



PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DI MORTE O
GRAVE DANNO CONSEGUENTI AD UN
MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO
(INTRAOSPEDALIERO, EXTRAOSPEDALIERO) –
IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE
MINISTERIALE N.11.

Rev
00

Sommario

Regolamento per la Gestione del Trasferimento Intra ed Inter Ospedaliero **Errore. Il segnalibro non è definito.**

1. Obiettivo	3
2. Ambiti applicativi	3
3. Criteri che regolano il trasferimento	3
4. Le tipologie di trasferimento	3
5. I potenziali fattori di rischio	4
6. Valutazione della classe di rischio	5
7. Figure professionali e compiti	6
7.1 Compiti del medico che attiva il trasferimento	6
7.2 Compiti del medico che accetta il trasferimento	7
7.3 Compiti del medico che effettua il trasferimento	7
7.4 Compiti dell'infermiere	7
8. Scelta del mezzo di trasporto	8
8.1 Trasporto sanitario in aereo	8

	Nome	Funzione
Redatta da	Fabiana Rubba	Medico Direzione Ospedaliera Referente Emergenza
	Alfredo Maresca	Anestesista
	Teresa De Pascale	Medico Direzione Ospedaliera
	Pasqualina De Vita	Referente Centrale Operativa Emergenze Sanitarie Interne
	Raffaele Sarnataro	Responsabile P.O. Autoparco
	Luigi Di Maio	Responsabile Sicurezza Autoparco
Verificata da	Gaetano Buonocore	Medico Direzione Ospedaliera Responsabile Autoparco/COIES
	Patrizia Cuccaro	Referente Rischio Clinico
	Gaetano D'Onofrio	Direttore Sanitario

Premessa

Il policlinico universitario rappresenta un contesto articolato, dove convivono interessi di ricerca con necessità assistenziali, dove sono presenti metodiche di III livello e Centri di eccellenza e dove proprio per l'alta specificità può presentarsi quale quality gap la mancanza il necessario coordinamento nella gestione delle sindromi del paziente critico.

Il sistema di trasporto dei pazienti, sia all'interno delle strutture ospedaliere che in maggior misura in ambito extraospedaliero, rappresenta un elemento di fondamentale importanza nel processo assistenziale, in ragione della tempestività degli interventi e dell'effettuazione in sicurezza degli stessi. L'AOU Federico II, pur non essendo sede di DEA né di Pronto Soccorso (di seguito, PS) generalista, è integrata nella rete dell'emergenza-urgenza regionale ed è sede di Pronto Soccorso Ostetrico. Inoltre è dotata di un protocollo di primo soccorso per pazienti e visitatori che abbiano necessità di assistenza immediata (malori, incidenti ecc). Pur non essendo molti in letteratura gli esempi di survey su strategie di primo soccorso al di fuori di PS o DEA strutturati, uno studio del 2009¹ analizza le strategie e le barriere del primo soccorso in un contesto difficile e gli effetti degli interventi formativi modellati su una survey. Resta evidente, in ogni caso, che in un'Azienda senza una vocazione emergenziale strutturata, una particolare attenzione agli aspetti organizzativi e formativi² diviene fondamentale per prevenire il rischio di malfunzionamento del sistema di emergenza. Lo stesso vale anche quando il trasporto dei pazienti sia programmato (non urgente), data la necessità di far fronte alle varie necessità con i mezzi e le risorse disponibili. La procedura che qui si presenta è in stretta continuità e rappresenta la evoluzione di una iniziativa già iniziata nel 2013, in merito alla fattibilità della informatizzazione dei percorsi di primo soccorso.

¹ "Current patterns of prehospital trauma care in Kampala, Uganda and the feasibility of a lay-first-responder training program World J Surg. 2009 Dec;33(12):2512-21;

² Knowledge attitude and practices of undergraduate students regarding first aid measures J Pak Med Assoc. 2010 Jan;60(1):68-72 dimostra che le strategie di primo soccorso non sono possedute nel bagaglio di cultura generale, anche a livelli culturali elevati.

1. Obiettivo

L'obiettivo del presente regolamento è disciplinare il processo di trasferimento dei pazienti sia all'interno della struttura ospedaliera che verso strutture esterne.

Il trasferimento del paziente si configura come un processo gestionale estremamente delicato e complesso che richiede tempestività e, al tempo stesso, il rispetto di elevati standard di sicurezza.

La regolamentazione del processo di trasferimento in tutte le sue fasi è fondamentale per evitare di arrecare danni al paziente a seguito di un malfunzionamento del processo e/o del mancato coordinamento tra le varie figure coinvolte.

Il presente regolamento intende, quindi, definire le **varie tipologie di trasferimento** e, per ciascuna di esse, indentificare:

- ✓ I criteri che stabiliscono la necessità del trasferimento;
- ✓ Le figure professionali coinvolte, individuando rispettivi ruoli e responsabilità;
- ✓ Le procedure operative e gli strumenti necessari a garantire l'assistenza, la cura e la messa in sicurezza del paziente durante l'intero processo di trasferimento (dal reparto di provenienza alla destinazione finale);
- ✓ Gli strumenti e le tecnologie per garantire il coordinamento e la comunicazione delle varie figure coinvolte.

2. Ambiti applicativi

Il presente regolamento si applica a **tutti i trasferimenti di pazienti**, sia all'interno che verso l'esterno della struttura ospedaliera. Le disposizioni di seguito elencate, pertanto, avranno valenza per tutte le U.U.O.O. dell'azienda e dovranno essere applicate ogni qualvolta si renda necessario il trasferimento di un paziente.

3. Criteri che regolano il trasferimento

Il trasferimento comporta sempre un margine di rischio per il paziente. Di conseguenza, esso andrà effettuato solo nei casi in cui sia ritenuto strettamente necessario.

La decisione di trasferimento dovrà essere presa sulla base di un'attenta valutazione dei costi e dei benefici per il paziente. Il trasferimento, inoltre, dovrà essere autorizzato solo previa garanzia che le attrezzature e le risorse umane messe in campo siano adeguate alle necessità del paziente e proporzionate alla sua classe di rischio.

4. Le tipologie di trasferimento

Il trasporto sanitario può essere classificato in due macro-categorie (Raccomandazione n.11, gennaio 2010):

- ✓ Trasporto in condizione di urgenza
- ✓ Trasporto in condizione ordinaria programmabile.

Il trasporto in condizione di urgenza viene generalmente eseguito dal luogo di insorgenza di una patologia o di un infortunio verso le strutture sanitarie di riferimento. Questo tipo di trasporto può

prevedere il ricorso a mezzi di trasporto aereo o a mezzi di intervento sanitario alternativi alle autoambulanze, per esempio elicotteri, idroambulanze etc.

Il trasporto in condizioni d'urgenza può essere ulteriormente classificato in due sotto-categorie: il trasporto sanitario primario ed il trasporto sanitario secondario.

Il trasporto sanitario primario (o **pre-ospedaliero**) consiste nel trasferimento di un paziente dal luogo di insorgenza della patologia acuta o dell'infortunio alla struttura sanitaria.

Il trasporto sanitario secondario (o **inter-ospedaliero**) consiste generalmente nel trasporto di pazienti verso strutture per l'esecuzione di prestazioni diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (es. trasferimento da una struttura spoke ad un hub della rete assistenziale).

Il trasporto sanitario in condizione ordinaria programmabile si articola prevalentemente nelle seguenti tipologie:

- ✓ Trasporto sanitario per diagnostica
- ✓ Trasporto sanitario per prestazioni non presenti nella struttura e/o ricovero in area a maggiore complessità assistenziale
- ✓ Trasporto per ricovero in area a minore complessità assistenziale
- ✓ Accesso per ricovero con ambulanza
- ✓ Dimissioni con ambulanza
- ✓ Trasporto sanitario per riabilitazione
- ✓ Trasporto sanitario per dialisi.

Un'ulteriore tipologia di trasferimento è rappresentata dal **trasporto intraospedaliero**: in questo caso, il paziente viene trasportato all'interno della stessa struttura ospedaliera, verso reparti di diagnostica e /o terapia specialistici. Il trasporto intraospedaliero può avvenire sia in urgenza che in condizione ordinaria programmabile. Pur essendo eseguito all'interno dello stesso ospedale, questo tipo di trasferimento non è privo di rischi e deve, al pari di quello inter-ospedaliero, rispondere a requisiti di efficacia e sicurezza.

5. I potenziali fattori di rischio

Di seguito sono elencati i principali fattori che possono incidere sul rischio di trasferimento (Ministero della Salute, raccomandazione n.11, gennaio 2010):

- ✓ Personale sanitario non qualificato e/o non idoneo alla tipologia di trasporto;
- ✓ Comunicazione scarsa e/o totalmente assente tra la struttura di provenienza e la struttura di destinazione;
- ✓ Documentazione sanitaria incompleta o inesatta;
- ✓ Carenza di apparecchiature e strumentazioni adeguate al trasporto e al livello di criticità del paziente;
- ✓ Mancata stabilizzazione dei parametri vitali del paziente (in particolare per pazienti critici);
- ✓ Assenza di coordinamento con il Sistema di Emergenza Territoriale 118;
- ✓ Tempo di trasporto: il rischio del trasporto è direttamente proporzionale al tempo impiegato.

6. Valutazione della classe di rischio

Il trasferimento va effettuato sempre sulla base di una valutazione preliminare relativa a:

- ✓ La necessità del trasferimento stesso;
- ✓ Il momento più opportuno per la sua effettuazione;
- ✓ Il mezzo di trasporto più idoneo per trasportare il paziente;
- ✓ Il personale necessario.

Al fine di garantire al paziente un livello adeguato di assistenza durante tutto il processo di trasporto, è necessario inquadrare preliminarmente le sue esigenze.

A questo proposito, uno strumento fondamentale è rappresentato dalle **classi di rischio di Eherenwerth** che identifica il livello di criticità del paziente ed il personale necessario durante il trasferimento.

CLASSI DI RISCHIO PER IL TRASPORTO DI PAZIENTI CRITICI	
CLASSE I e II - PAZIENTE NON CRITICO	
Il paziente: a) non necessita di monitoraggio dei parametri vitali b) non necessita di una linea venosa c) non necessita di somministrazione continua di O ₂ d) non deve essere trasferito in terapia intensiva	A bordo dell'ambulanza non è necessaria la presenza del Medico , è necessaria la presenza di un infermiere accompagnatore.
CLASSE III - PAZIENTE PARZIALMENTE CRITICO	
Il paziente: a) necessita del monitoraggio dei parametri vitali b) necessita di una linea venosa c) non necessita di monitoraggio invasivo d) può avere una compromissione lieve dello stato di coscienza (GCS > 9) e) può presentare un lieve distress respiratorio f) richiede la somministrazione continua di ossigeno	A bordo dell'ambulanza è necessaria la presenza del Medico e dell'Infermiere
CLASSE IV - PAZIENTE CRITICO	
Il paziente: a) necessita di intubazione tracheale b) necessita di supporto ventilatorio c) necessita di due linee venose o di CVC d) può presentare distress respiratorio grave e) può presentare compromissione dello stato di coscienza (GCS	A bordo della ambulanza è necessaria la presenza del Medico Rianimatore e dell'Infermiere dell'area di emergenza
CLASSE V - PAZIENTE GRAVE	
Il paziente: a) Non può essere completamente stabilizzato b) Richiede monitoraggio e supporto vitale invasivo c) Richiede terapia salvavita durante il trasporto	A bordo della ambulanza è necessaria la presenza del Medico Rianimatore e dell'Infermiere dell'area di emergenza

7. Figure professionali e compiti

7.1 Compiti del medico che attiva il trasferimento

Il Medico che attiva il trasferimento deve:

- ✓ stabilire la necessità del trasferimento valutando i rischi, i benefici e la tempistica più opportuna;
- ✓ identificare la struttura di destinazione, il mezzo di trasporto più idoneo ed il personale di accompagnamento;
- ✓ valutare le condizioni del paziente con l'eventuale ausilio di indagini strumentali e di laboratorio;
- ✓ stabilizzare il paziente;
- ✓ informare il paziente o i danti causa sulle ragioni e sulle alternative al trasferimento;
- ✓ acquisire il consenso scritto. Qualora il consenso non possa essere espresso e formalizzato, registrare le motivazioni del trasferimento e del mancato consenso;
- ✓ contattare il medico dell'ospedale di destinazione per descrivere il caso clinico e/o la necessità per cui deve essere effettuato il trasferimento;
- ✓ ottenere un parere sul trasferimento;
- ✓ determinare la classe di rischio del paziente ed individuare il personale sanitario e il mezzo di trasporto più idoneo;
- ✓ allertare la Direzione Medica di Presidio per le necessarie autorizzazioni;
- ✓ avvertire il personale che dovrà effettuare il trasporto (medico, infermiere, autista, rianimatore o altro specialista);
- ✓ valutare con lo specialista Rianimatore la necessità di intubazione ed il tipo di supporto respiratorio più idoneo;
- ✓ posizionare, se necessario, il sondino naso-gastrico, il catetere urinario, eventualmente un drenaggio toracico, una linea venosa centrale;
- ✓ controllare le emorragie, anche con atti invasivi, rimpiazzando le perdite con gli integratori opportuni;
- ✓ assicurare la corretta immobilizzazione su tavola spinale (se sospetto trauma);
- ✓ preparare una relazione clinica da inviare all'ospedale accettante corredata da copia delle indagini strumentali, di laboratorio e delle consulenze eseguite sul paziente.

La relazione che il Medico che dispone il trasferimento dovrà redigere deve contenere:

- ✓ dati anagrafici del paziente;
- ✓ descrizione dell'evento patologico attuale (in caso di trauma tempo trascorso dall'accaduto e dinamica dell'evento che ha provocato la lesione);
- ✓ patologie pregresse;
- ✓ diagnosi clinica;
- ✓ stato clinico attuale e parametri vitali; esami e terapia eseguiti o in via di esecuzione;
- ✓ risposta al trattamento;

- ✓ indicazione alla richiesta di trasferimento;
- ✓ nome del medico richiedente e telefono diretto;
- ✓ nome del medico accettante e telefono diretto.

La documentazione clinica deve accompagnare il paziente per tutta la durata del trasferimento.

Copia della relazione sarà conservata, insieme con la rimanente documentazione clinica del paziente, allegandola al verbale di Pronto Soccorso o alla cartella clinica di cui costituisce parte integrante.

7.2 Compiti del medico che accetta il trasferimento

Il Medico che accetta il trasferimento deve:

- ✓ accertarsi della disponibilità del posto letto;
- ✓ avere la sicurezza che siano disponibili, ed al contempo allertare, le risorse più appropriate nel proprio ospedale, prima che il trasferimento abbia inizio.

7.3 Compiti del medico che effettua il trasferimento

Il Medico che accompagna il paziente durante il trasferimento deve:

- ✓ concordare con il Medico che ha disposto il trasferimento i tempi del trasferimento;
- ✓ disporre tutti gli atti necessari per eseguire il trasferimento in condizioni di sicurezza;
- ✓ verificare le risorse, strumentali e farmacologiche, necessarie ad un trasporto sicuro;
- ✓ monitorare e trattare il paziente durante il trasporto;
- ✓ registrare i dati clinici del paziente durante il trasporto;
- ✓ consegnare il paziente e la documentazione direttamente al Medico che ha accettato il trasferimento;
- ✓ il Medico che effettua il trasferimento qualora dovesse giudicare che le condizioni del paziente non siano di sufficiente stabilità per avviare il trasferimento, interviene, in accordo con il Medico che ne ha disposto lo stesso, per portare il paziente alle condizioni idonee al trasporto;
- ✓ il Medico incaricato del trasferimento qualora dovesse rilevare un aggravamento delle condizioni del paziente tali da controindicare il trasporto, consultato sia il Medico che ha disposto il trasferimento sia il Medico della struttura accettante, sospende il trasporto motivandolo per iscritto;
- ✓ il Medico accompagnatore è responsabile del trattamento medico e dei farmaci somministrati durante il viaggio trasferimento.

7.4 Compiti dell'infermiere

L'infermiere che effettua il trasferimento, annota su apposita modulistica, che sarà consegnata all'autista, i farmaci ed i presidi sanitari utilizzati durante il trasferimento, adoperandosi al loro ripristino al rientro dopo il trasferimento; segnala eventuali disfunzioni delle apparecchiature medicali di bordo.

8. Scelta del mezzo di trasporto

Il trasporto inter-ospedaliero può essere effettuato con ambulanza o con aereo.

8.1 Trasporto sanitario in aereo

Il trasporto sanitario d'urgenza con mezzo aereo di Stato è regolato dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 25-7-2008 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 196 del 22-8-2008 che all'art. 2 dispone che: "Il trasporto aereo di Stato per motivi sanitari di urgenza è disposto in favore di cittadini italiani gravemente ammalati o traumatizzati, nei casi di imminente pericolo di vita, quando non sono trasportabili con altri mezzi e non esiste nel luogo ove si trovano la possibilità di assisterli adeguatamente. Può essere autorizzato il trasporto sanitario d'urgenza anche quando debbono essere eseguiti interventi sanitari entro limiti di tempo determinati ed improrogabili, come nel caso di trapianti di organi, per il trasporto di organi da trapianto o di personale sanitario per l'esecuzione dei trapianti stessi".

La richiesta di trasporto sanitario d'urgenza deve essere preventivamente rivolta alla Prefettura ovvero alla Rappresentanza diplomatica da una struttura sanitaria. L'Ufficio preposto di Palazzo Chigi deve poi verificare l'effettiva necessità del volo, assicurarsi che il paziente sia adeguatamente accompagnato (da medici, infermieri, familiari eccetera), acquisire l'indicazione di eventuali apparecchiature mediche da utilizzare in volo, acquisire la documentazione relativa al trasporto (generalmente effettuato dal Servizio 118) da e per l'aeroporto e la struttura sanitaria e conoscere le esigenze relative ai tempi dell'operazione.

Secondo tale direttiva, le richieste di trasporto sanitario d'urgenza sono rivolte dalle Prefetture ovvero dalle Rappresentanze diplomatiche competenti all'Aeronautica militare che provvede direttamente alla loro trattazione secondo le procedure già in uso, impiegando gli appositi aeromobili acquisiti e gestiti dall'aeronautica e delle relative strutture. Per i voli sanitari d'urgenza, l'aeronautica militare mette generalmente a disposizione il 31° stormo. Il 31° stormo assicura un adeguato livello di prontezza operativa, garantendo generalmente la copertura su tutto il territorio nazionale e anche all'estero se richiesto dalla missione. A rotazione, i reparti mantengono un equipaggio ed un aereo in allerta per decollare entro le due ore dalla chiamata ed un secondo equipaggio di scorta pronto al decollo entro le sei ore dalla chiamata

Per attivare il trasporto aereo di Stato è necessaria la seguente documentazione:

- certificazione a cura della struttura sanitaria che dichiara, oltre alla diagnosi, che il paziente è trasportabile con aeromobile, è/non è barellato, non è affetto da malattie contagiose, necessita/non necessita di assistenza a bordo con medico e/o infermiere, i cui nominativi verranno indicati tempestivamente non appena individuati, ha/non ha bisogno di strumentazione sanitaria a bordo (tale strumentazione deve essere fornita dalla struttura sanitaria richiedente, deve essere autoalimentata e di piccole dimensioni);
- dichiarazione dell'interessato di esonero dell'equipaggio e della Pubblica Amministrazione da qualsiasi responsabilità in via diretta o di rivalsa. Detta dichiarazione deve essere firmata dal paziente o, se minore, dall'esercente la patria potestà, oppure, se impossibilitato, dal più stretto familiare;

– attestazione della struttura sanitaria richiedente che provvederà al trasporto fino all'aeromobile e attestazione, da parte della struttura sanitaria richiedente o del medico curante, delle necessarie intese con la struttura sanitaria ricevente per il trasporto e il ricovero del paziente.