



AREUS
Azienda Regionale
Emergenza Urgenza
Sardegna

**Protocolli Operativi
Centrale Operativa 118**

C.O./P01
Rev



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Centrale Operativa 118 Sassari- Cagliari

PROTOCOLLO



Sommario

1.0 La Centrale Operativa	4
1.1 Riferimenti normativi e Funzioni	4
1.2 Regole generali	5
1.3 Personale	5
2.0 Protocolli di comunicazione	8
2.1 Protocolli di comunicazione interni alla Centrale Operativa	8
2.2 Risposte e protocolli di comunicazione esterni	9
3.0 Codici di gravità (codici colore)	13
4.0 Codici di patologia	14
5.0 Codice identificativo luogo evento	14
6.0 Invio mezzi di soccorso	15
7.0 Istruzioni pre-arrivo	15
8.0 Altre risposte all'utente	15
9.0 Attivazione dei Responsabili	16
9.1 Attivazione Medico di Centrale	16
9.2 Attivazione Coordinatore Infermieristico	16
9.3 Attivazione Direttore di Centrale	16
10.0 Allertamenti altri Enti competenti	18
11.0 Mezzi di soccorso	18
11.1 Postazioni mezzi di soccorso avanzato	19
11.2 Attivazione mezzi di soccorso	20
11.3 Cambi stato e comunicazioni	20
11.3.1 Attivazione	20
11.3.2 Partenza	21
11.3.3 Target	21
11.3.4 A bordo	22
11.3.5 Codice di rientro	22
11.3.6 Destinazione mezzi	23
11.3.7 Rifiuto Assistenza/Trasporto	25
11.3.8 Destinazione	26
11.3.9 Rientro	26
11.3.10 Mezzo operativo	26
12.0 Trasmissione Dati	27
13.0 Consegna pazienti in Pronto Soccorso	27
14.0 Comunicazioni Radio	28
14.1 Alfabeto ICAO	28
14.2 Formule di Linguaggio	29
14.3 Prova Radio	30
15.0 Collaborazione ed integrazione con gli altri enti non sanitari	31
16.0 Equipaggi di soccorso e rapport con la Centrale Operativa	31
16.1 Composizione dell'equipaggio	31
16.2 Funzioni, ruoli ed obiettivi	32
17.0 Norme Comportamentali in caso di Intervento in Circostanze Sospette	33
18.0 Modalità di Compilazione della Scheda di Soccorso	33
18.1 Rilevazione dati Clinici	34
18.2 Sintomi e Lesioni	34
18.3 Schema Lesioni	34
18.4 Dati anamnestici	34
18.5 Trattamento effettuato	34
18.6 Esito e Trasporto	34





18.7 Prestazioni	34
19.0 Presenza di un Medico “NON 118” sul luogo dell’intervento – Sanitari sui mezzi di base	35
20.0 Presenza di un Mezzo di Soccorso “NON 118” sul luogo dell’intervento	36
21.0 Interruzione del servizio in convenzione per cause straordinarie da parte delle Associazioni di Volontariato / Cooperative Sociali	36
22.0 Operatività Degradata e Procedure di Disaster Recovery	37

Ad integrazione dei Protocolli I seguenti Allegati:

All.1	Planimetrie delle due Centrali Operative
All.2	Istruzioni Pre-Arrivo (IPA)
All.3	Scheda Constatazione Decesso
All.4	Modulo Riscontro Diagnostico
All.5	Scheda di soccorso sanitario per MSA ed Elisoccorso
All.6	Scheda di intervento Associazioni Volontariato / Cooperative Sociali
All.7	Istruzioni compilazione tablet
All.8	Scheda Cuore
All.9	Check-List ELI e MSA
All.10	Scheda Sanitaria Maxiemergenze
All.11	Scheda Dispatch cartacea
All.12	Disaster Recovery





1.0 - La Centrale Operativa 118

1.1 Normativa, Riferimenti esterni e Funzioni

La Centrale Operativa svolge i compiti e le funzioni definite nel DPR 27/03/92, specificate nell'Atto di Intesa Stato-Regioni dell'11/04/96 "Linee guida del Sistema Emergenza-Urgenza", nel Decreto istitutivo della Giunta Regionale della Regione Autonoma della Sardegna n° 19/11 del 28/04/98, nel Protocollo di Intesa tra le AA.SS.LL. della Regione Sardegna per la costituzione dei Comitati di Gestione delle Centrali Operative, le "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza" - Conferenza Stato Regioni del 22.05.2003, nonché all'atto Aziendale AREUS redatto secondo gli indirizzi della DRG 30/72 del 30/09/2022 e ai sensi dell'articolo 3 comma1 bis del D.Lgs 502 del 30/12/1992 e su ss.mm.ii e dell'art.9 e 16 della Legge Regionale n°24 dell'11/09/2020.

Tali funzioni riguardano:

- Ricezione telefonica delle chiamate di soccorso ricevute tramite il numero unico dell'emergenza CUR 112 che trasmette la telefonata e la relativa scheda informatica alla Centrale Operativa 118.
- Attivazione dei soccorsi e delle risposte di soccorso adeguate ai criteri di gravità individuati e alla localizzazione del paziente e dei mezzi disponibili.
- Destinazione dei pazienti verso l'ospedale più idoneo, in relazione ai codici di gravità e alle condizioni cliniche rilevate dall'equipe di soccorso ai servizi di Pronto Soccorso o reparti specialistici dei diversi ospedali in relazione alla patologia e, laddove disponibili, secondo linee guida specifiche regionali.
- Coordinamento dell'attività di elisoccorso.
- Coordinamento dei trasporti sanitari secondari in regime di emergenza-urgenza tra Presidi Ospedalieri.
- Coordinamento delle fasi di trasporto connesse con l'attività di prelievo e trapianto d'organo e di presidi sanitari urgenti (antidoti, farmaci salvavita).
- Coordinamento con soccorritori tecnici (Soccorso Alpino), FF.OO. e altri Enti (115 – 112 – 113 - Polizia Municipale - Capitaneria di Porto) e con altre Centrali Operative in caso di maxiemergenze (118 – Prefettura - Protezione civile ecc.).
- Predisposizione di piani per le maxiemergenze, coordinandosi in particolare con il Dipartimento della Protezione Civile.

La Centrale Operativa promuove gli interventi di educazione sanitaria nei confronti della popolazione, con particolare riguardo alla diffusione delle conoscenze relative a funzioni e compiti del 118 e di insegnamento comportamentale e tecnico di primo soccorso.





1.2 Regole generali

L'accesso alla **Sala Operativa** è consentito solo al personale addetto, in orario di servizio o per attività didattica previa autorizzazione del Responsabile di Centrale o del Medico di guardia.

Le caratteristiche di riservatezza, le normative sulla privacy, le attrezzature informatiche, il sistema operativo presenti in Centrale Operativa rendono **tassativamente vietato**:

- ▢ utilizzare supporti informatici e software di provenienza esterna che non siano in dotazione al servizio;
- ▢ inserire nei computer programmi non-in dotazione alla Centrale Operativa;
- ▢ copiare programmi o parti di questi;
- ▢ esportare in qualsiasi maniera dati contenuti nei software di Centrale.
- ▢ fotografare e registrare video/audio con qualsiasi mezzo
- ▢ In tutti i locali della Centrale Operativa è assolutamente vietato FUMARE

L'accesso alla sala macchine (sala SERVER) è consentito solo a personale autorizzato e il permesso per accedervi deve essere richiesto al Medico di Centrale o al sistemista informatico qualora presente in servizio.

È fatto assoluto divieto di utilizzo dei mezzi di comunicazione della Centrale Operativa (telefoni fissi e mobili, radio), per comunicazioni non strettamente inerenti alle attività di servizio.

È altresì opportuno limitare l'uso dei telefoni cellulari personali durante l'attività di servizio alle sole esigenze indifferibili.

Tutto il personale della Centrale Operativa è tenuto al rispetto delle norme relative alla tutela della privacy (Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 entrato in vigore il 25 Maggio 2018, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e alla libera circolazione di tali dati.

Tutti coloro che operano in Centrale Operativa sono tutelati in base al decreto sulla sicurezza sul posto di lavoro (Dlgs.81/2008) che elenca le misure generali di tutela di sicurezza aziendale poi integrate dalle misure di sicurezza previste per specifici rischi o settori di attività.

Non è consentito fornire sulla linea "dedicata" notizie sui pazienti, anche a chi si dichiara parente, in quanto non identificabile come tale.

Non è consentito dare notizie a chi chiama da un telefono cellulare e si dichiara "appartenente alle Forze dell'Ordine"; in questo caso è utile invitare a far pervenire richiesta scritta via mail o o far richiamare da un numero telefonico identificabile dell'Ente di appartenenza.

1.3 Personale

L'organico della Centrale Operativa definito dalla DGR 19/11 del 28/04/98, DGR 16/31 del 16/03/99, è costituito da:



- Direttore
- Medici di Centrale
- Coordinatore infermieristico
- Infermieri Operatori di Centrale
- Collaboratori amministrativi
- Tecnici informatici di AREUS e della Ditta fornitrice del software di dispatch118.

• **Direttore**

Al Direttore della Centrale Operativa spettano le funzioni individuate nel DPR del 27/03/92 e nell'Atto di Intesa Stato-Regioni dell'11/04/96 "Linee guida del Sistema Emergenza-Urgenza", nel decreto istitutivo della Giunta Regionale della Regione Autonoma della Sardegna Del.19/11 del 28/04/98, nel protocollo di Intesa tra le AA.SS.LL. della Regione Sardegna per la costituzione dei Comitati di Gestione delle Centrali Operative, le "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza" - Conferenza Stato Regioni del 22.05.2003.

Il Direttore è altresì responsabile delle funzioni indicate nel funzionigramma definito con l'Atto Aziendale AREUS, di quanto previsto nel contratto individuale di lavoro e delle azioni volte al conseguimento degli obiettivi assegnati.

In particolare ha la responsabilità della Centrale Operativa e del coordinamento delle attività dei mezzi di soccorso nell'ambito territoriale di competenza, di verificare l'operatività delle postazioni di soccorso, di segnalare eventuali inadempienze e porre in essere soluzioni che garantiscano la continuità di servizio.

Al Direttore della Centrale Operativa compete la definizione dei protocolli operativi interni, la definizione e la conduzione di programmi per la verifica, la promozione della qualità dell'assistenza prestata, la gestione del personale della Centrale e l'interfaccia con gli stakeholder di riferimento

• **Medico di Centrale**

Il Medico di Centrale svolge funzioni di supporto organizzativo generale su tutte le figure professionali presenti in sala operativa, nelle postazioni medicalizzate, infermieristiche e di base.

Svolge inoltre compiti di supporto sanitario e di coordinamento in tutti i casi previsti dai protocolli o tutte le volte che gli operatori si trovino ad affrontare situazioni non protocollate.

È riferimento per gli equipaggi dei mezzi avanzati e di base che abbiano necessità di un approfondimento medico, soprattutto qualora il medico non sia disponibile sul mezzo di soccorso.

Svolge attività di docenza, tutoraggio e formazione per altri Enti. Presenzia a riunioni di coordinamento e organizzazione di grandi eventi, manifestazioni e maxi-emergenze.

Interviene in tutti i casi di esclusiva competenza e consulenza medica.

In caso di assenza del Direttore della Centrale o di un suo incaricato, il "Medico di Centrale" in servizio sostituisce a tutti gli effetti, il Responsabile della Centrale Operativa al quale risponde del proprio operato.

Il medico di Centrale può svolgere servizio sui mezzi di soccorso avanzato o speciali della Centrale, con particolare riguardo ad attività e situazioni di macro e maxi-emergenza.

Svolge attività di coordinamento nei vari gruppi di lavoro e nell'attività propria della Centrale Operativa.





Ha il compito di riascolto delle telefonate relative a particolari eventi da segnalare al “rischio clinico” e, in collaborazione con l'informatico, di estrapolare quelle relative all'accesso agli atti.

Per quanto non esaustivamente descritto nella presente sezione, si faccia riferimento alla “job description” definita da AREUS.

Almeno un medico è sempre presente in Centrale Operativa in H 24.

- **Coordinatore infermieristico**

Svolge le funzioni di coordinamento operativo del personale infermieristico ed ausiliario, cura la predisposizione dei turni di servizio, congedi, riposi, favorisce l'integrazione tra i vari operatori.

Collabora alla predisposizione dei piani di lavoro, protocolli, linee guida, valutazione carichi di lavoro.

Si può avvalere della collaborazione di uno o più infermieri con esperienza di coordinamento e/o comprovate capacità organizzative, nello svolgimento della propria attività.

Collabora con il personale medico allo svolgimento delle attività organizzative generali e all'organizzazione e realizzazione dei programmi didattici.

Per quanto non esaustivamente descritto nella presente sezione, si faccia riferimento alla “job description” definita da AREUS.

- **Infermieri Operatori di Centrale**

Hanno la responsabilità operativa della Centrale Operativa (DPR 27/03/92) nell'ambito delle attività descritte nel presente protocollo e delle “job description” definite da AREUS e fanno riferimento alle norme che regolano l'esercizio professionale (legge 42/99).

Svolgono funzioni di ricezione, registrazione e selezione delle chiamate determinando la criticità e codificandole in base a quanto definito dal DM del 15/05/92. Attivano le risposte più appropriate, coordinando i soccorsi sul territorio.

Partecipano, quando in possesso dei requisiti necessari, all'attività di formazione, didattica, educazione sanitaria e ai vari gruppi di lavoro della Centrale Operativa, predisposti dal Responsabile di Centrale. Possono svolgere, se in possesso dei requisiti necessari, a rotazione: servizio sui mezzi di soccorso avanzato, auto-infermieristica, elisoccorso, coordinati dalla Centrale Operativa stessa.

Per ogni turno di servizio viene definito un Referente che ha i seguenti compiti:

mantenere aggiornato il database dei mezzi disponibili e consultare la mail di Centrale dedicata alle comunicazioni dei mezzi di base almeno ad inizio e fine turno, rapportarsi con il medico di guardia per eventuali comunicazioni operative da condividere con gli altri operatori di Centrale.

- **Collaboratori amministrativi**

Curano gli aspetti amministrativi delle attività collegate alla Centrale Operativa, tra cui:

- Gestione delle schede d'intervento richieste da utenti, Autorità Giudiziaria, Avvocati, Enti Assicurativi



e investigatori privati.

- Protocollo informatico
- Funzioni di segreteria per le attività istituzionali della Centrale Operativa.
- Redazione di determinazioni riguardanti la liquidazione di fatture di competenza della Centrale Operativa e di liquidazione per le attività didattiche.

- **Tecnico informatico**

Presta ordinariamente servizio presso la Centrale Operativa un tecnico informatico dell'Area dei sistemi informativi quale dipendente dall'Ente. È inoltre presente quotidianamente un tecnico informatico collaboratore della Ditta esterna (attualmente, BETA80) che ha in appalto l'installazione e la manutenzione del Sistema informativo gestionale 118. Essi sono responsabili della gestione ed aggiornamento del sistema informatico in collaborazione con le ditte fornitrici del software e dell'hardware e/o incaricate all'appalto del servizio di manutenzione.

Sono responsabili del funzionamento del sistema di registrazione delle chiamate e della verifica della corretta archiviazione e conservazione delle registrazioni.

Il sistemista coordina le attività di raccolta dei dati sulle attività del sistema e provvede alla realizzazione dei programmi di elaborazione ed analisi statistica dei dati.

Svolgono funzioni di consulenza e di supporto per il personale che opera in Centrale in relazione ai progetti di aggiornamento ed implementazione delle tecnologie del sistema.

Svolgono funzioni didattiche in relazione alla formazione per l'utilizzo delle tecnologie della Centrale Operativa, con particolare riguardo al sistema informatico ed alle sue integrazioni funzionali.

Con la supervisione del medico di centrale si occupano della estrazione dei dati e dei file audio richiesti dagli aventi diritto.

2.0 Protocolli di comunicazione

2.1 Protocolli di comunicazione interni alla Centrale Operativa

- All'inizio di ciascun turno: l'Operatore Referente è tenuto a consultare le annotazioni e le consegne nell'apposito registro e a leggere eventuali messaggi riportati nel software di gestione della Centrale. I messaggi **non sono sostitutivi** dell'uso del registro. L'Operatore Referente è tenuto ad interfacciarsi con il MDG per le suddette comunicazioni e alla condivisione delle stesse con gli operatori in turno.
- A fine turno: i Medici e gli Infermieri–Operatori di Centrale dovranno lasciare eventuali consegne verbali e scritte sui rispettivi **registri delle consegne**.
- Eventuali inconvenienti tecnici che possano creare disfunzioni nel servizio dovranno essere



segnalati immediatamente al Medico di Centrale che provvederà a segnalare il problema agli enti di competenza (Telecom o Beta80) possibilmente per via telefonica su linea registrata. Tale comunicazione dovrà essere riportata, specificandone ora e data ed eventuale numero di segnalazione guasto, anche sul registro delle consegne.

- Disfunzioni organizzative che potrebbero comportare ritardi nel servizio o potenziali danni ai pazienti dovranno essere immediatamente comunicate al Medico di Centrale. Tali comunicazioni dovranno essere annotate sul registro, specificandone l'ora e la data.
- In caso di segnalazione di guasti od incidenti ai mezzi di soccorso (Elisoccorso, MSA, INDIA o Mezzi di base), il responsabile del mezzo (autista/pilota) comunicherà al Medico di Centrale, la compatibilità del danno con la prosecuzione del servizio.
- In caso di danni/guasti al mezzo MSA, non compatibili con il servizio, si provvederà ad informare i Referenti Aziendali AREUS, che si occuperanno della sostituzione del mezzo. Solo nei casi urgenti in cui il Referente Aziendale non sia rintracciabile, sarà il Medico di Centrale a trovare la soluzione opportuna al caso. L'autista del mezzo in turno provvederà a trasmettere alla Centrale Operativa copia della relazione scritta di quanto accaduto.
- Tutte le comunicazioni dovranno essere regolarmente tracciate.

2.2 Risposte e Protocolli di Comunicazione Esterni

La Centrale Operativa rappresenta il raccordo tra la chiamata per via telefonica del NUE e l'attivazione dei soccorsi, cura il collegamento con i mezzi di soccorso per via Telefonica, tramite tablet e/o via radio, e ne coordina gli interventi.

Le comunicazioni con altri Enti, Ospedali, Forze dell'Ordine etc. vengono tenute per via telefonica tramite linee telefoniche ISDN dedicate che collegano la Centrale Operativa a tutti i Pronto Soccorso Ospedalieri e alle Centrali Operative 112, 113, 115, Prefettura, Protezione Civile, Polizia municipale.

Ricezione delle chiamate (LINEE GUIDA GENERALI)

N.B. Tutte le chiamate in entrata ed uscita sulle linee di emergenza sono registrate.

Alla Centrale Operativa giungono tramite la CUR 112 chiamate di soccorso sanitario di diversa categoria e gravità, richieste di consigli sanitari e di trasporti secondari interospedalieri.

L'operatore di Centrale dovrà dare risposta a tutte le richieste secondo le modalità descritte per ciascuna di esse nel presente protocollo.

La risposta dovrà essere la più sollecita ed adeguata.

L'operatore di Centrale risponderà alle chiamate qualificando il servizio come: **"118 Sassari"** **"118 Cagliari"**.

L'operatore NUE comunica il proprio numero di matricola, il nome della località e della via in cui si è verificato l'evento e contestualmente invia la scheda di contatto.



L'Operatore di centrale una volta identificata la scheda richiede il passaggio dell'utente in fonìa e risponde con **"118 emergenza sanitaria"**. L'utente è da questo momento in carico al 118 che deve sempre verificare i dati logistici, di norma al termine dell'intervista, a meno che non si tratti di un luogo impervio o di difficile localizzazione o che necessita di somministrazione di IPA, in questo caso si raccomanda di verificare i dati logistici nella fase iniziale del dispatch.

In caso di interruzione di chiamata durante il trasferimento dal NUE al 118 (in assenza di contatto fonico tra l'utente e l'operatore 118), l'onere della chiamata è a carico del NUE. L'operatore del 118 chiude la scheda evento con la dicitura "NO FONIA".

La responsabilità nella gestione dell'evento passa al 118 dal momento in cui l'operatore del NUE ricontatta l'operatore 118 e lo informa che i tentativi di richiamata (almeno 3) non hanno avuto successo. L'operatore del 118 riceve di nuovo la scheda contatto e deve attribuire all'evento codice di gravità ROSSO, codice patologia 20 e inviare il mezzo più appropriato, dovrà inoltre provare a richiamare l'utente.

Ad ogni operatore sarà attribuito un **codice identificativo** personale numerico.

In caso di richiesta di identificazione da parte dell'utente, per nessun motivo dovranno essere declinate le generalità. A richiesta l'operatore risponderà **"Sono l'operatore n° xx"**.

Nelle chiamate di soccorso l'**obiettivo** è capire **quale sia la situazione reale dell/i paziente/i** in modo da dare le risposte sanitarie più appropriate.

Per far ciò l'operatore dovrà utilizzare una serie di domande volte ad individuare la criticità dell'evento così da assegnare un **codice di criticità (colore)** ed attivare i mezzi più idonei.

Nella gestione delle chiamate da parte di utenti stranieri l'operatore di Centrale può avvalersi della funzione di interpretariato multilingue del Sistema NUE 112 e venire messo in conferenza dall'operatore NUE con l'interprete. Se dovesse cadere la linea durante il transito della chiamata l'operatore potrà avvalersi del servizio HELP VOICE h24, interfacciandosi attraverso una teleconferenza con l'utente e l'operatore helpvoice competente per la lingua interessata.

Due sono le caratteristiche del buon operatore di Centrale:

-Capacità comunicativa volta a padroneggiare i vari aspetti della comunicazione telefonica.

-Competenza sanitaria finalizzata all'assistenza ed al coordinamento del soccorso.

L'operatore risponderà con tono di voce pacato e calmo, utilizzando un linguaggio semplice e comprensibile per l'utente in modo da trasmettere professionalità e sicurezza. L'operatore dovrà gestire lo stato d'ansia di chi effettua la chiamata in modo da favorire una risposta adeguata e completa.

L'operatore deve necessariamente mantenere la calma anche se chi chiama ha un atteggiamento aggressivo od offensivo.



In caso di interruzione della comunicazione da parte dell'utente prima che siano state raccolte le informazioni utili o sia stata chiarita la reale richiesta di soccorso, l'operatore provvederà a richiamare l'utente.

Di seguito si riporta lo **schema generico di intervista telefonica** cui l'operatore deve fare riferimento.

Per le specifiche patologie l'operatore fa riferimento ad algoritmi dedicati





LUOGO DELL'EVENTO: COMUNE, VIA E NUMERO CIVICO da localizzazione NUE, coordinate GPS

CHIAMANTE E NUMERO DEL CHIAMANTE: Conferma numero telefonico fornito dal NUE o
eventuale richiesta numero di riferimento

COSA È SUCCESSO?

EVENTO TRAUMATICO

INCIDENTE STRADALE

- Tipo e numero di veicoli coinvolti
- Dinamica
- Presenza di sostanze infiammabili
- Numero di feriti
- Stato di coscienza
- Sanguinamento
- Incarcerati o eiettati

ALTRO INCIDENTE

- Dinamica (caduta al suolo, investimento pedone, incendio, esplosione, etc.)
- Presenza di sostanze tossiche
- Numero di feriti
- Stato di coscienza
- Sanguinamento in atto

EVENTO NON TRAUMATICO

- Tipo di malore e tempo d'insorgenza
- Stato di coscienza
- Tipo di respiro
- Scala del dolore
- Età
- Malattie pregresse
- Terapie domiciliari



La scheda informatizzata non predefinisce i codici colore, poiché l'espressione degli stessi deve essere il risultato dell'analisi di tutti i dati raccolti da parte dell'operatore nel corso dell'intervista.

Ai fini di una corretta attribuzione del codice colore si dovranno valutare le caratteristiche della chiamata riportandole con la risposta assistenziale teoricamente dovuta.

Il codice di gravità (colore) dovrà essere determinato prima dell'accettazione dell'evento sul sistema informatico.

N.B. Questo codice esprime la criticità dell'evento e non la risposta effettivamente data. La risposta effettiva dipenderà da vari fattori: disponibilità di risorse, condizioni metereologiche, sede dell'evento ed altri fattori contingenti individuati dall'operatore.

(L'espressione del codice di criticità è obbligatoriamente prevista dal Decreto Min. del 15/05/1992)





3.0 CODICI DI GRAVITA' (Codici Colore)

Definizioni Ministeriali (D.M. 15.05.1992)

Il Decreto ministeriale prevede una stima del grado di criticità di un evento attraverso l'utilizzo di una scala di colori articolata su 4 possibilità. Questo codice rappresenta la criticità dell'evento e non la risposta effettivamente data.

BIANCO(B): Paziente non critico

Servizio che, con ragionevole certezza, non ha necessità di essere espletato in tempi brevi.

Dall'intervista emerge una integrità delle funzioni vitali e si può escludere una potenzialità evolutiva in senso peggiorativo.

VERDE(V): Paziente poco critico.

Intervento differibile.

Dall'intervista emerge una integrità delle funzioni vitali e si può escludere una potenzialità evolutiva in senso peggiorativo in tempi rapidi.

GIALLO(G): Paziente mediamente critico

Intervento indifferibile.

Dall'intervista emerge una elevata probabilità evolutiva in senso peggiorativo, con possibile compromissione delle funzioni vitali in tempi rapidi.

ROSSO(R): Paziente molto critico.

Intervento di emergenza.

Dall'intervista emerge imminente pericolo di vita per grave compromissione di una o più funzioni vitali principali (coscienza, respiro, circolo) oppure assenza delle funzioni vitali stesse.

Questo codice deve essere assegnato anche nel caso in cui vi sia una completa assenza di informazioni.





4.0 CODICI DI PATOLOGIA

In base agli esiti del dispatch, oltre al codice di gravità, l'operatore dovrà indicare la patologia che appare come prevalente.

Le patologie, codificate con sigla alfa-numerica, sono contenute in un apposito menù a tendina della scheda informatizzata:

C1 - TRAUMATICA
C2 - CARDIOCIRCOLATORIA
C3 - RESPIRATORIA
C4 - NEUROLOGICA
C5 - PSICHIATRICA
C6 - NEOPLASTICA
C7 - TOSSICOLOGICA
C8 - METABOLICA
C9 - GASTROENTEROLOGICA C10 - UROLOGICA
C11 - OCULISTICA
C12 - OTORINOLARINGOIATRICA C13 - DERMATOLOGICA
C14 - OSTETRICO-GINECOLOGICA C15 - INFETTIVA
C19 - ALTRA PATOLOGIA
C20 - PATOLOGIA NON IDENTIFICATA

5.0 CODICE IDENTIFICATIVO LUOGO EVENTO

Identificano la sede dell'evento. Unitamente al codice di gravità (colore) e a quello di patologia identificano le caratteristiche dell'evento. (DM 15 Maggio 1992 e Progetto Mattoni GU 13.01.2009)

K – CASA
S – STRADA
P – LUOGO PUBBLICO
Q – SCUOLA
L – LUOGO DI LAVORO Y– IMPIANTO SPORTIVO Z – ALTRI LUOGHI





6.0 INVIO MEZZI DI SOCCORSO

Una volta ottenute le informazioni che consentono l'attribuzione del codice colore (codice di invio/di criticità) l'operatore deve immediatamente attivare la risposta più appropriata, qualora questo non sia possibile deve indicarlo sulla scheda con l'apposito simbolo negli avvisi (es: mancanza MSA/ELI)
Il codice attribuito all'evento viene comunicato dall'operatore alla equipe di soccorso al momento dell'attivazione della stessa.

7.0 ISTRUZIONI PRE ARRIVO (IPA) (allegato 2)

Sono quelle istruzioni che possono o devono essere date all'utente dall'operatore di centrale con il fine di facilitare i soccorsi, ridurre od eliminare i rischi connessi con l'intervento, garantire dei supporti indispensabili all'infortunato prima dell'arrivo dei mezzi di soccorso.
L'operatore può fare riferimento alle istruzioni prearrivo (vedi ALLEGATO N°2)

8.0 ALTRE RISPOSTE ALL'UTENTE

L'operatore, dopo l'intervista e la codifica, oltre all'invio dei mezzi di soccorso, se lo ritiene opportuno, ha la possibilità di dare delle risposte all'utente alternative all'invio del mezzo di soccorso:

CONSULTO TELEFONICO

Informazioni riguardanti Guardie Mediche, Pronto Soccorso oppure esecuzione corretta di semplici manovre come emostasi di piccoli sanguinamenti o altre similari.
Tali informazioni sono date direttamente dall'infermiere operatore di centrale.

CONSULTO SANITARIO

Tutte le volte che un utente richieda informazioni su terapie, dosaggi di farmaci, consigli sanitari di esclusiva competenza medica, dovrà essere attivato il medico di Centrale che provvederà a dare le risposte opportune.

MEDICO DI BASE

Qualora l'operatore di Centrale rilevi un codice di gravità minore l'utente può essere reindirizzato al proprio medico di base, in servizio dal lunedì al venerdì ore 8:00-20:00 e il sabato dalle ore 8:00 fino alle ore 10:00.
Può essere invece indirizzato al medico di continuità assistenziale nelle ore di operatività (dalle 20 alle ore 8 dei giorni feriali e dalle ore 10 del giorno prefestivo (es. sabato) continuativamente sino alle ore 8 del mattino successivo al giorno festivo).



MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'operatore di C.O. può chiedere il supporto del servizio di Guardia Medica. Tale modalità si rende necessaria tutte le volte che i tempi o le condizioni di operatività non consentano un intervento di soccorso 118 entro tempi compatibili con le condizioni di gravità individuate (MSA non operativa o impegnata in altro evento), in accordo con il Medico di Centrale.

Qualora venga attivata la Guardia Medica il Medico di Centrale provvederà a mantenere i contatti durante l'intervento ed a concordare le modalità di soccorso e gli eventuali supporti ritenuti necessari. L'intervento del medico di Guardia Medica non può essere considerato sostitutivo dell'intervento e delle risorse proprie del Servizio 118 che dovranno intervenire, quando necessario, non appena disponibili.

9.0 ATTIVAZIONE DEI RESPONSABILI

9.1 Attivazione MEDICO di CENTRALE

Il Medico di Centrale va attivato:

- Ogni qualvolta si verifichi una condizione di dubbio o in cui non siano immediatamente disponibili riferimenti di comportamento nei protocolli.
- Consiglio sanitario telefonico
- Maxi emergenze
- Richieste di trasferimento secondario URGENTE interospedaliero mediante elisoccorso o MSA
- Richiesta da parte di un medico, di essere messo in contatto con il collega della C.O.
- Comunicazioni con l'addetto stampa Areus e, qualora previste, con gli organi di stampa.
- Trasporto organi, equipè e pazienti candidati a trapianto

9.2 Attivazione COORDINATORE INFERMIERISTICO

Il Coordinatore Infermieristico della Centrale dovrà essere allertato in caso di:

- Eventi catastrofici di qualunque natura
- Maxi-emergenze
- Problematiche inerenti turni di servizio

9.3 Attivazione DIRETTORE di CENTRALE

Il Direttore della Centrale dovrà essere allertato in occasione di eventi che comportino particolari complessità di gestione.

In particolare dovrà essere prontamente informato in caso di:



- Eventi catastrofici di qualunque natura, ricadenti nell'ambito territoriale della Centrale Operativa
- Maxi-emergenze
- Situazioni che seppur limitate si presentino di particolare complessità gestionale
- Situazioni previste dai piani di emergenza specifici (es. aeroporti, porti etc.)

N.B. TUTTI GLI ALLERTAMENTI dovranno essere fatti attraverso la linea registrata, ai numeri telefonici presenti nel software e nella rubrica cartacea.





10.0 ALLERTAMENTI ALTRI ENTI COMPETENTI

Il NUE 112 invia la scheda di contatto che contiene informazioni su eventuali altri Enti ai quali è stata inviata la scheda per conoscenza.

Sarà responsabilità dell'operatore che esegue il dispatch valutare la necessità di attivazione di altri Enti e procedere con gli allertamenti:

- **INCIDENTE DOMESTICO:** nessun allertamento
- **INCIDENTE STRADALE: VV.F. - FF.OO** (ambito urbano: **Polizia locale**; ambito extraurbano: **Polizia stradale** o **Carabinieri**)
- **INCIDENTE SUL LAVORO: SPRESAL;** **Carabinieri** o **Polizia di Stato** solo nei casi codificati come giallo o rosso, oppure qualora si sospettino dolo o inadempienze sulla sicurezza.
- **EVENTI VIOLENTI:**(suicidio, omicidio, tentato omicidio, aggressione) **Carabinieri, Polizia di Stato** o **Polizia Locale**
- **RINVENIMENTO DI CADAVERE: FF.OO.** (rinvenimento in luogo pubblico o in casa in circostanze sospette)
- **MAXIEMERGENZE:** Prefettura, VV.F., **Polizia di Stato, Carabinieri.**
- **INTERVENTO IN MARE O SULLA COSTA:** **Guardia Costiera**

11.0 MEZZI DI SOCCORSO

(D.M. del 17/12/2008 aggiornato al 2015)

La rete di emergenza territoriale è costituita da personale e mezzi in collegamento tramite telefonia fissa, cellulare, tablet e radio con la Centrale Operativa, che assicurano il soccorso nell'ambito territoriale di riferimento.

I mezzi del Servizio 118 che operano nel territorio sono:

- ▣ **Mezzi di soccorso base (MSB)** con equipaggio minimo di 1 autista-soccorritore e 2 soccorritori, tutti formati con il Corso Protocolli Operativi e addestrati al sostegno delle funzioni vitali di base e defibrillazione (BLSD - PBLSD) ed al soccorso di base del paziente traumatizzato (PTC-Base)
- ▣ **Mezzi di soccorso avanzato medicalizzati (MSA o MIKE)** con equipaggio composto da 1 autista

soccorritore, 1 infermiere ed un medico, in grado di garantire gli interventi di rianimazione cardio-polmonare e di soccorso del paziente traumatizzato avanzati (ALS, EPALS, PTC AVANZATO).

- ▮ **Mezzi di soccorso avanzato infermieristici** (MSI o INDIA) con equipaggio composto da autista soccorritore, un soccorritore e un infermiere in grado di garantire gli interventi di rianimazione cardio-polmonare, in collaborazione con la Centrale Operativa secondo protocolli specifici.
- ▮ **Elisoccorso** (EchoLima) equipaggio composto da medico e infermiere, abilitati alle specifiche operazioni sull'elicottero, tecnico di elisoccorso del corpo nazionale soccorso alpino e speleologico e personale di Condotta dell'aeromobile (pilota comandante nelle ore diurne e notturne, copilota nelle ore notturne, tecnico aeronautico verricellista).

11.1 Postazioni Mezzi di Soccorso Avanzato

Nell'ambito delle competenze territoriali delle Centrali Operative 118 sono operativi N° Mezzi di Soccorso Avanzato e Intermedio dislocati nelle seguenti postazioni:

Asl Sassari	Ambito territoriale Cagliari
MIKE 01 Sassari	MIKE 120 Cagliari – Ospedale SS. Trinità
MIKE 02 Porto Torres	MIKE 150 Cagliari – Ospedale Marino
MIKE 03 Alghero	VICTOR 1 Cagliari – Sede C.O.
MIKE 04 Ozieri	MIKE 153 Quartu S. Elena
	MIKE 149 Sarroch
Asl Olbia	MIKE 165 Senorbì
MIKE 05 Olbia	MIKE 9 Isili
MIKE 06 Tempio Pausania	INDIA 18 Decimomannu (H12 diurno)
INDIA 01 Santa Teresa Di Gallura (periodo estivo)	INDIA 19 Uta (H12 notturno)
INDIA 09 San Teodoro (periodo estivo)	INDIA 16 Villasimius (periodo estivo)
INDIA 10 Arzachena (periodo estivo)	INDIA 2 Domus de Maria - Chia (periodo estivo)
	Ambito territoriale Sulcis – Iglesiente
Asl Nuoro	MIKE 170 Iglesias
MIKE 07 Nuoro	MIKE 175 Carbonia
MIKE 08 Siniscola	India 151 Carloforte (periodo estivo)
MIKE 11 Sorgono	
INDIA 08 Macomer	Ambito territoriale Oristano
	MIKE 190 Oristano
Asl Lanusei	MIKE 195 Ghilarza
MIKE 12 Lanusei	MIKE 185 Ales
INDIA 03 Tortolì	MIKE 10 Bosa
ECHOMIKE 13 (sostituisce India 03 nel periodo estivo)	INDIA 4 Narbolia – Is Arenas (periodo estivo)
	Ambito territoriale Medio Campidano
	MIKE 180 San Gavino

Echo Lima 01	Base presso Aeroporto civile Olbia – LIEO, attività H24
---------------------	---



Echo Lima 02	Base presso Aeroporto militare Alghero – LIEA, attività HJ
Echo Lima 03	Base presso Aeroporto civile di Cagliari – LIEE, attività HJ

11.2 Attivazione Mezzi di Soccorso

L'Operatore di Centrale, una volta individuato il codice di gravità, provvederà all'attivazione del mezzo di soccorso più idoneo, tenendo in considerazione le risorse disponibili e la distanza di questi dal luogo dell'evento.

In caso di CODICE VERDE viene inviato il mezzo di base più vicino.

In caso di CODICE GIALLO nel caso in cui l'operatore ritenga si tratti di una patologia evolutiva viene inviato il MSA e se questo non è immediatamente disponibile il MSB.

In caso di CODICE GIALLO presunto stabile può essere inviato anche solo il MSB.

In caso di CODICE ROSSO viene inviato il MSA e contestualmente il MSB qualora i tempi di arrivo sull'evento del MSA siano superiori a quelli stabiliti dalla normativa di riferimento (circolare DG 686 del 18/1/2010) (LEA) (8 minuti in ambito urbano e 20 minuti in ambito extraurbano all'arrivo sul target).

Dal momento dell'attivazione il mezzo di soccorso su ruota ha, secondo normative (LEA), 120 secondi per partire, i mezzi HEMS hanno invece 5 minuti in orario diurno e 20 minuti in orario notturno.

Il **RENDEZ-VOUS** è una strategia operativa che può essere utilizzata nella gestione di un'emergenza/urgenza sanitaria: la Centrale 118 decide un punto di incontro, a metà strada da un target remoto, tra mezzo di soccorso avanzato (MSA) e mezzo di soccorso di base (MSB) (con malato a bordo).

Tale strategia permette di dimezzare i tempi di arrivo del supporto avanzato sul paziente in caso di interventi in località molto distanti dal presidio ospedaliero (indicativamente con tempi di percorrenza superiori ai 30 minuti).

L'intervento dovrà essere coordinato dalla C.O. ed è riservato a situazioni a criticità elevata cui non è possibile dare risposta avanzata entro i tempi di riferimento.

Se il personale sanitario dopo aver valutato il pz decide di "medicalizzare" il mezzo di base, la destinazione "Pronto Soccorso" dovrà essere data al mezzo che realmente trasporta il paziente, mentre al MSA dovrà essere dato "rendez-vous".

Ciascuna Centrale ha la possibilità di richiedere l'attivazione e quindi utilizzare nel proprio territorio, qualora disponibili, i mezzi di soccorso normalmente afferenti all'altra Centrale. Tale richiesta avviene quando si ritenga che questo permetta un soccorso più rapido e/o efficace. In questi casi il mezzo viene "condiviso" e l'evento viene coordinato sino al suo esito dalla CO che ha attivato il mezzo.

11.3 Cambi Stato e Comunicazioni

11.3.1 Attivazione

L'attivazione dovrà avvenire **sempre** per via telefonica, tramite rete fissa ISDN (le postazioni fisse dei MSA, INDIA e MSB, sono collegate tramite linee dedicate alla Centrale Operativa) e contestualmente con l'invio



della missione al tablet, tramite cellulare qualora non sia attiva una linea ISDN o il mezzo non si trovi in postazione (es: mezzo libero e operativo in rientro dal PS o da missione precedente).

L'attivazione via radio con comunicazione diretta va riservata ai casi in cui il mezzo sia irraggiungibile attraverso la via telefonica.

N.B. (le comunicazioni radio devono essere il più possibile sintetiche ed inviate in codice).

La Centrale Operativa comunica all' equipaggio:

- **Identificativo** dell'evento (città, via, numero civico e quant'altro ritenuto indispensabile ai fini di una corretta localizzazione)
- **Codice luogo evento**
- **Codice patologia**
- **Codice gravità**

Inoltre brevemente può comunicare eventuali notizie riguardanti condizioni cliniche, di sicurezza o altre informazioni ritenute utili al soccorso.

Sulla scheda cartacea devono essere annotati il codice di attivazione per esteso (es: K01R), i dati forniti e l'ora dell'attivazione.

N.B. Il codice di attivazione non può essere modificato per nessun motivo dall'equipaggio attivato e dal compilatore della scheda di intervento.

Si raccomanda l'aderenza alle modalità di attivazione su indicate ed in particolare alla ripetizione dei dati all'atto della ricezione al fine di limitare al minimo errori ed eventuali disguidi dovuti a difetto di comunicazione.

11.3.2 Partenza

- L'equipaggio dovrà dare comunicazione via tablet dell'uscita del mezzo alla C.O.
- Dovrà annotare sulla scheda di soccorso l'ora di uscita.
- Nel caso di comunicazione vocale (via radio o telefonica) l'Operatore di Centrale confermerà la ricezione del messaggio e aggiornerà lo stato sul Sistema se il mezzo non lo ha già trasmesso via tablet.

Durante il tragitto, verso il luogo dell'evento, potranno essere comunicate via radio o via cellulare eventuali ulteriori informazioni ritenute utili che potranno essere annotate anche nella scheda evento (sul campo dati e destinazione missione).

11.3.3 Target

- all'arrivo sul posto (ruote ferme) l'equipaggio dovrà comunicare via tablet lo stato del mezzo ed annotare sulla scheda di soccorso l'orario di arrivo.



- Nel caso di comunicazione vocale (via radio o telefonica) l'Operatore di Centrale confermerà la ricezione del messaggio e aggiornerà lo stato nel caso in cui il mezzo non lo abbia fatto via tablet.
- L'equipaggio, dopo le prime valutazioni, comunicherà la situazione sul posto e le condizioni del/i paziente/i, segnalando eventuali necessità aggiuntive (mezzi di soccorso di base o avanzato, intervento FF.OO. o VV.FF. etc.).
- Il personale sanitario sul posto può essere messo in comunicazione diretta tramite teleconferenza con lo specialista di riferimento in casi particolari (sospetto stroke, STEMI, ustioni gravi, politrauma, urgenze pediatriche, etc...)

11.3.4 A Bordo

- Al momento della partenza il mezzo dovrà comunicare via tablet il cambio stato ed annotare sulla scheda di soccorso l'orario di partenza verso l'ospedale.
- Nel caso di comunicazione vocale (via radio o telefonica) l'operatore di Centrale confermerà la ricezione del messaggio e aggiornerà lo stato sul sistema nel caso in cui il mezzo non lo abbia fatto via tablet.
- Per tutti gli interventi con **CODICE DI RIENTRO 3 (ROSSO)** e in altri casi particolari la Centrale Operativa provvederà ad allertare il Pronto Soccorso di destinazione e/o il Reparto/Direzione Sanitaria di Presidio fornendo le condizioni cliniche e i parametri vitali del paziente e il tempo previsto d'arrivo.

11.3.5 Codici Di Rientro

La valutazione sanitaria del paziente effettuata dal personale sanitario giunto sul luogo dell'evento, ossia il codice di rientro è costituito da una codifica numerica:

D.M. 15 Maggio 1992 – G.U. n.121 del 25/05/1992

Codice 0

Soggetto che non necessita di intervento.

Si valuta non ci sia la necessità di approfondimento diagnostico, strumentale o specialistico in ambito ospedaliero, ma eventualmente solo di una valutazione e presa in carico da parte del medico di continuità assistenziale o di medicina generale o di una equipe infermieristica (soccorso effettuato che non necessita di trasporto)

Rientrano in questo codice anche il soccorso non effettuato (paziente non reperito, missione interrotta) e il rifiuto ricovero.

Codice 1 (VERDE)

Soggetto affetto da forma morbosa di grado lieve (condizione clinica senza evidenze di potenziale evolutività in senso peggiorativo a breve o medio termine)



Anche in questo caso, in alternativa al trasporto in Pronto Soccorso, si può valutare la possibilità di coinvolgere il medico di continuità assistenziale, il medico di medicina generale o una equipe infermieristica per la gestione a domicilio.

Codice 2 (GIALLO)

Soggetto affetto da forma morbosa grave (condizione clinica con potenzialità evolutiva in senso peggiorativo a breve o medio termine).

Necessario trasporto in Pronto Soccorso.

Codice 3 (ROSSO)

Soggetto con compromissione delle funzioni vitali (situazione di emergenza: imminente pericolo di vita conseguente a grave alterazione delle funzioni vitali).

Necessario tempestivo trasporto in Pronto Soccorso con pre-allerta dello stesso o del reparto specialistico di riferimento (stroke unit, utic, rianimazione).

Nelle emergenze traumatologiche, viene assegnato un CODICE ROSSO sulla base della **dinamica maggiore, anche in assenza delle evidenze di criticità dei parametri vitali.**

Codice 4 (NERO)

Paziente deceduto

Il codice di rientro può ovviamente differire dal codice di attivazione per motivi quali: over-triage, variazione della criticità dal momento della chiamata all'arrivo sul posto, trattamento sanitario eseguito, etc.

Il Codice di Rientro viene stabilito dalla Centrale Operativa per tutti i mezzi MSB, viene invece concordato tra Centrale Operativa e sanitari sul posto nel caso di soccorso con mezzo avanzato.

Nel caso in cui il medico della MSA dopo valutazione e/o trattamento indichi un codice bianco, verde o giallo (a basso rischio evolutivo e con parametri vitali integri), in accordo con la Centrale, il paziente potrà essere trasportato da un mezzo MSB in modo da rendere immediatamente libero e operativo il mezzo avanzato.

Nel caso particolare di evento complesso con più pazienti in codice ROSSO, esclusivamente previa autorizzazione del Medico di Centrale Operativa, un componente sanitario del mezzo di soccorso avanzato può salire a bordo del MSB per consentire la prosecuzione del soccorso ed il raggiungimento dell'ospedale a più pazienti.

11.3.6 DESTINAZIONE MEZZI

Il trasporto dei pazienti deve avvenire in condizioni di sicurezza verso l'ospedale più appropriato a garantire la rapida valutazione medica e stabilizzazione delle condizioni cliniche presa in carico del paziente. In caso sia effettuata sul posto una completa valutazione clinica e le condizioni del paziente siano giudicate stabili, è possibile trasportare il paziente anche in ospedali più distanti dal luogo dell'evento qualora ritenuti idonei ad una più efficace gestione diagnostico terapeutica delle specifiche patologie. In quest'ultimo caso la



appropriatezza dell'ospedale è prioritariamente valutata sulla base delle discipline specialistiche come indicate nella rete ospedaliera regionale.

L'assegnazione dell'ospedale di destinazione è in carico alla CO. È un processo complesso che avviene dopo l'attenta valutazione di criteri clinici e situazionali, tra cui:

CRITERI CLINICI

- Codice di gravità
- Evolutività clinica (documentata o sospetta)
- Presenza di patologia tempo dipendente (FHQ)
- Specificità ed intensità di cura dell'ospedale

CRITERI SITUAZIONALI

- Composizione e competenze dell'equipe di soccorso
- Distanza dell'ospedale dal luogo dell'evento
- Grado di congestionamento del PS ("applicazione monitor PS")
- Criticità di risorse diagnostico terapeutiche dell'ospedale
- Eventuali criticità segnalate dall'ospedale

A titolo esemplificativo possiamo distinguere i seguenti scenari:

1. PAZIENTE IN CARICO AD MSB

- **Paziente molto critico (codice 3):** qualora non sia possibile eseguire in tempi brevi un rendez vous con MSA (o il tempo di arrivo dell'MSA sia maggiore di quello di arrivo in ospedale) il mezzo deve essere indirizzato nel PS dell'ospedale più vicino, per consentire una rapida presa in carico, prima valutazione medica, stabilizzazione ed eventuale diagnostica.
- **Paziente mediamente critico (codice 2):** in tutti i casi in cui il paziente abbia un alto rischio di evolutività (reale o potenziale) o questa, per le informazioni ricevute dall'equipaggio, non sia chiara, fermo restando quanto specificato sopra per il possibile rendez vous, il mezzo deve essere inviato nel PS più vicino, per consentire una rapida presa in carico, prima valutazione medica, stabilizzazione ed eventuale diagnostica. Nei casi in cui il paziente sia considerato a basso rischio evolutivo e sussistano dei criteri situazionali che controindichino il trasporto verso l'ospedale più vicino, il mezzo potrà essere indirizzato anche verso un ospedale più lontano, se ritenuto più appropriato.
- **Paziente poco critico (codice 1):** qualora il paziente sia stabile e sussistano dei criteri situazionali che controindichino l'invio del mezzo verso l'ospedale più vicino, questo potrà essere indirizzato verso un PS più lontano, se ritenuto più appropriato.



2. PAZIENTE IN CARICO AD MSA

Di norma l'MSA gestisce i codici di gravità maggiore e le patologie del FHQ, che vengono indirizzati direttamente verso l'ospedale più idoneo allo specifico trattamento. L'autorizzazione alla centralizzazione, anche dopo eventuale teleconferenza, viene comunque sempre disposta dalla CO.

Nei casi in cui l'equipe sanitaria riferisca criticità nella gestione e/o trasporto del paziente e pertanto si configuri una situazione di rischio per la sicurezza dello stesso, la CO potrà disporre un rendez vous con altro MSA (Mike o ELI) ovvero l'invio del mezzo verso l'ospedale più vicino per consentire la stabilizzazione del paziente.

Tutte le eventuali comunicazioni tra il mezzo di soccorso e il reparto ospedaliero devono essere coordinate e registrate dalla Centrale Operativa tramite teleconferenza come da Protocolli specifici.

11.3.7 RIFIUTO ASSISTENZA E/O TRASPORTO

In caso di rifiuto di assistenza e/o o trasporto in ospedale il medico, l'infermiere del mezzo INDIA o i soccorritori del mezzo di base, dopo aver ben spiegato al paziente la necessità di essere sottoposto ad accertamenti e/o cure ed averne ottenuto il diniego, dovrà annotare il rifiuto nell'apposito spazio sulla scheda evento, richiedendo al paziente di firmare la dichiarazione.

In caso di rifiuto a sottoscrivere la dichiarazione, la stessa dovrà essere firmata da almeno due testimoni, preferibilmente non appartenenti all'equipe di soccorso.

In caso di minori di 18 anni non potrà essere accettato alcun rifiuto e per qualsiasi decisione dovranno essere contattati i genitori o un tutore legale.

In caso di rifiuto trasporto o di non necessità di trasporto, l'originale della relazione di soccorso viene rilasciato direttamente alla persona soccorsa o ai familiari (ad esempio in caso di minore).

In caso di paziente in stato confusionale e/o in intossicazione etilica o sotto effetto di sostanze stupefacenti si può predisporre lo stato di necessità coordinandosi con le FF.OO.

N.B. REVOCA EVENTO: esiste la possibilità che un evento in corso possa essere revocato.

Si può verificare quando:

- Per un errore dell'operatore nella assegnazione del mezzo.
- Guasto meccanico/incidente.
- Meteo avverso (soprattutto mezzi HEMS).
- Pz non trovato (il mezzo giunto sul luogo dell'evento deve accertarsi che realmente il pz non sia presente dopo averlo contattato telefonicamente tramite la Centrale Operativa e/o attivando i segnalatori acustici).
- Il pz rifiuta assistenza e/o trasporto.
- Pz trasportato da altri mezzi.



11.3.8 DESTINAZIONE

- Il mezzo dovrà comunicare via tablet lo stato DESTINAZIONE ed annotare sulla scheda di soccorso l'orario di arrivo in Ospedale.
- Nel caso di comunicazione vocale (via radio o telefonica) l'Operatore di Centrale confermerà la ricezione del messaggio e aggiornerà lo stato nel caso in cui il mezzo non lo abbia fatto via tablet.
- Al termine del soccorso, l'equipaggio compila un documento chiamato **scheda sanitaria o di soccorso** all'interno del quale registra le informazioni rilevanti relative all'evento, funzionali al soccorso (luogo, tipologia di evento), nonché le informazioni relative alla persona soccorsa e al soccorso prestato (dati anagrafici, parametri vitali rilevati, prestazioni effettuate). L'originale della relazione viene consegnato al Pronto Soccorso o al Reparto della Struttura ospedaliera presso il quale viene accompagnata la persona soccorsa; tale documentazione diventa, pertanto, parte integrante della documentazione di Pronto Soccorso e, in caso di ricovero ospedaliero, della cartella clinica del paziente (D.G.R. n 3591 del 6 Giugno 2012 e s.m.i., D.G.R. n 325 del 27 Giugno 2013 e s.m.i., D.G.R. n 4298 del 15 Febbraio 2021).
- In caso di decesso, l'originale della relazione di soccorso viene consegnato ai familiari della persona soccorsa (se presenti) o alle Forze di Polizia.

11.3.9 Rientro

Concluse le modalità di consegna del paziente, al momento della partenza dall'ospedale il mezzo comunicherà via tablet lo stato di RIENTRO ed annoterà sulla scheda di soccorso l'orario.

Nel caso di comunicazione vocale (via radio o telefonica) l'Operatore di Centrale confermerà la ricezione del messaggio e aggiornerà lo stato nel caso in cui il mezzo non lo abbia fatto via tablet.

Le stesse comunicazioni devono essere fatte anche in caso di rientro senza trasporto del paziente.

11.3.10 Mezzo Operativo

Non appena il mezzo sarà in condizione di riprendere il servizio attivo dovrà darne comunicazione alla C.O., questo può avvenire già dal momento del rientro dall'ospedale o dalla sede dell'evento, oppure solo in seguito all'arrivo in postazione qualora sia necessario sanificare il mezzo e/o ripristinare farmaci e presidi.

Da questo momento il mezzo torna ad essere visualizzato nel sistema tra i mezzi disponibili.

I mezzi in convenzione, in caso di interventi urbani o extraurbani, dovranno annotare al termine della missione il chilometraggio percorso. Tale dato dovrà essere riportato nell'apposito spazio previsto nella "scheda di intervento sanitario urgente"



12.0 TRASMISSIONE DATI

Una volta concluso l'evento e consegnato il paziente in Pronto Soccorso, il responsabile del soccorso deve completare la compilazione dei dati nel tablet in ogni parte della scheda evento e non appena possibile contattare la Centrale per accertarsi che questi siano stati inseriti correttamente e che la scheda venga contrassegnata con la spunta verde dei Flussi EMUR. **(Vedi compilazione scheda Cap.18)**

13.0 CONSEGNA PAZIENTI IN PRONTO SOCCORSO

- All'arrivo in Pronto Soccorso, i pazienti trasportati dai mezzi ALS (MSA, Elisoccorso o Infermieristica) e Mezzi di base (MSB) del servizio territoriale dell'emergenza 118, con codice di gravità 3, avranno accesso immediato alla sala di emergenza.
- Il responsabile dell'equipe di soccorso (medico, infermiere o capo-squadra) fornirà tutti i dati relativi al tipo di evento, alle condizioni cliniche del paziente, agli interventi ed alle procedure eventualmente eseguite (manovre rianimatorie, somministrazione e dosaggi di farmaci etc.), unitamente a quant'altro possa essere utile al medico accettante, **consegnando nel contempo una copia della scheda di intervento.**
- Il paziente dovrà essere trasferito su una barella o lettino del Pronto Soccorso come da protocolli aziendali, con la collaborazione degli operatori del mezzo.
- È vietato far scendere autonomamente il paziente che in ambulanza è stato trasportato barellato.
- È opportuno limitare gli interventi terapeutici con il paziente collocato sulla barella dell'ambulanza ai soli casi effettivamente indispensabili (es: arresto cardiocircolatorio).
- In caso di MSB con codice di rientro 1 o 2 (VERDE o GIALLO) i soccorritori con il paziente non faranno diretto accesso alla sala di emergenza ma al triage. In tal caso, il paziente sarà sottoposto alle metodiche di triage del pronto soccorso e, sotto la responsabilità del medico o infermiere addetti al triage, avrà accesso alle sale di medicazione in base al codice attribuito in tale sede. Sarà così prontamente liberata la barella dell'ambulanza e gli eventuali presidi, se questi ultimi non potessero essere rimossi verranno consegnati i presidi sostitutivi rendendo così subito operativa l'ambulanza.



14.0 COMUNICAZIONI RADIO

Il sistema radio garantisce la gran parte delle comunicazioni tra la C.O. e le diverse unità mobili (rappresenta uno strumento utilizzabile qualora le comunicazioni telefoniche non risultino possibili) presenti sul territorio, permettendo di coordinare gli interventi di urgenza ed emergenza sanitaria.

E' necessario che tutti gli operatori, sia della centrale che delle ambulanze facciano del sistema radio un uso razionale attenendosi alle seguenti regole di comportamento e formule di linguaggio:

- per nessun motivo si deve utilizzare il sistema radio in modo incongruo.
- le comunicazioni radio devono essere **brevi ed essenziali** ed espresse con un linguaggio codificato.
- è necessario accertarsi che il messaggio venga recepito in maniera precisa e completa.
- in caso di difficoltà durante le trasmissioni in cui è necessario fare lo "spelling" delle parole si deve adottare l'alfabeto fonetico internazionale (ICAO 1947)
- dalle postazioni può essere richiesta in qualunque momento una verifica del sistema radio.
- **Non bisogna tentare di trasmettere se sono in corso altre comunicazioni**

In caso di estrema necessità intervenire sulle altre conversazioni utilizzando il messaggio - "EMERGENZA" (vedi oltre- formule di linguaggio).

- Attendere prima di parlare almeno 1 secondo dopo aver premuto il tasto del microfono (PTT), (per evitare che la prima parte del messaggio non sia ricevuta).

14.1 Alfabeto ICAO

Alfabeto ICAO per sillabare le lettere (fra parentesi la corrispettiva pronuncia)	
A - Alfa	N - November
B - Bravo	O - Oscar
C - Charlie (<i>ciarli</i>)	P - Papa
D - Delta	Q - Quebec (<i>chebek</i>)
E - Eco	R - Romeo
F - Foxtrot (<i>focstrot</i>)	S - Sierra
G - Golf	T - Tango
H - Hotel (<i>otel</i>)	U - Uniform (<i>iuniform</i>)
I - India	V - Victor

L' uso del linguaggio codificato ha essenzialmente lo scopo di ridurre al minimo il tempo di impegno della rete e le possibilità di errore. Nelle chiamate di partenza sia dalla C.O. che dalle singole postazioni è necessario per allertare all'ascolto far precedere la chiamata dalla parola "attenzione", chiamare il ricevente, e quindi qualificarsi.



Es: "Attenzione, (*selettiva mezzo*) da (*selettiva Centrale Operativa*)"

14.2 Formule di Linguaggio.

La **Centrale Operativa di Sassari** assume l'identificativo radio di: "**SIERRA ZERO**", quella di **Cagliari** "**CHARLIE OSCAR**"

Per allertare all'ascolto e qualificarsi:

"attenzione ambulanza (o automedica o associazione etc.) da Sierra Zero

Per esprimere disponibilità all' ascolto: "Avanti
da Sierra Zero (centrale) per" o "Avanti,
Sierra Zero in ascolto"

Per chiudere la comunicazione:

"Chiudo"

"Fine"

Per comunicare la comprensione del messaggio:

"Kappa"

"Ricevuto"

Per richiedere il luogo esatto del mezzo di soccorso:

"posizione ..."

"... dare posizione"

Per chiedere la ripetizione del messaggio:

"... ripetere il messaggio"

Quando si vuole ripetere un messaggio:

"ripeto..."

Quando si intende correggere un messaggio:

"correzione"

Per confermare l'esatta versione:

"corretto"

Messaggio che presuppone risposta (con punto interrogativo):

"... interrogativo"

Sì o conferma ad una domanda:



“affermativo”

No alla domanda o ricezione non pervenuta o incomprensibile:

“negativo”

Per chiedere conferma di un messaggio strano o illogico:

“verificare”

Per sospendere momentaneamente la comunicazione:

“attendere” “Un
attimo”

Per interrompere ogni colloquio in corso:

“stop, stop”

Per interrompere tutte le comunicazioni in corso:

“Emergenza”

N.B.: il messaggio decreta il silenzio radio ed assegna la priorità all’uso della linea a chi ha lanciato questo segnale. Da utilizzare esclusivamente in situazioni di estrema necessità.

Al termine, per annullare il silenzio radio e riprendere le normali comunicazioni: “Termine urgenza” - “Termine emergenza”

14.3 Prova Radio

Una prova per la verifica dell’efficienza del sistema di comunicazioni e dei livelli di segnale, può essere richiesta da qualsiasi postazione o mezzo.

La conferma del livello di ricezione deve tener conto della scala di riferimento a cinque gradi:

1/5 (un quinto) = segnale incomprensibile

2/5 (due quinti) = segnale a intermittenza

3/5 (tre quinti) = segnale ricevuto con difficoltà

4/5 (quattro quinti) = segnale comprensibile

5/5 (cinque quinti) = segnale forte e chiaro



15.0 COLLABORAZIONE ED INTEGRAZIONE CON GLI ALTRI ENTI NON SANITARI

Durante gli interventi di soccorso i rapporti tra le diverse competenze e professionalità intervenute devono essere improntati al massimo rispetto dei reciproci ruoli e alla massima collaborazione con l'obiettivo di garantire il miglior risultato possibile.

La segnalazione dell'incidente spetta alla prima unità giunta sul posto.

I referenti sanitari sul luogo dell'incidente sono gli equipaggi del 118 (soccorritori, equipe dei mezzi avanzati).

A questi operatori spetta la gestione sanitaria della scena in collaborazione con VV.F., Carabinieri, Polizia o altre Forze dell'Ordine, individuando le necessità del paziente e predisponendo gli interventi urgenti.

Le Forze dell'Ordine (Carabinieri e Polizia) e VVFF dovranno primariamente occuparsi dei problemi relativi alla messa in sicurezza della scena ed all'ordine pubblico.

16.0 EQUIPAGGI DI SOCCORSO E RAPPORTI CON LA CENTRALE OPERATIVA

16.1 Composizione dell'Equipaggio

- Medico, infermiere e autista soccorritore (Ambulanza medicalizzata e automedica)
- Infermiere, Volontario soccorritore, Autista soccorritore (Ambulanza infermieristica)
- Autista soccorritore, 2 volontari soccorritori (ambulanza di base MSB)

Differenti composizioni degli equipaggi sono possibili in particolari circostanze o per particolari esigenze operative e devono essere prontamente comunicati alla Centrale Operativa.

L'equipaggio in turno deve comunicare immediatamente l'assenza di un componente alla CO ed attivare la "pronta disponibilità" secondo procedura Aziendale. In caso di indisponibilità del reperibile è possibile ricorrere ad ulteriore personale che coprirà il turno su base volontaria. Contestualmente ne darà comunicazione scritta al referente dell'ATREU e/o al coordinatore infermieristico. Nel caso comunque non sia possibile costituire un equipaggio di tre operatori ci si dovrà attenere alle seguenti istruzioni:

- Assenza Autista: la CO disporrà l'affiancamento di un MSB aggiuntivo su cui saliranno medico ed infermiere richiedendo alle Associazioni/Cooperative l'attivazione di un mezzo bis con autista, e mandando richiesta formale di attivazione di "mezzo aggiuntivo". Se non disponibile in tempi congrui, si utilizzerà un MSB in turno, sino a risoluzione della criticità.
- Assenza di medico o infermiere: la CO disporrà l'affiancamento di un MSB aggiuntivo a supporto della MSA. Se non disponibile in tempi congrui, si utilizzerà un MSB in turno, sino a risoluzione della criticità. In caso di attivazione dell'MSA la CO valuterà l'opportunità di inviare entrambi i mezzi sul luogo dell'evento. Qualora si renda necessario il trasporto del paziente il sanitario salirà a bordo del MSB.



16.2 Funzioni, Ruoli e Obiettivi

L'equipaggio rappresenta, in termini di potenzialità di risposta di soccorso, una unica entità operativa con integrazione di diverse funzioni e professionalità il cui obiettivo principale è l'erogazione della più celere e migliore risposta di soccorso. Questo risultato è ottenibile esclusivamente mediante l'integrazione funzionale dell'equipe, nel rispetto dei differenti ruoli professionali.

Il responsabile del mezzo di soccorso (Medico nei mezzi medicalizzati, Infermiere sui mezzi infermieristici, Capo squadra nei mezzi di base) ha la responsabilità della gestione dell'intervento di soccorso e delle comunicazioni con la Centrale Operativa.



17.0 NORME COMPORTAMENTALI IN CASO DI INTERVENTO IN CIRCOSTANZE SOSPETTE

Limitare l'intervento alle necessità terapeutiche, senza alterare in alcun modo la scena. In particolare non rimuovere oggetti o toccare qualsiasi cosa se non strettamente necessario per il soccorso.

Se si ha a disposizione il tablet di servizio scattare alcune foto prima e/o durante l'intervento.

Se necessario rimuovere gli abiti: tagliare con le forbici senza alterare tracce da arma da fuoco o altro.

In caso di impiccati, legati etc. non slegare i nodi ma tagliare le corde.

Se possibile sempre attraverso il tablet di servizio fotografare eventuali ferite da arma da fuoco o da arma bianca prima della pulizia e medicazione; altrimenti osservare e descrivere con attenzione le caratteristiche e l'aspetto delle ferite.

Terminato l'intervento di soccorso, compilare l'apposita scheda di intervento sia cartacea che digitale e trasmetterla subito alla C.O.

Segnalare ogni circostanza sospetta di carattere sanitario ed eventuali tracce biologiche.

Allegare la copia originale alla documentazione dell'ambulanza.

Qualora l'autorità giudiziaria lo richieda, la C.O. provvederà ad inoltrare la scheda alla Procura della Repubblica e/o altri Enti.

18.0 MODALITA' DI COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI SOCCORSO (ALLEGATO 7)

La scheda deve essere compilata per ogni intervento e per ogni paziente soccorso, così pure deve essere fatto per il formato digitale su tablet.

La prima parte della scheda comprende i dati relativi alla sede dell'evento, data, dati anagrafici del paziente. Il **n° della scheda** deve essere progressivo. In caso di intervento con soccorso di più pazienti segnalare il n° della/e scheda/e collegate nell'apposito spazio.

Il **codice di invio** è quello comunicato dalla Centrale Operativa al momento dell'attivazione, bisogna indicare sempre: cod. patologia, cod. colore, cod. sede (es. **C2, G, K**)

N.B. Il codice di invio non può essere modificato per alcun motivo dall'equipaggio di soccorso.

Lo spazio **orari** deve essere compilato in ogni sua parte, indipendentemente dalle modalità di comunicazione dei cambi stato alla C.O.

Per "attivazione" si intende l'orario di chiamata dalla C.O. al mezzo.

Per "partenza" si intende l'ora di uscita del mezzo verso il luogo dell'evento.

Per "target" si intende l'orario di arrivo sul posto a ruote ferme.

Per "trasporto" si intende il momento della partenza dal luogo dell'evento verso l'ospedale con paziente a



AREUS
Data: 28/02/2024 15:01:20 PG/2024/0003719

bordo.

Per “destinazione” si intende l’orario di arrivo nell’ospedale di riferimento a ruote ferme.

18.1 Rilevazione Dati Clinici

Devono essere riportati i parametri vitali: GCS, AVPU, frequenza cardiaca, pressione arteriosa, frequenza respiratoria, saturazione di Ossigeno.

Se possibile registrare anche: glicemia, temperature corporea, scala del dolore, stato delle pupille.

18.2 Sintomi e Lesioni

Si deve riportare la classe e il dettaglio della patologia ed eventuali note cliniche, segni e sintomi.

18.3 Schema Lesioni

Lo schema delle **lesioni riscontrate** è facoltativa per i Soccorritori non sanitari (tablet). La compilazione è intuitiva: si tratta di riportare sulla sede della lesione nelle due sagome anatomiche il simbolo della lesione riscontrata.

18.4 Dati Anamnestici

Riportare le patologie pregresse ed eventuale terapia in atto.

18.5 Trattamento Effettuato

Riportare I Provvedimenti adottati ed eventuale terapia farmacologica somministrata.

18.6 Esito e Trasporto

Riportare il codice di rientro e l’ospedale di destinazione

18.7 Prestazioni

Selezionare la prestazione principale (Tablet).

18.8 Foto

Al termine della compilazione va allegata foto della scheda cartacea.

La scheda cartacea va sempre compilata in triplice copia. L’originale va indirizzata alla Centrale Operativa, una copia va conservata temporaneamente in archivio presso la postazione del mezzo, **una copia va consegnata al momento dell’accettazione del paziente in Pronto Soccorso o rilasciata all’avente diritto in caso di mancato trasporto.**



La corretta e completa compilazione delle schede (digitali e cartacee) è un fondamentale strumento di verifica e di controllo del funzionamento del sistema. Una sistematica compilazione permette la valutazione e indica i correttivi da apportare allo stesso.

Per i mezzi medicalizzati la scheda di soccorso rappresenta a tutti gli effetti una **certificazione medico-legale** e deve contenere tutte le manovre diagnostico-terapeutiche effettuate nel corso dell'intervento di soccorso. La scheda deve essere consegnata **all'atto della consegna del paziente** ai medici del reparto accettante (P.S. o reparto specialistico) unitamente ad altra documentazione acquisita nel corso dell'intervento (es. ECG o traccia monitor ecc.) al fine di garantire una continuità assistenziale informata anche dopo l'allontanamento dell'equipaggio o il trasferimento del paziente ad altro reparto.

19.0 PRESENZA DI UN MEDICO “NON 118” SUL LUOGO DELL’EVENTO

Nel caso in cui sul luogo dell'evento sia intervenuto un MSB e sia presente un medico “NON118”, al professionista può essere proposto di collaborare con l'equipaggio 118 ed eventualmente salire sull'ambulanza. Nel caso in cui sia intervenuto un MSI gli eventuali interventi terapeutici, quale la somministrazione di farmaci, proposti dal medico sul posto, dovranno essere concordati con il medico di CO.

I dati del medico intervenuto, qualora necessario, saranno verificati e, in ogni caso, segnati sulla scheda di soccorso e nelle note della Centrale.

A chiusura dell'intervento, la Centrale Operativa disporrà il rientro del medico sul luogo dell'evento con il mezzo 118.

I medici e gli infermieri che operano in qualità di soccorritori, sui mezzi di base (M.S.B.) del sistema sanitario di emergenza-urgenza 118, sono da considerarsi a tutti gli effetti soccorritori, anche se in possesso di qualifiche di tipo sanitario.

Pertanto:

devono effettuare il percorso formativo e di addestramento previsto per i soccorritori esecutori;

non possono utilizzare né portare farmaci/presidi/attrezzature di loro proprietà sul mezzo di base (MSB).

non devono qualificarsi preventivamente nei confronti della Centrale Operativa 118;

non devono applicare sulla divisa e/o sul tesserino identificativo la dicitura corrispondente alla propria qualifica professionale (medico o infermiere)

Nel caso in cui tale figure vogliano effettuare un'attività specifica che si discosti da quanto previsto per il soccorritore-esecutore, la responsabilità diretta nei confronti del paziente rimane in capo ai singoli soggetti.

Per quanto concerne nello specifico, medici e infermieri operanti sui mezzi sanitari avanzati del Servizio 118 della Centrale Operativa di Sassari (MSA, Elisoccorso; INDIA) la Direzione non ritiene opportuno, ma non vieta, che tali professionisti effettuino attività di volontariato a bordo dei mezzi di soccorso di base (MSB.) operanti nel sistema 118, perchè tale eventualità potrebbe comportare difficoltà organizzative e operative al sistema e nella gestione dei singoli eventi.

20.0 PRESENZA DI UN MEZZO DI SOCCORSO “NON 118” SUL LUOGO

Nel caso in cui il personale di un'ambulanza di qualunque associazione di volontariato, casualmente o perché estemporaneamente impegnata in attività di assistenza a manifestazione di piazza, festa patronale, gara sportiva ed altro, sia presente sullo scenario di un malore o di un incidente e notifichi l'evento alla Centrale 118, l'operatore di centrale potrà scegliere due modalità:

Inviare un mezzo di soccorso 118 competente per territorio nel caso in cui gli operatori volontari sul posto riferiscano uno scenario con codice di gravità maggiore (MSB, INDIA o MSA) nel caso di codice minore il mezzo trasporterà il pz al Pronto Soccorso più vicino e l'evento non verrà registrato nel Sistema (vedi Delibera n°65/13 del 22-12-2015)

21.0 INTERRUZIONE DEL SERVIZIO IN CONVENZIONE PER CAUSE STRAORDINARIE DA PARTE DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO / COOPERATIVE SOCIALI

In caso di improvvisa impossibilità a svolgere il servizio previsto in convenzione, il responsabile dell'Associazione di Volontariato o Cooperativa Sociale interessata, dovrà immediatamente darne comunicazione alla Centrale Operativa.

Tale procedura deve essere considerata **assolutamente eccezionale e dovrà essere limitata a condizioni sicuramente imprevedibili e con carattere di urgenza**, quali: avaria meccanica del mezzo (in regime di proroga alla obbligatorietà del possesso del mezzo di riserva previsto in convenzione), epidemie o gravi calamità che impediscano la disponibilità di uomini e mezzi, impossibilità di sostituzione concordata con altro mezzo di associazione o cooperativa (come previsto dalla convenzione).

La comunicazione potrà essere fatta direttamente per via telefonica utilizzando il numero di servizio (linea registrata).

Nella comunicazione dovranno essere esposti i motivi della mancata disponibilità allo svolgimento del servizio in convenzione e indicata la durata presumibile di tale indisponibilità.

Alla comunicazione telefonica dovrà far seguito una comunicazione scritta che potrà essere inviata via mail/PEC alla Centrale Operativa e alle Direzione Generale AREUS.

La comunicazione telefonica (registrata) e la mail/PEC avranno funzione di documentazione anche ai fini della decadenza di responsabilità a carico dell'Associazione qualora si verifichino richieste di intervento in quell'ambito territoriale.

L'operatore della Centrale Operativa provvederà a dare immediata comunicazione al medico di centrale e ad annotare sul registro delle consegne la comunicazione e a rendere il mezzo non operativo sul Sistema informatico.

La Centrale Operativa provvederà a dare la copertura ritenuta più idonea, se possibile anche mediante la ridislocazione o l'attivazione di altri mezzi.

L'utilizzo di tale procedura per motivi che non rivestano le caratteristiche di eccezionalità ed imprevedibilità sopra indicate, sarà causa di interruzione del rapporto di convenzione. Un suo uso improprio potrà comunque comportare responsabilità in caso di ritardo nei soccorsi. La sospensione del servizio di soccorso per motivi non giustificabili comporta il reato di "interruzione di servizio pubblico o di pubblica utilità"

22.0 OPERATIVITÀ DEGRADATA E PROCEDURE DI DISASTER RECOVERY

Nel caso in cui venga rilevata l'impossibilità di rispondere in modo efficiente alle chiamate di soccorso, il Responsabile della Centrale o il Capoturno devono attivare la procedura di operatività degradata o di disaster recovery.

Lo stato di OPERATIVITÀ DEGRADATA o di DISASTER RECOVERY può essere deciso sulla base di rilevazioni oggettive quali:

Guasto al sistema informatico

Carenza di personale in servizio

Iperafflusso di chiamate (qualora si rilevino tempi di attesa di risposta superiori ai XX minuti) per es. nelle maxiemergenze

Indisponibilità dei locali e/o delle postazioni per eventi avversi (incendio, allagamento, contaminazione, etc...)

L'attivazione della procedura di OPERATIVITÀ DEGRADATA o DISASTER RECOVERY prevede:

- Apertura del ticket presso la struttura competente per il fault rilevato
- Allerta delle risorse aziendali di supporto (sistemista informatico, servizio tecnico, servizio dei sistemi informativi)
- Comunicazione dell'avvio della procedura all'altra Centrale Operativa 118 e alla CUR 112
- Attivazione dei cellulari di servizio per le attività di supporto all'altra Centrale Operativa

Il ripristino dell'operatività avviene tramite comunicazione all'altra Centrale Operativa 118 e alla CUR 112 della disponibilità alla ripresa della ricezione delle chiamate di soccorso.

VICARIAMENTO DI UNA DELLE DUE CENTRALI OPERATIVE 118

Qualora una delle due Centrali Operative 118 comunichi lo stato di OPERATIVITÀ DEGRADATA o l'avvio del DISASTER RECOVERY, la Centrale Operativa 118 vicariante dovrà:

- Allertare le risorse aziendali interne di supporto (sistemisti informatici)
- Destinare alcune postazioni alla gestione delle chiamate dell'altra Centrale, loggando un numero sufficiente di operatori sull'ambiente operativo della Centrale vicariata ed utilizzando le utenze DISASTER RECOVERY appositamente costituite (dr01, dr02, dr03...)
- Allertare il personale reperibile

Le chiamate afferenti alla Centrale vicariata entreranno sulle linee di EMERGENZA/SOLLECITO. Qualora entrassero su linea ordinaria dovranno essere trasferite tramite POT ad una delle postazioni dedicate al DISASTER RECOVERY.

In allegato schema della procedura e numeri telefonici che verranno aggiornati periodicamente.

Gruppo di lavoro:

Dott.ssa Paola Poddighe Responsabile f.f. Centrale Operativa 118 di Sassari

Dott. Daniele Barillari Responsabile f.f. Centrale Operativa 118 di Cagliari

Dott.ssa Alessandra Caterini Medico Centrale Operativa 118 di Sassari



Dott.ssa Livia Frau

Medico Centrale Operativa 118 di Cagliari

Dott.ssa Maria Franca Puggioni

Medico Centrale Operativa 118 di Sassari

AREUS
Data: 28/02/2024 15:01:20 PG/2024/0003719