

	Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4	

Documento "Trasporto Secondario"

Redatta			Dr. A. Cavaleri Dr. V. Scaturro
Rev.	Data	Causale della modifica	Condivisa/Valutata
0.0 0.1	30.10.2011 30.09.2013	Implementazione Standard JCI	Coord. Sanitario Distretto Ospedaliero AG 1 Coord. Sanitario Distretto Ospedaliero AG 2 Resp. Servizio Infermieristico P.O. Agrigento Resp. Servizio Infermieristico P.O. Sciacca Resp. Autoparco Presidi Ospedalieri

Valutata	Comitato Aziendale Gestione Rischio Clinico	Il Presidente F.to A. Zambuto
Approvata	Direttore Sanitario Aziendale	F.to A. Zambuto

Data	Atto Formale	Adozione Aziendale	
31.10.2013	4489	Il Commissario Straordinario	F.to dr. S. Messina

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4	

- Premessa

Il trasporto comporta sempre un certo grado di rischio per il paziente e quindi la decisione di effettuare il trasferimento deve essere basata sulla valutazione dei benefici e dei rischi potenziali che lo stesso trasporto comporta mettendone in discussione l'utilità se non strettamente necessario all'intervento o alla risoluzione del dubbio diagnostico e/o della continuità della cura.

L'equipaggiamento disponibile e il livello di abilità tecnica del personale impiegato devono essere proporzionali e adeguati agli interventi richiesti o previsti per il paziente (un sanitario esperto di intubazione tracheale deve accompagnare qualsiasi paziente intubato o con possibilità di compromissione delle vie aeree durante un trasporto fra ospedali).

- Scopo

La presente procedura contiene la descrizione di tutte le azioni necessarie a standardizzare le modalità del trasporto secondario (continuità delle cure, accertamenti diagnostici e/o mancanza di posti letto) da eseguire presso i Presidi Ospedalieri dell'ASP di Agrigento e/o i Presidi Ospedalieri extra-provinciali.

- Campo di applicazione

Si applica a pazienti che necessitano, per le loro condizioni di salute, di trasferimento per accertamenti diagnostici e/o procedure terapeutiche non eseguibili presso il Presidio Ospedaliero dove sono degenti e/o per mancanza di posti letto.

- Trasporto fra ospedali

La decisione di trasferire/trasportare un paziente **è responsabilità del medico curante dell'ospedale di partenza.**

Il medico che dispone il trasferimento deve:

- Contattare il sanitario dell'ospedale di destinazione autorizzato ad accettare il paziente al fine di:
 - descrivere il caso clinico e/o la necessità per cui deve essere effettuato il trasferimento/trasporto
 - ottenere un parere e/o il nulla osta sul trasferimento
 - informare il paziente e/o i parenti sul trasferimento e ottenere il consenso.
- Allertare il Responsabile del Parco Ambulanze e l'U.O. preposta alla gestione della cellula sanitaria delle Ambulanze per il trasporto di elezione e/o delle Ambulanze CMR per l'organizzazione del trasporto;
- Stabilizzare il paziente se necessario. L'eventuale rianimazione/stabilizzazione deve iniziare nell'ospedale di partenza, tenendo ben presente che il consolidamento definitivo del quadro clinico può probabilmente essere ottenuto solo nell'ospedale di destinazione;
- Ottenere un parere sulla stabilizzazione dei parametri vitali;
- Accertarsi che sia disponibile la documentazione clinica necessaria al trasporto secondario;
- Informare il personale dell'ambulanza sullo stato di salute del paziente e sulle necessità di trasferimento

Il medico che accetta il trasferimento deve:

- Accettare il trasferimento/trasporto
- Accertarsi della disponibilità del posto letto - se necessario;
- Avere la sicurezza che siano disponibili, ed al contempo allertare, le risorse più appropriate nel proprio ospedale, prima che il trasferimento abbia inizio

	<p style="text-align: center;"><i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento</p> <p>P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p style="text-align: center;">DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p>ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4 Pagina 3 di 20</p>	

Informazioni da fornire al personale addetto all'assistenza durante il trasporto

- Identificazione del paziente (nome cognome e data di nascita)
- Motivazione del trasferimento/trasporto
- Nominativo e reparto del medico della struttura ricevente contattato
- Modalità di assistenza respiratoria
- Volumi dei liquidi d'infusione

Documentazione Clinica a corredo del trasferimento

- Storia della malattia e/o del trauma o cartella clinica se paziente ricoverato
- Orientamento diagnostico iniziale
- Condizioni del paziente all'ammissione in ospedale
- Parametri vitali registrati in Pronto Soccorso o in reparto e al momento del trasferimento
- Trattamento effettuato o terapia in corso
- Referti e/o copie di esami di laboratorio e/o strumentali effettuati (da allegare)
- Infusioni (tipo e quantità) somministrate

*La documentazione clinica deve sempre accompagnare il paziente.
Non ritardare il trasferimento per questi adempimenti.*

Trasferimenti programmati per esami strumentali

I trasferimenti programmati devono essere preventivamente autorizzati e concordati con il Responsabile dell'Autoparco.

L'infermiere sarà individuato, preferibilmente, tra il personale in servizio attivo dell'Unità Operativa che richiede il trasporto; nell'impossibilità sarà individuato tra il personale reperibile dell'U.O. di Medicina, Chirurgia, d'Accettazione e d'Urgenza (MCAU).

	<p style="text-align: center;"><i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p style="text-align: center;">DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4	

I criteri utilizzati per la definizione del livello di assistenza durante il trasporto medico sono:

- **clinici per la definizione del livello di assistenza** (vedi pag. 4)
- **clinici per la definizione delle attrezzature e delle risorse** (vedi pag. 4)
- **classi di rischio secondo la classificazione di Eherenwerth** (vedi pag. 5)

- criteri clinici per la definizione dei livelli di assistenza -

<p>Il paziente NON necessita:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. di monitoraggio dei parametri vitali 2. di una linea venosa per la somministrazione continua di liquidi e farmaci 3. di somministrazione di ossigeno medicale 	<p>Non è necessaria la presenza del medico a bordo dell'ambulanza per il trasferimento</p>
<p>Il paziente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. necessita di monitoraggio dei parametri vitali - Pressione Arteriosa (PA) - attività cardiaca (monitor ECG) - respirazione (Sat. O₂) 2. necessita di linea venosa per la somministrazione continua di liquidi e farmaci 3. può avere una compromissione dello stato di coscienza 4. può essere presente un lieve o modesto distress respiratorio per cui richiede di somministrazione di ossigeno 	<p>È necessaria presenza del medico e/o rianimatore in ambulanza quando :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS > 9; - FR < 10 o > 20; - FC < 55 o > 100; - PAS < 100; - Sat. O₂ con EGA < 90 <p>NB: Nel caso di Infarto Miocardico Acuto (IMA) si considererà necessaria l'assistenza medica anche in presenza di valori normali.</p>
<p>Il paziente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. necessita di intubazione tracheale 2. necessita di supporto ventilatorio 3. necessita di accesso venoso di grosso calibro o di catetere venoso centrale 4. di monitoraggio dei parametri vitali PA - attività cardiaca (monitor ECG) - respirazione (Sat. O₂) - EGA 5. Può essere presente compromissione dello stato di coscienza 	<p>È necessaria la presenza del medico rianimatore in ambulanza quando :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS < 9;

- criteri clinici per la definizione delle attrezzature e delle risorse indispensabili durante il trasporto medico di paziente (uno o più parametri rilevati) secondo Glasgow Coma Scale -

Condizione clinica	Attrezzatura sanitaria necessaria	Mezzo di trasporto richiesto
<ol style="list-style-type: none"> 1. GCS > 13 2. Assenza di danno neurologico 	Dotazione standard	Ambulanza ordinaria
<ol style="list-style-type: none"> 1. GCS ≤ 13 2. Assenza di danno neurologico 3. Meccanismo di trauma maggiore 4. Paziente stabile con grave trauma già diagnosticato in osservazione prima del trattamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor ECG, Linea venosa di calibro non inferiore ai 18 G, controllo vie aeree e materiale per rianimazione • Due linee venose di calibro adeguato (non inferiore ai 18 G), ossigeno medicale e materiale per rianimazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulanza medicalizzata con medico specialista rianimatore o dell'emergenza che sia in grado di intubare • Specialista cardiologo in caso di shock cardiogeno – IMA – Scompenso in soggetto con cardiomiopatia
<ol style="list-style-type: none"> 1. Paziente instabile (PAS < 90 mm Hg), che non ha risposto alla Rianimazione, politrauma in attesa di intervento chirurgico urgente 	Due linee venose, monitor ECG, ossimetria, controllo vie aeree, ossigeno medicale e materiale per rianimazione	Ambulanza medicalizzata con Medico specialista o Anestesista Rianimatore

Nei casi al di fuori dei parametri appena elencati, qualora il dirigente medico inviante ritenesse necessaria l'assistenza medica durante il trasporto, questa dovrà essere assicurata dallo stesso o da altro dirigente medico della stessa Unità Operativa.

	Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4	
		Pagina 5 di 20

GLASGOW COMA SCALE

Occhi	Aperti	Spontaneamente	4
		Comando verbale	3
		Stimolo doloroso	2
		Nessuna risposta	1
Risposta motoria	Comando verbale	Obbedisce	6
		Stimolo doloroso	Localizza il dolore
	Flessione - retrazione		4
	Flessione abnorme		3
	Estensione		2
	Nessuna risposta		1
Risposta verbale		Conversazione orientata	5
		Fraasi confuse	4
		Parole sconnesse	3
		Suoni incomprensibili	2
		Nessuna risposta	1
	TOTALE		15

- classi di rischio secondo la classificazione di Eherenwerth -

Classe I e II non è richiesta la presenza del medico

- Il paziente richiede raramente il monitoraggio dei parametri vitali
- Non ha bisogno di una linea venosa
- Non richiede somministrazione di ossigeno
- Non va trasferito in terapia intensiva

Classe III è richiesta la presenza del medico

- Il paziente richiede di frequente il monitoraggio dei parametri vitali
- Ha bisogno di una linea venosa
- Può andare incontro alla compromissione dello stato di coscienza
- Può andare incontro a distress respiratorio
- Richiede la somministrazione di O₂
- Va in terapia intensiva
- Glasgow Coma Scale ≥ 9

Classe IV è richiesta la presenza del medico anestesista rianimatore

- Il paziente richiede intubazione tracheale
- Richiede supporto ventilatorio
- Ha bisogno di una o due accessi venosi di grosso calibro o di catetere venoso centrale
- Può avere compromissione dello stato di coscienza
- Può essere in distress respiratorio
- Richiede la somministrazione di O₂
- Richiede la somministrazione di farmaci durante il trasporto
- Va in terapia intensiva
- Glasgow Coma Scale < 9

Classe V a totale carico del rianimatore

- Il paziente non può essere stabilizzato
- Richiede monitoraggio invasivo
- Richiede terapia intensiva

	Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4	
		Pagina 6 di 20

Personale che accompagna il paziente

In aggiunta al personale di ambulanza (autista e/o ausiliario) è prevista la presenza:

- Infermiere per le classi I e II di *Eherenwerth*;
- Infermiere e medico per la classe III di *Eherenwerth*;
- Infermiere e medico rianimatore per le classi IV e V di *Eherenwerth*.

Monitoraggio della procedura

Il Direttore Medico di Presidio programma e coordina, in collaborazione con l'U.O. "Rischio Clinico", il monitoraggio della procedura attraverso un processo di audit.

I Direttori delle UU.OO. MCAU avranno cura di inviare report mensile, all'U.O. Rischio Clinico di cui all'indicatore sottostante.

Il monitoraggio deve comprendere:

- gli aspetti logistici ed organizzativi;
- gli andamenti dei trasferimenti;
- le risorse disponibili (personale, materiale, mezzi di comunicazione);

- Indicatore

n. schede mediche di trasferimento in ambulanza e/o elisoccorso x 100
 n. trasferimenti in ambulanza e/o elisoccorso

Allegati:

1. Scheda di Trasferimento
2. Checklist Farmaci Ambulanza
3. Checklist Prima della Partenza Paziente
4. Checklist Presidi Medicali
5. Consenso Informato al Trasferimento
6. Consenso Informato al Trasferimento di Minore
7. Consenso Informato al Trasferimento di Soggetto Incapace di Intendere e di Volere
8. Foglio Sanificazione Ambulanza
9. Dotazione strumentale e farmacologica Ambulanze Trasporto Comune e Rianimazione (CMR)
10. Regolamento autoparco ambulanze

Lista di distribuzione

Coordinatori Distretti Ospedalieri AG 1 e AG 2 con obbligo di massima diffusione

Direttori Presidi Ospedalieri con obbligo di massima diffusione

Capi Dipartimento Area Chirurgica con obbligo di massima diffusione

Capi Dipartimento Area Medica con obbligo di massima diffusione

Capi Dipartimento Area Emergenza con obbligo di massima diffusione

Direttori UU.OO. Diagnosi e Cura con obbligo di massima diffusione

Servizio Infermieristico del P.O. di pertinenza con obbligo di massima diffusione

Servizio Infermieristico del P.O. di pertinenza con obbligo di massima diffusione

Responsabile Autoparco Ambulanze dei Presidi Ospedalieri dell'ASP - Agrigento

	<p style="text-align: center;"><i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p style="text-align: center;">DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4	

- Normativa di Riferimento e Bibliografia

- Ministero Salute: *La Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico*. Glossario, Roma. Luglio 2006.
- Decreto Assessorato Sanità del 12 agosto 2011: "Approvazione dei nuovi standard Joint Commission International per la gestione del rischio clinico" - Progetto Regionale Patient Safety & Department Emergency – GURS n. 39 del 16-09-2011.
- Raccomandazione n. 11: "La morte o il grave danno subiti dal paziente a seguito di malfunzionamento del sistema di trasporto sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero". Ministero della Salute, 2010
- Warren J, et al: "Guidelines for the intern and intrahospital transport of critically ill patients".
- Everest E, Munford B: "Trasporto del paziente critico". Intensive Care Manual. Elsevier 2006.
- Calderaie SM, Cremonese F, De Santis A, D'Urso A, Guasticchi G, Pittiruti M: "Criteri clinico-organizzativi per il trasferimento del paziente critico nella rete dell'emergenza.
- *Linee guida per gli operatori*". Agenzia di Pubblica Sanità Regione Lazio. Marzo 2002.

ACC. 4 - Il trasferimento di un paziente presso un'altra organizzazione sanitaria si fonda sulle condizioni del paziente e sul suo bisogno di continuità delle cure e delle prestazioni.

Il trasferimento può essere la risposta al bisogno del paziente di un consulto specialistico e del relativo trattamento, di prestazioni d'urgenza o di servizi meno intensivi come la terapia sub-acuta o la riabilitazione a lungo termine.

Elementi Misurabili

1. Il trasferimento del paziente si basa sui suoi bisogni di continuità delle cure.
2. Il processo di trasferimento definisce le modalità del passaggio di responsabilità per la prosecuzione delle cure a un altro professionista sanitario o un'altra struttura assistenziale.
3. Il processo di trasferimento definisce chi è responsabile durante il trasferimento e quali dispositivi e apparecchiature sono necessari durante il trasporto.

ACC. 4.1 - Quando si invia un paziente presso un'altra organizzazione sanitaria, l'organizzazione inviante deve stabilire se l'organizzazione di destinazione fornisce i servizi necessari a soddisfare i bisogni del paziente e se è in grado di accogliere il paziente.

Elementi Misurabili

1. L'Organizzazione inviante determina se l'Organizzazione di accoglienza è in grado di soddisfare i bisogni del paziente che deve essere trasferito.
2. Accordi formali o informali sono in essere con le Organizzazioni di accoglienza presso cui i pazienti vengono trasferiti con una certa frequenza.

ACC. 4.2 - Per garantire la continuità delle cure, le informazioni relative al paziente sono trasferite insieme al paziente. Una copia della lettera di dimissione o un'altra relazione clinica scritta è consegnata all'organizzazione di accoglienza insieme al paziente. La lettera include lo stato di salute o le condizioni cliniche del paziente, le procedure e gli altri interventi eseguiti e i bisogni di assistenza continuativa del paziente.

Elementi Misurabili

1. Le informazioni cliniche relative al paziente o una relazione clinica sono trasferite insieme al paziente.
2. La relazione clinica comprende lo stato di salute del paziente.
3. La relazione clinica comprende le procedure e gli altri interventi eseguiti.
4. La relazione clinica comprende i bisogni di assistenza continuativa del paziente.

ACC. 4.3 - Il trasferimento diretto di un paziente presso un'altra Organizzazione Sanitaria può essere un processo breve in caso di paziente vigile e collaborante, oppure può anche significare la movimentazione di un paziente in coma che necessita di sorveglianza medica o infermieristica continua. Il paziente deve essere monitorato in entrambi i casi, ma cambiano in misura significativa le qualifiche dei soggetti incaricati del monitoraggio. Di conseguenza, sono lo stato e le condizioni del paziente a determinare le qualifiche appropriate del personale incaricato di monitorare il paziente durante il trasferimento.

Elementi Misurabili

1. Tutti i pazienti sono monitorati durante il trasferimento diretto.
2. Le qualifiche del personale incaricato del monitoraggio sono appropriate in funzione delle condizioni del paziente.

ACC.4.4 - La cartella clinica di ciascun paziente trasferito presso un'altra organizzazione sanitaria contiene la documentazione relativa al trasferimento. La documentazione comprende la denominazione della struttura e il nome del soggetto che danno la disponibilità ad accogliere il paziente, il motivo del trasferimento e le eventuali condizioni particolari per il trasferimento. Viene inoltre annotato se le condizioni del paziente sono mutate durante il trasferimento (ad esempio, nel caso in cui il paziente muore o necessita di rianimazione cardiopolmonare). La cartella clinica comprende ogni altra documentazione prevista dalla politica aziendale (ad esempio, la firma del medico o dell'infermiere che accoglie il paziente, il nome di chi ha monitorato il paziente durante il trasporto).

Elementi Misurabili

1. La cartella clinica del paziente trasferito riporta il nome dell'organizzazione sanitaria e il nome del soggetto che hanno accettato di accoglierlo.
2. La cartella clinica del paziente trasferito contiene la documentazione o ogni altra indicazione così come previsto dalla politica dell'organizzazione inviante.
3. La cartella clinica del paziente trasferito riporta il motivo del trasferimento.

 ASP AGRIGENTO	Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4	
		Pagina 8 di 20

Allegato 1

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ASP AGRIGENTO

P.O.

CHECK-LIST Farmaci Ambulanza

Adalat	6 cpr	si	no	Lasix	10 f.	si	no
Alupent	5 f.	si	no	Lidocaina	1 flac.	si	no
Anexate	3 f.	si	no	Magnesio solfato	5 f.	si	no
Atropina	20 f.	si	no	Metadoxil	5 f.	si	no
Bentelan f. 1.5 mg	5 f.	si	no	Narcan	3 f.	si	no
Bentelan f. 4 mg	5 f.	si	no	Natispray	1 flac.	si	no
Calcio Gluconato	5 f.	si	no	Nitroglicerina	5 f.	si	no
Catapresan	4 f.	si	no	Novalgina	3 f.	si	no
Cordarone	7 f.	si	no	Omeprazolo	2 f.	si	no
Diazepan	4 f.	si	no	Pentothal	1 f.	si	no
Dobutamina	2 f.	si	no	Plasil	5 f.	si	no
Dopamina	6 f.	si	no	Prontalgin	5 f.	si	no
Ebrantil	2 f.	si	no	Sodio Bicarbonato	10 f.	si	no
Efedrina	5 f.	si	no	Solu-medrol	2 f.	si	no
Effortil	4 f.	si	no	Spasmex	4 f.	si	no
EN	1 flac.	si	no	Tefamin	4 f.	si	no
EN	2 f.	si	no	Tenormin	4 f.	si	no
Eparina	2 f.	si	no	Toradol	5 f.	si	no
Flebocortid	3 f.	si	no	Trimetron	4 f.	si	no
Flectadol	3 f.	si	no	Trinitrina	1 flac.	si	no
Glucosio 33%	10 f.	si	no	Ventolyn	3 f.	si	no
Ipnovel 15 mg	4 f.	si	no	Voltaren	2 f.	si	no
Ipnovel 5 mg	5 f.	si	no	Ugurol	2 f.	si	no
Isoptin	5 f.	si	no	Zantac	2 f.	si	no

farmaci vano frigo

Adrenalina	20 f.	si	no	Midarine	5 f.	si	no
Actrapid	1 flac.	si	no	Nimbex	5 f.	si	no
Diprivan	10 f.	si	no				

Check-list controllata dall'Infermiere Professionale _____

Data

Firma

 <p>ASP AGRIGENTO</p>	<p>Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p>DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p>ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4 Pagina 9 di 20</p>	

Allegato 2

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ASP AGRIGENTO

P.O.

U.O.

Data

DATI PAZIENTE

Nome Cognome

Diagnosi

.....

.....

Sintesi anamnestica

.....

.....

.....

.....

Motivazione Trasferimento

- Mancanza posti letto
- Unità Operativa Alta Specialità
- Altro (specificare)

Trasferimento

AMB

AMB 118

Eliambulanza

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4	
		Pagina 10 di 20

PARAMETRI VITALI

PAo mmHg **FC** b/min. **Polso** Presente Assente
Pupille Miosi Midriasi Isocoria Anisocoria
Frequenza Respiratoria atti/min. Sat.% O2 T. C. °C
Diuresi assente presente

TRATTAMENTI

Mantenimento pervietà vie aeree IOT Maschera Laringea
Incanulamento vena centrale periferica
Sondino NasoGastrico **Catetere Vescicale**
Esami eseguiti
Ematochimici di routine EGA ECG Gruppo Rh
RX ETG TAC
Altro (specificare)

TERAPIA PRATICATA

Infusioni
Trasfusioni
Sedazione Curarizzazione
Farmaci utilizzati
.....
.....

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4	
		Pagina 11 di 20

Documentazione sanitaria allegata in copia

- Referti di laboratorio
- ECG
- Consulenze richieste.....
- Referti radiologici.....
- Altro (specificare).....

Documentazione sanitaria allegata in copia

- Pellicole radiologiche
- Altro (specificare).....
- Terapia effettuata durante il trasporto.....

.....

.....

.....

.....

Struttura accettante

Sanitario che richiede il trasferimento

Sanitario che accetta il trasferimento

Sanitario/i accompagnante/ti il paziente

.....

 ASP AGRIGENTO	Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4	

Allegato 4

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ASP AGRIGENTO

CHECK-LIST Presidi Medicali Ambulanza

Tubi endotracheali	2 per mis	si	no	Bialcol	1	si	no
Filtri e Mount	2 + 2	si	no	Cerotto	5	si	no
Mandrini	1 a + 1 p	si	no	Sondini aspirazione	5	si	no
Canule Guedel	varie mis.	si	no	S. Naso-gastrico	3	si	no
Laringoscopio	ad. e ped.	si	no	Siringhe 1 ml	5	si	no
Pinza di Magil	1	si	no	Siringhe 5 ml	5	si	no
Tubo corrugato	1	si	no	Siringhe 10 ml	5	si	no
Pallone Ambu adulti	1	si	no	Siringhe 20 ml	5	si	no
Pallone Ambu ped.	1	si	no	Cateteri venosi	20	si	no
Maschera facciale	5	si	no	Deflussori	10	si	no
Sfigmomanometro	1	si	no	Sol. Fisiologiche	5	si	no
Fonendoscopio	1	si	no	Sol. Glucosio 5%	5	si	no
Placche ECG	3	si	no	Sol. Ringer acetato	5	si	no
Glucometer	1	si	no	Spremisacca	1	si	no
Striscie reattive	1 fl.	si	no	Laccio emostatico	2	si	no

Check-list controllata dall'Infermiere Professionale _____

Data

Firma

 <p>ASP AGRIGENTO</p>	<p>Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p>DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p>ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4 Pagina 14 di 20</p>	

Allegato 5

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ASP AGRIGENTO

P.O.

CONSENSO INFORMATO TRASFERIMENTO PRESSO ALTRO OSPEDALE

Io sottoscritto/a

dichiaro liberamente ed in piena coscienza di:

- essere stato messo al corrente dal dottor

- dell'Unità Operativa dove sono assistito in merito alla natura e caratteristiche cliniche della malattia dalla quale sono affetto

.....

- essere stato informato sulle possibilità diagnostico-terapeutiche che offre la struttura sanitaria dove sono, in atto, ricoverato;

- di essere stato messo al corrente sia dei benefici sia dei possibili rischi correlati al trasferimento presso altro Ospedale.

Affermo di essere stato informato e di aver compreso in maniera esaustiva in merito alla patologia e/o patologie di cui sono affetto, ai trattamenti sanitari (diagnostico/terapeutico) per i quali trovo indicazione il mio trasferimento presso altro ospedale.

Accetto/non accetto*:
il trasferimento per la continuità assistenziale

.....

Data

Firma del Paziente

Firma del Medico

* Cancellare quanto non interessa.

 ASP AGRIGENTO	Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4	

Allegato 6

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ASP AGRIGENTO

P.O.

CONSENSO INFORMATO

TRASFERIMENTO PRESSO ALTRO OSPEDALE DI SOGGETTI RICONOSCIUTI DAL GIUDICE TUTELARE INCAPACI DI INTENDERE E VOLERE

Io sottoscritto/a
 esercente la patria potestà del sig.
 riconosciuto dal giudice tutelare, dott....., incapace di intendere e di volere,
dichiaro di:

- essere stato messo al corrente dal dottor.....
 dell'Unità Operativa in merito alla natura e caratteristiche cliniche della malattia di cui è affetto il
 sig.....
- essere stato informato sulle possibilità diagnostico-terapeutiche che offre la struttura sanitaria dov'è, in atto,
 ricoverato;
- essere stato messo al corrente sia dei benefici sia dei possibili rischi correlati al trasferimento presso altro
 Ospedale.

Affermo di essere stato informato e di aver compreso in maniera esaustiva in merito alla patologia
 e/o patologie di cui è affetto il paziente, ai trattamenti sanitari (diagnostico/terapeutico) per i quali
 trova indicazione il suo trasferimento presso altro ospedale.

Autorizzo/non autorizzo*:

il trasferimento per la continuità assistenziale

Data _____

Firma del Tutore _____

Firma del Medico _____

*Cancellare quanto non interessa.

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4	
		Pagina 16 di 20

Allegato 7

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ASP AGRIGENTO

P.O.

CONSENSO INFORMATO DELEGATO TRASFERIMENTO PRESSO ALTRO OSPEDALE SOGGETTI MINORI

Io sottoscritto/a
esercente la patria potestà del sig.
dichiaro liberamente ed in piena coscienza di:

- essere stato messo al corrente dal dottor.....
dell'Unità Operativa in merito alla natura e caratteristiche cliniche della malattia di cui è affetto il
minore.....
- essere stato informato sulle possibilità diagnostico-terapeutiche che offre la struttura sanitaria dov'è, in atto,
ricoverato;
- essere stato messo al corrente sia dei benefici sia dei possibili rischi correlati al trasferimento presso altro
Ospedale.

Affermo di essere stato informato e di aver compreso in maniera esaustiva in merito alla patologia
e/o patologie di cui è affetto il minore, ai trattamenti sanitari (diagnostico/terapeutico) per i quali
trova indicazione il suo trasferimento presso altro ospedale.

Autorizzo/non autorizzo*:

il trasferimento per la continuità assistenziale

Data _____

Firma del Tutore _____

Firma del Medico _____

*Cancellare quanto non interessa.

 <p>ASP AGRIGENTO</p>	<p>Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p>DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p>ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4 Pagina 17 di 20</p>	

Allegato 8

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ASP AGRIGENTO

P.O.

FOGLIO di SANIFICAZIONE AMBULANZA

Decreto legge n. 626/94 e n. 242/96
Decreto legislativo n. 81/2008 e s.m.i.

DATA SANIFICAZIONE	TARGA AUTOVEICOLO	MODELLO AUTOVEICOLO

Sostanze disinfettanti antimicrobiche utilizzate

Sanificazione pavimento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sanificazione pareti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sanificazione barella	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sanificazione apparecchiature	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Data _____

Firma _____

Firma _____

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4	
		Pagina 18 di 20

Allegato 9

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - ASP AGRIGENTO

DOTAZIONE STRUMENTALE E FARMACOLOGICA AMBULANZE

Ambulanza di Rianimazione (CMR)

- Attrezzature:

- Barella pieghevole
- Telo di trasferimento;
- Coperta;
- Respiratore automatico;
- Valvola PEEP
- Aspiratore elettrico fisso;
- Aspiratore portatile
- Monitor ECG con defibrillatore;
- Saturimetro
- N. 1 pallone Ambu
- N. 2 bombole di ossigeno con erogatori

- N. 3 valigette/zaino in custodia e dotazione al personale U.O. di Anestesia e Rianimazione di colore diverso (e check list) contenente:

1. Valigia/Zaino Bianco: Set per infusione;
2. Valigia/Zaino Nero: Set per intubazione;
3. Valigia/zaino Rosso: Farmaci.

Ambulanza per il trasporto comune

- Barella;
- Telo di trasferimento;
- Coperta;
- Set per aspirazione;
- N. 1 bombola fissa di O2 con mascherina di erogazione;
- N. 1 Valigetta/zaino con tutta la dotazione di pronto soccorso medico (checklist) necessario in custodia al personale di Medicina e Chirurgia, di Accettazione e d'Urgenza (MCAU).

	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4	

Allegato 10

REGOLAMENTO AUTOPARCO

Servizio Trasporto Pazienti

L'Azienda Sanitaria Provinciale - ASP - di Agrigento è composta di cinque Presidi Ospedalieri dislocati in ambito provinciale e articolati in due Distretti Ospedalieri. Precisamente:

Distretto Ospedaliero AG 1

- Presidio Ospedaliero "San Giovanni di Dio" di Agrigento
- Presidio Ospedaliero "Barone Lombardo" di Canicattì
- Presidio Ospedaliero "San Giacomo d'Altopasso" di Licata

Distretto Ospedaliero AG 2

- Presidio Ospedaliero "F.lli Parlapiano" di Ribera
- Presidio Ospedaliero "Giovanni Paolo II" di Sciacca

Questo aspetto logistico comporta il trasporto secondario/trasferimento dei pazienti nei vari Presidi della stessa Azienda Sanitaria e/o verso altre strutture ospedaliere della Regione Siciliana sia per la continuità assistenziale, sia per l'espletamento di consulenze specialistiche o prestazioni diagnostiche-terapeutiche non eseguibili nel presidio ospedaliero in cui il paziente è degente.

Tale attività, in considerazione delle problematiche che spesso innesca - accordi con la struttura ospedaliera ricevente, personale sanitario che accompagna il paziente in rapporto alle condizioni cliniche - necessita di una regolamentazione che, nel definire tutti gli aspetti organizzativi gestionali del servizio, dia, - da un lato - ampia garanzia al personale che in tale servizio viene impegnato e - dall'altro - sicurezza al paziente per quanto riguarda gli aspetti assistenziali.

Ciò premesso il Comitato Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico ha ritenuto opportuno, congiuntamente alla Direzione Strategica, adottare il presente regolamento nel rispetto degli Standard Joint Commission International.

Art. 1

Il presente regolamento disciplina il trasporto secondario di pazienti degenti che necessitano di trasferimento dal Presidio Ospedaliero di pertinenza verso altre strutture ospedaliere appropriate sia all'interno della stessa Azienda Ospedaliera sia verso Strutture Ospedaliere extra-provincionali. Trasporto secondario che si rende necessario per la **continuità assistenziale**, per l'espletamento di **consulenze specialistiche** o **prestazioni diagnostiche-terapeutiche** non eseguibili all'interno dell'ospedale di pertinenza.

In caso di momentanea indisponibilità delle strutture riceventi, l'Ospedale - per il tramite del proprio personale sanitario - si farà carico della gestione clinico-assistenziale del paziente fino all'acquisizione della disponibilità e, conseguentemente, all'invio del paziente.

Art. 2

L'autoparco dell'Azienda Sanitaria Provinciale è dotato di n. 11 ambulanze: n. 6 ambulanze di trasporto comune e n. 5 ambulanze di rianimazione (CMR) dislocate sui 5 Presidi Ospedalieri.

Art. 3

Le singole ambulanze sono dotate delle apparecchiature e dei presidi sanitari (allegato n. 4 e 9).

Art. 4

L'efficienza tecnica e la gestione amministrativo-contabile delle ambulanze è assegnata al **Responsabile del Servizio Autoparco**.

Art. 5

L'organizzazione del servizio prevede la presenza di un autista h. 24 in servizio attivo compreso i giorni festivi più un autista h. 24 in pronta disponibilità. Di norma per l'espletamento del servizio viene impegnato il personale di turno. Il personale reperibile verrà posto in uno stato di pre-allarme per eventuali emergenze che potrebbero verificarsi durante l'assenza del personale in servizio attivo.

L'attività lavorativa programmata dovrà essere comunicata all'autoparco con congruo anticipo (almeno 24 ore prima).

Art. 6

 ASP AGRIGENTO	<i>Regione Sicilia</i> Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	ACC. 4 - 4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4	

La responsabilità del corredo sanitario in dotazione alle ambulanze compete, per l'**Unità Mobile di Rianimazione (CMR)** ai Direttori dell'UU.OO. di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva dei Distretti AG 1 e AG 2; per le **ambulanze di trasporto comune** al Direttore U.O. Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza.

Art. 7

I Direttori delle due Unità Operative di cui all'art. 6 e/o loro delegati, dovranno verificare quotidianamente l'efficienza e la funzionalità delle apparecchiature sanitarie ubicate all'interno delle ambulanze assegnate (**utile checklist**), nonché la dotazione di farmaci e dispositivi medici provvedendo al reintegro in caso di utilizzo o alla sostituzione in caso di farmaci e dispositivi medici scaduti o deteriorati.

Per le apparecchiature elettromedicali la verifica sull'efficienza e funzionalità dovrà essere effettuata dal Servizio di Ingegneria Clinica dell'ASP che rilascerà apposita certificazione la cui custodia sarà a cura del Direttore dell'U.O. preposta.

A conclusione di ogni servizio effettuato, le UU.OO. di cui all'art. 6 avranno cura di provvedere, con il personale ausiliario in servizio, alla pulizia ed ordine del vano sanitario registrando l'avvenuta sanificazione del vano sanitario su apposito stampato (allegato 8).

Con cadenza quindicinale o in caso di particolare necessità il personale ausiliario che provvede alla sanificazione della cellula sanitaria dell'ambulanza effettuerà la disinfezione del vano di cui sopra.

Il personale sanitario che è stato impegnato nell'espletamento del servizio, dovrà, inoltre, comunicare al Coordinatore Infermieristico dell'U.O. a cui è affidata la responsabilità del Corredo Sanitario indicati all'art. 6, l'elenco del materiale sanitario (farmaci e dispositivi medici) consumato affinché si provveda all'immediato reintegro (allegato n. 4).

Il Responsabile dell'Autoparco pianifica la manutenzione ordinaria e/o straordinaria degli automezzi in uso che, di norma, viene effettuata ogni 20.000 Km.

Art. 8

L'equipe sanitaria impegnata nel trasferimento dei pazienti varia in rapporto alle condizioni cliniche del paziente stesso e può essere composta, in funzione delle necessità assistenziali, da un infermiere o da un medico in servizio presso l'Unità Operativa in cui si trova ricoverato il paziente da trasferire ovvero da entrambi.

Art. 9

Le UU.OO. che necessitano del servizio ambulanze dovranno avanzare richiesta al Responsabile del Servizio Autoparco. La superiore richiesta dovrà indicare, tra l'altro, in base alle condizioni cliniche del paziente, la necessità o meno di assistenza medica e/o infermieristica.

Per quanto riguarda l'unità mobile di rianimazione (CMR) in considerazione delle caratteristiche tecniche delle apparecchiature di cui è dotata, dovrà essere utilizzata solo in presenza di un dirigente medico di rianimazione. Pertanto la richiesta dovrà essere inoltrata all'U.O. di Anestesia e Rianimazione che, dopo averla valutata, attiverà o meno il servizio.

Art. 10

A conclusione di ciascun servizio il personale dell'Ambulanza dovrà registrare su apposito registro la prestazione effettuata l'orario di inizio servizio, orario di fine servizio nonché annotare eventuali problematiche o imprevisti verificatisi durante l'espletamento del servizio. Di tale registrazione sarà prodotto mensilmente un Report.

Matrice di responsabilità

Parco Ambulanze		Dir. U.O. Anest. Rian	Dir. U.O. Med. Urg.	C. Inf. U.O. Anest. Rian.	C. Inf. U.O. Med. Urg.	Resp. Parco Ambulanze	Resp. servizio pulizia	U.O. Rischio Clin.
Ambulanza Rianimazione (CMR)	Aspetti tecnico-gestionali					R	R	C
	Aspetti sanitari	R		R			R	C
Ambulanza Trasporto Comune	Aspetti tecnico-gestionali					R	R	C
	Aspetti sanitari		R		R		R	C

R = Responsabile azione

C = Collaboratore