

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

ORIGINALE

Deliberazione n. 539

del 15 NOV. 2018

OGGETTO: "Regolamento per la gestione delle attività di pronto intervento intraospedaliero"

STRUTTURA PROPONENTE: Ufficio del Rischio Clinico

Data di presentazione della proposta nr 42638 del 13 09 2018

In data 15 NOV. 2018, nei locali della Sede Legale dell'ASP in via Mario Nicoletta Crotone, il Commissario Straordinario, Dr SERGIO ARENA adotta la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

Il Direttore Medico ff del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio, Dr. Lucio Cosentino, su conforme proposta del responsabile del procedimento designato nonché della espressa dichiarazione di aderenza tecnica e scientifica formulata dal dott. Pasquale Mungari, Direttore del DEU

Dovendo dare seguito alla Delibera 465 del 18 10 2013 (Approvazione ed adozione del regolamento per la gestione, coordinamento e formazione del primo soccorso clinico intra ed extraospedaliero) i cui principi e dettami rimangono validi e attuali;

Visto il Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 recante "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza";

Tenuto conto del Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";.

Esaminato il DPCM 12 01 2017;

Attezionato l'Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992;

Visto il Decreto del Ministro della Sanità 15 maggio 1992, recante "Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza";

Visto il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n.517, recante il riordino della disciplina in materia sanitaria;

Visto il Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 di approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006 - 2008, recante i livelli di assistenza da assicurare, in condizioni di uniformità, a tutti i cittadini;

Visto, in particolare, il capitolo 4, paragrafo B, del Piano sanitario nazionale che individua tra le priorità di intervento del Servizio sanitario nazionale l'attivazione e l'organizzazione delle strutture e delle attività di emergenza;

In adempimento delle seguenti raccomandazioni ministeriali N. 7 (Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica); N. 8 (Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari); N. 9 (Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali); N. 11 (Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero); N. 15 (Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso);

In esecuzione del progetto AISLE (Aiuto Immediato e Sicuro con Lettini/carrelli di Emergenza) come illustrato nella nota n. 422 del 19 12 2016;

Ritenuta l'opportunità di definire criteri ed indirizzi uniformi e omogeneizzare le azioni in caso di soccorso intraospedaliero sincronizzando i vari interventi operativi;

visto l'art. 12, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

visto l'art. 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241;

atteso che nel corso del Collegio di Direzione Aziendale del 29 10 2018 il "Regolamento per la gestione delle attività di pronto intervento intraospedaliero" è stato approvato all'unanimità;

PROPONE

Per i motivi appena esposti, di approvare l'allegato "Regolamento per la gestione delle attività di pronto intervento intraospedaliero";

di attivare percorsi operativi, organizzativi e formativi da parte del Dipartimento DEU per un ottimale funzionamento del Regolamento;

di confermare il numero telefonico **6650** per la richiesta di interventi di soccorso intraospedaliero raccomandando al DEU di effettuare miglioramenti dei piani di comunicazione interna ed esterna notificando la Direzione Medica di PO e i Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri ogni variazione;

di delegare il Direttore Medico di Presidio alle attività di controllo;

di incaricare l'Ufficio Formazione di provvedere ai necessari adempimenti onde sviluppare corsi di addestramento/aggiornamento nelle varie aree funzionali rapportandosi con il Direttore del DEU anche per i fabbisogni formativi;

di demandare al Rischio Clinico il compito di aggiornare periodicamente la suddetta procedura dopo l'individuazione e l'analisi di criticità e relativi correttivi;

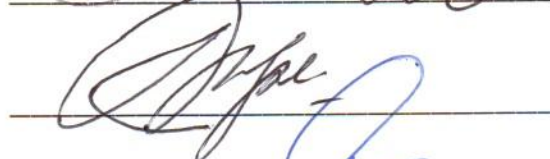
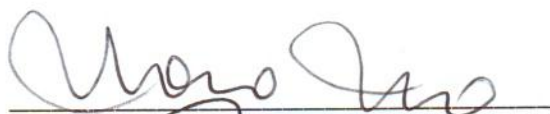
di trasmettere il presente Atto ai Dipartimenti Ospedalieri per la diffusione e l'applicazione;

di trasmettere il presente Atto al Dipartimento Regionale Tutela della Salute e Politiche Sanitarie all'indirizzo mail-pec: dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

Il Responsabile del Procedimento
Dott. Massimo Rizzo

Il Direttore del DEU
Dott. Pasquale Mungari

Il Direttore Medico di PO
Dott. Lucio Cosentino



Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta di deliberazione che precede e che s'intende qui di seguito integralmente riportata e trascritta.

Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

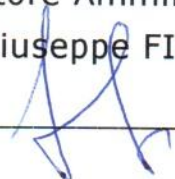
Ritenuto di condividerne il contenuto.

DELIBERA

di approvare la superiore proposta che qui s'intende integralmente riportata e trascritta per come sopra formulata dal Direttore della struttura proponente.

Il Direttore Amministrativo

Dr. Giuseppe FICO



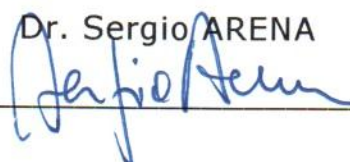
Il Direttore Sanitario

Dr. Agostino TALERICO



IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Sergio ARENA



UFFICIO AFFARI GENERALI
SEGRETERIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge
all'Albo pretorio dell'Azienda in data 15 NOV. 2018 con protocollo
n. 144

Il Responsabile del procedimento


.....
Sig. Francesco Sorvillo

Il Direttore U.O. Ufficio
Affari Generali e Legali
Dr.ssa Anna Giordano



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie



REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE
ATTIVITÀ DI PRONTO INTERVENTO
INTRAOSPEDALIERO



Regione Calabria

REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITÀ DI PRONTO INTERVENTO INTRAOSPEDALIERO

REV	DATA	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
0	13 09 2018	SAR SITA RISCHIO CLINICO	DEU DIREZIONE SANITARIA FARMACIA	Direttore Generale Direttore Sanitario Direttore Amministrativo

Programma operativo, coordinamento e definizione dei ruoli

Lo scopo di questo regolamento è quello di predisporre azioni e procedure oltre che attrezzare l'ospedale per renderlo più sicuro per i pazienti, visitatori ed operatori, nell'evenienza di possibili urgenze-emergenze.

L'emergenza, è una situazione critica che vede compromessa una o più funzioni vitali in maniera acuta e ingravescente e che, se non tempestivamente affrontate, possono avere un esito infausto. La percentuale di successo, in presenza di strumenti dedicati alle situazioni di emergenza e se si interviene prontamente, è inversamente proporzionale al trascorrere del tempo.

Per questo motivo il soccorso intraospedaliero deve considerare almeno tre fondamentali azioni operative:

- 1. procedura per la gestione dei carrelli di emergenza e di primo soccorso**
- 2. protocollo di intervento MET**
- 3. procedure di accesso in rianimazione**

Il carrello emergenze è un mezzo che permette agli operatori sanitari di disporre di tutti gli strumenti idonei per fronteggiare istantaneamente una situazione di criticità, deve perciò essere ubicato secondo i criteri di accessibilità veloce, in posizione centrale rispetto alle unità operative indicandone la posizione con apposita cartellonistica. Esso deve prevedere:

1. equipaggiamento standard per l'assistenza cardiorespiratoria,
2. attrezzatura specifica per la rianimazione,
3. presenza di Dispositivi medici (DM) e farmaci.

Il carrello emergenze, seppur con dotazioni differenziate, deve essere presente in tutte le UUOO e Servizi Sanitari Aziendali.

Per carrello di emergenza (tipo A) si intende un carrello dotato di presidi farmacologici e strumentali completi; per carrello di primo soccorso (tipo B) si intende un carrello dotato di presidi farmacologici e strumentali essenziali.

Ogni postazione di Continuità Assistenziale deve essere dotata di Defibrillatore e di ogni altro presidio idoneo a prestare un primo soccorso in attesa dell'intervento del 118_SUEM.

I Servizi Sanitari Territoriali devono essere dotati di un carrello di primo soccorso, facilmente accessibile e movimentabile, presente nella struttura secondo l'area funzionale.

Tutti gli operatori devono essere in grado di utilizzare il carrello di emergenza.

Il DEU dovrà procedere all'aggiornamento degli operatori anche dopo verifica dei fabbisogni formativi nonché al monitoraggio funzionale e gestionale delle procedure di pronto intervento ospedaliero.

procedura per la gestione dei carrelli di emergenza e di primo soccorso

Il rapido accesso a presidi terapeutici e farmaci in una situazione di emergenza è fondamentale per la vita del paziente.

E', pertanto, necessario pianificare rigorosamente quali presidi e quali farmaci rendere disponibili all'utilizzo per assicurare adeguate e tempestive manovre rianimatorie o di primo soccorso nei vari contesti clinici.

Scopo della procedura è:

- ✚ Definire le modalità di utilizzo, i compiti, le responsabilità per la corretta gestione del carrello di emergenza e di primo soccorso.
- ✚ Rendere disponibili e prontamente utilizzabili presidi e farmaci necessari per affrontare correttamente situazioni di emergenza/urgenza in tutte le UU. OO. e Servizi;
- ✚ Uniformare tutte le UU. OO. e i Servizi con i rispettivi e medesimi presidi per l'emergenza ed il primo soccorso;
- ✚ Ridurre il rischio di ritardi dovuto all'assenza /malfunzionamento/uso scorretto dei presidi dell'emergenza e di primo soccorso;
- ✚ Elaborare una "Check-list" e un "Check-Control" di farmaci e presidi inseriti nel carrello per l'Emergenza e per il Primo Soccorso.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutte le UU.OO. e i Servizi del Presidio Ospedaliero e del Territorio devono essere dotati di carrello per emergenza o di carrello per primo Soccorso.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

FUNZIONE	DIRETTORE U.O./SERVIZIO	MEDICO U.O./SERVIZIO	INFERMIERE U.O./SERVIZIO	OSS. U. O.	COORDINATORE INFERMIERE (O SUO DELEGATO)
Controllo Giornaliero Defibrillatore			Responsabile		Responsabile
Controllo Mensile Scadenza Farmaci			Responsabile		Responsabile
Controllo Mensile Scadenza Presidi			Responsabile		Responsabile
Compilazione Check-List e Check-Control	Coinvolto	Coinvolto			Responsabile
Richiesta farmaci e presidi	Coinvolto	Coinvolto			Responsabile
Pulizia del carrello e delle piastre			Coinvolto	Responsabile	
Riordino materiale e farmaci dopo utilizzo			Responsabile	Coinvolto	

Elaborazione, implementazione e custodia delle procedure operative specifiche	Responsabile				Responsabile
Tenuta libretti di istruzione	Coinvolto	Coinvolto	Coinvolto		Responsabile
Richiesta manutenzione in caso di malfunzionamento	Responsabile	Coinvolto	Coinvolto		Responsabile

MODALITA' OPERATIVE E DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

LOCALIZZAZIONE CARRELLI D'EMERGENZA E CARRELLI DI PRIMO SOCCORSO

- ✚ I carrelli di emergenza e primo soccorso sono ubicati in ogni UU.OO. e Servizio del Presidio Ospedaliero;
- ✚ Il luogo di ubicazione del carrello va evidenziato con apposita segnaletica;
- ✚ Il luogo di ubicazione va riportato sulla planimetria del P.O.;
- ✚ Il Direttore dell'U.O. o del Servizio devono comunicare qualunque variazione relativa alla ubicazione del carrello alla Direzione Medica di Presidio.

STRUTTURA DEL CARRELLO PER L'EMERGENZA

- ❖ Piano superiore a scomparti
- ❖ Vassoio porta defibrillatore
- ❖ 5 cassette sul piano frontale con codice colore
- ❖ Tavola rianimazione cardio-polmonare allocata lateralmente
- ❖ Scomparto laterale per aspiratore elettrico
- ❖ Scomparto laterale per portarifiuti e un vano cavo
- ❖ Vano porta bombola O2 allocato posteriormente
- ❖ Presa corrente allocata posteriormente.

STRUTTURA DEL CARRELLO PER IL PRIMO SOCCORSO

- ✚ Ripiano fisso (piano di lavoro)
- ✚ Ripiano/Vassoio porta monitor-defibrillatore
- ✚ Scomparto per aspiratore elettrico
- ✚ 3 cassette sul piano frontale con codice colore
- ✚ Vano porta bombola O2
- ✚ Scomparto per portarifiuti

PRESIDI COMUNI AI DUE CARRELLI

- ❖ Defibrillatore
- ❖ Aspiratore
- ❖ Apparecchio per saturimetria periferica e rilevazione P.A.
- ❖ Pallone auto espansibile completo di reservoir
- ❖ Bombola O2 con riduttore di pressione e flussometro di erogazione con raccordo standard per O2

PREMESSE OPERATIVE

- ❖ L'allestimento del carrello deve essere specificatamente identico per tutte le UU.OO. e i Servizi del P.O.
- ❖ La verifica della funzionalità e integrità dei presidi e del carrello va eseguita quotidianamente.
- ❖ Il defibrillatore collocato sul carrello deve restare costantemente in carica, ben identificabile e accessibile.
- ❖ I manuali di istruzione e manutenzione dei presidi del carrello sono parte integrante dei presidi stessi e devono essere presenti sul carrello.
- ❖ Il personale deve poter consultare quando occorre le procedure operative specifiche redatte dalla U.O.
- ❖ E' necessario che tutto il personale di tutte le UU.OO. e di tutti i Servizi abbia acquisito formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare.
- ❖ Qualsiasi malfunzionamento/difformità deve essere immediatamente segnalato.

CONTROLLO E OPERATIVITA' DEL CARRELLO PER EMERGENZA E PRIMO SOCCORSO

La responsabilità dei controlli quotidiani del carrello dell'emergenza e di primo soccorso per tutto ciò che inerisce ad essi (farmaci e presidi) è del coordinatore infermieristico.

I controlli devono essere eseguiti utilizzando due strumenti:

- ✚ CHECK-LIST: per i farmaci e il materiale presente sul carrello;
- ✚ CHECK-CONTROL: per la verifica di integrità del carrello e il funzionamento delle apparecchiature.

La Check-Control (griglia di controllo) è fondamentale per la riduzione ed il contenimento di eventi avversi; in caso di situazioni contraddittorie occorre verificare le check-list di tutto il carrello e segnalarne nota nella griglia di controllo.

Il controllo del carrello di Emergenza e di Primo Soccorso va eseguito:

DOPO OGNI UTILIZZO:

Il reintegro del carrello deve avvenire subito dopo ogni utilizzo e quando si evidenzia materiale in prossima scadenza (non tenere materiali all'interno del carrello con una scadenza inferiore a tre (3) mesi).

Il controllo implica:

- ❖ Reintegro del materiale usato
- ❖ Verifica della capacità residua della bombola O₂: sostituirla se la pressione risulta inferiore a 50 ATM.
- ❖ Controllo della funzionalità dell'aspiratore e sostituzione delle parti monouso utilizzate.
- ❖ Controllo defibrillatore:

- a. Se defibrillatore semiautomatico: Pulizia piastre del defibrillatore, reintegro dei materiali usati (pasta/gel, carta, elettrodi, etc.), controllo funzionamento;
- b. Se defibrillatore automatico: reintegro immediato delle piastre adesive, controllo funzionamento.

A fine controllo apporre firma sul modulo di revisione routinaria (CHECK-CONTROL)

TUTTI I GIORNI (LA CHECK-CONTROL)

Il controllo giornaliero del carrello dell'emergenza e di Primo soccorso richiede:

- ❖ verifica delle apparecchiature poste sotto carica elettrica: devono presentare tutte le spie di connessione e di ricarica accese;
- ❖ controllo funzionalità del defibrillatore (seguendo le indicazioni della ditta produttrice contenute nel manuale di istruzione), cioè:
 - esecuzione del test-defibrillatore,
 - stampa del report,
 - apposizione firma (chiara e leggibile sul report stampato),
 - conservazione del report in archivio per 1 anno;
- ❖ controllo corretto funzionamento dell'aspiratore: constatare che, acceso l'aspiratore, si verifichi una effettiva depressione sulla parte terminale del tubo di aspirazione;
- ❖ controllo funzionalità del laringoscopio (si controlla la buona intensità della luce a lame montate);
- ❖ controllo perfetta funzionalità del pulsiossimetro;
- ❖ controllo pressione bombola O₂ e sostituzione della stessa se la pressione è inferiore a 50 A.T.M.;

Il controllo quotidiano deve essere registrato sullo specifico modulo mensile (LA CHECK-CONTROL – ALL. 7), le firme apposte sui moduli devono essere chiare, identificabili e leggibili.

OGNI MESE

Mensilmente il coordinatore deve controllare (avvalendosi delle check-list) tutto il carrello dell'emergenza e di Primo Soccorso, cioè:

- a) Controllo di tutto il materiale presente nel carrello (aghi, guanti, cerotto, cannule, rubinetti a tre vie, prolunghe, tubi endotracheali, laringoscopio, maschere, CVC, etc.);
- b) Controllo dei farmaci (scadenze);
- c) Controllo dei presidi (bombola O₂, defibrillatore, aspiratore, pulsiossimetro, cavi, etc.);
- d) controllo della funzionalità laringoscopio (si controlla la buona intensità della luce) e la presenza di pile di riserva:

- e) controllo di tenuta delle valvole del pallone Ambu in dotazione e, se necessario, procedere alla sostituzione dello stesso;
- f) Non tenere farmaci e/o presidi in prossima scadenza (non tenere materiali all'interno del carrello con una scadenza inferiore a tre mesi).
- g) Apporre la propria firma (chiara, per esteso e leggibile) sugli appositi moduli check-list (All. N°1- 2 - 3 - 4 - 5 - 6) che vanno conservati nell'U.O.
- h) Copia del modulo di controllo mensile, la Check-Control (All. 7), debitamente firmato dal coordinatore e dal Direttore U.O. va consegnato in Direzione Sanitaria, l'originale va conservato nell'archivio dell'U.O.

CONTROLLO ANNUALE

Controllo dello stato di usura dei presidi elettromedicali.

Il coordinatore deve verificare la perfetta esecuzione degli interventi programmati di manutenzione ordinaria delle apparecchiature elettromedicali (compreso il defibrillatore, le verifiche di sicurezza elettrica e le prove funzionali degli apparecchi vitali da parte degli organismi preposti.

Tutti gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria, i verbali delle verifiche e delle prove funzionali vanno conservati nell'archivio dell'U.O.

Periodicamente il personale del S.A.R. procederà ad Audit per supporto e verifica dell'applicazione del documento in oggetto, coadiuvato da personale del R.M. qualora emergano criticità ovvero la necessità di procedure integrative e/o correttive.

FORMAZIONE CONTINUA

Tutti gli operatori sanitari all'interno di ogni UU.OO. e Servizi del P.O. devono ricevere formazione teorica e pratica in ambito di RCP.

Il personale del S.A.R. (medico-anestesista e infermiere di anestesia/urgentista) procederanno ad incontri formativi in materia di approccio sistematico all'emergenza e modalità di "Warning" del gruppo MET attraverso Audit, dimostrazione pratica dell'applicazione dei presidi terapeutici specifici in situazione di emergenza ed elaborazione di protocolli operativi.

Tale attività verrà espletata, dal summenzionato personale S.A.R., nelle UU.OO. e nei Servizi del P.O., e, compatibilmente con le peculiari esigenze, nel blocco operatorio.

MODULISTICA

- Check-List carrello emergenza: Farmaci (All. N° 1)
- Check-List carrello emergenza: Vano Superiore (All. N° 2)
- Check-List carrello emergenza: Vano Posteriore(All. N° 3)
- Check-List carrello emergenza: Cassetti 1-2 (colore arancione) (All. N°4)
- Check-List carrello emergenza: Cassetto 3 (colore blu) (All. N° 5)
- Check-List carrello emergenza: Cassetti 4-5 (colore grigio) (All.N°6)
- Check-Control (griglia controllo) mensile carrello emergenza e primo soccorso(All. N° 7)
- Check-List carrello Primo Soccorso: Cassetto 1 (All. N° 8)
- Check-List carrello Primo Soccorso: Cassetto 2(All. N° 9)
- Check-List carrello Primo Soccorso: Cassetto 3(All. N° 10)
- Check-List carrello Primo Soccorso: Presidi (All. N° 11)



ALL. 1 CARRELLO EMERGENZA: CHECK-LIST FARMACI
(CONTROLLO MENSILE E DOPO UTILIZZO- DA CONSERVARE NELL'U.O.)

U.O. Mese

PRINCIPIO ATTIVO	NOME COMMERCIALE	FORMA	QUANTITÀ	SCADENZA
Adenosina 6mg/2 ml	Krenosyn 6 mg	f. le 2 ml	1 conf.	
Adrenalina 1mg/1 ml	Adrenalina	f. le 1 ml	1 conf. (frigo)	
Aminofillina- 240 mg	Aminofillina 240 mg/10 ml	f. le 10 ml	1 conf.	
Amiodarone Cloridrato-150 mg	Amiodarone Hikma150 mg	f. le 3 ml/150 mg	1 conf.	
Atropina Solfato-0,5mg/ml	Atropina Solfato	f. le 1 ml	1 conf.	
Betametasona Fosfato Disodico -	Betametasona EG 4 mg/2 ml	f. le 2 ml	1 conf.	
Calcio Cloruro-1gr 10 ml	Calcio Cloruro	f. le 10 ml	1 conf.	
Calcio Gluconato 10%	Calcio Gluconato	f. le 10 ml	1 conf.	
Clonidina Cloridrato 150mcg/ml	Clonidina Cloridrato 150mcg/ml	f. le 1 ml	1 conf.	
Clorfenamina Malelato 1ml10 mg	Trimeton 10 mg	f. le 1 ml	1 conf.	
Desametasona Fosfatp Sodico	Soldesam 4mg/2 ml	f. le 2 ml	1 conf.	
Dobutamina Cloridrato 250mg	Dobutamina 12,5 mg/ml	flac. da 20 ml.	1 Flac.	
Dopamina Cloridrato200mg/5 ml	Dopamina Cloridrato Hikma	f. le 5 ml	1 conf.	
Efedrina Cloridrato -25 mg	Efedrina Cloridrato	f. le 1 ml	1 conf.	
Esmololo Cloridrato -100 mg	Esmololo Cloridrato Hikma-	flac. da 10 ml	1 conf.	
Etamido di mais/sodio cloruro 6%	Voluen	1 sacca 500 ml	1 sacca	
Flecainide Acetato 150 mg	Almarytm 15 ml	f. le 15 ml	1 conf.	
Flumazenil – 0,5 mg	Flumazenil Hikma	f.le da 5 ml	1 conf.	
Furosemide – 20 mg	Furosemide Salf 20 mg/2 ml	f.le 2 ml	1 conf.	
Glucosio 33%	Glucosio Bioindustria Lim 33%	f.le da 10 ml	1 conf.	
Glucosio 33%	Glucosio 33% - 500 ml	fl da 500 ml	1 fl.	
Idrocortisone emisuc.sodico 1 gr	Flebocortid 1 gr	Flac.	2 conf.	
Isoprenalina Cloridrato	Isoprenalina Cloridrato 0.2 mg/ml	f.le	1 conf. (frigo)	
Lidocaina cloridrato 20 mg/ml	Lidocaina Cloridrato Bioindustria	f. le 10 ml	1 conf.	
Magnesio Solfato 2 mEq/ml	Magnesio Solfato Bioindustria Lim	f. le 10 ml	1 conf.	
Metilprednisolone 1g/16 ml	Metilprednisolone Hikma	Pol+Solv. 16ml	2 conf.	
Midazolam cloridrato 15 mg/3 ml	Talentum 15 mg- 3 ml	f.le 3 ml	1 conf.	
Naloxone cloridrato -0,4mg/1 ml	Naloxone cloridrato -0,4mg/ml	f. le 1 ml	1 conf.	
Nitroglicerina – 5mg/1,5 ml.	nitroglicerina bioindustria lim 5mg/1,5 ml	f.le 1,5 ml	1 conf.	
Noradrenalina tartrato -2 mg/ml	Noradrenalina tartrato -2 mg/ml	f. le 1 ml	1 conf. (frigo)	
Oligelina -35 g/l	EMAGEL 3,5% 500 ml	1 flac 500 ml	1 flac	
Propofol**	Propofol	f.le da 10ml	1 conf.	
Rocuronio bromuro 100 mg/ml **	Esmeron	f. le 5 ml	1 conf. (frigo)	
Salbutamolo solfato	Ventolin 100 mcg	f.le da 5 ml	1 conf.	
Salbutamolo solfato	Ventolin 100 mcg	spray 100 mcg	1 conf.	
Sodio Bicarbonato	Sodio Bicarbonato 1mEq/ml	f. le 10 ml	1 conf.	
Sugammadex 100mg/ml	Bridion	f. le 2 ml	2 fiale	
Suxametonio cloruro 100 mg/2 ml**	Midarine 100 mg	f. le 2 ml	1 conf. (frigo)	
Verapamil cloridrato 5 mg	Isoptin 5 mg	f. le 2 ml	1 conf.	

Il Coordinatore Infermieristico/Infermiere

Data _____
** FARMACI PER INTUBAZIONE

3 Firma _____

ALL. 2 CARRELLO EMERGENZA: CHECK-LIST VANO SUPERIORE
(CONTROLLO MENSILE E DOPO UTILIZZO - DA CONSERVARE NELL'U.O.)

U.O.....MESE_____

PRESIDI	MISURA	QUANTITA'	SCADENZA
SATURIMETRO		1	
DEA DEFIBRILLATORE		1	
GEL CONDUTTORE		1	
PIASTRE X DEFIBRILLATORE		1	
ELETTRODI PER ECG		12	
DISINFETTANTE		1	
COTONE			
GUANTI STERILI	MIS. 6,5 MIS. 7 MIS 7,5 MIS. 8	1 1 1 1	
GUANTI NON STERILI SINTETICI	MIS. 6,5 MIS. 7 MIS 7,5 MIS. 8	2 Coppie 3 Coppie 3 Coppie 3 Coppie	
RASOIO (VANO CAVO KIT)		4-5	
FORBICI		1	
MATERIALE PER ACCESSO VENOSO PERIFERICO E PRELIEVI EMATICI			
AGHI CANNULA CON PROTEZIONE	16 G 18G 20G 22G	5 5 5 5	
LACCIO EMOSTATICO		1	
PROLUNGHE		3	
RUBINETTO A TRE VIE		3	
DEFLUSSORI		3	
PROVETTE X ESAMI EMATOCHIMICI		EMOCROMO 1 COAGULAZIONE 1 CHIMICA CLINICA 2 GRUPPO 1	
SIRINGHE CON PROTEZIONE	20 ml 10 ml 5 ml 2,5 ml 1 ml	10 10 10 5 3	
SIRINGHE PER EGA		3	
FLEBO VANO CAVO			
SOL. Na CL 0,9%	500 ml 250 ML 100 ML	2 1 3	
RINGER LATTATO	500ML	1	
GLUCOSIO 5%	500ML	1	
VOLUVEN	500 ML	1	
EMAGEL	500 ML	1	
SODIO BICARBONATO 8,4%	500 ML	1	

Il Coordinatore Infermieristico/Infermiere

Firma_____

DATA

ALL. 3

CARRELLO EMERGENZA:CHECK-LIST - VANO POSTERIORE
(CONTROLLO MENSILE E DOPO UTILIZZO - DA CONSERVARE NELL'U.O.)

U.O.....Mese_____

PRESIDI	MISURA	QUANTITA'	SCADENZA
BOMBOLA O2 con manometro		1	
ASPIRATORE		1	
CAVI ELETTRICI		1	
SONDINI PER ASPIRAZIONE	CH 12 CH 14 CH 16	3 3 3	

Il Coordinatore Infermieristico/Infermiere
firma_____

Data_____

ALL. 4

CARRELLO EMERGENZA:CHECK-LIST CASSETTI
(CONTROLLO MENSILE E DOPO UTILIZZO- DA CONSERVARE NELL'U.O.

U.O.....Mese.....

FARMACI - CASSETTO N° 1

NOME COMM. LE	QUANTITA'	SCADENZA
TALENTUM 15 mg/3 ml	1 Confez.	
BETAMETASONE EG 4 mg/2 ml	1 Confez.	
FUROSEMIDE SALF 20 mg/ml	1 Confez.	
AMINOFILLINA 240mg/10 ml	1 Confez.	
ISOPTIN 5mg/2 ml	1 Confez.	
SOLDESAM 4 mg/2 ml	1 Confez.	
EFEDRINA CLORIDRATO 25 mg/1 ml	1 Confez.	
DOPAMINA CLORIDRATO HIKMA 200 mg/5 ml	1 Confez.	
CLONIDINA CLORIDRATO 150mcg/ml	1 Confez.	
VENTOLIN F.LE 100mcg/5 ml	1 Confez.	
VENTOLIN sospensione inalatoria 100mcg	1 FLac.	
METILPREDNISOLONE 1 gr/16 ml	2 Confez.	
ATROPINA SOLFATO 0,5 mg/ml	1 Confez.	
FLEBOCORTID 1 gr	2 Confez.	
NITROGLICERINA 5 mg/l,5ml - fiale	1 Confez.	
BRIDION (SUGAMMADEX)100mg/2 ml	1 Confez.	

FARMACI - CASSETTO N° 2

KRENOSYN 6 mg/2 ml	1 Confez.	
NALOXONE 0,4 mg/ml	1 Confez.	
TRIMETON 10mg	1 Confez.	
ESMOLOLO CLORIDRATO 10mg/ml	1 Confez.	
LIDOCAINA CLORIDRATO 20mg/ml	1 Confez.	
PROPOFOL ** 5mg/ml (fiale)	1 Confez.	
FLUMAZENIL 0,5 mg/5 ml	1 Confez.	
ALMARYTM 150mg/15 ml	1 Confez.	
DOBUTAMINA 250mg/20 ml	1 Confez.	
SODIO BICARBONATO 1mEq/10 ml	1 Confez.	
CALCIO GLUCONATO 1gr/10 ml	1 Confez.	
CALCIO CLORURO 1gr/10 ml	1 Confez.	
MAGNESIO SOLFATO 2mEq/ml	1 Confez.	
Glucosio 33%	1 Confez.	
AMIODARONE 150 mg	1 Confez.	

Il Coordinatore Infermieristico/Infermiere

firma _____

Data _____

** Per Intubazione



**SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE**

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie



**REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE
ATTIVITÀ DI PRONTO INTERVENTO
INTRAOSPEDALIERO**



Regione Calabria

ALL. 5

CARRELLO EMERGENZA:CHECK-LIST CASSETTI
(CONTROLLO MENSILE E DOPO UTILIZZO- DA CONSERVARE NELL'U.O.)

U.O.....Mese.....

(CONTROLLO MENSILE E DOPO UTILIZZO - DA CONSERVARE NELL'U.O.)

U.O.....MESE.....

DISPOSITIVI PER CVC – C.V. - S.N.G. -CASSETTO N° 3

PRESIDI	MISURA	QUANTITA'	SCADENZA
C.V.C. (Adulti)		1	
Telini Sterili		2	
Telino Def. Sterile		1	
Filo per sutura	2/0	2	
Porta aghi		1	
Bisturi		1	
S.N.G.	CH 14	1	
	CH 16	1	
	CH 18	1	
Siringa cono catetere		2	
Sacca di raccolta		2	
Catetere Vescicale	CH 14	1	
	CH 16	1	
	CH 18	1	
	CH 20	1	
Gel sterile monodose (Luan)		1	
Guanti sterili	MIS. 6,5	1	
	MIS. 7	1	
	MIS 7,5	1	
	MIS. 8	1	
Guanti non sterili sintetici	MIS. 6,5	2 Coppie	
	MIS. 7	3 Coppie	
	MIS 7,5	3 Coppie	
	MIS. 8	3 Coppie	
Garze sterili	10x10	3 Confez.	
Medicazione sterile per CVC		2	

Il Coordinatore Infermieristico/Infermiere

firma _____

Data _____

ALL. 6

CARRELLO EMERGENZA: CHECK-LIST CASSETTI
(CONTROLLO MENSILE E DOPO UTILIZZO- DA CONSERVARE NELL'U.O.)

U.O.MESE _____

DISPOSITIVI PER INTUBAZIONE CASSETTO N° 4 - 5 (colore grigio)

PRESIDI	MISURA	QUANTITA'	SCADENZA
PALLONE AMBU		1	
MASCHERE FACCIALI	N° 3 N° 4 N° 5	1 1 1	
CANNULE DI GUEDEL	N° 3 N° 4 N° 5	1 1 1	
CIRCUITO VENTILAZIONE "VA E VIENI"		1	
LARINGOSCOPIO		1	
PILE RISERVA LARINGOSCOPIO		2	
LAME MONOUSO	N°2 "Piccola" N°3 "Media" N° 4 "Grande"	1 1 1	
PINZA DI MAGIL		1	
MANDRINO		1	
GEL LUBRIFICANTE		1	
TUBI ENDOTRACHEALI (cassetto N° 5)	Mis. 4,4 Mis. 5. Mis. 5,5 Mis. 6. Mis.6,5 Mis. 7. Mis.7,5 Mis. 8. Mis. 8,5	1 1 1 1 1 1 1 1 1	
TUBI ENDOTRACHEALI RINFORZATI (CASSETTO n° 5)	Mis. 4,4 Mis. 5. Mis. 5,5 Mis. 6. Mis.6,5 Mis. 7. Mis.7,5 Mis. 8. Mis. 8,5	1 1 1 1 1 1 1 1 1	
MASCHERE LARINGEE	N° 3 N° 4 N° 5	1 1 1	
RACCORDO MOUNT		1	
FILTRO ANTIBATTERICO		1	
KIT PER CRICOTOMIA URG.		1	
SIRINGA O PRESSUROMETRO		1	
GUANTI STERILI	Mis.6,5 Mis. 7. Mis.7,5 Mis. 8.	1 1 1 1	
D. O2 TERAPIA: MASCHERE DI VENTURI OCCHIALINI PER O2 MASCHERA PER OSSIGENO		1 1 1	

Il Coordinatore Infermieristico/Infermiere

firma _____

Data _____



**REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE
ATTIVITÀ DI PRONTO INTERVENTO
INTRAOSPEDALIERO**



ALL. 7 CARRELLO EMERGENZA E DI PRIMO SOCCORSO: CHECK-CONTROL MENSILE

MESE

GIORNO	CONTROLLO LIST CARRELLO	CHECK-	DEA	BOMBOLO O2	ASPIRATORE	LARINGOSCOPIO	FIRMA (PER ESTESO-LEGGIBILE)	SEGNALAZIONE SE UTILIZZATO IN EMERGENZA (FIRMA INFERMIERE)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

PRESENZA DI DIFORMITÀ/GUASTI:

descrizione

data.....

Il Coordinatore Infermieristico/Infermiere

Direttore U.O./Servizio

firma.....

Firma.....

ALL. 8 CARRELLO I° SOCCORSO: CHECK-LIST CASSETTI
(CONTROLLO MENSILE E DOPO UTILIZZO - DA CONSERVARE NEL SERVIZIO)

SERVIZIO.....MESE_____

FARMACI - CASSETTO N° 1

NOME COMMERCIALE	QUANTITA'	SCADENZA
BETAMETASONE EG- 4mg/2 ml	1 Confez.	
FUROSEMIDE SALF 20 mg/2 ml	1 Confez.	
AMINOFILLINA-240mg/10 ml	1 Confez.	
SOLDESAM 4 mg/2 ml	1 Confez.	
METILPREDNISOLONE HIKMA 1 gr/16 ml	1Confez.	
ATROPINA 0,5mg/ml	1 Confez.	
FLEBOCORTID 1 gr	1Confez.	

Il Coordinatore Infermieristico/Infermiere

firma_____

Data_____



**SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE**

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie



**REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE
ATTIVITÀ DI PRONTO INTERVENTO
INTRAOSPEDALIERO**



Regione Calabria

ALL. 9

CARRELLO 1° SOCCORSO: CHECK-LIST CASSETTO N° 2

(CONTROLLO MENSILE E DOPO UTILIZZO - DA CONSERVARE NEL SERVIZIO)

SERVIZIO.....MESE

PRESIDI	MISURA	QUANTITA'	SCADENZA
GEL CONDUTTORE		1	
PIASTRE X DEFIBRILLATORE		1	
ELETTRODI PER ECG		12	
DISINFETTANTE		1	
COTONE			
GUANTI NON STERILI SINTETICI	MIS. 6,5 MIS. 7 MIS 7,5 MIS. 8	2 Coppie 3 Coppie 3 Coppie 3 Coppie	
GUANTI STERILI	MIS. 6,5 MIS. 7 MIS 7,5 MIS. 8	1 1 1 1	
RASOIO		2-3	
FORBICI		1	
GLUCOCARD-STICK		1	
STRISCE REATTIVE		1 CONF.	
MATERIALE PER ACCESSO VENOSO PERIFERICO E PRELIEVI EMATICI			
AGHI CANNULA	16 G	5	
	18 G	5	
	20 G	5	
	22 G	5	
LACCIO EMOSTATICO		1	
PROLUNGHE		3	
RUBINETTO A TRE VIE		3	
DEFLUSSORI		3	
PROVETTE X ESAMI EMATOCHIMICI		EMOCROMO 1 COAGULAZIONE 1 CHIMICA CLINICA 2 GRUPPO 1	
SIRINGHE CON PROTEZIONE	20 ml	10	
	10 ml	10	
	5 ml	10	
	2,5 ml	5	
	1 ml	3	
SIRINGHE PER EGA		3	
SOL. Na CL 0,9%	500 ml	2	
	250 ml	1	
	100 ml	3	
GLUCOSIO 5%	500 ml	1	
EMAGEL	500 ml	1	
GLUCOSIO 10%	500 ml	1	

Il Coordinatore Infermieristico/Infermiere

Firma.....

DATA.....

ALL. 10 CARRELLO I° SOCCORSO:CHECK-LIST CASSETTI
 (CONTROLLO MENSILE E DOPO UTILIZZO - DA CONSERVARE NEL SERVIZIO.)

SERVIZIO.....MESE.....

CASSETTO N° 2-3

PRESIDI	MISURA	QUANTITA'	SCADENZA
PALLONE AMBU		1	
MASCHERE FACCIALI	N° 3	1	
	N° 4	1	
	N° 5	1	
CANNULE DI GUEDEL	N° 3	1	
	N° 4	1	
	N° 5	1	
CIRCUITO VENTILAZIONE "VA E VIENI"		1	
D. O2 TERAPIA:		1	
MASCHERE DI VENTURI		1	
OCCHIALINI PER O2		1	
MASCHERA PER OSSIGENO		1	

Il Coordinatore Infermieristico/Infermiere
 firma _____

DATA _____



ALL. 11 CARRELLO I° SOCCORSO: CHECK-LIST -PRESIDI
 (CONTROLLO MENSILE E DOPO UTILIZZO - DA CONSERVARE NEL SERVIZIO)

SERVIZIO.....Mese_____

PRESIDI	MISURA	QUANTITA'	SCADENZA
SATURIMETRO		1	
DEA DEFIBRILLATORE		1	
BOMBOLA O2 con manometro		1	
ASPIRATORE		1	
CAVI ELETTRICI		1	
SONDINI PER ASPIRAZIONE	CH 12 CH 14 CH 16	3 3 3	

Il Coordinatore Infermieristico/Infermiere
 firma_____

Data_____

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie</p>	<p>REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITÀ DI PRONTO INTERVENTO INTRAOSPEDALIERO</p>	 <p>Regione Calabria</p>
---	--	---

PROTOCOLLO DI INTERVENTO MET PER I SOCCORSI INTRAOSPEDALIERI

SCOPO

Scopo della procedura è quello di definire le modalità di gestione di una situazione di Emergenza Intra Ospedaliera (EIO), o presunta tale, attraverso l'intervento del MET (Medical Emergency Team) al fine di garantire:

- appropriatezza nell'attivazione del servizio
- appropriatezza di intervento
- efficacia ed efficienza degli interventi
- uniformità di comportamenti di tutti gli operatori all'interno delle UU.OO. e dei servizi del P.O.

Il conseguimento di tale obiettivo, che ruota intorno al concetto di catena della sopravvivenza, implica una adeguata preparazione ed organizzazione di personale, presidi e risorse che vengono raggiunti attraverso i seguenti punti essenziali:

- formazione continua del personale sanitario intraospedaliero nel corretto utilizzo delle postazioni EIO (carrelli di emergenza);
- informazione/formazione di tutto il personale ospedaliero alle corrette procedure EIO;
- presenza e dislocazione delle postazioni EIO nelle varie UU.OO. e servizi del P.O.;
- standardizzazione, controllo e revisione di presidi e farmaci delle postazioni EIO.

CAMPO D'APPLICAZIONE

La procedura va applicata in tutte le situazioni di Emergenza/Urgenza che si possono verificare in tutte le UU.OO. e Servizi del P.O.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

La gestione di una situazione di Emergenza/urgenza si articola nei seguenti momenti fondamentali:

- ✚ **Riconoscimento/identificazione** rapida della gravità delle condizioni cliniche del paziente mediante sistema di valutazione secondo la sequenza A-B-C-D-E (Airways, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) espresso come codice colore;
- ✚ **Conoscenza** del sistema di emergenza intraospedaliera;
- ✚ **Attivazione** M.E.T.

RICONOSCIMENTO/IDENTIFICAZIONE SECONDO SEQUENZA A-B-C-D-E

Di fronte ad un paziente critico il metodo di valutazione è quello che fa riferimento alla sequenza **A-B-C-D-E**.

In base all'esito delle valutazioni si possono individuare due percorsi.

- ❖ **PERCORSO ROSSO** (paziente in arresto cardiorespiratorio – attivazione sequenze BLS-D)
- ❖ **PERCORSO GIALLO** identifica situazioni critiche con possibile evoluzione in arresto cardio-respiratorio; in tale evenienza occorre attuare sequenza ABCDE, cioè:

FASE A – AIRWAYS:

- ✚ Coscienza
- ✚ Pervietà delle Vie Aeree

FASE B- BREATHING:

- ✚ Frequenza Respiratoria
- ✚ Movimento Del Torace
- ✚ Saturimetria

FASE C- CIRCULATION:

- ✚ P.A.
- ✚ F.C.

FASE D- DISABILITY:

- ✚ SCORE NEUROLOGICO con scala di:

- GCS
- AVPU (ALERT-VERBAL –PAINE –UNRESPONSIVE)
- ODAS (ORIENTATO –DISORIENTATO – AGITATO – SOPOROSO)

FASE E – EXPOSURE:

- ✚ Colorito Cute e Mucose

CONOSCENZA DEL SISTEMA DI EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA

Conoscenza della dotazione e del funzionamento dei presidi tecnologici e farmacologici dell'emergenza (carrello d'emergenza) e delle figure professionali coinvolte: il MET, costituito da un medico anestesista-rianimatore e da un infermiere di anestesia/urgentista.

ATTIVAZIONE DEL M.E.T. (quando allertare?)

CRITERIO ROSSO

- ❖ Assenza di Coscienza
- ❖ Vie Aeree ad elevato rischio di rapida e completa ostruzione
- ❖ Arresto Cardio-Respiratorio
- ❖ Assenza di polso carotideo

CRITERIO GIALLO

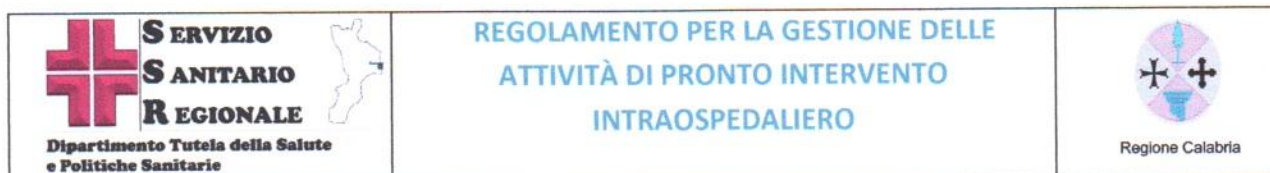
- ❖ Grave peggioramento meccanica ventilatoria;
- ❖ Frequenza Respiratoria maggiore di 35 atti/min
- ❖ Improvvisa desaturazione (SpO2 <90%)
- ❖ Frequenza Cardiaca >150 b/m oppure <40b/m
- ❖ Improvvisa Ipotensione (P.A < 90 mmHg);
- ❖ Perdita punti nello Score Neurologico ODAS
- ❖ Grave emorragia
- ❖ Cianosi diffusa

allertare MET



in presenza di un solo criterio rosso

in presenza di due criteri gialli



Il MET deve essere attivato quando si registri una situazione rientrante in uno dei suddetti criteri tramite chiamata al numero dedicato all'emergenza intraospedaliera.

Al momento della chiamata è fondamentale indicare sempre chiaramente:

1. Situazione (perché chiamo?)

- Urgenza (distress respiratorio, stato di incoscienza)
- emergenza (arresto cardiaco)

2. Luogo in cui è necessaria assistenza (da dove chiamo?)

Reparto, Servizio, al piano....

La zona da dove chiamo è:

- Raggiungibile con carrello emergenza
- Non raggiungibile con carrello emergenza
- altro (luogo particolare)

3. Persone coinvolte (per chi chiamo?)

- Singolo adulto
- Bambino
- Più persone coinvolte

Il numero telefonico da attivare in caso di emergenza deve essere esposto in ogni Reparto/Servizio in modo ben visibile.

Il Carrello per emergenza/Primo soccorso deve essere disponibile in luogo accessibile e conosciuto da tutti gli operatori sanitari, perfettamente attrezzato e funzionante.

IN ATTESA DEL MET:

- ✚ posizionare il paziente nella posizione corretta a seconda della condizione clinica;
- ✚ ripercorrere ABCD: se in arresto cardio-respiratorio procedere con BLS-D (MCE-ventilazione con pallone Ambu raccordato con fonte O₂ – eventuale utilizzo DAE; se in arresto respiratorio, ma con polso carotideo presente, utilizzare ventilazione con Ambu raccordato con fonte O₂, se possibile);



- ✚ reperire accesso venoso e garantirne la pervietà;
- ✚ preparare l'area di intervento:
 - scenario: spostare tutto ciò che può rappresentare un ostacolo nell'area circostante il paziente, rimuovere la testiera dal letto per facilitare il rapido accesso alla testa del paziente da parte dell'anestesista; far uscire dalla stanza parenti, visitatori estranei;
 - equipaggiamento: far trovare disponibile e funzionante in tutti i suoi componenti il carrello di emergenza.

All'arrivo del MET rianimatore gestirà l'evento in collaborazione con il personale del Reparto/Servizio e ne deciderà, eventualmente, il trasferimento nella struttura più opportuna in base alle condizioni cliniche.

GESTIONE DELL'EMERGENZA NELLE AREE NON DI DEGENZA

Nel caso in cui si verifichi una situazione di urgenza/emergenza nelle aree non di degenza, cioè gli ambulatori, i servizi assistenziali con relative sale di attesa, il laboratorio analisi, gli uffici, la camera mortuaria, la chiesa, il cortile, i corridoi etc., il personale sanitario che presta il primo soccorso deciderà se allertare il MET in base alle condizioni cliniche del paziente/visitatore/utente/accompagnatore/dipendente.

Il paziente verrà gestito, nel caso di arresto cardiocircolatorio o respiratorio con polso presente, come descritto in precedenza.

In caso di Intervento MET, l'anestesista rianimatore gestirà l'evento e deciderà se trasferire o no il paziente in Pronto Soccorso.

Nel caso in cui l'emergenza si verifichi in un'area dove non vi è personale sanitario disponibile, chi assiste all'evento provvederà a chiamare il numero di emergenza fornendo precise indicazioni circa il luogo sede dell'evento e rispondendo ad eventuali richieste del personale che risponde.

In caso di Intervento MET, l'anestesista rianimatore gestirà l'evento e deciderà se trasferire o no il paziente in Pronto Soccorso.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA E REGISTRAZIONE DATI EVENTO

La valutazione clinica, il trattamento attuato le terapie somministrate vanno sempre registrate nella scheda di Intervento MET ed in cartella clinica (per pazienti ricoverati o in Day-Hospital).

Per pazienti non ricoverati ed inviati/accompagnati in P.S. le informazioni vengono ugualmente registrate in Scheda MET e sul verbale di accesso in P.S.

La scheda MET viene redatta (in forma chiara e leggibile) in duplice copia:

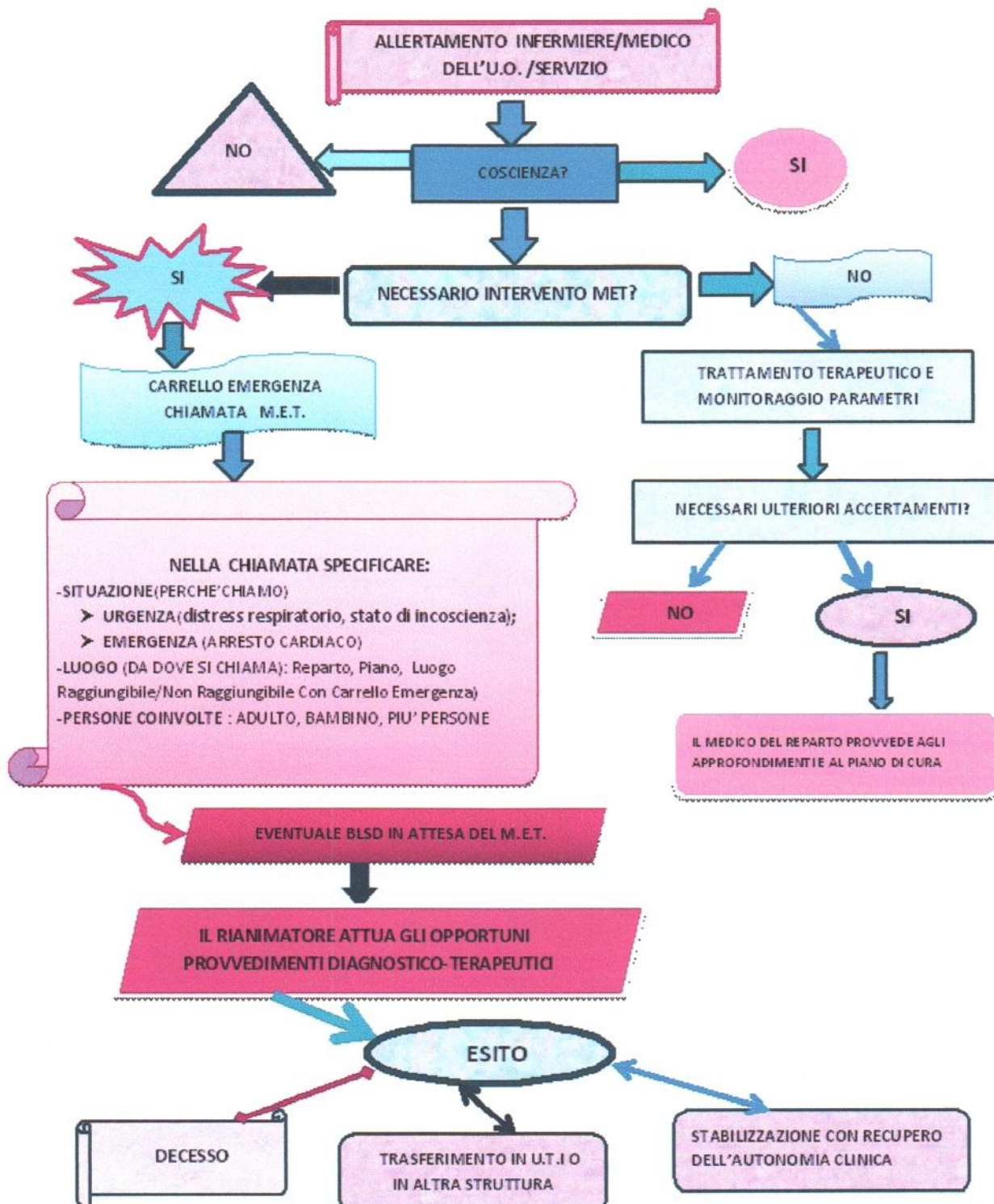
- ✚ una va inserita in cartella clinica,
- ✚ una viene conservata nell'archivio del SAR.

Parametri di controllo (indicatori)

Tutte le schede MET devono essere consegnate al Direttore dell'UO di Anestesia e Rianimazione che, unitamente al Referente del Rischio Clinico dell'UO, annualmente rilevano ed elaborano i seguenti indicatori che devono essere poi discussi con il Risk Management per identificare criticità e migliorare le procedure operative.

Indicatore
N° chiamate
N° di chiamate in % sul totale pertinenti al .n°tel Emerg
Tempo di arrivo del rianimatore, minuti
N° di pazienti in % sul totale assistiti con O2 all'arrivo del rianimatore
N° di volte in % sul totale in cui all'arrivo del rianimatore sono state iniziate le manovre rianimatorie di base
N° di volte in % sul totale in cui è presente il carrello dell'emergenza
N° di pazienti in % sul totale in asistolia all'arrivo del rianimatore
N° dei pazienti deceduti (senza ripresa del circolo) in % sul totale NON ROSC
N° di pazienti in % sul totale con ripresa di circolo spontaneo dopo ACC - ROSC
N° di pazienti in % sul totale deceduti (dopo ripresa del circolo - ROSC)
N° di pazienti in % sul totale dimessi vivi dalla ICU
N° di pazienti in % sul totale con segni neurologici al momento della dimissione dalla Rianimazione
N° di pazienti in % sul totale dimessi vivi dall'Ospedale

DIAGRAMMA DI FLUSSO





**SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE**
Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie



**REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE
ATTIVITÀ DI PRONTO INTERVENTO
INTRAOSPEDALIERO**



Regione Calabria



**SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE**
Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie



Regione Calabria

SCHEDA INTERVENTO MET

DATI	DATA:	ORA CHIAMATA:	ORA ARRIVO:	ORA FINE:
	COGNOME:	NOME:		DATA DI NASCITA
	SESSO M F	DEGENTE SI NO	REPARTO	ALTRO LUOGO

CHIAMATA	SOCCORSO RICHIESTO DA	CRITERIO ROSSO	CRITERIO GIALLO
	<input type="checkbox"/> MEDICO	<input type="checkbox"/> VIE AEREE COMPROMESSE	<input type="checkbox"/> DISTRESS RESPIRATORIO <input type="checkbox"/> IPOTENSIONE
	<input type="checkbox"/> INFERMIERE	<input type="checkbox"/> PERDITA DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> FREQUENZA RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> CRISI EPILETTICHE
	<input type="checkbox"/> NON SANITARIO	<input type="checkbox"/> ARRESTO RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/> SpO2 <input type="checkbox"/> CADUTA
		<input type="checkbox"/> ARRESTO CARDIACO	<input type="checkbox"/> FREQUENZA CARDIACA <input type="checkbox"/> PROBLEMA GENERICO

PARAMETRI	ALL'ARRIVO DEL MET			
	A <input type="checkbox"/> PERDITA DI COSCIENZA <input type="checkbox"/> VIE AEREE COMPROMESSE O AD ELEVATO RISCHIO COMPROMISSIONE			
	B <input type="checkbox"/> ARRESTO RESPIRATORIO <input type="checkbox"/> F.R. /MIN <input type="checkbox"/> DISTRESS RESPIRATORIO <input type="checkbox"/> SpO2% (FiO2.....) <input type="checkbox"/> CIANOSI			
	C <input type="checkbox"/> PA mmHg <input type="checkbox"/> F.C. /bpm			
	D <input type="checkbox"/> GCS..... (O V M) <input type="checkbox"/> A.V.P.U. <input type="checkbox"/> O.D.A.S.			
	E <input type="checkbox"/> EMORRAGIA <input type="checkbox"/> T.C. /°C <input type="checkbox"/> DIURESI24h <input type="checkbox"/> ALTRO			
	AL TERMINE DELL'INTERVENTO			
	A <input type="checkbox"/> PERDITA DI COSCIENZA B <input type="checkbox"/> F.R. /min <input type="checkbox"/> SpO2% (FiO2.....) <input type="checkbox"/> CIANOSI			
	C <input type="checkbox"/> PA mmHg <input type="checkbox"/> F.C. /bpm <input type="checkbox"/> ALTRO			
	D <input type="checkbox"/> GCS..... (O V M) <input type="checkbox"/> A.V.P.U. <input type="checkbox"/> O.D.A.S. <input type="checkbox"/> ALTRO			
	E <input type="checkbox"/> EMORRAGIA <input type="checkbox"/> T.C. /°C <input type="checkbox"/> DIURESI24h <input type="checkbox"/> ALTRO			

INTERVENTI	INTERVENTI EFFETTUATI		<input type="checkbox"/> NESSUN TRATTAMENTO
	A <input type="checkbox"/> IOT <input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> CRICOTIROIDOTOMIA <input type="checkbox"/> FIBROSCOPIA <input type="checkbox"/> SOST. CANNULA TRACHEALE <input type="checkbox"/> BRONCOASPIRAZIONE		
	B <input type="checkbox"/> NIV <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE CON AMBU <input type="checkbox"/> MASCHERA VENTURI (FiO2.....%) <input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO TROCAR		
	C <input type="checkbox"/> M.C.E <input type="checkbox"/> SHOCK <input type="checkbox"/> CARDIOVERSIONE ELETTRICA <input type="checkbox"/> PACING <input type="checkbox"/> BOLO LIQUIDI <input type="checkbox"/> ALTRO: <input type="checkbox"/> SEDAZIONE <input type="checkbox"/> RICHIESTA CONSULENZA..... <input type="checkbox"/> RICHIESTA DIAGNOSTICA: <input type="checkbox"/> EGA <input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO CVC <input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO CVP <input type="checkbox"/> MONITOR <input type="checkbox"/> ALTRO: LIMITAZIONE CURE:		

ESITO	<input type="checkbox"/> STESSO REPARTO <input type="checkbox"/> DA RIVALUTARE <input type="checkbox"/> DECESSO	TRATTAMENTO FARMACOLOGICO:
	TRASFERIMENTO IN: <input type="checkbox"/> TERAPIA INTENSIVA <input type="checkbox"/> UTIC	
	<input type="checkbox"/> SALA OPERATORIA <input type="checkbox"/> ALTRO REPARTO..... <input type="checkbox"/> ALTRO ISTITUTO DI CURA.....	
	IPOTESI DIAGNOSTICA:	

NOTE	
------	--

TEAM MEDICO

INFERMIERE

procedure di accesso in rianimazione

Gli unici criteri da utilizzare per decidere l'ammissione e la dimissione del paziente dalla TI sono quelli dell'**appropriatezza clinica** e della **liceità etica**:

- **l'appropriatezza clinica** è la curabilità della patologia e l'effettiva utilità del trattamento intensivo per quel paziente
- **la liceità etica** è definita dal consenso del paziente e/o dal rispetto del criterio di proporzionalità. ☒

I sanitari cui competono le decisioni di ammissione e dimissione dalla TI sono moralmente responsabili in base ai criteri di appropriatezza clinica della relativa scelta rispetto all'equa allocazione delle risorse loro assegnate. Questa responsabilità non deve comunque essere considerata nella pratica clinica quotidiana come il fattore decisivo per la limitazione dei trattamenti nei singoli pazienti. In caso di conflitto il sanitario deve prioritariamente salvaguardare il paziente.

Se le risorse disponibili sono limitate, è eticamente giustificabile una restrizione nell'uso dei trattamenti intensivi in base ai criteri di appropriatezza clinica.

L'appropriatezza clinica e la liceità etica all'ammissione e alla dimissione del paziente dalla TI si fondano sui seguenti elementi:

- **Reversibilità dello stato patologico acuto,**
- **Ragionevole probabilità di benefici attesi dal trattamento intensivo.**
- **Ragionevoli aspettative di risoluzione dello stato critico.**

Per quanto possibile in ambito intensivo, l'appropriatezza clinica va sempre valutata alla luce del **consenso al trattamento**.

Indicazioni al ricovero in terapia intensiva

1. **Stato critico attuale** per insufficienza di una o più funzioni vitali (trattamento intensivo).
2. **Rischio elevato di sviluppare uno stato critico** per il sopraggiungere di complicanze gravi e prevedibili (monitoraggio intensivo).

I pazienti che necessitano di trattamento intensivo (per uno stato critico acuto), hanno la priorità sui pazienti che richiedono un monitoraggio intensivo oltre che sui pazienti in stato critico con una prognosi peggiore.

Potenziale beneficio atteso dal trattamento intensivo (Scala di Priorità)

Il ricovero e la dimissione dalla terapia intensiva possono essere guidati da una scala di priorità che classifica i pazienti in base al beneficio atteso dal trattamento intensivo. La scala ha un andamento decrescente dalla **priorità 1 (massimo beneficio atteso)** alla **priorità 4 (minimo o nessun beneficio atteso)**.

<p>Priorità 1</p>	<p>Pazienti in condizioni critiche in atto potenzialmente regredibili con il trattamento e il monitoraggio intensivo non praticabile fuori dalla TI (es. insufficienza delle funzioni vitali postoperatorie, post-traumatiche o per riacutizzazione di patologie croniche).</p>
<p>Priorità 2</p>	<p>Pazienti che richiedono un monitoraggio intensivo ed eventualmente un potenziale trattamento invasivo immediato perché si trovano in condizioni tali rendere possibile o probabile lo sviluppo di un'insufficienza di un organo o una funzione vitale di grado tale da rappresentare una minaccia per la sopravvivenza (es. patologie croniche riacutizzate per complicanze mediche o chirurgiche).</p>
<p>Priorità 3</p>	<p>Pazienti in condizioni critiche per una patologia acuta in cui si deve definire la risposta al trattamento intensivo ed eventualmente porre limiti terapeutici (es. pazienti molto anziani o con patologie neoplastiche complicate).</p>
<p>Priorità 4</p>	<p>Pazienti per i quali il ricovero in TI non è appropriato se non in casi individuali.</p> <p>Questi pazienti possono essere suddivisi in 3 categorie:</p> <p>1. "too well to benefit" pazienti in condizioni cliniche non gravi per cui il ricovero in TI non offre che un beneficio minimo o nullo.</p> <p>2. "too sick to benefit", fase terminale di malattie irreversibili con morte imminente o aggravamenti di patologie croniche molto avanzate con elevata disabilità,</p> <p>3. rifiuto del trattamento intensivo da parte di pazienti capaci.</p>

Nel caso in cui pazienti in condizioni riferibili alle priorità 1,2,3, non possano trovare collocazione in TI per mancanza posto letto è doveroso ricercare un posto letto presso altre terapie intensive e nel frattempo garantire comunque le cure più appropriate.

PRINCIPALI TIPOLOGIE DI RICOVERO IN TI

1. Apparato Cardiovascolare

- Arresto cardiaco
- Shock cardiogeno
- Infarto miocardico acuto complicato da shock cardiogeno
- Insufficienza cardiaca acuta con Insufficienza Respiratoria e/o necessità di supporto emodinamico

2. Apparato Respiratorio

- Insuff. Respiratoria acuta che richiede supporto ventilatorio
- Embolia polmonare con instabilità emodinamica
- Insuff. Respiratoria con imminente necessità d'intubazione

3. Disordini Neurologici

- Traumi cranici severi (GCS<9) (se non indicazioni neurochirurgiche, altrimenti rianimazione con neurochirurgia)
- Emorragia subaracnoidea con alterazione dello stato mentale e/o insufficienza respiratoria (se non indicazioni neurochirurgiche, altrimenti rianimazione con neurochirurgia)
- Vasospasmo con deficit neurologici.
- Emorragia intracranica con rischio di erniazione (se non indicazioni neurochirurgiche, altrimenti rianimazione con neurochirurgia)
- Morte cerebrale o pazienti con probabilità d'imminente morte cerebrale (possibili donatori d'organo)
- Meningiti con stato mentale alterato o compromissione respiratoria
- Patologie de SNC o neuromuscolari con deterioramento neurologico o compromissione respiratoria
- Stato di male epilettico
- Coma: tossico, metabolico, anossico

4. Intossicazione da Farmaco o ingestione di tossici se:

- con instabilità emodinamica
- convulsioni successive alla ingestione con alterazione dello stato mentale che determina insufficiente protezione delle vie aeree

5. Patologie Endocrine



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie



**REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE
ATTIVITÀ DI PRONTO INTERVENTO
INTRAOSPEDALIERO**



Regione Calabria

- **Chetoacidosi diabetica** complicata da **instabilità emodinamica**, alterazioni dello stato di coscienza, insufficienza respiratoria o severa acidosi.
- **Tireotossicosi o coma mixedematoso** con **instabilità emodinamica**
- **Iperglicemia iperosmolare** con coma e/o instabilità emodinamica
- Altri problemi endocrini come l'insufficienza surrenalica acuta con **instabilità emodinamica**
- **Ipercalcemia severa** con alterazione dello stato di coscienza, richiesta di monitoraggio emodinamico
- **Ipo-ipernatriemia** con epilessia, alterato stato mentale
- **Ipo-ipermagnesemia** con compromissione emodinamica o aritmie minacciose.
- **Ipo-iperkaliemie** con aritmie e debolezza muscolare
- **Ipo-fosfatemia** con debolezza muscolare

Parametri obiettivi che, da soli o associati, definiscono i criteri di ammissione alla TI.

Segni vitali

- -Aritmia cardiaca minacciosa (Arresto cardiaco, Bradicardia estrema <40btt/min, Fibrillazione ventricolare, etc.)
- -Pressione arteriosa sistolica <80mmHg o PA Media <60mmHg che non risponde al rimpiazzo volemico.
- -Frequenza respiratoria >35 o <9 atti respiratori/min

Esami di laboratorio

- $pAO_2 < 50$ e/o $SpO_2 < 90$
- $pH < 7.1$ o > 7.7
- Glicemia > 800 mg/dL
- Calcemia > 15 mg/dl
- Livelli tossici di farmaci o altre sostanze chimiche in un paziente emodinamicamente instabile o con compromissione neurologica

Nuovi Riscontri radiologici, ecografici o TAC di:

- Emorragia cerebrale, contusione o ESA con alterazioni dello stato mentale o segni neurologici focali (in attesa d'invio in ambiente neurochirurgico)
- Rottura di visceri, vescica, fegato, varici esofagee o utero con instabilità emodinamica (stabilizzazione emodinamica)
- Dissezione aortica (In attesa di allocazione in ambiente chirurgia vascolare)



Reperti ECG di:

- Blocco cardiaco completo con instabilità emodinamica
- Tachicardia ventricolare sostenuta e/o fibrillazione ventricolare
- IMA con aritmia complessa, instabilità emodinamica o insufficienza cardiaca congestizia

Segni clinici:

- Comparsa di anisocoria in un paziente incosciente
- Ostruzione delle vie aeree
- Coma
- Stato di male epilettrico che richieda protezione delle vie aeree
- Tamponamento cardiaco

La decisione di trasferire o di ricoverare pazienti al Centro di Rianimazione deve essere presa sulla base dei criteri precedentemente indicati per evitare ricoveri impropri che causerebbero la sottrazione di risorse che sono riservate a specifiche situazioni cliniche.

Ricoveri programmati post-operatori:

Il medico anestesista, il mattino del giorno fissato per l'intervento chirurgico, si informerà della disponibilità del posto letto nella terapia intensiva dal medico di reparto prima di procedere alla chiamata del paziente in sala Operatoria. Una volta iniziato l'intervento chirurgico, il letto libero del reparto di Terapia Intensiva andrà considerato occupato per quanto riguarda la richiesta di posti letto.

Nel caso in cui il medico di reparto fosse costretto a rinviare o sospendere l'intervento chirurgico si adopererà per rendere disponibile il posto letto nel più breve tempo possibile.

Trasferimento paziente in reparto

Qualora non sussistano più i presupposti per il ricovero in TI (paziente che non necessita più di un trattamento / monitoraggio intensivo per il miglioramento del quadro clinico o stabilizzazione delle funzioni vitali) il medico di guardia procura di richiedere il trasferimento del paziente al reparto di competenza. In caso di mancanza di disponibilità di posto letto nel reparto di accoglienza o disaccordo sulla competenza (es. paziente post-chirurgico che diventa "internistico"), il medico della TI informa tempestivamente la Direzione Sanitaria della problematica segnalando l'inappropriatezza del ricovero in TI.

POST-MORTEM MANAGEMENT

Purtroppo tra gli esiti di un malore per cui si presta il soccorso, occorre considerare anche il decesso del paziente. Si tratta sempre di una esperienza drammatica per l'operatore sanitario per cui occorre preventivare modalità gestionali adeguate sia nei confronti del soccorritore che dei parenti dei deceduti.

Il Direttore di UUOO deve prevedere corsi di formazione e aggiornamento periodici per la gestione delle emozioni e dello stress e, quando se ne ravvisano i bisogni, indirizzare gli operatori vulnerabili presso gli uffici competenti.

Più complessa risulta essere la gestione delle reazioni dei familiari al decesso improvviso di un loro congiunto e anche in questo caso è necessario che gli operatori sanitari siano adeguatamente formati per gestire condizioni di criticità emotiva.

La reattività ad un decesso improvviso è variabile e complessa. Sono previste diverse modalità di reazione (rabbia/collera, rassegnazione/incredulità, accettazione, patteggiamento, etc.) potendo transitare in tutte le fasi, precocemente o tardivamente, spesso in modo inaspettato.

Le variabili alle reazioni al lutto sono correlate a vari fattori (culturali, religiosi, sociali, personali, etc.) per questo è importante intervenire in modo competente, cauto e partecipato nell'approccio con il parente del deceduto.

La morte è un avvenimento complesso e per questo occorre che gli operatori posseggano almeno le minime conoscenze e le regole generali della condotta più adeguata.

Un approccio pertinente dovrebbe prevedere una corretta comunicazione della morte, il sostegno nell'elaborazione del lutto ma anche un approccio tecnico e trasparente attraverso le pratiche del post-mortem conference e del post-mortem audit.

CONDIZIONI PER UNA CORRETTA COMUNICAZIONE

Di fronte alla morte improvvisa esistono due aspetti fondamentali: uno di tipo medico – legale ed uno di tipo assistenziale.

Comunicare la notizia di una morte improvvisa costituisce un'esperienza molto intensa, sia a livello personale che a livello professionale.



Un aspetto molto importante della comunicazione della notizia di morte improvvisa risiede nel modo in cui la comunicazione viene formulata. Essa deve essere trasmessa utilizzando un linguaggio molto semplice, avendo particolare cura degli aspetti verbali e non verbali della comunicazione e del contesto nel quale avviene il colloquio. Per questo motivo è importante comunicare in un luogo neutro limitando quanto più possibile le interferenze ambientali ed emotive. È fondamentale raggruppare soltanto i prossimi congiunti.

Appare necessario cercare un punto di equilibrio fra distanza professionale e partecipazione umana. Un approccio troppo tecnicistico può rendere il rapporto distaccato e spingere ad una diffidenza reciproca, mentre un eccessivo coinvolgimento emotivo può essere in contrasto con la professionalità e con l'aiuto concreto che i familiari si attendono. Prima di comunicare un evento, è necessario conoscerlo nei suoi dettagli essenziali, altrimenti si corre il rischio di descrivere emozioni e fantasie inidonee in questo frangente. Le emozioni sono presenti in ogni aspetto della comunicazione di eventi come il decesso; per questo motivo, occorre distinguere due ambiti: quello affettivo (il significato che la comunicazione ha per chi comunica e per chi è oggetto di tale informazione) e quello cognitivo (cioè quello che è accaduto).

Prima di fare questa comunicazione è importante presentarsi con chiarezza all'interessato, dato che è indispensabile che lui sappia precisamente con chi sta parlando. E' oltremodo importante che questa comunicazione venga fatta da una sola persona, ben identificabile, anche se questa potrà essere in compagnia di qualcun altro. Gli interlocutori, infatti, potrebbero facilmente trovarsi in uno stato confusionale, e quindi è opportuno esprimersi in maniera molto semplice. Per quanto possibile, la comunicazione va data in un ambiente tranquillo, lontano da rumori e non affollato. E' importante far sedere l'interessato e sedersi accanto a lui. Ciò significa che queste comunicazioni non possono essere fornite, per esempio, in un corridoio, in una sala d'attesa o, comunque, in un luogo affollato. Parlando, è necessario essere semplici e diretti, ricordandosi di utilizzare il nome della persona morta e di non utilizzare, invece, eufemismi del tipo "se n'è andato", "è trapassato" e così via. La personalizzazione fa sentire al familiare che ci stiamo occupando di lui e che la comunicazione non è un fatto burocratico. Inoltre, l'utilizzazione del nome della persona morta aiuta l'interlocutore ad affrontare la verità in modo diretto.



Altro aspetto importante è quello di rendere il più coerente possibile la comunicazione verbale e quella non verbale. Non si tratta solo di comunicare una notizia, ma anche di entrare in relazione con l'interessato. La qualità della relazione non è legata a ciò che si dice, ma al modo in cui lo si dice, agli atteggiamenti che si assumono, ai gesti che si compiono.

Una volta comunicata la notizia è importante porgere le condoglianze. Questo gesto risulta particolarmente importante perché aiuta gli interessati a passare dai fatti, ormai trascorsi e sui quali non si può più agire, alle sensazioni e alla necessaria elaborazione del lutto.

Di seguito, vengono sintetizzati alcuni suggerimenti su come comunicare la notizia della morte ai familiari. Raccomandazioni simili possono essere seguite anche nel caso si debbano comunicare notizie di una patologia critica o di un grave incidente.

- Telefonare ai familiari, se questi non sono ancora stati avvertiti. Spiegare che il loro caro è stato ricoverato nel dipartimento di emergenza/unità operativa di degenza e che la situazione è grave. In generale, è bene comunicare notizie come la morte, non per telefono, ma di persona.
- Cercare di ottenere tutte le informazioni possibili sul paziente e sulle circostanze che lo hanno portato a morte. Rivedere attentamente tutto ciò che è avvenuto nel dipartimento di emergenza.
- Condurre i familiari in un'area riservata, presentarsi e sedersi. Rivolgersi al parente più stretto.
- Descrivere brevemente le circostanze che hanno determinato la morte. Rivedere la sequenza degli avvenimenti all'interno del dipartimento di emergenza/unità operativa di degenza. Evitare eufemismi come "se n'è andato", "non è più fra noi".
- Concedere tutto il tempo necessario perché lo shock venga assorbito, mantenendo il contatto visivo. Prendere in considerazione di toccare il parente ed esprimere i propri sentimenti. Comunicare i propri sentimenti con una frase come "avete la mia/nostra comprensione", piuttosto che "ci/mi dispiace".
- Concedere tutto il tempo necessario per eventuali domande o discussioni. Ripercorrere gli eventi alcune volte, per essere sicuri che ogni cosa sia stata compresa e per facilitare le eventuali domande.
- Permettere alla famiglia di vedere il proprio caro. Avvertire i familiari se il malato è ancora collegato a qualche apparecchiatura.
- Bisognerebbe sapere in anticipo che cosa succederà poi e chi firmerà il certificato di morte. Il medico può essere di peso al personale o ai familiari se non è a conoscenza



delle procedure sulla certificazione di morte e sulla disposizione della salma. E' importante conoscere le risposte a domande su questi argomenti prima di incontrare i familiari. Sicuramente qualcuno chiederà "E adesso, cosa dobbiamo fare?". Bisogna essere pronti con risposte adeguate.

IL SOSTEGNO NELL'ELABORAZIONE DEL LUTTO

Ogni perdita significativa di una persona amata provoca una reazione di lutto che si esprime con manifestazioni psicofisiche (mancanza di energia, collera, senso di colpa, difficoltà di concentrazione, negazione della perdita). Il lutto è una risposta umana da considerare normale, tranne quando diventa disfunzionale per la sua intensità o per la sua durata. In casi del genere, è possibile che la persona non riesca a riprendere il suo consueto modello di vita, che tenda a isolarsi o che non sia in grado di sviluppare nuove relazioni o nuovi interessi.

Non esiste, ovviamente, un processo di lutto semplice, lineare, nel quale si possano individuare chiaramente le fasi e la conclusione. Il processo è più o meno lungo e articolato, fatto di attenuazioni e di aggravamenti, di fasi acute e di regressioni. E' possibile, che in una fase avanzata, sussistano o si ripresentino manifestazioni tipiche dello stadio iniziale, come il pianto, specialmente in momenti quali gli anniversari, in cui i ricordi diventano più forti e dolorosi. Ne consegue che non è sempre facile rilevare la risoluzione del lutto e che, soprattutto, i tempi di elaborazione sono molto variabili. Comunque, oltre i 12 – 18 mesi, si parla di lutto disfunzionale.

E' bene aggiungere che non esiste un modo giusto, fisiologico di vivere questa esperienza, sulla base del quale determinare anche le sue manifestazioni disfunzionali o patologiche. Ad ogni modo, al criterio del tempo vanno aggiunte l'intensità delle reazioni e le loro ripercussioni sulla vita della persona.

POST-MORTEM AUDIT

Il paradigma fondamentale del rischio clinico è basato su "Imparare dagli errori" quale strumento cognitivo efficace e consolidato per prevenire eventi avversi. Dal riscontro diagnostico emergono ricorrentemente reperti inaspettati rispetto al decorso clinico ma anche condizioni rivelatrici di errori, latenti o meno, più o meno evitabili. Ripristinare e valorizzare questo strumento costituisce uno degli investimenti certamente utili nel risk management.



La certezza o la conferma diagnostica in casi attesi o del tutto complicati, costituisce un indicatore di qualità assolutamente attendibile rispetto alla appropriatezza delle procedure diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali ma soprattutto consente agli operatori di riflettere sull'eventuale errore o evento avverso ed elaborare le più adeguate misure correttive e/o riparative.

L'audit post-mortem, elaborato dal riscontro diagnostico o comunque discusso in senso epicritico, costituisce uno strumento di istruzione e maturazione che deve essere del tutto valorizzato. In tal senso il post-mortem audit favorisce la formazione interna (input) così come la post-mortem conference ha il valore di gestire l'informazione all'esterno (output).

Benché il riscontro diagnostico costituisce un patrimonio della medicina, gli audit post-mortem non sono sufficientemente diffusi e ancora non sono ben definiti i livelli di standardizzazione operativa ed istituzionale.

Gli obiettivi sono sostanzialmente quelli di ridurre l'incidenza di eventi avversi individuati attraverso l'analisi epicritica; di sensibilizzare tutti i reparti/servizi; diffondere e migliorare la procedura sul campo.

I principali punti di forza sono la risoluzione diagnostica certa e l'individuazione "condivisa" di varie criticità

I principali punti di debolezza sono la difficoltà di gestire un audit su tematiche malagevoli e l'individuazione tardiva e differita di alcuni eventi avversi

I fattori di contesto che ne rendono possibile la realizzazione sono costituiti dall'evidenza degli eventi avversi emersi dalla epicrisi completa.

POST-MORTEM CONFERENCE

Spesso nel comunicare gli esiti di un riscontro diagnostico o di una autopsia si creano incomprensioni o equivoci che possono innescare contenziosi anche di tipo giudiziario. Altrettanti effetti si possono creare comunicando la morte di un degente nel reparto. Importante è anche l'elaborazione complicata da parte degli operatori sanitari relativamente alla morte o suicidio dei propri pazienti.

Un difetto di comunicazione, nelle forme e nei contenuti, può produrre in questo specifico contesto una serie di eventi avversi alcuni dei quali incidono sia sull'equilibrio strutturale del reparto/servizio sia sulle motivazioni degli utenti.



Una conferenza, intesa nell'accezione partecipativa del termine, nei contesti delineati costituisce il mezzo più idoneo per gestire condizioni emotive e stressanti anche estreme. In tal senso la post-mortem conference assume valenza di gestire l'informazione all'esterno (output) così come la post-mortem audit favorisce la formazione interna (input).

L'interesse scientifico per tale tematica è diffuso e crescente; si riportano alcuni esempi in letteratura:

Si tratta di una esperienza che necessita di criteri per la standardizzazione dei vari processi di elaborazione, formazione e applicazione.

Gli obiettivi sono sostanzialmente quelli di ridurre l'incidenza di eventi avversi generati da una gestione inappropriata della morte; di adottare procedure omogenee in tutti i reparti/servizi; diffondere e migliorare la procedura sul campo.

I principali punti di forza sono l'umanizzazione, lo spessore professionale, l'eticità, la multidisciplinarietà, la comunicazione come strumento di gestione.

I principali punti di debolezza sono l'esigenza di un alto profilo professionale, le ripercussioni emotive, la resistenza e la sottovalutazione della problematica.

La consapevolezza e la presa di coscienza della portata etica, emotiva ed assistenziale della tematica è il principale fattore di contesto utile per la realizzazione della procedura

Benefici: formazione del personale, prevenzione degli errori, miglioramento ed implementazione delle procedure, delle linee guida e degli aspetti organizzativi