

REGOLAMENTO E PROTOCOLLO OPERATIVO 118 REGIONE PUGLIA

CAPITOLO 1 Premessa-Normativa

Premessa: riportare tutte le leggi e circolari di riferimento

CAPITOLO 2 Struttura del Sistema 118 : Centrale Operativa

2.1. Centrale operativa 118 è una Unità Operativa, Struttura Complessa a carattere provinciale.

2.2 Dotazioni Strumentali

- Sistema di telefonia
- Sistema di radiofrequenza
- Sistema informativo (cartografia, GPS, etc.)
- Sistema di registrazione di tutto il traffico telefonico e radiofrequenza

2.3 Personale

- N° 1 Direttore Medico
- N° 6 Dirigenti Medici di Centrale Operativa
- N° 5 infermieri- operatori di Centrale per singola postazione (15 infermieri complessivi per le C.O. delle province di Foggia, Taranto, Brindisi, Lecce, 25 per la provincia di Bari)
- N° 1 coordinatore degli operatori di centrale
- N° 1 amministrativo
- N° 1 tecnico informatico (con disponibilità H24)

2.4 Criteri Operativi

Tutto il personale dedicato alla centrale può, a discrezione del Direttore della C.O., essere temporaneamente assegnato alle postazioni periferiche.

CAPITOLO 3 Struttura del Sistema 118 : Postazione mezzi 118

Tutti i mezzi 118 dedicati al soccorso primario devono essere qualificati “Tipo A” ex D.M. n°553 del 1987, sono previste automediche, motomediche ed eliambulanze.

3.1 Postazione mezzi 118 allocata presso la Struttura Ospedaliera

3.2 Postazione mezzi 118 territoriale

3.3 Postazione mezzi 118 convenzionata con il Volontariato

3.4 Postazione mezzi 118 occasionale

3.5 Personale 118

- N° 6 autisti-soccorritori 118 (*è indispensabile prevedere il passaggio di qualifica degli attuali autisti ad autisti-soccorritori, in alternativa occorre prevedere n° 6 ausiliari-barellieri*)
- N° 6 infermieri 118
- N° 6 medici 118 (*La medicalizzazione del mezzo viene stabilita nell'ambito della settorializzazione provinciale decisa dal Direttore della C.O.*).

Ogni mezzo di soccorso del Volontariato convenzionato deve avere a bordo almeno:

- N° 1 autista-soccorritore volontario
- N° 1 soccorritore volontario

CAPITOLO 4 Soccorso Primario

Per soccorso primario si intende il primo intervento sul territorio per garantire l'emergenza-urgenza (dal territorio all'ospedale).

4.1 Ricezione della richiesta di soccorso presso la Centrale Operativa 118

Alla Centrale Operativa 118 dovranno confluire tutte le richieste di soccorso sanitario provenienti dalla provincia competente anche attraverso convogliamento automatico delle chiamate. . E' opportuno che la C.O., per eventi in zone confinanti con altre province, comunichi con le rispettive C.O. secondo la seguente procedura: l'operatore del 118 , accertato che la richiesta di soccorso proviene dalla zona di competenza della C.O. confinante (per es. Brindisi) rileva i dati essenziali, comunica al Collega della C.O. competente il n° telefonico

dell'utente e risponde : “attenda le passo l'operatore addetto..” e mette subito in comunicazione l'utente con l'operatore della C.O. confinante che gestirà l'emergenza pervenuta. Ove la C.O. dovesse mancare bisogna avvertire il P.S. competente e concordare il punto di rendez-vous.

Rimangono ancora attivi gli attuali numeri dedicati all'Emergenza –Urgenza nella prima fase di avvio del sistema 118.

L'operatore di Centrale, stabilita innanzitutto la sede geografica di provenienza della richiesta di soccorso, provvede a gestirla direttamente, attivando il mezzo di soccorso con logo 118 territorialmente competente.

4.1.1 Quando l'operatore di Centrale gestisce direttamente la richiesta di soccorso, dopo aver ottenuto l'identificazione, quanto più precisa possibile, della sede dell'evento critico (località, via, numero civico ed ogni altro possibile riferimento topografico), valuta la gravità dell'evento segnalato avvalendosi anche dei protocolli previsti dal “Medical Priority Dispatch System”, e quindi dispone l'intervento di soccorso più idoneo conformemente alle sottoelencate tipologie di risposta:

1. non necessita di intervento sanitario: l'operatore di centrale valuta l'evento avvalendosi dei protocolli operativi e fornisce adeguate informazioni telefoniche al chiamante;

2. coinvolgimento della Guardia Medica: l'operatore di centrale valuta l'evento avvalendosi dei protocolli operativi ed attiva il medico di Guardia Medica territorialmente competente;

3. coinvolgimento del medico convenzionato di base e del medico pediatra convenzionato di base: l'operatore di centrale valuta l'evento avvalendosi dei protocolli operativi e decide il coinvolgimento del medico convenzionato di base e del medico pediatra. Qualora questi siano irreperibili e l'operatore di centrale valuti che il problema sanitario esposto non possa essere ulteriormente procrastinato, consiglierà l'utente di raggiungere con i propri mezzi il Pronto Soccorso territorialmente competente ovvero invierà il mezzo ritenuto più idoneo;

4. invio di taxi-ambulanza per trasporto secondario di paziente non critico: l'operatore di centrale provvede a commutare la richiesta ai centralini di altre strutture di volontariato preposte in funzione della zona in cui è necessario effettuare il servizio e della disponibilità di ambulanze (**Codice Bianco** - ambulanza tipo B con dispositivi di emergenza, sirena e lampeggianti non attivati);

5. soccorso primario e trasporto assistito: l'operatore di centrale provvede ad attivare le ambulanze di soccorso tipo A (**Codice Verde** - con dispositivi di emergenza, sirena e lampeggianti non attivati ovvero **Codice Giallo** - con dispositivi di emergenza, sirena e lampeggianti attivati) dislocate presso i Presidi Ospedalieri o i Punti di primo intervento territoriale, tramite la rete telefonica e/o radiofonica, in funzione della zona in cui è necessario effettuare l'intervento di soccorso e della disponibilità delle ambulanze.

6. soccorso primario e trasporto avanzato: l'operatore di centrale (per **Codice Rosso** -con dispositivi di emergenza, sirena e lampeggianti attivati), provvede ad attivare l'ambulanza 118 più vicina e se non medicalizzata, invia in supporto un mezzo medicalizzato. Il medico a bordo interviene in conferenza con la C.O. e il soccorritore dell'ambulanza non medicalizzata per stabilire un eventuale rendez-vous. La decisione sulla scelta del P.S. dell'ospedale in cui ricoverare la persona soccorsa, secondo la tipologia di risposta di cui ai punti 4, 5 e 6, compete al medico del mezzo di soccorso, se presente, eventualmente coadiuvato dall'Operatore di Centrale e/o dal Medico di Centrale.

4.2 Ricezione della richiesta di soccorso presso il Pronto Soccorso territorialmente competente o presso il Punto di Primo Intervento (P.P.I.)

Nelle more del coinvolgimento automatico di tutte le chiamate di soccorso al 118, quando la richiesta di soccorso perviene direttamente alla postazione territorialmente competente, senza coinvolgimento iniziale della C.O. compete al personale della Postazione cui giunge la richiesta di soccorso eseguire operazioni analoghe a quelle svolte dall'Operatore di centrale, come dettagliato al punto 4.1. E' fatto peraltro obbligo al suddetto personale della Postazione di dare

immediata comunicazione alla C.O. 118 della richiesta di soccorso pervenuta e della risposta adottata al fine di garantire l'attività di coordinamento dei mezzi di soccorso specifica della C.O. La decisione sulla scelta del P.S. dell'ospedale in cui ricoverare la persona soccorsa, secondo la tipologia di risposta di cui ai punti 4, 5 e 6, compete al medico del mezzo di soccorso, se presente, eventualmente coadiuvato dall'Operatore di Centrale e/o dal Medico di Centrale.

4.3 Coinvolgimento dei Vigili del Fuoco.

Quando l'operatore di centrale ovvero il personale della Postazione territorialmente competente vengono a conoscenza, nel corso della conversazione con l'utente, di situazioni che richiedano l'intervento dei VVFF, è necessario che provvedano a dare immediata segnalazione dell'evento alla centrale operativa dei Vigili del Fuoco (115). Nel caso in cui sia il personale in servizio sul mezzo di soccorso inviato sul luogo dell'evento critico a ravvisare l'opportunità di intervento dei VVFF, è necessario che ne sia data segnalazione tramite rete telefonica e/o radiofonica alla centrale operativa 118 Brindisi che a sua volta avviserà la centrale operativa dei Vigili del Fuoco.

4.4 Coinvolgimento delle Forze dell'Ordine.

Quando l'operatore di centrale ovvero il personale del Pronto Soccorso territorialmente competente vengono a conoscenza, nel corso della conversazione con l'utente, di situazioni che richiedano l'intervento delle Forze dell'Ordine, è necessario che provvedano a dare immediata segnalazione dell'evento alla centrale operativa della Polizia di Stato (113) ovvero dei Carabinieri (112). Nel caso in cui sia il personale in servizio sul mezzo di soccorso inviato sul luogo dell'evento critico a ravvisare l'opportunità di intervento delle Forze dell'Ordine, è necessario che ne sia data segnalazione tramite rete telefonica e/o radiofonica alla centrale

operativa 118 che a sua volta avviserà la centrale operativa della Polizia di Stato (113) ovvero dei Carabinieri (112).

Analogo coinvolgimento si rende necessario nei casi di competenza della Guardia di Finanza (117) e Guardia Costiera (1530).

4.5 Coinvolgimento del sistema 118 da parte dei Vigili del Fuoco e delle Forze dell'Ordine.

Quando le centrali operative dei Vigili del Fuoco e/o delle Forze dell'Ordine ravvisano la necessità di un intervento di soccorso di natura sanitaria devono avvisare la centrale operativa 118 commutando, quando possibile, la telefonata dell'utente, cosicché quest'ultima possa essere in grado di adottare i provvedimenti più idonei al caso. Ove non sia possibile commutare la telefonata del richidente l'intervento, l'operatore della centrale operativa dei Vigili del Fuoco e/o delle Forze dell'Ordine collabora con quello della centrale operativa 118 al fine di acquisire tutte le informazioni necessarie alla corretta definizione del livello di criticità dell'evento sulle quali modulare la complessità dell'intervento sanitario da attuarsi.

In particolare sono di indispensabile utilità le seguenti informazioni:

- Numero delle persone che necessitano di assistenza sanitaria;
- Età approssimativa;
- Livello di coscienza;
- Condizioni respiratorie;
- Presenza di dolore toracico;
- Presenza e sedi di emorragie.

CAPITOLO 5 Trasporto Secondario

Nell'attuale fase sperimentale del 118-Puglia, il Trasporto Secondario (da ospedale ad ospedale) è di competenza della Direzione Sanitaria del P.O. a cui è comunque pervenuto il paziente o risulta già degente nelle UU.OO:

Tale trasporto secondario viene garantito da ambulanze del P.O. (senza logo 118) con personale ospedaliero a bordo.

CAPITOLO 6 Formazione Permanente del Personale.

Al fine di garantire l'efficienza/efficacia degli interventi sanitari sul territorio, **tutto il personale dei mezzi di soccorso con logo 118 ha l'obbligo della formazione permanente almeno in rianimazione cardio-polmonare di base, defibrillazione precoce e traumatologia.** I corsi di formazione (BLSD, PTC) saranno programmati dal Direttore della Centrale Operativa 118 .

CAPITOLO 7 Maxi-Emergenze

Conformemente a quanto previsto dall'Atto di intesa tra Stato e Regioni sul sistema di emergenza sanitaria (G.U. n. 114 del 17/5/1996), la centrale operativa 118 coordina l'attività di soccorso per quanto di competenza del SSN.

CAPITOLO 8 Problematiche Medico-legali

8.1 Decesso

8.2 Premessa

Frequentemente, nel corso dell'intervento di urgenza o emergenza è data l'occasione di confrontarsi con un soggetto deceduto o giunto a morte nonostante l'assistenza sanitaria tempestivamente fornita. Per chiarezza espositiva è opportuno separare questi due momenti, che vengono di seguito separatamente discussi.

8.3 Rinvenimento di cadavere sul luogo dell'intervento

Nel caso di rinvenimento di un corpo inanimato sul luogo dell'intervento, è prioritariamente necessario accertare se questo sia soggetto vivo o morto. Formulare questa diagnosi differenziale spetta unicamente ad un laureato in medicina e chirurgia in possesso di abilitazione all'esercizio professionale.

In via generale, ed in assenza del medico, si deve sempre presumere che il corpo umano inanimato sia ancora vivo con conseguente obbligo al soccorso. Pertanto devono essere immediatamente avviate le manovre di R.C.P. (rianimazione cardio-polmonare), continuate sino all'arrivo del Medico.

Nei casi in cui la realtà della morte è palese (decapitazione, maciullamento, fenomeni post-mortali trasformativi inequivocabilmente presenti) o quando si è accertata anche strumentalmente la simultanea cessazione della respirazione e della circolazione per un intervallo di tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, è lecito, da parte del medico, astenersi o sospendere le manovre rianimative. Tale facoltà può essere estesa anche al personale infermieristico del 118 purchè espressamente autorizzato dal medico della centrale operativa.

Al personale sanitario del sistema 118 intervenuto sul posto spetta il compito di comunicare la presenza del cadavere alla centrale operativa, affinché questa ne dia notizia alla centrale operativa della Polizia di Stato (113) o dei Carabinieri (112). Il medico intervenuto sul posto è tenuto a rilasciare il **Certificato di constatazione di morte**, nel quale, a rigore, non necessariamente si deve precisare la causa di morte e l'epoca della stessa. Per svariate necessità, per altro, è preferibile completare questa certificazione formulando, sulla base dei dati clinico-obiettivi in possesso in quel momento l'ipotesi più plausibile sulla causa e sull'epoca del decesso. Non è compito del medico del sistema 118 la compilazione della denuncia della causa di morte e del certificato necroscopico.

Salvo casi di assoluta eccezionalità e previa esplicita autorizzazione del magistrato di turno, l'ambulanza non può trasportare il corpo di un soggetto dichiarato morto.

Nei casi di morte violenta , o ritenuta tale, la C.O. 118 deve allertare il Medico Legale reperibile.

8.4 Decesso durante il soccorso o il trasporto prestato con ambulanza medicalizzata.

Nella prima ipotesi le linee guida riportate al punto 5.1.20 non necessitano di diversi indirizzi. Nel caso in cui la morte del paziente avvenga durante il trasporto, il medico operante sul mezzo di soccorso deve darne immediata comunicazione alla centrale operativa ed il mezzo di soccorso deve raggiungere regolarmente la destinazione prevista. Il medico a bordo redige il certificato di constatazione di morte che consegna al collega del Pronto Soccorso assieme alla copia del verbale di intervento.

8.5 Indirizzi operativi

8.5.1 Intervento su un soggetto inanimato con mezzo di soccorso medicalizzato.

In simili situazioni il medico del sistema 118 deve:

1. constatare clinicamente il decesso;
2. identificare, se possibile, il cadavere;
3. informare la centrale operativa 118 perchè sia allertata la centrale operativa della Polizia di Stato (113) o dei Carabinieri (112);
4. vigilare sul cadavere e sulle cose circostanti, nonché evitare, compatibilmente alle condizioni ambientali in cui sta operando, qualsiasi modificazione del luogo del rinvenimento;
5. redigere il certificato di constatazione di morte all'autorità che ne abbia fatta richiesta;
6. **informare la C.O. 118 prima di allontanarsi dal luogo dell'intervento..**

8.5.2 Intervento su un soggetto inanimato con mezzo di soccorso non medicalizzato.

In simili situazioni l'infermiere del sistema 118 deve:

1. iniziare le manovre di rianimazione cardio-polmonare;

2. comunicare l'apparente stato di morte alla centrale operativa 118 ;
3. **attenersi alle istruzioni ricevute direttamente dalla centrale operativa 118 con l'eventuale supporto medico** (o dal medico della Postazione territorialmente competente);
4. se è evidente la realtà della morte (decapitazione, maciullamento, fenomeni post-mortali trasformativi inequivocabilmente presenti), informare la centrale operativa 118 sullo stato del cadavere e quindi attenersi alle istruzioni di cui al punto 8.3.
5. **INFORMARE** (ottenere l'autorizzazione) la centrale operativa 118 (o del medico della Postazione territorialmente competente) prima di allontanarsi dal luogo dell'intervento.

Nel caso in cui sia stato contattato il medico della Postazione territorialmente competente, questi è tenuto a dare comunicazione alla Centrale Operativa.

8.6 Il consenso all'atto medico

Il principio che nessuno può essere sottoposto obbligatoriamente ad un trattamento sanitario, se non per disposizione di legge, è affermato nelle norme costituzionali e nel codice di deontologia medica, ed è contenuto in numerose leggi dello Stato ed è stato più volte ribadito dalla Suprema Corte di Cassazione.

Ne discende che la liceità di qualsiasi atto sanitario presuppone l'acquisizione del consenso dell'avente diritto. Diversamente, se l'intervento sanitario è effettuato in difetto dell'assenso del paziente o nonostante il suo dissenso, si possono configurare comportamenti antigiuridici sanzionabili penalmente (quali violenza privata, lesioni personali, sequestro di persona, procurata incapacità mediante violenza).

Il paziente, purché adeguatamente informato ed in possesso della capacità di agire, è quindi l'unico soggetto a poter decidere interventi sanitari sul proprio corpo.

Un'autorizzazione all'atto sanitario da parte di altri soggetti, diversi dal paziente maggiorenne e non interdetto o inabilitato, non ha alcuna validità giuridica potendo assumere solo mera rilevanza morale.

Nel caso di paziente minorenne il consenso all'atto medico, purché comunque finalizzato alla tutela della salute del figlio, è espresso dai genitori in comune accordo, esercitando, questi, la potestà sul minore. Generalmente, in assenza di una delle due figure genitorili, l'accordo fra i coniugi deve ritenersi presunto.

A questa modalità comportamentale può sostituirsi quella che discende dalla tendenza giurisprudenziale ed anticipare cronologicamente, per quanto attiene le disposizioni del proprio corpo, la capacità di agire.

Infatti, se il minore ha un'età compresa fra i 14 ed i 17 anni è anche possibile ritenere il soggetto capace di offrire un valido consenso. In questo caso spetta all'operatore sanitario accertarsi che, in base al profilo psicologico, alla preparazione culturale ed in relazione all'atto medico da attuare, il paziente abbia raggiunto un adeguato livello di maturità tale da consentirgli di comprendere le informazioni fornite, di considerare le conseguenze, di aderire volontariamente al trattamento in assenza di coercizioni o influenze esterne di qualsiasi tipo.

Nell'ipotesi che l'intervento assistenziale debba essere prestato ad un soggetto infraquattordicenne, e questi non sia accompagnato da almeno uno dei genitori, la prestazione è lecita, con riferimento al dovere costituzionale, proprio dell'operatore sanitario, di operare per la salute del cittadino.

Qualora vi sia una conflittualità fra i genitori o questi esprimano un dissenso che di fatto comporterebbe un danno per la salute del minore, si deve coinvolgere ed acquisire il parere del magistrato di turno presso il tribunale dei minori.

Nel caso di soggetto interdetto o inabilitato, il potere di rappresentanza è affidato al tutore o al curatore.

In condizioni di estrema urgenza o emergenza, nei quali la prestazione sanitaria deve essere erogata senza che vi sia il tempo di ottenere un valido consenso o l'assistito non sia in grado di prestare un consenso valido per infermità psichica anche transitoria, l'operatore sanitario potrà

procedere al soccorso nell'ambito dello stato di necessità o in quello della tutela della salute del cittadino.

8.7 Trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale

La possibilità di ricorrere ad un trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale, ai sensi della legge 833/78, è lecito qualora sussistano simultaneamente le seguenti situazioni:

1. il paziente presenta alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
2. mancata accettazione da parte del paziente del progetto terapeutico proposto;
3. impossibilità di adottare tempestive misure sanitarie extraospedaliere.

Dal punto di vista pratico l'attuazione del TSO presuppone tre passaggi operativi:

1. proposta motivata di TSO da parte di un qualunque medico;
2. convalida della proposta di TSO da parte di un medico dell'USL territorialmente competente;
3. convalida del TSO da parte del sindaco, o di persona da lui delegata, del comune ove viene effettuato l'intervento.

Dare attuazione all'ordinanza del Sindaco spetta alla Polizia Municipale.

Il compito della C.O. 118 è quello di attivare immediatamente le Forze dell'Ordine, successivamente organizzare l'intervento del mezzo di trasporto medicalizzato più idoneo ed avvertire il Pronto Soccorso territorialmente competente dell'arrivo del paziente psichiatrico.

In ogni caso l'ambulanza del 118 deve garantire solo l'aspetto sanitario e quindi per il tempo strettamente limitato a tale scopo, al fine di garantire l'operatività del mezzo per il soccorso primario del territorio competente.

8.8 ONERI DEL TRASPORTO DI EMERGENZA

Conformemente a quanto previsto dall'art. 11 del D.M. 27/03/1992, gli oneri delle prestazioni di trasporto e soccorso sanitario sono a carico del SSN solo se il trasporto è disposto dalla centrale operativa 118 e comporta il ricovero del paziente o l'esecuzione di accertamenti

effettuati presso il Pronto Soccorso. Fanno altresì carico al SSN i trasferimenti tra sedi ospedaliere disposti dagli ospedali.