SI RIPORTA QUANTO STABILITO DALLA DIREZIONE SANITARIA DELLA AUSL LE/1 (PROT. N. 3276/P DEL 27.10.2003) CIRCA I RAPPORTI FUNZIONALI TRA S.E.U.S. "118" E SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE.

Oggetto: PROTOCOLLO DI INTERRELAZIONE E COLLABORAZIONE FUNZIONALE TRA CENTRALE OPERATIVA "118" E SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE.

Il primo periodo di funzionamento sperimentale del Servizio di Emergenza-Urgenza 118 ha messo in evidenza la necessità di meglio definire il ruolo di interrelazione e collaborazione funzionale tra la Centrale Operativa 118 ed il Servizio di Continuità Assistenziale.

La esigenza della definizione di un efficace protocollo di interrelazione funzionale tra i diversi servizi territoriali trae fondamento normativo nell'Atto di intesa Stato-Regioni con il quale sono state approvate le linee guida sul Sistema di Emergenza Sanitaria previsto dal D.P.R. 27.03.92 che tra l'altro dispone "*il responsabile della Centrale Operativa promuove, inoltre, la collaborazione con la Guardia Medica territoriale e con le altre figure professionali interessate all'emergenza".* Ed ancora "*le Regioni, al fine di consentire il necessario scambio di informazioni tra Centrale Operativa, sistema territoriale e rete ospedaliera, promuovono un più diretto coinvolgimento dei medici di medicina generale, di guardia medica e dei pediatri di libera scelta nell'organizzazione dell'intervento sanitario in emergenza e urgenza a livello extraospedaliero"*

Anche l'A.C.N. reso esecutivo con D.P.R. 28.07.2000, N. 270, nella definizione dei compiti attribuiti al Medico di Continuità Assistenziale, all'art. 52 dispone "*il medico è tenuto ad effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali, richiesti dall'utente o dalla Centrale Operativa.....in particolari situazioni di necessità, ove le condizioni strutturali lo consentano, il medico può eseguire prestazioni ambulatoriali"*, ed ancora "*il medico di continuità assistenziale che ne ravvisi la necessità deve direttamente allertare il Servizio di Emergenza ed Urgenza Territoriale per l'intervento del caso",* ed inoltre "*il medico in servizio di continuità assistenziale può eseguire, nell'espletamento dell'intervento richiesto, anche le prestazioni aggiuntive di cui al nomenclatore tariffario dell'Allegato D, finalizzate a garantire una più immediata adeguatezza dell'assistenza e un minore ricorso all'intervento specialistico e/o ospedaliero"*

Premesso quanto sopra si definisce di seguito il protocollo operativo cui ciascun Medico di Continuità Assistenziale dovrà attenersi in occasione dello svolgimento del Servizio di Continuità Assistenziale.

RICEZIONE DELLA CHIAMATA DIRETTAMENTE DA PARTE DEL MEDICO DI GUARDIA MEDICA:

- Il Medico di Guardia Medica valuta telefonicamente la gravità dell'evento, e si reca al domicilio dell'utente eventualmente attivando contestualmente (in caso di codici gialli e rossi) la Centrale Operativa "118" che invierà sul posto la Postazione competente per territorio, in relazione alle risorse disponibili. A tali fini si allega elenco esemplificativo delle patologie e/o condizioni cliniche ai fini della qualificazione omogenea delle stesse rispetto alle codifiche dei livelli di criticità.
- Nel caso in cui sia stata già attivata la Centrale Operativa "118"(da parte del medico di Guardia Medica o da parte dell'utente), si deciderà, previo consulto, il trattamento farmacologico da

praticare e l'eventuale ospedalizzazione del paziente. Il medico di Guardia Medica, deve rimanere presso il domicilio del paziente fino a conclusione della procedura partecipando alle operazioni di soccorso.

Si ribadisce che il S.E.U.S. "118" deve essere attivato da parte del medico di Guardia Medica solo in caso di effettiva necessità per evitare scoperture di settori di competenza delle postazioni Mezzi "118" ed improprio utilizzo del Servizio.

RICEZIONE DELLA CHIAMATA DA PARTE DELLA CENTRALE OPERATIVA "118"

- Quando l'operatore di Centrale intervistando il paziente, rileva una condizione clinica classificabile con codici di bassa criticità, attiva la Guardia Medica competente territorialmente, eventualmente mettendo in conferenza il medico di Guardia Medica con l'utente o invitando l'utente a rivolgersi alla Guardia Medica territorialmente competente, fornendo il numero telefonico della stessa. L'operatore di Centrale fornirà al Medico di Guardia Medica l'indirizzo, numero telefonico, eventuali riferimenti topografici e tutte le notizie emerse dall'intervista dell'utente.
- Il medico di Guardia Medica intervenuto valuterà il paziente e se le condizioni cliniche del paziente non permettono un trattamento domiciliare dello stesso, attiverà la Centrale Operativa "118" per l'invio della Postazione "118" competente per territorio. Il medico di Guardia Medica attenderà l'arrivo della Postazione Mezzi "118" e parteciperà alle necessarie operazioni di soccorso e di consulto.

Si raccomanda la scrupolosa osservanza dei criteri operativi definiti con il presente protocollo, al fine di garantire la massima funzionalità del Servizio ed il più coerente impiego delle risorse del Sistema di Emergenza Urgenza 118.

Lecce, 27.10.2003

F.to Il Direttore Sanitario AUSL LE/1
DR. ALESSANDRO CALASSO

ALLEGATO N°4

ALLEGATO N° 3

(Valutazione codice d'invio)

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

MEZZI DI SOCCORSO:

All'equipaggio vengono fornite dall'operatore del "118" tutte le possibili informazioni sull'intervento e tutto ciò che sia utile per la localizzazione dell'evento.

Il soccorritore deve avvicinarsi al luogo dell'evento rispettando il **CODICE D'INVIO che gli viene comunicato dall'operatore quando gli assegna la missione.**

CODICI DI INVIO (o di gravità)

- **CODICE BIANCO (0)**

- Non critico: l'intervento non necessita di tempi brevi
- Può essere necessaria l'attivazione del medico di base o del pediatra o del servizio di Guardia Medica o l'invio delle ambulanze del volontariato (tipo B)

- **CODICE VERDE (1)**

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

ESEMPI:

- Distorsioni/lussazioni di piccole articolazioni
- Fratture non complicate
- Trauma cranico minore

- Lesione dei tessuti molli
- Ustioni non interessanti il volto e limitate come estensione
- Dolore addominale
- Lipotimie
- Infezioni

- **CODICE GIALLO (2)**

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

ESEMPI:

- Politrauma senza segni di shock
- Fratture complicate ovunque
- Lussazione di grosse articolazioni
- Frattura vertebrale
- Emorragie (esterne, ematemesi, melena) senza segni di shock
- Ustioni localizzate al volto o estese
- Patologie internistiche non complicate (insufficienza respiratoria non grave in pz con BPCO, TIA o ictus senza compromissione dello stato di coscienza)
- Aritmie
- Intossicazione senza compromissione dello stato di coscienza
- Algie addominali importanti
- Folgorazione

Rischio evolutivo evento medico:

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

- **CODICE ROSSO (3)**

- Patologia critica
- Invio ambulanza di tipo A, medicalizzata ove possibile

ESEMPI:

compromissione o assenza di parametri vitali:

- Arresto cardio-respiratorio
- Arresto respiratorio
- Assenza di coscienza
- Shock circolatorio
- Malore in acqua

Evento traumatico con meccanismo di lesione o fattori aggravanti:

- Incidente ad alta velocità
- Scontro frontale
- Coinvolgimento di mezzi pesanti
- Auto/moto
- Proiezione dal veicolo
- Pz incastrato
- Estricazione > 20 min.
- Auto senza cintura
- Moto con/senza casco
- Deformazione delle lamiere > 20 cm
- Presenza di deceduti nello stesso veicolo
- Investimento pedone
- Ferita d'arma da fuoco
- Accoltellamento
- Ferite penetranti
- Caduta da altezza > 5 metri
- Trauma + ustioni
- Amputazione

ALLEGATO N° 5
(valutazione codice di rientro)
D.M. San. 15.05.92 – G.U. n° 121 del 25.05.92

Valutazione sanitaria del paziente effettuata dal personale di soccorso sul luogo dell'evento

MEZZI DI SOCCORSO

Il personale che sta effettuando il soccorso deve:

- Comunicare alla C.O. "118" l'arrivo sul posto
- Valutare il paziente e iniziare il primo trattamento sul posto e se necessario effettuare eventuali richieste alla C.O.
- Trasportare ed assistere il pz. comunicando orario e codici di rientro

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

CODICE 0

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

1. NESSUNA PATOLOGIA
2. RIFIUTA L'INTERVENTO
3. SCHERZO

4. NON REPERITO
5. CHIAMATA ANNULLATA

CODICE 1

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

1. FERITO LIEVE
2. ESCORIAZIONI
3. FRATTURA NON SCOMPOSTA
4. TRAUMA CRANICO SENZA PERDITA DI COSCIENZA
5. LIPOTIMIA CON RIPRESA DI COSCIENZA SENZA ALTRI SINTOMI
6. CRISI EPILETTICHE RISOLTE SENZA CONVULSIONI IN ATTO
7. COLICHE (RENALI-EPATICHE-ADDOMINALI)
8. FEBBRE (in paziente anziano)

CODICE 2

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

1. FRATTURE MULTIPLE O ESPOSTE
2. FRATTURA COSTALE SENZA DIFFICOLTA' RESPIRATORIA
3. AMPUTAZIONE DELLE DITA
4. TRAUMA VERTEBRALE SENZA SEGNI NEUROLOGICI
5. INSUFFICIENZA RESPIRATORIA
6. CRISI ANGINOSA
7. ICTUS ISCHEMICO/EMORRAGICO SENZA SEGNI DI COMA
8. FERITE PROFONDE CON INTERESSAMENTO DEI TENDINI E/O DEI MUSCOLI E DEI VASI

CODICE 3

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

1. TRAUMA CRANICO CON PERDITA DI COSCIEZA
2. POLITRAUMA
3. FRATTURE CON DIFFICOLTA' RESPIRATORIA E SEGNI DI SHOCK
4. TRAUMI VERTEBRALI CON SEGNI NEUROLOGICI
5. FERITE PROFONDE CON SHOCK EMORRAGICO
6. AMPUTAZIONI DI ARTI
7. INSUFFICIENZA RESPIRATORIA GRAVE
8. IMA
9. PERDITA DI COSCIENZA – COMA
10. SHOCK ANAFILATTICO – IPOVOLEMICO – SETTICO
11. USTIONI ESTESE
12. ANNEGAMENTO
13. EDEMA POLMONARE ACUTO

CODICE 4

Constatato decesso del paziente o decesso in itinere.