



VIA NIZZA , 146 - 84124 - SALERNO

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N.ro 259 del 24.03.2015

OGGETTO: Gestione dei trasferimenti secondari interospedalieri- Linee guida.

La presente deliberazione si compone di n. ro 20 pagine , di cui n.ro 16 allegati che formano parte integrante e sostanziale della stessa.

In data _____ il Direttore Generale dell'ASL di Salerno propone la presente deliberazione evidenziando che non vi sono oneri, anche potenziali, a valere sul bilancio pubblico e attestandone, con la seguente sottoscrizione, che il presente provvedimento, alla stregua dell'istruttoria compiuta, e delle risultanze e degli atti tutti richiamati, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art.1 della L. 20/94 e successive modifiche;

II DIRIGENTE PROPONENTE

ONERI A VALERE SUL BILANCIO AZIENDALE

NESSUNO

PARERI FAVOREVOLI DEI DIRIGENTI DELLE FUNZIONI CENTRALI

DATA

FUNZIONE CENTRALE

FIRMA LEGGIBILE

In data <u>24 MAR. 2015</u> , il Dirigente della FC Economico Finanziaria attesta la regolarità contabile e	SI	NO
• Conferma che NON vi sono oneri, anche potenziali, a valere sul bilancio pubblico	X	
• in alternativa, attestata la regolarità contabile della imputazione sul conto indicato ove rimane una disponibilità di _____ euro su una previsione a budget di _____ euro come attestato dal Dirigente proponente, essendo costo storico. Rientra nel bilancio 2013.		+
FIRMA <u>[Signature]</u>		

Il Direttore della Funzione Affari Generali attesta che l'istruttoria della presente proposta di delibera è completa in termini di forma in quanto sono stati prodotti tutti gli atti richiamati e per la stessa sono stati acquisiti i pareri dei Direttori delle Funzioni centrali ritenuti competenti sull'argomento trattato. CB Deliberazione Direzione Generale

Data _____ Firma _____

La Direzione Strategica ha espressamente richiesto, per le vie brevi, la seguente attestazione: si attesta che **NON sussistono/SUSSITONO E VENGONO ALLEGATI PARERI** del Collegio Sindacale dalla data di costituzione dell'Azienda su proposte analoghe, per oggetto, materia o normativa utilizzata, ciò al fine di consentire valutazioni omogenee e ispirate ai principi di equità formale e sostanziale.

La presente proposta **È GIÀ STATA PRESENTATA** e restituita al proponente in data _____ (solo in caso positivo)

Data _____ Firma _____

IL DIRETTORE GENERALE

OGGETTO: Gestione dei trasferimenti secondari interospedalieri- Linee guida.

PREMESSO

- CHE il sistema di trasporto dei pazienti rappresenta un elemento di fondamentale importanza nel processo assistenziale, in ragione della necessità di assicurare la tempestività degli interventi nonché la sicurezza nella quale tutti gli attori coinvolti sono chiamati ad operare;
- CHE presso i Presidi della ex SA/1 (PP.OO. di Nocera-Pagani, Sarno, Scafati) fino al 15 luglio 2014 si è provveduto al trasporto di che trattasi mediante struttura centralizzata (AMSA) con l'esclusione del servizio trasporto infermi dei presidi interessati;
- CHE si sono registrate per il servizio di che trattasi, diverse difficoltà relative al collegamento tra il Plesso di Nocera e quello di Pagani e presso il PO di Sarno per indisponibilità di personale;
- CHE dopo riunione tenutasi presso la Direzione Generale ASL, in presenza dei Direttori Sanitari dei PP.OO. interessati e della direttrice dell'U.O. Emergenza Urgenza Territoriale, si è provveduto alla determinazione di riorganizzare del servizio trasporti infermi dei PP.OO. dell'Area Nord, anche in analogia con quanto già organizzato nell'area centro (ex SA/2) e area sud (ex SA/3);

PRESO ATTO

- delle Linee Guida, predisposte da apposito gruppo di lavoro all'uopo nominato, allegate al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale, le quali definiscono standard clinici e tecnologici, quali raccomandazioni indispensabili per poter gestire in sicurezza il trasporto secondario nell'ambito dell'Azienda Salerno;
- delle integrazioni apportate al documento dal Direttore Sanitario Aziendale;

IN VIRTU': dei poteri conferitigli con D.G.R.C. n. 398 del 31 luglio 2012 e D.P.G.R.C. n. 210 del 1 agosto 2012

Viste le Linee Guida Aziendali elaborate dal gruppo di lavoro nominato ed integrate dal Direttore Sanitario Aziendale, degli atti tutti richiamati nella premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità e legittimità della stessa, a mezzo sottoscrizione, nella forma e nella sostanza ai sensi della vigente normativa e utilità per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art.1 della L.20/94 e successive modifiche;

DELIBERA

per tutto quanto espresso in premessa che qui si intende integralmente riportato:

- di adottare le linee guida trasporto secondario interospedaliero, allegate, predisposte dal gruppo di lavoro all'uopo nominato;
- di inviare la presente deliberazione al Collegio Sindacale ai sensi della normativa vigente.

Si esprime parere favorevole
Il Direttore Amministrativo
Avv. Annamaria Farano

Si esprime parere favorevole
Il Direttore Sanitario
Dr.ssa Angela Annecchiarico

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Antonio Squillante

SI DICHIARA CHE LA PRESENTE DELIBERAZIONE:

- É STATA AFFISSA ALL'ALBO PRETORIO DELL'AZIENDA, AI SENSI DELL'ART. 124 -
COMMA 1 - DEL D. L.VO 18.08.2000 N.267, IL _____

26 MAR. 2015

IL DIRIGENTE

Dr.ssa Eliana AMBROSIO

LA PRESENTE DELIBERAZIONE È DIVENUTA ESECUTIVA:

- AI SENSI DELL'ART.134 -COMMA 3 / 4 - DEL D.L.VO18.08.2000 N.267 IL _____

- CON PROVVEDIMENTO DI GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA N.RO _____ DEL

IL DIRIGENTE

.....

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE ESISTENTE AGLI ATTI D'UFFICIO

SALERNO, LÌ

IL DIRIGENTE

.....

Linee guida trasporto secondario interospedaliero

Gruppo di lavoro: G.Montella, G.Bellucci, G.D'Andretta, D.Tortora, D.Violante

Le raccomandazioni del presente documento sono riferite al paziente adulto.

Scopo del presente documento è fornire raccomandazioni per la gestione dei pazienti che necessitano di trasferimenti secondari interospedalieri e per definire gli standard clinici e tecnologici necessari per minimizzare il rischio di deterioramento delle condizioni cliniche dei pazienti durante il trasferimento interospedaliero.

1. Il trasporto secondario

1.1 Si definisce come trasporto secondario il trasferimento di un paziente già accolto in un ospedale ad un altro ospedale

1.2 Il trasporto secondario è una funzione che deve essere garantita da ciascun Presidio Ospedaliero e che, salvo per casi particolari e per i trasporti in elicottero, non rientra tra le competenze del sistema 118.

1.3 Poiché durante il trasporto possono verificarsi alterazioni fisiopatologiche, che mutano lo stato clinico del paziente e sono possibili alterazioni della stabilità emodinamica e respiratoria del paziente, con un aumento del rischio connesso al trasporto stesso, è necessaria un'attenta verifica dei fattori organizzativi, fattori umani (legati al paziente ed al team di trasporto) e fattori tecnici onde minimizzare il rischio collegato al trasporto.

1.4 Il trasporto inter-ospedaliero di un paziente viene di norma effettuato per:

- competenza per patologie e discipline qualora non presenti presso il PO di Prima Accoglienza e indispensabili alla prosecuzione del trattamento dei pazienti (Neurochirurgia, cardiocirurgia, ecc.),
- esecuzione d'indagini diagnostiche non eseguibili nell'ospedale di ricovero (TAC, RMN, Angiografie, ecc.),
- necessità di ricovero e mancanza di disponibilità di posto letto.

2. Il Paziente

2.1 Un paziente che necessita di trasporto secondario si può presentare in differenti condizioni cliniche:

- A) **Critico:** un paziente che a causa della compromissione di uno o più organi e/o apparati, necessita di supporto intensivo sia strumentale che farmacologico e monitoraggio delle funzioni vitali
- B) **Instabile:** un paziente che a causa della propria patologia, presenta uno stato clinico che può improvvisamente variare spontaneamente necessitando di nuovi interventi
- C) **Stabile:** un paziente che pur se affetto da patologie concomitanti, difficilmente presenterà un deterioramento delle condizioni cliniche.
- D) **Evolutivo:** un paziente che, nelle situazioni descritte ai punti A e B, presenta una patologia che, sulla base della letteratura esistente, lo predisponga facilmente a deterioramenti prevedibili o potenziali entro un lasso di tempo più o meno lungo.

Ne deriva che, dovendo stabilire la corretta attribuzione del team che deve effettuare il trasporto è necessario utilizzare una classificazione che sia la più possibile affidabile per identificare il team indicato.

Le uniche classificazioni note ed utilizzate nella pratica clinica anche in Italia sono quelle di Eherenwerth ed il Risk Score for Transport Patients (RSTP).

La prima evidenzia criteri basati sulla clinica, la seconda si basa su parametri multipli, che determinano un punteggio finale .

3. Chi trasporta il paziente

3.1 La presenza del medico è obbligatoria per il trasporto di pazienti per i quali vi è la concreta possibilità che durante il trasporto siano necessari trattamenti che vadano oltre le competenze e le capacità assistenziali dell'infermiere.

3.2 La figura professionale che deve provvedere al trasferimento è di norma garantita dal

sanitario che ha in carico il paziente, tranne nei casi codificati come paziente critico o a rischio evolutivo (Classi di Eherenwert 3E, 4 e 5, e RSTV ≥ 7 , nonché nelle patologie evidenziate ad elevato rischio evolutivo di cui all'allegato A) in cui il paziente viene preso in carico dal medico Rianimatore.

3.4 Il trasporto con la sola assistenza infermieristica è possibile invece quando:

- a. i parametri emodinamici e respiratori sono stabili ed è garantita la pervietà delle vie aeree;
- b. non è prevedibile una loro compromissione per tutta la durata del trasporto;
- c. l'infermiere è in grado di erogare l'assistenza di cui il paziente necessita.

→ 3.5 Paziente Psichiatrico: per il trasporto del paziente psichiatrico si allega apposito protocollo operativo già redatto, allegato alla deliberazione n°916 del 23/09/2014.

4. Modalità di trasferimento

4.1 Il Medico che richiede il trasferimento deve:

- Stabilizzare il paziente
 - E' di fondamentale importanza mettere in atto tutte le procedure medico/chirurgiche a disposizione della struttura per ottenere una stabilizzazione il più possibile ottimale dei parametri emodinamici e respiratori del paziente prima del trasferimento;
 - L'eventuale stabilizzazione deve avvenire nell'ospedale di partenza, tenendo ben presente che in alcuni casi la stabilizzazione definitiva può essere ottenuta solo all'ospedale di destinazione.
- Informare il paziente e/o i parenti sul trasferimento
- Accertarsi che sia disponibile la documentazione clinica necessaria al trasporto (vedi tabella 1);
- Allertare la Direzione Sanitaria del PO (o chi ne fa in quel momento le veci) per l'organizzazione del trasporto

Per organizzare il trasferimento il dirigente contatterà la CO 118 che provvederà alla ricerca del posto letto. Qualora la CO 118

riscontri un'assenza di posto letto disporrà trasferimento presso l'ospedale competente per patologia di pertinenza territoriale. Analogamente anche per patologia che necessiti di trattamento clinico immediato. La CO118 stabilirà il contatto, prima del trasferimento, con il *Reparto di destinazione* per descrivere il caso clinico e/o la necessità per cui deve essere effettuato il trasferimento/trasporto.

TABELLA 1

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

5. Tempistica del trasporto secondario

5.1 Sulla base della priorità di esecuzione i trasporti possono essere distinti in:

- trasporti di emergenza: da effettuarsi il più presto possibile e comunque entro 30';
- trasporti urgenti: da effettuarsi entro qualche ora in funzione delle esigenze cliniche e/o organizzative;
- trasporti programmati: da effettuarsi in ore o giorni successivi

5.2 Per tutti i trasporti in emergenza si deve, sulla base della clinica, valutare sempre la possibilità dell'impiego dell'elicottero.

5.3 Per i trasporti programmati, tranne casi particolari da valutare di volta in volta d'intesa con le rispettive Direzioni Sanitarie, questi non sono consentiti nelle ore notturne, nel week-end e nei giorni festivi.

5.4 L'assoluta necessità di effettuare immediatamente il trasporto, dettata dalle condizioni cliniche del paziente, è condizione sufficiente ad impiegare sull'ambulanza un medico presente in servizio, senza attendere l'arrivo del reperibile (che andrà *subito* allertato). Rimane inteso che il Dirigente Medico che dovrà effettuare il trasferimento, fatti salvi i casi previsti al punto 3.2, sarà,:

- a) se il paziente è stato accettato in PS, il Dirigente medico della branca interessata (medica o chirurgica) e sarà allertato il Reperibile di branca;
- b) se il paziente è ricoverato in un reparto di degenza, il medico del reparto di accoglienza o un Medico di branca affine.

Sarà sempre comunque allertato il Reperibile di branca.

6. Organizzazione del lavoro

6.1 la medicalizzazione del trasporto negli orari diurni e feriali sarà effettuata dal reparto di competenza, a meno di diversa indicazione relativa alla criticità del paziente. Nelle ore notturne e festive, visto che in tali orari non sono previsti trasporti in elezione, va attivata la pronta disponibilità che, in rapporto alle differenti

organizzazioni delle Direzioni Sanitarie dei PPOO può essere prevista anche per aree affini.

6.2 Alle UU.OO. di P.S. che effettuano oltre 25.000 accessi all'anno si raccomanda di individuare, nel turno 08.00-20.00 feriale, un infermiere dedicato ai trasferimenti; nelle ore notturne e festive, se non presente un infermiere in turno individuato per il trasferimento, si raccomanda di utilizzare personale infermieristico in Pronta Disponibilità.

6.3 Il personale di bordo sul CMR sarà rappresentato, tranne diversa organizzazione stabilita dalle direzioni sanitarie, dal Rianimatore e dall'infermiere dell'U.O. di Rianimazione in turno in orario diurno feriale, e in pronta disponibilità in orario notturno festivo

7. Raccomandazioni

7.1 Le Direzioni Sanitarie di Presidio garantiranno o predisporranno, qualora non presenti, apposite check-list relative a:

1. dotazione dell'ambulanza: presidi medico-chirurgici ed attrezzature.

Tale lista dovrà essere compilata a cura dell'infermiere individuato per i trasferimenti ad ogni cambio turno.

2. Stato di manutenzione e funzionamento del veicolo.

Tale lista dovrà essere compilata dall'autista ad ogni cambio turno.

3. Pulizia straordinaria del mezzo: a cura del personale ausiliario del P.S. che dovrà registrare orario, giorno e motivazione del trattamento effettuato.



Allegato A: PATOLOGIE SPECIFICHE ED EVOLUTIVITA'

Patologia	Valutazioni/caratteristiche rilevanti	Grado di evolutività
Ematoma epidurale acuto	Attenzione se la raccolta risulta disomogenea alla TC	Elevata
Emorragia subaracnoidea spontanea	Tendenza al risanguinamento particolarmente nelle prime tre ore 2	Elevata
Patologie vascolari a sede in fossa posteriore	Emorragia spontanea, focolaio lacero-contusivo, ematoma subdurale acuto	Elevata
Fistola carotido cavernosa post traumatica	Rara. Esoftalmo pulsante con soffio all'auscultazione dell'occhio protruso	Elevata
Stroke ischemici, o emorragici spontanei e traumatici non compresi nei casi su elencati	<p>Valutazione delle lesioni alla TC encefalo (se emorragiche)</p> <p>attenzione a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • spostamenti della linea mediana > 5 mm • compressione delle cisterne della base <p>Valutazione dello score GCS e NIHSS all'ingresso e al momento della decisione di trasferimento.</p> <p>Sono elementi utili al fine delle decisioni in merito :</p> <ul style="list-style-type: none"> • deterioramento dello stato di coscienza con un decremento di due punti nella GCS • variazioni del diametro pupillare e reazione pupillare alla luce • deterioramento del deficit neurologico focale • cefalea, nausea, vomito se persistenti • NIHSS ≥ 15 indica evolutività elevata 	<p>Variabile :</p> <p>la decisione sul grado di evolutività del singolo caso deve essere fatta globalmente, e non singolarmente, tenendo conto caratteristiche descritte nella colonna a fianco, che rappresenta un sunto di quanto emerge dai lavori scientifici a supporto della valutazione clinica</p>

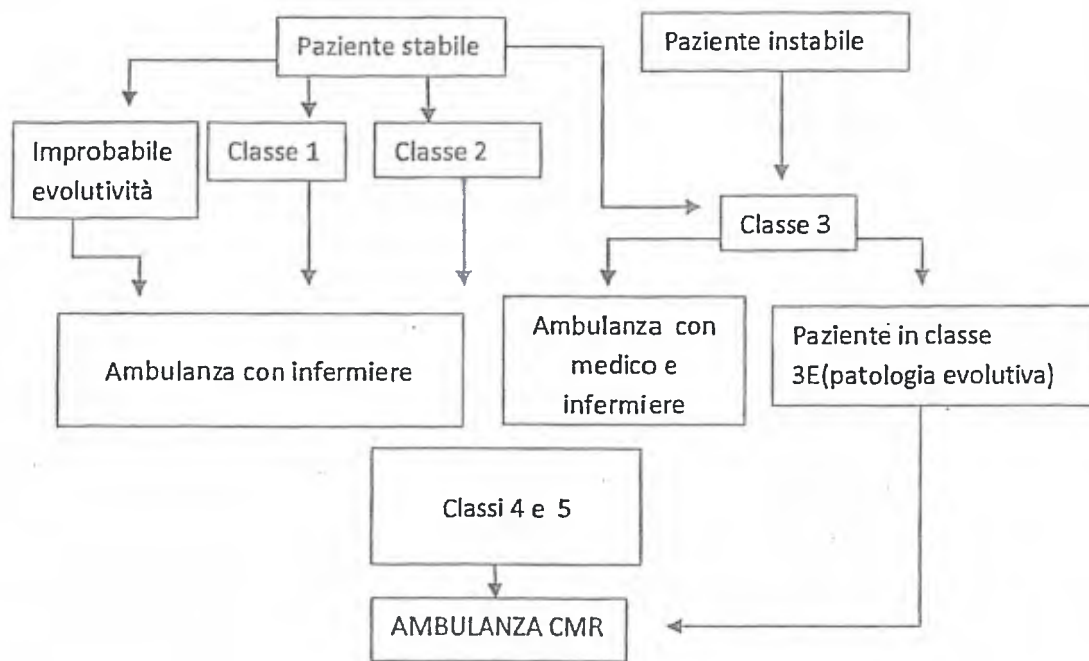


Dissecazioni dell'aorta toracica o addominale	Se non trattabili in loco, va assicurata la possibilità di mantenere la stabilizzazione emodinamica, durante il trasporto. Necessaria la presenza di emazie concentrate ed emoderivati a bordo dell'ambulanza	Elevata
Infarto miocardico acuto	Possibile comparsa di aritmie critiche entro le prime quattro ore dall'esordio dei sintomi	Elevata
Intossicazione da CO in paziente cosciente	Possibile comparsa di aritmie, alterazioni tratto ST, incremento enzimi cardiaci	Elevata solo se presenti al momento del trasferimento dati clinici o di laboratorio di danno cardiaco non preesistenti
Paziente con IMA sottoposti a terapia ripercussiva che non hanno manifestato per almeno 12 ore: angor, alterazioni emodinamiche o respiratorie		Improbabile Possono essere trasferiti con ambulanza di tipo B con infermiere
Pazienti cronici, assistiti con ventilatore domiciliare, in condizioni stabili		Bassa Possono essere accompagnati con ambulanza di tipo B con infermiere di area critica
Trasporto in utero	Parto imminente, o parto gemellare o presentazione podalica	Alta Consigliabile la contemporanea presenza di rianimatore, medico ostetrico e/o ostetrica e/o infermiere



ALLEGATO B

algoritmo trasferimento interospedaliero, decisione dell'equipaggio da utilizzare per il trasporto



ALLEGATO C

CRITERI CLINICI: Classi di Eherenwert (modificata SIAARTI)

CLASSE I (deambulante) e II (non deambulante)

Il paziente:

- Non richiede, o richiede raramente, il monitoraggio dei parametri vitali
- Può non avere bisogno di una linea venosa
- Non dipende dalla somministrazione continua di O₂ per mantenere la propria stabilità
- Non deve essere trasferito in Terapia Intensiva.

CRITERI CLINICI: Classi SIAARTI (modificata da Eherenwert)

CLASSE I (deambulante) e II (non deambulante)

Il paziente:

- Non richiede, o richiede raramente, il monitoraggio dei parametri vitali
- Può non avere bisogno di una linea venosa
- Non dipende dalla somministrazione continua di O₂ per mantenere la propria stabilità
- Non deve essere trasferito in Terapia Intensiva.

CLASSE III

Il paziente:

Richiede frequente controllo dei parametri vitali e soddisfa tutti i seguenti criteri basati sulla valutazione secondo lo schema ABCDE:

A (vie aeree)

- Non presenta rischio di ostruzione delle vie aeree (punto 7 della RSTP =0)

B (respirazione)

- Può presentare lieve o modesto distress respiratorio oppure
- Può presentare una frequenza respiratoria < 36 atti/min e > di 8 atti min
- Richiede la somministrazione continua di O₂ per ottenere una SpO₂ almeno >92% (in assenza di patologie croniche) (punti 6 + 8 della RSTP non superiori allo score 2; con punto 8 < 2)

C (circolo)

- Ha bisogno* di una linea venosa per mantenersi stabile con segni clinici
- che identifichino non oltre la classe 2 dello shock ipovolemico
- Non ha bisogno di monitoraggio invasivo

(punti 1+2+3+4+10 della RSTP non superiori a score 3, punto 5 della RSTP=0)

D (disabilità)

- Può presentare compromissione dello stato di coscienza (GCS >8) (punto 9 della RSTP al massimo 1)
- Presenta una lesione anatomicamente stabile, o instabile, del midollo spinale al di sotto di T9

E (evidenza)

- Non presenta evidenza di emorragie non controllate

per i pazienti di questa classe, in cui non sono state individuate patologie potenzialmente evolutive, il medico che ha in carico il paziente, sulla base delle condizioni cliniche e del rischio di evolutività neurologica, cardiocircolatoria, respiratoria, può comunque avvalersi della consulenza dell'anestesista-rianimatore per l'inquadramento del paziente.

I pazienti appartenenti alla classe III che hanno già effettuato un percorso diagnostico che abbia individuato patologie potenzialmente evolutive vanno codificati come classi IIIe (evolutive).

Le patologie più comuni per le quali esistono evidenze scientifiche di evolutività sono descritte nell'allegato C, cui si rimanda per le considerazioni cliniche da parte del consulente anestesista rianimatore, soprattutto per le decisioni relative all'equipaggio di accompagnamento in relazione alle competenze presenti nei singoli ospedali.



CLASSE IV (RSTP \geq 7)

Il paziente:

- Richiede intubazione tracheale e/o
- Richiede supporto ventilatorio e/o
- Ha bisogno* di due linee venose o CVC per mantenere stabili i parametri cardiocircolatori e/o
- Può presentare distress respiratorio grave e/o
- Può essere presente una compromissione dello stato di coscienza, con GCS \leq 8 e/o
- Può richiedere la somministrazioni di farmaci salvavita e/o*
- È trasferito in Rianimazione/Terapia Intensiva generale fatti salvi i casi di trasferimenti tra T.I. di pazienti stabilizzati che non necessitino di trattamenti di supporto vitale o infusione continua di farmaci salvavita
- Presenta una lesione anatomicamente instabile del midollo spinale al di sopra di T9.

CLASSE V (alto rischio di decesso in itinere)

- Il paziente non può essere stabilizzato completamente.
- Ha bisogno di monitoraggio e supporti vitali invasivi
- Può richiedere procedimenti salva-vita durante il trasporto

*La definizione "Ha bisogno di una o più vie venose o di CVC" identifica la necessità di infusione attraverso tali accessi venosi di liquidi e.v. e/o di farmaci in quantità tale da consentire la stabilizzazione dei parametri cardiocircolatori altrimenti non raggiungibile, e non la semplice incannulazione di uno o più vasi venosi periferici o centrali per evitare la manovra durante il trasporto.

Tale pratica è da considerarsi comunque necessaria come gold standard in tutti i pazienti con classe \geq 2.

* Il termine "salvavita" si riferisce alla somministrazione continua di farmaci o di trattamenti sostitutivi artificiali o di supporto senza i quali si realizza lo scompenso emodinamico o respiratorio del paziente



ALLEGATO D**Risk Score for Transport Patients(RSTP)
(modificata per il solo paziente adulto)**

il cut-off che identifica meglio il paziente critico e sembra in grado di predire meglio quali pazienti

possano essere suscettibili di complicanze durante il trasporto è un RSTP ≥ 7

Condizioni	score
1.Emodinamica	
-Stabile	0
-Moderatamente stabile (volume <15 ml/min)	1
-Instabile (volume >15 ml/min o inotropi/sangue)	2
2.Aritmie	
-No	0
-Sì, non grave (e IMA >48 h)	1
-Grave (e IMA prime 48 h)	2
3.Monitoraggio ECG	
-No	0
-Sì (desiderabile)	1
-Sì (essenziale)	2
4.Linea venosa	
-No	0
-Sì	1
-Catetere in arteria polmonare	2
5.Pace-maker temporaneo	
-No	0
-Sì (esterno) IMA prime 48 h	1
-Sì (endocavitario)	2
6.Respirazione	
-FR 10-14/min	0
-FR 15-35/min	1
-FR <10 o >36 o dispnea	2
7.Vie aeree	
-No	0
-Cann.Guedel	1
-Intubazione/tracheostomia	2
8.Terapia respiratoria	
-No	0
-Sì (O2 terapia)	1
-Sì (ventilazione assistita)	2
9.Valutazione Neuro	
-GCS=15	0
-GCS=9-14	1
-GCS \leq 8 e/o disf.neurologica	2
10.Supporto tecno-farmacologico	
-Nessuno	0
-Gruppo I *	1
-Gruppo II	2



Farmaci/presidi per gruppi di rischio:

Gruppo I:

- Inotropi
- Vasodilatatori
- Antiarritmici
- Bicarbonato
- Analgesici
- Antiepilettici
- Steroidi
- Mannitolo 20%
- Trombolitici
- Naloxone
- Drenaggio toracico
- Aspirazione

Gruppo II:

- Inotropi+vasodilatatori
- Anestetici generali
- Miorilassanti utero



ALLEGATO E: schema di richiesta per trasferimento.

RICHIESTA AMBULANZA

Alla direzione Sanitaria PO di

Si richiede il trasferimento del paziente.....CC.....

presso

motivazione del trasferimento.....

Il paziente sarà accompagnato da:

infermiere	medico	rianimatore	dr.....
------------------	--------	-------------	---------

Ambulanza

CMR

NORMALE

il trasferimento è

urgentissimo

urgente

ordinario

note

.....

.....

..... ore.....

il dirigente richiedente

Non / Si autorizza ore

La Direzione Sanitaria PO di.....



BIBLIOGRAFIA

1. College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand, Australia and New Zealand College of Anaesthetists, Australasian College for Emergency Medicine : "Minimum Standards for Transport of Critically Ill Patients" PS 52 Novembre 2010 - <http://www.anzca.edu.au/>
2. Australian and New Zealand College of Anaesthetists, College of Intensive Care Medicine of Australian and New Zealand, Australasian College for Emergency Medicine: "Minimum Standards for Intrahospital transport of patients." PS39 Novembre 2010 -- <http://www.anzca.edu.au/>
3. Committee of the American College of Critical Care Medicine and Society of Critical Care Medicine and American Association of Critical Care Nurses transfer guidelines Task Force: "Guidelines for the transfer of critically ill patients. Critical Care Medicine" 1993; Vol. 21 No 6 pp 931-937.
4. Ferdinande P.: "Recommendations for intra-hospital transport of the severely head injured patient." - Intensive Care Med. (1999) 25: 1441-1443
5. Fromm RE, Dellinger RP: "Transport of critically ill patients." - J Int Care Med 1992; 7:223-233.
6. Gentleman D., Dearden M., Midgley S., Maclean D.: "Guidelines for resuscitation and transfer of patients with serious head injury" - British Medical Journal, 307, 547-552, 1993
7. "Guideline for the Management of Severe Head Injury" - Brain Trauma Foundation – American Association of Neurological Surgeons, Joint Section on Neurotrauma and Critical Brain Trauma Foundation - <http://www.braintrauma.org/>
8. Harrahil M, Bartkus E.: "Preparing the trauma patient for transfer." - J. Emerg. Nurs. 1990; 16:25-28.
9. Hope A, Runcie C.: "Interhospital transport in the critically ill adult." - British Journal of Intensive Care 1993;5:187-92.
10. Hurst JM, Davis KJr, et al.: "Cost and complications during inhospital transport of critically ill patients: a retrospective cohort study." - The Journal of Trauma 1992; 33,4,582-5.
11. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos "Trasporte de Doentes Criticos – Recomendações" <http://www.spci.pt>
12. Runcie CJ, Reeve WR, Wallance PGM. : "Preparation of the critically ill for interhospital transfer." - Anaesthesia 1992; 47:327-31.
13. Smith I., Fleming S., et al.: "Mishaps during transport from the intensive care unit." - Critical Care Medicine, 1990 mar., 18(3): 278-81.
14. Gruppo di Studio SIAARTI per l'Assistenza al paziente: "Raccomandazioni per l'assistenza al paziente durante il trasporto medicalizzato secondario" - Notiziario SIAARTI 1994;4.
15. Venkataraman ST., Orr RA.: "Intrahospital transport of critically ill patients." - Critical Care Clinics, 1992 Jul., 8(3), 525-31.

16. Wallace P.G.M., Ridley S.A.: "Transport of critically ill patients." - BMJ 1999; 319:368-371
17. Warren J., Fromm R.E.Jr, Orr R.A. et al. : "Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients" – Critical Care Medicine 2004 Vol.32, N°1, 256-262
18. Beckmann U, Gillies DM, Berenholtz SM, Wu AW, Pronovost P,: "Incident relating to the intrahospital transfer of critically ill patients" – Intensive Care Med. 30:1579-1585 (2004)
19. Shirley PJ, Bion J,: "Intra-hospital transport of critically ill patients:minimising risk" (Editorial) – Intensive Care Med. 30:1508-1510 (2004)
20. Gruppo di Studio SIAARTI per l'emergenza : "Raccomandazioni per il trasporto intra ed interospedaliero del paziente critico" Minerva Anestesiologica 72-10 2006 notiziario SIAARTI XXXVII-LVII
21. Eherenverth J, Sorbo S., Hackel A. "Transport of critically ill adult"- Crit.Care Med 1986 Vol 14 n. 6 543-47
22. Anna Orlando, Maurizio Berardino, Palma Ciaramitaro. Giuseppe Citerio, Daniela Decaroli, Sofia Di Tizio, Giuliano Faccani, Antonella Fait, Sandro Feller, Stefania Gabriele, Marco Garbarino, Enrico Marchese, Mario Mergoni, Francesco Procaccio, Giuseppe Migliaretti, Giuditta Montecchiani, Franco Servadei, Edoardo Sessa, Antonio Uncini, Andrea Vignati " IL PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO NEI PAZIENTI CON GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA": Progetto di ricerca ex artt. 12 e 12 bis del D. Lgs 502/92 come modificato ed integrato dal D.Lgs. 229/99.
<http://drcit.files.wordpress.com/2009/06/percorso-gca-fase-acuta-20042009.pdf>
23. Markakis C. et al "Evaluation of a risk score for interhospital transport of critically ill patients" Emerg Med J 2006;23:313–317
24. Jan van Gijn FRCP a , Richard S Kerr FRCS b, Gabriel JE Rinkel MD "Subarachnoid haemorrhage" The Lancet, January 2007 Vol 369, Issue 9558, Pages 306 - 318, 27
25. Jose I. Suarez, M.D., Robert W. Tarr, M.D., and Warren R. Selman, M.D. "Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage" N Engl J Med 2006; 354:387-396 January 26, 2006
26. Dunn MJG, Gwinnut CL, Gray AJ. Critical care in the emergency department: patient transfer. Emerg Med J, 2007; 24:40-44
27. The Intensive Care Society. Levels of critical care for adult patients, 2002 London,
28. AGBI SAFETY GUIDELINE Interhospital Transfer Published by The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, February 2009
29. Brain trauma foundation guidelines "Early indicators of prognosis in severe traumatic brain injury" The American Association of Neurological Surgeons and the World Health Organization's Committee on Neurotrauma ed. 2000 https://www.braintrauma.org/pdf/protected/prognosis_guidelines.pdf
30. Deakin CD, Sado DM, Coats TJ, Davies G. Prehospital end-tidal carbon dioxide concentration and outcome in major trauma. J Trauma 2004; 57(1): 65–68. PMID 15284550
31. Fanara et al. "Reccomendations for the intra-hospital transport of critically ill patients" *Critical Care* 2010, 14:R87 <http://ccforum.com/content/14/3/R87>

32. The Intensive Care Society – London : “Guidelines for the transport of the Critically Ill Adult” 3° Edition 2011 – [http:// www.ics.ac.uk](http://www.ics.ac.uk)
33. Ministero della Salute – Raccomandazione n°11 – Gennaio 2010 – “ Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)”
34. Manuale ATLS ed. italiana VIII ed. tab. 3-1 pg. 65
35. ALLEGATO A alla Dgr n. 440 del 10 aprile 2013 – Regione Veneto