



DIPARTIMENTO d'EMERGENZA
U.O. PRONTO SOCCORSO
MEDICINA d' URGENZA
EMERGENZA TERRITORIALE

tel. 07179092443 – 07179092383
fax 07179092452
e-mail:

**PROCEDURE E PROTOCOLLI
OPERATIVI IN USO NELL'UNITA'
OPERATIVA COMPLESSA DI**

**PRONTO
SOCCORSO**

Il Direttore

(dr. Gianfranco Maracchini)

PROTOCOLLO DI ATTIVITA' INTERNA PER I MEDICI DIPENDENTI CONVENZIONATI o A CONTRATTO OPERANTI NELLA U.O. DI PRONTO SOCCORSO MEDICINA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI SENIGALLIA.

Ferma restando l' autonomia e la responsabilita' professionale individuale di ogni medico che opera in P.S., si ribadiscono, sintetizzandole in un unico documento, le norme comportamentali e gli schemi organizzativi interni dell'attivita' nel Pronto Soccorso di Senigallia.

INDICAZIONI GENERALI

- Tutti i pazienti che arrivano in P.S. ed a cui viene attribuito un codice colore nel triage, debbono essere visitati (attivamente) ed inseriti nel sistema informatizzato dei P.S. ed uscire dal P.S. con un referto medico, ciò indipendente dalla "banalità" della prestazione.
- Deve essere applicata con attenzione e precisione la normativa riguardante il ticket secondo le disposizioni attualmente vigenti (a tal proposito ricordo che i pazienti dimessi dopo osservazione breve debbono essere esentati dal ticket).

E' opportuno per i pazienti che entrano in P.S. per patologie banali e/o inappropriate evitare di fare osservazioni “ sull'utilizzo improprio del P.S. e sull' opportunita' di rivolgersi ad altra struttura o servizio; anche se in teoria ciò è giusto, in pratica spesso è tempo perso che irrigidisce e complica solo il rapporto con il paziente.

Se proprio si vuole fare qualche osservazione sul “ utilizzo appropriato del PS “ è bene farla a prestazione completata e referto e tiket stampato.

ATTI VITA'

- A pieno regime tutti i giorni della settimana in linea generale , fatte salve situazioni contingenti ed imprevedibili, la organizzazione del PS prevedera' 2 medici nelle medicherie il mattino piu' il medico OBI-MURG,

2 medici il pomeriggio più quando possibile un terzo medico per il nottino (16-23 OBI-PS); dalle 20 alle 24 un medico (2 nei prefestivi quando possibile). Il medico 118 è disponibile alla collaborazione secondo le normative vigenti e su chiamata dei colleghi del PS, quando non operativo sul territorio. Tra i medici in servizio deve esserci comunicazione ed informazione continua (sui posti letto , sulle consulenze ecc.) avvalendosi ognuno della professionalità e dell' esperienza degli altri colleghi in servizio ricordando che il primo consulente può essere il collega che sta accanto).

- Nella seconda medicheria (vicino alla sala di emergenza) opera il Medico leader con l'infermiere responsabile del turno. In tale medicheria e nella sala accanto della emergenza si trattano i pazienti più gravi (codici rossi e gialli) e le emergenze maggiori. Se questa medicheria non è impegnata nelle urgenze maggiori svolgerà normale attività di PS anche per i codici minori, ma questa attività deve essere celere, senza che essa sia a lungo impegnata con pazienti in attesa di consulenze.
- Il medico leader svolge una funzione di capo turno, sorveglia e coordina la attività di triage, tiene i rapporti con la Centrale Operativa 118 di Ancona, attiva, secondo i protocolli stabiliti, il personale della 2° emergenza per le necessità del P.S. o delle U.O. ospedaliere, e' il punto di riferimento per il PEIMAF. Quando non impegnato nella emergenza, oltre seguire e coordinare l'attività di triage, con il suo infermiere sorveglierà anche i flussi di accesso e di rientro nelle mediche, nella e dalla diagnostica radiologica onde ridurre al minimo i tempi morti e la attesa dei pazienti barellati.

In assenza del responsabile del servizio è il medico leader che tiene i rapporti con l'esterno (autorità giudiziaria, stampa, tribunale del malato ecc.)

- Nella 3° Medicheria opera il 2° medico di P.S. (ore 8-20) ; egli espleta tutte le prestazioni di Pronto Soccorso(codici gialli, verdi, bianchi, ma anche rossi se più emergenze contemporanee), supporta, quando necessario, l'attività intra moenia del Medico della Emergenza territoriale che opera nella medicheria accanto. Quando il medico leader è impegnato nella emergenza lo sostituirà nella funzione di controllo e coordinamento del triage e dei flussi di accesso alle mediche.
- Nei momenti in cui non vi sia personale medico distaccato fuori turno operante in OBI-MURG (assenza del Primario mancanza del nottino ecc.), è il Medico di P.S. non leader operante nella 3° Medicheria che sarà anche il punto di riferimento per la gestione dei pazienti degenti in OBI.
- Nella 4° medicheria opera, con il personale infermieristico dell'ambulanza, il Medico della emergenza territoriale, secondo gli Accordi nazionali e

regionali ed in base al Regolamento interno a suo tempo definito e tutt'ora vigente. Egli collaborerà con il medico leader nella gestione delle emergenze maggiori nella sala di rianimazione.

Per ciò che riguarda le consulenze, i ricoveri ospedalieri l'accesso alla diagnostica, alla specialistica, la richiesta di esami di laboratorio e tutto quant'altro riguarda l'attività del Pronto Soccorso, il Medico della Emergenza Territoriale si atterrà ai protocolli ed ai profili stabiliti dall' U.O. e dalla Direzione Sanitaria del Presidio .

Il Medico di P.S. operante nella medicheria accanto darà tutto il supporto e la consulenza necessarie in particolar modo quando vi siano nuovi medici convenzionati inseriti nel servizio non ancora a conoscenza delle attività e dei protocolli del Pronto Soccorso e del Presidio Ospedaliero.

CONSULENZE

Il ricorso alle consulenze specialistiche in generale deve essere basato sul presupposto della evidenza clinica (necessità diagnostica e terapeutica) e sull' autonomia del Medico del P.S.; non sulle imposizioni delle U.O. ospedaliere ma nemmeno sul fine di scaricare ad esse prestazioni più o meno improprie di Pronto Soccorso; la presa in carico a referto non chiuso e/o a paziente non ricoverato è sempre del Pronto Soccorso . Inoltre i consulenti ospedalieri non possono imporre al Medico P.S. protocolli e prestazioni diagnostiche e terapeutiche o ricoveri e dimissioni non condivise.

L'obiettivo (di medio lungo periodo) è quello di ridurre le consulenze specialistiche che spesso, statisticamente, non modificano né aggiungono nulla a quello che è l' iniziale orientamento ed atteggiamento dei Medico P.S.; ciò "senza imprudenza ed imperizia" ma in base al proprio bagaglio culturale ed all'interscambio ed alla discussione tra i colleghi in servizio in P.S ed alla crescita culturale di tutti.

Si ricorda inoltre che non vi è obbligo per il medico che opera nell' area dell'emergenza della consulenza cardiologica e della refertazione dell'ecg; comunque gli ecg eseguiti dagli infermieri in fase di triage debbono essere visionati e siglati (senza obbligo di refertazione) dal Medico di PS. E' comunque auspicabile un comportamento tendenzialmente uniforme basato anch'esso sulla collaborazione ed interscambio tra i medici in servizio senza imprudenza ed imperizia.

Così come non vi è obbligo della refertazione notturna degli esami radiologici quando non è presente il Medico Radiologo, anche questo dipenderà dalla condizione clinica del paziente e dalla valutazione del Medico PS e dalla sua esperienza nella valutazione degli esami radiologici.

E' presente un ecografo in PS anch' esso utilizzabile autonomamente in base alla esperienza del Medico PS, tendenzialmente tutti i Medici dovranno saper eseguire esami ecografici.

Per i ricoveri notturni ci si attiene alle disposizioni della Direzione Sanitaria che prevede che il paziente venga affidato al Medico di Reparto , comunicando al reperibile le condizioni cliniche del paziente e la eventuale necessità di una sua presenza nel giro di breve tempo; comunque il paziente deve sempre essere stabilizzato prima di essere inviato in reparto.

Qualsiasi contenzioso clinico, organizzativo, procedurale, deve assolutamente essere evitato di fronte al paziente ed ai suoi famigliari, la prima preoccupazione deve essere la valutazione la cura e la sistemazione più opportuna del paziente, le discussioni e le osservazioni si faranno in un secondo momento nelle sedi opportune.

CODICI BIANCHI - LEGGE REGIONALE 5 FEBBRAIO 2001 N 4

CODICI BIANCHI IN CUI, AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 5 FEBBRAIO 2001 N 4. " GRATUITA' DELLE PRESTAZIONI DI EMERGENZA URGENZA EROGATE DAL PRONTO SOCCORSO ", I PAZIENTI SON TENUTI ALLA COMPARTICIPAZIONE DELLA SPESA.

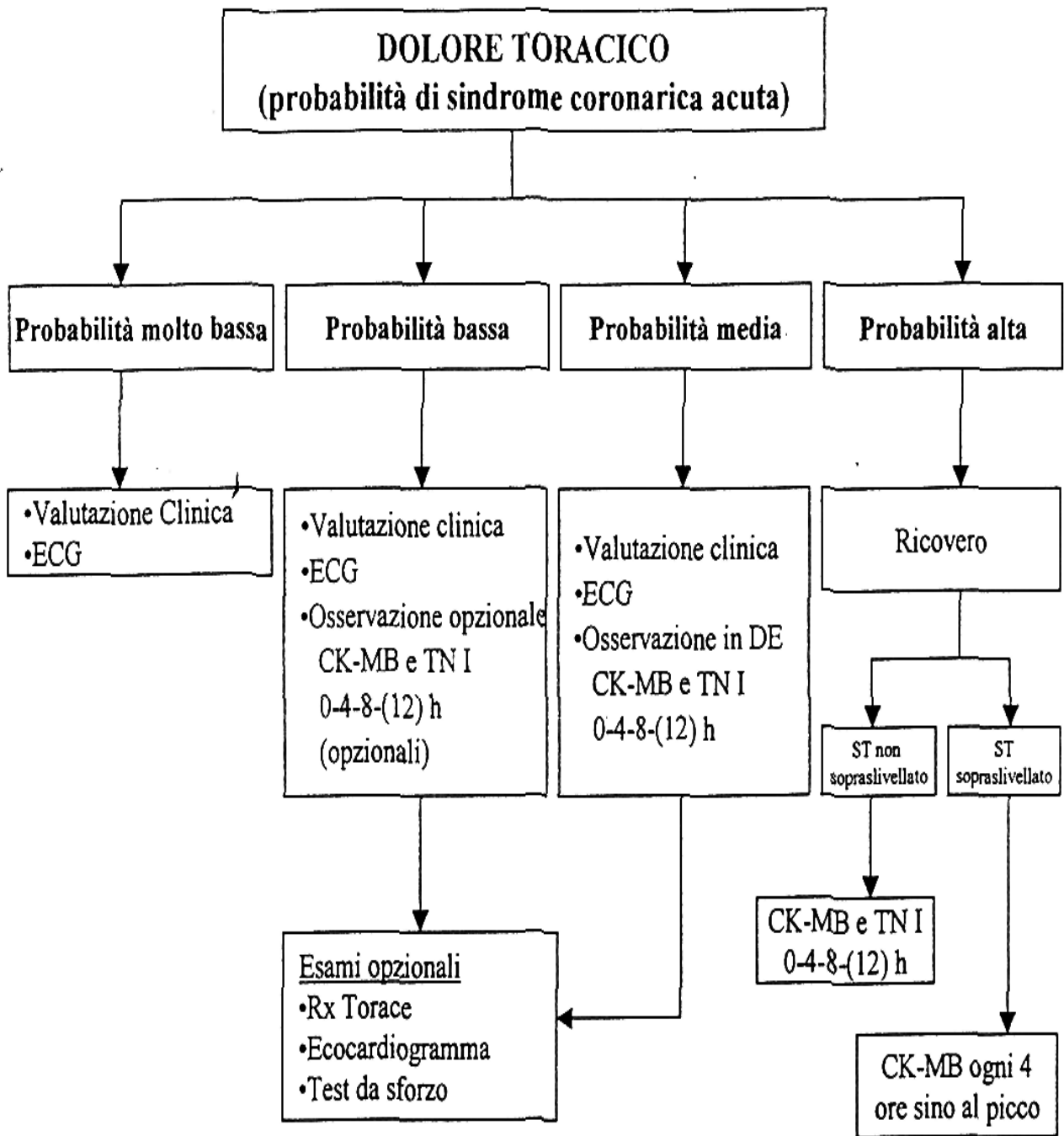
IN SEDE DI TRIAGE, L' INFERMIERE INFORMA IL PAZIENTE " DELLA POSSIBILE COMPARTICIPAZIONE AL COSTO E DELLE POSSIBILITA' ALTERNATIVE DI USUFRUIRE DELLA PRESTAZIONE MEDIANTE LE ORDINARIE PROCEDURE (COMPRESIVE DELLA GUARDIA MEDICA/TURISTICA, DEL MEDICO DI FIDUCIA, DEGLI AMBULATORI DISTRETTUALI)

ELENCO PATOLOGIE E SITUAZIONI CLINICHE

- FERITA SUPERFICIALE UNICA (ESCORIAZIONE/ABRASIONE) DI PICCOLA ENTITA' CHE NON NECESSITA DI SUTURA.
- TRAUMI CONTUSIVI DISTORSIVI DELLE PICCOLE ARTICOLAZIONI (INTERFALANGEE, METACARPO-METATARSO FALANGEE) SENZA EVIDENTI SEGNI DI FRATTURA NE' DI LESIONE CAPSULO LEGAMENTOSA E CHE NON NECESSITANO DI IMMOBILIZZAZIONE.
- CONGIUNTIVITI, ODONTALGIE, OTALGIE DA OTITI ESTERNE E TAPPI DI CERUME.
- FEBBRICOLA PERSISTENTE DA ALCUNI GIORNI IN ASSENZA DI ALTRI SEGNI CLINICI E SENZA ALTRE COMPLICAZIONI.
- TONSILLITI, LARINGITI, FARINGITI SENZA PROBLEMI RESPIRATORI ED ALTRE MANIFESTAZIONI GENERALI.
- LIEVI DISTURBI DISPEPTICI (VOMITO, DIARREA SU BASI ANAMNESTICHE) SENZA ALTRI SEGNI CLINICI E CHE NON NECESSITANO DELLA SOMMINISTRAZIONE DI ALCUNA TERAPIA.
- DOLORI ARTICOLARI CRONICI O CRONICO RIACUTIZZATI DI NATURA NON TRAUMATICA.
- DERMATITI CRONICHE O SEPLICI ED ISOLATE MANIFESTAZIONI CUTANEE SENZA COMPLICAZIONI.

- PUNTURE DI IMENOTTERO SUPERIORI ALLE 3 ORE (CHE NON NECESSITANO DI RIVALUTAZIONE) IN ASSENZA DI EVIDENTI SEGNI LOCALI E DI MANIFESTAZIONI GENERALI ,.
- PUNTURA DI PESCE RAGNO SENZA COMPLICAZIONI INFIAMMATORIE LOCALI NE' SEGNI GENERALI MA CHE SI RISOLVONO CON LA SEMPLICE APPLICAZIONE DI SOLUZIONE CALDA.

TERAPIE INIETTIVE CHE IN CASI DEL TUTTO ECCEZIONALI VENGANO RICHIESTE DA PAZIENTI GIA' IN TRATTAMENTO.



Regione Marche
Azienda Sanitaria Locale n. 4 Senigallia
U. O. Pronto Soccorso Medicina d'Accettazione e d'Urgenza
SCHEDE VALUTAZIONE DEL DOLORE TORACICO

Paziente n. Data _____ Ora _____
Cognome e nome _____ Data di nascita _____
Indirizzo _____ Città _____

Tel. 0 _____ Sesso M F Visita richiesta dal medico di medicina generale SI NO

• **Fattori di rischio per la cardiopatia ischemica**

Ipercolesterolemia Diabete mellito: Tipo I
Ipertensione arteriosa Tipo II
Fumo di sigaretta: attuale ex Familiarità

• **Anamnesi Cardiologia**

Pregressa diagnosi di cardiopatia ischemica documentata Pregresso IMA
 Pregresso BPAC Pregressa PTCA

• **Dolore toracico:** Singolo episodio Episodi recidivanti

I° episodio data _____ ora _____

Insorgenza episodio attuale data _____ ora _____

Presente al momento della visita a riposo tipico
 Assente. Durato per ___ ore ___ min da sforzo atipico
 dubbio

• **Elettrocardiogramma (taratura standard):**

ST sopraslivellato ≥ 2 mm
 ST sottoslivellato ≥ 1 mm con onde T invertite
 con onde T normali
 con onde T isodifasiche

inversione onde T isolata

alterazioni non diagnostiche

tracciato non valutabile (ritmo da PM, blocco di branca Sx)

tracciato normale

Escludere: Dissezione aortica, embolia polmonare, pericardite, pnx, ecc.

• **Valutazione della probabilità di CARDIOPATIA ISCHEMICA ACUTA**

Alta

Intermedia (protocollo)

Bassa

Ricovero _____ Osservazione _____

Dimissione data _____ ora _____

ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' MEDICA ALL'INTERNO DEL SERVIZIO DI OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (MEDICINA D'URGENZA)

I pazienti degenti nei letti di Osservazione breve sono completamente in carico alla U.O. di Pronto soccorso Medica di urgenza .

- **PRESENZA DEL DIRETTORE U.O. IN SERVIZIO.**

Quando è presente il Direttore della U.O. del Pronto Soccorso i pazienti vengono seguiti e presi in carico sotto la responsabilità dal Direttore stesso , sia per quanto riguarda gli aspetti clinico diagnostici sia per quelli organizzativi ed amministrativi (scheda di osservazione e/o compilazione della cartella clinica, ricovero, dimissione , compilazione SDO , lettera di dimissione ecc.).

- **NON PRESENZA DEL DIRETTORE.**

In linea generale in assenza del Direttore il Responsabile dell' OBI- Murg è il Direttore della U.O.Semplice OBI-Murg dott. Maracchini, che se possibile , in base al numero dei medici , alle ferie ecc. sarà presente fuori turno con gli stessi compiti del Direttore (vedi sopra).

Se questo per motivi interni organizzativi non fosse possibile :

In linea generale ogni medico seguirà e sarà responsabile dei pazienti che ha immesso in Osservazione- Medicina d' Urgenza . Il secondo medico della Medicheria 2 (non leader in P.S.) è anche il punto di riferimento organizzativo per le varie problematiche che dovessero manifestarsi egli inoltre nei giorni festivi in cui il Direttore è assente e non è possibile la presenza di un medico in OBI , sarà il medico della seconda medicheria che farà il giro aggiornando le cartelle e le terapie e eventuali dimissioni.

- A tutti i pazienti che entrano in OBI deve essere fatta la cartella da parte del Medico che ricovera specificando la terapia sia quella domiciliare pre-ricovero sia quella che il Medico che ricovera ritiene opportuna .

- **MODULISTICA**

Il frontespizio della scheda di osservazione breve deve essere sempre compilata dal Medico che prende in carico il paziente, l' infermiere provvederà alla parte infermieristica. Finchè il paziente è in regime di osservazione breve (entro le 24 ore dall' ingresso) tutto quello che si fa: prestazioni, esami, terapie, consulenze, oltre che nella scheda cartacea della osservazione deve essere riportato sulla prestazione informatizzata di Pronto Soccorso che, non bisogna dimenticarlo, rimane sempre aperta finchè il paziente è in regime di osservazione. Il Medico che dimette chiude e firma sia la scheda cartacea sia la prestazione di P.S.

- **ORE 20 - 08**

In questa fascia oraria per lo più vi è un solo medico in turno . per cui è l'unico

medico di turno il responsabile dei pazienti degenti in Osservazione Breve. In caso di estrema necessità , pluriemergenze , massiccio afflusso aggravamento di paziente in OBI con contemporanea emergenza in PS) il Medico di guardia del P.S. chiederà la collaborazione del reperibile del PS , dei colleghi sia del dipartimento di emergenza, sia di guardia interdivisionale

■ DIMISSIONE

Mentre la DIMISSIONE dal regime di Osservazione Breve può e deve essere fatta in qualsiasi momento del giorno e della notte, è preferibile che, in linea generale, la dimissione del paziente in regime di ricovero in MURG: venga fatto il mattino e questo per motivi organizzativi: presenza di un medico in più (Primario o chi per lui), Caposala ecc.; ma anche perché al paziente che è stato ricoverato deve essere sempre lasciato al momento della dimissione un foglio o lettera di dimissione per il Medico curante compilato e firmato dal Medico che dimette.

■ TIPOLOGIA E PROCEDURE

1. LETTO TECNICO

paziente su barella in buone condizioni che attende esami ematologici e/o indagine radiologica con fleboclisi. Normale prestazione di Pronto Soccorso, chiusura referto con (semplice) Dimissione o Dimissione dopo Osservazione Breve.

2. LETTO DI OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

Il paziente è degente nel reparto OBI-MURG. La prestazione di Pronto Soccorso rimane sempre aperta, inoltre si compila la scheda medico/infermieristica. Quando viene dimesso entro le 24 ore) si rilascia al paziente copia della prestazione con Dimissione dopo Osservazione breve; l' originale viene archiviato allegandovi la scheda medico/infermieristica opportunamente compilata e firmata.

3. RICOVERO IN OBI MURG (DOPO LE 24-36 ORE):

In questo caso occorre chiudere la prestazione di Pronto Soccorso con ricovero dopo Osservazione Breve in OBI_MURG; aprire la cartella clinica ospedaliera (SDO) a cui allegare una copia della prestazione di Pronto Soccorso e la scheda medico /infermieristica.

4. RICOVERO IN ALTRA U.O. ENTRO LE 24 ORE

Chiudere la prestazione di Pronto Soccorso con Ricovero dopo Osservazione Breve; allegare all' originale dei P.S. l'originale della scheda Medica/infermieristica ed archiviare, inviare al Reparto copia della prestazione P.S. e copia della scheda Medico/infermieristica.

5. TRASFERIMENTO INTERNO (paziente degente da più di 24 ore in astanteria con cartella clinica aperta)

Compilare il modulo di trasferimento contenuto nella cartella clinica la parte della SDO di pertinenza ed inviare tutta la cartella alla U.O. di destinazione.

6. TRASFERIMENTO IN ALTRO OSPEDALE

E' l'equivalente di una dimissione; occorre chiudere la prestazione di Pronto Soccorso o, se il paziente ricoverato la cartella clinica. Fare delle fotocopie ed inviarle insieme al paziente.

S. associate a particolari necessità clinico assistenziali dei pazienti degenti

Regolamento Osservazione Breve Intensiva Zona territoriale n°4- PRESIDIO OSPEDALIERO DI SENIGALLIA

Premessa: il Pronto Soccorso si trova quotidianamente ad affrontare una crescente domanda di prestazioni sanitarie, a fronte di una cospicua riduzione di posti letto ospedalieri ed in assenza di soluzioni di degenza o assistenza alternativa sul territorio. Il personale sanitario medico ed infermieristico del Pronto Soccorso è chiamato quindi quotidianamente a dare una soluzione all'aumento di richieste, nel rispetto dei bisogni e della sicurezza dei pazienti, amministrando nel contempo in maniera oculata le risorse disponibili. La creazione di percorsi diagnostico-terapeutici all'interno del Pronto Soccorso, efficaci e rapidi, può dare sollievo alla struttura sanitaria.

In questa ottica si inserisce l'attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.), che ha come obiettivo il miglioramento della qualità delle cure erogate ai pazienti, attraverso la gestione in Pronto Soccorso fino a 24 ore, in regime di non ricovero, di quadri a complessità moderata, con riduzione delle ammissioni non appropriate e dei costi sanitari.

L'O.B.I. consente inoltre ai medici e agli infermieri dell'Emergenza di utilizzare al meglio la "medicina basata sulle evidenze" con il vantaggio di disporre di più tempo per assumere le decisioni difficili, di poter seguire le modificazioni delle condizioni cliniche del paziente e di poter valutare gli effetti del trattamento acuto.

La possibilità di giungere in breve tempo ad una definizione diagnostica sulle necessità di ricovero o di dimissione sicura si realizza nella maggioranza dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso, ma in una percentuale di casi variabile tra il 5 e il 10% è necessario sviluppare un iter diagnostico, terapeutico e di osservazione per giungere alla decisione.

Definizione O.B.I.: modalità di gestione di problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma bassa gravità potenziale o a bassa criticità ma potenziale gravità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico, relativamente univoco e prevedibile, ma non differibile e gestibile ambulatorialmente, di norma non inferiore alle 6 ore e non superiore alle ore 24-36 ore. Il termine intensiva va inteso solo come espressione della necessità di una diagnostica e di un'assistenza nelle 24 con caratteristiche di intensità ed urgenza analoghe a quelle del Pronto Soccorso.

Mission OBI: la sezione di O.B.I. è una unità funzionale all'interno della Struttura Complessa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'urgenza. Di fatto l'O.B.I. consiste in un'area dedicata a pazienti che necessitano di ulteriore osservazione clinica dopo il primo approccio; l'obiettivo è una dimissione "protetta", cioè in sicurezza per il Paziente e ponderata da parte del personale medico, oppure un ricovero con maggior

appropriatezza.. La durata dell'osservazione di norma non eccede le 24 ore e non è inferiore alle 6 ore.

Vision dell'O.B.I.: la vision esprime la prospettiva di sviluppo dell'O.B.I. Gli obiettivi sono: valutazione diagnostica, osservazione longitudinale e terapia a breve termine di patologie urgenti; miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri.

Funzioni dell'O.B.I. :

- Osservazione longitudinale clinico-sintomatologica
- Valutazione dell'effetto degli interventi di stabilizzazione dei parametri vitali
- Valutazione degli interventi terapeutici mirati alla risoluzione della patologia osservata
- Approfondimento diagnostico-terapeutico
- Implementazione della funzione di filtro del P.S.
- Implementazione dell'appropriatezza dei ricoveri da P.S.
- Implementazione dell'appropriatezza delle dimissioni da P.S.

Dotazione dei posti letto dell'O.B.I. : i posti letto per l' O.B.I. sono stati individuati in n.6 (sec il criterio di un posto letto ogni 5.000 accessi al Pronto Soccorso). I posti letto "fisici" per la funzione di osservazione breve intensiva non sono compresi nella tabella allegata alla Legge regionale 36/98 e non rientrano nel conteggio dei posti letto dedicati nell'attività di ricovero.

Nel nostro Ospedale , tenendo conto degli attuali problemi di spazio e di personale , si prevede di poter realizzare un modulo complessivo di **8 posti letto** (comprensivi dei 6 già presenti e previsti dalla legge Regionale 36/98) da utilizzarsi, secondo le necessità cliniche dei pazienti ed organizzative dell' Ospedale , indifferentemente come letti di Medicina di Urgenza con paziente in regime di ricovero o letti di Osservazione Breve Intensiva con paziente in Osservazione .

Criteri di ammissione IN OBI :

- paziente con un problema diagnostico preminente da definire
- stabilità dei segni vitali
- patologie preselezionate (vedi sotto)
- verosimile dimissione di norma entro le 24 ore
- esecuzione di procedure diagnostiche non effettuabili in regime ambulatoriale.

Indicativamente i più significativi quadri o entità nosografiche che possono essere adeguatamente affrontati in osservazione breve in soggetti adulti sono (in ordine alfabetico):

alterazioni metaboliche acute

aritmia

asma

BPCO

cefalea

cellulite

colica renale

diabete

dolore addominale

dolore toracico
epigastralgia
gastroenterite acuta
infezione vie urinarie.
intossicazioni
ipertensione arteriosa
polmonite
reazione allergica
scompenso cardiaco (di lieve entità e già inquadrato)
sincope
TIA
traumi
trombosi venosa profonda
vertigine

La lista riportata deve essere intesa con una certa flessibilità e possono essere ammessi anche Pazienti con altra patologia acuta e risolubile di norma nelle 24 ore.

Parte del regolamento è costituita dagli iter diagnostico-terapeutici, frutto di un lavoro condiviso a livello regionale, riportati nella specifica sezione.

Rappresentano criteri di esclusione dall' osservazione breve la presenza di condizioni cliniche verificate come gravi fin dall'ingresso in Pronto Soccorso, la presenza di requisiti per un ricovero urgente e di pazienti con pluripatologie.

Dotazione tecnologica dell'O.B.I. : negli standards SIMEU per l'O.B.I. è prevista nella dotazione tecnologica la presenza di almeno il 50% dei posti letto con monitoraggio emodinamico e respiratorio , criterio per ora solo parzialmente soddisfatto nella nostra OBI. Ogni P.L. deve avere a disposizione O₂ e vuoto

E' prevista inoltre la presenza all'interno della UO dei seguenti presidi:

- monitor defibrillatore/stimolatore
- ventilatore meccanico non invasivo in grado di lavorare almeno in modalità PSV/PEEP
- ecografo pluridisciplinare
- elettrocardiografo
- pulsiossimetro
- glucometer
- sfigmomanometri
- pompe di infusione, in numero adeguato
- set per intubazione/RCP
-

Caratteristiche architettoniche dell'O.B.I.

i locali dell' OBI sono inseriti all' interno della U.O. di Pronto Soccorso Medicina d' accettazione e d' Urgenza

E' prevista una verifica entro 6 mesi da parte della Zona della rispondenza delle aree destinate assegnate all'attività di osservazione.

Personale dedicato all'O.B.I.: deve essere presente una continuità di assistenza e cure con personale dedicato. La delibera regionale individua la necessità della presenza del medico nelle 12 ore diurne e un infermiere più OTA/OSS nelle 24 ore per un modulo di 7 posti letto. Questo personale può essere condiviso con la Medicina d'urgenza e, limitatamente al medico per le ore notturne, con il Pronto Soccorso.

A regime qualora si costituisse un modulo di 7 posti letto OBI aggiuntivi ai 6 letti della LR 36/98 requisito minimo sarebbe la presenza di un doppio turno medico nelle ore notturne ed un potenziamento infermieristico ed OSS nelle 24 ore .

E' prevista una verifica entro 6 mesi da parte della Azienda/Zona della rispondenza delle risorse umane assegnate all'attività di osservazione.

Documentazione e archiviazione dei dati: è prevista una scheda di osservazione o cartella semplificata, contenente il diario clinico, da utilizzare anche come contenitore dei referti di diagnostica strumentale e per immagini. Le caratteristiche della documentazione clinica sono state definite dal Gruppo di lavoro regionale sulla documentazione clinica istituito a norma delle DGR 1212/04.

Parametri VRQ/MCQ: lo strumento dell'O.B.I. deve essere oggetto di verifica circa la qualità delle cure.

Vanno sottoposti a monitoraggio i seguenti parametri:

- fenomeni avversi
- mortalità
- ammissioni ripetute
- completezza della documentazione clinica

Monitoraggio dell'appropriatezza nell'utilizzo dell'O.B.I.: vanno rilevati periodicamente i seguenti indicatori:

- % dei pazienti inseriti in O.B.I. rispetto al totale degli accessi
- % dei Pz dimessi dopo il periodo di osservazione in OBI sul totale dei Pz osservati
- tempi medi di durata dell'osservazione
- n° di ritorni in PS entro 10 gg dei Pz dimessi da O.B.I.

Gestione Amministrativa dell' OBI :

per la gestione amministrativa tale attività va rilevata nell' ambito del file C " Specialistica ambulatoriale " dove sarà identificata dal codice di prestazione 89.09 " Osservazione breve intensiva " , nell' ambito della branca "026-Altre prestazioni " .

Requisiti gestionali:

- Definizione dei percorsi diagnostico – terapeutici

L'erogazione di prestazioni di osservazione breve intensiva avviene sulla base di percorsi diagnostico-terapeutici definiti dal gruppo di lavoro regionale; nell'ambito di tali percorsi può essere prevista l'erogazione di prestazioni non incluse nel Tariffario delle prestazioni ambulatoriali.

- Attivazione dell'OBI

L'attivazione dell'OBI può realizzarsi esclusivamente da parte del Pronto soccorso, o da parte di Unità operative per le quali siano formalizzati protocolli di accesso in urgenza in accordo con il Pronto soccorso.

- Erogazione dell'OBI

L'attività di osservazione breve è espletata nell'Unità Operativa di Pronto Soccorso e di Medicina d'urgenza ma anche in altre sedi a carattere specialistico esclusivamente qualora siano formalizzati protocolli di accesso concordati con il Pronto soccorso

- Chiusura dell'OBI

Il tempo di permanenza in osservazione breve intensiva deve essere conteggiato dall'ingresso del paziente in osservazione breve (apertura documentazione specifica).

Nel caso di ricovero dopo un periodo di osservazione breve se trasferito in altro reparto l'inizio del ricovero coinciderà con il termine dell'osservazione breve, mentre coinciderà con l'inizio dell'osservazione breve in caso di permanenza in Medicina d'urgenza.

Percorsi diagnostico – terapeutici:

- ❑ **ASMA ACUTO NELL' ADULTO**
- ❑ **CELLULITE**
- ❑ **DOLORE LOMBARE**
- ❑ **DOLORE TORACICO**
- ❑ **FIBRILLAZIONE ATRIALE**
- ❑ **INTOSSICAZIONI (protocollo generale)**
- ❑ **TRAUMA CRANICO LIEVE**
- ❑ **VERTIGINE**
- ❑ **RIACUTIZZAZIONE DI BPCO**
- ❑ **ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO (TIA)**
- ❑ **URGENZE ED EMERGENZE IPERTENSIVE**
- ❑ **INTOSSICAZIONE DA OPPIACEI**
- ❑ **TRAUMA CHIUSO DEL TORACE**
- ❑ **TRAUMA CHIUSO DELL ' ADDOME**
- ❑ **REAZIONE ALLERGICA ANAFILASSI**
- ❑ **SCOMPENSO CARDIACO**
- ❑ **SINCOPE**
- ❑ **CEFALEA NON TRAUMATICA**
- ❑ **DISIDRATAZIONE (ipernatriemia)**
- ❑ **DOLORE ADDOMINALE ACUTO**
- ❑ **TROMBOSI VENOSA PROFONDA (TVP)**

PROTOCOLLO ATTIVAZIONE ED ORGANIZZAZIONE

LETTI DI OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

OBIETTIVI E FINALITÀ

- 1) servizio qualificato all'utenza attraverso un'adeguata valutazione diagnostica e terapeutica
- 2) riduzione ricoveri impropri ed incongrui
- 3) appropriatezza nel ricovero e/o nell'utilizzo di altri livelli di assistenza
- 4) dimissione tempestiva

PERCORSO UTENTE

- 1) valutazione
- 2) stabilizzazione situazione critica
- 3) terapia iniziale
- 4) decisione sulla destinazione del paziente:
 - osservazione temporanea (inferiore 24 ore)
 - ricovero in osservazione breve - astanteria (max 72 ore)
 - trasferimento in altre U.O (sia dopo osservazione temporanea sia dopo ricovero in Osservazione-astanteria)
 - dimissione

CRITERI DI AMMISSIONE

Fondamentale per la funzionalità e la mission di questo nuovo servizio è che la ammissione nei letti di degenza della Osservazione Breve Intensiva non sia legata alla mancanza di posti letto nelle altre U.O. (vecchio concetto di Astanteria) , bensì alla necessità di un approfondimento diagnostico , alla instaurazione di un breve ciclo terapeutico , onde evitare o dimissioni affrettate e superficiali dal Ponto
Soccorso o ricoveri impropri nelle U.O. di degenza ospedaliera.

Per tale motivi si individuano i seguenti criteri di accesso:

1. CRITERI CLINICO - DIAGNOSTICI: Pazienti affetti da:

- dolore toracico (con probabilità bassa o media di sindrome coronarica acuta)
- dolore addominale (senza quadro acuto, occlusivo, né iniziale indicazione chirurgica)
- vertigine, lipotimia, sincope (non legate a diagnosi di compromissioni circolatorie e della pompa cardiaca)
- febbre di non recente insorgenza e resistente alla comune terapia antipiretica che

per le condizioni cliniche e l'età del paziente necessita di approfondimento diagnostico

- ematuria massiva
- dolore lombare di dubbia interpretazione
- colica renale
- gastroenterite dell'adulto con disidratazione
- traumi minori (addominale, toracico)
- trauma cranico minore (Glasgow Coma Score 14 -15)
- reazioni allergiche maggiori
- cefalea acuta di recente insorgenza
- crisi epilettiche già in trattamento
- crisi ipertensive significative senza compromissione d'organo
- avvelenamenti, intossicazioni (con assenza della compromissione delle funzioni vitali)
- aritmie senza segni clinici di compromissione emodinamica.
- etilismo acuto non complicato e senza problematiche psichiatriche.

1. CRITERI TERAPEUTICI

- Paziente che, con diagnosi definita in Pronto Soccorso, deve essere sottoposto ad un ciclo ripetuto ma breve di terapia, prescritta dal medico del Pronto Soccorso o da un consulente ospedaliero.
- Paziente con ferite complesse, trattate in Pronto Soccorso, con interessamento del piano fasciale e muscolare.

CRITERI DI ESCLUSIONE

Sono esclusi dall'ammissione in osservazione-astanteria:

- patologie minori non complicate
- età pediatrica
- problematiche inerenti lo stato di gravidanza
- pazienti clinicamente instabili
- mancanza di posti letto per pazienti con patologia acuta o cronica, riacutizzata
- diagnosticata che necessitano di ricovero in una U.O. ospedaliera.
- pazienti con bisogni e problematiche psicosociali
- pazienti psichiatrici
- stato cachettico in fase pre-terminale

PROCEDURE DI SERVIZIO

- Per tutti i pazienti valutati in triage e che entrano nelle medicherie deve sempre essere aperto un referto di PS con diagnosi , visita ed eventuale terapia ; ciò indipendentemente dalla patologia dei paziente , anche se essa è estremamente banale .
- Deve essere applicato il tiket , quando dovuto e secondo quando stabilito dal regolamento interno per i codici bianchi ed a suo tempo comunicato (estate 2002) ; il paziente a cui si applica il tiket deve essere , come tutti gli altri pazienti , attivamente visitato dal medico che lo ha preso in carico .
 - Per i pazienti con codice di gravità più grave , deve essere ben evidente chi è il Medico che prende in carico , soprattutto nei cambi di turno ; nel referto di Pronto Soccorso debbono essere annotati gli elementi anamnestici essenziali , e segnati i parametri vitali e lo stato clinico del paziente all' ingresso .
- Ai consulenti occorre far scrivere la consulenza in maniera chiara e con firma leggibile , evitando qualsiasi forma di contestazione e polemica tra colleghi di fronte al paziente o ai famigliari . (tutti i chiarimenti verranno fatti in separata sede e/o nelle sedi opportune) .
- I Medici del 118 collaborano in PS per i codici bianchi e verdi se non impegnati nel territorio (anche dopo le ore 24 se il PS è particolarmente intasato o se il Medico dei PS è occupato in situazioni particolarmente impegnative
- Quando il Medico del 118 porta un paziente in Pronto Soccorso affidandolo al Medico in servizio in PS deve allegare contestualmente una copia della scheda del 118 debitamente compilata che deve seguire il paziente nel suo percorso ; il non farlo o farlo in ritardo , oltre che una omissione di un atto dovuto, rappresenta una difficoltà ed un pregiudizio nella ricostruzione dell' iter clinico diagnostico e terapeutico dei paziente.
- Il Medico del 118 , che ha pari dignità e la stessa autonomia tecnico professionale del Medico di Pronto Soccorso , nei casi in cui questo ultimo sia già impegnato in un' altra emergenza , può autonomamente continuare in Pronto Soccorso la gestione ed il trattamento del paziente che ha trasportato dal territorio attenendosi ai protocolli clinico diagnostici condivisi ed alle procedure dell' ospedale . In questi casi però è il Medico del 118 che con la sua password redige il verbale di PS scrivendo tutto quello che fa fino al termine della prestazione o allo affidamento del paziente al collega del PS . In sintesi deve sempre essere chiaro e documentato lo stato clinico del paziente e " chi fa che cosa " .

Ricordo infine ai colleghi che la valutazione che il sottoscritto deve redarre annualmente su ogni singolo medico (dipendente) che opera nella U.O. si basa non tanto sugli aspetti tecnico professionali , che vengono dati per scontati ; bensì sugli aspetti gestionali- organizzativi, il rapporto con l'utenza e con i colleghi, il raggiungimento degli obiettivi ed il rispetto delle procedure e delle regole sia interne della U.O. che della Azienda.

Percorsi di assistenza pediatrica per gli utenti che afferiscono in Pronto Soccorso Generale.

L'ambulatorio divisionale pediatrico di "libero accesso" si svolge tutti i giorni feriali **dalle ore 11 alle ore 13** senza necessità di passare dal P.S.

- Per tutte le visite **pediatriche urgenti** al di fuori di questo orario rivolgersi al **pronto soccorso generale** dove il bambino verrà visitato dal medico di guardia .

- Nell'intero arco della giornata se il medico di guardia del pronto soccorso decide di ricoverare il piccolo, questi accederà con il foglio del P.S nel reparto pediatrico.

- Dalle **ore 19 alle ore 10 del giorno dopo**, il medico di guardia del P.S.G. può richiedere **la visita specialistica pediatrica differita**, che verrà effettuata nell'ambulatorio pediatrico di libero accesso e consulenza al P.S.G. che si svolge tutti i giorni dalle ore 11 alle ore 13.

- **Dalle ore 13 alle ore 19** se il medico di guardia richiede la visita specialistica pediatrica differita il piccolo verrà visitato **nell'ambulatorio pediatrico senza libero accesso, ma di consulenza al P.S.G., che si svolge tutti i giorni dalle ore 18 alle ore 19.**

- Se il medico di guardia del P.S. ritiene che la condizione clinica del bambino richiede una valutazione più ampia e tempestiva, procederà al ricovero urgente. Si sottolinea che la **richiesta di visita pediatria urgente farà scattare automaticamente il ricovero ordinario urgente richiesto dal P.S.G.**

- In situazioni di emergenza il medico di P.S.G. può richiedere la presenza del pediatra in P.S.ed anche in questo caso scatterà automaticamente il ricovero ordinario.

- **Nei giorni festivi** sono validi gli orari **11-13 e 18-19** per lo svolgimento dell'ambulatorio pediatrico di consulenza al Pronto Soccorso.

- Il pediatra, effettuata la visita negli orari di ambulatorio, se non c'è una richiesta esplicita dal Medico di Guardia del P,S, **non rinvierà i genitori al pronto soccorso**, ma conserverà in reparto copia del terzo foglio di consulenza che verrà rinviato settimanalmente dalla caposala della pediatria al caposala del P.S.

- Il medico di P.S.G. può ricoverare in **osservazione breve** solo i bambini con traumi cranici minori e per sospetta ingestione di sostanza tossica . (protocollo aprile 1999).

La regione Marche non ha ancora approvato l'**Osservazione Breve Pediatrica**, pertanto si rende necessario tornare al **protocollo originario che prevede l'osservazione breve pediatrica solo per i traumi cranici minori e l'ingestione di sostanza tossiche**, approvato dalla direzione Aziendale dell'ASLn.4 nell'aprile 1999.

Per tutte le altre patologie in cui il medico di Pronto Soccorso Generale **non ravvisi la necessità** di un ricovero ordinario la proposta della U.O. di Pediatria e Neonatologia è:

- 1) ricoverare in regime di **Day Hospital** i bambini che accedono al P.S.G. dalle **ore 8.00-alle ore 18.00** in cui **sia necessaria una visita pediatrica non differibile**.
- 2) ricoverare in regime di **ricovero ordinario** i bambini che richiedono sempre una visita pediatrica non differibile, ma che giungono **dalle ore 20.00 alle ore 8.00**.
- 3) Per quanto riguarda **la visita pediatrica non differibile** che arriva **dalle ore 8-alle 18** e per la quale veniva in passato, in alcuni casi, utilizzata l'osservazione breve, per permettere la presa in carico del paziente da parte dell'infermiera della pediatria, può essere utile un breve periodo di degenza anche di 2-4 ore, quindi si rende idoneo il **ricovero in DH** (reidratazione venosa, controllo elettroliti, controllo diuresi, insufficienza respiratoria lieve che comunque richiede il monitoraggio -temporaneo dei parametri vitali, febbre resistente all'antipiretico ecc.).
- 4) Si ricorda inoltre che la dizione visita pediatrica urgente equivale a ricovero ordinario e quindi la richiesta di visita pediatrica urgente fa scattare automaticamente il ricovero ordinario e non il DH.
- 5) Per la visita pediatrica differibile e' necessario **essere** chiari con i genitori dei bambini che arrivano nel primo pomeriggio o nelle prime ore del mattino spiegando che la visita ambulatoriale pediatrica si effettuerà la mattina **alle ore 11** e il pomeriggio **alle ore 18** e non prima anche se i pediatri sono presenti in reparto. L'ambulatorio di libero accesso e le consulenze per il P.S.G. sono regolamentati da percorsi precisi., essendo la pediatria un reparto di ricovero e cura e non un poliambulatorio. Spiegare ai cittadini, senza sottintesi, che hanno tre possibilità in attesa della visita pediatrica: a) tornare all'ora indicata, b)attendere in P.S.G, c) attendere nella sala d'aspetto della Pediatria.
I bambini con febbre, dopo essere stati trattati in PS con l'antipiretico, se non era stato somministrato a domicilio, seguono lo stesso percorso se il medico di PS giudica la visita differibile.
- 6) Attuazione dell'Area Pediatrica: i Primari delle Pediatrie marchigiane, convocati dalla Regione Marche, nella figura del dr. Maffei, oltre ad aver discusso

del problema assistenziale " osservazione breve pediatrica", sono stati sollecitati ad attuare in modo definitivo in tutte gli ospedali di rete e provinciali la cosiddetta "area pediatrica ", intendendo con tale dizione la necessità di ricoverare tutti i pazienti in età pediatrica in ambiente pediatrico, bambini-adolescenti con patologia chirurgica, ortopedica, oculistica , otorinolaringoiatrica, al fine di realizzare l'obiettivo indicato dal piano sanitario nazionale, mai veramente attuato nella Zona territoriale di Senigallia. Si ricorda che tale possibilità potrà essere attuata dopo averne tracciato i percorsi sia con i Direttori delle U.O. interessate che con i medici del P.S.G, sempre dopo aver valutato per ogni caso la disponibilità oggettiva del momento dei posti letto nell' U.O. della Pediatria.

I protocolli medici dell'asma bronchiale e della laringite ipoglottica sono i seguenti.

GESTIONE DELL' ASMA ACUTO NEL BAMBINO

Valutazione dei parametri di gravità dell'asma acuto

I parametri evidenziati in rosso sono quelli da rilevare per decidere i vari livelli di severità dell'accesso asmatico. La presenza di più di un sintomo di asma grave deve orientare verso tale forma.

	asma lieve	asma moderata	asma grave
SaO₂	> 95%	92-95%	< 92%
<i>Uso dei muscoli accessori</i>	assente	presente	presente
<i>Auscultazione torace</i>	modesti sibili, tele-espatori	Sibili intensi in-espatori	Silenzio respiratorio
<i>FR *</i>	normale	aumentata	molto aumentata
FC °	normale	aumentata	molto aumentata
Stato di coscienza	più o meno agitato	agitato	Agitato o letargico
Alimentazione/ Parola	Normale	Difficile	Impossibile
PEF se età > 5-6 anni	> 80%	60-80%	< 50%
PaO₂/ PaCO₂	> 80 /< 45 mmHg	60-80/ < 45 mmHg	< 60/> 45 mmHg

* FR valori di normalità

<i>età < 2 anni</i>	< 40 atti/min
<i>età 2 e 5 anni</i>	< 30 atti/min
<i>età > 5 anni</i>	< 20 atti/min

° FC valori di normalità

FC se età < 2 anni	< 120 bpm
FC se età 2 e 5 anni	< 100 bpm
FC se età > 5 anni	< 100 bpm

N.B:

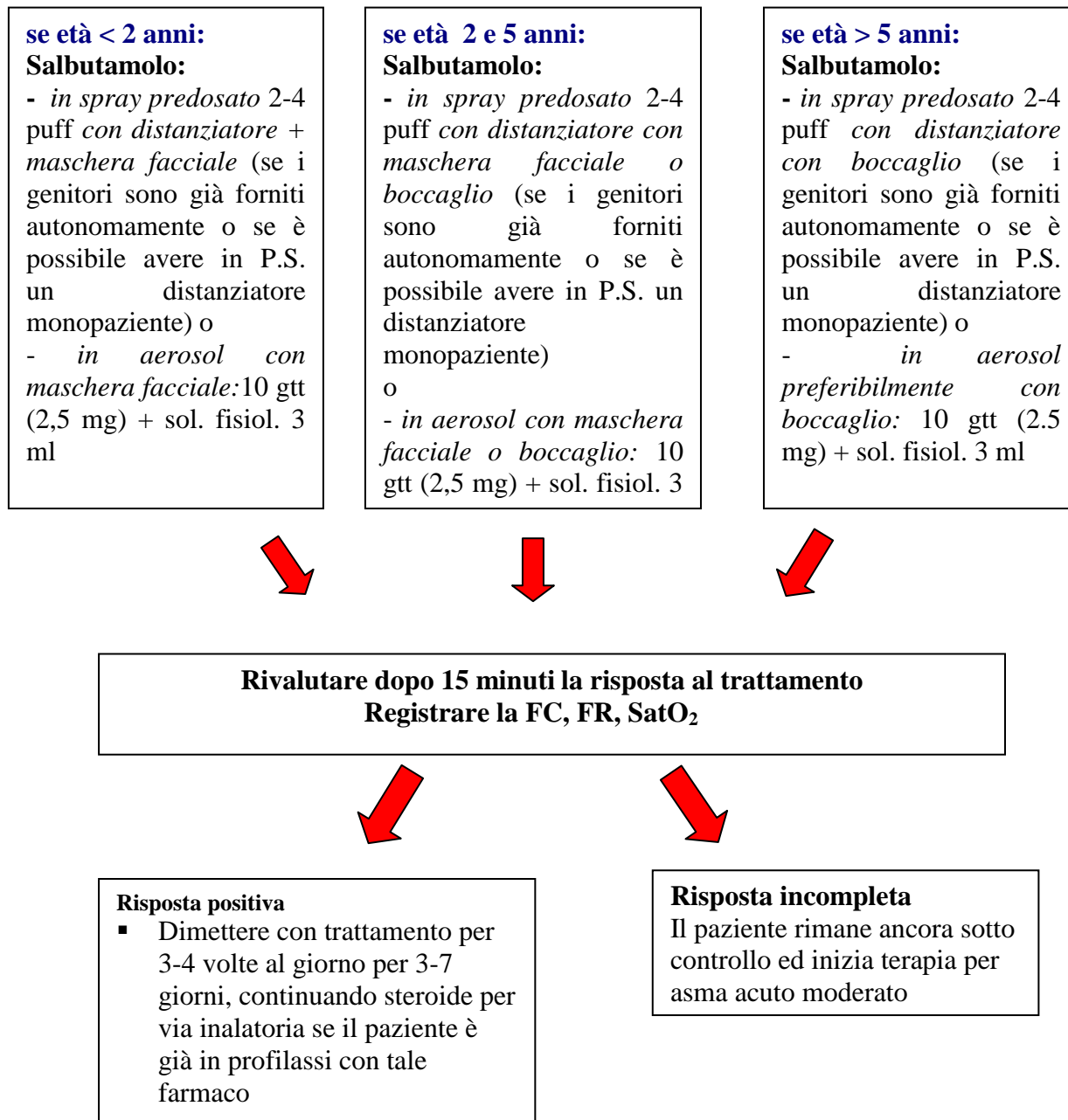
Parametri che in una forma grave richiedono l'intervento del rianimatore (asma rischio di vita):

- Respiro silenzioso – apnea
- Scarso sforzo respiratorio (esaurimento muscolare)
- Alterazione della coscienza
- Cianosi
- Bradicardia

Dal “Percorso clinico-assistenziale per la gestione del paziente con accesso asmatico in Pronto Soccorso Pediatrico”

Allegato 1

LA GESTIONE DELL'ASMA LIEVE IN PRONTO SOCCORSO



Allegato 2

LA GESTIONE DELL'ASMA MODERATO IN PRONTO SOCCORSO

se età < 2 anni:

Ossigenoterapia con cannule nasali

Salbutamolo:

- *in spray predosato 2 puff ogni 2 minuti fino ad un massimo di 10 puff con distanziatore + maschera facciale* (se i genitori sono già forniti autonomamente o se è possibile avere in P.S. un distanziatore monopaziente)

o

- *in aerosol (nebulizzatore) con maschera facciale: 10 gtt (2.5 mg) + sol. fisiol. -3 ml*

se età 2 e 5 anni:

Salbutamolo:

- *in spray predosato 2 puff ogni 2 minuti fino ad un massimo di 10 puff con distanziatore + maschera facciale o boccaglio* (se i genitori sono già forniti autonomamente o se è possibile avere in P.S. un distanziatore monopaziente)

o

- *in aerosol (nebulizzatore) con maschera facciale o boccaglio: 10 gtt (2,5 mg) + sol. fisiol. 3 ml*

se età ≥ 6 anni:

Salbutamolo:

- *in spray predosato 2 puff ogni 2 minuti fino ad un massimo di 10 puff con + distanziatore con boccaglio* (se i genitori sono già forniti autonomamente o se è possibile avere in P.S. un distanziatore monopaziente): o

- *in aerosol (nebulizzatore) preferibilmente con boccaglio: 10 gtt (2.5 mg) + sol. fisiol. 3 ml*

Aggiungere steroide per via orale Betametasone (*Bentelan*) 0.1 mg/kg o Prednisone (*Deltacortene*) 1mg/kg

Ripetere i puff o l'aerosol ogni 20' per altre 2 volte monitorando il paziente



Rivalutare la risposta al trattamento
Registrare la FC, FR, SatO₂



Risposta positiva

- **Continuare broncodilatatore ogni 1-4 ore**

- Dimettere quando stabile con trattamento con broncodilatatore ogni 4 ore

- Continuare per via orale Betametasone 0.1 mg/kg/die o Prednisone 1 mg/kg/die, in 2 dosi, fino a 3 giorni e aggiungere steroide per via inalatoria (se il paziente è in profilassi con tale farmaco)

Risposta incompleta

Il paziente deve essere ricoverato ed inizia terapia per asma grave

Allegato 3

LA GESTIONE DELL'ASMA GRAVE IN PRONTO SOCCORSO

- **Ossigenoterapia** con cannule **nasali fino a** raggiungere una normale saturazione
- **Aerosol (nebulizzatore) con salbutamolo** (Broncovaleas) 8-10 gtt (2-2,5 mg) + **ipratropio bromuro** (Atem) 1 ml (0,25 mg) e Sol. Fis. 1-2 ml
- **Prednisone** (Deltacortene cp 5-25 mg) 1 mg/kg per os o **Betametasona** (Bentelan 0.5 mg) 0.1 mg/kg per os o **Metilprednisolone** (Urbason) 0.5 mg/Kg ev o **Idrocortisone** (Flebocortid) 4 mg/Kg ev

Ricovero

Ripetere nebulizzazione (come sopra) ogni 20' per altre 2 volte monitorando il paziente

Rivalutare la risposta al trattamento
Registrare la FC, FR, SatO₂

Risposta positiva

- Continuare broncodilatatori per nebulizzazione ogni 1-4 ore (**beta2 agonista ± Ipratropio bromuro**)
- Prednisone 1-2 mg/Kg/die o Betametasona 0.1-0.2 mg/kg/die **per os**
- Dimettere quando stabile con trattamento con broncodilatatori ogni 4 ore e steroide per via orale per almeno 3 giorni
- In seguito aggiungere steroide per via inalatoria se il paziente esegua profilassi

Risposta incompleta o non risposta

- Considerare:
- Radiografia e emogasanalisi
 - Bolo ev di salbutamolo: 15 mcg/Kg seguito da infusione continua a 1-5 mcg/kg/min (200 mcg/ml di soluzione)
 - Aminofillina ev: 5 mg/kg lentamente in 20 minuti seguita da infusione continua a 1 mg/kg/ora
 - Intervento rianimatore

Da compilare da parte dei medici di Pronto Soccorso

Data _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Peso Kg _____

Livello di gravità dell'asma acuto: lieve Moderato Grave

FR _____ FC _____ SatO₂ _____ PEF _____

Terapia iniziale da compilare solo per asma moderato e grave:

Salbutamolo in aerosol con Sol. fisiol. 2-3 ml n° gtt _____ x _____ volte

in spray + distanziatore n° puff _____ x _____ volte

Ipratropio bromuro in aerosol 0.25 mg (1 ml) _____ x _____ volte

Betametasona os 0.1 mg/kg x _____ volte

Prednisone os 1 mg/kg x _____ volte

Metilprednisolone ev **0.5 mg/kg x _____ volte**

Idrocortisone ev **4 mg/kg bolo**

Ossigenoterapia _____ l/min

Risposta alla terapia: Positiva Incompleta

FR _____ FC _____ SatO₂ _____ PEF _____

Se la risposta è positiva, il paziente è stabile

Dimissione con

Salbutamolo in aerosol con Sol. fisiol. 2-3 ml n° gtt _____ ogni _____ ore

spray predosato +/- distanziatore n° puff _____ ogni _____ ore

Betametasona os dose _____ ogni _____ ore per _____ giorni

Prednisone os dose _____ ogni _____ ore per _____ giorni

Steroide per via inalatoria **farmaco _____ dose _____ ogni _____ ore**

Se risposta è incompleta, il paziente non migliora

Ricovero OBI **Ricovero in Reparto** _____

Intervento dell'anestesista

LARINGITE IPOGLOTTICA

- 1) Aerosol con Adrenalina 1 fiala ogni 5 Kg fino ad un massimo di 5 fiale. Diluire sempre con soluzione fisiologica 1-2 cc a seconda del dosaggio.
- 2) Aerosol con cortisonico ad alto dosaggio: ClenilA 2 fiale subito dopo l'aerosol con adrenalina per evitare l'effetto rebound.
- 3) Proseguire ogni 2-4 ore fino a miglioramento del quadro sospendere se il laringospasmo è risolto e proseguire con 2-3 somministrazioni giornaliere.
- 4) Nei casi gravi continuare anche con adrenalina 1 fiala ogni 5 Kg + desametasone im: Decadron 0,4/0,6 mg/Kg/dose).
- 5) Nell'epiglottite non serve l'aerosol ma effettuarlo comunque in attesa dell'anestesista come preparatorio all'intubazione.

Regolamentazione del PRONTO SOCCORSO Ostetrico-ginecologico.

URGENZA OSTETRICA

La paziente ostetrica con carattere d'urgenza accede direttamente in Reparto senza passare attraverso il Pronto Soccorso. Il Medico di Guardia di Ginecologia e Ostetricia deve:

- 1) Trascrivere sul Registro del Pronto Soccorso Ostetrico e Ginecologico i dati anagrafici e assistenziali della paziente comprendenti: Cognome e Nome, Data di nascita o età, Residenza, USL di appartenenza, Tipo di prestazione, Diagnosi e provvedimenti (Ricovero, Esami ematici, ecografia, cardiocografia, esami radiologici ecc, Terapie)
- 2) Redigere le impegnative sul ricettario regionale, una per ciascuna prestazione eseguita, riportando Cognome e Nome della paziente, Comune di residenza, USL di appartenenza, Età, Codice Regionale e Codice della prestazione. Tutte le prestazioni che il medico specialista ritiene necessarie per la diagnosi di una patologia insorta in gravidanza, sono ESENTI DALLA COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA. Le impegnative vanno trattenute e inviate alla fine del mese in amministrazione per la documentazione della attività del Reparto.

URGENZA GINECOLOGICA

L'accesso al Reparto in regime di urgenza può verificarsi in tre modi:

CASO A - Su richiesta URGENTE dei Medico di Base

In questo caso *la paziente accede direttamente in Reparto.*

CASO B - Su richiesta del Pronto Soccorso

La prestazione viene eseguita in regime di consulenza specialistica.

CASO C - Su richiesta urgente diretta della paziente

In questo caso il Medico di Guardia può comportarsi in due modi:

- 1- *Inviare la paziente (NON il familiare) al Pronto Soccorso per attivare la normale procedura in regime di consulenza.*
- 2- *Eeguire direttamente la visita urgente.*

In tutti i casi il Medico di Guardia deve documentare le prestazioni eseguite, secondo le modalità descritte per l'Urgenza Ostetrica.

Se la prestazione consiste in una consulenza a favore del Pronto Soccorso, il Medico di Guardia dovrà inoltre riempire i moduli allegati alla richiesta di consulenza. Se la prestazione viene eseguita in una paziente che ha bypassato il P.S., il Medico di Guardia, oltre a trascrivere la prestazione nel Registro, dovrà:

- 1) trascrivere le prestazioni sul ricettario regionale (una impegnativa per ciascuna prestazione) invitando le pazienti non esenti-ticket al pagamento del ticket stesso, ed alla successiva trasmissione al reparto della documentazione relativa
- 2) riempire un modulo in duplice copia, simile al modulo di consulenza del P.S., di cui una copia sarà consegnata alla paziente, ed una copia sarà inviata alla Amministrazione alla fine del mese contestualmente alle altre prestazioni eseguite dalla Unità Operativa

Secondo gli accordi intercorsi con il Responsabile del Pronto Soccorso, qualora il Medico del P.S. non riscontri i presupposti di una reale urgenza, inviterà la paziente a presentarsi il mattino successivo tra le ore 10.00 e le ore 12.00 nel *Reparto* di Ginecologia e Ostetricia, *per eseguire* la CONSULENZA GINECOLOGICA, *che sarà effettuata* dal Medico di Guardia di Ginecologia e Ostetricia.

REGOLAMENTO ATTIVITA' INTRA MOENIA MEDICI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE DELLA POTES DI SENIGALLIA

PREMESSA

I Medici della emergenza territoriale (M.E.T.) in servizio nella Potes di Senigallia sono attivi presso il Pronto Soccorso 24/h. su 24.

Ad essi ed al restante personale della Potes sarà assegnato, non appena la riorganizzazione degli spazi lo renderà possibile, un idoneo locale presso il P.S. Nel frattempo nei momenti di non operatività tutto il personale della Emergenza Territoriale potrà usufruire degli spazi non sanitari presenti nel P.S.

FUNZIONI - COMPITI - GESTIONE DELLE URGENZE

Fermo restando che l'attività istituzionale dei M.E.T. è quella di intervenire prioritariamente nelle situazioni di emergenza nel territorio attivate dal Sistema di allarme sanitario, essi, quando non impegnati in tale funzione primaria, partecipano alla attività di Pronto Soccorso secondo quanto disposto dalle normative contrattuali e legislative vigenti.

I M.E.T. utilizzano la stessa refertazione impiegata in P.S. seguendo le stesse regolamentazioni, amministrative, medico legali a cui si attiene la U.O. Pronto Soccorso Medicina d'accettazione e d'urgenza.

In ogni turno il punto di riferimento organizzativo e gestionale è il medico dipendente di Pronto soccorso leader (medico non necroscopo operante nella seconda medicheria). E' con il medico leader che vengono cogestite le urgenze maggiori (Codici - 3) e quelle di più rilevante impegno chirurgico.

Per tale motivo ogni qualvolta il M.E.T. arrivi in P.S. con un Codice - 3 è opportuno che il Medico leader ed il personale infermieristico, se non impegnati con altro paziente critico, si concentrino sulla emergenza trasportata dal M.E.T.

Le urgenze minori verranno distribuite tra tutto il personale medico attivo secondo le priorità del triage e le necessità della U.O.

I M.E.T., attivi 24/h. su 24 presso il P.S., si allontaneranno oltre che per i motivi istituzionali legati agli interventi di emergenza territoriale anche per motivi connessi alla necessità del servizio, informando sempre il medico leader dei motivi dell'allontanamento.

TURNO NOTTURNO

Dalle 20 alle 24 il M.E.T. staziona in P.S. come nel turno diurno. Dalle 24.00 alle 7.00 il M.E.T. gestisce direttamente le urgenze minori dal lui trasportate, cogestisce con il Medico di P.S. le urgenze maggiori e che richiedono l'intervento di Medici reperibili delle U.O. ospedaliere.

In casi di accessi multipli diretti di cui uno grave, il Medico del P.S. attiverà il M.E.T.

nella sua sede di attesa .

RESPONSABILITA' - PASSAGGIO IN CURA - PRESA IN CARICO

Vista l' attività primaria dei M.E.T. , la responsabilità finale del paziente nei passaggi di presa in carico è del medico che timbra e firma la chiusura della certificazione .

Comunque attraverso il software si evidenzieranno i nomi dei 2 medici che hanno trattato il paziente . Qualora il M.E.T. che sta trattando un paziente in P.S. viene attivato dalla Centrale Operativa per una emergenza esterna , è opportuno che il Medico del P.S. ed il personale infermieristico , se non impegnati con un paziente critico , si dirigano prontamente nello ambulatorio in cui operava il M.E.T. per accelerare la trasmissione di informazioni e la presa in carico del paziente trattato .

REPERIBILITA'

Viene confermato l' istituto della reperibilità per i M.E.T. secondo quanto previsto dagli accordi regionali .

Tale istituto viene attivato dalla Centrale Operativa , di concerto con il Dirigente responsabile della U.O. , ogni qualvolta si verificano situazioni di emergenza : malattie improvvise , infortuni documentati avvenuti nelle ultime 12 ore ; o in particolari evenienze , trasporti interospedalieri (come da protocollo) , calamità .

PERSONALE INFERMIERISTICO DI SUPPORTO ED AUTISTI AMBULANZA

Il M.E.T. opera prevalentemente con l' infermiere dell'emergenza territoriale.

Nei casi in cui il Medico di P.S. è uno solo il M.E.T. può operare con l' infermiere di Pronto Soccorso se non vi sono situazioni di urgenza e di sovraffollamento del P.S. stesso. Comunque ogni qualvolta il Medico leader lo ritenga opportuno per il servizio (es. assistenza di pazienti critici in Radiologia) attiverà il personale della emergenza territoriale in attesa in Centrale.

In attesa della riorganizzazione degli spazi e della attivazione del 118 il personale della autoambulanza della 1 ° emergenza sosterrà nel Pronto soccorso sino alle ore 24 in supporto alle attività sanitarie svolte in P.S.

L'ambulanza preleverà il M.E.T. dal Pronto Soccorso quando questi vi opera.

RAPPORTI CON AUTORITA' GIUDIZIARIA. Obblighi di informativa

L'obbligo di informativa dei reati perseguibili d'ufficio all'Autorità Giudiziaria è contenuto negli articoli 331 e 332 del nuovo codice di procedura penale sotto forma di denuncia la cui omissione è penalmente sanzionata (art. 361 c.p.). Trattasi di "notizia criminis" qualificata da inoltrare in forma scritta all'Autorità Giudiziaria indicante il giorno in cui la notizia di reato è stata acquisita seguita da una esposizione succinta del fatto con tutte le circostanze utili per l'avvio delle successive indagini (da qui prende inizio infatti l'azione penale) e quando è possibile le generalità di chi è indicato come reo, della persona offesa dal reato e quant'altro valga alla loro identificazione.

(" i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio devono fare denuncia per iscritto anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito. La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un solo atto". Art. 331 c.p.p.)

Destinatari dell'obbligo di denuncia.

Sono tenuti all'obbligo di denuncia ai sensi della normativa in esame i pubblici ufficiali o gli incaricati di pubblico servizio.

In tali categorie rientrano *tutti i medici delle strutture pubbliche* (medici ospedalieri e della Azienda sanitarie, medici degli istituti penitenziari, - medici convenzionati)

Modalità operative

L'obbligo di denuncia grava sul medico della struttura pubblica ogni qualvolta lo stesso nell'esercizio della sua attività venga a conoscenza di fatti che rivestono profili di rilevanza penale che siano perseguibili di ufficio.

Per *conoscenza della notizia di reato* si intende non l'accertamento storico definitivo in ordine alla verifica dell'ipotesi delittuosa (trattasi infatti di un compito riservato dalla legge all'autorità giudiziaria), ma la sua percezione potenziale, effettuata dal medico sulla base di una valutazione prognostico-ipotetica degli elementi acquisiti fino a quel momento nel corso della sua attività, a prescindere da quegli sviluppi successivi, che al momento non erano emersi nè potevano essere previsti.

Questo è peraltro il prevalente orientamento del Pronto Soccorso nella realtà nazionale ovvero presentare denuncia tutte le volte che sussiste il "sospetto" di reato perseguibile d'ufficio.

Il medico deve quindi trovarsi di fronte ad un fatto storico ben preciso, individuato nei

suoi elementi essenziali, che possono così sintetizzarsi:

- soggetti coinvolti (responsabile, vittima, ed eventuali persone informate sui fatti); - data, ora e luogo dell'accadimento;
- condotta: modalità e mezzi di realizzazione del reato;
- effetti che il reato ha causato o avrebbe potuto causare,
- luogo tempo e circostanze dell'intervento sanitario prestato.

Forma e tempi della denuncia

La denuncia deve essere redatta per iscritto. Pertanto va sottoscritta direttamente dal medico operante, con firma autografa leggibile, meglio se corredata di *timbro nominativo* (e non semplicemente il timbro della struttura di appartenenza).

Può essere consegnata a mano o trasmessa con raccomandata AR all'Autorità competente identificata nel Pubblico Ministero (presso la Procura della Repubblica di Ancona) o nell'Ufficiale di Polizia Giudiziaria competente per territorio (Comando Stazione dei Carabinieri, Commissariato di Pubblica Sicurezza).

Circa i tempi, la denuncia deve essere portata a conoscenza dell'Autorità Giudiziaria "senza ritardo": la formula scelta dal legislatore evidenzia, da un lato, l'insussistenza di rigide scansioni temporali (e ciò anche per consentire al medico il necessario approfondimento tecnico ai fini di una esatta valutazione del fatto), dall'altro, la necessità di evitare che un'indebita inerzia del medico pregiudichi l'assicurazione delle fonti di prova e di conseguenza l'efficacia dell'intervento del Pubblico Ministero.

E' opportuno evidenziare che l'obbligo di denuncia . grava su ogni medico che rivesta la qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio che nel corso della sua attività abbia avuto conoscenza di una notizia di reato.

L'eventuale conoscenza concomitante o successiva del fatto da parte di più sanitari non esime ciascuno di essi dalla redazione di una autonoma denuncia ai sensi dell'art. 331 c.p.p.

E' tuttavia possibile redigere una denuncia cumulativa che dovrà essere sottoscritta congiuntamente da tutti i sanitari intervenuti.

Tale è per esempio il caso molto frequente, in cui in sede di prestazione erogata dal Pronto Soccorso, vi sia stata la necessità di approfondimento clinico-diagnostico mediante l'ausilio di consulenti: anche essi sono obbligati, parimenti al medico di turno, a redigere la denuncia.

I reati perseguibili d'ufficio dei quali i medici di Pronto Soccorso possono avere notizia in riferimento al loro specifico ambito di attività, sono:

Delitti contro la vita:

- le diverse fattispecie di omicidio (artt. 575, 579, 584, 589 c.p.)
- l'infanticidio determinato da condizioni di abbandono materiale e morale (art. 5,78), l'istigazione o aiuto al suicidio (art. 580 c.p.), la morte come conseguenza di altro delitto (art. 586 c.p.);
- i delitti di aborto (legge 194 del 22.5.1978); l'omissione di soccorso (art. 593 c.p.), l'abbandono di minori o incapaci (art. 591 c.p.)

Delitti contro l'incolumità individuale:

Lesioni personali dolose (lievi, gravi e gravissime) nonché le lesioni personali colpose, di cui all'art. 590 c.p., (gravi, gravissime, dipendenti da fatti connessi con

violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale).

Viene allegata la classificazione della lesione personale dolosa. La lesione personale viene definita lievissima quando la durata della malattia non supera i venti giorni e non concorrono le circostanze aggravanti previsti dagli artt. 583 e 585 che vanno ad identificare le lesioni personali gravi e gravissime e le altre circostanze aggravanti di cui all'art. 577 ovvero se il fatto è commesso contro l'ascendente o il discendente; con il mezzo di sostanze venefiche od altro mezzo insidioso.

Il codice penale prevede all'art. 590 la lesione personale colposa distinguendone tre fattispecie:

1. LESIONE COLPOSA SEMPLICE - E' semplice, ossia non aggravata, la lesione colposa dalla quale deriva una malattia di durata non superiore ai 40 giorni.
2. LESIONE COLPOSA GRAVE - E' grave la lesione quando ne deriva una malattia di durata superiore ai 40 giorni o concorre una delle altre circostanze previste dall'art. 583 per la corrispondente lesione dolosa.
3. LESIONE COLPOSA GRAVISSIMA - E' gravissima la lesione quando ne deriva una malattia certamente o probabilmente insanabile o concorre una delle altre circostanze previste dall'art. 583 per il corrispondente grado della lesione dolosa.

Il delitto è punibile a querela della persona offesa, ad eccezione delle lesioni gravi o gravissime dipendenti da fatti commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale (art. 92 Legge 24 novembre 1968, n. 689) per le quali si procede d'ufficio.

Vanno inoltre considerate le lesioni conseguenti ad altro delitto. Le lesioni personali riportate a seguito ad esempio di una rissa. Analogo procedimento è previsto se la lesione personale è derivata dall'abbandono di un minore o di una persona incapace di provvedere a sé stessa o derivate dal mancato soccorso a minori o incapaci o pericolanti.

La segnalazione all'Autorità Giudiziaria va inoltrata anche nei confronti dei soggetti giunti al Pronto Soccorso in stato di overdose in quanto può configurarsi la lesione conseguente ad altro delitto, il tentato omicidio, l'istigazione o aiuto al suicidio.

Competenze del Medico di Pronto Soccorso:

Si precisa inoltre che, qualunque medico, indipendentemente dalla qualifica rivestita, può essere chiamato a compiere indagini ausiliarie di Polizia Giudiziaria e tale attività è dovuta secondo quanto previsto dal comma 4 dell'art. 348 del c.p.p. " La polizia giudiziaria quando, di propria iniziativa o a seguito di delega del Pubblico Ministero, compie atti od operazioni che richiedono specifiche tecniche, può avvalersi di persone idonee le quali non possono rifiutare la propria opera". Tra queste attività rientrano, per esempio,

le ispezioni corporali (art. 245 c.p.p.) per reperire cicatrici, lesioni su parti coperte del corpo, segni di parto recente, segni di violenza sessuale; le perquisizioni personali (art. 249 c.p.p.) che si differenziano dalle precedenti in quanto prevedono l'esplorazione di cavità naturali del corpo.

In entrambi i casi predetti, prima di procedere l'interessato deve essere avvertito della facoltà di farsi assistere da persona di sua fiducia quale può essere il medico di Medicina Generale purché prontamente reperibile.

Tra le indagini da effettuare per conto dell'Autorità Giudiziaria rientra infine la consulenza tecnica quale l'esame cadaverico che consiste nella descrizione del cadavere con indicazione del sesso, età, stato del trofismo generale, temperatura del corpo, ipostasi e rigidità cadaverica, descrizione dettagliata delle eventuali lesioni rinvenute nei diversi segmenti corporei con indicazione dell'epoca della morte e della causa della stessa.

Altri esempi di circostanze e delitti per i quali i sanitari sono tenuti alla presentazione della denuncia sono. -

- l'avvelenamento di acque o di, sostanze alimentari (art. 439 c.p.)
- l'adulterazione e la contraffazione di sostanze alimentari (art.440 c.p.)
- l'adulterazione e la contraffazione di altre cose in danno alla pubblica salute (art.441 c.p.)
- il commercio di sostanze alimentari contraffatte ed adulterate (art.442 c.p.)
- il commercio e la somministrazione di medicinali guasti (art.443 c.p.)
- il commercio di sostanze alimentari nocive (art. 444 c.p.)
- la somministrazione di medicinali in modo pericoloso per la salute pubblica (art.445 c.p.)
- l'esercizio abusivo di una professione (art. 348 c.p.)

Per i reati perseguibili a querela di parte non dovrà redigersi alcuna denuncia né dovrà essere inoltrata, in assenza di richiesta da parte dell'Autorità Giudiziaria direttamente dal Pubblico Ministero o dalla Polizia Giudiziaria, su delega di quest'ultimo) alcuna documentazione sanitaria relativa all'intervento prestato, trattandosi di dati sensibili tutelati dalla nuova disciplina sulla privacy oltre che coperti dal segreto professionale.

A titolo esemplificativo si riportano i delitti per i quali non vi è obbligo di denuncia:

1. la violenza carnale (art. 519 c.p.)
2. gli atti di libidine violenti (art 521 c. p)
3. le percosse (art. 581 c.p.)
4. le lesioni personale dolose lievissime (art. 583 c.p.)
5. le lesioni colpose semplici (art. 581 c.p.)

salvo i casi in cui siano non correlabili al delitto di lesioni personali, ovvero commessi dal genitore o dal tutore, da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio o se associati ad altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio, ad esenypio, atti osceni.

Certificati di Pronto Soccorso e Sanzioni Amministrative in caso di Incidente Stradale

In caso di evento colposo, quale è l'incidente stradale, l'obbligo di denuncia sussiste quando vi è pericolo per la vita ("prognosi riservata") o decesso di una o più persone coinvolte. Sussiste ovviamente, anche se lesioni colpose meno

gravi sono associate ad un reato perseguibile d'ufficio (omissione di soccorso, furto d'auto ecc...).

L'esigenza di determinare la durata delle sanzioni amministrative accessorie, previste dal Codice della Strada, non può prevalere sul diritto dei cittadini alla riservatezza (ribadito dalla Legge 31112/1996 n. 675) e sugli obblighi, deontologico di Segreto Professionale e penale di Segreto d'Ufficio da parte dei medici.

Pertanto, in assenza di procedibilità d'ufficio, gli Organi di Polizia Giudiziaria che verbalizzano un incidente stradale, se ritengono utile acquisire la relativa documentazione sanitaria, ne faranno richiesta direttamente al paziente.

Ai sanitari può essere comunque richiesto:

- se un certo paziente si è presentato in Pronto Soccorso. In caso di risposta affermativa si deduce che sono state certificate lesioni e che tali lesioni non comportano pericolo di vita;
- se il paziente si trova ancora in Pronto Soccorso, è stato ricoverato o dimesso.

Nessuna notizia può essere pretesa per via telefonica.

Per agevolare l'acquisizione del certificato i Medici possono:

- chiedere ai pazienti ambulatoriali di trattenerli nei locali adiacenti il Pronto Soccorso fino all'arrivo degli Agenti di Polizia, nel caso questi, telefonicamente, abbiano formulato richiesta in tal senso;
- fornire ai pazienti ricoverati in seguito ad un incidente stradale una seconda copia del certificato, da esibirsi, se lo ritengono opportuno, agli Agenti. E' normale infatti che la prima copia del certificato di Pronto Soccorso sia inserita nella cartella clinica e pertanto sia difficile per il paziente disporne.

Classificazione della lesione personale dolosa			
LIEVISSIMA	LIEVE	GRAVE	GRAVISSIMA
Malattia di durata non superiore a 20 giorni, senza le aggravanti di cui agli artt. 583 E 585 C.P.	Malattia di durata da 21 a 40 giorni	Malattia di durata superiore a 40 giorni Incapacità alle ordinarie occupazioni superiore a 40 giorni Pericolo per la vita <i>Indebolimento permanente di un senso o di un organo</i>	Malattia certamente o probabilmente insanabile Perdita di un senso Perdita dell'uso di un organo Perdita di un arto Mutilazione che rende l'arto inservibile Incapacità di procreare Difficoltà della favella grave e permanente Deformazione o sfregio permanente del viso
Si procede a querela Denuncia: no	Si procede d'ufficio Denuncia : obbligatoria	Si procede d'ufficio Denuncia: obbligatoria	Si procede d'ufficio Denuncia: obbligatoria

Rapporti con stuatoria giudiziaria 2

Protocollo trattamento ustioni termiche di I grado e II grado superficiale e profondo.

(in collaborazione con Chirurgia plastica Centro Ustionati- Ambulatorio ferite difficili Ospedale Niguarda Milano)

Note generali

E' ormai acquisito che tutte le ferite e le ustioni hanno il loro terreno favorevole di riparazione in ambiente umido, per tale motivo ogni medicazione deve essere protetta con un strato di garze grasse che fornisce un buon piano di scorrimento ed i substrati lipidici che stimolano la guarigione, prevenendo inoltre la proliferazione batterica (che risulta difficoltosa nei materiali viscosi).

Debbono essere evitati antisettici in soluzione idroalcolica che svolgono una azione disidratante ed istolesiva, la loro azione va riservata alla disinfezione della cute integra.

Si ricorda inoltre che alcuni antisettici di comune impiego come il mercurocromo hanno una elevata azione istolesiva (descritte dermatiti e ipersensibilità) ed una debole azione batteriostatica.

Anche l'acqua ossigenata ha una debole azione batteriostatica ma è notevolmente istolesiva per i tessuti in fase di granulazione, va limitata alla prima detersione di cavità contenenti pus, coaguli o corpi estranei.

L'antibiotico topico, preferibilmente, non va usato in prima battuta nella terapia di una ustione e di una ferita (anche a scopo di detersione-lavaggio): la dose somministrata per via topica su cute disepitelizzata per un verso è riassorbita al cento per cento e quindi può provocare fenomeni di intossicazione sistemica, per l'altro non raggiunge mai il sito d'azione (il fondo della perdita di sostanza) poiché si disperde sui tessuti periferici e sui margini della ferita. Al sito d' azione giungerà una dose inefficace che facilmente provocherà l'interazione tessuti-microrganismo-farmaco, la prima reazione che porta alla resistenza compromettendo e ritardando anche la cicatrizzazione della ferita.

Anche la terapia cortisonica per via topica ha spesso una azione negativa di ritardo della guarigione; l'unica sua indicazione è nella fase di granulazione di una ustione o di una ferita, quando la granulazione è eccessiva tanto da compromettere la riepitelizzazione (anche in questi casi la terapia cortisonica preferibilmente non va associata all' antibiotico)

PRINCIPI GENERALI DI TRATTAMENTO DELLE USTIONI

- Lavaggio con soluzione fisiologica ed antisettica acquosa,(clorexidina , betadine in soluzione acquosa al 10%)
- applicazione di crema di sulfadiazina d'argento (connettivina plus o sofargen crema, in attesa che la farmacia dell' ospedale fornisca il prodotto da banco)
- Applicazione di tulle grasso (garza non AD)
- Chiusura con cotone in strato sottile e garza orlata lievemente compressiva.

Il grado superficiale (ustioni caratterizzate da un colore rosa chiaro e dalla presenza di flittene)

- la medicazione è come sopra, senza aprire le flittene.
- Queste si apriranno in 2° o 3° giornata quando 1' ustione e 1' essudato si sono stabilizzati.
- L' apertura avverrà sterilmente con incisione sulla cupola della flittene non asportandola tutta, ma lasciandone un margine in periferia di circa 2 - 3 mm.; successivamente applicazione di sulfadiazina d' argento e tulle grasso.

Nel Il grado profondo (superficie di colore bianco marezzato in genere priva di flittene):

- il trattamento è inizialmente conservativo come nelle situazioni precedenti ,
- nei giorni successivi se si evidenzia la formazione di una escara biancastra e fibrinosa iniziare una escariotomia farmacologia (detersione enzimatica)con applicazione sull' ustione di una pomata con collagenasi (Noruxol ; preferibilmente all' Irujol che contiene antibiotico).

(Pomate a base di collagenasi debbono essere utilizzate in tutte le ferite e le lesioni in cui è presente una escara necrotica o uno strato aderente di fibrina sul fondo della lesione).

Nelle ustioni di III grado (interessamento degli strati profondi del derma e del sottocutaneo)

- (inizialmente 1' escara può essere biancastra poi diventa scura per la disidratazione), il trattamento iniziale è analogo alle forme precedenti ; in questi casi è però opportuna una precoce toilette ed escariotomia chirurgica comprendente il tessuto sottocutaneo.
- Se l'estensione della ustione di III grado è superiore al 5%. È opportuno ospedalizzare il paziente, preferibilmente in un Centro Ustionati.

PERCORSO DI UN PAZIENTE CON SOSPETTA TVP

L'incidenza della TVP nella popolazione generale è stimata intorno a 1,6-1,8 per mille per cui la probabilità di trovarsi di fronte ad un paziente con tale patologia è un evento non raro. La TVP può manifestarsi a tutte le età, anche se l'incidenza è molto più bassa nei giovani e più alta negli anziani.

Solo il 25-30 % dei pazienti con sintomatologia compatibile hanno una TVP confermata dall'esame strumentale e in circa il 75% dei casi le TVP sono asintomatiche. La conferma di una TVP deve essere data da un ecodoppler dopo una valutazione clinica che tenga presente alcuni dati:

- precedenti episodi di TVP
- immobilizzazione
- chirurgia maggiore
- patologia maligna
- scompenso cardiaco
- traumi arti inferiori
- trombofilia genetica o acquisita
- terapia estroprogestinica
- gravidanza
- età

Un modello clinico finalizzato alla valutazione della probabilità clinica di TVP è stato sviluppato da Wells.

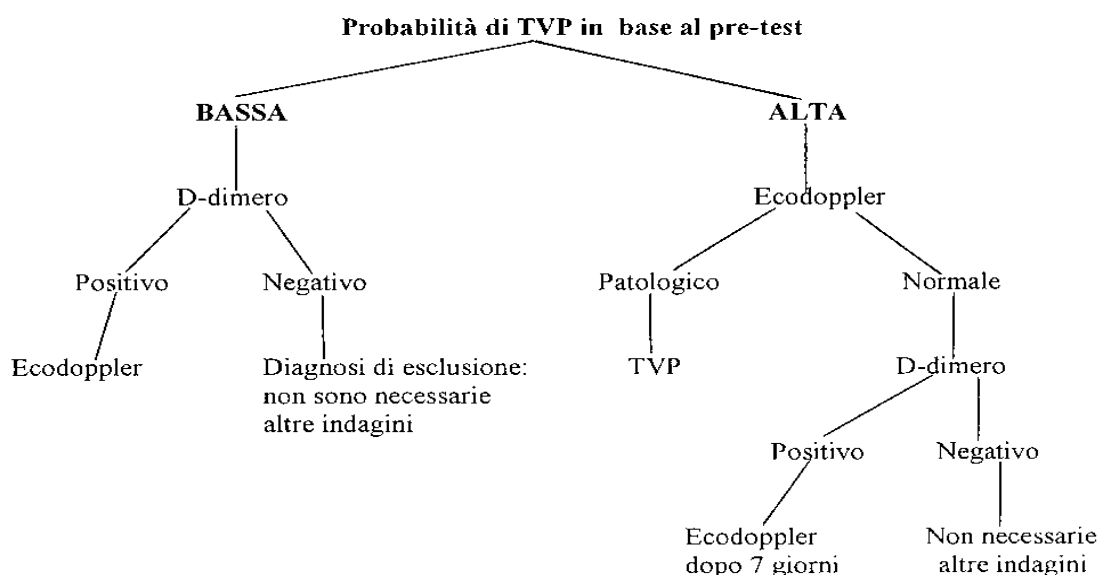
PROBABILITA' PRE-TEST DI TVP NEGLI ARTI INFERIORI

CARATTERISTICHE CLINICHE	Punt.
Cancro attivo	1
Paralisi, paresi, recente ingessatura arti inferiori	1
Allettamento recente > 3 gg o chirurgia maggiore nelle 4 settimane precedenti	1
Dolorabilità localizzata lungo il sistema venoso profondo	1
Edema di un intero arto inferiore	1
Circonferenza di 3 cm superiore di quella dell'arto asintomatico (misurato 10 cm sotto la tuberosità tibiale)	1
Edema improntabile dell'arto sintomatico	1
Vene superficiali collaterali (non varicose)	1

Pregressa documentata TVP	1
Diagnosi alternativa come probabile o maggiore di quella di TVP	- 2
Probabilità clinica pre-test calcolata come punteggio totale: < 2: bassa probabilità di TVP > 2: alta probabilità di TVP	

Per la definizione della diagnosi sono indispensabili:

- D-dimero
- Ecodoppler



- Alla sede, distale o prossimale, all'età, alle condizioni del paziente si valuta la necessità di un ricovero ospedaliero.
- Richiesta di consulenza medica e ricovero nell'U.O. di Medicina Interna.
- In mancanza di disponibilità del posto letto il paziente viene "appoggiato" in un'altra Unità Operativa, a carico della Medicina, con la terapia prescritta dal medico consulente.

Non appena possibile il paziente viene poi reintegrato nella degenza della Medicina.

DEFINIZIONE e GESTIONE DEL TRAUMA CRANICO MINORE

Classicamente il trauma cranico viene suddiviso in :

Minore : GCS 13-15

Moderato : GCS 9-12

Grave : GCS 3-8

Poiché i pazienti che hanno un GCS (Glasgow Coma Scale) di 13 sono più omogenei per sintomi ed outcome con quelli che fanno parte del gruppo moderato , il Committe on Trauma dell' American College of Surgeons e il Gruppo di studio sul trauma cranico dei Neurochirurghi italiani ritengono che solo i pazienti con GCS di 15 e 14 possano rientrare nella definizione di trauma cranico minore.

Si definisce trauma cranico minore quel trauma cranico con punteggio GCS di 15 o 14 all' arrivo in Pronto Soccorso . Ne sono esclusi i pazienti che presentino deficit focali , sospetto di frattura affondata o segni clinici di frattura della base cranica .

Il trauma cranico minore viene suddiviso in 3 gradi , cui corrispondono un diverso rischio evolutivo e una diversa gestione.

Grado 0.

Rientrano in questa categoria i pazienti orientati nel tempo e nello spazio (GCS 15), senza perdita di coscienza , né amnesia né cefalea diffusa e/o vomito , che accusano dolore limitati alla zona di impatto dove si rileva contusione, può esservi una lieve vertigine.

Grado 1.

Rientrano in questa categoria i pazienti orientati nel tempo e nello spazio (GCS 15) con almeno uno dei seguenti sintomi : perdita di coscienza , amnesia post traumatica , cefalea ingravescente o vomito . La presenza di vasta ferita lacero-contusa è un elemento considerato sufficiente per l' inserimento in questo gruppo.

Grado 2.

Rientrano in questo gruppo i pazienti confusi (GCS 14) , ma senza deficit di lato.

FATTORI DI RISCHIO

Agli elementi clinico anamnestici che permettono di classificare il trauma cranico minore se ne aggiungono altri che determinano un rischio aggiuntivo di lesione cerebrale evolutiva . Tali fattori sono

- **Età.** I pazienti più anziani hanno un rischio maggiore in termini di morbidità e mortalità. Dopo i 60 anni questo rischio aumenta in maniera significativa rispetto ai gruppi di persone più giovani.
- **Alcool.** L'alcolismo è considerato un fattore di rischio aggiuntivo. Inoltre i pazienti che arrivano in Pronto Soccorso in stato di ebrezza alcolica non forniscono notizie anamnestiche attendibili ; questo fatto deve essere tenuto in attenta considerazione nella gestione del paziente.

- **Terapia con anticoagulanti.** I pazienti in terapia anticoagulante e quelli con deficit congeniti o acquisiti della coagulazione sono considerati a rischio di sanguinamento , anche se gli studi a disposizione riguardano la popolazione pediatrica e pazienti adulti con traumi più gravi.
- **Epilessia .**
- **Storia di pregressi interventi neurochirurgici**

GESTIONE DEL TRAUMA CRANICO

Considerazioni generali

Anamnesi

Le notizie che devono essere ricercate attentamente sono la perdita di coscienza e l' amnesia anterograda e retrograda , ossia i sintomi che definiscono il trauma cranico minore.

La perdita di coscienza è considerata il sintomo più importante nella storia del paziente , a prescindere dalla durata. In alcuni studi , la durata , testimoniata della perdita di coscienza , oltre i 15 minuti sembra associarsi a un aumento di lesioni rilevabili all' esame TC.

Oltre alla perdita di coscienza va indagata la presenza di cefalea diffusa e vomito.

La indagine anamnestica deve proseguire con la ricerca di possibili fattori di rischio aggiuntivi . Nel caso il paziente venga dimesso , è assolutamente necessario fornire istruzioni di comportamento e di osservazione a chi lo accompagna , che ne diventa lo affidatario. Va sempre valutata l' affidabilità dell' accompagnatore. In caso contrario o in sua assenza, il paziente viene trattenuto.

Esame obiettivo

L' esame obiettivo deve essere volto ad evidenziare ferite del cuoio capelluto ed i segni clinici di frattura della base cranica (ecchimosi in regione mastoidea ed in regione periorbitaria , presenza di emotimpano e rinoliquorrea). Il gruppo di studio sul trauma cranico dei neurochirurghi italiani considera la presenza di vasta ferita lacero-contusa un elemento sufficiente per inserire i pazienti nel grado 1.

La presenza di segni di interessamento della base cranica comporta l' attivazione della consulenza neurochirurgica e il trasferimento presso una divisione di neurochirurgia.

L' esame neurologico , ripetuto ogni 4 ore nelle prime 12 ore , va orientato alla valutazione dello stato di coscienza (GCS) ed alla ricerca di lesioni neurologiche focali , in particolare un eventuale interessamento dei nervi cranici IV (nervo trocleare , paralisi con diplopia verticale) e VI (abducente, paralisi diplopia orizzontale). L' esame neurologico negativo non esclude la presenza di lesioni cerebrali . Le lesioni evidenziate dalla TC in pazienti con GCS di 15 si aggira tra il 3% e il 7% e le lesioni che richiedono interventi di tipo neurochirurgico vanno dallo 0 al 3,3%

Radiologia del cranio

Con l' avvento della TC e la possibilità di effettuare la finestra ossea , la radiografia del cranio ha perso di significato , non essendo né sensibile né specifica per lesioni endocraniche . Lo studio di Master del 1987 è tutt' oggi il lavoro di riferimento. Solo negli ospedali privi di TC nel grado 1 sono indicate l'

esecuzione della radiografia del cranio e la osservazione per 24 ore . Qualora la radiografia dovesse evidenziare una linea di frattura è obbligatoria l' esecuzione di una TC presso un centro di neurochirurgia. Infatti in presenza di frattura la probabilità che vi sia una lesione endocranica è dal 3,2 % ed in alcuni studi fino al 10 % . Per i pazienti con trauma cranico di grado 0 non è indicato alcun esame radiologico e possono essere dimessi con un foglio contenente le modalità di osservazione .

TC del cranio

Diversamente da quanto si è detto per la radiografia del cranio , la TC , da effettuarsi senza mezzo di contrasto , è sensibile e specifica sia per fratture sia per lesioni endocraniche di tipo contusivo e/o emorragico.

Rimane da considerare chi sia indicato sottoporre a TC e quale sia il comportamento da adottare una volta eseguita.

Il problema non sembra sussistere per il grado 0 dove, come già detto , non c'è alcuna indicazione all' esecuzione di esami radiologici , né sussiste per il grado 2 , dove la TC è assolutamente indicata. Il problema può riguardare i pazienti con GCS di 15 compresi nel grado 1 senza fattori di rischio . In questi casi la maggior parte delle indicazioni fornite dalla letteratura indirizzano a sottoporre questo tipo di pazienti alla esecuzione della TC.

Una volta eseguita la TC è possibile dimettere il paziente dopo una osservazione di almeno 6 ore , con foglio contenente le apposite istruzioni da consegnare alla persona affidataria. Nel grado 1 con rischio è opportuno trattenere il paziente per 24 ore eseguendo , nel caso di persone in terapia coagulante , una seconda TC prima della dimissione.

Protocollo operativo

Grado 0

I pazienti che rientrano nel grado 0 dopo una valutazione clinico-assistenziale possono essere dimessi con un foglio informativo sulle modalità di comportamento a domicilio.

GRADO DI EVIDENZA B

Non è indicato alcun esame radiologico del cranio.

GRADO DI EVIDENZA B

Grado 1

I pazienti che rientrano in questo gruppo richiedono una osservazione clinica di almeno 6 ore

GRADO DI EVIDENZA C

Entro le 6 ore è indicata l' esecuzione di una TC con finestra ossea .

GRADO DI EVIDENZA B

Nelle condizioni di cui sopra non è indicato eseguire radiografia del cranio.

GRADO DI EVIDENZA B

Nei casi in cui non sia disponibile la TC , è indispensabile l'esecuzione della radiografia del cranio. In caso di riscontro di frattura è indicata l' esecuzione di TC cranica
GRADO DI EVIDENZA B

E' opportuno che in questo caso la TC venga eseguita in un centro di neurochirurgia.
GRADO DI EVIDENZA C

Nei casi in cui la radiografia del cranio sia negativa è consigliata una attenta osservazione per 24 ore.
GRADO DI EVIDENZA C

Grado 0 o 1 con fattori di rischio aggiuntivi

Nel grado 0 l'esecuzione della TC deve essere attentamente considerata
GRADO DI EVIDENZA C

I pazienti che fanno parte del grado 1 devono sottoposti ad osservazione clinica per almeno 24 ore e TC del cranio
GRADO DI EVIDENZA C

I pazienti di grado 1 affetti da coagulopatia in trattamento con anticoagulanti dovrebbero ripetere la TC prima della dimissione.
GRADO DI EVIDENZA C

Grado 2

I pazienti che fanno parte di questo gruppo devono essere sottoposti a TC cranio , ricoverati in osservazione continuativa e dimessi neurologicamente indenni.
GRADO DI EVIDENZA C

PROTOCOLLO DI INTERVENTO IN MATERIA DI ETILISMO

Le evidenze epidemiologiche rilevano una tendenza all'aumento del consumo incongruo di bevande alcoliche, sia tra gli utenti dei servizi preposti alla cura della dipendenza da altre sostanze esogene, sia a livello di popolazione generale, in particolare tra le fasce giovanili. Peraltro, gli ordinamenti in elaborazione che determinano le competenze dei futuri DDP sottolineano la necessità o di attivare U.O. alcolologiche a livello di ciascun dipartimento, o di configurarle con modalità interdipartimentali, per far fronte con modalità interdisciplinari ed integrate ai bisogni preventivi, terapeutici e riabilitativi. Si rende necessario pertanto definire nella Zona 4 un percorso condiviso tra i vari operatori già storicamente attivi sul territorio, pubblici e privati, per l'esecuzione corretta dei profili di intervento, e si propone di approvare il seguente protocollo.

Gli interventi terapeutici in materia di alcoldipendenza nel territorio della Zona 4 sono effettuati dalle seguenti realtà operative a livello sanitario e socioriabilitativo:

1) il DDP, per ciò che attiene alla **prima accoglienza e al primo colloquio, e alla valutazione diagnostica** del grado di gravità della sindrome alcolica. Tali interventi sono effettuati prevedendo, laddove possibile, il coinvolgimento delle realtà familiari per la valutazione e l'attivazione delle risorse relazionali disponibili. E' altresì compito del DDP, dove si configuri la necessità di prevedere periodi di riabilitazione e cura psicologica e relazionale in realtà ad alto indice di contenimento per soggetti più gravi, provvedere alla **identificazione eventuale di Comunità Terapeutiche e attivare il percorso residenziale individualizzato**.

Attualmente, non è configurata nessuna équipe alcolologica autonoma all'interno della U.O. Dipendenze Patologiche della Zona, per cui tali interventi di accoglienza, orientamento e valutazione sono effettuati dagli operatori della U.O. che intervengono per tutti i tipi di dipendenza, secondo i modelli organizzativi già attivi nel Servizio.

2) il Pronto Soccorso della Zona, per ciò che attiene agli interventi di carattere urgente in caso di etilismo acuto.

3) La U.O. neurologia, per ciò che riguarda periodi di **degenza** volti alla detossificazione fisica che prevedano una permanenza **breve** presso il reparto (in media due settimane)

La medesima U.O. dispone altresì di un ambulatorio specifico per il trattamento ambulatoriale o diretto o post-ricovero dei soggetti etilisti.

4) Il SPDC, in caso di necessità di ricovero dopo consulenza specialistica se presenti intossicazione acuta complicata (ebbrezze deliranti ed allucinanti)

- 5) La casa di cura convenzionata Villa Si/via, per l'effettuazione di periodi più lunghi di **degenza** in relazione a forme di etilismo gravi, che richiedano un contenimento prolungato per l'effettuazione di più impegnative forme di disassuefazione.
- 6) I gruppi di auto aiuto, AA e ALAnon, per la prosecuzione degli interventi terapeutici post-ricovero che prevedano modalità di interazione gruppale come sostegno psicologico e relazionale.

Si propone di costituire pertanto un nucleo operativo composto da:

Un rappresentante di ruolo sanitario della U.O. Dipendenze Patologiche che veicoli all'interno del gruppo interdipartimentale le informazioni e le elaborazioni della équipe in merito alle risultanze cliniche delle accoglienze e dei periodi di valutazione, e che apporti le proposte operative inerenti gli eventuali percorsi di individuazione ed attivazione dei programmi residenziali.

Un rappresentante di ruolo sanitario della **U.O. Neurologia** che disponga il suo apporto valutativo ed esecutivo in merito ai ricoveri brevi e alle attività ambulatoriali

Un rappresentante della Casa di Cura Villa Silvia che partecipi per gli aspetti relativi alla valutazione e alla esecuzione in regime di ricovero convenzionato dei programmi inerenti le disassuefazioni prolungate.

Tale nucleo operativo ha il compito di valutare congiuntamente gli elementi diagnostici raccolti, le opportunità trattamentali più adeguate e di disporre il percorso terapeutico più appropriato per ogni singolo utente accolto. Ha altresì il compito di monitorare periodicamente la validità del percorso trattamentale attivato per ogni singolo utente e di suggerire eventuali modifiche all'intervento.

Per l'effettuazione di tali attività si riunisce periodicamente a cadenza bimensile, e ogni qualvolta si debba predisporre un programma integrato e condiviso di cura per ogni singolo utente.

E' compito degli operatori della U.O. Dipendenze Patologiche preposti alla partecipazione a tale gruppo di lavoro convocarlo ed attivarlo, dato il loro compito di esecuzione del primo contatto, della accoglienza e della valutazione diagnostica, una volta raccolti ed elaborati gli elementi clinici per ogni singolo caso che si presenti.

Il gruppo di lavoro designerà gli operatori delle varie realtà che avranno il compito di relazionarsi con i servizi di supporto citati per l'esecuzione

corretta dell'intero iter trattamentale.

Tale configurazione della interazione prevede pertanto che il profilo di assistenza per ogni singolo utente ed il percorso di cura siano configurati in modo tale che il centro di prima accoglienza degli utenti etilisti per la Zona 4 sia individuato nella U.O. Dipendenze Patologiche, e la elaborazione e l'attivazione dell'iter trattamentale nelle sue varie tappe sia svolto dal Nucleo Operativo Interdipartimentale di cui trattasi.

La responsabilità della esecuzione di ogni tappa del percorso trattamentale, che può prevedere o no l'attivazione di tutte le risorse elencate secondo modalità cronologicamente conseguenti, in relazione alle opportunità terapeutiche utili individuate, è assegnata ad ogni singola specifica realtà operativa competente.

Si prevede quindi che gli utenti etilisti che si presentino presso qualsivoglia Servizio attivo sul territorio anche deputato alle urgenze, presentando in varie forme una problematica alcolica, vengano convogliati, prestate eventualmente le prime cure, alla accoglienza della U.O. Dipendenze Patologiche della Zona, per l'attivazione del profilo descritto.

Protocollo di intesa tra dipartimento di salute mentale ed unità operative di Pronto Soccorso e Medicina di Urgenza, Rianimazione, Neurologia Per la gestione delle urgenze psichiatriche e dei tentati suicidi

Tra i dipartimenti sopra elencati si conviene quanto segue:

Qualora si presenti in PS un paziente affetto da urgenza psichiatrica il pronto soccorso provvede ad attivare la consulenza psichiatrica ospedaliera per una pronta definizione diagnostica e terapeutica del caso.

Qualora il paziente presenti una situazione che richieda la costante presenza di personale infermieristico e prima del ricovero in Diagnosi e Cura il medico reperibile della UO DI Psichiatria attiva imo od entrambi gli infermieri -4reperibili della medesima UO affinché svolgano servizio di assistenza al malato suddetto all'interno dell'OBI e fino al momento del ricovero, negli orari dalle 19,30 alle 7,30 nei feriali e tutti i giorni nei festivi.

Nel caso di pazienti che tentano il suicidio con modalità differenti, il medico psichiatra utilizzerà la sched2tdi consulenza per le rilevazione dati che permetta una. successiva presa in carico del paziente.

Il paziente rimarrà ricoverato in OBI fino a che le condizioni cliniche di tipo internistico saranno stabilizzate, provvedendo al trasferimento seguente in SPDC dopo aver concordato il ricovero con lo psichiatra responsabile al momento. In particolare in caso di TS con farmaci l'osservazione in OBI sarà prolungata. a 24 -48 ore in dipendenza dal farmaco utilizzato.

IL MEDICO DELL'OBI avrà cura di annotare se effettuata la gastrolusi anche il relativo esito e di inviare in con il trasferimento la cartella clinica o copia di essa,unitamente alla scheda di intervento del 118.

Il medico del 118 avrà cura di annotare nella sua scheda di intervento per i pazienti che tentano il suicidio le modalità con cui viene contattato il 118 e da parte di chi.

Nel caso di pazienti deceduti, nei quali si può ipotizzare il suicidio come evento e che non arrivano al pronto soccorso per motivi medicolegali,il medico del 118 avrà cura di segnalare al dipartimento di psichiatria l'evento:Tale dato eventualmente confermato dagli uffici a ciò preposti,, avrà finalità esclusivamente statistiche e non avrà in alcun modo rilevanza ed utilizzo a fmi cimici o medicolegali.

Nel caso di uso di farmaci cardiotossici o neurotossici il paziente verrà Ricoverato in rianimazione previo accordo tra i medici della rianimazione e dell'OBI. Al momento della dimissione dalla rianimazione il trasferimento avverrà, in SPDC previ accordi, oppure se le condizioni di interesse medico o neurologico richiedano un periodo ulteriore di gestione del pz in ambito internistico, il paziente verrà qui trasferito ed in seguito in SPDC.

Procedura sostituzione urgente turno Medici di Pronto Soccorso

In caso di comunicazione di assenza improvvisa di un Medico di Pronto Soccorso che non può venire a ricoprire il turno programmato nelle ore immediatamente successive , si dispone quanto segue :

- Il primo medico che deve essere chiamato per la sostituzione del collega è chi è libero in turno con un riposo extra dalla normale e regolare turnazione ; anche se questa evenienza è del tutto occasionale , quando ciò si verifica lo elenco verrà esposto nella stanza del medico di guardia .
- In seconda istanza verrà chiamato il medico smontante notte nel suo secondo giorno di riposo (dopo le 12 ore di riposo contrattualmente previste e garantite) .
- Il Medico aggiuntivo in OBI ,quando presente , verrà tolto dal reparto e si renderà disponibile alla copertura dei turni in PS che si sono resi vacanti per la assenza del collega.

La gestione del tutto (chiamate , modifica turno ecc.) secondo la precedente procedura viene espletata dal sottoscritto quando presente , in sua assenza dal medico leader che potrà avvalersi della Direzione del Presidio Ospedaliero qualora per carichi di lavoro o altro fosse impossibilitato a mettersi in contatto con i colleghi

RICOVERO IN RIANIMAZIONE PER I PAZIENTI CON ICTUS EMORRAGICO

La letteratura internazionale riporta che il 20 % delle emorragie cerebrali presenta un deterioramento neurologico precoce (prime 48 ore).

Le cause sono :

- ❑ Aumento delle dimensioni della emorragia
- ❑ Idrocefalo

Un deterioramento tardivo (dopo 48 ore) da edema perilesionale.

I segni del deterioramento sono :

- ❑ Riduzione di 2 pt della GCS
- ❑ Nuovi segni neurologici
- ❑ Segni di erniazione cerebrale : (midriasi unilaterale > 5mm, rigidità in decorticazione7decerebrazione unilaterale)

Condizioni ad alto rischio di deterioramento neurologico sono :

- ❑ GCS< a 13
- ❑ Shift della linea mediana >6mm
- ❑ Volume della emorragia > 40 cc
- ❑ Emorragia sottotentoriale
- ❑ Emorragia intraventricolare

Condizioni a medio rischio :

- ❑ Volume emorragia > 30cc
- ❑ Età > 80 anni
- ❑ Epatopatia con aumento PT, PTT
- ❑ Pa > 200 mm Hg
- ❑ PaO₂< 60 mm Hg PaCo₂> 50 mm Hg
- ❑ Obliterazione della cisterna perimesencefalica controlaterale alla lesione

I PAZIENTI CON ICTUS EMORRAGICO, ANCHE CON GCS> DI 12, CHE RIENTRANO NELLE CONDIZIONI DI RISCHIO DI CUI SOPRA , DEVONO ESSERE RICOVERATI IN RIANIMAZIONE FINO AL CONTROLLO TAC CHE DIMOSTRI LA STABILIZZAZIONE DELLA LESIONE EMORRAGICA , IN SEGUITO VERRANNO TRASFERITI IN NEUROLOGIA.

**PER I PAZIENTI CON ICTUS EMORRAGICO IN STATO DI COMA SENZA
POSSIBILITA' DI INDICAZIONI NEUROCHIRURGICHE , IL RICOVERO IN
RIANIMAZIONE VERRA' VALUTATO DI VOLTA IN VOLTA IN BASE ALLA
POSSIBILITA' DI SOPRAVVIVENZA O DI RECUPERO**

PROCEDURA IN CASO DI TRASFERIMENTO DI PAZIENTE NON IN REGIME DI RICOVERO MA IN CARICO AL PRONTO SOCCORSO INVIATO IN CONSULENZA AD ALTRO OSPEDALE

Nel caso di un paziente in carico al Pronto Soccorso, valutato in consulenza da uno specialista del nostro ospedale che ritiene opportuno per il paziente una consulenza specialistica in altro ospedale, si applica la seguente procedura:

il Medico del PS deve chiudere la prestazione con la dimissione del paziente scrivere tutte le procedure e le consulenze fatte al paziente e la motivazione della consulenza esterna e chi l'ha attivata; naturalmente prendere contatti con la U.O. specialistica e/o il Pronto Soccorso dell' Ospedale ricevente, organizzare il trasferimento secondo le procedure **Trasporti secondari programmati**, il tutto coadiuvato dallo specialista interno soprattutto per quanto riguarda i contatti con i colleghi specialisti dell' Ospedale a cui si invia il paziente.

Fatta la consulenza :

- **Se il paziente rientra nel nostro ospedale** si aprirà un nuovo protocollo si farà una nuova prestazione annotando tutto quanto eseguito e si ricovererà il paziente nella U.O. di competenza più appropriata, presumibilmente quella dello specialista interno che aveva attivato la consulenza esterna.
- **Se il paziente non rientra nel nostro ospedale ma resta ricoverato nell' ospedale ricevente** , una volta venuti a conoscenza dell' evento , si riapre la prestazione chiusa (se non è più in turno il medico inviante la fa il medico del turno successivo che è venuto a conoscenza del ricovero) e si annota sul diario clinico o sulle"Note" il trattenimento ed il ricovero del paziente nello altro Ospedale .

Resta sempre valido il fatto che se per vari motivi, clinici diagnostici , di opportunità ecc. non si è d' accordo con l'invio in consulenza in altro Ospedale del Paziente, il Medico del Pronto Soccorso può ricoverare il paziente nel nostro Ospedale nella U.O. che ritiene più opportuna , situazione questa che però dovrebbe verificarsi in casi del tutto eccezionali.

*DIPARTIMENTO DI EMERGENZA-URGENZA
UNITA' OPERATIVA DI PRONTO SOCCORSO*
MEDICINA D' ACCETTAZIONE E D' URGENZA

DIRETTORE DOTT. ATTILIO CASAGRANDE

**TRASPORTI SANITARI
SECONDARI**

DEFINIZIONE

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

Trasporto secondario: trasferimento da un ospedale ad un altro.

INDICAZIONI AL TRASPORTO SECONDARIO

- ◆ Trasferimento da strutture sanitarie inadeguate a strutture idonee in base alla patologia del paziente
- ◆ Trasferimento in ospedali competenti per specialità
- ◆ Necessità di eseguire ricerche diagnostiche o terapie particolari
- ◆ In casi eccezionali e non altrimenti risolvibili per carenza di posti letto nel reparto di destinazione del paziente

La lesioni e le patologie che possono essere stabilizzate nell'ospedale di primo ricovero devono essere trattate prima del trasporto. Questo trattamento può anche richiedere un intervento chirurgico per controllare un'emorragia e per garantire ad un paziente una condizione migliore durante il trasferimento.

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

Obiettivi fondamentali sono :

- ◆ Mantenimento di un'assistenza adeguata durante tutto il periodo del trasporto, dalla presa in carica del paziente fino all'arrivo al centro di destinazione, eseguendo durante il trasporto la terapia necessaria alla cura della specifica patologia.
- ◆ Prevenzione delle possibili complicanze e capacità di affrontare con efficienza eventi patologici imprevisti.

PROCEDURE

Il medico del Dipartimento di Emergenza Urgenza o dell'U.O. responsabile del trasferimento deve eseguire prima della partenza dall'ospedale un rigoroso bilancio delle condizioni del paziente ed ottenere una stabilizzazione il più possibile ottimale dei parametri emodinamici e respiratori.

Il medico anestesista-rianimatore e/o il medico del Dipartimento di Emergenza, è il più idoneo per valutare ed individuare i pazienti a rischio.

Una volta individuati i pazienti valuta attentamente se vi è la necessità di eseguire trattamenti particolari prima del trasporto o ulteriore stabilizzazione dei parametri emodinamici e respiratori.

In casi particolari (politrauma) si impegna affinché siano eseguiti gli esami diagnostici e le procedure necessarie (vedasi penultimo paragrafo)

Una volta che si sia deciso il trasporto il medico accompagnerà il paziente a rischio.

La qualifica del medico accompagnatore (Anestesista-rianimatore ; Medico della U.O. di Pronto Soccorso Medicina di urgenza ; Medico della U.O. in cui il paziente è degente) sarà in base alla seguente classificazione.

CLASSI DI RISCHIO RISPETTO AL TRASPORTO DEI PAZIENTI CRITICI

(Classificazione di Eherenwerth)

CLASSE I e II:

Il paziente:

- ◆ richiede raramente il monitoraggio dei segni vitali
- ◆ non è indispensabile una linea venosa
- ◆ non richiede somministrazione di ossigeno
- ◆ non viene trasferito in terapia intensiva

non è richiesta la presenza del medico durante il trasporto

CLASSE III

Il paziente:

- ◆ richiede il frequente il monitoraggio dei segni vitali

- ◆ ha bisogno di una linea venosa
 - ◆ non è necessario un monitoraggio invasivo
 - ◆ può essere presente compromissione dello stato di coscienza
 - ◆ può essere presente lieve o modesto distress respiratorio
 - ◆ richiede la somministrazione di ossigeno
 - ◆ può essere ammesso in terapia intensiva
 - ◆ ha un punteggio nella scala di Glasgow maggiore di 9
- è richiesta la presenza del medico durante il trasporto**

CLASSE IV:

Il paziente:

- ◆ richiede intubazione tracheale
- ◆ richiede supporto ventilatorio
- ◆ ha bisogno di una o due linee venose o di catetere venoso centrale
- ◆ può essere presente compromissione dello stato di coscienza
- ◆ può essere presente distress respiratorio
- ◆ richiede la somministrazione di ossigeno
- ◆ richiede la somministrazione di farmaci durante il trasporto
- ◆ è ammesso in terapia intensiva
- ◆ ha un punteggio della scala di Glasgow inferiore a 9

è richiesta la presenza del medico anestesista-rianimatore durante il trasporto.

CLASSE V:

Il paziente:

- ◆ non può essere stabilizzato
- ◆ richiede monitoraggio e supporti vitali invasivi
- ◆ richiede terapia durante il trasporto

trasporto a carico dell' anestesista- rianimatore

I pazienti della **CLASSE III** richiedono la presenza di un medico, che sarà il medico curante della U.O. in cui il paziente è degente qualora il paziente sia ricoverato, oppure un medico della U.O. di Pronto Soccorso Medicina d' Urgenza qualora si tratti di un paziente appena giunto dall'esterno (non ancora in regime di ricovero) .

In questi casi sarà comunque necessaria la presenza di un infermiere del Dipartimento di Emergenza che abbia la dimestichezza con le attrezzature dell'ambulanza .

Vista l' attuale situazione di reperibilità del personale del comparto:

nelle ore diurne dal lunedì al sabato sarà l'infermiere reperibile dell'U.O. PS – emergenza territoriale,

nelle ore notturne e nei giorni festivi sarà l'infermiere reperibile della Sala Operatoria addetto all' anestesia

Per i pazienti in classe III il trasporto viene fatto con l'ambulanza dell'Azienda e con l'autista soccorritore dipendente reperibile

I pazienti della **CLASSE IV e V** saranno accompagnati dal medico rianimatore e da un infermiere reperibile della emergenza territoriale e/o della Sala operatoria addetto alla Anestesia e Rianimazione.

(Questo in attesa di poter affidare solo agli infermieri del Dipartimento di Emergenza la reperibilità per le necessità dipartimentali , compresi i trasporti) .

PROTOCOLLO OPERATIVO

Per i pazienti della **CLASSE I e II** :

non è prevista la presenza di un medico accompagnatore.

Per i pazienti della CLASSE III

Se ricoverato: sarà accompagnato da uno dei medici in servizio nell'U.O.; nei giorni festivi/notturni dal medico reperibile dell'U.O. .

Se in Pronto Soccorso (non ricoverato): è il medico PS che decide dopo le eventuali consulenze specialistiche .

Il paziente sarà accompagnato :

dalle ore 8 alle ore 20

1. se in PS sono presenti 3 Medici sarà accompagnato da uno dei Medici in servizio in PS
2. se i Medici sono solo 2 (prevalentemente dopo le ore 14 in mancanza di una reperibilità di un Medico del Dipartimento di Emergenza) dipenderà dalla situazione in cui si trova il Pronto Soccorso :
 - Se la situazione in PS è tranquilla ed il trasferimento non supera i 30 km. partirà uno dei 2 medici in servizio in PS (il Medico che resta sarà operativamente affiancato dal Medico del 118 e dall' Anestesista di turno in rianimazione)

- Se la situazione in PS non è tranquilla , per numero di pazienti in attesa e per complessità di casi clinici gestiti partirà un Medico disponibile e rintracciabile della U.O. di Anestesia e rianimazione
3. Nei festivi in cui i Medici di PS sono sempre 2 , ma c'è il Rianimatore reperibile, partirà quest' ultimo

Dalle ore 20 alle ore 8

- Partirà il Medico reperibile della U.O. di Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza

Per i pazienti in CLASSE IV e V :

sarà il medico rianimatore che decide ed effettua il trasporto.

Per i pazienti pediatrici valgono gli stessi criteri per definire la necessità e la competenza del medico accompagnatore.

Per il neonato immaturo: il trasferimento sarà sempre effettuato dal medico rianimatore e dal I.P. reperibile delle Emergenza Territoriale e/o della sala operatoria addetto all' Anestesia .

GESTIONE AMBULANZE

- ◆ **In caso di trasporto secondario con paziente a carico del Dipartimento di Emergenza si utilizza:**

CLASSE I e II un'ambulanza convenzionata con proprio personale;

CLASSE III, IV e V ambulanza dell'Azienda con personale dipendente

1 autista (reperibile);

1 I.P. (reperibile emergenza territoriale) e/o infermiere di sala operatoria addetto alla Anestesia .

- ◆ **In caso di trasporto secondario con paziente a carico di una U.O. di degenza ospedaliera si utilizza:**

CLASSE I e II un'ambulanza convenzionata con proprio personale o a richiesta della U.O. con personale dipendente (autista reperibile ed infermiere reperibile)

CLASSE III IV e V con ambulanza dell'Azienda con personale dipendente

1 autista (reperibile)

1 I.P. (reperibile emergenza territoriale) e/o infermiere di sala operatoria addetto all' Anestesia .

Procedura di attivazione

Per la ambulanza convenzionata la U.O. richiedente si rivolgerà esclusivamente agli operatori di portineria (tel. 2451)

Per la ambulanza di Rianimazione Aziendale (pazienti in Classi III- IV – V) rivolgersi agli operatori di portineria (tel. 2451) che provvederanno ad allertare il personale della emergenza territoriale.

- ◆ Il trasporto secondario programmato di pazienti ricoverati che sono trasportati presso altro ospedale e poi rientrano a Senigallia si effettua con un'ambulanza convenzionata con personale infermieristico della U.O. di cardiologia per le coronarografie , per le arteriografie con personale reperibile del Dipartimento di Emergenza e se necessario il medico della U.O. richiedente

Esami diagnostici e procedure necessarie in particolare nel politraumatizzato:

1. Rx colonna cervicale, torace, bacino ed arti se necessario , eco addome e/o TC nei casi previsti , il paziente deve essere inviato con la documentazione iconografica degli esami eseguiti
2. Hb, Ht, emogasanalisi, ECG.
3. Valutare la necessità di intubazione ed il tipo di supporto respiratorio, sondino nasogastrico ed eventuale drenaggio toracico.
4. Arresto di emorragia esterna, posizionamento di due accessi venosi di grosso calibro, rimpiazzo delle perdite con cristalloidi, colloidi e sangue, posizionamento del catetere urinario.
5. Ventilazione adeguata nei traumatizzati cranici.

Documentazione sanitaria del trasporto

Oltre alla documentazione clinico radiologica del caso si allegherà la scheda di trasferimento (come da allegato) che costituirà parte integrante della documentazione clinica del paziente in cui sono contenuti :

- ◆ dati anagrafici del paziente

- ◆ il motivo del trasporto
- ◆ la classe di rischio rispetto al trasporto
- ◆ il nome ed il riferimento telefonico del medico che ha disposto il trasferimento
- ◆ il nome del medico “accompagnatore”
- ◆ l’ora di inizio del trasporto le condizioni cliniche del paziente all’orario di inizio del trasporto: i principali parametri clinici i referti radiologici rilevati, la terapia effettuata
- ◆ le notizie relative al monitoraggio in itinere del paziente (manovre di rianimazione e qualsiasi cambiamento intercorso durante il trasporto, procedure speciali adottate)
- ◆ le condizioni del paziente all’orario di termine del trasporto
- ◆ il nome del medico dell’ospedale ricevente precedentemente contattato.