MEDICINA E ORGANIZZAZIONE SANITARIA

Strutture dell'Emergenza Urgenza: se le conosci le eviti? Il buon uso

Anna Milanesi

UTE

Novate Mil.se, 1 marzo-5 aprile 2018

Che cosa si intende con il termine "emergenza"?

Nei paesi anglosassoni il termine di "emergenza", è sinonimo di calamità che coinvolge acutamente una moltitudine di persone e che richiede provvedimenti eccezionali, è distinto da quello di "urgenza", termine che indica invece il processo evolutivo di una malattia.

OMS-Organizzazione Mondiale Sanità
WHO-World Health Organization

Organizzazione intergovernativa che fa parte delle Nazioni Unite - Costituita nel 1946

Operativa dal 7 aprile 1948 (Giornata Mondiale della Sanità)

Obiettivo: fare raggiungere ai popoli della terra il maggior livello di salute possibile definita come condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto come assenza di malattia o di infermità.

L'OMS suddivide il mondo in sei strutture organizzative regionali, ognuna facente capo ad un proprio Comitato Regionale:

- Africa (Brazzaville)
- Americhe (Washington)
- Mediterraneo orientale (Alessandria d'Egitto)
- Europa (Copenhagen)
- Sud-est asiatico (Nuova Delhi)
- Pacifico occidentale (Manila)

Globalizzazione e emergenze sanitarie

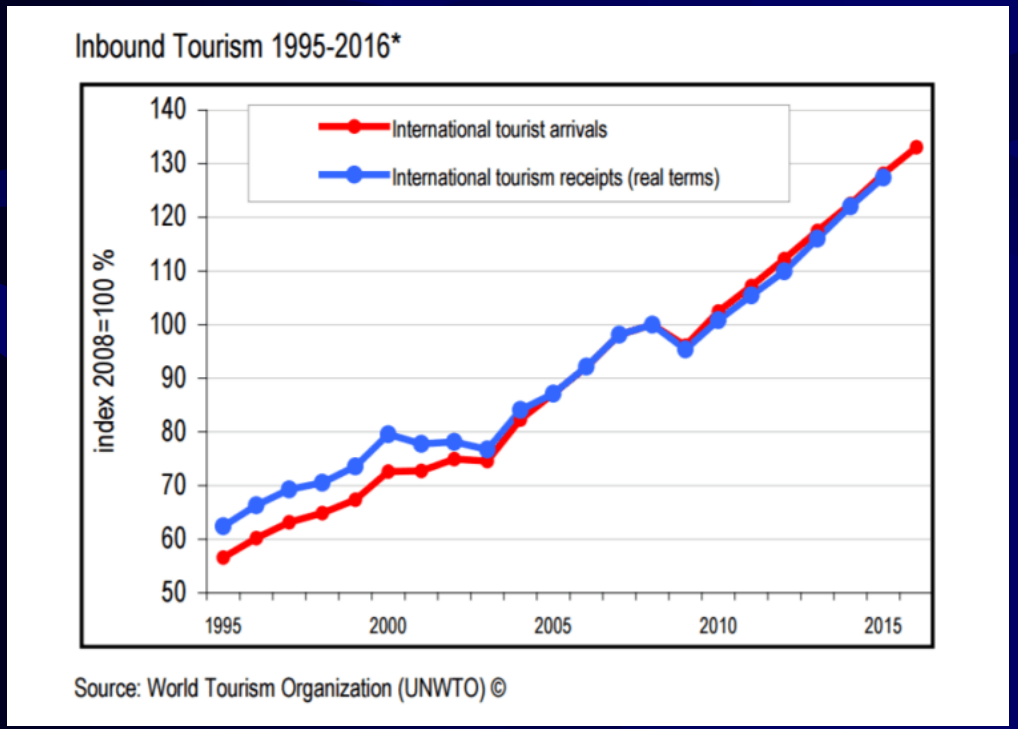
Incremento dei viaggi internazionali a soli fini turistici con alte velocità di spostamento – Periodo 1990-2002

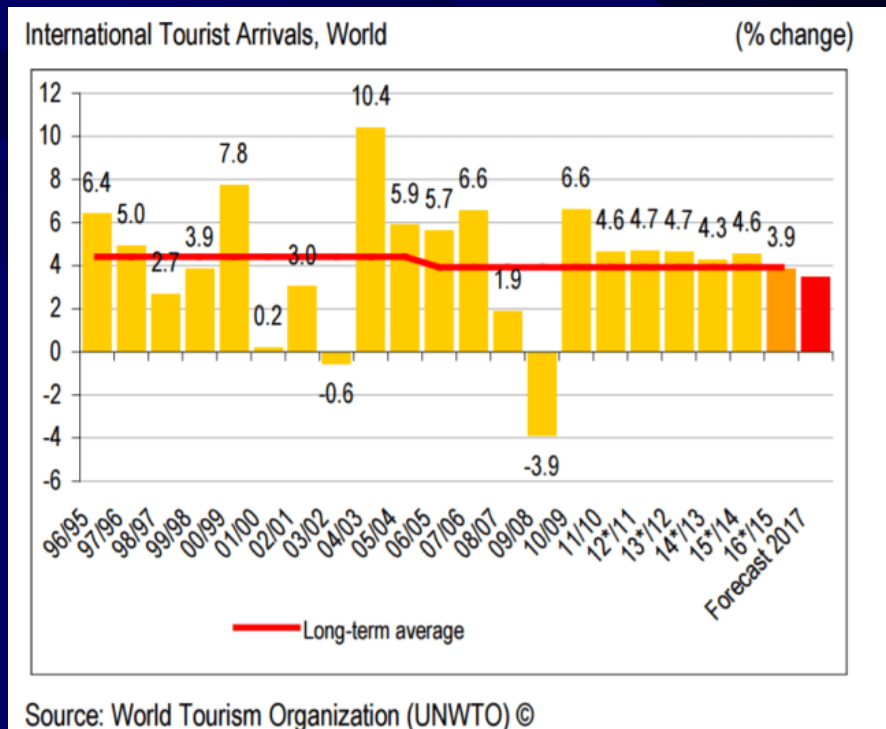
(dati OMT, in milioni)

Provenienza	1990	2000	2002*
Africa	9.9	16.1	16.8 (3.3%)
Americhe	**99.2**	**130.5**	**120.2 (- 2.8%)**
Asia e Pacifico	60.2	118.9	131.2 (7.9)
Europa	263.9	394.8	404.9 (2.7%)
Medio Oriente	8.0	14.2	16 (9.5%)
Non specificato	14.7	12.9	13.5
TOTALE	**455.9**	**687.3**	**702.6 (2.7%)**
Stessa regione	361.4	538.8	561.9 (3.4%)
Altre regioni	79.8	135.6	127.2 (0%)

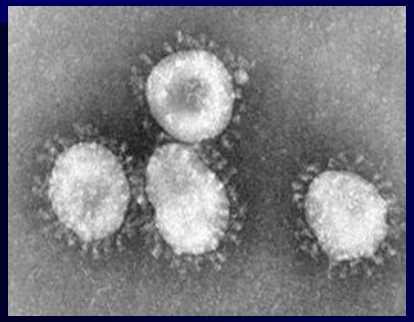
Globalizzazione e emergenze sanitarie

Nel 2016 gli arrivi turistici internazionali sono aumentati del 3,9%: poco più di 1,3 miliardi (fonte dati UNWTO). L'UNWTO prevede un aumento degli arrivi turistici compresi tra il 3% e il 4% nel 2017, in particolare un aumento tra il 2% e il 3% in Europa, tra il 5% e il 6% in Asia e Pacifico, tra il 4% e il 5% in America e tra il 2% e il 5% in Medio Oriente.



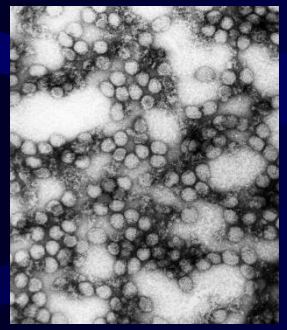


Emergenze di sanità pubblica di rilevanza nazionale ed internazionale



2003 – SARS

2001 - Encefalopatia spongiforme bovina (malattia da prioni)

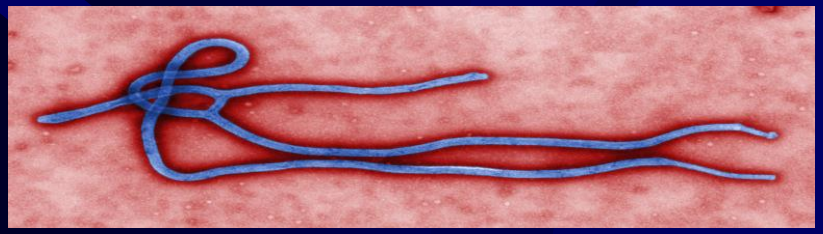


2016 Zika Virus

2005 – Aviaria (H7N9)

2009 Febbre suina (H1N1)

2010 - Antrace



2014 – Ebola

Come si declina il termine "emergenza" a livello nazionale/locale?

Si può parlare di "emergenza - urgenza" in "qualunque situazione non prevedibile o in presenza di un qualunque quadro patologico che intacchi le funzioni vitali dell'organismo.....rischiando in tempi rapidissimi l'irreversibilità o l'invalidità permanente, ...in cui l'evoluzione....è tempo-dipendente"

La distinzione risiede nei tempi di intervento necessari e, ovviamente, presuppone una valutazione "tecnica".

E' necessario disporre di un sistema di emergenza territoriale a rapida risposta con operatori specificamente addestrati .

Il termine emergenza comprende anche la percezione del cittadino di un bisogno immediato in relazione a prestazioni non differibili.

ASPETTATIVE DEL PAZIENTE

- essere curato efficacemente
- essere curato tempestivamente
- essere curato in sicurezza
- essere preso in carico da un riferimento certo e unico
- avere informazioni sullo sviluppo del proprio percorso di cura
- avere coordinamento, integrazione, continuità tra le fasi del percorso
- essere ascoltato, rassicurato, accolto
- comfort, privacy e tutela della dignità
- percepire omogeneità ed equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi

STANDARDIZZAZIONE E PERSONALIZZAZIONE

RISPOSTE DEL SISTEMA

Bisogna rispondere

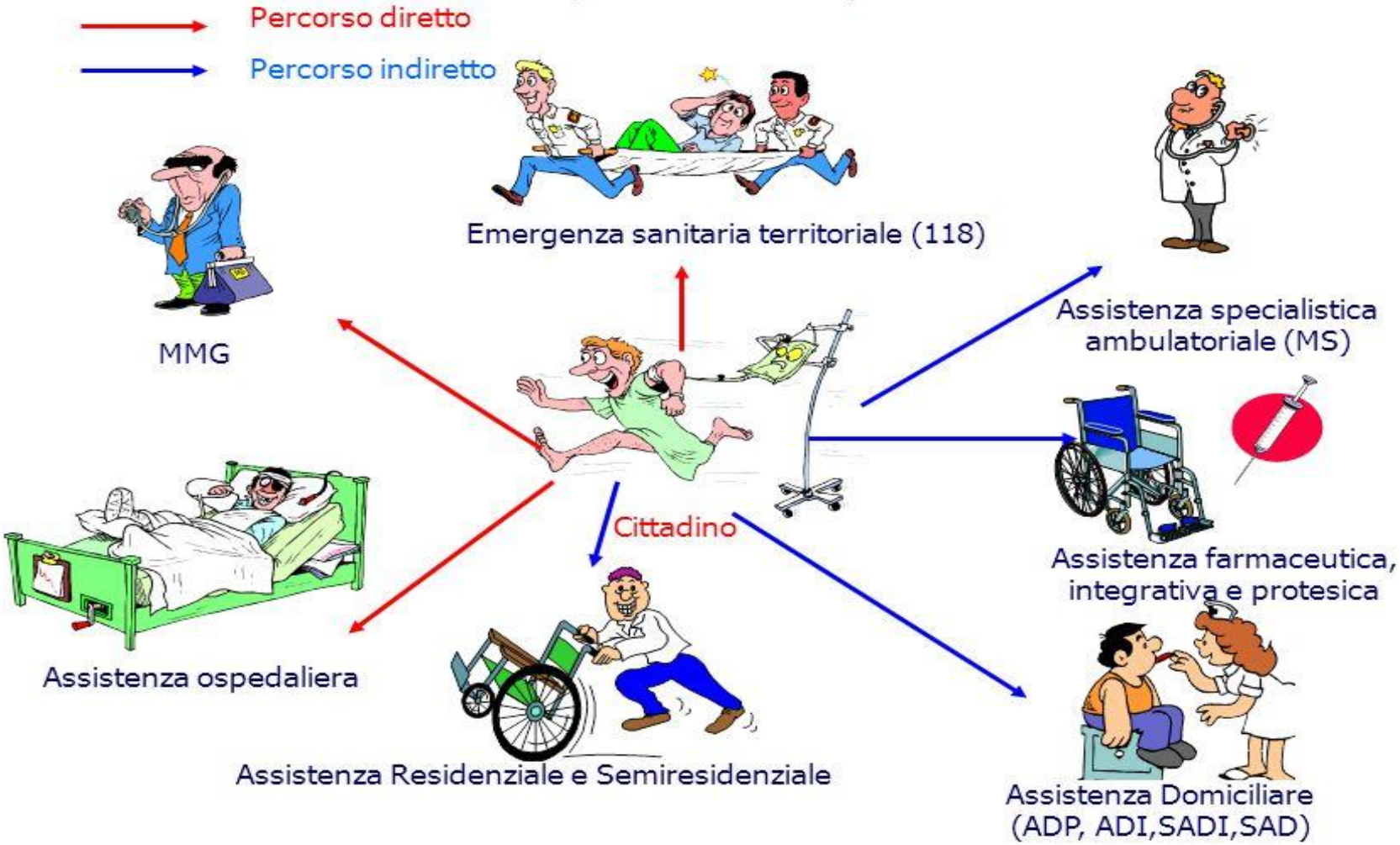
- in modo diverso
  - per tecnologie
  - per competenze
  - per quantita' e qualita' del personale assegnato

- ai diversi gradi di
  - instabilita' clinica
  - complessita' assistenziale

Il paziente deve essere indirizzato verso un percorso chiaro, con riferimenti sanitari certi, per favorire l'appropriatezza nell'uso delle strutture ed un'assistenza continua e personalizzata.

Percorsi di accesso nei Servizi in Rete

Percorsi di accesso definiti (diretti o indiretti) + comunicazione fra servizi



Sistema emergenza sanitaria

- Un sistema di allarme sanitario
- Un sistema territoriale di soccorso
- Una rete di servizi e presidi

DPR 27 marzo 1992

COME ORIENTARSI NEL SISTEMA EMERGENZA-URGENZA

Il sistema di emergenza-urgenza si articola in una rete composta da:

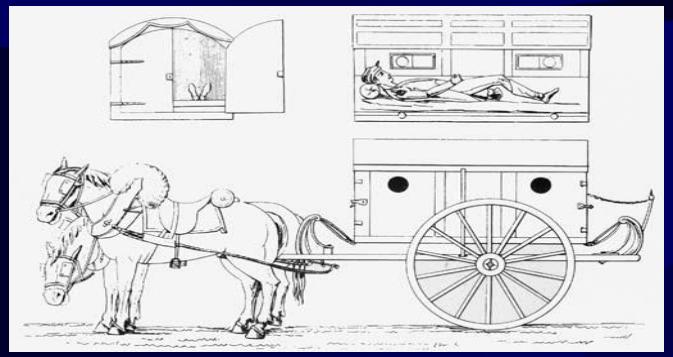
• Centrale operativa, dotata di numero di accesso breve ed unico su tutto il territorio nazionale, sulla quale convergono tutti i collegamenti di allarme sanitario, in grado di coordinare il Sistema di Emergenza Territoriale

• Emergenza Territoriale (per evitare confusione con i servizi territoriali della Medicina Generale e con la Continuità Assistenziale) composta dagli operatori, dai mezzi, dalle postazioni di sosta e di partenza, dai Punti di Primo Intervento e operativa sulla base di procedure per la fase di avvicinamento al Pronto Soccorso di destinazione.

• Una rete di strutture in grado di rispondere alle necessità d'intervento in base alle loro caratteristiche strutturali, organizzative e di complessità assistenziale:

- Pronto Soccorso
- Dipartimento di Emergenza Urgenza di I livello (DEA Spoke),
- Dipartimento di Emergenza Urgenza di II livello (DEA Hub).

L'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA EMERGENZA URGENZA



Il 118 (Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza - SSUEm 118 o più semplicemente Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica - SUEM 118) è stato istituito con il **Decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992** (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza).

La gestione e l'organizzazione del servizio possono essere di competenza regionale (in Lombardia dal 2 aprile 2008 con delibera n° VIII/6994 della Giunta regionale, è attivata AREU che coordina dal 28 Maggio 2013 le nuove Sale Operative Regionali dell'Emergenza Urgenza sanitaria (SOREU) a valenza interprovinciale).

Il 118 il numero telefonico attivo in Italia per la richiesta di soccorso medico per emergenza sanitaria. È un numero unico nazionale, attivo 24 ore su 24 e sette giorni su sette, gratuito su tutto il territorio, sia da telefoni fissi che mobili. Ma.....

…. dal 2012 in Lombardia è stato attivato il NUE, numero unico di emergenza 112, un solo numero telefonico che fa confluire tutte le telefonate effettuate ai numeri di emergenza 112, 113, 115 e 118.

Il 112, definito "centralino laico" perché si avvale del lavoro di operatori non specializzati, localizza e identifica il chiamante e inoltra la richiesta alla centrale operativa di secondo livello competente (emergenza sanitaria, carabinieri, polizia e vigili del fuoco).

Il 112 non sostituisce gli attuali numeri di emergenza (112 dei carabinieri, 113 per la polizia di Stato, 115 vigili del fuoco e 118 soccorso sanitario), che rimangono attivi.

112 NUE

Numero Unico Emergenza

SI PUÒ COMPORRE IL 112:

- PER CHIAMARE QUALSIASI SERVIZIO DI SOCCORSO
- IN QUALSIASI PAESE DELL'UNIONE EUROPEA
- DAL TELEFONO FISSO, DA UN TELEFONO PUBBLICO O DAL CELLULARE
- GRATUITAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI POTETE CHIAMARE IL 112 ?

CHIAMATE IL 112 QUANDO AVETE URGENTEMENTE BISOGNO DI UN INTERVENTO DEI:

- CARABINIERI
- POLIZIA
- POLIZIA LOCALE
- PROTEZIONE CIVILE
- SOCCORSO SANITARIO
- VIGILI DEL FUOCO

AD ESEMPIO SE:

- SIETE STATI VITTIMA O TESTIMONI DI UN GRAVE INCIDENTE STRADALE
- NOTATE UN INCENDIO IN UN EDIFICIO
- ASSISTETE A UN TENTATIVO DI FURTO IN CASA
- ASSISTETE AD UNA FRANA/ESONDAZIONE

LOMBARDIA. COSTRUIAMOLA INSIEME.

RegioneLombardia

GUIDA ALL'UTILIZZO APPROPRIATO DEL 112

da www.areu.lombardia.it

Nel caso di reale emergenza sanitaria, il numero 112 va chiamato ad esempio per:

- Grave malore (perdita di coscienza, difficoltà di respiro, dolore al petto)
- Incidente stradale, sul lavoro, domestico, sportivo
- Necessità di ricovero ospedaliero urgente su indicazione di un medico
- Situazioni certe o presunte di pericolo di vita

Non si devono chiedere:

- ricoveri ospedalieri programmati;
- dimissioni o trasferimenti non urgenti con ambulanza;
- visite mediche specialistiche o accertamenti;
- informazioni di natura socio sanitaria

Si utilizza correttamente il 112 quando si richiede un intervento che deve essere IMMEDIATO per evitare di mettere in pericolo la vita o di compromettere una funzione vitale del soggetto coinvolto. Nei casi in cui non c'è pericolo immediato ma c'è comunque una necessità di intervento tempestivo, si può chiedere l'intervento del medico di famiglia o della Continuità Assistenziale (Guardia Medica).

Quando si comunica con l'operatore del 112 è necessario rispondere con calma e precisione alle domande dell'operatore, che chiederà:

1. DOVE è successo l'evento (comune, via, numero civico, telefono);
2. COSA è successo (incidente, malore);
3. Le condizioni dell'infortunato: ad esempio lo stato di coscienza o di incoscienza; eventuali emorragie visibili in atto;
4. Le generalità (quando possibile)
5. In caso di incidente stradale: il numero dei mezzi e delle persone coinvolte.
6. Particolari difficoltà di intervento (pazienti irraggiungibili, strade interrotte, presenza di incendi o di esalazioni di gas)

In attesa dei soccorsi è essenziale:

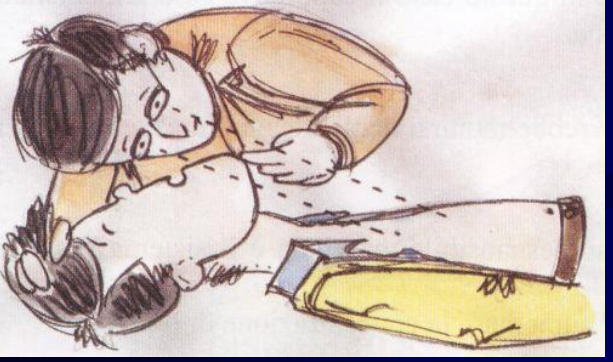
- cercare di mantenere la calma
- non somministrare farmaci
- non somministrare cibo o bevande
- non spostare o muovere la persona traumatizzata, se non strettamente necessario (ad esempio per situazioni di pericolo ambientale, quali: incendio, pericolo di crollo imminente, presenza di gas …)
- tenere sempre libero il telefono con cui è stato contattato il 112 e, soprattutto, attenersi alle indicazioni fornite dall'operatore.

In caso di variazione delle condizioni della persona da soccorrere, ri-chiamare subito il 112.

Fornire indicazioni precise, rispondendo alle domande, non significa perdere tempo, ma significa guadagnarlo. In base alle informazioni ricevute, infatti, l'operatore può farsi un'idea più precisa dell'evento e inviare il mezzo di soccorso più idoneo. Nella maggior parte dei casi i mezzi di soccorso vengono già inviati mentre è in corso la telefonata.

E' possibile richiedere copia della documentazione prodotta dagli operatori 118 durante l'intervento di soccorso inoltrando una richiesta alla Struttura ospedaliera (Ufficio Cartelle Cliniche, Direzione Sanitaria …) presso la quale è stata accompagnata la persona soccorsa. La documentazione viene infatti consegnata, in originale, al Pronto Soccorso o al Reparto della Struttura ospedaliera di destinazione del paziente. Tale documentazione diventa parte integrante della cartella clinica di ricovero o della documentazione di Pronto Soccorso (in caso di non ricovero) della stessa.

Ogni conversazione con il 112 è automaticamente registrata.
L'abuso del servizio è sanzionato secondo l'articolo 658 del Codice Penale, per il reato di procurato allarme presso l'autorità: chi disturba l'operato del servizio può incorrere in una pesante sanzione amministrativa, oppure fino a sei mesi di reclusione.
Gli abusi includono le chiamate per eventi non accaduti (scherzi) o per informazioni generiche (numeri di telefono, indirizzi, ecc.), soprattutto se reiterati.

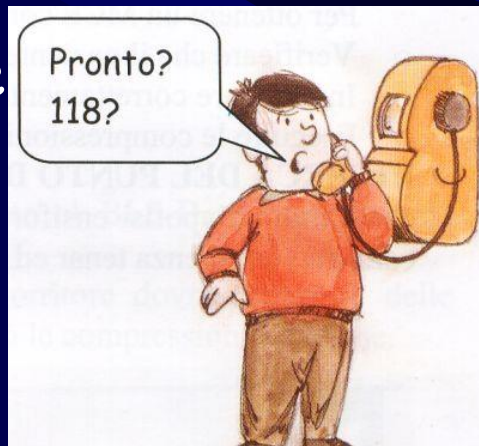


Obbligo di soccorso

Per non incorrere nel reato di omissione di soccorso, il cittadino che assista ad incidenti è tenuto ad allertare il 112.

Può prestare, se in grado e se dispone delle conoscenze adeguate, un primo soccorso all'infortunato, astenendosi da interventi maldestri che possano aggravare le lesioni da questi subite e provocare danni ulteriori.

Il soccorritore improvvisato, resta pienamente responsabile, sotto il profilo civile e penale, di eventuali danni causati all'infortunato.



Per i più tecnologici.....

"Non stare in silenzio": AREU lancia la "silent call"

E' stata presentata il 30 giugno 2015 l'estensione dell'app Where are U, che consente la cosiddetta "chiamata silenziosa" nei casi in cui il chiamante si trovi in una situazione di emergenza e non possa parlare.

Mezzi di soccorso

•Mezzo di Soccorso di Base (MSB): autista/soccorritore e uno/due soccorritori. I mezzi (ambulanze) stazionano presso le sedi delle Associazioni di soccorso o in punti strategici del territorio

• Mezzo di Soccorso Intermedio (MSI): un infermiere abilitato all'impiego di algoritmi clinico assistenziali, su indicazioni fornite dal medico della Sala Operativa. I MSI sono di due diverse tipologie:

- veicolo leggero veloce, un infermiere e un autista soccorritore
- ambulanza, un infermiere, un autista/soccorritore e un soccorritore

• Mezzo di Soccorso Avanzato (MSA): medico e infermiere. I MSA sono di tre diverse tipologie:

- veicolo leggero veloce (automedica), un medico, un infermiere e un autista soccorritore
- ambulanza, un medico, un infermiere e un autista/soccorritore

• elicottero: pilota, tecnico del verricello, personale tecnico del Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (CNSAS) e équipe sanitaria (medico e infermiere).

Status speciale per i mezzi di emergenza

L'uso di segnalatori acustici e luminosi per i mezzi di soccorso è stabilito dall'art. 177 del Codice della strada, che al comma 1 dà la **facoltà ai mezzi di soccorso di usare la sirena e i lampeggianti** e ai comma 2 e 3 **obbliga i veicoli in marcia sulla stessa strada a lasciare il passo**. Impedire o intralciare l'intervento di un mezzo di soccorso comporta una violazione del codice stradale nonché interruzione di pubblico servizio.

In particolare per i mezzi di emergenza si è stabilito l'uso esclusivo di lampeggianti/luci di colore blu, al contrario dei mezzi usati per trasporto materiale infiammabile, merci pesanti e altri che possiedono luci di sola segnalazione di colore arancione o giallo.

Caratteristiche del personale non sanitario operante nel sistema d'emergenza urgenza preospedaliero

Autista/Soccorritore: operatore, non sanitario, con specifica formazione professionale, ruolo di first responder o di assistenza al trasporto, con percorso formativo costituito da BLSD (Basic Life Support-Defibrillation), immobilizzazione, PTC (Prehospital Trauma Care) base, etc..

Volontario: stage a bordo dei mezzi della centrale 118, BLSD e PTC base, esperienze "sul campo" sotto la guida di TUTOR esperti.

Caratteristiche del personale sanitario operante nel sistema emergenza urgenza preospedaliero

Infermiere: operatore sanitario di UUOO intensive, con specifico percorso formativo costituito da BLSD (Basic Life Support-Defibrillation), BLSP, immobilizzazione, PTC (Prehospital Trauma Care) base, ALS/ACLS, abilitato all'impiego di algoritmi clinico assistenziali e di manovre rianimatorie base (RCP, defibrillazione, ecc...)

Medico: operatore di UUOO intensive, con specifico percorso formativo costituito da BLSD (Basic Life Support-Defibrillation), BLSP, immobilizzazione, PTCA (Prehospital Trauma Care Advanced), ALS/ACLS, abilitato all'impiego di algoritmi clinico assistenziali e di manovre rianimatorie avanzate (RCP, defibrillazione, intubazione, tracheostomia, drenaggio polmonare e pericardico, uso ecografo, assistenza al parto, ecc...)

Scheda di refertazione dell'intervento per il MSB

AREU 118 — AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA

RELAZIONE DI SOCCORSO MSB

A.A.T.

ENTE/ASSOCIAZIONE/COOPERATIVA

INFORMAZIONI RELATIVE AL SOCCORSO

SCHEDA MISSIONE N. ____ DATA __/__/__ ORA ATTIVAZIONE __:__

LUOGO EVENTO: COMUNE / VIA/PIAZZA / N. CIVICO / PIANO/SCALA

NOTE

☐ LUOGO EVENTO=DOMICILIO PAZIENTE

PRESENTI: ☐ MSA ☐ MSI ☐ CNSAS ☐ VVF ☐ CC ☐ POLIZIA ☐ MEDICO ☐ ALTRO

INFORMAZIONI RELATIVE AL PAZIENTE

COGNOME / NOME / SESSO ☐ M ☐ F

DATA DI NASCITA __/__/__ / ETÀ / CITTADINANZA

COMUNE DI RESIDENZA / VIA/PIAZZA / N. CIVICO

EVENTO

☐ PERDITA DI COSCIENZA ☐ PROBLEM. RESPIRAT. ☐ MALORE ☐ CONVULSIONI ☐ AVVELENAMENTI ☐ TRAVAGLIO/PARTO ☐ MALESSERE ☐ EVENTO VIOLENTO ☐ INFORTUNIO ☐ CADUTA ☐ PRECIPITATO DA m ____ ☐ ____

☐ INCIDENTE STRADALE: ☐ PEDONE/CICLO ☐ AUTO ☐ CONDUCENTE ☐ PASSEGGERO ☐ MOTO ☐ ALTRO

LUOGO DELL'EVENTO: ☐ CASA ☐ STRADA ☐ UFFICI/ESERCIZI PUBB. ☐ IMP. SPORTIVI ☐ IMP. LAVORATIVI ☐ ALTRO:

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE - RILEVAZIONE PARAMETRI

POSTURA DI RINVENIMENTO: ☐ IN PIEDI ☐ SEDUTA ☐ PRONA ☐ SUPINA ☐ LATERALE — ORA DI INSORGENZA DEI SINTOMI __:__

	1ª VAL.	2ª VAL.	3ª VAL.
ORE			
COSCIENZA			
SVEGLIO	☐ A	☐ A	☐ A
REAG. CHIAM.	☐ V	☐ V	☐ V
REAG. DOLORE	☐ P	☐ P	☐ P
INCOSCIENTE	☐ U	☐ U	☐ U
RESPIRO			
NORMALE	☐	☐	☐
DIFFICOLTOSO	☐	☐	☐
ASSENTE	☐	☐	☐
CIRCOLO			
PERIFERICO	☐	☐	☐
CENTRALE	☐	☐	☐
RITMICO	☐	☐	☐
ARITMICO	☐	☐	☐
ASSENTE	☐	☐	☐
CUTE			
CALDA	☐	☐	☐
FREDDA	☐	☐	☐
ROSEA	☐	☐	☐
CIANOTICA	☐	☐	☐
PALLIDA	☐	☐	☐
SUDATA	☐	☐	☐
FR			
SAT. ARIA			
SAT. O_2			
FC			
PA			
TEMP. C°			

LESIONI E AGGRAVANTI

1. AMPUTAZIONE
2. FRATTURA ESPOSTA
3. DEFORMITÀ
4. DOLORE ____
5. SANGUINAMENTO
6. EMORRAGIA MASSIVA
7. FERITA
8. FERITA PENETRANTE
9. LACERAZ./SCHIACC.
10. CONTUSIONE
11. USTIONE
12. EDEMA
13. LESIONI INCOMPATIBILI CON LA VITA

☐ PROIETTATO m ____
☐ INCASTRATO
☐ ESTRICAZIONE >20 MIN.
☐ ACCESSO DIFFICILE
☐ PRESENZA DECEDUTI

⊗ MOTILITÀ ASSENTE
○ SENSIBILITÀ ASSENTE

CPSS: ☐ DEVIAZIONE RIMA LABIALE ☐ SEGNI DI LATO ☐ ALTERAZIONI DEL LINGUAGGIO

PRESTAZIONI/INTERVENTI

☐ OSSIGENO l/min ____
☐ ASPIRAZIONE CAVO ORALE
☐ CANNULA OF
☐ VENTILAZIONE
☐ RCP
☐ APPLICAZIONE DAE
☐ TRASMISSIONE ECG
☐ RIMOZIONE CASCO
☐ ESTRICAZIONE (☐ RAPIDA)
☐ EMOSTASI
☐ MEDICAZIONE FERITE
IMMOBILIZZAZIONE:
☐ ARTI ☐ SPINALE
☐ PROTEZIONE TERMICA

PRESIDI UTILIZZATI

☐ COLLARE CERVICALE
☐ BARELLA CUCCHIAIO
☐ TAVOLA SPINALE
☐ SEDIA PORTANTINA
☐ MATERASSO DEPRESSIONE
☐ ESTRICATORE
☐ STECCOBENDA
☐ TELO PORTA FERITI
☐ FASCIA EMOSTATICA

ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO (ACC)

☐ EVENTO RILEVATO DA ____
☐ RCP GIÀ IN CORSO ☐ ACC DURANTE IL TRASPORTO
☐ INIZIO RCP ORE __:__ ☐ NR. SHOCK ____

ESITO: ☐ TRASPORTO CON RCP ☐ DECEDUTO ☐ ROSC ORE: __:__

NOTE / ANAMNESI AMPIA

RIFIUTO TRASPORTO (Rif. Istr. Operat. 05 AREU)

Io sottoscritto/a, informato/a delle mie condizioni di salute e delle possibili conseguenze della mia decisione, rifiuto il trasporto in ospedale.

DATA __:__:__
ORA __:__
FIRMA ____

DESTINAZIONE E CODICI DI INTERVENTO

AZIENDA / ISTITUTO ____
☐ PRONTO SOCC. ☐ ____
ORA ACCETTAZIONE __:__

INVIO ☐ V ☐ G ☐ R
1° RISCONTRO ☐ V ☐ G ☐ R
TRASPORTO ☐ V ☐ G ☐ R

N. MATRICOLA COMPILATORE

Modi. 16 Rev 1 del 01.03.2011

Figura 2-10

Scheda di refertazione dell'intervento per il Mezzo di Soccorso di Base.

Scheda di refertazione dell'intervento per il MSI e MSA

AREU 118

RELAZIONE DI SOCCORSO

☐ MSA ☐ MSI

A.A.T

SCHEDA MISSIONE

DATA / /

ORA DI ATTIVAZIONE : CODICE MEZZO

LUOGO DELL'INTERVENTO E INFORMAZIONI RELATIVE AL PAZIENTE — ☐ LUOGO EVENTO = DOMICILIO PAZIENTE

COMUNE — PROV. — VIA/LUOGO — N. CIVICO

COGNOME — NOME

M F — DATA DI NASCITA / / — ETA' — RESIDENTE IN VIA — N. CIVICO

COMUNE — PROV. — CITTADINANZA

LUOGO DELL'EVENTO ☐ CASA ☐ STRADA ☐ ESERCIZI PUBBLICI ☐ IMP. SPORTIVO ☐ IMP. LAVORATIVO ☐ RENDEZ VOUS ☐ ALTRO:

PRESENTI ☐ POLIZIA ☐ CARABINIERI ☐ VIGILI DEL FUOCO ☐ MEDICO ☐ CNSAS ☐ ALTRO:

EVENTO
- ☐ MEDICO
- ☐ INCID. STRAD.
- ☐ INFORTUNIO
- ☐ AGGRESS.
- ☐ ANNEGAM.
- ☐ ARMA DA FUOCO
- ☐ ARMA BIANCA
- ☐ CROLLO
- ☐ ESPLOS.
- ☐ FOLGORIAZ.
- ☐ INCENDIO
- ☐ PRECIPITAZ.
- ☐ SCHIACCIAM.
- ☐ INTOSSICAZ.
- ☐ EVENTO DI MASSA
- ☐ ALTRO >NOTE

ANAMNESI
- ☐ NEGATIVA
- ☐ ALLERGIE
- ☐ NEGA ALLERG.
- ☐ CARDIOCIRC.
- ☐ RESPIRAT.
- ☐ NEUROLOG.
- ☐ PSICHIATR.
- ☐ NEOPLAST.
- ☐ TOSSICOL.
- ☐ ENDOCRINA METABOLICA
- ☐ GASTROENT.
- ☐ UROLOGICA
- ☐ OCULISTICA
- ☐ OTORINOL.
- ☐ DERMATOL.
- ☐ OSTETRICO GINECOL.
- ☐ INFETTIVA
- ☐ ALTRO >NOTE

ESAME OBIETTIVO

SINTOMI GENERALI
- ☐ NESSUNO
- ☐ COSCIENTE
- ☐ CPSS POSITIVA
- ☐ SOPORE
- ☐ AGITAZIONE
- ☐ DISORIENTAMENTO
- ☐ COMA
- ☐ CIANOSI
- ☐ DISPNEA
- ☐ IPOTERMIA
- ☐ IPERTERMIA
- ☐ NAUSEA
- ☐ VOMITO
- ☐ EDEMA GENERALIZZATO
- ☐ RASH CUTANEO
- ☐ PETECCHIE
- ☐ USTIONE %
- PESO Kg
- ☐ ALTRO >NOTE

CAPO/COLLO
- ☐ NON SEGNI
- ☐ CEFALEA
- ☐ OTORRAGIA
- ☐ RINORRAGIA
- ☐ OSTRUZIONE VIE AEREE
- ☐ GIUGULARI TURGIDE
- ☐ DEVIAZIONE TRACHEALE
- ☐ FERITA PENETRANTE
- ☐ ALTRO >NOTE

TORACE
- ☐ NON SEGNI
- ☐ DOLORE PRECORDIALE
- ☐ AB INGESTIS
- ☐ SOFFIO CARDIACO
- ☐ TOSSE
- ☐ IMPIANTO SOTTOCUTANEO
- DX / SX
- ☐ ALTERAZ. MECC. RESP
- ☐ DIMINUZ. VENTILAZ.
- ☐ FERITA PENET.
- ☐ MURMURE DIM.
- ☐ RANTOLI
- ☐ RESPIRO SUPERFICIALE
- ☐ RONCHI
- ☐ SCHIACCIAM.
- ☐ SIBILI
- ☐ ALTRO >NOTE

ADDOME
- ☐ NON SEGNI
- ☐ DOLORE DIFESA
- ☐ ASCITE
- ☐ DIARREA
- ☐ MELENA
- ☐ EMATEMESI
- ☐ EDEMA LOC.
- ☐ EMORRAGIA ESTERNA
- ☐ FERITA PENETRANTE
- ☐ GRAVIDANZA
- ☐ PERISTALSI
- ☐ ALTRO >NOTE

NEUROLOGICO
- ☐ NON SEGNI
- ☐ DISTURBO LINGUAGGIO
- ☐ DEVIAZIONE RIMA LABIALE
- ☐ EMIPARI/PLEGIA DESTRA
- ☐ EMIPARI/PLEGIA SINISTRA
- ☐ PARAPLEGIA
- ☐ PARESTESIA
- ☐ TETRAPLEGIA
- ☐ DIFFICOLTÀ MOTORIA
- ☐ INCONTIN. SFINTERI
- ☐ MIDRIASI
- ☐ MIOSI
- ☐ ANISOC. D>S
- ☐ ANISOC. S>D
- ☐ DEV. SGUARDO
- ☐ CONVULSIONI
- ☐ VERTIGINE
- ☐ AMNESIA
- ☐ ALTRO >NOTE

TRAUMA

DINAMICA ☐ ALTRO >NOTE

TRENO	☐		☐ TRENO
AUTOBUS	☐		☐ AUTOBUS
CAMION	☐		☐ CAMION
AUTO	☐	VS	☐ AUTO
MOTO	☐		☐ MOTO
BICI	☐		☐ BICI
PEDONE	☐		☐ PEDONE

- ☐ GUIDATORE
- ☐ PASS. ANT.
- ☐ AIR BAG
- ☐ PASS. POST.

ACCESSO
- ☐ ACCESSIBILE
- ☐ DIFFICOLT.
- ☐ IMPOSSIBILE
- ☐ INCARCER.
- ☐ INCASTRATO

AGGRAVANTI
- ☐ CADUTA > 3m
- ☐ RIBALTAM.
- ☐ ALTA VELOC.
- ☐ ESTR.>20 min
- ☐ EIEZIONE DA VEICOLO
- ☐ ALTRO DECEDUTO NELL'EVENTO

LESIONI ☐ ALTRO >NOTE

	DOLORE DX	DOLORE SX	CONTUS. ABRAS. DX	CONTUS. ABRAS. SX	DEFORMITA DX	DEFORMITA SX	FERITA EMORR. DX	FERITA EMORR. SX	AMPUTAZ. DX	AMPUTAZ. SX	USTIONE DX	USTIONE SX	ALTRO
TESTA	☐		☐		☐		☐		☐		☐		☐
VOLTO	☐		☐		☐		☐		☐		☐		☐
OCCHIO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
NASO	☐		☐		☐		☐		☐		☐		☐
ORECCHIO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
COLLO	☐		☐		☐		☐		☐		☐		☐
SPALLA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
TORACE	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SCHIENA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
BRACCIO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
AVANBRAC.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MANO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
DITO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ADDOME		☐		☐		☐		☐		☐		☐	
BACINO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GENITALI	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
COSCIA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GAMBA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
CAVIGLIA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PIEDE	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
DITO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PARAMETRI

ORA	:	:	:
GCS (O V M TOTALE)			
PAS			
PAD			
FC			
RITMO CARDIACO			
FR			
FI - l/min. O.			
SpO. %			
PEEP (cm H.O)			
EtCO. (mmHg)			
TEMP °C	,	,	,
GLICEMIA			
DOLORE (0 > 10)			

Figura 2-11
Scheda di refertazione dell'intervento per il Mezzo di Soccorso Intermedio o Avanzato. *(Continua)*

PRESTAZIONI / PRESIDI
- ☐ CVP
- ☐ MCE
- ☐ MCE MECCANICO
- ☐ DISOSTR. VIE AEREE
- ☐ VENTILAZIONE MANUALE
- ☐ VENTILAZIONE AUTOM.
- ☐ CANULA OT/INT (nr.)
- ☐ LMA / TL (nr.) >
- ☐ IOT/INT
- ☐ CRICOTOMIA
- DX < DECOMPR. PNX > SX
- ☐ CVC
- ☐ VIA INTRAOSSEA
- ☐ MAST

- ☐ PRELIEVO EMATICO
- ☐ EMOSTASI/MEDIC.
- ☐ SONDA NASO G.
- ☐ CATETERE VESC.
- PACE MAKER ESTERNO (mA) (freq)
- ☐ MONITORAGGIO
- ☐ TRASMISSIONE ECG
- ☐ CARDIOVERSIONE
- RIMOZIONE CASCO CINTURE ☐
- ☐ COLLARE CERVICALE
- ☐ TAVOLA SPINALE
- ☐ BARELLA CUCCHIAIO
- ☐ MATERASSO DEPRESSIONE
- ☐ IMMOBILIZZ. ARTI
- ☐ PROTEZIONE TERMICA
- ☐ ASSISTENZA PARTO
- ☐ ALTRO > NOTE

FARMACI - LIQUIDI

FARMACO/DOSAGGIO	DOSE	UN. MIS.	VIA SOMM.

LIQUIDI	QUANTITÀ

ACC
- TESTIMONIATO ☐
- PAD ☐
- ACC ORA PRESUNTA :
- INIZIO BLS/D :
- INIZIO ACLS :
- RITMO PRESENTAZIONE
- SHOCK (n°)
- ORA ROSC :
- FINE MANOVRE :

☐ ECOGRAFIA

STEMI
- CALL TIME :
- FIRST MEDICAL CONTACT :
- ECG TIME :
- NEEDLE TIME :
- DOOR TIME :

SURVEY
- ☐ 1 ☐ A
- ☐ 2 ☐ B
- ☐ 3 ☐ C
- ☐ 4 ☐ D
- ☐ 5 ☐ E

NOTE/ALTRE INFORMAZIONI

RIFIUTO TRASPORTO

Io sottoscritto/a, informato/a delle mie condizioni di salute e delle possibili conseguenze della decisioni, rifiuto il trasporto in Ospedale. *Rif. Istruzione operativa 05 AREU.*

DATA / / — ORA RIFIUTO :

FIRMA

CONSTATAZIONE DECESSO

Identificato/a il/la Paziente, così come riportato nella presente Relazione di soccorso (all'interno della sezione relativa ai dati anagrafici), se ne constata il decesso avvenuto per cause che, al momento, non possono essere determinate.

DATA / / — ORA CONSTATAZIONE :

FIRMA

DIAGNOSI PRESUNTA / ALGORITMI CLINICO-ASSISTENZIALI

ALLEGATI

La presente Relazione di soccorso è integrata da n° ____ allegati

CODICI DI INTERVENTO
- INVIO ☐ V ☐ G ☐ R
- 1° RISCON. ☐ B ☐ V ☐ G ☐ R ☐ N
- 2° RISCON. ☐ B ☐ V ☐ G ☐ R ☐ N
- TRASPORTO ☐ V ☐ G ☐ R

AZIENDA/ISTITUTO DI DESTINAZIONE

REPARTO — PRONTO SOCCORSO ☐

AFFIDATO A: — INVIATO CON MSB ☐

ORA ACCETTAZIONE :

EQUIPE DI SOCCORSO
- MEDICO
- INFERMIERE
- AUTISTA/TECNICO

FIRMA DEL COMPILATORE ☐ MEDICO ☐ INFERMIERE

Mod. 17 Rev. 0 del 01.12.2010

Figura 2-11 *(Continuazione)*

AREU: il soccorso sanitario in cifre (dati 2016)

12 Articolazioni Aziendali Territoriali (AAT): Bergamo, Brescia, Como, Cremona, Lecco, Lodi, Mantova, Milano, Monza, Pavia, Sondrio, Varese

5 Basi elisoccorso: Bergamo, Brescia, Como, Milano, Sondrio

Popolazione regione Lombardia: 10.023.844

Superficie regione Lombardia: 23.863 Kmq

Comuni: 1541

Numero totale Chiamate: 1.063.227

Numero totale eventi: 753.712

Numero totale di missioni: 866.966

Numero di persone soccorse: 789.293

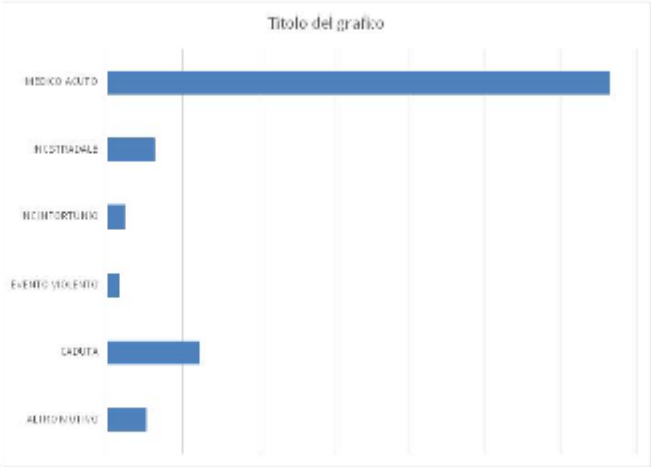
Costi: circa 19 euro pro capite all'anno, tra i costi più bassi in Italia.

AREU:

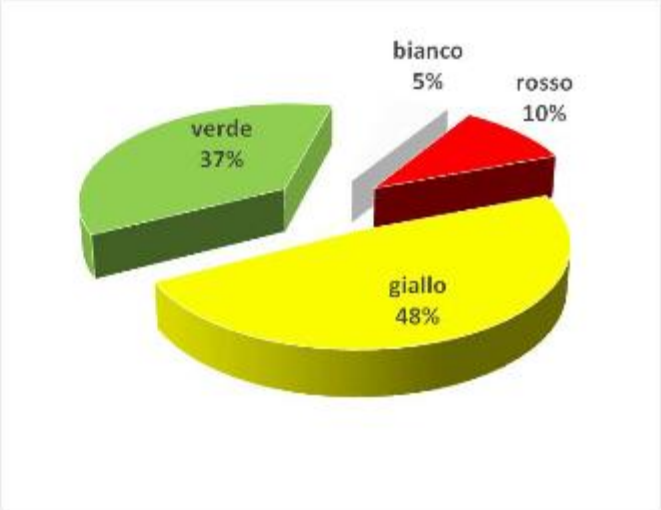
soccorso sanitario in cifre

(dati 2016)

- Il 70.5% degli interventi di soccorso primario è dovuto a un evento acuto di natura medica (non traumatica)
- Gli eventi traumatici rappresentano il 24% dei soccorsi primari
- Le cadute e gli incidenti stradali sono le cause prevalenti di tutti gli eventi traumatici soccorsi sul territorio



- Nel 58% dei soccorsi primari è stato attribuito un codice colore di gravità elevata (giallo o rosso)



grazie per l'attenzione

Bibliografia

1. Early emergency care study: the potential and benefit of advanced prehospital care
J.W.R.Anderson ed al. ; "British Medical Journal", vol. 294, Jan. 1987

2. Dati statistici sull'emergenza Sanitaria nella provincia di Chieti
R.Zocaro et al. ; Minerva Anestesiologica vol.57, ott. 1991

3. Il soccorso in Italia. Analisi ed evoluzione del sistema delle urgenze sanitarie
U.Mengozzi - Maggioli Editore, Rimini, 1989

4. https://www.areu.lombardia.it/

5. Ultrasonography in Community Emergency Departments in the United States: access to ultrasonography performed by consultants and status of Emergency Physician-Performed Ultrasonography C.Moore, A.A.Molina, H.LinAnn. Emer. Med: vol. 47, no 2, pg 147-153, Feb 2006

6. Emergency medicine ultrasound policies and reimbursement guidelines
E.CardenasEmerg. Med. Clin. N Am.: vol. 22, pg 829-838, 2004

7. Emergency Department Ultrasound (EDU): clinical adjunct or plaything?
R.McLaughlin, n:Collum, S.McGovern, C.Martyn, J.BowraEmerg. Med. J: vol. 22, pg 333-335, 2005

8. DECRETO 2 aprile 2015, n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera MINISTERO DELLA SALUTE(GU n.127 del 4-6-2015) Vigente al: 19-6-2015

9. Urgenze ed Emergenze M. Chiaranda Ed. Piccin 2012