

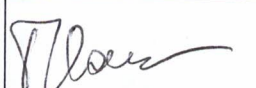

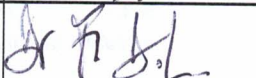
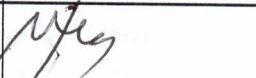
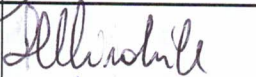

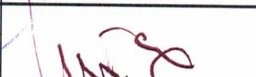


Procedura di TRASPORTO SANITARIO SECONDARIO

Raccomandazione ministeriale n° 11 - Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)

	Nome/Funzione	Data	Firma
Redazione	Dott.ssa M.R Politi Direttore Medico P.O. Piazza Armerina	27/04/23	
	Dott.ssa M.A. Montalbano Direttore Medico PP.OO. Enna e Leonforte	17.06.'23	
	Dott. M. Condorelli Dirigente Medico Direzione medica di Presidio P.O. Nicosia	05/04/2023	
	Dott. E. De Rose Direttore UOC Anestesia e Rianimazione Enna	17-04-'23	
	Dott. D. Di Fabrizio Resp UOSD Anestesia e Rianimazione Nicosia	11/4/2023	
Verifica	Dott. R Valenti Direttore DEA	27-4-23	
Verifica formale	Dott. P. Mirabile Dirigente UOS Qualità e Rischio Clinico	28/4/2023	
Approvazione	Dott. E. Cassarà Direttore Sanitario Aziendale	2.05.23	
Adozione	Dott. F. Iudica Commissario Straordinario ASP Enna	2.5.23	

Procedura di TRASPORTO SECONDARIO

INDICE GENERALE

Premessa	3
1.	Scopo..... 3
2.	Campo di applicazione 3
3.	Scheda di registrazione delle modifiche 3
4.	Definizioni ed acronimi 4
5.	Responsabilità 4
6.	Descrizione delle attività..... 5
6.1.	Decisione di procedere al Trasporto Sanitario..... 5
6.2.	Classificazione di Eherenwerth per il trasporto dei pazienti..... 6
6.3.	Regole generali per individuare l'equipe idonea 7
6.4.	Gestione del trasporto 7
6.5.	Trasporti programmati per esami strumentali 8
6.6.	Trasporto pazienti covid positivi dimessi 8
6.7.	Azioni in caso di indisponibilità dell'ambulanza 8
6.8.	Criteri clinici per la definizione del livello di assistenza 9
6.9.	Criteri clinici per la definizione delle attrezzature e risorse indispensabili durante il trasporto assistito del paziente NON traumatico secondo Glasgow Coma Scale..... 10
6.10.	Criteri clinici per la definizione delle attrezzature e risorse indispensabili durante il trasporto assistito del paziente TRAUMATIZZATO secondo Revised Trauma Score. 11
6.11.	Eventi avversi durante i trasporti sanitari..... 11
7.	Documenti di riferimento 11
8.	Allegati 12
9.	Indicatori..... 12
10.	Lista di distribuzione 12

Premessa

Il trasporto sanitario secondario dei pazienti rappresenta un momento importante nel continuum dell'assistenza sanitaria che non deve interrompersi. Richiede pertanto una gestione articolata con la necessità di individuare competenze specifiche in grado di garantire un livello di cura in base alle specifiche necessità anche nel corso dei trasferimenti inter-ospedalieri, a maggior ragione in un contesto organizzativo di rete ospedaliera integrata (modello Hub e Spoke sia aziendale che inter-aziendale). Inoltre, questo tipo di trasporto rappresenta un momento ancor più delicato soprattutto se attuato in condizioni di urgenza e/o quando riguarda un paziente in condizioni cliniche critiche.

La presente procedura risponde anche alla raccomandazione ministeriale *Raccomandazione 11 - Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)*.

1. Scopo

Questo documento definisce i criteri e le modalità operative per garantire la continuità e la sicurezza delle cure dei pazienti in carico alle UU.OO. dei presidi ospedalieri aziendali, durante il loro trasporto sia tra Ospedali Aziendali che da questi verso Ospedali extra-Aziendali, per trasferimento o per accertamenti diagnostici.

2. Campo di applicazione

Si applica presso tutte le UU.OO. degli ospedali aziendali ed i PP.SS aziendali, per i pazienti che necessitano, per le loro condizioni di salute, di trasferimenti per accertamenti diagnostici e/o procedure terapeutiche non eseguibili presso il P. O. in cui il paziente è ricoverato.

3. Scheda di registrazione delle modifiche

DATA	REVISIONE	DESCRIZIONE
03/04/2023	0.3	Revisione
Ottobre 2016	0.2	Aggiornamento
Maggio 2010	0.1	Prima emissione

4. Definizioni ed acronimi

DEA	Dipartimento Emergenza Accettazione
DMP	Direzione medica di presidio
FC	Frequenza Cardiaca
FR	Frequenza Respiratoria
GCS	Glasgow Coma Scale
PaCO2	Pressione parziale arteriosa di anidride carbonica
PAD	Pressione Arteriosa Diastolica
PAS	Pressione Arteriosa Sistolica
PS	Pronto Soccorso
SpO2	Saturazione di ossigeno dell'emoglobina del sangue arterioso – con rilievo percutaneo
UO	Unità Operativa

5. Responsabilità

Legenda R: responsabile, C: coinvolto, I: informato

	Medico richiedente	DMP	Medico di Guardia di PS	Anestesista-Rianimatore
Decisione del trasferimento	R			
Richiesta di trasporto programmato alla DMP e al Pronto soccorso tramite allegato 1	R	C		
Autorizzazione al trasporto	C	R		
Predisposizione documentazione necessaria durante il trasporto	R			
Gestione dell'organizzazione dei trasporti programmati	C	I	R	
Reperimento ambulanza privata in caso di indisponibilità dei mezzi aziendali		I	R	
Registrazione richieste ad associazioni private su apposito registro		I	R	
Accompagnamento del paziente che richiede assistenza medica non rianimatoria.	R			
Conferma della necessità di attivazione dell'equipe di accompagnamento del paziente critico	C			R
Registrazione parametri/terapie durante il trasporto (allegato 2)	R			R



6. Descrizione delle attività

6.1. Decisione di procedere al Trasporto Sanitario

La decisione di procedere al trasporto sanitario del paziente compete al Medico che ha in cura il paziente. In particolare **Il Medico che dispone il trasporto per accertamenti o per trasferimento del paziente deve:**

- Porre l'indicazione al trasferimento del paziente in altra sede;
- Informare il paziente (e/o i familiari) ed ottenerne il consenso;
- Reperire l'Ospedale o la struttura di destinazione (concordandola preventivamente con il medico accompagnatore (se diverso da lui) e raccordarsi con i medici degli ospedali di destinazione, al fine di ottenere un parere motivato sul trasferimento accertandosi della effettiva disponibilità del posto letto. Compilare l'apposito "Scheda richiesta trasporto secondario" (**allegato 1**) per la richiesta di trasferimento ed inviarlo **alla Direzione Medica di Presidio per la relativa vidimazione, in copia al Pronto Soccorso** del PO di riferimento;

Nota bene: Al di fuori degli orari di apertura delle Direzioni Mediche di Presidio, il medico di guardia di Pronto Soccorso assume la responsabilità della vidimazione da parte della DMP.

- Successivamente, **inviare la richiesta vidimata dalla Direzione medica di presidio al Pronto Soccorso** del PO di riferimento per l'organizzazione del trasporto;
- Compilare l'apposita "Scheda trasferimento paziente critico" (**allegato 2**), se indicato.
- Rendere disponibile, al personale che eseguirà il trasporto, la documentazione clinica necessaria (vedi paragrafo 6.4).
- Informare il personale dell'ambulanza sullo stato di salute del paziente e sulle necessità di trasferimento.
- Fornire al personale addetto all'assistenza durante il trasporto le seguenti informazioni:
 - a) Identificazione del Paziente (**nome, cognome e data di nascita**).
 - b) Motivazione del trasferimento/trasporto.
 - c) Nominativo e reparto del medico della struttura ricevente contattato.
 - d) Modalità di assistenza respiratoria.
 - e) Farmaci da somministrare durante il trasporto.

6.2. Classificazione di Eherenwerth per il trasporto dei pazienti

CLASSE I E II NON E' RICHIESTA LA PRESENZA DEL MEDICO

1. Il paziente richiede raramente il monitoraggio dei parametri vitali
2. Non ha bisogno di una linea venosa
3. Non richiede somministrazione di ossigeno
4. Non va trasferito in terapia intensiva

CLASSE III E' RICHIESTA LA PRESENZA DEL MEDICO

1. Il paziente richiede di frequente il monitoraggio dei parametri vitali
2. Ha bisogno di una linea venosa
3. Può andare incontro alla compromissione dello stato di coscienza
4. Può andare incontro a distress respiratorio
5. Richiede la somministrazione di O₂
6. Va in terapia intensiva
7. Glasgow Coma Scale <9

CLASSE IV E' RICHIESTA LA PRESENZA DEL MEDICO ANESTESISTA-RIANIMATORE

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

CLASSE V A TOTALE CARICO DEL RIANIMATORE

1. Il paziente non può essere stabilizzato
2. Richiede monitoraggio invasivo
3. Richiede terapia intensiva



6.3. Regole generali per individuare l'equipe idonea

Il paziente può essere affidato al solo equipaggio dell'ambulanza e all'infermiere nel caso in cui si ritenga che per il tempo del trasporto non avrà ragionevolmente bisogno di interventi di cura di pertinenza medica. (Classi Eherenwert 1 e 2).

Nel caso in cui si ritenesse che il paziente potrebbe ragionevolmente aver bisogno di interventi clinici (Classe Eherenwert 3) dovrà essere accompagnato da un medico, individuato tra i medici competenti per specialità, presenti in servizio o reperibili, e da un infermiere.

Il medico di guardia non può far parte dell'equipe di trasporto se è l'unico medico presente nel presidio ospedaliero e la sua funzione non è altrimenti vicariabile.

Infermiere e medico rianimatore accompagnano le classi Eherenwert 4 e 5, la conferma dell'effettiva necessità di assistenza del rianimatore spetta al medico rianimatore stesso.

L'assenza dell'indicazione all'impiego dell'equipe di rianimazione non comporta l'automatica esclusione della necessità di accompagnamento da parte di un medico di differente specialità.

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 e dall'infermiere dell'U.T.I.N.

6.4. Gestione del trasporto

Il medico/infermiere che esegue il trasferimento/trasporto dovrà altresì avere cura di verificare la documentazione clinica a corredo del trasferimento/trasporto contenente le seguenti informazioni:

1. Storia della malattia e/o del trauma o cartella clinica se paziente ricoverato.
2. Orientamento diagnostico iniziale.
3. Condizioni del paziente all'ammissione in ospedale.
4. Parametri vitali registrati in Pronto Soccorso o in reparto e al momento del trasferimento.
5. Referti e/o copie di esami di laboratorio e/o strumentali effettuati (da allegare).

Inoltre dovranno essere registrati, tramite apposita scheda "Scheda di trasporto sanitario assistito" (**allegati 2 e 3**) le seguenti informazioni:

- Il motivo del trasporto
- Il nome del medico e/o infermiere che assiste il paziente durante il trasporto
- L'ora di inizio del trasporto e i principali parametri clinici del paziente all'inizio del trasporto
- Le notizie relative al monitoraggio in itinere del paziente e la terapia effettuata
- L'ora di fine del trasporto e i principali parametri clinici del paziente al termine del trasporto
- Il nome del medico dell'Ospedale ricevente e l'ora di presa in carico da parte di quest'ultimo.

La scheda relativa ad ogni trasporto, costituisce parte integrante della documentazione clinica del paziente trasportato, e sarà conservata all'interno di essa (cartella clinica o documentazione di PS).

Mezzi di comunicazione

Il personale che partecipa al trasferimento comunica con la base attraverso cellulare aziendale.



Supervisione

In caso di accompagnamento del paziente con il solo infermiere, questi si metterà in contatto telefonico, se necessario, con il medico curante del reparto se il trasferimento è predisposto da una unità operativa. Con il medico del P.S. in caso di trasferimento disposto dal P.S.

6.5. Trasporti programmati per esami strumentali

I trasporti/trasferimenti programmati devono essere preventivamente autorizzati dalla Direzione Medica di Presidio.

L'organizzazione del trasporto viene gestita dal Pronto Soccorso del PO di riferimento.

6.6. Trasporto pazienti covid positivi dimessi

I pazienti covid positivi dimessi si recheranno presso il loro domicilio con mezzo proprio, salvo che il medico dimettente non dichiari la necessità di assistenza sanitaria durante il trasporto.

6.7. Azioni in caso di indisponibilità dell'ambulanza

Nel caso di indisponibilità dell'ambulanza (sia per impegno in trasporto urgente di PS sia per impegno in trasporto secondario programmato) e contestuale necessità di trasporto in urgenza/emergenza, si potrà utilizzare un mezzo idoneo delle Associazioni private, garantendo:

- 1) Di chiamare associazioni che posseggono i requisiti idonei ai trasporti sanitari previsti dalla legge;
- 2) Di garantire la rotazione tra le associazioni, al fine di evitare eventi corruttivi;
- 3) **Di annotare su apposito registro, da mantenere e conservare presso ogni Pronto Soccorso, le seguenti informazioni:**
Nome, cognome e data di nascita del paziente
MOTIVAZIONE DEL TRASPORTO (specificando la motivazione dell'indifferibilità del trasporto)
NOME ASSOCIAZIONE
DATA E ORA DELLA CHIAMATA ALL'ASSOCIAZIONE
EVENTUALE INDISPONIBILITÀ DEL MEZZO DELL'ASSOCIAZIONE
Ora rientro
NOMINATIVO E FIRMA DEL MEDICO CHE RICHIEDE L'AMBULANZA

La richiesta alla associazione che non esegue il trasporto per indisponibilità dei mezzi, deve essere parimenti annotata sul registro.



6.8. Criteri clinici per la definizione del livello di assistenza

<p>Il paziente NON necessita di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. monitoraggio dei parametri vitali 2. una linea venosa per la somministrazione continua di liquidi e farmaci 3. somministrazione di ossigeno medicale 	<p>Non è necessaria la presenza del medico a bordo dell'ambulanza per il trasferimento, ma solo dell'infermiere</p>
<p>Il paziente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. necessita del monitoraggio dei parametri vitali [Pressione Arteriosa (PA) - attività cardiaca (monitor ECG) – respirazione (Saturazione O₂) 2. necessita di una linea venosa per la somministrazione continua di liquidi e farmaci 3. Può avere una compromissione dello stato di coscienza 4. Può presentare un lieve o modesto distress respiratorio per cui richiede la somministrazione di ossigeno 	<p>È necessaria la presenza del medico a bordo della ambulanza quando :</p> <ul style="list-style-type: none"> -RTS ≥ 3; -GCS >9; -FR <10 > 20; -FC <55 o > 100; -PAS < 100; -SatO₂ rilevato con EGA < 90 <p>NB: Nel caso di SCA 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 (SatO₂) - EGA] 5. Può presentare compromissione dello stato di coscienza 	<p>È necessaria la presenza del Medico Rianimatore a bordo della ambulanza quando :</p> <ul style="list-style-type: none"> -RTS < 3; -GCS < 9;



6.9. Criteri clinici per la definizione delle attrezzature e risorse indispensabili durante il trasporto assistito del paziente NON traumatico secondo Glasgow Coma Scale.

In caso di pazienti non traumatizzati, la definizione dell'occorrente si basa sulla scala Glasgow Coma.

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 18G, controllo vie aeree e materiale per rianimazione • Due linee venose di calibro adeguato (non inferiore ai 18 G), ossigeno medicale e materiale per rianimazione 	<p>Ambulanza medicalizzata con Medico dell'Emergenza o di Branca affine</p> <p>Specialista Cardiologo* in caso di SCA – Scompenso in soggetto con cardiomiopatia</p>
<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 (Medico dell'Emergenza o Anestesista Rianimatore)

***Dove non è prevista e/o non è disponibile la presenza attiva (servizio e/o reperibilità) del cardiologo, il trasporto sarà assicurato dal medico dell'emergenza o di branca affine.**



6.10. Criteri clinici per la definizione delle attrezzature e risorse indispensabili durante il trasporto assistito del paziente TRAUMATIZZATO secondo Revised Trauma Score.

In caso di pazienti traumatizzati, la definizione dell'occorrente si basa sulla scala Revised Trauma Score.

Condizione clinica	Attrezzatura sanitaria necessaria	Mezzo di trasporto richiesto
Revised Trauma Score 4 <ul style="list-style-type: none"> Assenza di danno neurologico 	Dotazione standard	Ambulanza ordinaria
Revised Trauma Score 3 <ul style="list-style-type: none"> Assenza di danno neurologico Assenza di trauma maggiore Paziente stabile con grave trauma già diagnosticato in osservazione prima del trattamento 	<ul style="list-style-type: none"> Monitor ECG, Una - Due linee venose di calibro adeguato (non inferiore ai 18 G), ossigeno medicale ☑ materiale per rianimazione 	Ambulanza medicalizzata con Medico dell'emergenza o di Branca affine Specialista Cardiologo* in caso di SCA – Scompenso in soggetto con cardiomiopatia
Revised Trauma Score ≤ 2 <ul style="list-style-type: none"> Paziente instabile (PSA < 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 (Medico Anestesista Rianimatore)

6.11. Eventi avversi durante i trasporti sanitari

In caso di near miss e/o eventi avversi derivanti da un malfunzionamento del sistema di trasporto di competenza della Asp di Enna, l'evento deve essere segnalato all'UOS Qualità e Rischio clinico, secondo le modalità e documentazione previsti dalla Procedura aziendale "Procedura per la segnalazione degli eventi avversi e near miss"

7. Documenti di riferimento

- Raccomandazione 11 - Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero).
- Assessment of coma and severity of brain damage. Anesthesiology. 1978; 49: 225-226
- Statistical validation of the Revised Trauma Score. J Trauma. 2006 Feb;60(2):305-11.
- Unification of the revised trauma score. J Trauma 2006;61:718-22



8. Allegati

- **Allegato 1:** Scheda richiesta trasporto secondario
- **Allegato 2:** Scheda trasporto secondario per accertamenti diagnostici
- **Allegato 3:** Scheda trasferimento paziente

9. Indicatori

Numero eventi avversi/near miss segnalati e per i quali viene attivata la Root Cause Analysis
= 100%

10. Lista di distribuzione

UU.OO. di ricovero dei presidi ospedalieri Asp di Enna

PP.SS. dei presidi ospedalieri Asp di Enna