagnostico, decisione terapeutica e trattamento di tutti i pazienti acuti in base a criteri di priorità e di opportunità;
- tecniche di rianimazione, di stabilizzazione e procedure previste e necessarie per i pazienti acuti sul luogo dell’evento e durante il trasporto;
- utilizzo di linee guida, percorsi assistenziali, protocolli e procedure terapeutiche, nonché tecniche di gestione del soccorso, adottati nelle emergenze e maxiemergenze di natura convenzionale e non convenzionale;

- tecniche di Triage in ambito extraospedaliero;
- conoscenza degli aspetti etici e legali e capacità di lavoro in équipe;
- abilità organizzative e di gestione del servizio;
- attività di didattica e di ricerca;
- conoscenza di informatica di base e dell'uso dei sistemi di comunicazioni telefonici e radiofonici;
- tecniche di management, di Miglioramento Continuo della Qualità e di Gestione del Rischio;
- principi di guida sicura.

6.2.2 Piano formativo

Il Piano Formativo per il personale medico è descritto nello specifico allegato:

6.3 Infermieri

6.3.1 Competenze

Gli operatori della professione infermieristica svolgono in autonomia attività dirette alla prevenzione ed alla salvaguardia della salute individuale e collettiva utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza, rimanendo nel proprio ambito di competenza.

Le competenze infermieristiche sono legate a conoscenze ed abilità di natura tecnico specialistica, organizzativo/gestionali e relazionali/comunicative e devono permettere la perfetta integrazione con le altre figure professionali presenti:

- conoscenza della tecniche metodologiche relative ai processi di pianificazione assistenziale;
- conoscenza infermieristica dell'assistenza ed abilità tecniche di rianimazione, di stabilizzazione e di tutte le procedure previste e necessarie per i pazienti acuti sul luogo e durante il trasporto;
- osservazione clinica sistematica, rilievo approfondito dello stato del paziente attraverso: osservazione diretta dei segni clinici, misurazione degli abituali indici clinici, definizione di criteri di priorità;
- utilizzo di linee guida, percorsi assistenziali, protocolli e procedure terapeutiche, nonché tecniche di gestione del soccorso, adottati nelle emergenze e maxiemergenze di natura convenzionale e non convenzionale;
- tecniche di Triage;
- conoscenza di informatica di base e dell'utilizzo dei sistemi di fonia e di radiocomunicazione;
- abilità di comunicazione e di conduzione dell'intervista telefonica;
- capacità di applicazione dei criteri di selezione e di triage in Centrale Operativa e sul Territorio ed applicazione dei sistemi di codifica degli interventi;
- gestione delle check-list dei mezzi, delle attrezzature, dei dispositivi e dei farmaci
- conoscenza degli aspetti etici e legali e capacità di lavoro in équipe;
- abilità organizzative e di gestione del servizio per gli aspetti di propria competenza;
- didattica e ricerca;
- tecniche di management, di Miglioramento Continuo della Qualità e di Gestione del Rischio
- principi di guida sicura

6.3.2 Piano formativo

Il Piano Formativo per il personale infermieristico viene descritto nello specifico allegato.

6.4 Soccorritori

6.4.1 Competenze

Le competenze del personale soccorritore devono essere quelle necessarie a svolgere nel modo migliore possibile la specifica attività di emergenza territoriale in collaborazione e/o ad integrazione delle altre figure professionali presenti. Possono essere sintetizzate in:

- conoscenza del sistema di emergenza e del servizio “118” e delle funzioni del soccorritore;
- conoscenza del sistema di comunicazione radio e dei codici;
- conoscenza delle problematiche psicologiche del paziente;
- conoscenza delle tecniche di supporto di base sul trauma;
- conoscenza delle tecniche di supporto di base sul paziente con problemi cardiologici, respiratori, neurologici, psichiatrici, intossicati;
- conoscenza ed abilità tecniche di rianimazione di base BLSD e defibrillazione con DAE;
- rilievo dello stato del paziente attraverso l'osservazione di segni e sintomi e di alcuni parametri di base;
- capacità di prestare l'assistenza di primo soccorso sul luogo e durante il trasporto;
- capacità di condurre i mezzi di soccorso (ambulanza, automedica, ecc.) secondo i principi di “Guida Sicura”;
- capacità di intervento in situazioni di maxiemergenze, convenzionali e non convenzionali;
- tecniche di Triage;
- capacità di lavoro in équipe;
- conoscenza e rispetto degli aspetti etici e legali.

6.4.2 Piano formativo

Il Piano Formativo per i soccorritori è descritto nello specifico allegato.

6.5 Autorizzazione all'uso del DAE

Il SET-118 deve possedere una precisa regolamentazione sulle procedure di autorizzazione all'uso del DAE da parte di personale non medico, approvate dalla ASL di appartenenza e convalidate dalla Regione, che devono essere uguali per tutti i SET-118 in ambito regionale.

Tale regolamentazione deve possedere almeno i seguenti elementi:

- modalità e procedure per la richiesta di autorizzazione;
- criteri per l'accoglimento delle richieste
- modalità di rilascio delle autorizzazioni e composizione della commissione;
- tipo di formazione ritenuta valida;
- modalità di tenuta dei rapporti con i soggetti autorizzati;
- tenuta del registro dei soggetti autorizzati;
- tenuta del registro dei casi di uso del DAE.

Per gli altri aspetti, si fa riferimento alle norme di legge ed alle linee guida emanate dallo Stato e dalle Commissioni Ministeriali sulla materia.

GLOSSARIO

Assistiti

Sono i soggetti coinvolti nelle missioni di soccorso.

ALS

L' ALS (Advanced Life Support) o supporto vitale avanzato è costituito dall'insieme dei provvedimenti messi in atto da personale di soccorso organizzato e dotato di specifiche competenze ed attrezzature. Esso comprende l'impiego di strumenti e l'attuazione di procedure specifiche (gestione delle vie aeree, accesso venoso periferico, somministrazione di farmaci, defibrillazione) per ripristinare e mantenere le funzioni vitali in modo da trasferire il paziente al centro ospedaliero più idoneo per la patologia da trattare.

Audit clinico

è una metodologia di analisi applicata dai professionisti, finalizzata alla valutazione della pratica clinica rispetto a criteri espliciti di riferimento (evidence based practice, linee guida e raccomandazioni, percorsi diagnostico terapeutici, standard nazionali e internazionali, best practices di altre strutture), per:

- identificare gli scostamenti rispetto a standard conosciuti;
- attuare le opportunità di cambiamento;
- individuare gli indicatori;
- monitorare l'impatto delle misure di miglioramento introdotte.

È opportuno che l'Audit clinico divenga una pratica diffusa di valutazione delle attività, per cui è fondamentale una formazione estesa a tutti gli operatori.

Autoambulanza

Veicolo attrezzato per il soccorso che deve:

- essere immatricolato come Ambulanza di Tipo A (o A1) in "uso proprio" e in servizio di "no-logging con conducente" secondo le indicazioni trasmesse dal Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti con nota Prot. 43325 del 9 maggio 2007 e avente per oggetto: "immatricolazione di ... – Decreti Ministeriali 17 dicembre 1987, n. 553 e 20 novembre , n. 487";
- avere caratteristiche minime "Tipo C" (autoambulanza progettata e attrezzata per il trasporto, il trattamento avanzato ed il monitoraggio dei pazienti) se immatricolati sulla base della Norma Europea EN 1789:2007;
- essere in perfetto stato di funzionalità e di sicurezza, per la quale cosa si raccomanda, in base al comunicato n. 126 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, la definizione di norme che limitino la vetustà delle ambulanze impiegate nel SET-118 ai 5 anni o 150.000 km. per quelle addette al soccorso avanzato ed ai 7 anni o 300.000 km. per quelle addette al primo soccorso;
- avere una dotazione minima di elettromedicali (aspiratore, defibrillatore/monitor multiparametrico con ECG a 12 derivazioni con possibilità di trasmissione a distanza, respiratore, saturimetro) e di attrezzature sanitarie portatili (zaino con materiale per manovre ALS, materassino, barella a cucchiaio, barella spinale, set immobilizzatori, lampada a batteria, estricatori, collari.);

In Italia l'autoambulanza è classificata come un Mezzo di Soccorso Avanzato (MSA) del Sistema Sanitario di Urgenza ed Emergenza 118 se l'équipe è formata da personale sanitario (medico e/o infermiere ed autista) o come Mezzo di Soccorso di Base (MSB) se l'equipaggio è costituito da soccorritori.

Automedica



L'automedica è un Mezzo di Soccorso Avanzato (MSA) del Sistema Sanitario di Urgenza ed Emergenza 118 (Decreto Ministero Trasporti 5 novembre 1996 – G.U. n. 268 del 15 novembre 1996) che non prevede il trasporto del paziente, ma che viene utilizzato principalmente per trasportare sul luogo dell'evento personale sanitario con competenze avanzate e la relativa attrezzatura medica.

L'automedica può inoltre fornire coordinamento e supporto avanzato ai mezzi di soccorso di base in caso di situazioni gravi o particolarmente complesse ed essere utilizzato all'interno del locale SET 118 secondo i protocolli operativi stabiliti dalla organizzazione regionale.

BLS

Il BLS (Basic Life Support) o sostegno di base alle funzioni vitali è costituito dall'insieme dei provvedimenti di primo soccorso messi in atto da personale dotato di specifiche competenze. Esso comprende l'attuazione di procedure specifiche di rianimazione cardiopolmonare (RCP) comprese nella sequenza messa in opera per ripristinare e sostenere le funzioni vitali (gestione delle vie aeree, del respiro e del circolo).

La definizione BLS/D si riferisce al protocollo BLS con l'aggiunta della procedura di defibrillazione (che è lo standard progressivo nei corsi di formazione per soccorritori laici).

Centrale Operativa

La Centrale Operativa 118 è la sede dell'organo direttivo dell'intero sistema di emergenza territoriale e di gestione di tutte le fasi dell'intervento, dalla ricezione delle richieste fino alla conclusione dell'evento. In essa, quindi, sono raccolte le funzioni di comando e controllo, che consistono principalmente nella gestione di tutto il personale assegnato, sia di Centrale che del Territorio, e di tutte le risorse attribuite, tecnologiche e strumentali.

Altre sue funzioni peculiari sono costituite dalle attività di collegamento e coordinamento con il Sistema di Emergenza Territoriale in rete con le altre centrali operative (112, 113, 115), con altri settori d'emergenza (Protezione Civile etc.) rappresentando il centro di riferimento in caso di disastro.

Check-list

La check-list o lista scritta di controllo è lo strumento operativo finalizzato ad individuare gli elementi significativi per la sicurezza di tutte le persone, le strumentazioni e le attrezzature in dotazione al fine di far emergere le condizioni di criticità a cui contrapporre concrete risoluzioni tecniche.

La check-list non pretende di risultare esaustiva per ogni realtà in quanto si possono presentare criticità non sempre rilevabili in modo agevole.

Chiamate

Sono univocamente le chiamate telefoniche pervenute alla Centrale Operativa.

DAE

I DAE (acronimo di Defibrillatore Automatico Esterno) in senso stretto sono apparecchi che riconoscono una fibrillazione ventricolare ed erogano automaticamente la scarica; attualmente non sono in commercio in Italia. I dispositivi utilizzati nel nostro paese sono in grado di effettuare automaticamente l'analisi della attività elettrica cardiaca, ma necessitano dell'intervento dell'operatore per erogare la scarica.

DEA

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (o DEA) è basato su un modello organizzativo multidisciplinare che riunisce in un'unica struttura diversi specialisti di unità operative omogenee affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.

L'obiettivo primario del DEA è creare un'integrazione funzionale delle Unità Operative e dei servizi sanitari atti ad affrontare i problemi diagnostico-terapeutici dei pazienti in situazioni di emergenza.

I DEA sono suddivisi in due livelli in base alle specialità presenti nella stessa Azienda anche se possono essere realizzati dipartimenti interaziendali fra aziende diverse in funzione alle realtà specialistiche esistenti.

Dispatch

Il dispatch (to dispatch = disbrigare, inviare, mandare) è un sistema integrato e complesso adottato dalle CO118 comprendente una serie di azioni sistematiche possibilmente informatizzate (protocolli di intervista), standardizzate e omogenee, che consentono all'operatore di Centrale Operativa di indirizzare e gestire in maniera ottimale, attraverso una corretta interpretazione, le chiamate telefoniche di soccorso pervenute dal territorio e di inviare la risorsa più idonea per l'evento presentato. Deve inoltre includere la somministrazione di istruzioni prearrivo, preventivamente predisposte e immediatamente disponibili, tali da fornire agli astanti le informazioni necessarie per l'effettuazione delle manovre di primo soccorso e dei criteri di autoprotezione in attesa dell'arrivo dell'équipe.

Elisoccorso

L'elisoccorso è l'attività di soccorso sanitario effettuata mediante l'impiego di elicotteri appositamente dedicati con il principale duplice scopo di:

- garantire un'assistenza sanitaria ad alto livello di intensività con tempi di intervento molto rapidi, specie in località isolate o remote;
- permettere una veloce ospedalizzazione della vittima alla struttura ospedaliera idonea, anche se questa è distante dal luogo dell'evento.

La classificazione anglosassone identifica invece:

- *HAA (Helicopter Air Ambulance)* : interventi con eliambulanza, in pratica sovrapponibili alla definizione italiana degli interventi secondari, cioè in quelle situazioni in cui la missione risulta pianificabile e vengono utilizzate superfici idonee per l'imbarco e lo sbarco del paziente;
- *HEMS (Helicopter Emergency Medical Service)* : interventi di Servizio Medico di Emergenza con Elicotteri o interventi di soccorso sanitario fatti direttamente sulla scena dell'evento, quindi con atterraggio "fuori campo", ma comunque in ambiente non ostile, cioè senza impiego di tecniche particolari per il raggiungimento della vittima e il suo recupero;
- *SAR (Search and Rescue)* interventi di ricerca e salvataggio da ambiente ostile; l'aspetto sanitario passa in seconda priorità rispetto all'estrazione del pericolante o ferito da un ambiente ostile (mare, terreno impervio, montagna, valanga) con personale tecnico e attrezzature specifiche (verricello, gancio baricentrico, ...).

Evento

Sulla base della propria esperienza e organizzazione, in accordo con le indicazioni delle Regioni ovvero di indicazioni nazionali, se disponibili, gli eventi da segnalare, sia a livello territoriale che ospedaliero, si diversificano in:

- *Eventi Sentinella*: errori che presentandosi saltuariamente potrebbero ripetersi e pertanto devono essere motivo di segnalazione per una loro verifica al fine di provvedere in modo congruo in relazione a quanto previsto dall'Intesa Stato Regioni e P.A. del 20 marzo 2008 ed a quanto definito dal protocollo nazionale, deve essere utilizzato il flusso strutturato, così come previsto dal decreto 11 dicembre 2009 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità" che coinvolge Aziende, Regioni, P.A. e Ministero della Salute.
- *Eventi Avversi*: errori che determinano un danno al paziente, alla organizzazione e/o alla struttura per i quali l'Azienda definisce, considerando la delicatezza e la criticità di alcune are-

e, di presidiare almeno i seguenti ambiti: 1. Chirurgico, compreso quello trapiantologico ove presente; 2. Farmacologico; 3. Materno-infantile; 4. Emergenza-Urgenza; 5. Trasfusionale; 6. Diagnostico.

- *Quasi eventi (Near Miss)*: Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Ogni singola organizzazione, deve, in relazione ad eventuali indicazioni regionali e nazionali (Glossario sulla sicurezza dei pazienti del Ministero della Salute), avere la segnalazione di detti eventi.

Idroambulanza

Il termine idroambulanza si riferisce ad un'imbarcazione allestita per il soccorso e/o trasporto in acqua; il mezzo deve essere dotato di comunicazione fonica (radio-telefonica), sirena bitonale, lampeggianti blu laterali e radar oltre a tutte gli elettromedicali e presidi per un primo soccorso (in particolare una barella galleggiante) in relazione alla presenza di soccorritori e/o personale sanitario fra il personale dell'equipaggio.

Nella città di Venezia con il termine idroambulanza si indicano le imbarcazioni adibite al soccorso e al trasporto sanitario cittadino 118; tali imbarcazioni differiscono alquanto da quelle poco sopra descritte per avere una cellula sanitaria (cabina coperta) con tutta la dotazione e allestimento avanzato o di base proprio di una ambulanza essendo finalizzate per il soccorso a terra e successivo trasporto in ospedale via mare.

Interventi

Sono l'insieme delle eventuali missioni di soccorso generate a seguito delle chiamate telefoniche pervenute in Centrale Operativa.

LEA

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), in modo da soddisfare gli obiettivi di salute indicati nel Piano Sanitario Nazionale, scelti in base ai principi di efficacia e di appropriatezza

I Livelli Essenziali di Assistenza che il Sistema Sanitario Nazionale deve garantire, sono suddivisi in tre aree:

- *l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro*, che include tutte le attività che servono per mantenere una migliore qualità della vita di tutti i giorni;
- *l'assistenza distrettuale*, nella quale è prevista l'emergenza;
- *l'assistenza ospedaliera*.

Il Comitato LEA ha il compito di verificare che l'erogazione dei LEA avvenga nel rispetto delle condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché di accertare che vi sia congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.

Missioni

Sono le attivazioni intese come uscite e/o invio, dei mezzi di soccorso necessari per effettuare un intervento.

NSIS

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) previsto dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il 22 febbraio 2001 nell'ambito dell'*Accordo Quadro per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale* (NSIS) si propone quale strumento essenziale per il governo della sanità a livello na-

zionale, regionale e locale e per migliorare l'accesso alle strutture e la fruizione dei servizi da parte dei cittadini–utenti.

Postazione di lavoro di C.O.

Alla postazione di lavoro (workstation) della Sala Operativa è un sistema tecnologico modulare in cui opera di norma un Infermiere che processa la chiamata e gestisce l'intervento; il sistema permette la ricezione delle chiamate fatte dall'utenza, la gestione informatizzata delle comunicazioni verbali, delle chiamate selettive, degli allarmi e dello scambio di messaggi di testo minimizzando l'utilizzo delle comunicazioni in fonia e aumentando la capacità di traffico del canale radio, nonché della localizzazione di una flotta di mezzi o persone in movimento.

Postazioni di Soccorso mobili e fisse

Sedi di sosta dei mezzi di soccorso e degli equipaggi in attesa delle chiamate della CO del SET-118. Si definiscono come fisse, se realizzate presso strutture esistenti (ospedali, distretti sanitari, poliambulatori, sedi di volontariato...) o mobili, se posizionate su aree definite del territorio (strade, piazze, ...).

Posto Medico Avanzato – PMA

Il PMA è il fulcro della catena sanitaria dei soccorsi in caso di intervento su catastrofe, maxiemergenza o eventi di massa, localizzato ai margini esterni dell'area di sicurezza o in una zona centrale rispetto al fronte dell'evento. È un dispositivo funzionale realizzato con apposite strutture, tende, containers, o presso aree funzionalmente identificate per la selezione e trattamento sanitario delle vittime.

- *PMA di I livello*: sono le strutture sanitarie da campo più piccole, di norma disponibili presso ogni SET-118 ed equipaggiati per trattare circa 10 feriti in codice di gravità "giallo" e "rosso", dimensionati per essere trasportati con automezzi leggeri ed allestiti in tempi brevi da pochi operatori;
- *PMA di II livello*: questo P.M.A., di norma disponibile almeno uno per ogni regione, è impiegato nelle emergenze di tipo c) cioè in quelle situazioni che travalicano le possibilità di risposta delle strutture locali (Art. 2 Legge n. 225 del 24 febbraio 1992) – Conferenza Stato-Regioni Repertorio Atti n. 650/C.U. del 22 maggio 2003;
- *PMA chirurgici*: aggiungono alle potenzialità dei PMA di II livello la possibilità di fare interventi chirurgici di urgenza.

Punti di Primo Intervento (P.P.I.)

Sono presidi in cui è possibile effettuare un primo intervento medico in caso di problemi minori, stabilizzare il paziente in fase critica e/o attivarne il trasporto presso l'ospedale più idoneo. Sono costituiti da presidi fissi o mobili e da presidi delle aziende unità sanitarie locali, che dopo l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dall'art. 4, comma 10 del D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, rientrano fra i servizi di Pronto soccorso definiti dai Piani sanitari regionali. Possono essere gestiti dal DEA o dal SET-118; in quest'ultimo caso, il SET-118 provvederà alla loro attivazione con personale espressamente dedicato. Devono essere dotati dei presidi minimi caratterizzanti una sede ambulatoriale specificamente dedicata alla gestione delle urgenze – emergenze (lettino visita, scialitica, carrello per medicazioni, ecc.) con un orario di attività articolato nell'arco delle 12/24 ore giornaliere, secondo esigenze locali.

Sala Operativa (S.O.)

È il locale della Centrale Operativa del SET-118 dove vengono ricevute le chiamate di soccorso e deve essere strutturato con le caratteristiche ergonomiche necessarie per svolgervi al meglio le funzioni richieste. In essa devono essere previsti contenuti prevalentemente tecnico-organizzativi (comunicazione fonica radio-telefonica, trasmissione dati, apparato di registrazio-



ne, adeguata alimentazione elettrica, gruppi di continuità) dovendosi garantire la necessaria affidabilità rispetto alla capacità di fare intervenire nel più breve tempo possibile il mezzo più idoneo nella sede dell'evento e di organizzare il trasporto del paziente all'Ospedale più adeguato, nei tempi più brevi compatibili con un trattamento pre-ospedaliero aderente alle linee guida internazionali.

Nella Sala Operativa sono svolte le funzioni di processazione delle chiamate di soccorso, di identificazione codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, di invio del mezzo più idoneo, di guida fino al luogo dell'evento per tutto il trasporto urgente primario e, dove previsto, anche per quello secondario intra/interospedaliero programmato.

Triage

Il triage (termine francese che indica *cernita* - *smistamento*) è un sistema utilizzato per selezionare i soggetti coinvolti in infortuni, gravi o leggeri che siano, secondo classi di urgenza/emergenza crescenti, in base alla gravità delle lesioni riportate o del loro quadro clinico. Per estensione, la tecnica del triage viene messa in opera ogni qual volta è necessario smistare una serie di utenti che chiedono un servizio verso gli operatori opportuni.

Unità Operativa Complessa (U.O.C.)

È la struttura operativa dotata di autonomia gestionale, organizzativa e tecnico-professionale, soggetta a rendicontazione analitica, e rappresenta l'articolazione dell'Azienda Sanitaria. Sostituisce le precedenti definizioni di Reparto e/o Divisione ed alla sua direzione è posto un dirigente medico di II livello, titolare di incarico quinquennale conferito a seguito di pubblico avviso di concorso e nominato dal Direttore Generale tra una rosa di candidati risultati idonei.

BIBLIOGRAFIA

1. Legge 132 del 12/02/68 "Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera"
2. Transport of critically ill adults. J Ehrenwerth et altri. Critical Care Medicine 1986, vol 14, n° 6, 543-7
3. Legge 12 giugno 1990, n. 146
4. Legge-quadro 266 sul Volontariato dell'11 agosto 1991
5. D.P.R. 27 marzo 1992
6. D.Lgsv. 502 del 30 dicembre 1992
7. D.M.S. del 15 maggio 1992
8. Comunicato del Ministero della Salute del 30 maggio 1992
9. Nemitz B. Advantages and limitations of medical dispatching: the French view. Eur J Emerg Med, 2(3):153-9, 1995
10. Linee Guida n° 1 del 1996
11. Decreto Legislativo n.615 del 12 Novembre 1996
12. Noto R, Huguenard P, Larcan A. Medicina delle catastrofi. Milano:. Masson: pag.40-43, 76,233, 344, 1996
13. Palumbo L, Kubincanek J, Emerman C, Jouriles N, Cydulka R, Shade B. Performance of a system to determine EMS dispatch priorities. Am J Emerg Med, 14(4):388-90, 1996
14. Manchester Triage Group. Emergency Triage. Londra: BMG Books, 1996
15. D.P.R. 14 gennaio 1997 (D.P.R. 14 gennaio 1997 in G.U. 20 febbraio 1997, suppl. al n. 42 - Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private) - 1997
16. Clawson JJ, Dernocoeur KB. Principles of Emergency Medical Dispatch U.S.A: Paperback: 1997
17. D.M. 30 gennaio 1998
18. D.M. 6 ottobre 1998 - "Assegnazione delle coppie di frequenze, canalizzate 12,5 KHz, ricadenti nella banda 450 MHz, al Ministero della Sanità per le esigenze del sistema di emergenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale" - 1998
19. E.N.A. (Emergency Nursing Association). Triage: Meeting the Challenge. U.S.A. Paperback: 2nd Revision edition 1998
20. Perraro F. Il Triage: stato dell' arte. In: atti Le giornate italo americane di medicina d'urgenza e il triage. Torino: 207-220, 2-4/4/1998:
21. Gai V., Jagoda A.S. Le giornate italo americane di medicina d'urgenza e il triage, Torino: MAF servizi Edizioni Scientifiche, 230 – 269, 1998
22. American College of Surgeons Committee on Trauma. Resource for optimal care of the injured patient. In: <http://www.facs.org>, 1999
23. American College of Surgeon Committee on TraumaATLS. Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. Chicago, 1999
24. D.M. del 18 maggio 1999
25. D.Lgsv. 229 del 19 giugno 1999
26. Grossman VGA, Arne JF. Quick Reference to Triage. Philadelphia Lippincott, Williams & Wilkins Publishers, 1999
27. Derlet R.W, Richards J.R. "Overcrowding in the Nation's Emergency Departments: complex causes and disturbing effects" Ann Emerg Med 35,1: 63-68, 2000
28. Legge n. 83 dell'11 aprile 2000,
29. Canadian Association of Emergency Physicians: "Position Statement- Emergency Department Overcrowding" 000 The Australasian Triage Scale - <http://www.acem.org.au/open/documents/triage.htm> - dicembre 2
30. Clawson JJ, Democoeur KB. Principles of Emergency Medical dispatch. Priorità Press: 2000
31. G.F.T. (Gruppo Formazione Triage). Triage Infermieristico. Milano: MacGrow-Hill: 3-119, 2000
32. Neely KW, Norton RL, Schmidt TA. The strength of specific EMS dispatcher questions for identifying patients with important clinical field findings. Prehosp Emerg Care; 4(4):322-6, 2000

33. Department of Health, England Reforming Emergency Care. DOH :2001 (<http://www.doh.gov.uk/emergencycare/index.htm>)
34. Manuale ATLS edizione 2001
35. Atto di Intesa Ministero della salute conferenza Stato Regioni: Il triage nel Pronto Soccorso - Susi B, Velardi A, Guasticchi G, Genio S. Mannino J, Paganelli C, Pugliese F, Zulli L. – G.U. N°285 del 7/12/2001
36. Legge 3 aprile 2001, n.120 “Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero - G.U. n. 88 del 14 aprile 2001
37. Decreto “Criteri di massima per l’organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi” pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n° 109 del 12.05.2001
38. Ministero della salute. Sintesi della relazione sullo stato sanitario del paese 2001- 2002 (http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/relazione_179/sintesi.pdf) - 2002
39. Morra A, Odetto L, Bozza C, Bozzetto P. Disaster Management. Torino: Regione Piemonte: 37-46, 72-77, 2002
40. Pallotta B. Evoluzione storica e situazione attuale del triage infermieristico in PS. In: Atti I° Convegno Internazionale “Il Triage Infermieristico in Pronto SoccorsoP.S., i temi che scottano”, Torino 28-30/11/2002,
41. Wildner J. L’esperienza Tedesca, in atti I° Convegno Internazionale “Il Triage Infermieristico in Pronto SoccorsoP.S., i temi che scottano”, http://www.triage.it/corsi/attitorino/attito2002_fr.htm - Torino 28-30/11/2002
42. Atti del I Congresso Nazionale SIS 118 - Perugia 2003
43. Murray MJ. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. *Emergency Medicine*; 15: 1 – 6, 2003
44. McMahon M. ED Triage: is a five-level triage system best?.*American journal of nursing*; 103(3):61-63, 2003
45. Decreto del Capo del Dipartimento della Protezione Civile 21 ottobre 2003 “Disposizioni attuative dell’art. 2, commi 2, 3 e 4, dell’ordinanza del presidente del Consiglio dei Ministri n.3274 del 20 marzo 2003, recante Primi elementi in materia di criteri generali per la classificazione sismica del territorio nazionale e di normative tecniche per le costruzioni in zona sismica” (pubblicato sulla G.U. n. 252 del 29 ottobre 2003)
46. Accordo, ai sensi dell’art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, recante “Linee guida per l’organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero” - 08/02/2005
47. Atti del III Congresso Nazionale SIS 118 - Bolzano 2005
48. Organizzazione del trasporto interaziendale dei pazienti critici - N&A, Mensile Italiano del Soccorso, anno 14°, n. 12-15, dicembre 2005
49. Australian College of Emergency Medicine. Policy documenti:the Australasian Triage Scale. In www.enw.org/AustralianTriageScales%20References – 2005
50. Australian College of Emergency Medicine. Guidelines for implementation of the Australian Triage Scale in Emergency Department (<http://www.acem.org.au/open/documents/triageguide.htm>) - 2005
51. Atti del IV Congresso Nazionale SIS 118 - Bari 2006
52. Emergency Medical Services At the Crossroads Released: Type: Consensus Report Topics: Health Care Workforce, Health Services, Coverage, and Access, Quality and Patient Safety, Children, Youth and Families Activity: The Future of Emergency Care in the United States Health System Board: Board on Health Care Services - June 13, 2006
53. Il trasporto del paziente critico: extraospedaliero, interospedaliero ed intraospedaliero. Organizzazione del percorso assistenziale e responsabilità. N&A mensile italiano del soccorso anno 16° 17°, 18-24, 4 aprile 2007
54. Emergency Data Project EEC, Progetto Aesculap sui sistemi di emergenza 112/118 in Europa 2007
55. D.P.C.M. sui Livelli Essenziali di Assistenza del 23 aprile 2008
56. Stefan Becker: “Medical & Economical Perspectives for HEMS in Europe” e “Dennis Pratte: US FAA, Public HEMS Meeting, 29 October 2008

57. D.M.S. sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario del 17 dicembre 2008
58. D.Lvo 37 del 25 gennaio 2010
59. Decreto Ministero dei Trasporti del 29 ottobre 2010
60. Direttiva CEE 54/95 del 2010
61. Decreto Interministeriale “Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni di cui all’art. 2 co. 46 della legge n. 191/2009” del 18 marzo 2011
62. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri (in G.U. n° 250 del 26 Ottobre 2011) “Indirizzi operativi per l’attivazione e la gestione di moduli sanitari in caso di catastrofe” del 28 giugno 2011
63. World Bank – Development of Emergency Medical System in Croatia – 2008
64. D.Lgsv. n. 626/94, D.Lgsv. 81/2008 e D.Lgsv. n. 106 del 3 agosto 2009 in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro - 2009
65. Atti del VII Congresso Nazionale SIS 118 - Perugia 2009
66. La rete dell’emergenza sanitaria in Piemonte: il sistema 118 Evoluzione, criticità, proposta di un dibattito nazionale ed europeo Francesco Enrichens*, Danilo Bono* Monitor 25 AGENAS 2010
67. Accordo quadro realizzazione NUE 112 Varese, Ravenna, Palermo 2010, Ministero della Salute, Ministero dello Sviluppo Economico, Regione Lombardia, Regione Sicilia – 2010
68. Documento conclusivo sull’Indagine conoscitiva sul Trasporto degli Infermi e sulle reti di Emergenza ed Urgenza - Senato della Repubblica Italiana, 2010
69. Atti SIS 118 I International Congress - Rome 2010
70. Atti del VIII Congresso Nazionale SIS 118 - Roma 2010
71. Piano di riorganizzazione dell’assistenza sanitaria nelle Regioni in Piano di rientro a cura di Agenas - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali (Ragnar Gullstrand, Francesco Enrichens, Danilo Bono, Stefano Gariano, Pier Paolo Benetollo, Alba Maria Rosito, Maria Cristina Ghiotto, Daniela Marcer, Fulvio Moirano) - Monitor 27, AGENAS, 2011
72. Documento FIMEUC sugli Standard organizzativi delle Strutture di Emergenza-Urgenza, 2011
73. Atti del IX Congresso Nazionale SIS 118 - Torino 2011
74. Atti del X Congresso Nazionale SIS 118 - Palermo 2012
75. Nesdoly, “Agusta Save the data”, Roma 14, 15 September 2012
76. Urban Rural Typology European Commission Eurostat (nelle aree appresso indicate vi sono gli indici relativi alle valutazioni statistiche considerate nell’elaborato)
 - http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Urban-rural_typology,
 - http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/region_cities/introduction
 - http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/region_cities/regional_statistics/methodology
 - <http://www.eea.europa.eu/data-and-maps/data/population-density-disaggregated-with-corine-land-cover-2000>
 - http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Eurostat_regional_yearbook
77. CCNL vigente di Medicina Generale
78. CCNL vigente della Dirigenza Medica
79. CCNL vigente del comparto
80. Normative sull’Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie
81. Documentazione dei SET-118
82. Normative e leggi regionali
83. Norma CE UNI 9507
84. Norma UNI EN 1865
85. Norma UNI EURO 1789
86. Norma EN 420
87. Norma UNI EN ISO 7396-1
88. Norme JAR OPS 3 - ACJ to Appendix 1 to JAR-OPS 3.005 - Appendix 1 to JAR-OPS 3.005
89. Norme OPV18-A
90. Regolamento ENAC : Norme operative per il servizio medico di emergenza con elicottero ed. 4



CRITERI E STANDARD DEL SERVIZIO “118”

a cura della Società Italiana Sistema 118

ALLEGATI

Allegato 1

CRITERI PER IL DIMENSIONAMENTO DI UN SERVIZIO DI EMERGENZA TERRITORIALE “118” SET-118

Allo stato attuale non è possibile poter contare su dati statisticamente significativi e su elementi scientificamente validi che possano permettere di determinare con assoluta esattezza il dimensionamento di un SET-118, tale da essere posto nelle condizioni di poter sempre fornire la risposta più giusta e adeguata ai bisogni dei cittadini/pazienti senza che si determinino sprechi o inefficienze.

Nei prossimi anni si potrà contare sui dati raccolti attraverso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale che permetteranno di valutare in modo più preciso le esigenze organizzative e funzionali dei SET-118 in rapporto alla reale domanda sanitaria in emergenza territoriale.

Il presente documento, pertanto, si prefigge di mettere in evidenza in questo momento storico i principali fondamenti che possono guidare nella definizione di un adeguato bacino d'utenza di un SET-118.

CENTRALI OPERATIVE E CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

Negli ultimi ventiquattro mesi in Piemonte, Liguria, Lombardia, Umbria si è proceduto a ridurre numericamente le Centrali del 118 ed altre riduzioni si progettano e si pianificano, in base a degli indicatori che questa Società Scientifica ritiene altresì critici e che potrebbero ingenerare delle diminuzioni delle capacità di risposta assistenziali ai pazienti.

L'approccio scientifico al problema dato dallo studio Mattoni in Sanità, non sembra aver avuto il dovuto seguito, ingenerando a seguire una serie di valutazioni non basate su elementi oggettivi.

I documenti che sono stati presi in considerazione per il loro peso specifico sono quelli dell'AGENAS (quaderno 25 Rete di Emergenza Sanitaria "... proposta di dibattito nazionale ed europeo" e quaderno 27 pag 15 e 16), del Ministero della Salute "Mattoni in Sanità" (Mattone 8/118, Mattone 11 costi, Mattone 12 fabbisogno assistenziale) e la relazione alla Commissione Sanità del Senato sulla rete del 118 in Italia, e che qui per brevità riporteremo sotto forma di estratti integrali (in corsivo) rimandando le considerazioni relative nei capitoli a seguire.

a) Mattoni 11, fabbisogno*1.3.3 Metodologia di calcolo del fabbisogno*

Stima del personale di centrale operativa.

La stima del personale in dotazione alla centrale operativa 118 deve essere valutato principalmente in base alla stima delle chiamate ricevute ed in relazione alla popolazione residente.

In letteratura un autorevole riferimento sull'argomento (Documento sul sistema della emergenza sanitaria approvato dalla conferenza stato regione - 2.12.91 - e pubblicata sulla G.U. il 30.5.92) descrive come su base annuale sia previsto una chiamata annua ogni 30 abitanti.

Tenuto conto di quanto esposto, considerata la peculiarità di un servizio di emergenza che per caratteristica costitutiva non presenta una omogenea distribuzione delle missioni di soccorso, si può effettuare una prima stima sul numero delle postazioni di centrale operativa da attivare per la gestione delle chiamate considerandone una ogni 150.000/200.000 abitanti e comunque non meno di due postazioni complessive. Questi valori devono tuttavia essere considerati estremamente flessibili per adattarsi adeguatamente alle caratteristiche (si riporta che tuttavia ad oggi la media delle chiamate rilevate sulle centrali liguri è di circa 1 chiamata per richiesta di soccorso ogni 10 abitanti residenti sul territorio) peculiari di ogni territorio, ai ritmi circadiani dell'afflusso delle chiamate alle centrali operative, oltre che al variare delle stagionalità, particolarmente influenti nelle zone ad alto flusso turistico.

b) Audizione Senatoriale

Quesito 1.2 - Popolazione residente servita nel territorio di competenza della CO 118

“In relazione ai dati acquisiti, si osserva che i bacini di utenza di 150-200 mila abitanti sono alquanto esigui per strutture così complesse. E’ necessario che il bacino di utenza di una Centrale Operativa sia almeno di 500 mila abitanti, l’ideale 1.000.000 di abitanti.”

Quesito 1.3 - Numero annuo di chiamate ricevute

“Dal tenore delle risposte fornite, emerge come in alcune Regioni - quali Calabria, Campania e Piemonte - un numero minimo di chiamate annue tra le 10.000 e le 20.000, cioè circa 30-60 chiamate al giorno, ovverosia 102 chiamate ogni 50 minuti. Si tratta di un numero troppo esiguo in quanto per tali realtà una Centrale deve gestire oltre 150.000 chiamate all’anno.”

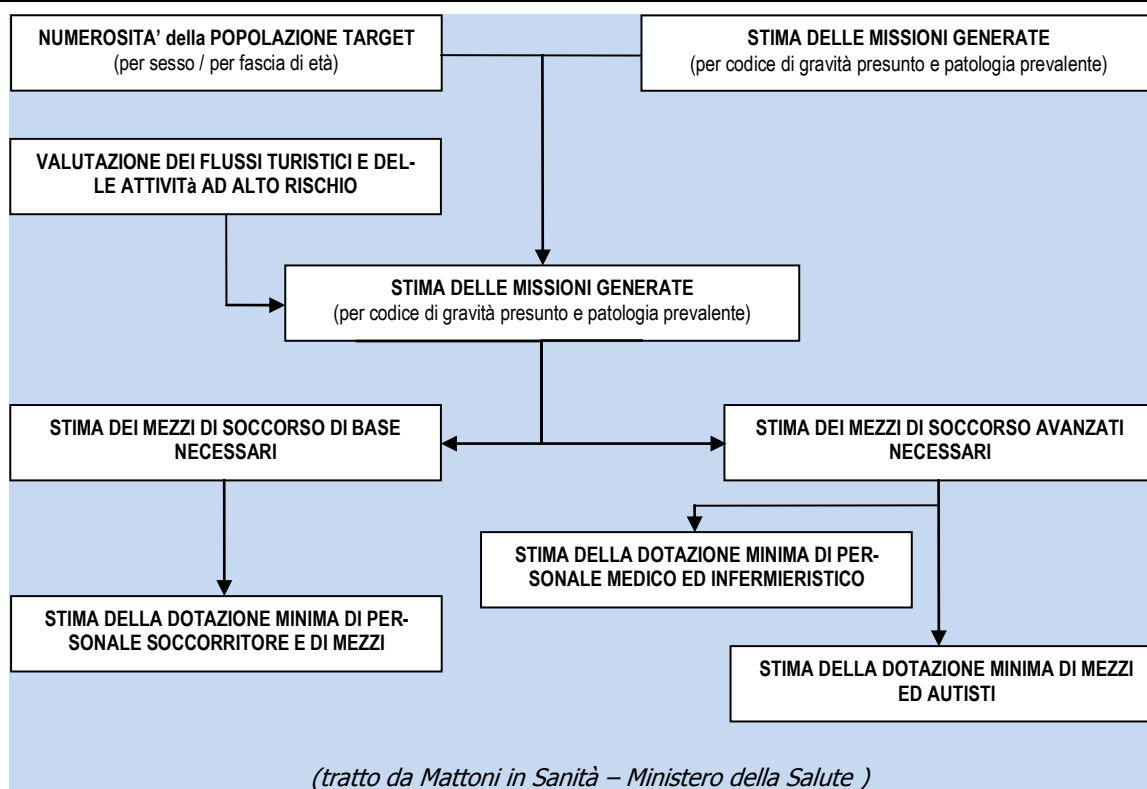
c) AGENAS quaderno 27

Centrali Operative 118

“La risposta delle centrali Operative 118 si concretizza principalmente nell’attivazione e nel coordinamento dei mezzi, di terra ed aerei. Le centrali, individuate di norma in un bacino di utenza da 500.000 a 1.000.000 di abitanti gestiscono, con procedure condivise, le postazioni”

CONSIDERAZIONI E PROPOSTE SIS 118

Già da questo brevissimo excursus si osserva come una giustificata prudenza manifestata dal gruppo di Lavoro del Ministero (nota a) relativo al set di indicatori progettuali che avrebbero richiesto un’attenta valutazione numerica (fonte Mattoni in Sanità e che fra non molto potrà essere svolta con la valutazione dei flussi NSIS sui relativi cruscotti) sia stata fatta propria sia dalla commissione Senatoriale e quindi da AGENAS tout-court senza una relativa valutazione nazionale di numeri e valori, compreso il livello tecnologico digitale delle Centrali 118 e funzioni attribuite.



Ai fini assistenziali, che questa società scientifica SIS 118 assume come pietra angolare del sistema, pur valutando i costi relativi, si evince come:

1. Rapporto chiamata/popolazione/Centrali Operative/postazioni di lavoro

L'ambito progettuale Ministeriale si rifà allo standard teorico di 1 chiamata ogni 30 abitanti, già segnalata come non conforme vista la marcata deviazione dimostrata dalla Liguria, regione arruolata nello studio Mattoni.

L'applicazione degli standard attualmente proposti comporterebbe il possibile aumento delle code d'attesa con aumentato rischio di mancata assistenza alle chiamate realmente urgenti e con relativo incremento delle morti/disabilità evitabili.

2. Sistema delle Centrali Operative

Non sembra essere stato correttamente parametrizzato l'impatto tecnologico dei sistemi digitali avanzati (non quelli comunemente utilizzati e che presentano numerose lacune informative), in particolare del cartografico e dell'ergonomia della Centrale stessa, e che impattano significativamente il processo del soccorso. Tali sistemi avanzati interessano grosso modo la metà del territorio italiano del centro nord lasciando numerose regioni del centro sud parzialmente o totalmente non coperte o utilizzate con copertura a macchia di leopardo.



(cosa offrono i sistemi digitali avanzati delle Centrali 118 – Beta 80)

3. Impatto del NUE 112

Attualmente solamente Varese è dotato del NUE 112, cosa che ha comportato un significativo investimento economico. Questa prima sperimentazione veniva comunque applicata ad una Centrale Operativa che si presentava, alla raccolta dati SIS 118 del dott. Villa, come fra le più virtuose d'Italia, sia nel rapporto chiamate/popolazione, sia come popolazione/soccorsi. In tal senso al successo di tale sperimentazione non corrisponde una valutazione parallela e d'impatto nelle centrali a più sfavorevole rapporto chiamate/popolazione e popolazione/soccorsi, quali ad esempio Palermo o Napoli centro.

Tali studi dovrebbero essere preliminari al fine di valutare i corretti parametri che possono portare alla chiusura delle piccole centrali insieme alla valutazione dei rapporti costo/beneficio che seguono all'introduzione di nuovi onerosi sistemi gestionali, altrimenti risolti con forti risparmi in altre realtà europee che si sono adeguate al 112 ampiamente prima dell'Italia.

4. Rischio geologico

La valutazione di Centrali 118 ogni 500.000/1.000.000 di abitanti, determinata da quanto sopra esposto, ovvero in presenza di un NUE 112 filtro di appropriatezza e associata ad una spinta digitalizzazione delle C.O. 118 con eccellenza cartografica e comunicativa, presenta un'ulteriore criticità di medio/lungo termine, che non si trova rappresentata, ovvero la correlazione al rischio idrogeologico.

Tali eventi, che in Italia si presenta di maggiore evenienza e frequenza rispetto ad altri paesi della Comunità Europea, necessitano l'evitare di concentrare tutte le attività di soccorso in un unico luogo o comunque di evitare di disporre di un'unica centrale 118 per Regione (vedi esperienze Europee ed Americane) e questo al fine di evitare gravissimi crash di sistema in casi di evento straordinario, od anche di tipo terroristico.

Per una valutazione di massima a seguire abbiamo accluso le mappe ufficiali dell'INGV relative a recenti terremoti ed alle faglie, ove appare semplice evidenziare il rischio relativo di un'eccessiva concentrazione di Centrali Operative.

(Recente sismicità e faglie presenti)



5. Recupero economici

- Una migliore gestione dei soccorsi con un precoce accesso già in fase extraospedaliera alle terapie sarebbe in grado di apportare una congrua riduzione delle spese di degenza e di disabilità secondarie alle patologie del quintetto della prima ora (vedi articoli su ERC, AHA, ecc), in particolare nell'area cardio-vascolare.
- Dovrebbe essere valutato con un sistema dell'incident reporting e di near miss le attività delle Centrali NUE 112 a digitalizzazione avanzata rispetto a quelle a

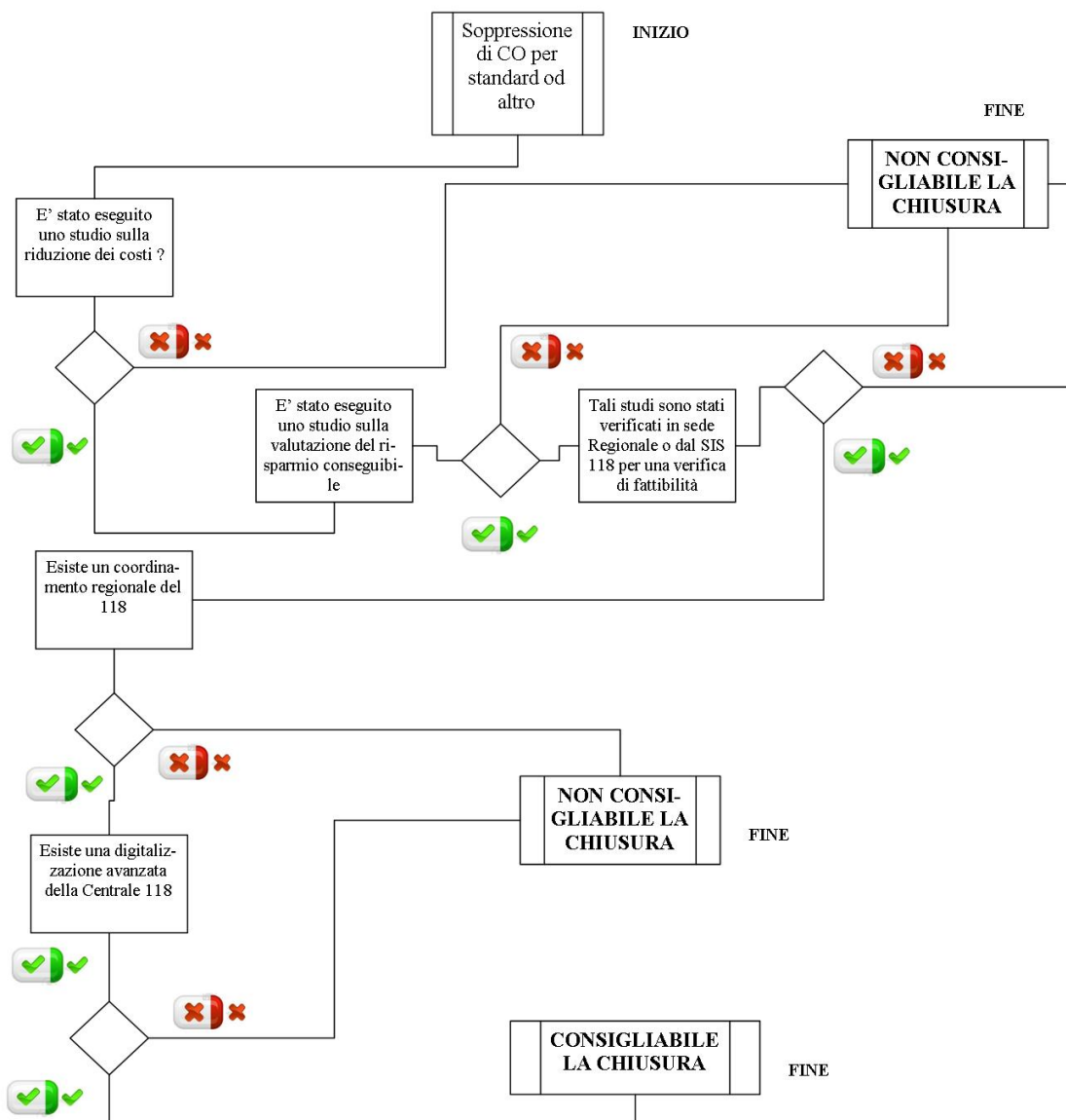
bassa digitalizzazione, ai fini economici assicurativi, e non ultimo, della qualità dei servizi erogati in relazione ai presunti risparmi raggiunti.

- Utilizzo di volontariato locale per l'abbattimento dei costi, donazioni da parte di enti ed istituzioni pubbliche e private (modello anglosassone e centro europeo di finanziamento dell'emergenza).

Da tale breve rassegna appare evidente come non sia possibile inquadrare correttamente un problema, quello del numero delle centrali operative del 118 per singola Regione, in mancanza di coerenza fra gli indicatori minimi di livello dati attualmente per acquisiti ed i criteri scientifici d'individuazione stabiliti dal progetto mattoni; in sintesi, appare evidente la mancanza di uno studio pianificato ma non svolto sulle reali necessità di assistenza della popolazione con individuazione di valori appropriati a quanto stabilito dai LEA e dalle indicazioni cliniche di assistenza alla popolazione.

Consequente la richiesta di una revisione urgentissima degli indici stessi, al fine di evitare criticità alla popolazione, in quanto carenti di evidenze statistiche; d'obbligo conseguenziale il porgersi della SIS-118 quali partner nelle attività di ricerca.

La situazione attuale vede comunque progetti regionali tarati su tali parametri, volti al ridimensionamento ed all'accorpamento delle Centrali Operative Regionali, e la SIS-118 non nega ovviamente tale possibilità, ma richiama con la massima attenzione che tali procedure si avviino su un percorso qualitativamente valido in attesa degli studi sopra riportati e che sinteticamente vorremo riassumere in questa flow chart intuitiva :



Inoltre dovrebbero essere implementate la centralizzazione delle attività di emergenza urgenza alla Centrale Operativa del 118, anche in vista delle nuove disposizioni del Ministro che vedrà il nascere di una rete territoriale h/24 della medicina generale/continuità assistenziale.

Tale attività evidentemente concorrerà alla giusta informazione ed indirizzo alla popolazione oltre che di controllo sulle attività inerenti l'emergenza urgenza derivanti da tale area.

Tali attività di coordinamento ed indirizzo hanno già avuto ampio successo presso altre realtà italiane ed internazionali, con consistenti risparmi economici, tali attività sono :

1. trasporti secondari (razionalizzazione delle risorse),
2. trasporto organi e sangue (razionalizzazione delle risorse),
3. amministrazione dei posti di terapia intensiva (area centralizzata delle risorse),
4. continuità assistenziale e medicina generale territoriale (management delle chiamate con indirizzo dei pazienti presso la struttura idonea, con riduzione di accessi impropri),

5. telemedicina per i pazienti critici dimessi (sorveglianza h 24 con mobilitazione delle risorse d'emergenza necessarie con riduzione occupazione dei posti ospedalieri),
6. terapia del dolore (come da legge 38 quindi parte delle reti cliniche),
7. gestione delle maxi emergenze e dei grandi eventi (amministrazione e controllo e coordinamento delle risorse disponibili),
8. gestione di emergenze epidemiologiche (coordinamento delle criticità anche legate ai flussi di malati ed al loro trasporto come recentemente sperimentato per gli allarmi H1N1, Antrace, Ebola, con possibilità di coordinamento con gli enti militari per far fronte a grandi numeri di pazienti).

Appare evidente inoltre come tali strutture operative necessitino di una zonizzazione limitata e non eccessivamente ampia e questo in funzione degli output informativi necessari, e che saranno oggetto di ulteriore studio da parte della SIS 118.

In attesa di dati specifici, basati sulle valutazioni oggettive richiamate in precedenza e derivanti da precisi studi sulla materia, si fornisce al riguardo una nostra ulteriore valutazione, derivante dall'esperienza più che decennale dei SET-118, sotto forma di criteri tecnici che possono essere presi a riferimento per il dimensionamento del SET-118, tali da renderlo potenzialmente e ragionevolmente affidabile.

I parametri indicati, che possono essere variamente integrati fra di loro, sono rappresentati da:

- Popolazione servita di almeno 250.000 residenti
e/o
- Estensione di almeno 1.500 kmq
e/o
- Numero di postazioni sanitarie territoriali uguali o maggiori di n° 4
e/o
- Numero di interventi di soccorso superiore ai 12.000/15.000 all'anno

e inoltre da:

- Tempo di impegno di ogni singolo equipaggio di soccorso che non deve superare le 12 ore ogni 24 ore (50%) per ognuna di esse.
- Percentuale di interventi nei codici rossi entro i tempi ritenuti ottimali per trattare un soggetto in una situazione di compromissione in atto o di rischio di compromissione imminente delle funzioni vitali (>75% entro 8 min. in area prevalentemente urbana, entro 15 min. in area intermedia e 20 min. in area prevalentemente rurale).
- Sovrapposizione di richieste per codici gialli e rossi che non deve superare la percentuale del 10% per una area servita da una singolo equipaggio.

Allegato 2

REQUISITI TECNICO-STRUTTURALI DELLA CENTRALE OPERATIVA E DELLA SALA OPERATIVA DEL SET-118

Il Soccorso Sanitario, facente capo al numero unico “118”, negli ultimi anni è stato oggetto di una rapida crescita operativa, al fine di migliorare l’attività istituzionale ad essa assegnata e cioè il soccorso extra ospedaliero in emergenza urgenza.

Consapevoli dell’importanza della Centrale Operativa, è stata data fin dall’inizio una notevole spinta affinché fosse dotata di una struttura tecnologica in grado di garantire la massima efficienza nella gestione degli eventi, a partire da un’adeguata interpretazione della chiamata e dalla localizzazione dell’evento, a continuare con il monitoraggio della missione di soccorso e con il trasferimento dei dati relativi all’intervento, ed a finire con la trasmissione dei parametri del paziente alla Centrale Operativa ed alla struttura ospedaliera più idonea all’accoglimento del paziente.

La tecnologia allora esistente si prefiggeva l’obiettivo, inoltre, di garantire una rete di radio-telecomunicazioni dedicata, che permettesse l’invio di informazioni codificate, la rete telefonica mobile, e di fruire di un sistema informatico gestionale per la Centrale Operativa.

La struttura muraria, in pochi casi ha potuto contare sull’individuazione di appositi luoghi e di una tipologia costruttiva dedicata. Per risparmiare tempo e investimenti, si è fatto spesso ricorso a luoghi/locali preesistenti e progettati per altri scopi, quasi sempre all’interno di presidi ospedalieri. Non sempre queste soluzioni estemporanee sono risultate idonee alla “Mission” della Centrale Operativa del SET-118.

Le soluzioni nate come temporanee sono diventate spesso definitive ma, al giorno d’oggi, non appaiono più accettabili e sostenibili.

Ciò che segue nasce osservando il “mondo” e la “vita” dentro e fuori una Centrale Operativa.

La definizione di Centrale Operativa, sic et simpliciter, peraltro non ha aiutato chi si accingeva a pianificare la risposta sanitaria in emergenza ed il presente documento si prefigge di fornire chiarimenti in merito.

Per maggiore chiarezza è opportuno distinguere il concetto di Centrale Operativa da quello di Sala Operativa:

- a) La prima, **CENTRALE OPERATIVA**, costituisce l'Organo direttivo dell'intero Sistema di Emergenza Territoriale e rappresenta il **Centro Direzionale del Servizio di Emergenza Territoriale 118** dell'intera area territoriale servita (definibile **C.D. SET-118**).
- b) La seconda, **SALA OPERATIVA (S.O.)**, facente parte della prima, costituisce il luogo fisico in cui si svolgono le attività che sono strettamente rivolte alla gestione dei soccorsi, dal momento della chiamata fino al completamento della prestazione, con annessi sistemi di archiviazione informatica dei dati.

In definitiva la **SALA OPERATIVA (S.O.)** costituisce, sotto forma di unico grande locale in cui stanno tutti gli "operativi", la "Control Room" allocata all'interno della più ampia **CENTRALE OPERATIVA**, e deve poter garantire la massima qualità del Servizio in qualsiasi condizione. In essa sono attive, 24 ore su 24, le postazioni operative costituite da terminali telefonici e radiofonici, computer e monitor in numero variabile e postazioni di "riserva" da utilizzare in caso di necessità.

LA CENTRALE DI GOVERNO DEL SET-118

Collocazione

L'area di collocazione è identificabile all'interno di una struttura sanitaria (può beneficiare in tale caso dei servizi della stessa e dei pronti interventi di manutenzione e riparazione in caso di guasti) o all'esterno; deve essere situata in area protetta, esente da rischi classificati di calamità, con viabilità di facile accesso ed area parcheggio adeguata. Indispensabile disporre di un servizio di sorveglianza attiva H24 (si rammenta che le C.O. rappresentano obiettivi sensibili e quindi possibili target di atti terroristici e non solo, es. vandalismo). L'accesso alla Centrale Operativa deve essere precluso ai soggetti non autorizzati; pertanto la struttura della Centrale deve essere tale da prevenire ed evitare manomissioni od intrusioni incontrollate.

Se individuata all'esterno del regime ospedaliero, se ne consiglia la localizzazione nel primissimo hinterland a ridosso della città capoluogo di provincia, in zona extraurbana pianeggiante, vicina ma non in prossimità di collegamenti viari ad alto flusso di traffico, al fine di favorire i contatti ed i rapporti con gli altri Enti ed Istituzioni coinvolti nella gestione dell'emergenza.

Caratteristiche dell'area di edificazione/recupero ambientale

L'area identificata per la sua edificazione deve essere esente da rischi calamitosi e, a tal fine, si richiama la direttiva nazionale sui siti sensibili e loro vulnerabilità che stabilisce le categorie di edifici di interesse strategico e le opere infrastrutturali la cui funzionalità durante gli eventi sismici assume rilievo fondamentale per le finalità di protezione civile e si elencano i principali documenti di riferimento:

A1 – Categorie di edifici ed opere infrastrutturali di competenza statale

Tutte quelle di cui all'elenco A del decreto del Capo del Dipartimento della Protezione Civile 21 ottobre 2003 "Disposizioni attuative dell'art. 2, commi 2, 3 e 4, dell'ordinanza del presidente del Consiglio dei Ministri n.3274 del 20 marzo 2003, recante Primi elementi in materia di criteri generali per la classificazione sismica del territorio nazionale e di normative tecniche per le costruzioni in zona sismica" (pubblicato sulla G.U. n. 252 del 29 ottobre 2003).

A2 - Categorie di edifici ed opere infrastrutturali di competenza regionale

A2.1.1 - Sedi della regione, delle province, dei comuni e delle comunità montane

A2.1.2 - Agenzia regionale di protezione civile, Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (ARPA)

A2.1.3 - Centri funzionali e di coordinamento di protezione civile (es. DI.COMA.C, COR, CCS, COM, COC, CUP, ecc.)

A2.1.4 - Strutture regionali, provinciali e comunali, adibite all'attività logistica per il personale, i materiali e le attrezzature; edifici destinati all'informazione e all'assistenza alla popolazione individuati nei piani provinciali di protezione civile

A2.1.5 - Altre strutture individuate nei piani provinciali di protezione civile

A2.2.1 - Ospedali e strutture sanitarie dotate di pronto soccorso o dipartimenti di emergenza, urgenza ed accettazione

A2.2.2 - Edifici e presidi sanitari locali ospitanti funzioni e attività connesse con la gestione dell'emergenza e del 118

LA CENTRALE OPERATIVA

Tipologia di costruzione/recupero edilizio: caratteristiche

La struttura deve possedere autonomia operativa ognitempo a carattere ecologico, resistente, per quanto scritto innanzi, a rischi classificati, organizzata in livelli o in strutture modulari singole adiacenti, sovrapposte od affiancate. Alcuni di tali livelli o moduli, così come in seguito descritti, per problemi ambientali e per esigenze particolari, ad esempio per la formazione, si prevede possono essere anche distanti fra di loro.

Particolare attenzione, a tutela del benessere fisico di quanti operano in Centrale Operativa, deve essere rivolta ai problemi connessi al microclima, all'illuminazione delle postazioni lavoro e alla insonorizzazione dei locali, in ossequio alla specifica normativa di riferimento. Particolarmente curato deve essere l'isolamento acustico, termico, elettromagnetico. Occorre anche prevedere la possibilità di ricorso ad autonomia energetica anche mediante fonti rinnovabili. Assolutamente da curare che vi sia assenza di barriere architettoniche.

L'accesso principale deve essere munito di serratura di sicurezza ed altri locali di servizio descritti di seguito devono essere presidiati e accessibili tramite dispositivi di apertura e controllo a lettura elettronica identificativa.

Tutta l'Area interna deve fruire di rete Wi-Fi protetta. Inoltre i numerosi e vari cablaggi devono essere non a vista ma immediatamente e facilmente ispezionabili e identificabili.

Livello Base (piano terra o primo modulo):

È dedicato ad area di ingresso, con adeguata cartellonistica di riferimento, e sono presenti, con polarità opposta, locali per il ricovero di mezzi, per il magazzino e per il deposito di attrezzature e materiali. Comprende:

Area autorimessa, con ingresso e uscita unidirezionale dedicata per ogni singolo mezzo operativo. Locale deposito con accesso dedicato per ritiro/consegna merci, suddiviso in aree dedicate alla tipologia di materiale e quantità, in fermo temporaneo, stoccato secondo normativa vigente (farmaci di uso generale, scorta antidoti, DPI, etc).

Area Maxiemergenze, con il materiale in pronta partenza caricato sui mezzi, evacuabili dall'autorimessa in tempo "Zero".

Area esterna alla struttura, ma all'interno della proprietà (ad esempio interno area ospedaliero), dedicata alla movimentazione mezzi e all'addestramento. Tale area deve essere anche parzialmente coperta da simil-tensostrutture con (ove previsto dalla pianificazione Regionale) hangar elisoccorso e piazzola operativa anche per il volo notturno.

Altra Area esterna, separata dalla prima, dedicata alla sosta veicoli privati del personale in servizio e dei visitatori autorizzati.

Tutte le aree devono essere dotate da dispositivi di sicurezza attiva e passiva (video-sorveglianza, etc) secondo la normativa vigente.

Livello 1 (piano sopraelevato o secondo modulo):

Questo livello è dedicato agli uffici di direzione, amministrativi, infermieristici, tecnici ed ai rapporti con personale e/o il pubblico, nonché alle attività di formazione e di governo clinico (programmazione, gestione, coordinamento, organizzazione, controllo di qualità). È presente un'area didattica costituita da aula maggiore attrezzata per convegni e da aule satelliti dedicate ad eventi formativi minori, quali seminari / corsi modulari per l'apprendimento attivo in piccoli gruppi e predisposti per l'attività di e-learning. Inoltre comprende un'area con una zona specifica dedicata a riposo, servizi e depositi. Gli ingressi devono essere diversificati per personale operativo, visitatori e discenti. Viene suddiviso in:

Area Direzionale

Ufficio della Direzione, con servizi igienici annessi.

Locali per la Dirigenza Medica, locali per la Direzione Infermieristica/Coordinamento infermieristico e locali per la Segreteria amministrativa. È possibile ipotizzare locali at-

trezzato con arredo a “isole” in un unico blocco. Per ogni locale deve esserci la dotazione informatica con un pc desktop con accesso alla rete e linea telefonica. La dotazione tecnologica è completata da una stampante di rete condivisa, una linea telefonica per fax in entrata e una linea telefonica per fax in uscita.

Area Briefing Operativo

È dotata di almeno un pc desktop con accessori, un videowall e da un arredo tipo “sala riunioni operative”. Vi è annesso un locale relax e ristoro self-service e locale del personale con spogliatoio e servizi igienici.

Area Formazione e Didattica

È dotata di sala convegni, attrezzata per eventi maggiori e di almeno 100 posti a seder, e di almeno 3 aule per didattica, attrezzata per eventi minori, con almeno venti posti a sedere e dotate degli strumenti audio-visivi necessari.

Area Attesa:

Il locale per l’attesa dei visitatori deve avere servizi igienici e area ristoro self-service. La Zona Pubblica e la Zona Riservata devono essere contigue ma separate da porta.

Livello 2 (piano superiore o terzo modulo):

È dedicato alla Sala Operativa (**S.O.**) con funzioni di comando e controllo relative a : ricezione e interpretazione delle chiamate, attivazione dell’intervento, controllo e supporto all’equipaggio sul luogo e durante il soccorso, indirizzo al ricovero mirato presso l’ospedale idoneo. La Sala Operativa (**S.O.**) costituisce l’elemento centrale della attività operativa e deve essere reso accessibile unicamente al personale in servizio tramite un percorso delimitato, un accesso controllato e regolamentato con identificazione elettronica e specifico sistema di comunicazioni interfonico. Il pubblico non deve assolutamente accedere a tutta l’area di questo livello. Allo stesso modo gli addetti esterni alla manutenzione ordinaria accedono secondo pianificazione programmata, organizzata e controllata.

È preferibile una organizzazione ad isole (open space) ove sono posizionate le postazioni operative ed in cui sono presenti monitor (gestionale e cartografico), apparati di comunicazione, apparecchiature informatiche, pannelli di controllo generale con funzioni specifiche e non, schermi televisivi.

Le isole, dotate di alta tecnologia, sono individuate per competenze sia organizzative, per il medico di Centrale e per il coordinamento infermieristico, sia operative, dotate degli strumenti di gestione e dei sistemi di comunicazione relativi (area gestione emergenze, area gestione maxiemergenze, e, se previste tra le funzioni attribuite, area continuità assistenziale, area gestione trasporti secondari, ecc...) facilmente integrabili, implementabili e modulabili per adeguarsi a tipologie differenziate di assistenza (percorsi assistenziali per rete e/o per patologia) anche temporanee (emergenza caldo, emergenza influenza, maxiemergenze, ecc...) ovvero per rispondere, ad esempio, agli

indirizzi strategici relativi all'integrazione delle centrali con il numero europeo delle emergenze 112.

A questo livello sono presenti area riposo /cucina, servizi, magazzini, stanza riunioni, aree tecniche, aree depositi dimensionate sulla presenza del personale operativo.

La Sala Operativa (**S.O.**) con funzioni di Control Room, deve avere un accesso controllato e regolamentato attraverso l'identificazione elettronica/informatica. Comprende i locali per il medico di Centrale, per il coordinamento infermieristico e per le attività di governo clinico, nonché al suo interno:

*Area SALA Operativa (**S.O.**)*

Ha arredo a "postazione operativa allargata" per favorire l'appoggio di ausili necessari, oltre a quelli previsti, e per ognuna di esse, un pc tower con una tastiera e un mouse, non più di tre monitor desktop, una base radio-telefonica unica.

Il numero delle postazioni operative sono determinato in base a parametri prestabiliti e riportati in un documento generale.

*Area SALA Operativa (**S.O.**) di Back-up*

L'arredo a "consolle allargata" per favorire l'appoggio di ausili necessari oltre a quelli previsti, e per ognuna un pc tower o meglio monitor con PC entrocontenuto con una tastiera e un mouse, non più di tre monitor desktop, una base radio-telefonica unica.

Area Alta Tecnologia:

SALA SERVER - Rappresenta il "cuore" tecnologico della SALA Operativa (**S.O.**). È necessario l'isolamento acustico, termico ed elettromagnetico, la presenza di dispositivi di sicurezza ed accesso controllato. È posta in prossimità della SALA Operativa (**S.O.**) ed è dotata di gruppi energetici di continuità. Ad essa è annesso un locale per l'operatore informatico ed è presente un sistema telefonico intercomunicante.

DOTAZIONI TECNOLOGICHE

Il Sistema di telefonia, il sistema informatico ed il sistema radio costituiscono il cardine tecnologico del funzionamento dell'intera Centrale Operativa. Una netta distinzione tra i tre sistemi è difficile a farsi in quanto essi si integrano fra di loro ed ognuno di essi utilizza le componenti degli altri sistemi. L'obiettivo è quello di permettere la gestione dell'evento con un continuo scambio di informazioni, in parte automatizzate, per facilitare gli operatori e diminuire i fattori di rischio per gli utenti, permettendo, in contemporanea, la registrazione e l'archiviazione dei dati, utili anche per l'attività di valutazione e di programmazione. Alla base della funzionalità di tutte le dotazioni tecnologiche vi è la garanzia della continuità dell'alimentazione elettrica che deve assicurare il mantenimento delle attività operative attraverso livelli di protezione differenziati ed in grado di garantire, con sistemi di backup, una autonomia operativa ogni tempo .

L'integrazione dei tre sistemi, con le rispettive tecnologie, contribuiscono alla realizzazione del modulo base (postazione operatore) formato in configurazione minima da un monitor di gestione ed un monitor cartografico connessi al server centrale e

all'interfaccia telefonica, che permette la processazione della chiamata, l'individuazione del problema prevalente e l'invio, se del caso, di un mezzo di soccorso idoneo ad affrontare il problema presentato. Il tutto avviene in modo assistito tale da mantenere la comunicazione continua con il luogo dell'evento, da assicurare l'integrazione con altri corpi istituzionali dedicati all'emergenza e da garantire, tramite i protocolli, la continuità del soccorso ed il ricovero nel presidio ospedaliero idoneo.

Sistema di telefonia

Requisito fondamentale è la costituzione di una Rete telefonica propria dell'Emergenza che permetta l'interconnessione di tutte le Centrali e basata su due livelli:

- a) interno: connesso con le risorse proprie del Sistema di Emergenza Territoriale (S.O., Postazioni Territoriali fisse e mobili, Rete Ospedaliera, Enti ed Istituzioni che partecipano alle attività di emergenza);
- b) esterno: in grado di connettersi con il sistema di comunicazione mobile e fisso con possibilità di identificazione del chiamante e contemporanea localizzazione dei telefoni fissi e mobili; fornito di strumenti integrati che permettano la comunicazioni da/verso pazienti fragili e/o disabili e di sistema telefonico satellitare di supporto in caso di catastrofe.

Inoltre, nella realizzazione del sistema di telefonia, occorre contemplare il Piano di Disaster Recovery e la possibilità di trasmissione oltre che di dati anche di immagini.

Tutte le procedure di backup telefonico, a tutela del Sistema, devono essere garantite, con formale atto scritto, dal Gestore Telefonico di riferimento.

Il Sistema di telefonia deve essere supportato da un sistema di registrazione. Anche per esso devono essere previsti due livelli:

- a) di sala, a disposizione dell'Operatore di Centrale per il riascolto immediato e rapido delle ultime chiamate;
- b) di sistema, per l'archiviazione ed il riascolto sia per motivi operativi (debriefing), sia formativi sia per motivi medico legali (a disposizione di Autorità Giudiziaria).

Sistema informatico

Il sistema informatico deve essere in grado di disporre di dati, aggiornati in tempo reale, relativi a :

- disponibilità ed ubicazione mezzi sul territorio;
- dislocazione risorse dedicate all'emergenza;
- riferimenti geografici e percorsi.

Deve avere i seguenti obiettivi:

- Facilitare la gestione dei processi operativi predisposti per rispondere e gestire una richiesta di intervento di emergenza, in ognuna delle fasi che lo caratterizzano, attraverso l'utilizzo di idonei strumenti tecnologici, garantendo una ottimale gestione clinica ed organizzativa per la sicurezza del paziente e

permettendo una ottimizzazione del processo di lavoro della Centrale Operativa 118.

Deve consentire :

1. il riconoscimento del chiamante (n° telefonico ed ubicazione, con l'individuazione sulla cartografia del luogo dell'evento;
2. la gestione automatizzata della processazione della chiamata;
3. la disponibilità delle risorse territoriali del SET-118 (mezzi e postazioni) settorializzate per ubicazione;
4. i tempi di intervento e di tutta l'attività operativa;
5. la localizzazione continua del posizionamento dei mezzi;
6. la localizzazione dei presidi ospedalieri e la disponibilità di alte specialità;
7. il supporto al mezzo di soccorso per la viabilità, il supporto all'équipe del mezzo per lo status clinico;
8. la possibilità di invio dati ed immagini dal mezzo alla S.O. ovvero alle strutture individuate dai protocolli organizzativi;
9. l'integrazione fra sistema informativo 118 e sistema informativo ospedaliero finalizzato a garantire la continuità del soccorso ma anche i dati di esito dell'intervento per consentire la programmazione organizzativa basata sui dati reali di operatività.
10. lo scambio di dati e l'integrazione massima dei percorsi operativi e clinico-assistenziali predisposti dal SET-118, dalle strutture di area critica della rete ospedaliera e dalle istituzioni che partecipano alla attività di emergenza;
11. il miglioramento della capacità di monitoraggio del servizio attraverso la raccolta, l'analisi e la valutazione di dati e delle informazioni;
12. la creazione, l'adattamento e l'implementazione, in formato digitale, dei processi innovativi ritenuti necessari per rispondere a nuove esigenze strategiche e/o aderire ai bisogni dei cittadini, tali da consentire e monitorare, in tempi rapidi, le nuove strategie clinico organizzative;
13. il raggiungimento dell'obiettivo della dematerializzazione della documentazione cartacea;
14. la gestione dei flussi informativi delle prestazioni di Emergenza-Urgenza del SET-118 sia verso il livello regionale che verso il livello nazionale, secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
15. l'effettuazione in modo automatico del backup di tutti i dati di attività in altra struttura istituzionale (server Aziendale, Centrale Vicaria etc).

Inoltre Il sistema informatico deve poter assicurare la gestione dei seguenti processi: rilevazione dati, gestione della flotta, gestione dei trasporti secondari, gestione dei maxi eventi, gestione delle maxi emergenze, gestione dei report, gestione dei flussi informativi, gestione della segreteria, gestione armadi farmaceutici, gestione magazzino materiali, gestione anagrafe, gestione utenti e sistema, gestione indicatori, possibilità di gestione e di integrazione di nuove funzionalità.

Sistema radio

Il Sistema Radio è ritenuto indispensabile per il coordinamento di un sistema di emergenza.

Il Ministero delle Comunicazioni e Trasporti con D.M. 6-101998 “Assegnazione delle coppie di frequenze, canalizzate 12,5 KHz, ricadenti nella banda 450 MHz, al Ministero della Sanità per le esigenze del sistema di emergenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale”, ha reso disponibili in forma gratuita ed esclusiva ai Servizi 118 su scala nazionale diverse coppie di frequenza dedicate.

I benefici delle frequenze UHF riservate e dedicate, su scala nazionale, ai SET-118 sono relativi a: maggiore traffico di comunicazione, azzeramento del canone telefonico, coerenza con la normativa nazionale, migliore qualità e affidabilità dei radiocollegamenti, maggiori applicazioni fonia e dati.

Il numero e la disposizione dei siti per le strutture radio delle singole Province deve garantire un'area complessivamente coperta dal sistema pari al 80% della popolazione ed al 80% del territorio Regionale.

Il sistema di controllo deve prevedere, come minimo:

Gestione delle interconnessioni delle reti Provinciali;

Gestione della telesorveglianza e telecontrollo;

Gestione, supervisione e monitoraggio delle comunicazioni in transito, delle chiamate selettive e della messaggistica;

Gestione e controllo della rete di localizzazione satellitare GPS e la completa gestione del mezzo;

Deve essere prevista l'integrazione con il sistema informatico a supporto dell'emergenza sanitaria e la registrazione di tutte le comunicazioni

Rete radio isofrequenziale

Ciascuna stazione radio-base deve gestire la:

6. frequenza di trasmissione nella zona di copertura radio a cui appartiene;
7. frequenza di ricezione nella zona di copertura radio a cui appartiene;
8. frequenza di trasmissione del ponte radio verso la propria stazione radio-base master;
9. frequenza di ricezione del ponte radio verso la propria stazione radio-base master.

Ciascuna stazione radio-base master, oltre alle due coppie di frequenze necessarie per la propria funzione di copertura radio (fonia e dati), deve gestire le coppie di frequenze dei ponti radio verso le proprie stazioni radio-base satellite, e inoltre una coppia di frequenze per il ponte radio master.

Apparati radio

Configurazione minima:

- c) frontale dell'apparato di costruzione solida;
- d) display ad alta leggibilità;
- e) tastiera retroilluminata;
- f) ideogrammi dei tasti effettivamente rispondenti alle funzioni;
- g) visualizzazione di testi predefiniti associati allo stato ricevuto;
- h) protocolli di comunicazione già residenti nella logica di bordo per ricevitori GPS presenti sul mercato

Operatività del S.E.T.118

Funzioni di ricezione:

Al fine di garantire alla popolazione un accesso nel più breve tempo possibile in ogni Sala Operativa **(S.O.)** va garantito un numero di postazioni adeguato al numero di chiamate/popolazione e quindi tali da permettere la risposta entro il più breve tempo possibile ipotizzato sulla base di dati epidemiologici e storici, comunque, partendo dal concetto di base per cui la dotazione minima di postazioni per una Sala Operativa **(S.O.)** deve essere almeno di due unità. Il numero di postazioni occorrenti viene calcolato, oltre che in relazione al parametro sopra riportato, anche in base alla popolazione servita dal S.E.T. 118 ed ai relativi interventi incrementando una postazione ogni ulteriore aumento del 50% della popolazione:

2 postazioni: fino a	300.000 residenti	≈	25.000 interventi/anno;
3 postazioni: da	300.000 a 450.000 residenti	≈	36.000 interventi/anno;
4 postazioni: da	450.000 a 675.000 residenti	≈	54.000 interventi/anno;
5 postazioni: da	675.000 a 1.012.500 residenti	≈	81.250 interventi/anno;
6 postazioni: da	1.012.500 a 1.518.750 residenti	≈	121.500 interventi/anno;
ecc.			

In base a questi parametri possono essere valutati gli incrementi temporanei necessari per particolari iperafflussi stagionali e resta salva la possibilità di effettuare ulteriori modifiche suggerite dalla verifica dell'effettivo numero di chiamate che perverranno al 118 a seguito dell'introduzione sull'intero territorio nazionale del call-center laico del "112".



Allegato 3

**REQUISITI TECNICO-STRUTTURALI DELLE POSTAZIONI
TERRITORIALI E DEI PUNTI DI PRIMO INTERVENTO DEL
SET-118**

Le Postazioni Territoriali ed i Punti di Primo Intervento del SET-118 sono le strutture operative addette alle prestazioni sanitarie richieste dall'utenza.

La SIS118 ha ravvisato la necessità di fornire indicazioni sugli elementi fondamentali che devono caratterizzare la struttura e l'organizzazione delle sedi in cui si svolge la relativa attività al fine di favorirne l'omogeneità in ambito nazionale.

LA POSTAZIONE TERRITORIALE DEL SET-118

L'attività generale del "S.E.T.-118" prevede il lavoro di diverse figure professionali in tre diverse aree di attività:

- **Presso la Centrale Operativa – C.O.**
- **Presso le Postazioni territoriali fisse e mobili**
- **Presso i Punti di Primo Intervento territoriali ed ospedalieri**

L'attività territoriale in particolare si basa su una rete di postazioni, costituenti il braccio operativo del servizio, adeguata al modello assistenziale individuato al fine di fornire il miglior standard di risposta professionale possibile al cittadino-utente in evidente/potenziale pericolo di vita, in conformità agli standards operativi temporali di intervento previsti dal legislatore. Tali postazioni hanno sedi fisiche così come determinate dalla programmazione regionale o locale sulla base di criteri strategici.

Le postazioni territoriali fisse o mobili hanno solitamente sede presso una struttura edilizia, solitamente sede di un Distretto Sanitario, o di una struttura del Servizio Sanitario Locale o altra struttura messa comunque a sua disposizione per scopi sanitari. Esse costituiscono, in quanto sede fissa, la base di partenza per ogni missione e di rientro a fine missione.

Gli ambienti necessari per la sosta del personale h/24, nel rispetto delle norme igieniche e di sicurezza, devono prevedere:

- locali adeguati per l'alloggiamento del personale
- locali per lo stoccaggio dei farmaci e delle scorte sanitarie e per la gestione e la manutenzione dei presidi elettromedicali;
- armadi e arredi per la tenuta e l'archiviazione del materiale cartaceo e supporti per la gestione della tecnologia informatica e di telecomunicazioni;
- il collegamento con la C.O. attraverso linee telefoniche e altri sistemi di comunicazione;

Nel caso in cui fosse previsto che presso le postazioni fisse possono accedere direttamente pazienti che necessitano un primo trattamento, con anche esecuzione di piccoli interventi che presentino le caratteristiche di "urgenze minori" risolvibili in loco, bisognerà curare anche tale aspetto in fase di realizzazione della postazione 118, a maggior ragione se trattasi di Punto di Primo Intervento Territoriale Extraospedaliero

La sede pertanto deve essere dotata dei presidi minimi caratterizzanti una sede "ambulatoriale" specificamente dedicata alla gestione delle urgenze – emergenze (lettino visita, scialitica, carrello per medicazioni, ecc.).

ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO delle POSTAZIONI 118



A - Locali

Gli ambienti necessari per l'attività delle postazioni del SET-118 debbono essere dimensionati nella misura minima prevista dalle normative vigenti e adeguati al numero persone (medici, infermieri, autisti e soccorritori) che ivi esercitano la loro attività lavorativa e che la occupano per tutto il tempo previsto.

In particolare, gli spazi debbono essere così suddivisi:

Zone per la sosta ed il riposo degli operatori proporzionate al numero di persone contemporaneamente presenti.

Zona servizi comprendente

- Servizi igienici;
- Docce;
- Spogliatoio;
- Magazzino;

I locali devono essere climatizzati o almeno dotati di riscaldamento

B - Arredi

- scrivanie;
- sedie;
- poltroncine;
- armadi metallici con serratura per farmaci e strumentazione.

C- Attrezzature

- telefono fisso e cellulare;
- fax;
- personal computer con monitor e stampante;
- collegamento internet su rete protetta
- cassaforte/armadio con chiusura per la conservazione degli stupefacenti
- batterie alcaline di riserva etc;
- cardiotelefono;
- frigorifero per farmaci
- radio (preferibilmente sintonizzata sulla frequenza ministeriale (Decreto 6 ottobre 1998: "Assegnazione coppie di frequenze per le esigenze del sistema di emergenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale" pubblicato sulla G.U. n. 257 del 03-11-1998)

D - Ulteriori dotazioni



Al personale delle Postazioni 118 devono essere fornite schede di ambulanza e schede richieste farmaci.

Deve essere presente una zona lavaggio con impianti di scarico a norma per consentire la pulizia e la sanificazione dei presidi utilizzati e contaminati da materiale organico o ematico.

Deve essere previsto un sistema per lo smaltimento dei rifiuti speciali.

E - Abbigliamento

Al personale delle Postazioni 118 impegnato sul mezzo di soccorso è fornito in dotazione idoneo abbigliamento professionale ad "Alta Visibilità" (Norma EN 471).

F- Mezzi di trasporto

Il sistema di emergenza sanitaria è dotato dei mezzi di soccorso omologati secondo normativa nazionale.

COLLOCAZIONE

La postazione del SET-118 cittadina deve essere collocata in una posizione strategica per poter permettere all'equipaggio di soccorso di poter raggiungere nel più breve tempo possibile il luogo di maggior probabilità di accadimento dell'evento rilevato sulla base dei dati storici.

La sede di una postazione SET-118 ideale deve essere prevista al piano terreno di una struttura e deve essere situata in locali dedicati unicamente a questo scopo ed opportunamente segnalata. La zona antistante l'uscita dei mezzi di soccorso deve essere libera e situata in modo da poter rapidamente raggiungere la viabilità ordinaria. Il percorso di uscita in urgenza dei mezzi deve essere separato dall'eventuale percorso in entrata dei mezzi di soccorso di una eventuale struttura ospedaliera vicina su cui insiste la postazione SET-118.

Zona riservata ai Mezzi di Soccorso

Deve prevedere un garage coperto o almeno una tettoia, senza la presenza di ostacoli che possano rendere difficoltosa l'uscita rapida del mezzo di soccorso.

Deve essere presente un impianto idrico/fognante, affinché vengano garantite le procedure di pulizia e sanificazione del mezzo.

Il garage deve essere dotato di impianto elettrico con presa industriale a 220V, per permettere l'alimentazione della strumentazione elettromedicale, durante i periodi di attesa.



Devono essere presenti armadi destinati a contenere materiale vario e presidi (catene neve, torce, etc.).

Il garage deve essere dotato di tutti i sistemi di estinzione incendi e di finestre perimetrali per la fuoriuscita dei gas di scarico del mezzo.

Zona Riservata al Personale

I locali destinati al personale in servizio devono essere uno per ogni componente dell'equipaggio presente affinché ne venga garantita la privacy.

ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEI PUNTI DI PRIMO INTERVENTO PROPRI DEL SET-118

a) Requisiti strutturali

L'unità minima dovrà prevedere:

- Locale visita.
- Servizi igienici dedicati al pubblico.
- Funzione registrazione/archivio.
- Locali deposito farmaci

b) Requisiti strumentali

- Lettino visita.
- Carrello per medicazioni e set suture.
- Kit per medicazioni monouso.
- Lampada a luce diretta.
- Kit ferri monouso.
- Stecche flessibili per stabilizzazione piccoli traumi.
- Cateteri venosi periferici.
- Cateteri vescicali.

Il personale di base in servizio presso il PPI è costituito da Medico e Infermiere, quali uniche figure professionali individuate per effettuare le prestazioni sanitarie all'interno dei PPI.

Il Medico presente deve essere ad uso esclusivo del PPI e di norma non deve essere condiviso con altre strutture (ad esempio postazione 118) durante lo svolgimento di questa attività.

Deve avere un sistema di registrazione e di archiviazione delle prestazioni che potrà essere esclusivamente interno oppure potrà essere condiviso con l'archivio della Centrale Operativa, in base all'organizzazione locale.

Il medico del PPI invia al Pronto Soccorso l'utente, con i propri mezzi, ogni qual volta non sia possibile effettuare la prestazione o lo specifico caso richieda approfondimenti



diagnostici urgenti non eseguibili al PPI. In questo caso le comunicazioni al medico del P.S. dovranno essere trascritte su carta intestata dell'ASL da cui dipende il PPI.

Deve essere previsto un sistema per lo smaltimento dei rifiuti speciali.

Nei casi in cui l'utente non possa essere trasportato al Pronto Soccorso con i propri mezzi, per patologie acute non di pertinenza dei PPI, il medico del PPI provvede a trasferirlo con ambulanza ordinaria in dotazione o in mancanza di dotazione al PPI, fatta pervenire dal Presidio Ospedaliero di Competenza.

Nei casi urgenti classificati come Codice Rosso può fare richiesta di Mezzo di Soccorso alla Centrale Operativa 118 che dispone in base alle disponibilità reali al momento della chiamata. In tal caso la Centrale Operativa decide in merito all'ospedale di afferenza.

Il medico del PPI invia l'utente al proprio MMG per proseguimento cure con relazione di accompagnamento su carta intestata dell'ASL da cui dipende il PPI.

Il medico del PPI è tenuto a compilare la relazione medica in ogni caso d'invio dell'utente al P.S. con ambulanza.

Tutte le prestazioni, compresa la terapia, effettuate all'interno del PPI dovranno essere riportate dal medico in apposito registro. Inoltre, rispetterà la regolamentazione adottata localmente per la trasmissione del resoconto delle prestazioni effettuate.

Il medico del PPI dovrà effettuare la richiesta per i farmaci e per il materiale di consumo dei PPI direttamente al magazzino farmaceutico, con i moduli predisposti ad uso esclusivo dei PPI. Una copia degli ordini dovrà essere conservata c/o il PPI.

Allegato 4

CRITERI PER L'ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE VOLONTARIO ALL'ECCELLENZA DEL SET-118

La consapevolezza da tempo acquisita dalla Società Italiana Sistema 118 in tema di qualità, si fonda sulla constatazione che ogni organizzazione Sanitaria negli ultimi anni è stata coinvolta in radicali processi di cambiamento organizzativo e che sempre maggiore si avverte la necessità di conseguire risultati di economicità e qualità. Questo presuppone l'adozione da parte delle Direzioni aziendali di strumenti di gestione, internazionalmente riconosciuti, finalizzati alla razionalizzazione dei costi (efficienza organizzativa) e all'erogazione di servizi in grado di cogliere e soddisfare le esigenze dei clienti/utenti (efficacia delle prestazioni).

Anche nella presentazione degli standard del Servizio di Emergenza Territoriale 118 (SET-118) è importante affrontare le tematiche relative alla qualità con raccomandazioni che risultano essere fondamentali per la trasparenza e la organizzazione dl sistema in quanto coinvolgono in senso trasversale tutto il personale che vi opera.

Gli obiettivi strategici della qualità si ritrovano esplicitati in modo dettagliato nel percorso che la SIS118 ha definito per l' Accreditamento Professionale volontario della attività della CO118 con la certificazione ISO9000.

Nella definizione degli standard di tutto il sistema della emergenza-urgenza (attività di centrale e delle postazioni territoriali) di seguito vengono proposti alcuni minimi relativi al controllo della qualità e del governo clinico del sistema con raccomandazioni di vario livello:

LIVELLO A = intervento **FORTEMENTE RACCOMANDATO**

LIVELLO B = intervento **RACCOMANDATO**

LIVELLO C = intervento **DA CONSIDERARE MA DI IMPATTO INCERTO**

LIVELLO D = intervento **DA NON RACCOMANDARE**

REQUISITI GENERALI (RG)

1.-Documento di presentazione del SET-118

Raccomandazione 1a-rg

Il SET-118 predispone e tiene aggiornato un suo documento di presentazione delle propria mission (tipologie di servizi, livelli di assistenza erogabili, ...) - LIVELLO A

Raccomandazione 1b-rg

Il SET-118 definisce i propri orientamenti strategici in termini di qualità organizzativa e tecnico professionale erogata e di quella percepita dalla utenza, in un documento formalmente conosciuto, condiviso, approvato da tutti gli operatori e periodicamente aggiornato - LIVELLO A

Raccomandazione 1c-rg

La gestione e l'aggiornamento di tutti i documenti (interni ed esterni) seguono procedure definite a livello interno ed aziendale - LIVELLO B

2.-Documentazione Sanitaria e Clinica (Scheda ambulanza-scheda di centrale)

Raccomandazione 2a-rg

Nel SET-118 devono essere definiti i contenuti della documentazione clinica, specificate le procedure relative alla sua gestione (chi, come, quando, perchè) e garantiti i percorsi per la sua conservazione a norma di legge - LIVELLO A

Raccomandazione 2b-rg

Ogni documentazione sanitaria o clinica contiene i campi per l'inserimento delle informazioni necessarie ad identificare il paziente e la sua destinazione, i nominativi di tutti i componenti il team di soccorso, il tipo di soccorso e i trattamenti effettuati dall'équipe, i relativi risultati e la destinazione del Paziente - LIVELLO A

Raccomandazione 2c-rg

Nella scheda del mezzo di soccorso sanitario o in apposita altra documentazione devono essere definiti i criteri per fornire informazioni e per acquisire eventuale consenso o dissenso al trattamento e per il rifiuto al trasporto con riportata la firma del Paziente o di altro soggetto avente diritto - LIVELLO A

3.-Riesame

Raccomandazione 3a-rg

Nel SET-118 devono essere previsti e considerati miglioramenti strategici della qualità pianificandone le relative responsabilità, azioni e risorse secondo indicatori concordati (triage telefonico, tempi di uscita primo mezzo, arrivo sul posto e di intervento...) - LIVELLO A

Raccomandazione 3b-rg

Nel SET-118 viene effettuata almeno annualmente una valutazione complessiva delle attività comprendente l'analisi del conseguimento degli obiettivi definiti (riesame annuale) e le conseguenti decisioni e azioni - LIVELLO B

4.-Risorse Umane e Formazione

Raccomandazione 4a-rg

Nel SET-118 viene definito un processo di formazione/aggiornamento continuo per i propri operatori (centrale operativa e postazioni) che preveda anche la documentazione delle attività formative realizzate:

- di base specifiche inerenti al ruolo e alle singole professionalità esistenti - LIVELLO A
- dei programmi di inserimento/formazione per i nuovi operatori, comprensivi dell'utilizzo dei presidi di autoprotezione e sulla sicurezza - LIVELLO A
- dei programmi formativi specifici in caso di cambiamenti organizzativi o di introduzione di nuove tecnologie - LIVELLO B

5.-Risorse strutturali, dotazioni tecnologiche, attrezzature/apparecchiature elettromedicali e mezzi

Raccomandazione 5a-rg

Presso il SET 118 deve essere disponibile la documentazione che tutte le apparecchiature elettromedicali e di misurazione, le infrastrutture (impianto elettrico, telefonia, microclima..) sono state testate e collaudate al momento dell'acquisizione e periodicamente verificate da personale/enti qualificati seguendo procedure formalizzate dalla Direzione Aziendale e/o dal committente - LIVELLO A

Raccomandazione 5b-rg

Il sistema di comunicazione radio-telefonico deve permettere la visualizzazione del numero telefonico del chiamante, la registrazione delle chiamate radio e telefoniche e prevedere le modalità per il salvataggio dei dati e di vicariamento del sistema per sopperire a momenti di crash, in accordo con le disposizioni e normative nazionali/regionali - LIVELLO A

Raccomandazione 5c-rg

Tutti i mezzi sanitari devono essere sottoposti ad un controllo giornaliero sulla base di una lista scritta di controllo (check list) per garantire il mantenimento della efficienza tecnica ordinaria della componente:

- automobilistica, che preveda anche i tagliandi periodici suggeriti dal costruttore e i sistemi di comunicazione in dotazione – LIVELLO A
- sanitaria relativamente agli elettromedicali, ai presidi sanitari e ai farmaci in dotazione al mezzo - LIVELLO A

Raccomandazione 5d-rg

L'approvvigionamenti e la conservazione dei materiali, dei farmaci e presidi deve avvenire sotto modalità e responsabilità ben identificate al fine di garantire una corretta gestione delle scorte (compresi i livelli minimi di dotazione) LIVELLO A

6.-La Comunicazione

Raccomandazione 6a-rg

Il SET-118 definisce le modalità di comunicazione interna fra gli operatori (es. riunioni periodiche, bacheca dedicata, intranet) al fine di codificare la diffusione delle comunicazioni/ordini di servizio fra tutto il proprio personale - LIVELLO A

Raccomandazione 6b-rq

Il SET-118 definisce le modalità di comunicazione tra il proprio personale e gli utenti. Queste modalità devono essere conosciute dal personale del SET 118 ed applicate nel rispetto della normativa in tutela del segreto professionale e della privacy - LIVELLO A

Raccomandazione 6c-rq

La Direzione Aziendale e/o il Direttore del SET-118 regola le modalità di comunicazione con i media identificando le persone/funzioni autorizzate a tale scopo - LIVELLO B

7.-Gestione del Rischio

Raccomandazione 7a-rq

Il SET-118 definisce al suo interno procedure condivise per la raccolta ed analisi dei dati relativi agli eventi sentinella, agli eventi avversi e ai quasi eventi (near miss) - LIVELLO A

Raccomandazione 7b-rq

Procedure per la gestione del rischio (che tengano conto almeno dei Decreti e delle Raccomandazioni Ministeriali) ed in accordo con la propria Direzione Aziendale devono essere definite con una un'analisi/mappatura dei possibili rischi/criticità correlate, correlati alle diverse fasi del processo di soccorso - LIVELLO B

Raccomandazione 7c-rq

Devono essere previste ed applicate procedure riguardanti le attività mirate a ridurre i rischi di infezione (es. lavaggio delle mani, utilizzo dei DPI, pulizia e sanificazione mezzi di soccorso, disinfezione e sterilizzazione, smaltimenti rifiuti, ...) - LIVELLO B

8.-Miglioramento del sistema

Raccomandazione 8a-rq

L' Audit clinico - organizzativo rappresenta lo strumento imprescindibile per organizzare e documentare momenti di autovalutazione e di revisione della propria pratica clinica e organizzativa e per attivare opportune azioni correttive e preventive - LIVELLO A

Raccomandazione 8b-rq

Nell'ambito del SET-118 deve essere previsto un sistema di rilevazione della "qualità percepita" dagli utenti, della gestione di reclami e delle segnalazioni al fine di individuare possibili miglioramenti da apportare alle prestazioni sanitarie erogate - LIVELLO B

Raccomandazione 8c-rq

Il SET-118 deve prevedere la verifica di qualità della attività propria della Centrale Operativa con il conseguimento dell'accreditamento professionale volontario certificato ISO9000 secondo le linee guida SIS118 - LIVELLO A

LA GESTIONE DEL SOCCORSO (GS)

1.-Sistema informativo

Raccomandazione 1a-gs

Il SET-118 utilizza in Centrale Operativa un sistema informatico per la gestione delle attività di soccorso che permette:

- la ricezione e processazione delle chiamate in arrivo con procedure di prima valutazione (triage telefonico) utilizzando codici diagnostici e procedurali, simboli e definizioni standardizzati secondo le norme vigenti
- la gestione dei mezzi di soccorso
- la gestione dei dati relativi ai pazienti assistiti

LIVELLO A

Raccomandazione 1b-gs

Relativamente ad ogni evento il sistema informatico registra, in modo univoco, tutte le informazioni/dati relativi alla chiamata, alla richiesta di soccorso, alla identificazione del luogo in cui si è verificato l'evento (Comune, Località, Via, n. civico, ...), verificandone anche l'esattezza dei dati immessi, gli orari, i tempi dell'intervento, la criticità dell'evento (Bianco, Verde, Giallo, Rosso) sulla base delle informazioni raccolte dal paziente - LIVELLO A/

Raccomandazione 1c-gs

Le modalità (quando e come) di gestione della chiamata di soccorso e della comunicazione di eventuali "istruzioni di prearrivo" all'utente da parte dell'operatore di Centrale Operativa sono fornite in base a procedure validate dal Direttore della Centrale Operativa sulla base di linee guida di società scientifiche o confortate dalla EBM - LIVELLO A

2.- Coordinamento Operativo Interventi di Soccorso e Trasporto Sanitario

Raccomandazione 2a-gs

I criteri e le modalità di attivazione di tutti i mezzi di soccorso sanitario in fase ordinaria e nei momenti di picco delle chiamate o per chiamate multiple relative allo stesso evento devono essere gestiti secondo modalità e procedure operative definite, compresa la possibilità di effettuare un incontro (rendez-vous) tra mezzi di soccorso - LIVELLO A

Raccomandazione 2b-gs

Il SET-118 definisce e concorda, anche con il supporto della propria organizzazione regionale, laddove esistente, o della rispettiva direzione Aziendale, le modalità operative con i servizi 118 adiacenti per la gestione di eventi localizzati in zone di confine, e per l'eventuale successivo trasporto e destinazione dei pazienti soccorsi - LIVELLO B

3.-Modalità Operative

Raccomandazione 3a-gs

Nel SET-118 le modalità di gestione del paziente critico sono definite dai percorsi diagnostico terapeutici assistenziali-PDTA propri delle patologie tempo dipendenti e delle situazioni gravi. Quando prevista dai PDTA la comunicazione dell'arrivo del paziente al reparto di destinazione (Rianimazione, UTIC, NCH, Pronto Soccorso, Punto di Primo Intervento, ecc.) devono essere indicate precise modalità di segnalazione alla struttura ricevente ed alla Centrale Operativa del SET 118 interessato, se il trasporto è rivolto al di fuori del territorio di propria competenza - LIVELLO A

Raccomandazione 3b-gs

Nel SET-118 devono essere definite le modalità operative da seguire ed applicare in caso di trasporti urgenti di materiali e/o presidi sanitari e farmacologici inerenti l'emergenza / urgenza (es., farmaci, sangue, documenti, ...), nonché per trasporto connesso con l'attività di prelievo e trapianto organi - LIVELLO A

I PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI (PDT)

1.-Gestione, organizzazione e valutazione dei Percorsi

Raccomandazione 1a-pdt

I percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per la gestione delle principali patologie tempo dipendenti vanno definiti con esplicito riferimento a Linee Guida predisposte dalle Società Scientifiche, o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica - LIVELLO A

Raccomandazione 1b-pdt

L'organizzazione regionale, laddove esistente del SET 118 concorda con le direzioni delle strutture sanitarie competenti la destinazione dei pazienti affetti dalle patologie della Golden Hour/quintetto della prima ora (ACC, IMA, Ictus, Trauma Grave, Difficoltà Respiratoria) secondo criteri di tempestività (es., "tempo dall'insorgenza dei sintomi"), di competenza clinica (differenziata sulla base di volumi di attività), di specialità e tecnologie esistenti nei presidi ospedalieri di riferimento - LIVELLO A

Raccomandazione 1c-pdt

Devono essere presenti, accessibili e periodicamente esaminate Le registrazioni relative ai singoli PDTA allo scopo di effettuare una verifica e revisione della qualità circa i tempi di intervento, i trattamenti effettuati sul posto o in itinere, la destinazione e l'esito dei pazienti soccorsi - LIVELLO A

Raccomandazione 1d-pdt

Ogni sistema 118 deve avere condiviso in sede regionale, provinciale o locale una rete formalizzata per:

- l'ACC con, in particolare, l'esecuzione di un ECG in caso di ROSC e della ipotermia con procedure cliniche condivise e con un monitoraggio di indicatori specifici (registro) - LIVELLO A
- l'IMA, con particolare attenzione allo STEMI, con procedure cliniche condivise e con un monitoraggio di indicatori specifici (registro) - LIVELLO A
- l'Ictus, con procedure cliniche condivise e con un monitoraggio di indicatori specifici (registro) - LIVELLO A
- il POLITRAUMA/TRAUMA GRAVE, con procedure cliniche condivise e con un monitoraggio di indicatori specifici (registro) - LIVELLO A
- altri percorsi (insufficienza respiratoria acuta), con procedure cliniche condivise e con un monitoraggio di indicatori specifici (registro) - LIVELLO B



Allegato 5-A

CRITERI PER L'ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA DEL SET-118

REQUISITI GENERALI

Autovalutazione <i>(spazio riservato alla Struttura)</i>	Valutazione <i>(spazio riservato al Team di verifica)</i>
Struttura: Centrale Operativa 118 di:	Pratica n.:
Indirizzo:	Data Audit:
Responsabile Struttura:	Tipo di Audit:
Data:	Composizione del gruppo di Verifica: a. b. c. d.

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
1	Documento di presentazione della Centrale Operativa	La Centrale Operativa 118 ha predisposto e tiene aggiornato un documento di presentazione della Centrale e delle attività svolte in cui sono definiti: - le tipologie di servizi, i livelli di assistenza che la struttura può erogare e - le modalità di comunicazione all'utente del livello di assistenza fornito?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2 - 7.2.3)	si no in parte	Qualsiasi documento cartaceo e/o informatizzato: Manuale CO 118, Carta dei Servizi, Sito Web, Mission Aziendale, Catalogo delle Prestazioni, Standard di Prodotto / Servizio,...)	Documento datato nella emissione e nelle revisioni (Sito Web, Carta d'identità CO 118 e della Mission, Piano Organizzativo, Standard di servizio, Catalogo delle Prestazioni)
2	Documenti	È definita una procedura per la gestione e l'aggiornamento: - dei documenti (organizzativi e tecnico/professionali) predisposti dalla Centrale Operativa, - dei documenti di origine esterna (es. normative nazionali e regionali, di altri Enti/Istituzioni, documenti aziendali/di rete di emergenza,...)?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2 - 4.2.3)	si no in parte	Procedura Aziendale e/o Regolamento/Protocollo/Procedura e Istruzione Operativa specifica della CO 118 Ad es.: criteri, modalità e responsabilità di gestione della CO; corretta operatività del soccorso, del trasporto sanitario, percorso migliore per la riduzione dei tempi di intervento,... Elenchi della Documentazione interna della CO 118 Elenchi della Documentazione di origine esterna (ad es., Elenco Leggi e Normative, Protocolli, ...)	Documento datato nella emissione e nelle revisioni (Procedura di gestione della documentazione; Elenco Documentazione della Qualità interna ed esterna)
3		I documenti organizzativi e tecnico/professionali predisposti dalla Centrale Operativa risultano formalmente approvati?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2 - 4.2.3)	Si no in parte	Atto Aziendale e/o del Direttore CO 118; Rete Regionale/ DEA/ UUOO/ DMO e DS . Ad es.: i protocolli organizzativi generali e/o tecnico-professionali, ove opportuno, dopo essere stati discussi e condivisi all'interno della CO, sono ufficialmente presentati alla attenzione delle funzioni, strutture aziendali direttamente interessate per la loro definitiva approvazione.	Ad es.: verbali delle riunioni U.O del DEA e U.O. interessate da cui risulta che le procedure sono formalmente approvate dal Direttore di CO o dal Direttore DEA o Direttore Sanitario
4		I documenti organizzativi e tecnico/professionali predisposti dalla Centrale Operativa o che da questa sono stati recepiti (es. norme regionali, documenti aziendali...) sono diffusi e messi a disposizione degli operatori?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2 - 4.2.3 - 5.5.3)	Si no in parte	Documenti: deve essere descritto dove trovarli con elenchi della documentazione interna e di origine esterna a disposizione degli operatori e rinvenibili su cartella informatizzata, sito intranet e/o raccoglitori cartacei .	Raccoglitori cartacei, cartelle informatizzate, sito intranet, programma Ufficio Qualità

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
5	Registrazioni	Sono stabiliti criteri per la gestione delle registrazioni e i relativi tempi di conservazione ?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2 - 4.2.4 - 7.5)	Si no in parte	Procedura Aziendale e/o Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedura/ Istruzione Operativa specifica della CO 118	Elenco dei Documenti utilizzati per registrare le evidenze delle attività svolte
6	Documentazione Sanitaria (in particolare: Scheda Paziente)	La Centrale Operativa ha definito all'interno di una procedura: - cosa si intende per "documentazione sanitaria"; - le modalità di gestione della documentazione sanitaria; - quali devono essere i contenuti della stessa, - quali sono i soggetti autorizzati a compilarla, - quali sono le modalità per garantire che non venga in alcun modo persa, smarrita o distrutta, - quali sono le modalità per proteggerla da manomissione, accesso o utilizzo non autorizzato, anche nel rispetto della normativa sulla privacy?	JCI (Rif. Std MOI.3- MOI.1.5.1) + D17 UNI EN ISO 9001:2008 (Rif. p. 4.2.3 - 7.5.1) D. Lgs. vo 196/2003	si no in parte	Eslicitare con chiarezza di quale documentazione sanitaria si tratta: Procedura Aziendale e/o Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedura/ Istruzione Operativa specifica della CO 118 Obbligatorietà dei campi istruzione della compilazione e gestione scheda paziente come cartella clinica, riservatezza dati, visura di due schede, sensibilizzazione alla tutela dei singoli Soggetti autorizzati: ad es. Medici, Infermieri, Volontariato... NOTA: in parte o del tutto non applicabile per situazioni locali (HEMS, Area Vasta, Volontariato, fuori regione....)	Ad es.: modalità di conservazione degli archivi cartacei, back up e protezioni del sistema, armadi dotati di chiusura,...
7		- La documentazione sanitaria contiene i campi per l'inserimento delle informazioni necessarie: - a identificare il Paziente, - a identificare i nominativi di tutti i componenti il team di soccorso, - al tipo di soccorso, - ai trattamenti effettuati dall'équipe ed ai relativi risultati, - alla destinazione del Paziente?	JCI (Rif. Std MOI.3) UNI EN ISO 9001:2008 (Rif. p. 4.2.3 - 4.2.4 - 7.5.1 - 7.5.3)	Si no in parte	In particolare si fa riferimento a: Scheda Ambulanza/Scheda Paziente (informatizzata e/o cartacea) - Campi Specifici	Scheda Sanitaria paziente, scheda cartellino informatizzato
8		La Centrale Operativa compila e conserva per tempi stabiliti la documentazione sanitaria per ogni Paziente valutato o trattato?	JCI (Rif. Std MOI.3) UNI EN ISO 9001:2008 (Rif. p. 4.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	Procedura Aziendale e/o Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedura/ Istruzione Operativa specifica CO 118 Modalità e tempi di conservazione	Ad es.: prescrizioni da leggi e normative, appositi raccoglitori custoditi,.....
9		La Centrale Operativa ha definito all'interno di una procedura quali sono le modalità: - per la valutazione periodica della documentazione sanitaria (es. tempi di compilazione, la leggibilità)	JCI (Rif. Std MOI.3.3) UNI EN ISO 9001:2008 (Rif. p. 4.2.3 - 8.2.2)	si no in parte	Procedura Aziendale e/o Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedura/ Istruzione Operativa specifica della CO 118 NOTA. Valutazione effettuata da funzionari/operatori indicati in	Per la valutazione periodica: audit clinici e/o interni, Check List di valutazione, verbali, relazioni, indicatori,...

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD/RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
		tà e la completezza dei contenuti), - se la stessa è effettuata da personale autorizzato,			Procedura almeno una volta all'anno e/o al bisogno Personale autorizzato: Medici, Infermieri, ...	
10	Politica	La Centrale Operativa 118 ha definito i propri orientamenti strategici in un documento conosciuto, condiviso e periodicamente aggiornato?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.1 - 5.3)	si no in parte	Qualsiasi documento di Politica Aziendale prr la Qualità (cartaceo, sito web, DEA, Aziendale..) che delinea la Mission e le strategie della CO 118 in relazione alle esigenze degli utenti, del mandato ricevuto dall'Azienda,...	Ad es.: Manuale Qualità, Piano organizzativo, Carta d'identità CO 118
11		Tali orientamenti contengono impegni in merito a: - qualità organizzativa (es. definizione di procedure interne, coordinamento con altre organizzazioni ...), - qualità tecnico professionale (es. percorsi per patologie tempo dipendenti, valutazione esiti...), - qualità percepita dell'utente (es. accessibilità, informazione ...)?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.1 - 5.3)	si no in parte	↑idem	↑idem
12	Obiettivi	La Centrale Operativa 118 definisce annualmente i propri obiettivi, compresi quelli di miglioramento della qualità, coerenti con gli orientamenti strategici, con pianificate le relative responsabilità, azioni e risorse?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.4.1)	si no in parte	Declinazione del Piano Regionale, Obiettivi di Budget/ di miglioramento relativi a: gestione servizio, tecnologie, finanziamenti, gestione del rischio, clinical governance, formazione,...	Ad es.: Pianificazione degli obiettivi annuali o di un periodo con relazione; piano di miglioramento
13	Indicatori	Nell'ambito della Centrale Operativa è identificato un set di indicatori finalizzato a monitorare le attività svolte?	JCI (Rif. Std QMI.3) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.4.1) Progetto Mattoni SSN N°11 - PS e Sistema 118	si no in parte	Ad es.: indicatori di struttura, organizzativi e clinici, definizione dei tempi, sottostima/sovra stima del triage, tempi di intervento per abbassare la "therapy free interval" / appropriatezza codifica di gravità (operatore di CO)/ interventi ALS su codice rosso/ tempestività dell'invio - uscita dei mezzi/ tempestività del soccorso/ tempo di ospedalizzazione, .. secondo le normative nazionali o regionali,	Ad es.: piano degli indicatori anno con report periodici

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD/RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
14		Gli indicatori individuati sono: - riportati in un documento, - calcolati con cadenza almeno annuale?	JCI (Rif. Std QMI.3) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.4.1 - 8.2.3 - 8.2.4)	si no in parte	Documento cartaceo e/o informatizzato (Reports Indicatori - Piano Indicatori Periodo o Anno)	↑idem
15		Nel documento sono presenti indicatori relativi all'attività di triage telefonico?	JCI (Rif. Std QMI.3) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 8.2.3 - 8.2.4)	si no in parte	Report Indicatori Triage Telefonico/ Piano Indicatori annuale o per altro periodo	Ad es.indicatori sovrastima e sottostima
16		Nel documento sono presenti indicatori relativi ai tempi di soccorso (es. tempo di arrivo in posto del primo mezzo dal momento della chiamata dell'utente)?	JCI (Rif. Std QMI.3) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 8.2.3 - 8.2.4)	si no in parte	Report Indicatori Triage Telefonico/ Piano Indicatori annuale o per altro periodo Ad es.: tempo di arrivo del primo mezzo dal momento della chiamata dell'utente, tempi di intervento su codice rosso,...	Ad es.: report periodici indicatori tempi di soccorso (ad es. tempi d'intervento su codice rosso)
17		Nel documento sono presenti indicatori concernenti il contenuto e l'utilizzo della documentazione sanitaria?	JCI (Rif. Std QMI.3) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 8.2.3 - 8.2.4)	si no in parte	Report Indicatori Triage Telefonico Piano Indicatori annuale o per altro periodo Ad es.: tempi di compilazione, leggibilità e completezza dei contenuti, N° schede compilate / tot. pazienti soccorsi,...	Ad es.: in specifico per schede compilate dal volontariato convenzionato
18		Sono presenti indicatori concernenti gli eventi critici o potenzialmente critici rilevati dalla Centrale Operativa, comprendendo almeno situazioni di undertriage e tempo di raggiungimento del target?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 8.2.3 - 8.2.4)	si no in parte	Report periodici / Piano Indicatori annuale o per altro periodo Ad es.: analisi Indicatori di: "sottostima", eventi indesiderati / non conformità,...	Ad es.: report periodici/riassuntivi: analisi indicatori di "sottostima", gestione eventi indesiderati/NC-
19		Sono presenti indicatori relativi alle patologie tempo dipendenti?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 8.2.3 - 8.2.4)	si no in parte	Ad es.: Reports Indicatori 2° livello Vedi anche Percorsi Paziente	
20	Riesame	La Centrale Operativa 118 effettua almeno annualmente una valutazione complessiva delle attività, comprendente l'analisi del conseguimento degli obiettivi definiti (riesame annuale) e le conseguenti decisioni e azioni?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.6 - 5.4.1 - 8)	si no in parte	Momento di controllo e verifica globale delle attività documentato (ad es. effettuazione-presenza del verbale di Riesame del SGQ da parte della Direzione; Relazione annuale sulle attività della CO 118 e/o per il budget,...)	Ad es.: effettuazione di almeno un riesame di direzione annuale, relazione annuale

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD/REFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
21	Responsabilità e Autorità	Sono definiti, all'interno della Centrale Operativa, compiti e responsabilità per ciascuna funzione prevista dall'organico?	JCI (Rif. Std SQE.1.1) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.5.1)	si no in parte	Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedure/ Istruzioni Operative della CO 118 Organigramma nominativo e Documento di Descrizione delle Funzioni	Organigramma/ Funzionigramma, Manuale qualità/ Procedure / Istruzioni Operative/ Piano organizzativo CO118 (requisito per Accreditemento)
22	Emergenze Organizzative	Sono definite le modalità di sostituzione di Direttore e Coordinatore Infermieristico di Centrale in caso di assenza ?	JCI (Rif. Std SQE.1.1) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.5.1)	si no in parte	Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedure/ Istruzioni Operative della CO 118 Organigramma nominativo e Documento di Descrizione delle Funzioni / Tabella delle Sostituzioni [vedi anche requisiti Autorizzazione / Accreditem.]	Piano Organizzativo della CO 118 (Requisito RER Accreditemento)
23		Sono definite le modalità di gestione delle emergenze organizzative?	JCI (Rif. Std, SQE.1.1) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.5.1)	si no in parte	Soluzioni organizzative poste in essere dalla CO 118 per tutte le funzioni "critiche" nel Manuale/ Regolamento/ Protocolli / Procedure/ Istruz. Operative CO 118/ Turni del personale [vedi anche requisiti di Autorizzazione/ Accreditemento]	Sistema informatico, sistema telefonico, manuali apparecchiature, piano organizzativo
24	Risorse Umane e Formazione	E' presente un elenco di tutto il personale operante in Centrale Operativa ?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 6.2 - 4.2.4)	si no in parte	Documento/i che riporta/no nomi, qualifiche, curriculum formativo, mansioni ,	Ad es. stato formazione
25		In accordo e nel rispetto delle vigenti disposizioni Nazionali / Regionali in materia, è definito un processo di formazione / aggiornamento continuo per tutti gli operatori della Centrale Operativa - che riveste grande importanza ai fini del miglioramento degli standard di intervento e che prevede: - attività formative di base specifiche, -attività formative / aggiornamento su argomenti specifici protocolli, - attività di retraining periodico?	JCI (Rif. Std SQE.6) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 6.2 - 7.5.1 - 7.5.2) Conferenza Stato Regioni 22 Maggio 2003	si no in parte	Indicazioni specifiche Regionali/ Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedura/ Istruzione Operativa Aziendale (Formazione) e/o specifica CO 118/ Piano di Formazione Aziendale e/o della CO118 in cartaceo e/o informatizzato. Partecipazione a Corsi Certificati di Enti Naz./ Internaz. riconosciuti (ad es., IRC BLS-D) [vedi anche requisiti Autorizzazione/ Accreditemento]	Ad es.: Manuale DEU, requisiti accreditamento RER, standard formativo
26		Tutti gli operatori della Centrale Operativa 118 partecipano a programmi di formazione / aggiornamento continuo specifici inerenti al ruolo inseriti in un piano di formazione?	JCI (Rif. Std SQE.6) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 6.2 - 7.5.1 -	si no in parte	Piano di Formazione Aziendale e/o CO 118 cartaceo e/o informatizz. Disponibilità per ogni operatore di Scheda o Curriculum Formativo. Attestati di partecipa-	Ad es.: Piano formazione annuale DEU (Corsi certificati interni ed esterni, formazione sul campo, retrain-

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD/REFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
		E' presente la documentazione attestante che tutto il personale ha seguito gli eventi formativi programmati?	7.5.2)		zione/ crediti ECM	nings, ecc), stato formazione (il piano dei corsi è pubblicato sul sito aziendale)
27		Sono definiti programmi formativi specifici in caso di cambiamenti organizzativi o di introduzione di nuove tecnologie?	JCI (Rif. Std SQE.6) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 6.2 - 7.5.2)	si no in parte	Piano di Formazione Aziendale e/o della CO 118 cartaceo e/o informatizzato	Ad es.: specifici corsi della CO per applicazione nuove procedure o utilizzo nuove tecnologie
28		Sono definiti programmi di inserimento/formazione per i nuovi operatori, comprensivi dell'utilizzo dei presidi di autoprotezione e sulla sicurezza?	JCI (Rif. Std SQE.6) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 6.2 - 7.5.1 - 7.5.2)	si no in parte	Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedura/ Istruzione Operativa Aziendale (Servizio Formazione) e/o CO 118/ Schede Inserimento/ Addestramento (registrazioni dei percorsi di inserimento nuovi operatori/ valutazione competenze acquisite/ raggiungimento autonomia,...)	Ad es.: corsi aziendali per movimentazione carichi
29	Risorse strutturali, dotazioni tecnologiche, attrezzature / apparecchiature elettromedicali e mezzi (Infrastrutture)	E' definita una procedura per la gestione delle infrastrutture, delle tecnologie e dei mezzi?	JCI (Rif. Std FMS.6) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p.7.5. e p.7.6)	si no in parte	Procedura aziendale (Ingegneria Clinica/ Uff. Tecnico,..) Manuale/ Regolamento/ Procedura/ Istruzione Operativa della CO 118, che specifica quali sono le infrastrutture, le tecnologie e i mezzi cui si riferisce Codifica/ inventario dell'Azienda [vedi anche requisiti Autorizzazione / Accredimento]	Procedure SIC aziendale (acquisizione, manutenzione, gestione rischio tecnologico, controllo e manutenzione mezzi, gestione apparecchiature, utilizzo GPRS, controllo quotidiano ambulanze e automediche)
30		Presso la Centrale Operativa esiste un elenco di infrastrutture, tecnologie e mezzi a disposizione?	JCI (Rif. Std FMS.6) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p.7.5. e p. 6.3 - 7.6)	Si no in parte	Elenco/ lista aggiornata di infrastrutture, tecnologie e mezzi a disposizione/ della dotazione tecnologica CO 118 e postazioni/ workstations/ centraline telefoniche/ centrale radio/ sistemi e attrezzature/ mezzi di soccorso,..)	↑idem
31		Infrastrutture, tecnologie e mezzi sono testate al momento dell'acquisizione e successivamente a intervalli prefissati?	JCI (Rif. Std FMS.6) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p.7.5. e p. 6.3 - 7.6)	Si no in parte	Cartella di collaudi iniziali, manutenzione, taratura.. e dei controlli periodici della Ingegneria Clinica	Procedure aziendale (acquisizione, collaudo, manutenzione ordinaria e straordinaria, gestione rischio tecnologico con controlli preordinati e periodici ecc)

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD/RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
32	Mezzi Sanitari	Sono state definite e formalizzate le caratteristiche relative: - al tipo di veicolo, - ai sistemi di comunicazione, - alle dotazioni elettromedicali, - ai requisiti organizzativi?	JCI (Rif. Std FMS.6) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p.7.5. e p. 6.3 - 7.6)	si no in parte	Tipo di immatricolazioni, radio di bordo e portatili, presidi sanitari, elettromedicali, composizione teams Standard minimi di dotazioni ed equipaggiamento per tipologia di mezzo di soccorso secondo le Direttive Nazionali/Regionali	Ad es.: Direttive regionali (documento "Requisiti specifici per accreditamento delle strutture di emergenza/urgenza)
33	Sistema Telefonico	Il sistema telefonico permette: - la visualizzazione del chiamante, - la registrazione delle chiamate radio e telefoniche?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 6.3 - 7.5.1)	si no in parte	Sistema telefonico adottato dalla CO; modalità del sistema di registrazione per riascolto differito,...	Ad es.: possibilità di visualizzazione chiamante, di registrazione chiamate radio-telefoniche, ecc
34	Manutenzione	Le tecnologie, apparecchiature e i mezzi sono sottoposti a manutenzione periodica?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 6.3 - 7.6 - 7.5.1 - 7.5.2)	si no in parte	Piano di Manutenzione Aziendale (Ing. Clinica/ Ufficio Tecnico)/ di tests e/o reports di manutenzione documentati (che attestino i livelli di sicurezza ed efficienza di mezzi, tecnologie e strumentazioni utilizzate)	Ad es.: a cura del SIC aziendale
35		Le attività di manutenzione previste dal programma sono: - effettuate da personale qualificato, - opportunamente registrate?	JCI (Rif. Std FMS.6) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 6.3 - 7.6 - 7.5.1 - 7.5.2)	si no in parte	Test, Schede Tecniche, Reports Interventi redatti da tecnici qualificati di ditte specializzate e/o Aziendali/ Operatori CO 118	Ad es.: sono effettuate da tecnici del SIC o delle ditte fornitrici e sono tutte registrate
36		Vengono effettuati quotidianamente controlli inerenti: - i mezzi di soccorso della Centrale Operativa, - la dotazione stabilita, dei mezzi di soccorso della Centrale ed - il funzionamento delle apparecchiature?	JCI (Rif. Std FMS.6) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.4 - 6.3 - 7.6 - 7.5.1 - 7.5.2)	si no in parte	Check List dei Controlli e Manutenzione ordinaria effettuata da Operatori CO 118 per le proprie competenze (infermieri, autisti..) Ad es.: carrozzeria, sistema di raffreddamento, segnalatori acustici e luminosi, impianto radio,... reitegro materiale sanitario, zaino, aspirazione, ossigeno/bombole, strumenti, dispositivi elettromedicali,.	Ad es.: schede controllo e manutenzione mezzi e gestione apparecchiature
37		I controlli da effettuare: - sono pianificati in apposite check list, - sono documentati?	JCI (Rif. Std FMS.6) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.4 - 6.3 - 7.6 - 7.5.1 - 7.5.2)	si no in parte	Check List dei Controlli Moduli/ Schede di Registrazione	Ad es.: controllo quotidiano (ad ogni inizio turno) di mezzi e attrezzature, firmate dall'operatore in turno che esegue il controllo (infermiere/ autista), piani di la-

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD/RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
						voro
38	Gestione delle emergenze tecnologiche	In accordo con le disposizioni e normative nazionali/regionali, sono tempestivamente disponibili: - sistemi di back up/ fonti alternative per sopperire a momenti di crash tecnologico? - n° telefonici da chiamare in caso di guasti o malfunzionamenti?	JCI (Rif. Std FMS.6) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 6.3 - 7.5.1)	si no in parte	Alimentazione di soccorso e di continuità per tutte le componenti "critiche" à energia elettrica, sistema informatico, sistema radio, telefonia, rete cellulare, ripetitori, ... tale da garantire la continuità di ricezione / trasmissione chiamate, la comunicazione con i mezzi di soccorso,...	Ad es.: certificazione dei requisiti tecnologici previsti; gli operatori hanno a disposizione i numeri telefonici da attivare in caso di guasti o malfunzionamento
39	Approvvigionamenti e conservazione dei materiali	Sono definiti modalità e responsabilità per: - l'approvvigionamento, - la gestione delle scorte (compresi i livelli minimi di dotazione)? - la loro corretta conservazione? - i controlli di farmaci e presidi?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 7.4 / p. 7.5.5)	Si no in parte	Procedura aziendale del Servizio di Farmacia), e/o Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedura/ Istruzione Operativa specifica CO 118 Definizione delle scorte minime Conservazione e controlli di farmaci e presidi: - in Centrale Operativa, - sui mezzi di soccorso	Ad es.: Procedura/Gestione Farmaci, Procedura ordini, controllo stoccaggio materiali/ dispositivi medici; Gestione stupefacenti in CO118 e in postazioni 118 decentralizzate
40		Vengono effettuati e documentati controlli su scorte e scadenze di farmaci e presidi (per quanto applicabile)?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 7.5.1 - 7.5.5)	Si no in parte	Utilizzo di Check List e/o Modulistica specifica (reintegro di farmaci, materiali sanitari, presidi medico-chirurgici : - in Centrale Operativa, - in ambulanza/ zaino, ...	Ad es.: Procedura gestione farmaci, piani di lavoro
41	Comunicazione interna	La Centrale Operativa 118 ha definito e messo in atto un sistema di comunicazione interna (es. riunioni periodiche, bacheca dedicata, Intranet) con formalizzazione delle decisioni assunte?	JCI (Rif. Std ACC.1.2) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.5.3)	si no in parte	Riunioni periodiche formalizzate e comunicate in bacheca dedicata, su intranet, e-mailing,...	Ad es.: utilizzo di intranet, mail, riunioni periodiche
42		Sono definite, conosciute ed applicate modalità di comunicazione ben codificate tra: - call-taker e dispatcher, - dispatcher ed equipaggio a bordo del mezzo di soccorso?	JCI (Rif. Std ACC.1.2) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.5.3)	si no in parte	Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedura/ Istruzione Operativa specifica della CO 118	Ad es.: Modalità attivazione mezzi e automedica; Procedura di ricezione e gestione della chiamata di emergenza
43	Comunicazione con l'utente	Sono definite, conosciute ed applicate modalità di comunicazione tra call-taker e utente?	JCI (Rif. Std ACC.1.2) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.5.3)	si no in parte	↑idem	Ad es.: Tecniche di intervista
44		La Centrale Operativa 118 ha regolamentato modalità	JCI (Rif. Std	si	↑idem	Ad es.: Regolamento aziendale

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD/REFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
		tà di informazioni a familiari ed accompagnatori nel rispetto della normativa in tutela della privacy?	ACC.1.2) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 7.2.3) D. Lgs. vo 196/2003	no in parte		sulla Privacy
45	Comunicazione con la stampa	La Centrale Operativa 118 ha regolamentato responsabilità e modalità di comunicazione con i media?	JCI (Rif. Std ACC.1.2)	si no in parte	Procedura per i rapporti con la stampa, con altri mezzi di comunicazione sociale (Ufficio Stampa, DMO, Resp. SET-118,)	Ad es.: Procedura rapporti con organi d'informazione
46	Gestione del Rischio	Sono definite procedure per la gestione del rischio (che tengano conto almeno dei Decreti e delle Raccomandazioni Ministeriali)?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 6.3 - 7.5.1)	si no in parte	Linee Guida/ Regolamenti/ Procedure/ Istruzioni Aziendali (Direzione Sanitaria, DMO, Unità Aziendale per la Gestione del Rischio,...) e/o specifiche della CO 118 Raccomandazione Mds n. 11, Gen. 2010/ altre Racc. MdS o Regionali di competenza CO 118 (farmaci, apparecchi medicali,...) Archivio cartaceo/ informatizzato di Normative - Racc. Ministeriali/ Regionali/ documenti sul rischio di specifico interesse della CO 118	Ad es.: E' stata fatta formazione specifica in riferimento a procedure aziendali (report segnalazione) e raccomandazioni ministeriali; sul controllo rischio infettivo; sulla movimentazione manuale carichi; su intervento in autostrada
47		E' stata effettuata un'analisi/ mappatura dei possibili rischi/ criticità correlate correlati alle diverse fasi del processo di soccorso?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 6.3 - 7.5.1)	si no in parte	Rischi / criticità relativi a: -istruzioni di prearrivo/ corretto approccio con l'utente/ triage telefonico/ invio giusto mezzo o altri mezzi/ individuazione ospedale/ localizzazione/ irreperibilità target/ valutazione sicurezza della scena/ irreperibilità paziente/ valutazione paziente/ attribuzione indice di gravità/ ritardata informazione per invio altri mezzi/ manovre assistenziali/ avviso ripartenza mezzi etc.	Ad es.: definizione della mappatura dei possibili rischi
48		Vengono raccolti e analizzati dati relativi a: -near miss, -eventi avversi?	JCI (Rif. Std QMI.3) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.4 - 8.3)	si no in parte	Schede di Incident Reporting/ raccolta ed analisi delle NC/ quasi eventi/ eventi indesiderati/ eventi sentinella (Ministero della Sanità)	Ad es.: rilevazione su scheda di incident reporting aziendale, segnalazioni utenti, raccolta e analisi non conformità con specifico programma, eventi sentinella ecc

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD/RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
49	Rischi di Infezione	Esistono/ sono applicate procedure riguardanti le attività mirate a ridurre i rischi di infezione (es. lavaggio delle mani, utilizzo dei DPI, pulizia e sanificazione mezzi di soccorso, disinfezione e sterilizzazione, smaltimento rifiuti,...)?	JCI (Rif. Std BCA.1) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 6.3 - 6.4 - 7.5.1)	si no in parte	Linee Guida/ Regolamenti/ Procedure/ Istruzioni Aziendali (Direzione Sanitaria, DMO, Comitato Infezioni Ospedaliere, Unità Aziendale per la Gestione del Rischio, Servizio Prevenzione e Protezione ..) e/o specifiche CO 118 Disponibilità di divise e DPI indicati dalle normative, degli appositi contenitori per smaltimento materiale usato (aghi, siringhe,...) Presenza di autoclave Registro rifiuti speciali,.... altro	Ad es.: Procedura (rischio infettivo, decontaminazione mezzi, smaltimento rifiuti e lavaggio mani)
50	MCQ Reclami e segnalazioni Soddisfazione dell'Utente	Nell'ambito della Centrale Operativa, è stato attivato un sistema di: - rilevazione e gestione di reclami e segnalazioni? - rilevazione della "qualità percepita" dagli utenti?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 8.2.1)	si no in parte	Procedura e analisi dei reports Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) Disponibilità di chiare informazioni per gli utenti sulle modalità per sporgere reclami/ segnalazioni/ apprezzamenti/ elogi Indagini di Customer Satisfaction Aziendali e/o di CO 118	Ad es.: Procedura aziendale o 118 per reclami, indagini conoscitive con indagine per la qualità percepita dall'utente
51		La Centrale Operativa 118 analizza e utilizza i dati raccolti al fine di individuare possibili miglioramenti da apportare alle prestazioni sanitarie erogate?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 8.2.3 - 8.2.4 - 8.4 - 8.5 - 5.6)	si no in parte	Valutazione periodica dei reports di analisi dei dati e riesame annuale	Ad es.: Analisi report di U.O. e report URP aziendale (RDD), audit, azioni di miglioramento
52	Audit clinico - organizzativo	La Centrale Operativa 118 organizza e documenta momenti di autovalutazione e revisione della pratica clinica e organizzativa?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 8.2.2 - 7.5.1)	si no in parte	Audit in generale, riunione sulle singole situazioni Ad es.: sul DLS (Dispatch Life Support), su casi clinici specifici, su rilevazioni di eventi indesiderati, sull'appropriatezza della centralizzazione dei codici 3 (effettuati in collaborazione con il DEA di riferimento),....	Ad es.: audit con UO e DEA di afferenza su casi specifici (eventi sentinella, mancata centralizzazione, sottostima ecc)
53	Azioni Correttive e Preventive	Sono definite responsabilità e criteri per l'attivazione di azioni finalizzate ad evitare il ripetersi di criticità rilevate o a prevenire il loro presentarsi (azioni correttive e preventive)?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 8.2.3 - 8.2.4 - 8.4 - 8.5)	si no in parte	Linee Guida/ Regolamenti/ Procedure/ Istruzioni Aziendali (Direzione Sanitaria, DMO, Ufficio Qualità - Accreditamento Aziendale,) e/o specifiche della CO 118	Ad es.: Procedura gestione reclami con indagini conoscitive.
54	Progetti di Miglioramento	La Centrale Operativa partecipa allo sviluppo e/o alla realizzazione di specifici Progetti a carattere Regionale e/o Nazionale?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.1 - 8 - 8.5)	si no in parte	Evidenza documentata di partecipazione a Progetti	Ad es.: Progetto PAD - Registro Traumi -



Allegato 5-B

**CRITERI PER L'ACCREDITAMENTO
ALL'ECCELLENZA DEL SET-118**

SERVIZIO DI SOCCORSO & MAXIEMERGENZE

Autovalutazione <i>(spazio riservato alla Struttura)</i>	Valutazione <i>(spazio riservato al Team di verifica)</i>
Struttura: Centrale Operativa 118 di:	Pratica n.:
Indirizzo:	Data Audit:
Responsabile Struttura:	Tipo di Audit:
Data:	Composizione del gruppo di Verifica: a. b. c. d.

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
1	Sistema informativo	Esiste un sistema informativo per la gestione delle attività di soccorso?	JCI (Rif. Std ACC.3) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2 - 5.1 - 6.3 - 7.5.1) D.M. 17 Dicembre 2008 ex Progetto Mattoni SSN	si no in parte	Flussi di "debiti e crediti" informativi interni ed esterni Interoperatività fra sistemi di Informazione, ... Manuale e/o Regolamento/ Protocolli/ Procedura/ Istruzione Operativa CO 118	Ad es.: report quotidiani attività 118 e report annuale percorsi; conferenza stampa
2		La Centrale Operativa possiede un sistema informatico per la gestione delle attività di soccorso?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.1 - 6.3 - 7.5.1)		Manuale/ Regolamento/ Protocolli / Procedura/ Istruzione Operativa del Sistema Informatico adottato	Ad es.: caratteristiche e tipo di Sistema Informatico
3	Ricezione e Processazione Chiamata di Allarme	Esiste una procedura di una prima valutazione della chiamata del Paziente nel punto di primo contatto?	JCI (Rif. Std ACC.1) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 6.2 - 7.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	Filtro di centrale à Centralino/ Operatore Tecnico, . . . NOTA. Comunicazioni diversificate per anziani, bambini, stranieri	Ad es.: è stata fatta "informazione" specifica con istruzione per una attività di primo filtro
4		La valutazione del Paziente ha inizio nel punto di primo contatto (triage telefonico)?	JCI (Rif. Std ACC.1) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 6.2 - 7.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	Identificazione/ Attribuzione Codice Colore di intervento su base gravità/ priorità-urgenza del caso secondo (Normative Ministeriali/ Linee Guida Internazionali) Registrazioni/ rintracciabilità dati, informazioni, comunicazioni con ausilio informatico	Ad es.: E' stata fatta "informazione" specifica per la definizione codice colore, invio mezzo, priorità codice intervento, C.A.
5	Sistema "Dispatch"	Le modalità con cui effettuare la valutazione del Paziente (triage telefonico) sono descritte in una procedura, resa disponibile, conosciuta e applicata dagli operatori della Centrale Operativa?	JCI (Rif. Std ACC.1) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 6.2 - 7.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedura/ Istruzione Operativa riportate su raccoglitori cartaceo e/o cartella informatizzata/ sito intranet,..	Ad es.: E' stata fatta "informazione" specifica definizione codice colore invio mezzo e attivazione COD BLU

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD/RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
6		Relativamente ad ogni evento il sistema informatico registra, in modo univoco, tutte le informazioni/dati relativi: -alla chiamata/ richiesta di soccorso, -a identificare con certezza il luogo in cui si è verificato l'evento (Comune, Località, Via, n. civico,...), verificando anche l'esattezza dei dati immessi, -agli orari, -ai tempi dell'intervento, -alla criticità dell'evento (Verde, Giallo, Rosso) sulla base delle informazioni raccolte dal paziente?	JCI (Rif. Std ACC.3) D.M. 17 Dicembre 2008 ex Progetto Mattoni SSN	si no in parte	Rintracciabilità di dati, informazioni, comunicazioni con evidenza delle registrazioni informatizzate NOTA. Ad ogni missione possono essere associati uno o più pazienti (dati identificativi ed i dati sanitari relativi a ciascun paziente coinvolto).	Ad es.: Sistema 118net gestione emergenze relativamente all'identificazione della sede dell'evento e alla localizzazione chiamante (accordo tra CO118 e CO112)
7	Istruzioni di Pre-arrivo	Le modalità (quando e come) di comunicazione di eventuali "istruzioni di prearrivo" all'utente da parte dell'operatore di Centrale Operativa sono descritte in una procedura o in un altro documento interno?	JCI (Rif. Std ACC.3) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedura/ Istruzione Operativa con informazioni e algoritmo di chiamata a carattere assistenziale e logistico NOTA: Anziani, bambini, stranieri	Ad es.: E' stata fatta informazione specifica, possibilità di inserimento sull'Intranet accessibile dalle postazioni box emergenza
8		E' definito un sistema di controllo della corretta somministrazione delle "istruzioni di prearrivo"?	JCI (Rif. Std ACC.3) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	Modalità di controllo e verifica Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedura/ Istruzione Operativa	Ad es.: predisposizione di schede prearrivo
9	Attivazione e Coordinamento Operativo Interventi di Soccorso e Trasporto Sanitario	Sono definiti i criteri e le modalità di attivazione dei mezzi di soccorso?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedura/ Istruzione Operativa per invio del mezzo di soccorso adeguato (es. mezzo di soccorso avanzato,...)	Ad es.: E' stata fatta "informazione" specifica sulle modalità di attivazione mezzi. attivazione automed, elisoccorso...
10		Sono definite modalità operative per la gestione di momenti di picco delle chiamate?	JCI (Rif. Std ACC.1) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	↑idem	↑idem

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
11		Sono definite modalità operative per la gestione di chiamate multiple relative allo stesso evento?	JCI (Rif. Std ACC.3) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	↑idem	↑idem
12		Sono definite modalità operative per la gestione di rendez vous tra mezzi di soccorso (compreso elicottero)?	JCI (Rif. Std ACC.1) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	↑idem	↑idem
13		Sono definite modalità operative per la gestione di eventi localizzati in zone di confine?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	↑idem	↑idem
14		Sono definite modalità operative per mettere in comunicazione diretta la Centrale Operativa 118 con l'équipe di soccorso?	JCI (Rif. Std ACC.1) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 5.5.3 - 7.5.1)	si no in parte	↑idem	Ad es.: Codificate le modalità di attivazione mezzi e comunicazioni radio
15		Il sistema informatico della Centrale Operativa registra in modo univoco (e sono rintracciabili): - le informazioni relative all'invio dei mezzi di soccorso, - le comunicazioni audio tra la Centrale Operativa e l'équipe di soccorso, - i dati identificativi dei mezzi di soccorso inviati? Vedi anche "Sistema Informativo"	JCI (Rif. Std MOI.2) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.4 - 7.5.1 - 7.5.3)	si no in parte	Evidenza -della rintracciabilità di dati/ informazioni/ comunicazioni/ delle registrazioni informatizzate e audio/ dei messaggi precodificati/ della selettiva codice di rientro -della comunicazioni audio tra equipaggio e CO (di ogni spostamento effettuato/ quando parte per la missione/ la situazione rinvenuta/ i codici numerici di gravità di rientro (India 0 - 1 - 2 - 3 - 4)/ quando il mezzo parte per il rientro in H di destinazione (al quale la CO lo ha indirizzato)/ quando arriva in PS o DEA/ quando è nuovamente operativo)	Ad es.: Codificate le modalità comunicazioni

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD/REFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
16		Il sistema informativo della Centrale Operativa registra (e sono rintracciabili) le richieste di assistenza effettuate dalla Centrale Operativa ad altri Enti/Organizzazioni (es. Vigili del Fuoco, CNSAS, Forze di Polizia, DPC,...)? Vedi anche "Sistema Informativo"	JCI (Rif. Std MOI.2 e ACC.3) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.4 - 6.3 - 7.5.1 7.5.3)	si no in parte	Rintracciabilità dei rapporti interfunzionali/ collegamento con altre Centrali Operative/ con il sistema di emergenza territoriale/ con Autorità di Stato/ Carabinieri/ Autostrade per l'Italia/ Polstrada/ Corpi Speciali e Soccorso Alpino	Ad es.: , linee dedicate 112, 113, 115,... con Codificate le modalità di comunicazione del Sistema 118 e registrazioni
17	Modalità Operative	Sono definite modalità operative da applicare in caso di paziente critico?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedura/ Istruzione Operativa con "informazione" specifica Vedi anche Percorsi Paziente	Ad es.: specifici percorsi per patologie tempo dipendenti e per pazienti internistici in emergenza urgenza
18		Sono definite modalità operative da applicare in caso di potenziale presenza di contaminazione biologica o chimica?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	↑idem	Ad es.: NBCR
19		Sono definite modalità operative (es. chiamata, intervento, rilevazione, classificazione,...) da applicare in caso emergenze tossicologiche (es. farmaci, prodotti alimentari - ad uso domestico, gas,...)?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	↑idem	
20		Sono definite modalità operative (es. chiamata, intervento, settimana gestazionale, trauma,...) da applicare in caso di emergenza ostetrica?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.2.3 - 7.5.1)	Si no in parte	↑idem	
21		Sono definite modalità operative per i trasporti urgenti di materiali e/o presidi sanitari e farmacologici inerenti l'emergenza/ urgenza (es., farmaci, sangue, documenti,...)?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	↑idem	Ad es.:Procedura trasporto in sicurezza di materiali infettivi e di campioni diagnostici

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
22		Sono definite modalità operative per il coordinamento delle fasi di trasporto connesse con l'attività di prelievo e trapianto organi?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	↑idem	Ad es.: Procedura coordinamento prelievi/ trapianto d' organo (prelievo multiorgano a cuore battente)
23		Sono definite modalità operative per la constatazione di decesso?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 6.2.2 - 7.5.1)	si no in parte	↑idem Diagnosi medica di morte/ denuncia/ rapporto all'Autorità Giudiziaria (nei casi definiti dalla legge con "informazione" specifica	Ad es.: Procedura per il decesso in itinere
24		Sono definite modalità operative per ASO e TSO?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 6.2.2 - 7.2.2 - 7.5.1)	si no in parte	↑idem	Ad es.: Protocollo ASO TSO, Comuni Polizia Municipale
25		Sono definite modalità operative per gestione minori?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 6.2.2 - 7.5.1)	si no in parte	↑idem	Ad es.: corsi su abuso minori e consenso e stato di necessità
26		Sono definite modalità operative per casi di violenza?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 6.2.2 - 7.5.1)	si no in parte	↑idem	Ad es.: corsi su eventi certi o sospetti di violenza o abuso su minori o donne
27		Sono definite modalità operative per la destinazione dei pazienti in base: - alla tipologia e gravità dell'evento, - ai codici di gravità verificati dal personale sanitario (ad es. stabilità emodinamica e respiratoria), - all'equipe di soccorso?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	↑idem	Ad es.: documento condiviso con DEA sulle specifiche di centralizzazione per patologie e percorsi emergenza urgenza

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD/REFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
28		Sono definite modalità operative per comunicare prioritariamente l'arrivo del paziente: - al reparto di destinazione (Rianimazione, UTIC, NCH,...), - al Pronto Soccorso e/o al Punto di Primo Intervento, - alla CO di arrivo, se il trasporto è rivolto al di fuori del territorio di propria competenza?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	↑idem Messa in contatto dell'equipaggio del mezzo di soccorso con i reparti di destinazione (ove richiesto) con "informazione" specifica	Ad es.: documento condiviso con Dea sulle specifiche di centralizzazione per patologie e percorsi emergenza urgenza
29	Codici Standardizzati	Nell'ambito della Centrale Operativa sono utilizzati codici diagnostici, codici procedurali, simboli e definizioni standardizzati?	JCI (Rif. Std MOI.8) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedura/ Istruzione Operativa CO 118 con riportato (documento cartaceo, sistema informatizzato) il Decreto Ministeriale, ICD9	Ad es.: Flussi informativi allegato circolare-11-2009-ps118
30		I codici diagnostici e procedurali, i simboli e le definizioni utilizzati nell'ambito della Centrale Operativa sono elencati in un documento, messo a disposizione, conosciuto ed applicato dagli operatori ?	JCI (Rif. Std MOI.8)	si no in parte	Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedura/ Istruzione Operativa CO 118 con riportato elenco/ tabella dei Codici	↑idem
31	Consenso al Trattamento	Sono definiti criteri per fornire informazioni e per acquisire eventuale consenso o dissenso al trattamento?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 4.2.4 - 7.2.2 - 7.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	Procedura Aziendale - Manuale / Regolamento / Protocolli / Procedura / Istruzione Operativa CO 118 Scheda Paziente / Ambulanza - altra modulistica . Nota. In caso di emergenza / grave pericolo, con paziente incosciente od incapace di esprimere un consenso valido, il soccorritore può avvalersi dello stato di necessità (srt. 54 C.P.)	Ad es.: Istruzione operativa consenso e stato di necessità riportate su scheda ambulanza
32	Rifiuto Trasporto	Nell'ambito della Centrale Operativa è presente una procedura relativa alle situazioni di rifiuto trasporto, messa a disposizione, conosciuta ed applicata dagli operatori?	JCI (Rif. Std MOI.3.2) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 4.2.4 - 7.2.2 - 7.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	Manuale/ Regolamento/ Protocolli/ Procedura/ Istruzione Operativa CO 118 Scheda Ambulanza/ Scheda Paziente/ altra modulistica	↑idem

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
33		Nelle situazioni di rifiuto trasporto la documentazione sanitaria riporta: - la firma del Paziente o di altro soggetto avente diritto (es. genitori per il minore) che rifiuta il trasporto in Ospedale, - le motivazioni relative al rifiuto trasporto?	JCI (Rif. Std MOI.3.2) UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 4.2.4 - 7.2.2 - 7.2.3 - 7.5.1)	si no in parte	Registrazioni delle evidenze oggettive su Scheda ambulanza/ Scheda paziente/ Campi Specifici/ Altra modulistica	↑idem
34	Maxiemergenza	Esiste una procedura per la gestione delle maxiemergenze e degli eventi maggiori?	D.M. 13 Febbraio 2001 Documento Conferenza Unificata Stato Regioni 22 Maggio 2003)	si no in parte	Linee Guida / Regolamento / Procedura solo per non convenzionale, contatti con provincia, dpc.. à Piano di CO 118 per la Maxiemergenza / Costituzione Unità di Crisi CO 118 / Disponibilità posti letto e disponibilità PEIMAF / Protocolli basati su algoritmi standardizzati (es., START)	Ad es.: Procedura Gestione Maxiemergenza
35		La procedura è rivalutata in termini di aggiornamento almeno ogni due anni e comunque all'indomani di nuovi eventi maggiori?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.1 - 7.2.2 - 7.5.1 - 6.3)	si no in parte	Evidenza degli aggiornamenti	
35		Sono definite le modalità per assicurare l'accessibilità immediata alle procedure in caso di evento specifico e le modalità per garantirne la riservatezza?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.1 - 7.2.2 - 7.5.1 - 6.3)	si no in parte	Presenza eventuale di locali/ aree/ postazioni/ archivi "dedicati" alla gestione di maxiemergenze/ eventi maggiori	Ad es.: predisposizione Box dedicato maxiemergenze
37		Vengono pianificate e periodicamente effettuate esercitazioni (con l'eventuale coinvolgimento degli enti di soccorso tecnico)?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.1 - 7.2.2 - 7.5.1 - 6.3)	si no in parte	Pianificazione ed evidenza della effettuazione (Ad es.: Piano Esercitazioni periodiche)	Ad es.: reports esercitazioni



N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
38	Servizio di Prevenzione e Diffusione Cultura dell'Emergenza	Esiste una pianificazione annuale delle attività di prevenzione e diffusione cultura dell'emergenza?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 7.1 - 7.2.2 - 7.5.1)	si no in parte	Promozione e realizzazione di attività di comunicazione sui temi dell'Emergenza Urgenza (Ad es.: attività/ interventi di "informazione" nelle scuole, per i laici, i volontari, i cittadini,...)	Ad es.: documentazione di conferenza stampa dati attività incontri scuole, corsi per utilizzo mini anne nelle scuole
39		Vi è evidenza che le attività previste nel piano sono regolarmente svolte?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 7.1 - 7.2.2 - 7.5.1 - 7.5.2 - 4.2.4)	si no in parte	Effettuazione Piano Attività/ interventi di "informazione" sull'Emergenza - Urgenza	Ad es.: calendario incontri scuole, report attività con altre associazioni, convenzione specifica e partner di progetti emergenza



Allegato 5-C

**CRITERI PER L'ACCREDITAMENTO
ALL'ECCELLENZA DEL SET-118**

**PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI-
ASSISTENZIALI**

Autovalutazione <i>(spazio riservato alla Struttura)</i>	Valutazione <i>(spazio riservato al Team di verifica)</i>
Struttura: Centrale Operativa 118 di:	Pratica n.:
Indirizzo:	Data Audit:
Responsabile Struttura:	Tipo di Audit:
Data:	Composizione del gruppo di Verifica: a. b. c. d.

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD/RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
1	Gestione, organizzazione e valutazione dei Percorsi	Sono definiti percorsi "diagnostico-terapeutico-logistici" per la gestione delle principali patologie tempo dipendenti, con esplicito riferimento a Linee Guida predisposte dalle Società Scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 5.1 - 5.3 - 7.1 - 7.2 - 7.5)	si no in parte	Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali stabiliti e concordati in sede di DEA,... Sono presenti e applicati criteri organizzativi, diagnostici e clinico-assistenziali, condivisi con le strutture interessate dal percorso, almeno per arresto cardiaco, dolore toracico, stroke, trauma grave secondo linee guida accreditate/ procedure/ protocolli/ manuali operativi/ documenti specifici di percorso	Ad es.: Centralizzazione traumi maggiori e trauma mielico, gestione codice ictus, percorsi in emergenza pazienti internistici, SCA (infermieri), attivazione codice blu
2		Il personale in servizio in Centrale Operativa e sui mezzi di soccorso riceve adeguata formazione sui percorsi per la gestione delle principali patologie tempo dipendenti?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 5.1 - 5.3 - 6.2 - 7.1 - 7.2 - 7.5)	si no in parte	La letteratura ha dimostrato l'efficacia tempo correlata ad un ricorso primario al Centro Hub (Politrauma / STEMI / Ictus),... con manovre/ interventi specifici	Ad es.: specifici corsi formazione organizzati dall'UO per applicazione procedure
3		Sono definite procedure/ standard condivise per la gestione dei pazienti affetti da patologie della Golden Hour/ first hour quintet (ACC, IMA, Ictus, Trauma Grave, Difficoltà Respiratoria,...) che prevedono: - i criteri di tempestività (es.: "tempo dall'insorgenza dei sintomi"), - la competenza clinica (differenziata sulla base delle professionalità), - il rispetto dei criteri organizzativi?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.1 - 7.2 - 7.5)	si no in parte	Adozione di: - percorsi clinico assistenziali differenziati per tipo di patologia e livello di gravità, - Protocolli di triage per le "First Hour Quintet Pathologies", condivisi e concordati fra territorio e ospedale	Ad es.: programma formazione diversificata (medici, infermieri...) sul campo operatori DEA per definire procedura condivisa
4		Le registrazioni relative ai percorsi comprendono: - i risultati della valutazione del paziente ? - il trattamento effettuato sul luogo dell'evento o in itinere? - i tempi dell'intervento? - le eventuali motivazioni di ritardo non comprimibile?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.4 - 7.1 - 7.2 - 7.5)	si no in parte	Scheda Ambulanza/ Scheda Paziente (cartacea o informatizzata)	Ad es.: scheda paziente cartacea- in alcuni casi (ACC registro "utstein style") scheda specifica evento
5		Sono monitorati indicatori specifici?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 5.1 - 5.3 - 7.1 -	si	Tempi che intercorrono tra l'attivazione del mezzo di soccorso e la partenza effettiva del mezzo	Ad es.: piano indicatori, indicatori procedure specifiche condi-

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
			7.2 - 7.5.1 - 7.5.2 - 8.2.3 - 8.2.4 - 8.4)	no in parte	zo,... Vedi indicatori relativi ai Percorsi specifici	vise
6	Percorso Stroke	È presente una rete formalizzata per lo Stroke?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.1 - 7.2 - 7.5)	si no in parte	Evidenza documentale rete H & S	
7		È presente una procedura condivisa?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.1 - 7.2 - 7.5)	si no in parte	Linee Guida/ Procedure/ Protocolli/ Manuali operativi/ Documenti specifici di percorso	
8		È utilizzata la CPS (informatizzata o meno) e tutti gli operatori sono stati addestrati al suo utilizzo?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.4 - 6.2 - 7.5.1 - 7.5.2)	si no in parte	Evidenza di utilizzo CPS E' stata fatta formazione specifica	
9		Sono monitorati indicatori specifici?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.1 - 5.3 - 7.5.1 - 7.5.2 - 8.2.3 - 8.2.4 - 8.4)	si no in parte	Tempo tra prima richiesta e arrivo in centro specializzato...	Ad es.: monitoraggio anche delle non conformità, falsi positivi ecc
10	Percorso STEMI	È presente una rete formalizzata per lo STEMI?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.1 - 7.2 - 7.5)	si no in parte	Evidenze documentali scientifiche e/o legislative (nazionali e locali) con la istituzione di una rete per il trattamento dei pazienti con Infarto Miocardico con Tratto ST Elevato (STEMI) -	Partecipazione alla rete H&S
11		È presente una procedura condivisa?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.1 - 7.2 - 7.5)	si no	Linee Guida/ Procedure/ Protocolli/ Manuali operativi/ Documenti specifici di percorso condivisi - ad es.- tra Cardiologia/ UTIC, PS e 118	Ad es.: i criteri sono stati definiti anche nell'ambito regionale, provinciale o locale

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD/RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
				in parte		
12		I protocolli diagnostico-terapeutici si basano su criteri guida per il trattamento riperfusivo che comprendono: - il tempo di esordio della sintomatologia, - il profilo di rischio del paziente, - il tempo previsto per raggiungere la struttura più idonea?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.1 - 7.2 - 7.5.1 - 7.5.2)	si no in parte	↑idem	↑idem
13		Viene effettuata la trasmissione ECG dall'équipe 118?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.4 - 6.2 - 7.5.1 - 7.5.2)	si no in parte	Evidenza della registrazione e dell'invio del segnale elettrocardiografico alla CO118/ PS/ Cardiologia/ UTIC di competenza per il territorio	Ad es.: raccolta delle registrazioni da parte della CO118
14		Gli operatori compilano sempre la documentazione sanitaria e registrano: - orario del primo contatto sanitario, - orario di arrivo in posto del mezzo di soccorso, - orario di esecuzione del tracciato ECG, - orario di somministrazione del trattamento riperfusivo?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.4 - 6.2 - 7.5.1 - 7.5.2)	si no in parte	Evidenza di tali dati sulla Scheda Ambulanza/ Scheda Paziente (cartacea o informatizzata)	Ad es.: scheda paziente cartacea- in alcuni casi (ACC) scheda specifica evento- non sempre sono evidenti tutti gli orari
15		Il personale sanitario riceve adeguata formazione / è addestrato: - all'uso dell'apparecchio per la trasmissione del tracciato ECG, - sui protocolli diagnostico- terapeutico - logistici, - sulle procedure di gestione territoriale del paziente con STEMI, - sulla somministrazione di farmaci fibrinolitici, secondo protocolli definiti e condivisi?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.4 - 6.2 - 7.5.1 - 7.5.2)	si no in parte	Evidenza della "informazione" effettuata e della formazione ricevuta	Ad es.: documentazione della effettuazione in ambulanza della trombolisi
16		Sono monitorati indicatori specifici?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.1 - 5.3 - 7.5.1 - 7.5.2 - 8.2.3 - 8.2.4 - 8.4)	si no	Evidenza documentata di alcuni indicatori quali ad es. : - tempo tra primo contatto medico e riperfusione (farmacologica o meccanica); - N° o % dei pazienti che	Ad es.: piano indicatori con stesura della procedura specifica

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
				in parte	giungono vivi in ospedale - tempestività del trasporto diretto dal territorio in emodinamica del pz con STEMI	
17	Percorso Trauma Grave o Politrauma	E' presente una rete formalizzata per i traumi maggiori?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.1 - 7.2 - 7.5)	si no in parte	Evidenze documentali rete H & S	Ad es.: formalizzazione regionale Hub per traumi adulti
18		E' presente una procedura condivisa?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.1 - 7.2 - 7.5)	si no in parte	Linee Guida/ Procedure/ Protocolli/ Manuali operativi/ Documenti specifici che descrivono il percorso trauma almenosecondo i seguenti criteri di trattamento: - gestione delle vie aeree - mobilitazione/ immobilitazione - shock - centralizzazione politraumatizzato	Ad es.: sono inoltre presenti i documenti di programmazione e di integrazione ospedaliera
19		Sono monitorati indicatori specifici?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.1 - 5.3 - 7.5.1 - 7.5.2 - 8.2.3 - 8.2.4 - 8.4)	si no in parte	Evidenza documentata di alcuni indicatori quali -ad es.- : - % di pazienti con trauma maggiore centralizzati all'HUB - % di casi con GCS inferiore ≤ a 8 con vie aeree protette	Ad es.: piano indicatori con stesura della procedura specifica
20	Percorso ACC (Arresto Cardiac)	E' presente un registro per gli ACC?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 4.2.4 - 7.1 - 7.2 - 7.5)	si no in parte	Secondo Utstein, Progetto Vita SIS, etc..	Ad es.: registro locale
21		E' presente una procedura condivisa?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.1 - 7.2 - 7.5)	si no in parte	Linee Guida/ Procedure/ Protocolli/ Manuali operativi/ Documenti specifici che descrivono il percorso acc almeno secondo i seguenti criteri di trattamento: istruzioni di prearrivo; BLS/ALS	

N.	PARAGRAFO	CRITERIO	STANDARD RIFERIMENTO	ELEMENTO MISURABILE	NOTE ESPLICATIVE	REGISTRAZIONE EVIDENZE
22		La procedura di gestione dell'ACC prevede l'esecuzione di un ECG in caso di ROSC?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.4 - 6.2 - 7.5.1 - 7.5.2)	si no in parte	Evidenza della registrazione e dell' invio del segnale elettrocardiografico alla CO118/ PS/ Cardiologia/ UTIC di competenza per il territorio	
23		Sono monitorati indicatori specifici?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.1 - 5.3 - 7.5.1 - 7.5.2 - 8.2.3 - 8.2.4 - 8.4)	si no in parte	Evidenza documentata di alcuni indicatori quali -ad es.- : - N° eventi con applicazione DAE/totale interventi per arresto cardiocircolatorio in cui il mezzo con soccorritore interviene per primo - % di sopravvivenza nel pz colpito da arresto cardiaco con FV (fibrillazione ventricolare) à "tempo del primo shock" - % di casi che giungono in PS con ROSC - % di dimessi vivi	Ad es.: piano indicatori con stesura della procedura specifica
24	Altri percorsi	Sono definiti altri percorsi (insufficienza respiratoria acuta, epilessia, diabete.....)?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 5.1 - 5.3 - 7.1 - 7.2 - 7.5)	si no in parte	Evidenze documentali scientifiche con la istituzione di una rete -	
25		E' presente una procedura condivisa?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 4.2.3 - 7.1 - 7.2 - 7.5)	si no in parte	Linee Guida/ Procedure/ Protocolli/ Manuali operativi/ Documenti specifici che descrivono il percorso	
26		Sono monitorati indicatori specifici?	UNI EN ISO 9001:2008 (rif. p. 5.1 - 5.3 - 7.5.1 - 7.5.2 - 8.2.3 - 8.2.4 - 8.4)	si no in parte	Evidenza documentata di alcuni indicatori	

Allegato 6

LA FORMAZIONE PROFESSIONALE DEL PERSONALE DEL SET-118
--

La Medicina d'Urgenza e di Emergenza si caratterizza per l'assistenza a pazienti colpiti da patologie acute e/o improvvise che presentano quadri variabili di presentazione e richiedono un approccio olistico, basato sulle priorità di stabilizzazione, di mantenimento delle funzioni vitali, di salvaguardia di organo e di recupero. Tali patologie partono dall'arresto cardiaco e dalle patologie minacciose per la vita a quelle a più o meno rapida evoluzione, fino a quelle meno evolutive. La cura si focalizza sulla gestione iniziale sino alla risoluzione del problema o all'affidamento ad altri sanitari, condotta secondo un processo dinamico e comprendente tutti gli aspetti, fisici, psichici e sociali, che caratterizzano lo stato di malattia. Inoltre si giova dell'utilizzo di una specifica attrezzatura e di particolari presidi sanitari.

In relazione a ciò, gli argomenti della formazione devono riguardare gli aspetti clinici ed assistenziali del primo intervento e del soccorso, ma devono interessare anche gli aspetti tecnologici, logistici, organizzativi, oltre che medico-legali, che sono di interesse del servizio in tutti i settori di attività.

La formazione, inoltre, deve essere rivolta a tutto il personale che opera nel SET-118 e deve essere adattato alle prerogative ed alle competenze di ogni figura impiegata.

Con il presente allegato la SIS118 definisce gli argomenti che devono essere oggetto della formazione ed i corsi in cui sono compresi, mentre i programmi formativi dettagliati sono definiti dall'Ufficio Tecnico Nazionale della Formazione. Quest'ultimo, rappresenta la struttura della SIS118 deputata al controllo dei processi formativi ed alla definizione delle modalità di svolgimento, nonché all'elaborazione e/o all'approvazione dei contenuti ed alla predisposizione del materiale necessario.

Infine, la SIS118 ritiene che la formazione deve essere condotta da strutture o enti accreditati e deve prevedere il coinvolgimento della direzione del SET-118 che, in ossequio alle norme di legge, ne ha la responsabilità e deve garantire il conseguimento delle giuste competenze da parte del personale impiegato.

1. Formazione del personale medico

I contenuti della formazione del personale medico devono consentire a questa figura professionale di acquisire tutte quelle competenze e capacità tecniche che sono necessarie per svolgere in modo qualificato e sicuro le attività ad essa richieste nel SET-118.

La tabella seguente indica gli argomenti principali che devono far parte di un Piano di Formazione completo e che sono da inserire nei relativi corsi.

Materia / Argomento
- Normativa e organizzazione del SET-118 e del Sistema di Emergenza-Urgenza: la rete ospedaliera e territoriale ed i criteri “hub and spoke”. - La Centrale Operativa: aspetti organizzativi e gestionali. - Uso e applicazione dei protocolli di Centrale e delle linee guida. - Sistema di Interpretazione e di processazione delle chiamate. Significato ed attribuzione dei codici colore. - “Medical Control on line ed off line” degli interventi di Soccorso (emergenze singole, incidenti maggiori, maxiemergenze) – La somministrazione delle Istruzioni pre-arrivo. - La rete territoriale del soccorso: le Postazioni fisse e mobili e i Punti di Primo Intervento territoriali. - I Mezzi di soccorso: tipologia, utilizzo e gestione. - La Gestione delle Risorse, il Governo Clinico e la Gestione del Rischio. - L’Accreditamento professionale del SET-118 ed il miglioramento continuo della qualità. - La leadership in Medicina di Emergenza–Urgenza. - L’uso degli strumenti informatici e di comunicazione. - Le modalità di svolgimento del lavoro di équipe. - Le tecniche di comunicazione con l’utente - La tenuta dei rapporti con le componenti non sanitarie coinvolte nell’emergenza. - La bioetica nella Medicina di Emergenza extraospedaliera. - I sistemi di autoprotezione. - Gli aspetti medico-Legali e di medicina forense in emergenza sanitaria. Le certificazioni e le denunce obbligatorie. Il TSO e l’ASO. - La privacy, la gestione dei dati sensibili e l’accesso agli atti. - Approccio alla Scena del Crimine. - La Guida Sicura in emergenza sanitaria. - Il trasporto secondario protetto del paziente critico. - L’attività di elisoccorso e tecniche di intervento HEMS – HSR o SAR.

- Utilizzo dell'idroambulanza e tecniche di soccorso in acqua.
- Le funzioni di Protezione Civile: la funzione 2 Sanità.
- Principi di Medicina di Emergenza Sistemática.
- La terapia medica in emergenza sanitaria.
- La farmacologia di emergenza.
- Manovre e Tecniche in Medicina di Emergenza extraospedaliera.
- Diagnostica Differenziale in emergenza–urgenza ed approccio clinico al paziente acuto orientato per problemi.
- Tossicologia Clinica in Medicina di Emergenza.
- Elettrocardiografia in Medicina di Emergenza.
- Ultrasonografia - Eco FAST in emergenza sanitaria.
- Ventilazione Meccanica Non Invasiva in Medicina di Emergenza. Impiego della CPAP.
- Principi e tecniche di Ipotermia extraospedaliera.
- Psicologia dell'Emergenza.
- Intervento nelle maxiemergenze convenzionali e non convenzionali. Il Triage.

La formazione sarà comunque svolta sotto forma di corsi intensivi di breve/media durata comprendenti una parte teorica, con lezioni frontali, ed una parte pratica, con esercitazioni simulate.

I corsi sono generalmente monotematici, ma possono anche raggruppare argomenti comuni.

Le principali tipologie di corsi ritenuti fondamentali sono riportati nella tabella successiva.

Tipo di Corso
- Il SET-118 e il Sistema di Emergenza-Urgenza – La normativa e l'organizzazione. La rete ospedaliera e territoriale ed i criteri “hub and spoke”. I percorsi assistenziali e il “quintetto della prima ora”.
- La Centrale Operativa: aspetti organizzativi e gestionali. I protocolli di Centrale. Il sistema di interpretazione e di processazione delle chiamate e di attribuzione del codice colore. Il “Medical Control on Line”.
- La rete territoriale del soccorso: modalità organizzative ed attività delle postazioni e dei PPI. Tipologia dei mezzi di soccorso terrestri, aerei e anfibi e loro gestione.
- Le tecniche di comunicazione in emergenza: con i pazienti e familiari e con gli altri professionisti.
- La Gestione delle Risorse, il Governo Clinico e la Gestione del Rischio. La leadership in medicina di emergenza-urgenza. Il lavoro in équipe. La bioetica in medicina d'urgenza.

- L'Accreditamento professionale del SET-118 ed il miglioramento continuo della qualità.
- L'uso degli strumenti informatici e di comunicazioni.
- I sistemi di autoprotezione.
- Approccio alla Scena del Crimine.
- La Guida Sicura in emergenza sanitaria.
- Il trasporto secondario protetto del paziente critico.
- L'attività di elisoccorso e le tecniche di intervento HEMS – HSR o SAR.
- Le funzioni di Protezione Civile: la funzione 2 Sanità.
- Intervento nelle maxiemergenze convenzionali e non convenzionali. Il Triage
- Supporto Vitale Avanzato nel paziente internistico-cardiologico adulto
- Supporto Vitale Avanzato nel paziente traumatizzato adulto
- Supporto Vitale di Base e Avanzato nel bambino-lattante
- Principi di Medicina di Emergenza Sistemica; la terapia medica e la farmacologia in emergenza sanitaria. Diagnostica Differenziale in emergenza-urgenza ed approccio clinico al paziente acuto orientato per problemi.
- Manovre e tecniche in medicina di emergenza.
- Gli aspetti medico-legali e di medicina forense in emergenza sanitaria. Le certificazioni e le denunce obbligatorie. Il TSO e l'ASO. La privacy e la gestione dei dati sensibili.
- Tossicologia Clinica in Medicina di Emergenza.
- Elettrocardiografia in Medicina di Emergenza.
- Ultrasonografia - Eco FAST in emergenza sanitaria.
- Ventilazione Meccanica Non Invasiva in Medicina di Emergenza. Impiego della CPAP.
- Principi e tecniche di Ipotermia extraospedaliera.
- Psicologia dell'Emergenza.

2. Formazione del personale infermieristico

I contenuti della formazione del personale infermieristico devono consentire a questa figura professionale l'acquisizione e/o l'affinamento di tutte quelle conoscenze e capacità di competenza che risultano necessarie per svolgere in modo qualificato e sicuro le proprie attività nel SET-118.

La tabella seguente indica gli argomenti principali che devono far parte di un Piano di Formazione completo e che devono essere inseriti nei relativi corsi.

Materia / Argomento
- Normativa e organizzazione del SET-118 e del Sistema di Emergenza-Urgenza - La rete ospedaliera e territoriale ed i criteri "hub and spoke".

- La Centrale Operativa: aspetti organizzativi e gestionali.
- Uso e applicazione dei protocolli di Centrale e delle linee guida.
- Modalità di interpretazione e di processazione delle chiamate. Significato ed attribuzione dei codici colore.
- Il "Medical Control on line ed off line" negli interventi di Soccorso (emergenze singole, incidenti maggiori, maxiemergenze) – La somministrazione delle istruzioni pre-arrivo.
- La rete territoriale del soccorso: le Postazioni fisse e mobili ed i Punti di Primo Intervento territoriali.
- I Mezzi di soccorso: tipologia, utilizzo e gestione .
- L'Accreditamento professionale del SET-118 ed il miglioramento continuo della qualità.
- L'uso degli strumenti informatici e di comunicazione.
- Le modalità di svolgimento del lavoro di équipe.
- Le tecniche di comunicazione con l'utente.
- I sistemi di autoprotezione.
- La privacy - La gestione dei dati sensibili - L'accesso agli atti.
- Approccio alla Scena del Crimine.
- La Guida Sicura in emergenza sanitaria.
- Il trasporto secondario protetto del paziente critico.
- L'attività di elisoccorso e tecniche di intervento HEMS – HSR o SAR.
- Utilizzo dell'idroambulanza e tecniche di soccorso in acqua.
- Le funzioni di Protezione Civile: la funzione 2 Sanità.
- Tecniche e metodologie relative ai processi di pianificazione assistenziale.
- Principi di nursing in Medicina di Emergenza Sistemática,
- Osservazione clinica sistematica, rilievo approfondito dello stato del paziente attraverso: osservazione diretta dei segni clinici, misurazione degli abituali indici clinici, definizione di criteri di priorità.
- Manovre e Tecniche in Medicina di Emergenza Extraospedaliera, il supporto vitale di base, la defibrillazione con DAE.
- Intervento nelle maxiemergenze convenzionali e non convenzionali. Il Triage.

La formazione sarà comunque svolta sotto forma di corsi intensivi di breve/media durata comprendenti una parte teorica, con lezioni frontali, ed una parte pratica, con esercitazioni simulate. I corsi sono generalmente monotematici, ma è possibile raggruppare in un unico corso argomenti comuni. Le tipologie di corsi che la SIS118 ritiene imprescindibili sono indicati nella tabella successiva.

Tipo di Corso

- Il SET-118 e il Sistema di Emergenza-Urgenza – La normativa e l'organizzazione. La rete ospedaliera e territoriale ed i criteri “hub and spoke”.
- La Centrale Operativa: aspetti organizzativi e gestionali. I protocolli di Centrale. Il sistema di interpretazione e di processazione delle chiamate e di attribuzione del codice colore. Il “Medical Control on Line”.
- La rete territoriale del soccorso: organizzazione ed attività delle postazioni e dei PPI. Tipologia dei mezzi di soccorso terrestri, aerei e anfibi e loro gestione.
- Le tecniche di comunicazione in emergenza: con i pazienti, con i familiari e con gli altri professionisti.
- L'Accreditamento professionale del SET-118 ed il miglioramento continuo della qualità.
- L'uso degli strumenti informatici e di comunicazioni.
- I sistemi di autoprotezione.
- Approccio alla Scena del Crimine.
- La Guida Sicura in emergenza sanitaria.
- Il nursing nel trasporto secondario protetto del paziente critico.
- L'attività di elisoccorso e le tecniche di intervento HEMS – HSR o SAR.
- Le funzioni di Protezione Civile: la funzione 2 Sanità.
- Intervento nelle maxiemergenze convenzionali e non convenzionali. Il Triage.
- Osservazione clinica sistematica, rilievo approfondito dello stato del paziente attraverso: osservazione diretta dei segni clinici , misurazione degli abituali indici clinici, definizione di criteri di priorità.
- Il Supporto Vitale di Base nel paziente internistico.
- Il Supporto Vitale di Base nel paziente traumatizzato.
- La defibrillazione con DAE.
- Il nursing nel Supporto Vitale Avanzato nel paziente internistico-cardiologico adulto.
- Il nursing nel Supporto Vitale Avanzato nel paziente traumatizzato adulto.
- Il nursing Supporto Vitale di Base e Avanzato nel bambino-lattante.
- Manovre e tecniche in medicina di emergenza.
- Principi e tecniche di Ipotermia extraospedaliera.

3. Formazione del personale soccorritore

I contenuti della formazione del personale soccorritore devono consentire l'acquisizione di tutte quelle conoscenze e capacità che, per quanto di competenza, sono necessarie per conseguire gli obiettivi del SET-118.

La tabella seguente indica gli argomenti principali che devono far parte di un Piano di Formazione completo e che devono essere inseriti nei relativi corsi.

Materia / Argomento
- La normativa e l'organizzazione del SET-118 e del Sistema di Emergenza-Urgenza - La rete ospedaliera e territoriale. - La Centrale Operativa e le sue funzioni. - Uso e applicazione dei protocolli di Centrale e delle linee guida - Significato dei codici colore - La rete territoriale del soccorso: postazioni, PPI - I Mezzi di soccorso: tipologia, utilizzo e gestione - L'Accreditamento professionale del SET-118 ed il miglioramento continuo della qualità - L'uso degli strumenti informatici e di comunicazioni - Le modalità di svolgimento del lavoro di équipe - Le tecniche di comunicazione con l'utente - I sistemi di autoprotezione - La privacy - La gestione dei dati sensibili. - Approccio alla Scena del Crimine - La Guida Sicura in emergenza sanitaria - La cura, l'igiene e la corretta tenuta del mezzo di soccorso - Il trasporto secondario protetto del paziente critico - Utilizzo dell'idroambulanza e tecniche di soccorso in acqua - Le funzioni di Protezione Civile: la funzione 2 Sanità - Intervento nelle maxiemergenze convenzionali e non convenzionali. Il Triage

La formazione sarà comunque svolta sotto forma di corsi intensivi di breve/media durata comprendenti una parte teorica, con lezioni frontali, ed una parte pratica con esercitazioni simulate, generalmente monotematiche ma che possono raggruppare argomenti comuni. Le tipologie di corsi in cui sono raggruppati gli argomenti indicati indicate nella tabella precedente sono riportati nella tabella successiva.

Tipo di Corso
- Il SET-118 e il Sistema di Emergenza-Urgenza – La normativa e l'organizzazione. La rete ospedaliera e territoriale.
- La Centrale Operativa: aspetti organizzativi e funzionali.
- La rete territoriale del soccorso: organizzazione ed attività delle postazioni e dei PPI. Tipologia dei mezzi di soccorso terrestri, aerei e anfibi e loro gestione.



- L'Accreditamento professionale del SET-118 ed il miglioramento continuo della qualità
- L'uso degli strumenti informatici e di comunicazioni
- I sistemi di autoprotezione
- Approccio alla Scena del Crimine
- La Guida Sicura in emergenza sanitaria
- Il trasporto secondario protetto del paziente critico
- Il Supporto Vitale di Base nel paziente internistico
- Il Supporto Vitale di Base nel paziente traumatizzato
- Il Supporto Vitale di Base nel bambino-lattante
- La defibrillazione con DAE
- Intervento nelle maxiemergenze convenzionali e non convenzionali. Il Triage



Allegato 7

CRITERI GENERALI PER I TRASPORTI SANITARI SECON- DARI URGENTI DEL SET-118

Il trasporto secondario urgente, ove gestito in toto o in parte dal SET-118, rappresenta un settore su attività che richiede uno specifico approfondimento. In merito, la SIS118 si esprime raccomandando che vengano rispettati i seguenti requisiti al fine di ottimizzare gli interventi che si rendano necessari per il trasferimento di un paziente da un ospedale ad un altro assicurando adeguati livelli di assistenza.

*Le modalità di **trasporto secondario urgente di un paziente**, ovvero il trasferimento di un paziente da un ospedale all'altro per accertamenti, terapie o ricovero che rivestano carattere di emergenza o urgenza o per tipologia di paziente, devono essere regolamentate da adeguate procedure scritte e note agli ospedali ed alla C.O. 118 che gestisce il trasporto e con l'obiettivo di:*

- ❖ Normare il trasporto in assenza di legislazione specifica.*
- ❖ Assicurare il "trasporto protetto" ai pazienti le cui condizioni lo richiedano secondo letteratura scientifica.*
- ❖ Identificare le risorse mediche e infermieristiche deputate al trasporto, clinicamente adeguate all'intensità di assistenza richiesta.*
- ❖ Attivare un sistema di trasporti tempestivo.*
- ❖ Garantire una adeguata e capillare diffusione delle procedure in essere per i trasferimenti a tutto il personale sanitario che assicuri l'ottimizzazione dei tempi.*

Il presente documento intende fornire i principali elementi che contraddistinguono il settore in modo di agevolare il comportamento dei SET-118 e tendere alla sua omogeneizzazione in ambito nazionale.



Personale

Tutto il personale impegnato nei trasporti secondari opera secondo professionalità specifica anche attenendosi a protocolli clinici internazionali. Appare utile suggerire una formazione del personale dedicato e relativa alla conoscenza delle problematiche legate al trasporto secondario.

Modalità

Il trasporto può essere effettuato con due modalità:

"trasporto urgente protetto" con un mezzo di soccorso idoneo, con assistenza SANITARIA oltre che con la presenza di Personale Soccorritore abilitato al trasporto ed al soccorso;

"trasporto urgente non protetto" con un mezzo di soccorso idoneo con l'assistenza di Personale Soccorritore di cui sopra.

Vanno regolamentate in particolare le modalità di trasporto interospedaliero di:

1. Pazienti affetti da patologie tempo dipendenti ove l'accertamento diagnostico / trattamento definitivo siano da considerarsi di emergenza o di urgenza.
2. Pazienti critici per tipologia (es. rianimazione, UTIC).
3. Pazienti presenti presso il PS o PPI in fase di accertamento diagnostico o di ricovero.
4. Pazienti pediatrici che necessitano di trasferimento in culla termica, in relazione al grado di urgenza presentato e a eventuali attese per pazienti maggiormente critici.

Risorse

Devono essere definite le risorse da dedicare al trasporto e le modalità di attivazione delle stesse.

Devono essere previsti sia materiali che attrezzature in pronta disponibilità e per le quali va previsto adeguato controllo.

Pazienti



I pazienti devono essere classificati in base alla criticità clinica presentata ed è pertanto indispensabile adottare una classificazione internazionalmente nota quale quella di Ehrenwerth che suddivide il rischio in 5 classi. Ad ognuna di esse saranno associate le figure professionali ritenute più idonee.

Funzioni della C.O. 118

Ove la C.O. 118 sia coinvolta nell'attività di trasporto secondario deve:

1. ricevere la richiesta e valutarne la congruità
2. identificare le risorse necessarie in base alla richiesta
3. attivare il MS
4. attivare il personale dedicato ove previsto
5. concordare - in caso di più richieste contemporanee - la priorità di effettuazione delle missioni
6. gestire il MS per l'intera missione sorvegliandone le tempistiche di operatività
7. supportare l'equipaggio in caso di necessità
8. compilare la scheda informatica relativa alla missione
9. segnalare, secondo procedura, eventuali situazioni non congrue al regolamento
10. effettuare la rilevazione statistica degli interventi

Monitoraggio dell'efficacia e dell'efficienza del regolamento

La valutazione dell'efficacia del sistema individuato potrà tenere conto dei seguenti elementi ed indicatori:

- ✧ Situazioni non previste : *n° segnalazioni confermate dalla direzione di dipartimento di emergenza/tot. interventi/anno*
- ✧ Chiamate improprie alla C.O.: *n°/tot interventi/anno*
- ✧ Tipologia dei trasporti effettuati : *n° trasporti protetti/anno*
n° trasporti non protetti/anno

Strumenti

Si ritengono strumenti utili :

- Documentazione standardizzata (scheda di trasferimento)
- Modulo di consenso informato



- Check List dei materiali e delle attrezzature
- Statistica annuale
- Scheda di rilevazione problematiche



Allegato 8

STANDARD MINIMI DEI MEZZI DI SOCCORSO DEL SET-118

Il presente allegato definisce alcuni criteri minimi che debbono essere rispettati a bordo dei mezzi di soccorso relativamente alla corretta tenuta di attrezzature e dei presidi presenti. Si definiscono così gli STANDARD minimi, con i relativi livelli di raccomandazione, utili alla razionalizzazione e all'omogeneizzazione delle risorse da dedicare al Sistema di Emergenza-Urgenza Territoriale.

Viene impiegata la classificazione in LIVELLI di raccomandazione che si rifà a quanto definito nel Manuale di Accreditamento dello Sviluppo dei Sistemi di Emergenza ed Urgenza "118" della SIS118:

LIVELLO A = intervento FORTEMENTE RACCOMANDATO

LIVELLO B = intervento RACCOMANDATO

LIVELLO C = intervento DA CONSIDERARE ma DI IMPATTO INCERTO

LIVELLO D = intervento DA NON RACCOMANDARE

RACCOMANDAZIONE 1 : Ancoraggio dei materiali e delle persone a bordo

In base alla Norma UNI EN 1865 2010 (recepimento Italia 7 ottobre 2010) che definisce “ i requisiti minimi per la progettazione e le prestazioni delle barelle ed attrezzature per il trasporto dei pazienti nelle ambulanze “ e alla Norma UNI EURO 1789 che specifica “i requisiti per la progettazione, il collaudo, le prestazioni e le dotazioni delle apparecchiature delle ambulanze “ e che fornisce i requisiti generali per i dispositivi medici trasportati nelle ambulanze ed usati all'interno delle stesse (tutti i dispositivi, non solo le barelle, compresi le cose e le persone, devono sopportare accelerazioni orizzontali – verticali - trasversali pari a 10 G e devono quindi essere adeguatamente fissati per limitare lo spostamento entro 150 mm) si raccomanda che i MS siano certificati in merito alle attrezzature tipiche del MS e che tutti i materiali , i pazienti ed il personale siano ancorati al mezzo di trasporto - **LIVELLO A**.

RACCOMANDAZIONE 2 : Compatibilità elettriche ed elettromagnetiche delle apparecchiature e dei Mezzi di Soccorso

Le apparecchiature elettromedicali e l'impianto elettrico devono essere conformi alle norme tecniche CEI – UNI ed alle Direttive Europee riferite al settore. Si raccomanda che sul mezzo di soccorso sia presente un sistema che consente l'erogazione della corrente elettrica in caso di fault della batteria (buster) - **LIVELLO B**

Per quanto riguarda la compatibilità elettromagnetica dei dispositivi elettromedicali si raccomanda che siano applicati i requisiti prescritti dal Decreto Legislativo 12 Novembre 1996, n.615, dal D.M. del 18 Maggio 1999 e dalla Direttiva CEE 54/95 - **LIVELLO A**

RACCOMANDAZIONE 3 : Impianto di erogazione dell'ossigeno

Per quanto riguarda l'impianto di erogazione dell'OSSIGENO si raccomanda che sia presente apposita segnalazione di esaurimento del gas visibile dal vano sanitario e che i mezzi di soccorso rispettino la norma UNI EN ISO 7396-1. - **LIVELLO A**

RACCOMANDAZIONE 4 : Sistemi di ricetrasmisione ed individuazione target

Sui MS devono essere presenti adeguati sistemi di rice-trasmisione con la C.O. che consentano la trasmissione radio dello stato del mezzo e l'invio dei codici di intervento secondo la normativa vigente – **LIVELLO A**

È utile che il mezzo di soccorso sia dotato di un sistema di rilevazione dello stato del mezzo e di un sistema in grado di individuare il target in modo automatico ed immediato (ad es. sistema GPS) - **LIVELLO A**

Deve comunque essere presente un back up cartaceo (stradario dettagliato della zona di competenza e della regione di appartenenza) - **LIVELLO A**

RACCOMANDAZIONE 5 : Prevenzione in materia di sicurezza del paziente e degli equipaggi

In base alla L 81/2008 si raccomanda di perseguire il glass free ed il latex free sui MS - **LIVELLO A**

Si raccomanda che il personale in servizio sia provvisto di adeguati DPI e DPC forniti dal Datore di Lavoro - **LIVELLO A**

Si raccomanda che i MS abbiano nel vano sanitario almeno 3 posti a sedere (2 in direzione di marcia ed 1 in contro-marcia) - **LIVELLO A**

RACCOMANDAZIONE 6 : Stoccaggio farmaci sui Mezzi di Soccorso



È raccomandato avere in dotazione un frigorifero a norma e di adeguata capacità per i farmaci termolabili - **LIVELLO A**

RACCOMANDAZIONE 7 : Chek List

È raccomandato avere delle adeguate Check list dei materiali, delle attrezzature e degli zaini di soccorso - **LIVELLO A**

RACCOMANDAZIONE 8 : Zaini/Borse di Soccorso

Possono essere configurate situazioni diverse degli zaini/borse di soccorso ad es. zaino/borsa MIKE + zaino/borsa INDIA oppure Zaino Sanitario 1 e Zaino Sanitario 2; in entrambi i casi è raccomandato un ulteriore zaino/borsa di scorta/riserva sul mezzo al fine di non rendere troppo voluminosi e pesanti i 2 precedenti – **LIVELLO A**

RACCOMANDAZIONE 9 : Compatibilità con attrezzature del PS

Si raccomanda di ricercare la compatibilità con le attrezzature del PS relativamente ai materiali di consumo delle stesse (es. Cardiodefibrillatori con attacchi diversi degli elettrodi) - **LIVELLO B**

RACCOMANDAZIONE 10 : Anzianità dei MS

Si raccomanda che vengano definiti criteri, almeno regionali, che permettano l'utilizzo delle ambulanze limitatamente agli anni di immatricolazione degli stessi o ai Km percorsi e che non siano in contrasto con quanto previsto dal Comunicato n° 87 della PCM relativo al DPR del 27/3/1992 (GU del 30 maggio n 126) - **LIVELLO A**



Allegato 9

Attrezzature Tecniche, Presidi Sanitari e Farmaci Minimi dei Mezzi di Soccorso e degli Equipaggi del SET-118

Il presente allegato definisce gli Standard minimi della dotazione di attrezzature, presidi sanitari e farmaci che devono essere a bordo dei mezzi di soccorso e che sono ad uso del personale che interviene sul luogo dell'evento. L'obiettivo è quello di omogeneizzare e di razionalizzare le risorse minime da dedicare al Sistema di Emergenza-Urgenza Territoriale per l'assistenza ai pazienti acuti.

In base all'organizzazione locale, potranno essere definite ulteriori attrezzature, presidi e farmaci da aggiungere a quelle in elenco.

Il documento si compone di 4 sezioni

- 1) **ATTREZZATURE TECNICHE delle AMBULANZE di SOCCORSO**
- 2) **ATTREZZATURE - PRESIDIO SANITARI MINIMI delle AMBULANZE di SOCCORSO**
- 3) **ATTREZZATURE - PRESIDIO SANITARI AVANZATI dei MEZZI di SOCCORSO**
- 4) **FARMACI per il PERSONALE SANITARIO dell'EMERGENZA**



1) ATTREZZATURE TECNICHE delle AMBULANZE di SOCCORSO

DESCRIZIONE	NOTE
n° 3 ATTACCHI COASSIALI 12 V	
BARELLA PRINCIPALE AUTOCARICANTE CON CINGHIE	
BARELLA ATRAUMATICA A CUCCHIAIO	
CASCHI	
ESTINTORI ALMENO 2 KG ALMENO 2 - 1 IN CABINA DI GUIDA e 1 NEL VANO SANITARIO	
FARO DI RICERCA E SEGNALE PORTATILE	
FORBICE TIPO ROBIN	
FRIGO FARMACI	
GUANTI ANTITAGLIO	
RADIO VEICOLARE	
RADIO PORTATILE	
SEDIA PORTANTINA	
TELEFONO CELLULARE	
TELO PORTAFERITI	

2) ATTREZZATURE – PRESIDI SANITARI MINIMI delle AMBULANZE di SOCCORSO

DESCRIZIONE	NOTE
BENDA AUTOADESIVA	
BIANCHERIA MONOUSO	
CONTENITORE RIGIDO TAGLIENTI	
CONTENITORE RIGIDO RIFIUTI SANITARI	
CAMICI MONOUSO - GUANTI NON STERILI - MASCHERE CHIRURGICHE- MASCHERE FP2	
CANNULE DI GUEDEL 3 MISURE	
CEROTTI IN ROTOLO	
COLLARI CERVICALI RIGIDI CON ACCESSO TRACHEALE ALMENO 3 MISURE	
COPERTA ISOTERMICA	
CORSETTO ESTRICATORE	
DAE CON PIASTRE ADULTI e PEDIATRICHE	
DISINFETTANTE MONODOSE PER CUTE LESA	
FLUSSIMETRI	
GARZE STERILI	
GHIACCIO SINTETICO	
GUANTI MONOUSO	
IMMOBILIZZATORI PER ARTI	
LACCIO EMOSTATICO ARTO INF. E ARTO SUP.	
KIT PARTO	
KIT USTIONE	
MASCHERE O ₂ CON RESERVOIR	
MATERIALE PER MAXIEMERGENZA. Minimo CARTELLINI DI TRIAGE - PENNARELLI INDELEBILI -	
MODULI: GESTIONE EFFETTI PERSONALI - RIFIUTO TRATTAMENTO - RIFIUTO RICOVERO- CONSENSO INFORMATO (se non presenti nella scheda intervento)	



2) ATTREZZATURE – PRESIDI SANITARI MINIMI delle AMBULANZE di SOCCORSO

DESCRIZIONE	NOTE
OSSIGENO: IMPIANTO FISSO	
OSSIGENO: SET PER SOMMINISTRAZIONE O ₂ - MASCHERE E TUBO - MONOUSO	
PALLONE AUTOESPANSIBILE CON MASCHERE FACCIALI	
SACCA di SOLUZIONE FISIOLÓGICA PER LAVAGGIO FERITE	
SACCHETTI PER RIFIUTI	
TAVOLA SPINALE CON FISSAGGI RX TRASPARENTE	
TELI STERILI MONOUSO	

3) ATTREZZATURE - PRESIDI SANITARI AVANZATI dei MEZZI di SOCCORSO	
DESCRIZIONE	NOTE
AGHI CANNULA ANTIFORTUNISTICI	
ASPIRATORE PER SECRETI PORTATILE A BATTERIA MONOUSO	
CANNULE DI ASPIRAZIONE	
CATETERE VESCICALE	
CORRUGATO/MOUNT	
CPAP	
DEFLUSSORI	
DIAL FLOW/GOGGIOLATORI	
FONENDOSCOPIO ADULTI e PEDIATRICO	
GUANTI STERILI	
KIT INTUBAZIONE	
MASCHERE AEREOSOL	
SFIGOMANOMETRO	
MONITOR MULTIPARAMETRICO PORTATILE A BATTERIA CON REGISTRAZIONE SU CARTA: ECG - <u>END TIDAL CO₂</u> - DEFIBRILLATORE - PACING - NIBP CON PLACCHE ADULTI E BAMBINI - SATURIMETRO	
NASTRO DI BROSELOW	
NEBULIZZATORE PER AEREOSOL	
OSSIGENO: BOMBOLE PORTATILI	
PRESIDI SOVRAGLOTTICI	
RISCALDATORE FLUIDI	
RUBINETTI 3 VIE	
SACCHETTI STERILI RACCOLTA SECRETI	
SET CRICOTIROTOMIA	
SET GLICEMIA	



3) ATTREZZATURE - PRESIDI SANITARI AVANZATI dei MEZZI di SOCCORSO

DESCRIZIONE	NOTE
SET INTRAOSSEA	
SIRINGHE VARIE MISURE	
SONDINO NASO-GASTRICO	
SPREMISACCHE	



4) FARMACI per il PERSONALE SANITARIO dell'EMERGENZA	
DESCRIZIONE	NOTE
AC. ACETILSALICILICO MASTICABILE E IN FIALE	
AC. TRANEXAMICO	
ADENOSINA	
ADRENALINA	
AMIODARONE	
ANTAGONISTI DELLE BENZODIAZEPINE	
ANTAGONISTI DEGLI OPIACEI	
ATROPINA	
BENZODIAZEPINE IN FIALE	
CORSTISONICO fl.	
CRISTALLOIDI	
FUROSEMIDE	
GLUCOSATA 33%	
ISOSORBIDE DINITRATO subl.	
LIDOCAINA fl.	
KETAMINA	
MORFINA	
NEUROLETTICI	
NITROGLICERINA spray e fiale	
SALBUTAMOLO SPRAY	
SOLFATO DI MAGNESIO	
SUCCINILCOLINA	
TROMBOLITICI	

Allegato 10**ATTIVITÀ DI ELISOCCORSO****Premessa**

L'attività di soccorso aereo svolta con aeromobili ad ala rotante (HEMS) ha avuto un decisivo incremento a partire dalla metà degli anni novanta parallelamente al progressivo incremento del numero e delle attività dei Servizi di Emergenza Territoriale 118 (SET118) fino al completamento in tutte le regioni della rete dei Sistemi 118. Nell'anno 2011, rispetto all'anno 2009, sul territorio nazionale si è registrato in 32 delle maggiori basi di elisoccorso un incremento di ore di volo pari al 20,23%.

Il servizio di elisoccorso, pur essendo parte integrante della rete delle postazioni territoriali di soccorso di un SET118, presenta caratteristiche specifiche rispetto alla rete terrestre dei mezzi di soccorso. A fronte di maggiori limitazioni rispetto all'operatività dei mezzi terrestri in relazione ai periodi notturni di attività ed a particolari condizioni meteorologiche avverse da una parte, l'intervento svolto con elicottero offre, dall'altra, una grande rapidità di intervento e la possibilità di impiego di equipaggi con competenze specialistiche avanzate. Lo sviluppo di un servizio di elisoccorso non può pertanto prescindere da una contemporanea completa copertura del territorio da parte della rete delle postazioni di soccorso terrestri.

L'integrazione dell'attività dei mezzi aerei con quelli su gomma contribuisce potentemente al raggiungimento degli obiettivi di un SET118 e, in particolare, alla riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti. L'attività HEMS, all'interno del SET118, ha come obiettivi:

- l'assistenza in emergenza urgenza di pazienti con condizioni vitali a rischio,*
- il rapido trasporto di pazienti presso gli ospedali di riferimento,*
- l'intervento di equipaggi sanitari in ambiente ostile ed in situazioni operative complesse.*

L'attività HEMS riconosce anche, in maniera peculiare e nel confronto con l'attività di altri servizi sanitari, un fattore di grande complessità rappresentato dall'integrazione delle diverse componenti che vi operano e dall'interazione con le altre componenti sanitarie e con quelle tecniche del soccorso in situazioni di elevato impegno professionale, tecnico-logistico ed ambientale.

Per le basi che svolgono attività SAR, per le quali è richiesto il concorso di personale tecnico di elisoccorso, è richiesta una ancor più marcata integrazione tra le componenti sanitarie e tecniche e lo sviluppo comune di specifici protocolli operativi e programmi formativi che consentano l'apprendimento delle tecniche di intervento specifiche.

Attività del Servizio di elisoccorso

Ai sensi della normativa aeronautica (*note in corsivo*) si assumono le seguenti definizioni:

1. Attività in ambito HEMS:

L'elemento caratterizzante della missione HEMS è l'emergenza sanitaria, intesa come situazione nella quale le doti di velocità e flessibilità di impiego dell'elicottero rappresentano un fattore determinante per la risoluzione dell'emergenza.

La classificazione di volo HEMS è applicabile a tutte le tipologie di emergenza del tipo sanitario. E' prassi consolidata, nei contratti di settore, ricondurre all'attività HEMS le seguenti tipologie di interventi, fornite a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- trasferimento dell'equipe medica sul luogo dell'incidente;
- trasferimento di pazienti dal luogo in cui si è verificato l'evento al presidio ospedaliero più idoneo;
- trasferimento di pazienti critici già ospedalizzati da ospedale ad ospedale;
- soccorso e trasporto in occasione di emergenze di massa;
- trasporto urgente d'equipe e materiale ai fini di prelievo o trapianto di organi o tessuti;
- trasporto urgente di sangue, plasma e loro derivati, antidoti e farmaci rari.

Il Regolamento HEMS ammette come operazioni speciali e quindi oggetto di specifica approvazione dell'ENAC, operazioni al verricello di soccorso, lo sbarco e l'imbarco dal volo stazionario in effetto suolo di membri dell'equipaggio o dell'infortunato.

Il Servizio HEMS si traduce, nella maggior parte delle realtà in:

- a. soccorso primario, il trasporto cioè dell'equipaggio sanitario di soccorso avanzato direttamente sul luogo dell'evento con l'obiettivo di assicurare un adeguato e rapido sostegno delle funzioni vitali del paziente,
- b. centralizzazione dei paziente acuti dal territorio, in emergenza urgenza ed all'interno delle reti cliniche, nell'ospedale HUB di riferimento,
- c. trasporto interospedaliero di pazienti critici con tempi di trasporto via terra prolungati e comunque significativamente inferiori rispetto al trasporto via terra.

Tali trasporti vengono effettuati, di norma, in caso di:

- centralizzazione secondo linee guida regionali o, comunque, in caso di accesso ad un livello superiore di cure,
- back transport dall'ospedale Hub agli Spoke in concomitanza di saturazione dei posti letto presso le Terapie Intensive del centro HUB laddove previsto da protocolli locali di contesto.

Tali tipologie di trasporto assumono una priorità più bassa rispetto alle altre attività di cui ai punti precedenti.

- d. soccorso e trasporto interospedaliero antenatale e neonatale secondo protocolli locali di contesto,
- e. trasporto di personale sanitario con competenze specialistiche, materiali, farmaci, antidoti ed attrezzature non disponibili presso l'ospedale richiedente e necessarie per la stabilizzazione in emergenza delle condizioni cliniche del paziente critico,
- f. attività di trasporto di pazienti convocati per imminente trapianto di organi salvavita (cuore, polmoni, fegato) laddove il trasporto a mezzo elisoccorso costituisca la modalità più appropriata sulla base delle condizioni cliniche e/o della tempistica,
- g. ricognizione, dimensionamento, valutazione, soccorso e trasporto in occasione di emergenze di massa.

2. Attività in ambito SAR:

Si intende per missione sanitaria in ambito SAR il soccorso ed il recupero in ambiente ostile/impervio e l'eventuale trasporto del paziente. Viene definito come ambiente ostile/impervio un ambiente che richiede tecniche particolari per la sicurezza e la salvaguardia del paziente, in particolare per l'accesso/recupero dello stesso, e degli equipaggi intervenuti.

Considerazioni legate alle attività di elisoccorso

L'utilizzo di un elicottero di soccorso, rispetto ai mezzi della rete terrestre, offre una maggiore velocità di intervento specie in ambienti impervi e può consentire l'impiego di personale sanitario di formazione specialistica in relazione alle competenze ed agli iter formativi richiesti dalle normative regionali di contesto.

L'organizzazione di un servizio di elisoccorso comporta costi elevati in relazione alla gestione dei mezzi, del personale e delle strutture necessarie al suo funzionamento. Tali costi, in relazione alla velocità del mezzo aereo ed all'estensione della copertura territoriale, vanno posti in relazione:

- all'ampliamento dell'assistenza in emergenza urgenza offerto sul territorio soprattutto nelle patologie tempo dipendenti;
- al contributo che l'organizzazione di un servizio di elisoccorso può offrire al ridisegno della rete degli ospedali laddove frammentata in presidi di limitate dimensioni e di offerta sanitaria di bassa intensità;
- alla intensità di cure offerta alla popolazione in relazione alla specializzazione degli equipaggi.

Nell'emergenza sanitaria preospedaliera, specie in riferimento alle patologie ricomprese nel First Hour Quintet (trauma, dolore toracico, IMA, ictus, insufficienza respiratoria), il supporto avanzato delle funzioni vitali, in particolare il precoce ed efficace controllo delle vie aeree, unitamente al rapido trasporto dell'assistito nell'ospedale più idoneo, possono offrire un contributo decisivo alla prevenzione delle

morti evitabili e degli esiti invalidanti con un consistente risparmio di risorse nel tempo. Il costo per anno di vita salvato ammonta infatti a \$ 2.500 - 17.500 per un intervento effettuato dalla rete di postazioni territoriali via terra (in relazione alla densità di mezzi previsti, al numero di unità di personale ed ai livelli formativi previsti per lo stesso), a \$ 8.800 per missioni svolte da un servizio di elisoccorso, a \$ 820 se dipendente da un appropriato controllo delle vie aeree (qualsiasi tipologia di servizio aereo o terrestre) a fronte ad esempio di costi, sempre per anno di vita salvato, di \$ 8.000, \$ 18.000, \$ 33.000, \$ 40.000, \$ 48.000 se legato rispettivamente alla profilassi dell'ictus con warfarin nella fibrillazione atriale, al ricovero in terapia intensiva per neonati di peso corporeo compreso tra gr. 500 e 999, alla trombolisi in corso di STEMI, a dialisi, a trapianto di fegato (da Nesdoly, "Agusta Save the data", Roma 14, 15 September 2012).

Il rischio di incidente derivante dall'attività aerea è relativamente basso; sono stimati 4 - 5,4 incidenti ogni 100.000 missioni di soccorso con elicottero rispetto ai 10 - 55 incidenti per l'attività terrestre (Stefan Becker: "Medical & Economical Perspectives for HEMS in Europe" e "Dennis Pratte: US FAA, Public HEMS Meeting, 29 October 2008"). Nell'ambito dell'attività aerea, l'attività HEMS è più sicura rispetto a quella legata ai voli privati, all'attività di formazione ed istruzione degli equipaggi di condotta ed al lavoro aereo (7,6% rispetto a 18,5%, 17,6%, 10,3%; dati International Helicopter Safety Team - IHST da Sheffield, "Agusta Save the data", Roma 14, 15 September 2012). Va tuttavia evidenziato come le conseguenze di un incidente aeronautico possano essere drammatiche e che l'incremento del numero di basi e dimissioni può comportare un aumento della frequenza di accadimento degli incidenti. È pertanto indispensabile identificare precise azioni per l'identificazione e la minimizzazione dei rischi sviluppando un approccio globale al tema della sicurezza.

L'autorità aeronautica (Joint Aviation Authorities - JAA) tiene in grande considerazione queste problematiche avendo emanato al proposito la ACJ to Appendix 1 to JAR-OPS 3.005-d che introduce i concetti di "rischio accettabile" e di "taxonomy" del rischio effettuando una analisi dettagliata della valutazione e della comparazione dei rischi nelle attività HEMS, eliambulanza (HAA) e SAR, così come in uso in alcune organizzazioni industriali. In sintesi il documento si prefigge l'obiettivo di permettere la più grande varietà di operazioni con il minimo rischio considerando chi/cosa è sottoposto a rischio e chi/cosa deve essere protetto dal rischio.

Il documento prevede per l'attività HEMS l'adozione di livelli di sicurezza e di protezione in misura massima per le "terze parti" intese come strutture e rappresentanti della società civile (abitazioni, scuole, luoghi comunque ad elevata densità abitativa, astanti sul luogo dell'incidente ...) e, a scalare, per equipaggi sanitari, soggetti soccorsi, membri di equipaggio.

La classificazione di rischio legata all'HEMS prevede:

- Zero Rischio, nessun rischio di incidenti con conseguenze dannose. È il livello previsto per la base operativa HEMS dove è possibile operare soltanto in prestazioni di classe 1 (l'avaria di un motore permette la prosecuzione del volo).

- Rischio ad un livello di sicurezza accettabile (una probabilità di incidente su 20.000). E' il livello previsto ad esempio per una elisuperficie in terrazza in un ospedale posizionato in ambiente ostile in area urbana.
- Rischio Comparativo. La valutazione va fatta confrontando il rischio della missione aerea HEMS con quello legato alla missione condotta via terra. Nel caso di un paziente con lesioni spinali, ad esempio, il rischio legato al trasporto HEMS va comparato con quello in ambulanza in relazione alle sollecitazioni legate alle asperità della strada.
- Rischio ragionevolmente basso. Va considerato in quelle missioni dove misure addizionali di sicurezza non sono economicamente e ragionevolmente praticabili. E' il caso delle operazioni sul territorio, direttamente sul luogo dell'evento (sito HEMS).

Per la riduzione dei fattori di rischio la normativa aeronautica prescrive misure rivolte e al personale tecnico e a quello sanitario ed in particolare:

- La determinazione dei livelli di esperienza necessari ed un addestramento dedicato per gli equipaggi di volo e di missione;
- Un equipaggio di condotta composto da un pilota e da un copilota o da un membro di equipaggio HEMS;
- L'adozione dei principi del CRM (Crew Resources Management) da parte di tutto l'equipaggio, comprensivo dell'equipaggio sanitario.

Il volo di eliambulanza (HHA), normalmente associato al trasporto interospedaliero non in condizioni di emergenza, è considerato essere un compito di normale trasporto aereo dove il rischio assunto non può essere più alto di quello a cui si è normalmente sottoposti durante operazioni pienamente rispondenti alla normativa che regola le operazioni di trasporto pubblico passeggeri (TPP) (norme JAR-OPS 3 escluse le operazioni speciali).

In pratica anche per il trasporto aereo si è necessario introdurre una analisi del rischio in maniera analoga a quanto normalmente previsto per il trasporto via terra nel quale, ad esempio, a fronte del rischio di una potenziale morte del paziente (codice rosso) si assume il rischio di una marcia con codici e sirene con la possibilità di un mancato rispetto di alcune norme stradali, possibilità non prevista invece per livelli inferiori di gravità. Anche nel trasporto aereo in definitiva il rischio deve essere proporzionale al compito. È compito professionale del medico di elisoccorso e dell'operatore di centrale decidere l'indicazione al trasporto aereo rispetto a quello via terra e l'assegnazione della missione al servizio HEMS. Sulla base di tali decisioni il comandante formula un parere finale sulla possibilità di conduzione del volo.

Le operazioni SAR, rispetto ai voli HEMS, sono condotte con specifici standard normativi che consentono l'assunzione di un livello di rischio accettabilmente maggiore. Gli equipaggi sono formati secondo standard appropriati e mantenuti ad un elevato stato di addestramento. L'attività SAR non è quindi un aspetto particolare nell'ambito HEMS ma rappresenta un'attività peculiare, caratterizzata da un elevato livello di difficoltà operativa e di rischio, oltre che di competenze specifiche. Nelle basi che

svolgono attività SAR è necessario adottare specifici protocolli operativi sanitari, che possono di necessità prevedere un trattamento clinico del paziente diverso per modalità e tempistica da quello previsto dalle linee guida internazionali per il servizio HEMS. Le esigenze operative possono comportare, sia in un'ottica di riduzione del rischio che in funzione della tipologia di elicottero impiegato e dell'evento incidentale, la necessità di modificare la composizione dell'equipaggio sanitario, facendo operare sul posto e/o a bordo solo il personale medico senza la presenza di quello infermieristico. L'ambiente ostile può comportare l'impossibilità di operare sul paziente nel luogo in cui si trova, per cui può rendersi necessaria una rapida evacuazione dell'infortunato dal luogo dell'evento, rimandando la stabilizzazione in una diversa area individuata come "campo base". Queste necessità possono comportare l'erogazione al paziente di un'assistenza, almeno nella fase iniziale, di standard inferiore rispetto a quello dell'attività HEMS; ciò tuttavia trova giustificazione nella particolare condizione ambientale e nelle conseguenti diverse priorità. L'attività SAR richiede anche uno specifico percorso addestrativo del personale di volo e di quello sanitario che devono possedere, oltre a specifiche e tipiche abilità del servizio HEMS, anche elementi peculiari ed esclusivi del servizio SAR.

In estrema sintesi secondo la normativa aeronautica:

1. I potenziali rischi debbono essere ad un livello proporzionato al compito.
2. Gli operatori ed i medici di centrale al momento dell'attivazione del servizio di elisoccorso, sulla base del contesto ambientale in cui si è previsto lo svolgimento della missione e delle condizioni cliniche del Paziente, valutano il livello di rischio assunto anche in relazione alla possibilità di movimentazione del paziente via terra.
3. Il pilota in comando è l'unico responsabile della decisione finale circa la possibilità di svolgimento della missione.
4. La classificazione di una missione in ambito SAR non deve costituire uno strumento per aggirare le norme ed i vincoli legati alla classificazione HEMS.

Raccomandazioni della SIS 118

Sulla base di quanto in precedenza esposto la SIS 118 esprime le seguenti raccomandazioni:

1. Il Servizio di elisoccorso è parte integrante della rete delle postazioni territoriali di soccorso del SET118.
2. Il Servizio di elisoccorso opera in maniera parallela e sinergica con la rete terrestre dei mezzi di soccorso a garanzia di una completa copertura del territorio.
3. In ogni Regione è sviluppato in maniera condivisa tra le Centrali Operative 118 un regolamento per lo svolgimento delle attività HEMS/HHA/SAR ivi compresi i modelli organizzativi delle stesse.
4. Nelle Regioni dove operano più Centrali Operative 118 e/o più basi di elisoccorso è realizzato un coordinamento tra le stesse con l'obiettivo di garantire un impiego uniforme e coordinato degli aeromobili ed in particolare la definizione di:



- obiettivi del Servizio
 - criteri di attivazione dei mezzi unici e condivisi
 - orari di attività complementari tra diverse basi , a copertura del più ampio arco temporale possibile
 - criteri, indicazioni e durata di eventuale svolgimento delle attività di ricerca consentite previste
 - modulistica comune
 - livelli di responsabilità del personale ai diversi livelli di gestione del Servizio
 - raccolta dati in un unico data-base regionale
 - protocolli di intervento comuni condivisi e concordati con le Regioni confinanti
5. E' raccomandata la condivisione dei principi informativi di cui al precedente elenco tra il maggior numero di Regioni possibile, specie se confinanti
 6. I Servizi di elisoccorso devono garantire una copertura omogenea su tutto il territorio nazionale.
 7. Sono individuati all'interno del SSR il numero di unità, le qualifiche, i requisiti di accesso e le competenze attese del personale sanitario del servizio.
 8. Sono individuati programmi e modalità di formazione ed aggiornamento periodico per il personale sanitario (e tecnico laddove presente) di bordo e per il personale dei mezzi terrestri che operano congiuntamente all'elisoccorso.
 9. Per il personale che opera in basi con attività SAR l'addestramento deve comprendere la capacità di operare a terra in ambiente ostile.
 10. Nel corso di una missione SAR assume rilevanza assoluta sulla scena dell'evento la messa in sicurezza del personale sanitario da parte del personale tecnico di elisoccorso.
 11. È individuato un programma specifico di sorveglianza sanitaria per il personale sanitario di bordo, che identifichi i requisiti psico-fisici necessari per l'attività e la tipologia e la cadenza dei controlli sanitari periodici.
 12. Il personale che svolge attività all'interno di un Servizio di elisoccorso deve essere impiegato con continuità nel servizio; il pool di medici ed infermieri deve essere numericamente congruo al fine di consentire un adeguato mantenimento della capacità operativa degli stessi.
 13. Il personale è dotato di abbigliamento idoneo alla specifica attività svolta e di tutti i Dispositivi di Protezione Individuale previsti dalla normativa vigente. La dotazione dei dispositivi deve essere individuale.
 14. In considerazione dell'impegno professionale e dei peculiarità dei rischi derivanti dall'attività di volo deve essere riconosciuta, anche contrattualmente, la specificità del personale che opera all'interno di un servizio di elisoccorso.
 15. Sono unificate, all'interno del SSR ed a parità di attività svolte, le dotazioni di materiali, farmaci ed attrezzature degli aeromobili non escludendo difformità con i mezzi di soccorso terrestri.



16. Sono individuati all'interno del SSR criteri, indicatori e standard di riferimento del Servizio.
17. È individuata sul territorio una rete diffusa di elisuperfici a garanzia di una maggiore sicurezza degli interventi. Tutte le strutture ospedaliere per acuti sono dotate di elisuperficie/eliporto realizzato in conformità ai regolamenti vigenti in materia.
18. È codificato il regolare svolgimento di incontri tra committente, società aerea di gestione, associazioni ed enti che operano all'interno del servizio in vigenza del contratto.
19. I rischi connessi alle attività e la loro attenuazione sono sviluppati da parte di ognuna delle componenti che operano all'interno del servizio di elisoccorso in un Documento di Valutazione del Rischio (DVR). L'interferenza dell'attività di ogni componente con le altre componenti deve essere considerata all'interno del Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenti (DUVRI) che dovrà confluire in un DVR congiunto.

Il Servizio HEMS opera secondo criteri di efficienza, efficacia, appropriatezza, equità, sicurezza, soddisfazione degli stakeholders nel rispetto dei vincoli economici.