



IL CONSIGLIO DIRETTIVO

L'anno 2018 il giorno nove del mese di aprile si è riunito il consiglio direttivo della Croce Rossa Italiana – Comitato di Caltanissetta ONLUS, sotto la presidenza del Presidente Nicolò Piave, con l'intervento dei seguenti consiglieri:

| Cognome e Nome | | Cognome e Nome | |
|-------------------------|---|-----------------------|---|
| Piave Nicolò | P | Pepe Francesca | P |
| Argento Francesca Maria | P | Russo Laura | P |
| Bellavia Alessandra | P | | |

VISTO il Decreto Legislativo 28 settembre 2012, n. 178 Riorganizzazione dell'Associazione italiana della Croce Rossa (C.R.I.), a norma dell'articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183, convertito in legge 125/2013;

VISTO lo Statuto del Comitato di Caltanissetta ONLUS sottoscritto in data 15 Marzo 2016 in Palermo;

VISTO il provvedimento del Presidente Nazionale n° 61 del 25 marzo 2016 con il quale è stato costituito il Consiglio Direttivo del Comitato di Caltanissetta;

VISTA la delibera del 23 Settembre 2016, n. 34, con la quale il Consiglio Direttivo Nazionale della CRI ha approvato il Regolamento sull'organizzazione, le attività, la formazione e l'ordinamento dei volontari;

VISTA la necessità di approvare un protocollo operativo per l'impiego delle attrezzature, del personale e delle procedure per i servizi di ambulanza, in particolare per le attività di Eccedenza 118;

DELIBERA

Per le motivazione che qui si intendono ripetute e trascritte, all'unanimità dei presenti:

- ➔ Di approvare il **“Prontuario per le procedure di intervento nell'espletamento dei servizi di istituto a carattere di Emergenza Territoriale 118 della Croce Rossa Italiana Comitato di Caltanissetta ONLUS”**, che allegato alla presente forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**Croce Rossa Italiana
Comitato di Caltanissetta ONLUS**

Deliberazione del Consiglio Direttivo n° 17 del 09.04.2018

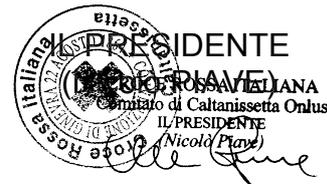
Approvazione Linee Guida interne per il servizio di ambulanza e 118 della
Croce Rossa Italiana Comitato di Caltanissetta ONLUS



Croce Rossa Italiana
COMITATO DI CALTANISSETTA ONLUS

- ➔ Di dare attuazione immediata al prontuario allegato, a cura di tutti gli operatori che espletano le attività di ambulanza;
- ➔ Il Referenti e gli istruttori, a tutti i livelli, sono incaricati della predisposizione degli atti e documentazioni affinché gli operatori possano espletare le procedure previste;
- ➔ I referenti nominati nel protocollo dovranno vigilare e segnalare, con propria nota, le mancate applicazioni, che saranno oggetto di provvedimento disciplinare.
- ➔ Copia del presente provvedimento è trasmessa:
 - ➔ Agli interessati;
 - ➔ A tutti i soci a mezzo E-mail;
 - ➔ Al Presidente del Comitato Regionale CRI Sicilia;
 - ➔ Ai vertici delle Componenti Ausiliarie delle Forze Armate;
 - ➔ Ai soci del Comitato di Caltanissetta ONLUS;
 - ➔ Al referente per la promozione ed immagine per la pubblicazione, ai fini legali, sul sito internet del Comitato di Caltanissetta ONLUS
- ➔ L'originale della presente Deliberazione sarà conservato in un apposito raccoglitore presso la Segreteria di Presidenza, sotto la sorveglianza del Responsabile dell'Ufficio.

LA SEGRETERIA VERBALIZZANTE
(Teresa Maria FASCIANA)



www.cri.it
www.cri.caltanissetta.it
IBAN IT35T030191670000009001121

Croce Rossa Italiana
Comitato di Caltanissetta ONLUS
Viale della Regione, 1 – 93100 Caltanissetta –
cp.caltanissetta@cert.cri.it - comitato@cricaltanissetta.it
C.F. e P.IVA 01922310857

**Un'Italia
che aiuta**

Iscritto al n. 238 vol. I del registro delle persone giuridiche della Regione Siciliana
Iscritto al n. 9/2015 del registro regionale delle Associazioni di Promozione Sociale

LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEGLI INTERVENTI DI EMERGENZA SANITARIA 118

Prontuario per le procedure di intervento nell'espletamento dei servizi di istituto a carattere di Emergenza Territoriale 118

*Comitato di Caltanissetta
ONLUS*

Marzo 2018 – Ver. 1.0

www.cri.it



Croce Rossa Italiana



Sommario

| | |
|--|-----------|
| PREMESSA | 3 |
| LA CENTRALE OPERATIVA 118 (C.O. 118) | 3 |
| RUOLO E FUNZIONI DELL'OPERATORE C.O. 118 | 4 |
| COMPETENZE | 5 |
| GESTIONE DELLA CHIAMATA DI SOCCORSO – COMPITI DELL'OPERATORE DURANTE IL SOCCORSO | 5 |
| RUOLO E FUNZIONI DELL'AUTISTA/SOCCORRITORE | 6 |
| MEZZI DI SOCCORSO | 8 |
| COMPORTEMENTI DURANTE GLI INTERVENTI DI EMERGENZA-URGENZA | 8 |
| NORME GENERALI DI COMPORTAMENTO DEGLI OPERATORI DURANTE IL SOCCORSO | 9 |
| MODALITA' E GESTIONE DELLE RICHIESTE DI SOCCORSO SANITARIO | 9 |
| INVIO MEZZI DI SOCCORSO | 10 |
| SCELTA DELL'OSPEDALIZZAZIONE DI DESTINAZIONE | 11 |
| AFFIDAMENTO DEL PAZIENTE ALL'OSPEDALE DI DESTINAZIONE | 12 |
| RIFIUTO DEL SOCCORSO O DEL TRASPORTO | 12 |
| TRASPORTO DI CONGIUNTI DEL PAZIENTE | 13 |
| CODICI NEL SISTEMA 118 | 14 |
| CODICE DI PATOLOGIA PREVALENTE | 14 |
| CRITICITA'/GRAVITA' | 15 |
| VALUTAZIONE CODICE DI RIENTRO | 17 |
| DECESSO PAZIENTI | 18 |
| INDICAZIONI AL TRASPORTO SECONDARIO | 18 |
| DOCUMENTAZIONE SANITARIA DEL TRASPORTO | 19 |
| COMUNICAZIONE CON I MEZZI DI SOCCORSO | 20 |
| ALFABETO FONETICO – I.C.A.O. | 20 |
| PROCEDURA PER LE COMUNICAZIONI RADIO | 20 |
| POSIZIONAMENTO DEI MEZZI DI SOCCORSO SU GOMMA | 22 |
| CARATTERISTICHE DEL SITO IDONEO ALL'ATTERRAGGIO DELL'ELICOTTERO | 23 |
| CODICI KEMLER– ACCORDO EUROPEO RELATIVO AL TRASPORTO INTERNAZIONALE DI MERCI PERICOLOSE SU STRADA | 24 |
| ECCEDEXA 118 | 31 |
| COMPOSIZIONE E COMPITI DELL'EQUIPAGGIO | 32 |
| LA COMPILAZIONE DELLA MODULISTICA | 33 |
| AMBULANZA CRI 308AF | 35 |
| CARATTERISTICHE VANO GUIDA | 35 |
| FARO BRANDEGGIANTE | 37 |
| CARATTERISTICHE VANO SANITARIO | 38 |
| CENTRALINA COMANDI VANO SANITARIO | 41 |
| SISTEMA DI SANIFICAZIONE | 43 |



Premessa

Le linee guida derivano dalla condivisione di determinati comportamenti, i quali, riconosciuti e scientificamente provati, rappresentano la formazione della successione di azioni fisiche e mentali, e con le quali si raggiunge un determinato obiettivo.

Esse permettono di controllare progressivamente le attività svolte e le risorse utilizzate, e concorrono a garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati nei programmi.

Il sistema di emergenza-urgenza si pone come scopo principale di assicurare un'assistenza tempestiva ed efficace, che parte dal territorio sino alla definitiva collocazione del paziente. La realizzazione di tale obiettivo passa attraverso un'organizzazione integrata, una formazione specifica ed interdisciplinare, e l'utilizzo di linee guida diagnostico-terapeutiche e tecnico-organizzative.

Il fine ultimo delle linee guida in oggetto è l'interazione delle varie figure del soccorso sanitario, intra ed extra-ospedaliero, di tutto il territorio regionale basato su procedure e protocolli uniformi.

LA CENTRALE OPERATIVA 118 (C.O. 118)

La **Centrale Operativa 118** è l'interfaccia tra il cittadino e il sistema di soccorso sanitario; le sue attività specifiche sono:

- ⇒ Ricevere le richieste di soccorso;
- ⇒ Valutare la criticità dell'evento;
- ⇒ Dare la risposta adeguata ad ogni evento entro i tempi stabiliti;
- ⇒ Coordinare le risorse disponibili;
- ⇒ Fare da interfaccia con la Centrale Unica per l'attivazione H.E.M.S.;
- ⇒ Organizzare la formazione e fare informazione;
- ⇒ Redigere protocolli e procedure operative.

La valutazione generale del tipo di chiamata rappresenta il primo compito dell'operatore di C.O. 118, o del 112 quando sarà istituito anche nella nostra provincia il Numero Unico di Emergenza NUE 112.

Il compito successivo è rappresentato dalla possibilità di attivare precise misure di intervento.



In determinati casi la richiesta di aiuto si esaurisce con una corretta informazione o con un ascolto competente.

La fase di gestione della chiamata è la più importante, in quanto l'operatore, in concerto con un'eventuale equipe, dovrà valutare, in base alle risposte avute, la quantificazione dello stato di gravità di una o più persone coinvolte in una situazione critica assegnando alla stessa un codice colore che decreterà il tipo di intervento da attuare; comincia qui la fase preparatoria del "trriage extra-ospedaliero", che verrà completata eventualmente con l'invio del mezzo sul luogo dell'evento.

RUOLO E FUNZIONI DELL'OPERATORE C.O. 118

- ⇒ Svolge ogni attività inerente il recepimento delle chiamate di urgenza-emergenza e del trasporto dell'assistito secondo le procedure previste in base ai protocolli prestabiliti
- ⇒ Coordina e disciplina le attività del personale e dei mezzi dedicati al soccorso secondo i criteri operativi previsti dai protocolli di comunicazione e trasporto;
- ⇒ Invia la risorsa disponibile nel rispetto dei protocolli in vigore
- ⇒ Mantiene i contatti radio e/o telefonici con i mezzi di soccorso del S.E.U.S e delle eccedenze 118 in missione, coordinandone eventuali necessità in itinere (Ospedali, Polizia Stradale, Carabinieri, VV.FF.)
- ⇒ Verifica la disponibilità dell'ambulanza al rientro di una missione, sollecitando, in caso di necessità, il ripristino dell'operatività.
- ⇒ Richiede l'intervento del medico di C.O. 118 o del responsabile quando:
 - 1) Deve essere presa una decisione in merito ad un intervento a rischio o particolarmente complesso;
 - 2) Si presentano contestazioni non altrimenti superabili e/o problematiche di carattere sanitario che necessitano di un parere medico;
 - 3) Si evidenzia la possibilità di avere territori scoperti da mezzi medicalizzati, e non, per lunghi periodi;
- ⇒ Evidenzia gli interventi indesiderati verificatisi durante il proprio turno sottoporli al coordinatore e al referente individuato per una loro analisi ed eventuale audit.



- ⇒ Informa immediatamente, per ogni inconveniente tecnico, radio, telefonico e informatico, il coordinatore e il medico di Centrale.
- ⇒ Ricerca i posti letto intra ed extra azienda ospedaliera (relativamente ai posti di area critica: Rianimazione – UTIC – Cardiologia – Neurochirurgia – UTIN)
- ⇒ Garantisce la risposta 24 ore su 24 agli ospedali, ad altre centrali operative e ai punti di soccorso sanitario.
- ⇒ Partecipa all'attività di formazione ed aggiornamento del personale.

COMPETENZE

Conoscenza di:

- ⇒ Territorio della provincia e delle zone limitrofe;
- ⇒ Ubicazione delle strutture sanitarie nella provincia ed in quelle limitrofe;
- ⇒ Software di centrale e della rete telefonica in dotazione;
- ⇒ Protocollo di intervista telefonica e delle procedure di invio dei mezzi di soccorso sanitari e non, in uso presso la Centrale operativa.

GESTIONE DELLA CHIAMATA DI SOCCORSO – COMPITI DELL'OPERATORE

E' l'attività cardine della C.O. 118

Prevede:

- ⇒ Il processo della chiamata, mediante dispatch sanitario, con eventuale uso di flow chart per la patologia e la compilazione dell'apposita scheda informatica prevista dal sistema in dotazione alle centrali della regione siciliana;
- ⇒ Applicazione dei protocolli previsti per la gestione dell'intervento (omogeneizzazione della risposta in base ai dati raccolti);
- ⇒ Individuazione, invio e coordinamento dei mezzi di soccorso in modo finalizzato con supporto continuo via radio e/o telefonico;
- ⇒ Allertamento degli enti e delle istituzioni non sanitarie interessate nella gestione dell'evento (P.S. – VV.FF. – VV.UU. – 112 – 113 – Protezione Civile – ecc);
- ⇒ Smistamento dei pazienti negli ospedali più idonei in considerazione:
 - a) Della gravità della patologia (centralizzazione)



- b) Della tipologia del mezzo disponibile;
- ⇒ Preavviso al pronto soccorso, per i casi più urgenti o per l'arrivo di più feriti;
 - ⇒ Completamento, ad evento concluso, della scheda sanitaria in ogni sua parte, registrando le informazioni previste dal sistema informatico;
 - ⇒ Archiviazione informatica della scheda ad intervento concluso;
 - ⇒ Gestione e coordinamento dei trasporti secondari in eliambulanza;
 - ⇒ Istruzione pre-arrivo ai mezzi e all'utenza;
 - ⇒ Allertamento dei medici dei P.T.E. e G.M.;
 - ⇒ Gestione dei medici di P.T.E. e G.M. reperibili;

DURANTE IL SOCCORSO

- ⇒ L'infermiere può somministrare farmaci solo su disposizione del medico presente (o attraverso atto medico delegato del medico di centrale).
- ⇒ Il personale sanitario che viaggia a bordo di un mezzo di soccorso, nella fase di raggiungimento del luogo dell'evento, deve indossare la cintura di sicurezza. Non ha l'obbligo, invece, il personale di assistenza al paziente durante il rientro in ospedale;
- ⇒ Durante il soccorso è obbligatorio l'uso dei D.P.I.;
- ⇒ Non può formulare diagnosi né accertare e certificare il decesso.

RUOLO E FUNZIONI DELL'AUTISTA/SOCCORRITORE

A. Competenze tecniche:

- 1) E' il responsabile della conduzione e della manutenzione del mezzo di soccorso;
- 2) Svolge la propria attività con funzione di guida dell'ambulanza, in risposta alle richieste di soccorso sanitario territoriale e di trasporto urgente presso altre strutture sanitarie;
- 3) Collabora attivamente nella gestione del soccorso secondo le indicazioni del team leader sanitario;
- 4) Cura la manutenzione ordinaria, controlla il buon funzionamento del mezzo di soccorso e segnala eventuali problemi e disfunzioni;



5) Collabora, sulla base delle proprie responsabilità, alla stesura delle procedure, dei protocolli operativi e dei sistemi di verifica nei servizi d'appartenenza.

B. Attività di verifica

- 1) Controlla, l'efficienza dei mezzi di soccorso affidati.
- 2) Collabora con il personale di equipaggio nel controllo del materiale del vano sanitario;
- 3) Controlla lo stato generale del mezzo, relazionando su eventuali problematiche rilevate;
- 4) Collabora alla verifica degli standard di qualità del servizio di appartenenza
- 5) Collabora alla realizzazione dei tirocini e alla loro valutazione
- 6) Collabora alla definizione dei propri bisogni formativi e all'addestramento del personale da formare;

C. Attività di soccorso

- 1) E' responsabile del funzionamento e della conduzione del mezzo di soccorso;
- 2) Sceglie il percorso più idoneo al tipo d'intervento in accordo con la C.O. 118
- 3) Localizza il luogo del soccorso e valuta con l'equipaggio eventuali misure da adottare nell'intervento in atto;
- 4) Raggiunge il target assegnato rispettando il codice della strada e le norme di sicurezza nella guida, e in ogni caso nel rispetto della sicurezza e incolumità dell'intero equipaggio e della circolazione stradale (pedoni, ciclisti, automobilisti) tenendo in considerazione le condizioni meteo, orografiche e del traffico stradale;
- 5) Mantenere le comunicazioni radiotelefoniche con la C.O.118, su delega del personale sanitario;
- 6) Partecipa alla valutazione del luogo dell'intervento, con conseguente messa in sicurezza dello scenario e delle figure presenti nel teatro delle operazioni;
- 7) Usa l'attrezzatura tecnica in dotazione e i DPI;
- 8) Partecipa, su indicazione del responsabile del soccorso, alle seguenti attività:
 - ⇒ Rianimazione cardio-polmonare (FULL D)
 - ⇒ Stabilizzazione, immobilizzazione e trasporto del paziente.



- 9) Comunica alla C.O. 118 la partenza, arrivo sul posto, partenza dal posto, il fine servizio e il rientro in sede;
- 10) Collabora al trasporto del paziente nei locali di accettazione ospedaliera
- 11) A fine intervento, in collaborazione col personale sanitario, ripristina
 - ⇒ La pulizia interna e disinfestazione del mezzo
 - ⇒ La pulizia, la disinfestazione, il ripristino del materiale e dei presidi di immobilizzazione usati;
 - ⇒ La funzionalità completa del mezzo.
- 12) Collabora alla compilazione della scheda di soccorso per i dati di sua competenza.

MEZZI DI SOCCORSO

Gli equipaggi che operano sulle unità mobili di soccorso devono essere disponibili per la partenza immediata e non devono allontanarsi dalla zona assegnata dal piano regionale o nella indicazione Andromeda di eccedenza. Per nessun motivo è possibile distrarre il mezzo di soccorso dall'attività in emergenza per la quale è preposto in via prioritaria ed esclusiva, senza averne dato comunicazione alla Centrale Operativa 118; Qualora sia necessario lasciare la postazione (rifornimento carburante, farmaci, ect) solo dopo aver ricevuto l'autorizzazione da parte della C.O. 118, che effettua la registrazione dell'evento, l'equipaggio al completo, e sempre in modalità operativa, procede all'operazione.

Il team leader deve avere la certezza del contattato radio e telefonico con la C.O.118.

COMPORAMENTI DURANTE GLI INTERVENTI DI EMERGENZA-URGENZA

E' difficile stabilire standard comportamentali per ogni procedura di soccorso sanitario, perché la variabilità delle situazioni e degli scenari impone una sorta di "flessibilità comportamentale" tipica di una equipe ben formata ed affiatata.

La sicurezza e padronanza nelle procedure di soccorso sono il risultato di un bagaglio culturale e di esperienza specifica accumulata "sul campo"

Nel caso di una equipe sanitaria, il leader è il medico, in sua assenza l'infermiere professionale.

Nelle ambulanze MSB il leader è il soccorritore più qualificato, in assenza, il più anziano in servizio.



Il leader deve coordinare il soccorso, prendere decisioni immediate, mantenere la calma e dimostrare padronanza nell'applicazione delle procedure. Il leader deve, inoltre, possedere notevole esperienza, tale da poter gestire situazioni diverse, anche le più imprevedibili.

E' indispensabile, comunque, che ogni membro dell'equipaggio sia formato in modo teorico-pratico all'emergenza sanitaria. Ogni soccorritore deve possedere un ruolo in relazione alle competenze ed all'esperienza individuale e deve orientare i comportamenti all'efficienza ed efficacia delle procedure.

Nel rispetto delle leggi di tutela del personale, i carichi (zaino, defibrillatore, barella, etc) durante gli interventi di soccorso devono essere ripartiti in maniera omogenea tra tutti i componenti dell'equipe di soccorso.

Nella fase di avvicinamento al target o nella fase di rientro senza paziente a bordo, il medico può prendere posto nel vano guida, mentre l'infermiere e il soccorritore nel vano sanitario. In tutti gli altri casi le figure sanitarie assistono il paziente nel vano sanitario. Il soccorritore, su richiesta del capo equipaggio, può prendere posto nel vano sanitario in fase di rientro in ospedale.

NORME GENERALI DI COMPORTAMENTO DEGLI OPERATORI DURANTE IL SOCCORSO

Oltre all'adeguata preparazione, differenziata per ruoli, durante l'attività di soccorso è bene tenere presente alcune norme comportamentali che migliorano la performance dell'intero equipaggio.

Prepararsi durante l'avvicinamento al luogo dell'evento, predisporre il materiale necessario e suddividersi i compiti in base alle notizie avute dalla C.O. 118. Rassicurare il paziente e gli astanti.

Critiche, discussioni, eventuali problemi insorti fra i vari componenti dell'equipaggio vanno espresse sempre in assenza dei pazienti o di astanti e familiari.

MODALITA' E GESTIONE DELLE RICHIESTE DI SOCCORSO SANITARIO



Operatore di Centrale Operativa

L'operatore di centrale, attraverso la scheda di soccorso in uso nella Centrale Operativa, compie un'intervista telefonica all'utente ottenendo le seguenti informazioni necessarie per la gestione dell'intervento:

- ⇒ Il luogo (comune e via) e qualunque altra informazione utile all'identificazione del luogo dell'evento;
- ⇒ Il nome del chiamante e dell'infortunato;
- ⇒ Il numero di telefono del chiamante;
- ⇒ Il motivo della chiamata (malore, evento traumatico, incidente stradale)

L'utilizzo della teleconferenza è ammesso solo per l'attivazione e la gestione delle procedure di soccorso. L'operatore di centrale ha l'obbligo di rifiutare le richieste di contatto con i membri dell'equipaggio fuori dagli scopi legati alla buona riuscita degli eventi.

Tempo medio dell'intervista

60 secondi

Il protocollo utilizzato dagli operatori di centrale si basa sul principio di ottenere in circa 1 minuto tutte le informazioni necessarie per la determinazione della risposta e il suggerimento all'utente delle "istruzioni pre-arrivo" dell'ambulanza.

Il limite dei sessanta secondi va considerato come un obiettivo e non come un limite assoluto. Nell'eventualità di ulteriori richieste di soccorso, da parte di altri utenti, l'intervista telefonica non dovrebbe superare i 120 secondi.

INVIO MEZZI DI SOCCORSO

- ⇒ Inviare sempre l'ambulanza più vicina;
- ⇒ Inviare più mezzi di soccorso nel caso di coinvolgimento di più veicoli e/o presenza di più feriti;
- ⇒ Coordinare l'intervento di più mezzi nello scenario del soccorso;



- ⇒ Inviare il mezzo di soccorso medicalizzato (in caso di: paziente incastrato, eiettato, mezzo fuori strada, investimento pedoni, mezzi pesanti coinvolti, coinvolgimento di più mezzi e presenza di più feriti, coinvolgimento motociclisti).
- ⇒ Richiede l'assistenza dei Vigili del Fuoco (in caso di paziente incastrato, mezzo fuori strada, coinvolgimento di mezzi pesanti, perdita di liquidi o altre sostanze parzialmente pericolose, interessamento di linee elettriche e impianti distribuzione gas)
- ⇒ Richiede l'assistenza delle Forze dell'ordine: in caso di incidente stradale (Polizia Municipale per le strade comunali, Polizia stradale per le strade statali e provinciali, carabinieri negli altri casi) – Polizia e Carabinieri in caso di conflitto a fuoco.

Nel caso in cui sul luogo dell'evento sia intervenuto un mezzo non medicalizzato, con successiva necessità di supporto medico, la C.O.118 attiverà immediatamente il mezzo di soccorso medicalizzato disponibile più vicino al luogo dell'evento, utilizzando se necessario il sistema teleconferenza per facilitare un eventuale rendez-vous (il paziente se già posto sulla prima ambulanza intervenuta potrà essere trasportato in ospedale con l'ausilio del medico del secondo mezzo intervenuto e il secondo mezzo seguirà il primo per poi recuperare la piena funzionalità non appena rilasciato il paziente).

Nel caso in cui il paziente non sia stato ancora posto sul mezzo di soccorso, il medico intervenuto deciderà se assistere lo stesso o predisporre il trasporto con l'equipaggio del MSB, partecipando la decisione alla C.O.118.

SCELTA DELL'OSPEDALIZZAZIONE DI DESTINAZIONE

Nei casi in cui emerge una visione diversa nella ospedalizzazione del paziente, la decisione finale spetta al medico del mezzo di soccorso. Questi, conoscendo le condizioni di salute del paziente, ne ha la gestione diretta e si assume l'onere della decisione non condivisa, ma motivata, alla centrale operativa.

In questo caso sulla scheda di centrale, l'operatore di Centrale è obbligato ad annotare il disaccordo della decisione finale.



AFFIDAMENTO DEL PAZIENTE ALL'OSPEDALE DI DESTINAZIONE

L'equipaggio che ha compiuto il soccorso deve considerare chiuso l'intervento solo dopo la consegna del paziente al personale dell'ospedale di destinazione dando comunicazione alle C.O.118 di "pronta operatività"

La responsabilità sul paziente è mantenuta dall'equipaggio fino alla consegna dello stesso al personale di Pronto Soccorso.

Il personale del Pronto Soccorso, che riceve il paziente, deve garantire allo stesso le cure necessarie anche in caso di indisponibilità del posto letto.

RIFIUTO DEL SOCCORSO O DEL TRASPORTO

I pazienti:

- ⇒ Maggiorenni
- ⇒ Non interdetti
- ⇒ In grado di intendere e di volere

Possono rifiutare il trattamento e il trasporto in ospedale. Soltanto il trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.) e l'accertamento sanitario obbligatorio (A.S.O.) permettono di superare la volontà del paziente.

Egli può rifiutare in qualunque caso e in ogni momento sia il trattamento sanitario che il trasporto in ambulanza.

Presenza in loco di mezzo MSB o MSA:

- 1) Il rifiuto del paziente al trattamento o la trasporto in ospedale deve essere sottoscritto nella scheda di bordo alla presenza di un testimone.
- 2) L'atto di rifiuto può essere convalidato dalla sola firma di un testimone o dall'intervento di un rappresentante delle FF.OO. nei casi in cui il paziente non dovesse collaborare alla sottoscrizione della scheda di bordo;
- 3) Se il paziente appare in gravi condizioni o comunque, a giudizio dell'infermiere o del soccorritore non in grado di valutare esattamente a quali rischi si espone rifiutando il trasporto, l'equipaggio rimarrà sul posto e richiederà tramite C.O.118 l'intervento del medico (curante, continuità assistenziale o ambulanza medicalizzata).



- 4) Se la posizione di rifiuto permane in maniera efficace anche dopo l'arrivo del medico e questi ravvede l'imminente pericolo di vita derivante da tale rifiuto, egli informerà la C.O. 118 che provvederà a comunicare il grave rischio alle forze dell'ordine e all'autorità giudiziaria. Il medico rimarrà col paziente prestando le cure comunque possibili fino a diversa disposizione della C.O.118.

Il paziente o i suoi familiari non possono scegliere la destinazione del trasporto, che resta di esclusiva competenza della C.O.118 di concerto con il medico che presta il soccorso, né pretendere un trattamento di loro esclusivo gradimento o la sostituzione dell'equipaggio.

Qualora il paziente sia incapace di intendere e di volere, la decisione potrà essere concordata con i familiari o altra persona affettivamente vicina allo stesso. Ogni decisione dovrà essere comunque presa nel rispetto e nell'interesse del paziente.

Quindi i familiari, sottoscrivendo il modulo di rifiuto, di trattamento o di trasporto, proposto dal medico, condividono con lui la responsabilità, ma non lo liberano dalle responsabilità connesse a tale scelta.

Nel caso in cui non ci sia accordo tra i familiari è opportuno condividere la responsabilità della scelta con il familiare più prossimo (nell'ordine coniuge, figli, genitori, fratelli) sempre valutando il rispetto della volontà soggettiva del paziente stesso.

TRASPORTO DI CONGIUNTI DEL PAZIENTE

Durante il trasporto del paziente è vietato ammettere i congiunti a bordo del mezzo sanitario.

Eccezione a questa regola è rappresentata dal paziente minore che necessita della figura di un genitore.

In deroga alla regola il congiunto può essere accettato a bordo quando si configura l'ipotesi di abbandono di quest'ultimo in ambiente ostile o pericoloso.

Spetta alla C.O.118 indicare ai familiari la destinazione del paziente.



CODICI NEL SISTEMA U.E. 118

Il decreto ministeriale, che, di fatto, ha istituito il servizio unico di emergenza sanitaria, prevede una serie di norme a cui tutte le regioni devono attenersi; tra esse c'è anche la codifica degli interventi secondo codici standard.

Il sistema di codifica degli interventi del S.U.E.S. 118 si basa su di un "codice alfanumerico" composto da 3 elementi. Questo viene definito dall'operatore di centrale al momento della compilazione della scheda di valutazione, in base alle risposte ricavate dall'intervista eseguita in occasione della richiesta di soccorso al S.E.U.S. 118.

Il codice d'intervento alfanumerico ha tre vantaggi:

- ⇒ Permette di comunicare via radio, via cavo o via cellulare dati salienti, relativi all'evento, tutelando la privacy del paziente;
- ⇒ Permette di sintetizzare le informazioni in modo tale da non occupare a lungo il canale di comunicazione;
- ⇒ Permette di uniformare le comunicazioni tra le varie componenti del Sistema di emergenza sanitaria 118

Essi sono:

- 1) Codice di gravità o criticità;
- 2) Codice di patologia prevalente;
- 3) Codice di luogo

CODICE DI PATOLOGIA PREVALENTE

Questo codice occupa la seconda posizione nel codice di intervento (dopo il codice di gravità) ed individua il tipo di patologia prevalente. Nel caso in cui siano presenti più patologie si deve assegnare un solo codice con riferimento ai sintomi clinicamente più importanti.

La tabella sottostante riporta il codice numerico di patologia e la relativa codifica



| CODICI S.U.E.S. 118 | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| CODICE DI URGENZA | | DESCRIZIONE | CODICI DI RIENTRO INTERVENTO | |
| | | | CODIFICA | TIPO DI PATOLOGIA |
| 0 CODICE BIANCO | Paziente rifiuta ospedalizzazione | CHARLIE 1 | TRAUMATICO | |
| | | CHARLIE 2 | CARDIOCIRCOLATORIO | |
| 1 CODICE VERDE | Paziente non critico | CHARLIE 3 | RESPIRATORIO | |
| | | CHARLIE 4 | NERVOSO | |
| 2 CODICE GIALLO | Paziente mediamente critico | CHARLIE 5 | PSICHIATRICO | |
| | | CHARLIE 6 | NEOPLASTICO | |
| 3 CODICE ROSSO | Paziente critico | CHARLIE 7 | INTOSSICAZIONE | |
| | | CHARLIE 8 | METABOLICO | |
| 4 CODICE NERO | Paziente deceduto | CHARLIE 9 | GASTROENTEROLOGICA | |
| | | CHARLIE 10 | UROLOGICA | |
| CODICE RADIO 209 | | | CHARLIE 11 | OCULISTICA |
| | | | CHARLIE 12 | OTORINOLARINGORIIATRA |
| NUMERO DI TELEFONO ABZ: 3346974334 | | | CHARLIE 13 | DERMATOLOGICA |
| | | | CHARLIE 14 | OSTETRICOGINECOLOGICA |
| SEQUENZA OPERATIVA Comunicare alla C.O. 1) Presenza equipaggio a bordo (209 In ABZ) 2) Arrivo sul TARGET 3) Partenza dal TARGET (<i>Indicare il CODICE DI RIENTRO</i>) 4) Arrivo al P.S. 5) Operatività di Fine Intervento (209 è OPERATIVA) 6) Chiudere la Scheda di Intervento (<i>Attendere che chiami la C.O.</i>) N.B. Per le comunicazioni con la C.O. USARE IL NUMERO VERDE | | | CHARLIE 15 | INFETTIVA |
| | | | CHARLIE 19 | ALTRA PATOLOGIA |
| | | | CHARLIE 20 | NON IDENTIFICATA |
| | | | | |

CRITICITA'/GRAVITA'

I due termini gravità e criticità non differiscono per il loro significato intrinseco in quanto entrambi esprimono il livello di gravità del paziente e più precisamente l'urgenza dell'intervento sanitario. I due termini differiscono per il momento e la modalità di assegnazione del codice. Il termine "codice di criticità" viene usato quando il livello di urgenza è assegnato dall'operatore di C.O.118 sulla base dell'informazioni ricevute telefonicamente nella richiesta di intervento: esso è pertanto "presuntivo".

In quanto tale è soggetto ad errore sia per inesatta comunicazione del testimone, che per opportunità di protocollo (in caso di dubbio, infatti, si sceglie di assegnare il codice maggiore gravità).

Con il termine "codice di gravità" si indica invece il livello di urgenza assegnato al paziente dal personale medico intervenuto sul luogo del soccorso o presente all'arrivo in ospedale.

La differenza fra i codici di criticità e di gravità può anche essere dovuta ad evoluzione del quadro clinico.



Il codice di criticità/gravità indica in modo standardizzato il livello di compromissione delle funzioni vitali (coscienza, circolo e respiro) del paziente ed è finalizzato principalmente alla gestione dell'intervento sanitario, definendo la priorità con cui deve essere erogato, rispetto ad altri interventi richiesti in contemporanea. Il codice di gravità utilizza i numeri da 0 a 4 codificandoli come riportato nella tabella. Le centrali operative 118 utilizzano come codice di criticità il colore, anch'esso riportato nella tabella con il corrispondente codice numerico di gravità.

E' evidente che il codice di gravità può variare nelle diverse fasi del soccorso (arrivo dell'ambulanza, trasporto in ospedale, chiusura dell'evento e consegna del paziente al personale ospedaliero)

CODICI DI INVIO (o di gravità)

⇒ **CODICE BIANCO**

- Non critico: l'intervento non necessita di tempi d'intervento brevi.
- Può essere necessaria l'attivazione del medico di base, o del pediatra, o del servizio di continuità assistenziale, o l'invio di ambulanza di tipo B.

N.B. Nei casi in cui la richiesta è mirata all'intervento del medico di continuità assistenziale, questa verrà trasferita alla sede territoriale, di competenza corredata delle generalità, indirizzo e numero di telefono del paziente.

⇒ **CODICE VERDE**

- Patologia poco critica che richiede un ricovero di elezione in tempi differibili.
- Parametri vitali conservati (respiro, circolo e coscienza)
- Assenza di rischio evolutivo
- Necessità di terapia
- Dispositivi di emergenza non attivati (sirena e lampeggianti)

⇒ **CODICE GIALLO**

- Patologia critica: intervento indifferibile
- Paziente senza compromissione delle funzioni vitali.
- Rischio evolutivo presente per danni funzionali
- Dispositivi di emergenza attivati
- Invio ambulanze tipo A

⇒ **CODICE ROSSO**

- Patologia molto critica
- Invio del MSA più vicino al luogo dell'evento
- L'operatore di centrale allerta il Pronto Soccorso di destinazione.



VALUTAZIONE CODICE DI RIENTRO

Codici di rientro: indicano la reale gravità dell'evento, constatata dall'equipe di soccorso sul posto e comunicata alla C.O. 118.

Il personale che sta effettuando il soccorso ha l'obbligo di :

- ⇒ Comunicare alla C.O. 118 l'arrivo sul posto;
- ⇒ Valutare il paziente e iniziare il primo trattamento sul posto;
- ⇒ Trasmettere eventuali richieste alla C.O. 118;
- ⇒ Comunicare il codice di rientro;
- ⇒ Trasportare il paziente presso il P.S. concordato con la C.O.118e assisterlo in itinere;
- ⇒ Comunicare la partenza dal posto;
- ⇒ Comunicare l'arrivo al P.S.;
- ⇒ Comunicare la disponibilità ad altri interventi;

I codici di rientro (gravità) relativi alla patologia del paziente coincidono con i codici di rientro relativi al trasporto in ambulanza. L'unica eccezione è rappresentata dal codice 0 seguito a rifiuto ospedalizzazione. In tal caso il codice 0 di rientro relativo al trasporto in ambulanza si differenzia dal codice di rientro (gravità) relativo alla patologia del paziente che ha rifiutato il ricovero in ospedale.

CODICE 0

La prestazione sanitaria non effettuata:

- ⇒ Nessuna patologia;
- ⇒ Rifiuta l'intervento
- ⇒ Scherzo
- ⇒ Non reperito
- ⇒ Chiamata annullata
- ⇒ Trattato sul posto;

CODICE 1

Patologia di lieve entità per la quale è richiesta solo la visita medica e/o trattamenti terapeutici differibili:

- ⇒ Ferito lieve
- ⇒ Escoriazioni
- ⇒ Frattura non scomposta
- ⇒ Trauma cranico non commotivo
- ⇒ Lipotimia con ripresa di coscienza senza altri sintomi
- ⇒ Crisi epilettiche risolte senza convulsioni in atto
- ⇒ Coliche (renali-epatiche-addominali)
- ⇒ Febbre (in paziente anziano)

CODICE 2

Patologia di media entità che necessita comunque di un approccio diagnostico-terapeutico in tempi definiti e indifferibili.



- ⇒ Fratture multiple o esposte
- ⇒ Frattura costale senza difficoltà respiratoria
- ⇒ Amputazione delle dita
- ⇒ Trauma vertebrale senza segni neurologici
- ⇒ Insufficienza respiratoria
- ⇒ Crisi anginosa
- ⇒ Ictus ischemico/emorragico senza segni di coma
- ⇒ Ferite profonde con interessamento dei tendini e/o dei muscoli e dei vasi.

CODICE 3

Patologia grave con compromissione di almeno una funzione vitale. Allertare la C.O. 118 affinché possa attivare il pronto soccorso di destinazione.

- ⇒ Trauma cranico con perdita di coscienza
- ⇒ Politrauma
- ⇒ Fratture con difficoltà respiratoria e segni di shock
- ⇒ Traumi vertebrali con segni neurologici
- ⇒ Ferite profonde con shock emorragico
- ⇒ Amputazione prossimale di arti
- ⇒ Insufficienza respiratoria grave
- ⇒ Ima
- ⇒ Perdita di coscienza – coma
- ⇒ Shock anafilattico – ipovolemico – settico
- ⇒ Ustione estese
- ⇒ Annegamento edema polmonare acuto
- ⇒ Dinamica maggiore

CODICE 4

Constatato decesso del paziente o decesso in itinere.

DECESSO PAZIENTI

Effettuare tutte le possibili manovre e terapie rianimatorie, eseguiti tutti gli accertamenti somatici e dei parametri necessari, il medico effettua la constatazione di decesso, definito come la perdita totale e permanente dei parametri vitali e ne annota l'ora sulla scheda medica di bordo.

In caso di decesso sul posto, il cadavere viene lasciato in loco avvisando se necessario parenti e forze dell'ordine.

In caso di decesso in ambulanza, questa prosegue per il P.S. stabilito con arrivo in codice "4".
Nei casi previsti per legge il medico redige la denuncia rapporto all'autorità giudiziaria.

INDICAZIONI AL TRASPORTO SECONDARIO

- ⇒ Trasferimento da strutture sanitarie inadeguate a strutture idonee.
- ⇒ Trasferimento in ospedali competenti per specialità
- ⇒ Necessità di eseguire ricerche diagnostiche o terapie particolari



⇒ Carenza di posti letto nei reparti specialistici

Le lesioni che possono essere stabilizzate nell'ospedale di primo ricovero devono essere trattate prima del trasporto.

Nell'esecuzione di trasporti secondari è importante una precisa valutazione nella necessità del trasporto e sul momento più opportuno per la esecuzione.

Obbiettivi fondamentali sono:

- Mantenimento di un'assistenza adeguata durante tutto il periodo al centro di destinazione, anticipando durante il trasporto la terapia necessaria alla cura della specifica patologia.
- Prevenzione delle possibili complicanze e capacità di affrontare con efficienza eventi patologici imprevisti.

Il medico del dipartimento di emergenza urgenza o dell'U.O. responsabile del trasferimento deve eseguire prima della partenza dall'ospedale un rigoroso bilancio delle condizioni del paziente ed ottenere una stabilizzazione il più possibile ottimale dei parametri emodinamici e respiratori.

Il medico del dipartimento di emergenza e/o il medico anestesista – rianimatore sono i più idonei per valutare ed individuare i degenti a rischio.

Una volta individuati i pazienti valuta attentamente se vi è la necessità di eseguire trattamenti particolari prima del trasporto o ulteriore stabilizzazione dei parametri emodinamici e respiratori.

In casi particolari (politrauma) si impiega affinché siano eseguiti gli esami diagnostici e le procedure necessarie.

Una volta che si sia deciso il trasporto, il personale sanitario accompagnerà il paziente a rischio.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA DEL TRASPORTO

Nella documentazione medica di trasferimento del paziente dovranno esserci registrati:

- ⇒ Dati anagrafici del paziente
- ⇒ Il motivo del trasporto
- ⇒ Il nome ed il riferimento telefonico del medico che ha disposto il trasferimento
- ⇒ Il nome del medico "trasportatore"
- ⇒ L'ora di inizio del trasporto, le condizioni cliniche del paziente al momento di inizio trasporto, i principali parametri clinici, i segni radiologici rilevati e la terapia effettuata;
- ⇒ Le notizie relative al monitoraggio in itinere del paziente (manovre rianimatorie, qualsiasi variazione clinica intercorsa durante il trasporto e procedure speciali adottate)
- ⇒ Le condizioni del paziente al momento in cui termina il trasporto
- ⇒ Il nome del medico dell'ospedale ricevente e precedentemente contatto;
- ⇒ Copia della scheda relativa al trasporto, che costituisce parte integrante della documentazione clinica del paziente trasferito.



COMUNICAZIONE CON I MEZZI DI SOCCORSO

I mezzi di soccorso coordinati delle C.O. 118 della Regione Sicilia sono muniti di apparati radio che permettono di trasmettere e di ricevere in tempo reale tutte le informazioni necessarie all'espletamento del soccorso.

Tenendo presente che il canale radio può essere impegnato esclusivamente da un apparato alla volta, e che questo non può essere interrotto finché non ha concluso il messaggio, le trasmissioni devono essere:

- Pertinenti – rispetto all'attività svolta
- Chiare – comprensibili a chi riceve
- Esaurienti – complete delle informazioni fondamentali
- Brevi – per non tenere impegnato a lungo il canale radio.

Il messaggio radio si diffonde attraverso delle onde elettromagnetiche lasciate libere di allontanarsi dalla loro sorgente (trasmittente) e quindi captabile da qualsiasi ricevitore.

Spesso capita che si lasci la radio aperta, in ricezione, durante la sosta del mezzo o durante gli interventi di soccorso. Ciò fa sì che tutte le persone presenti possano sentire le comunicazioni che avvengono nella rete di emergenza.

Gli argomenti trattati e l'immagine del S.U.E.S. 118 impongono un comportamento professionale da parte di tutti gli operatori, e quindi necessario la massima riservatezza.

ALFABETO FONETICO – I.C.A.O.

Un elemento che contribuisce a rendere uniforme nelle comunicazioni radio fra i vari operatori del sistema S.U.E.S. 118 è l'utilizzo dell'alfabeto fonetico I.C.A.O.

| | | | | | | | |
|----------|---------|----------|----------|----------|---------|----------|---------|
| A | ALFA | H | HOTEL | O | OSCAR | V | VICTOR |
| B | BRAVO | I | INDIA | P | PAPA | W | WHISKEY |
| C | CHARLIE | J | JULIETT | Q | QUEBEC | X | X-RAY |
| D | DELTA | K | KILO | R | ROMEO | Y | YANKEE |
| E | ECHO | L | LIMA | S | SIERRA | Z | ZULU |
| F | FOXTROT | M | MIKE | T | TANGO | | |
| G | GOLF | N | NOVEMBER | U | UNIFORM | | |

Poiché le comunicazioni devono essere trasmesse con stesso linguaggio, la costruzione delle frasi, dei codici, le sigle, la metodologia di chiamata devono essere standardizzate al massimo. Dall'allertamento del mezzo alla conclusione dell'intervento, è fondamentale garantire un flusso di informazioni bi – direzionali che consenta lo scambio costante di notizie ed informazioni necessarie sia all'equipe di soccorso che alla C.O. 118.

PROCEDURA PER LE COMUNICAZIONI RADIO

Per iniziare una comunicazione

Per iniziare una comunicazione, il chiamante pronuncia prima la sigla del terminale chiamato e dopo il proprio identificativo.

Es: se la C.O.118 ha chiamato l'ambulanza 209, questa risponderà: Avanti per la 209



Per rispondere alla chiamata

Il terminale confermerà di essere in ascolto e di essere pronto a ricevere il messaggio rispondendo: Avanti

Es: se la C.O.118 ha chiamato l'ambulanza 209, questa risponderà: Avanti per la 209.

Per alternarsi nelle comunicazioni

Al momento del passaggio delle comunicazioni fra le due componenti, pronunciare la parola: Cambio

Per riferire numeri a più cifre

I numeri con più cifre possono non essere compresi correttamente, quindi, dopo averli pronunciati, bisogna scandirli singolarmente.

Es. 209 deve essere pronunciata come due – zero – nove;

Per comunicare messaggi complessi o articolati

Messaggi contenenti nome, numeri o informazioni complesse vanno sempre ripetuti e riscontrati, non basta la semplice comunicazione di ricevuto, che va comunque dato in tutte le comunicazioni comprese.

Es. la C.O. 118 assegna un intervento all'ambulanza 209, codice rosso per incidente stradale sull'autostrada Palermo – Catania allo svincolo di Enna, direzione Catania – l'ambulanza risponde: Ricevuto dalla 209, codice rosso, autostrada Palermo – Catania, direzione Catania, svincolo Enna – stimato 15 primi – cambio.

La C.O. 118 risponde: Charlie Oscar conferma. Ricevuto stimato 15 primi.

Per formulare richieste/risposte

Nelle comunicazioni radio a volte è difficile capire se la frase contiene una richiesta o un'affermazione. In caso di domanda è quindi necessario utilizzare: interrogativo.

Le parole SI – NO possono perdersi nelle comunicazioni, è necessario quindi utilizzare: affermativo negativo.

Es. richiesta – il civico centotrentotto – uno – tre – otto.

Per lo spelling delle parole, usare l'alfabetico fonetico I.C.A.O.

Per dare precedenza alle comunicazioni urgenti

In caso di traffico elevato, chi chiede la priorità deve far precedere il suo messaggio dalla parola: Urgenza. Alla fine della comunicazione sarà dato il termine: Urgenza.

Per chiudere la comunicazione

Alla fine delle comunicazioni se non ci si aspetta altra richiesta da parte dell'interlocutore si conclude la chiamata con il termine: Chiudo

Da comunicare sempre

Se la comunicazione dell'intervento è effettuata dalla C.O. 118 via cavo:

⇒ Alla partenza l'equipe del mezzo di soccorso confermerà la partenza (Charlie Oscar la 209 in ABZ)



- ⇒ All'arrivo sul posto comunicherà l'arrivo sul posto (Charlie Oscar la 209 sul target)
- ⇒ Alla partenza per l'ospedale con paziente a bordo, comunicherà la ripartenza con il codice di rientro (Charlie Oscar la 209 parte dal Target con codice 02 Charlie 1)
- ⇒ All'arrivo in ospedale, comunicherà all'arrivo in P.S. (Charlie Oscar la 209 al P.S.)
- ⇒ Al termine del soccorso, dopo la registrazione del paziente in triage e al ripristino dei presidi in ambulanza, si comunicherà il fine intervento e la nuova operatività; (Charlie Oscar la 209 per fine intervento, nuovamente operativa)

Non è consentita la comunicazione diretta fra le radio sul territorio, se non espressamente autorizzate dalla C.O. 118. tutti gli equipaggi dei mezzi in servizio devono tenersi in contatto radio con la C.O. 118, essere sempre reperibili via cavo sia con linee telefoniche dirette sia tramite telefonia mobile.

Ogni comunicazione operativa deve essere trasmessa esclusivamente alla C.O.118 (Richiesta di intervento VV.FF. polizia ecc.)

Evitare di "personalizzare" le comunicazioni.

INTERVENTO CONGIUNTO AMBULANZA-ELISOCORSO

In caso di intervento primario dell'eliambulanza:

- I. Si invierà sempre, contestualmente, l'ambulanza competente per territorio, che, nei casi in cui giungerà prima sul luogo dell'evento, inizierà l'assistenza e comunicherà alla C.O. 118 l'eventuale invio di altri mezzi di soccorso o di assistenza (115/112/etc)
- II. Nelle zone coperte da ambulanze non medicalizzate, in contemporanea mezzo competente per mezzo competente per il territorio si invierà il M.S.A. più vicino;
- III. In caso di intervento primario richiesto da località di confine tra i due diversi bacini, le centrali operative interessate gestiranno d'intesa il soccorso inviando il mezzo più idoneo in relazione alla gravità e alla distanza; e sarà pertanto gestito dalla C.O. cui appartiene il mezzo.

N.B. – l'invio della risorsa di soccorso da parte della Centrale operativa sarà sempre e comunque in base alle risorse in dotazione al bacino, eventualmente la Centrale che gestisce l'evento potrà chiedere supporto alla Centrale di bacino più vicina al posto dell'accaduto.

POSIZIONAMENTO DEI MEZZI DI SOCCORSO SU GOMMA

E' fondamentale, al fine di garantire una rapida identificazione aerea del luogo dell'evento e della conseguente decisione sulla modalità di sbarco dell'equipe sanitaria (atterraggio o hovering), che l'ABZ osservi la procedura di attesa così come sotto elencata:

- ⇒ Posizionarsi in un luogo visibile dall'alto;
- ⇒ Lasciare i lampeggianti accesi;
- ⇒ Chiudere le porte;
- ⇒ Evitare lo stazionamento nell'area del possibile atterraggio;
- ⇒ Predisporsi a spostare l'ambulanza, per seguire l'elicottero nel punto di atterraggio deciso dal comandante;
- ⇒ Stare in ascolto radio per le comunicazioni da e per l'elicottero;



- ⇒ Considerare l'uso di fumogeni se richiesti dal comandante nel caso di difficoltà di reperimento del target;

Per l'incolumità di tutto il personale di soccorso non lasciare mai oggetti (indumenti personali, barella, lenzuola, teli, zaini di soccorso, ecc) nell'area prospiciente la zona di intervento dell'elisoccorso, ciò è estremamente pericoloso perché il materiale potrebbero essere aspirato dal flusso del rotore e provocare gravi danni.

CARATTERISTICHE DEL SITO IDONEO ALL'ATTEGGIO DELL'ELICOTTERO

- ⇒ Fondo piano e compatto
- ⇒ Libero da alberi e altri ostacoli aerei per almeno metri 20 x 20.
- ⇒ Avere un sentiero di avvicinamento/decollo sufficientemente sicuro.
- ⇒ Essere accessibile alla barella dell'ambulanza
- ⇒ Non avere nei pressi materiale leggero che possa essere sollevato dal flusso d'aria del rotore.

COSA FARE IN ATTESA DELL'ELICOTTERO

Se sul luogo dell'evento arriva prima l'ambulanza, bisogna comunicare, oltre alle notizie sanitarie, i dati che possono essere utili all'avvicinamento del velivolo:

- ⇒ Luogo esatto e punti ben identificabili dall'alto;
- ⇒ Ostacoli aerei e al suolo presenti nel posto previsto per l'atterraggio
- ⇒ Condizioni meteo

Nel caso in cui il punto di atterraggio non è ritenuto idoneo, viene stabilita con l'equipaggio la zona idonea ad effettuare il rendez-vous. Se ci sono problemi di comunicazioni radio, si può evidenziare la propria posizione con l'uso di fumogeni.

L'atterraggio su una strada transitabile impone il blocco del traffico ad adeguata distanza (25 m. per parte) nei due sensi di marcia in modo sicuro.

Occorre in oltre allontanare i curiosi dalla zona di atterraggio e raccogliere eventuale materiale leggero nelle vicinanze, chiudere accuratamente porte e finestrini dell'ambulanza, tenendo presente che in fase di atterraggio il rotore principale solleva una gran quantità di polvere e detriti.

In presenza di vento sostenuto, visto che l'elicottero deve atterrare con il vento di fronte, si può segnalare al pilota la direzione ponendosi di fianco alla zona di atterraggio, con le spalle alla direzione del vento e entrambe le braccia alzate. Una volta certi che il pilota abbia identificato il punto, si devono togliere eventuali segnali di fortuna usati. Il pilota inizia la discesa e si può segnalare sempre con le braccia: muovi avanti o indietro, muovi in basso o in alto, muovi a destra o sinistra e Sali o scendi.

Dopo l'atterraggio

Non muoversi, non avvicinarsi all'elicottero, aspettare che sia l'equipaggio a scendere quando sarà il momento. A rotori fermi si procede al posizionamento del paziente in elicottero; bisogna porre molta attenzione alla fase di avvicinamento e consegna del paziente all'equipaggio dell'elicottero quando persiste la necessità dei rotori in movimento. A tal proposito:

- ⇒ Seguire scrupolosamente le indicazioni che darà l'equipaggio.
Si consideri che la zona di avvicinamento e di allontanamento è solo quella relativa al campo visivo del pilota, e si estende dalla zona anteriore a metà circa dell'elicottero: è vietato avvicinarsi nella zona posteriore.
- ⇒ E' obbligatorio assumere la posizione chinata nel passare sotto il rotore principale, tenere ben fermi oggetti leggeri, inoltre è vietato saltare e/o caricare/scaricare zaini sulle spalle.

In qualsiasi circostanza, nel fare manovra con l'ambulanza, bisogna porre molta attenzione a non avvicinarsi troppo alle pale dell'elicottero.

Elicottero in fase di decollo

L'area deve essere mantenuta sgombra da oggetti che potrebbero venir sollevati dal flusso d'aria del rotore (bende, garze, sacchetti di plastica, ect), riposizionare la barella nel vano sanitario dell'ambulanza, chiudere portiere e finestrini. Le persone a terra devono rimanere a debita distanza dall'area di decollo.

CODICI KEMLER- ACCORDO EUROPEO RELATIVO AL TRASPORTO INTERNAZIONALE DI MERCI PERICOLOSE SU STRADA

Rappresenta un metodo codificato di identificazione delle sostanze pericolose viaggianti su strada o ferrovia. Le indicazioni fornite riguardano: dannosità alla salute del soccorritore, equipaggiamento minimo consigliato per la protezione dei soccorritori; precauzioni da prendere in attesa del Vigili del Fuoco. Ai sensi del DD.MM 25/2/86 e 21/3/86 la codifica delle materie pericolose è riportata su un pannello arancione (30 X 40 cm) apposto su cisterne e contenitori trasportati su strada. Su tali mezzi vengono collocati due tipi di cartelli segnaletici ovvero:



Pannello dei codici di pericolo
pericolo



Etichetta romboidale di

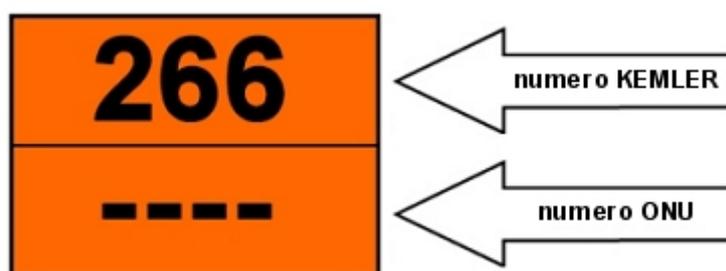
Cosa fare nel caso di incidente con presenza di sostanze chimiche:

- ⇒ Non avvicinarsi;

- ⇒ Allontanare i curiosi;
- ⇒ Portarsi, rispetto al carro o alla cisterna, sopravvento
- ⇒ Non fumare
- ⇒ Non provocare fiamme né scintille
- ⇒ Non toccare l'eventuale prodotto fuoriuscito
- ⇒ Non portare alla bocca mani o oggetti "contaminati"
- ⇒ Non camminare nelle pozze del prodotto liquido disperso
- ⇒ Contattare subito il 115 (Vigili del fuoco) tramite la C.O. 118

Pannello dei codici di pericolo

Il pannello dei codici di pericolo è di colore arancio ed ha forma rettangolare.



Al suo interno riporta due numeri:

1) Il codice di pericolo (numero kemler)

E' riportato nella parte superiore ed è formato da due o tre cifre:

La prima cifra indica il pericolo principale

La seconda e terza cifra indica il pericolo accessorio.

2) Il codice della materia (numero O.N.U.)

E' riportato nella parte inferiore ed è formato da quattro cifre



Pannello dei codici

| |
|-------------|
| 33 |
| 1088 |

| CODICE DI PERICOLO | |
|---|--|
| PERICOLO PRINCIPALE (prima cifra) | |
| 2 | Gas |
| 3 | Liquido infiammabile |
| 4 | Solido infiammabile |
| 5 | Materia comburente o perossido organico |
| 6 | Tossico |
| 8 | Corrosivo |
| PERICOLO ACCESSORIO (seconda e terza cifra) | |
| 1 | Esplosione |
| 2 | Emanazione Gas |
| 3 | Infiammabile |
| 5 | Comburente |
| 6 | Tossico |
| 8 | Corrosivo |
| 9 | Reazione violenta (decomposizione spontanea) |
| prime due cifre uguali | rafforzamento pericolo principale |
| seconda e terza cifra uguali | rafforzamento pericolo accessorio |
| numero preceduto da X | divieto di usare acqua |

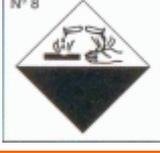


| CODICI KEMLER SOSTANZE PIU' COMUNI | | | |
|---|--------------------|-----------|--------------------------|
| N. | Descrizione | N. | Descrizione |
| 1001 | acetilene | 1223 | kerosene |
| 1005 | ammoniaca anidra | 1230 | alcool metilico |
| 1011 | butano | 1267 | petrolio |
| 1016 | ossido di carbonio | 1268 | olio lubrificanti motori |
| 1017 | cloro | 1381 | fosforo |
| 1027 | ciclopropano | 1402 | carburo di calcio |
| 1028 | freon 12 | 1428 | sodio |
| 1038 | etilene | 1547 | anilina |
| 1040 | ossido di etilene | 1613 | acido cianidrico |
| 1045 | fluoro | 1654 | nicotina |
| 1049 | idrogeno | 1680 | cianuro potassio |
| 1050 | acido cloridrico | 1710 | trielina |
| 1053 | acido solfidrico | 1779 | acido formico |
| 1072 | ossigeno | 1791 | ipoclorito di sodio |
| 1075 | gpl | 1805 | acido fosforico |
| 1076 | fosgene | 1823 | soda caustica |
| 1079 | anidride solforosa | 1869 | magnesio |
| 1089 | acetaldeide | 1888 | cloroformio |
| 1090 | acetone | 1971 | metano |
| 1114 | benzolo | 2015 | acqua ossigenata |
| 1134 | clorobenzene | 2209 | formaldeide |
| 1170 | alcool etilico | 2304 | naftalina |
| 1202 | gasolio | 2761 | ddt |
| 1203 | benzina | 9109 | solfo di rame |

Collocazione dei cartelli sui mezzi di trasporto

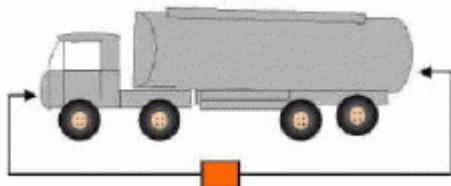
Di seguito vengono indicate le posizioni dei cartelli di pericolo sui mezzi di trasporto. Questa posizione è determinata dalle norme A.D.R. e vengono anche per i containers

| PANNELLI ROMBOIDALI | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|
| | | | | Esplosivi Esplosibili |
| | | | | Gas non tossici non infiammabili |
| | | | | Infiammabili (Gas o Liquidi) |
| | | | | Infiammabili (Solidi) |
| | | | | Accensione spontanea |
| | | | | Sviluppo di gas infiammabili a contatto con l'acqua |
| | | | | Comburenti (favoriscono l'incendio) |

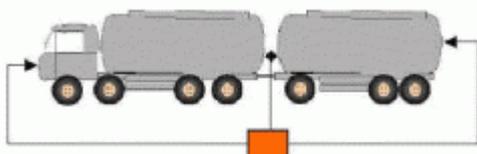
| | |
|---|---|
|  | <p>Tossici</p> |
|  | <p>Nocivi</p> |
|  | <p>Corrosivi</p> |
|  | <p>Radioattivi</p> |
|  | <p>Materie pericolose diverse</p> |
|  | <p>Rifiuti speciali tossici nocivi</p> |

COLLOCAZIONE DEI CARTELLI SUI MEZZI DI TRASPORTO

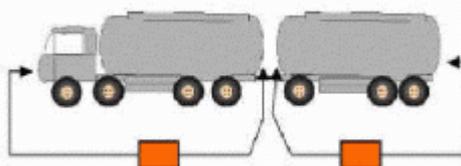
Di seguito vengono indicate le posizioni dei cartelli di pericolo sui mezzi di trasporto. Questa posizione è determinata dalle norme A.D.R. e valgono anche per i containers.



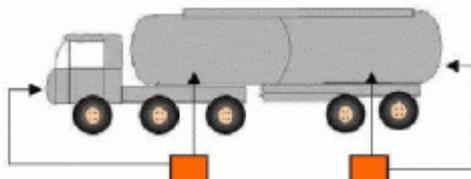
Cisterna montata su semirimorchio trasportante un'unica materia prima.



Cisterna a comparti separati montata su motrice o semirimorchio, trasportante nei vari comparti differenti materie pericolose.



Cisterna montata su semirimorchio trasportante un'unica materia prima.



Cisterna a comparti separati montata su motrice o semirimorchio, trasportante nei vari comparti differenti materie pericolose.



ECCEDEXENZA 118

Con il termine "eccedenza" si intende lo svolgimento di interventi occasionali che, a giudizio della C.O.118 competente per territorio, rivestano carattere di urgenza nell'economia complessiva del sistema urgenza/emergenza.

Le associazioni di volontariato che intendono far parte, devono preventivamente essere in possesso dei seguenti documentali requisiti:

- a) Essere in possesso di iscrizione al registro generale regionale delle organizzazioni di volontariato;
- b) Avere a disposizione efficienti mezzi di soccorso (MSA – MSB – Automediche) immatricolati per la prima volta da meno di sette anni, con una percorrenza non superiore ai 150.000 km. I succitati mezzi dovranno essere muniti della prescritta autorizzazione sanitaria verificata annualmente dalla ASP competente per territorio ai sensi della vigente circolare n.615 del 14 dicembre 1991;
- c) Avere personale volontario munito di attestato d'idoneità rilasciato dal direttore sanitario dell'associazione e ogni mezzo di soccorso dovrà essere dotato di due soccorritori, dei quali uno anche autista. Il personale da impiegare sulle ambulanze da utilizzare per le "eccedenze" dovrà essere munito di attestato BLS D – PBLIS D – PTC (FULL D e TSSA) e comunque in possesso di attestati e della relativa capacità operativa che dovranno essere preventivamente e con continuità verificati dalla C.O.118 competente per territorio;
- d) Le associazioni di volontariato inserite nell'elenco di cui all'art. 1 provvederanno a comunicare la propria disponibilità del turno di servizio al centro regionale di produzione (CRP) della S.E.U.S., indicando:
 - ⇒ La copertura delle ore di disponibilità
 - ⇒ La targa del mezzo che deve risultare fra quelli già resi disponibili dall'associazione;
 - ⇒ Il recapito del telefono cellulare presente sul mezzo ed adibito alle comunicazioni con la centrale operativa competente per territorio;

Le associazioni di volontariato inserite nell'elenco, nel periodo di tempo che si renderanno disponibili, garantiranno la partenza del mezzo entro 120 secondi dalla richiesta.

Sarà cura del CRP notificare alla centrale operativa la copertura territoriale giornaliera del servizio, entro le ore 09:00, di ciascun giorno, anche mediante sistemi informatici.

Le centrali operative 118 assicureranno alle associazioni di volontariato il rifornimento (tramite distretti sanitari delle ASP) dei farmaci ritenuti necessari e delle attrezzature di pronto uso che saranno cedute in comodato d'uso gratuito.

Nel corso del trasporto l'associazione di volontariato dovrà attenersi alle indicazioni impartite dalla C.O.118 di riferimento.

I trasporti devono essere effettuati seguendo il percorso più breve, salvo nei casi in cui la situazione oggettiva del traffico della viabilità consigli, in rapporto alle condizioni fisiche o di sicurezza del trasportato, la scelta di un percorso alternativo.



Per ogni intervento di soccorso l'equipe del mezzo di soccorso, ove non presente personale SUES 118, deve compilare la "relazione di soccorso".

L'associazione di volontariato ha il divieto di ricevere e gestire in proprio le chiamate di soccorso sanitario di urgenza/emergenza e quindi dovrà attivarsi affinché l'utenza si rivolga direttamente al "118"; ha altresì il divieto di pubblicizzare il proprio recapito telefonico come interlocutore diretto per l'urgenza sanitaria.

Il ripristino, la pulizia e l'eventuale disinfezione e sanificazione del mezzo, dopo l'avvenuto affidamento del paziente al personale del Pronto Soccorso, devono essere effettuati in tempi adeguati, anche in relazione a specifiche situazioni (es. epidemie, pandemie, allerta NBCR). Qualora le suddette operazioni non fossero possibili nella struttura sanitaria di destinazione o in altro luogo dove è stata eseguita la missione, le modalità e i tempi per il ripristino del mezzo saranno concordati con la SEUS Scpa che ne curerà l'esecuzione³.

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 i dati che saranno forniti all'associazione di volontariato dalla C.O. 118 di riferimento, dovranno essere trattati nel rispetto delle disposizioni vigenti ed utilizzati unicamente per l'espletamento delle prestazioni richieste.

COMPOSIZIONE E COMPITI DELL'EQUIPAGGIO

L'equipaggio minimo di un'ambulanza che svolge servizio di eccedenza è di due soccorritori: un autista e un barelliere. Questo è anche il numero minimo di solito previsto dalle convenzioni con le varie strutture sanitarie. Tenuto conto comunque che movimentare un paziente in soli due operatori può essere difficile, si cerca di formare equipaggi di 3 persone.

Le ambulanze targate CRI possono essere guidate unicamente da un autista in possesso dell'apposita patente (non è quindi sufficiente la comune patente "civile"). Il soccorritore più esperto svolgerà il ruolo di Capo equipaggio, coordinando gli altri soccorritori. L'eventuale tirocinante dovrà essere in soprannumero rispetto all'equipaggio di base, ovvero sarà il terzo o il quarto (ove previsto). Mentre l'autista è incaricato di condurre l'ambulanza, compito degli altri operatori è quello di assicurare nel vano sanitario la massima assistenza durante il trasporto per il paziente a loro affidato.

Buona norma per l'equipaggio di un mezzo di soccorso è trovarsi in sede per controllare l'ambulanza almeno mezz'ora prima dell'inizio del turno o della partenza. La Check List assume particolare importanza nei servizi di emergenza. Un impianto per ossigenoterapia non funzionante o con le bombole scariche può comportare conseguenze anche estreme per le persone che dovremmo soccorrere. Lo stesso vale per le altre strumentazioni o dotazioni presenti in ambulanza. Ad inizio quindi è indispensabile controllare in maniera sistematica l'ambulanza e integrare il materiale eventualmente mancante. Al termine del servizio sarà compito dell'equipaggio smontare, reintegrare il materiale utilizzato e lasciare l'ambulanza pulita e in ordine. Questo però non toglie all'equipaggio montante la responsabilità di controllare nuovamente il mezzo: è anche un ottimo sistema per memorizzare la posizione dei vari presidi presenti nell'ambulanza. Teniamo inoltre sempre presente il fatto che qualsiasi ambulanza è diversa dalle altre per allestimento interno, e spesso anche per disposizione del materiale sanitario. Le stesse barelle e attrezzature varie differiscono tra un modello e l'altro per una serie di particolari a volte insignificanti, a volte invece fondamentali. Un semplice controllo a inizio servizio ci evita anche spiacevoli brutte figure.



LA COMPILAZIONE DELLA MODULISTICA

L'autista dell'ambulanza è tenuto a compilare per ogni servizio un "foglio di viaggio" che attesti chi guidava il mezzo, in che tempi e perché percorso, oltre che il tipo di servizio. È indispensabile per la fatturazione dei costi del servizio, che verrà curata poi dall'amministrazione. Inoltre sarebbe opportuno che compilasse un registro del mezzo all'inizio del servizio, per verificarne l'efficienza e l'integrità.

I soccorritori invece sono tenuti a raccogliere i dati del paziente trasportato e la richiesta del servizio (per esempio secondario).

Nel caso di interventi in regime di "eccedenza", va compilato anche un modulo "scheda di intervento" con i dati del paziente, i parametri e/o lesioni riscontrate e le manovre di soccorso messe in atto (es. ossigenoterapia, o immobilizzazione con collare cervicale). Questo modulo va consegnato al referente poiché provvedere al caricamento dei dati.

PREPARAZIONE DEL MEZZO DI SOCCORSO E TERMINE DEL SOCCORSO

Controllo del materiale e delle dotazioni (Check List)

L'equipaggio dell'automezzo è responsabile del materiale sanitario presente e pertanto, se al momento dell'intervento in emergenza, si scopre che l'automezzo non è dotato di tutti quei presidi sanitari stabiliti nel regolamento interno dell'associazione, la responsabilità, civile e penale, di questa inefficienza ricade sull'equipaggio. Per questo motivo è indispensabile ricordare che prima di partire per un'emergenza, ma anche per i semplici servizi non urgenti, è assolutamente necessario controllare, visto che nessuno lo garantisce a priori, che l'automezzo sia dotato di tutto il materiale previsto dal regolamento. È buona cosa effettuare il controllo del mezzo, delle apparecchiature presenti nonché nello zaino d'emergenza indossando guanti protettivi, sempre per garantire la propria autoprotezione.

Pulizia

L'igiene della cellula sanitaria è una garanzia indispensabile sia per il trasportato sia per i membri dell'equipaggio. Dopo ogni servizio di emergenza, e soprattutto nel caso in cui sia stata verificata la presenza di un qualsiasi liquido organico, è dovere di ogni volontario rientrare in sede per effettuare la pulizia accurata e completa (con relativa disinfezione) di tutto l'automezzo. Si consiglia di adottare questa procedura anche nel caso in cui si effettuino dei servizi che presentino patologie infettive contagiose.

Principi generali di pulizia

Il sistema più semplice e valido per ottenere la riduzione della carica microbica e per favorire un intimo contatto tra la superficie da trattare ed il disinfettante applicato successivamente, è lo sfregamento con acqua e detergente.

- Adottare sistemi di pulizia "ad umido" per la rimozione di polvere e/o sporcizia
- Iniziare a pulire dalla parte più pulita verso quella sporca
- Proteggere le mani con guanti in gomma ed indossare indumenti protettivi quando richiesto.

I materiali non monouso dopo l'uso vanno lavati, disinfettati, asciugati e conservati asciutti, in luogo pulito e dedicato.



Modalità di pulizia dell'ambulanza

- Allestire i due secchi, quello blu con acqua pulita, quello rosso con acqua più soluzione detergente.
- Indossare i guanti
- Rimuovere la biancheria sporca, raccogliere e gettare negli appositi contenitori di rifiuti ed il materiale usato
- Con panno o spugna imbevuta di soluzione detergente lavare il materassino, il cuscino della barella, tutte le suppellettili, le superfici interne, e le attrezzature dell'ambulanza facendo attenzione agli elettromedicali;
- Passare il panno lavasciuga per sciacquare ed asciugare le superfici precedentemente trattate;
- Detergere il pavimento;
- Vuotare l'acqua dai due secchi lavarli ed asciugarli;
- Detergere le spugne e i panni multiuso e disinfettarli tramite immersione in soluzione;
- Lavarsi accuratamente ed abbondantemente le mani dopo qualsiasi servizio

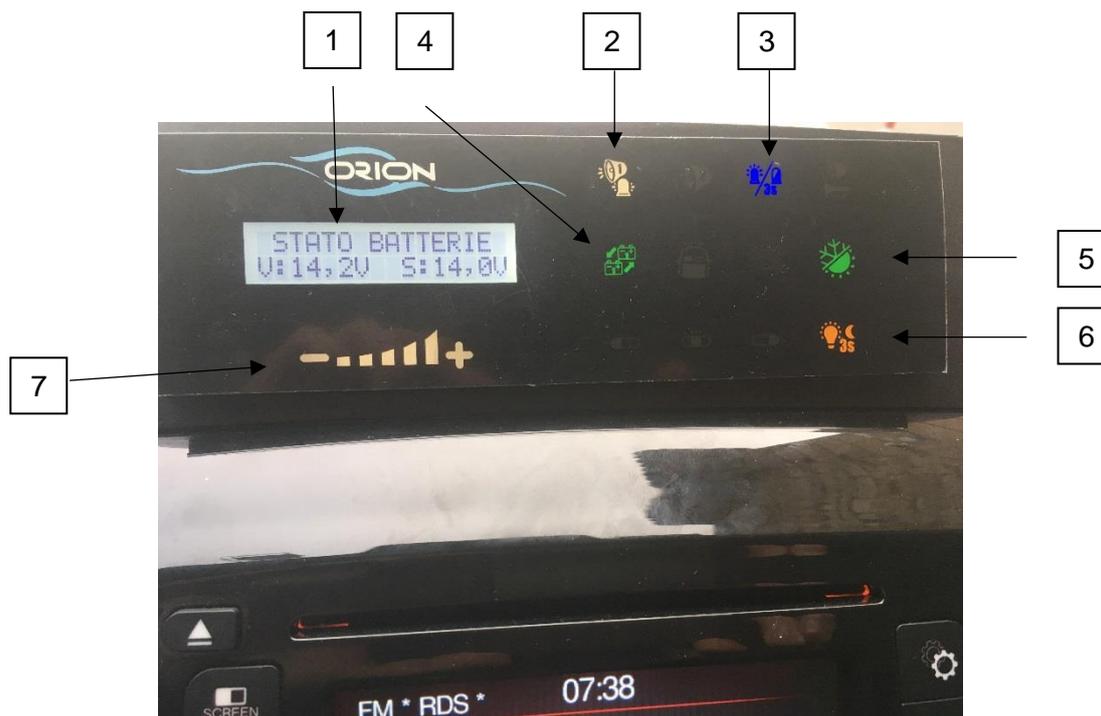
Pulizia in presenza di liquidi biologici

- Usando i DPI previsti, per prima cosa detergere la superficie
- Applicare poi il disinfettante nella concentrazione prevista e lasciare agire per i tempi indicati
- Rimuovere il disinfettante e lavare con detergente, pe poi asciugare;

Prima di applicare il disinfettante su una superficie, la stessa e deve essere asciugata per evitare la diluizione del prodotto. Dopo aver disinfettato, non risciacquare e asciugare subito la superficie, al fine di consentire al disinfettante di svolgere la sua azione "residua".

AMBULANZA CRI 308AF
CARATTERISTICHE VANO GUIDA

Centralina Comandi:



- 1. Display di stato:**
Indica il livello di carica delle due batterie in dotazione, inoltre vi appariranno avvisi di portiere e gradini aperti, messaggi di andatura (lenta/veloce), intensità luminosa dei led vano sanitario e la temperatura del climatizzatore del vano sanitario
- 2. Tasto segnale bitonale di emergenza**
Attivazione/Disattivazione segnale acustico bitonale di emergenza
- 3. Tasto attivazione lampeggianti blu**
Attivazione/disattivazione delle luci blu lampeggianti principali, tocco prolungato (3 sec) attivazione/disattivazione luci di crociera
- 4. Tasto avvio con batteria supplementare**
“Pulsante per avviamento di emergenza” azionandolo, vengono collegate in parallelo le batterie vano sanitario e vano motore al fine di permettere la messa in moto in caso di avaria della batteria del vano motore, tale funzione resta attiva automaticamente per 15 secondi.

5. Tasto avvio clima vano sanitario

Pulsante per l'attivazione/disattivazione del clima del vano sanitario. breve pressione vi è l'accensione con la possibilità di modifica (tramite i tasti 7) di aumentare o diminuire la temperatura di confort

6. Tasto illuminazione principale vano sanitario

Attivazione/Disattivazione luce principale del vano sanitario, se il tasto viene premuto per 3 sec verrà accesa la luce notturna

7. Tasti secondari

I seguenti pulsanti servono per aumentare/diminuire la temperatura di confort nel vano sanitario e aumentare/diminuire l'intensità luminosa dell'illuminazione del vano sanitario.

Il sistema prevede inoltre sul cruscotto del vano guida, la presenza di un deviatore a tre posizioni:

- POSIZIONE "OFF": Le centraline di gestione vengono disalimentate, con lo scopo di ridurre l'assorbimento di corrente dalla batteria, funzione molto utile nel caso di soste prolungate del mezzo, si raccomanda di non attuare mai questa posizione in corso di espletamento di servizi emergenziali;
- POSIZIONE "ON": Il sistema è attivo, le centraline alimentate, si può accedere a tutte le funzioni presenti nel vano sanitario e nel vano guida.
- POSIZIONE "EM": Permette in caso di avaria dell'intero sistema, di alimentare direttamente le funzioni necessarie al completamento di un intervento, le funzioni che si attivano contemporaneamente sono: lampeggianti, sirena, luci vano sanitario, pompe di aspirazione e prese 12V sanitario.

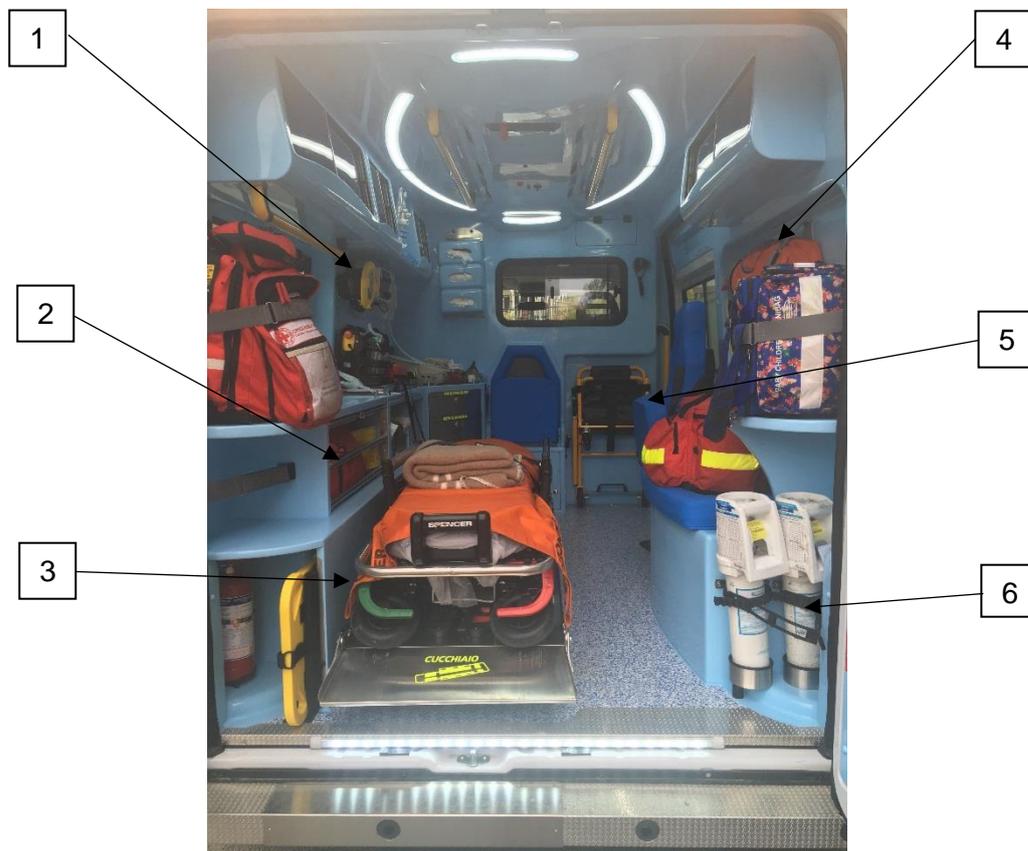


FARO BRANDEGGIANTE



Fare brandeggiante, Elis, elettrico telecomandato

CARATTERISTICHE VANO SANITARIO



1. Sfigmomanometro da parete aneroide BUMPER girevole Spencer
2. Alloggiamento per materasso a depressione
3. Barella autocaricante Spencer Carrera T TEC 10 G, telaio cromo.
4. Alloggiamento materiale con pannello sagomato per alloggiamento di tavola spinale pediatrica e steccobende spencer blue sprint
5. Sedia portantina fabbricata in alluminio con 4 ruote (due ruotanti)
6. Alloggiamento bombole di ossigeno portatili da 2 lt. con idoneo sistema di ancoraggio.



1. Pulsante che permette l'apertura del portellone a 180°



1. Barra erogazione gas medica completa di N.3 prese erogazione ossigeno (UNI 9507) con innesto rapido, N. 1 scambiatore manuale, N. 1 manometro per la visualizzazione della quantità di gas presente all'interno della bombola selezionata.

Si ricorda la formula per determinare i minuti residui di autonomia del gas medicale in dotazione:

$$\frac{\text{Pressione (bar)} \times \text{capacità della bombola (Lt)}}{\text{Erogazione (Lt/min)}}$$

2. Spencer 170 è un apparecchio di supporto alla respirazione di tipo volumetrico, controllato elettronicamente, in grado di erogare due diverse concentrazioni di gas medicale con una sola fonte di alimentazione gassosa, dotato di dispositivi di sicurezza in grado di sorvegliare alcuni dei principali parametri della respirazione. La gamma di volumi e frequenze respiratorie ed il sistema di monitoraggio per la sicurezza del paziente, permette il suo impiego sia in pazienti adulti che bambini
3. Aspiratore portatile Spencer AmbuJet 1000 ml con vaso monouso, con supporto per fissaggio a parete con ricarica automatica.
4. Aspiratore fisso di secreti elettrico OB 500 LINEAR con varo SERRES, dotato di pompa aspirante a doppio pistone, funzionante con i 12V del mezzo e dotato di moduli per la regolazione della depressione. Completo di manometro a doppia scala per il controllo

dell'aspirazione. Ha un vaso di raccolta secreti monouso da 1000ml completo di filtro antibatterico, valvola di troppo pieno e relativo supporto di ancoraggio a parete.

5. Defibrillatore manuale + cavo ECG

CENTRALINA COMANDI VANO SANITARIO



Tasto illuminazione principale vano sanitario
Attivazione/Disattivazione luce principale del vano sanitario



Tasto illuminazione notturna vano sanitari
Attivazione/Disattivazione luce notturna del vano sanitario



Tasto illuminazione led pensili
Attivazione/Disattivazione luce all'interno dei pensili



Tasto illuminazione porte e zona di carico
Attivazione/Disattivazione automatica delle luci led dei portelloni posteriori e laterale ed illuminazione zona di carico



Tasto illuminazione porte e zona di carico
Attivazione/Disattivazione automatica delle luci led dei portelloni posteriori e laterale ed illuminazione zona di carico



Tasto Inverter
Attivazione/Disattivazione dell'inverter che abilita le prese 230V (solo a motore acceso)



Tasto avvio clima vano sanitario
Pulsante per l'attivazione/disattivazione del clima del vano sanitario



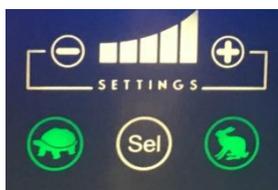
Tasto aspiratore fisso
Pulsante per l'attivazione/disattivazione della pompa per l'impianto di aspirazione dei secreti



Tasto pedana
Attivazione/Disattivazione della pedana laterale in caso di apertura del portellone laterale



Tasto ventole
Pulsante per le regolazione delle velocità dell'impianto di climatizzazione, ventilazione ed aspirazione del vano sanitario



Tasti secondari

I pulsanti lepre/tartaruga servono per comunicare l'andatura di marcia all'autista

I pulsanti +/- servono per la regolazione dell'intensità luminosa dei led, e per regolare la velocità della ventola di aspirazione/ventilazione



Display di stato:

Indica il livello di carica delle due batterie in dotazione, inoltre vi appariranno avvisi di portiere e gradini aperti, intensità luminosa dei led vano sanitario e la temperatura interna del vano sanitario, data ed ora

SISTEMA DI SANIFICAZIONE



Sterilizzatore: saniozon Orion 500: installato al soffitto di un impianto di sanificatore dell'ambiente tramite impianto di ozonizzazione con relativo timer di spegnimento. Il sistema funziona esclusivamente a motore spento a 12V e riesce ad abbattere la carica batterica all'interno dell'ambulanza in soli 30 minuti, con possibilità di interruzione in ogni momento. All'apertura delle portiere viene ripristinato la normale quantità di ossigeno presente nell'aria. L'impianto non ha bisogno di alcuna manutenzione né di ricambi e non lascia alcun tipo di residuo all'interno dell'ambulanza. L'apparecchio dispone anche di un dispositivo acustico e luminoso di visualizzazione dell'apparecchio in funzione.

SI RACCOMANDA IL PERSONALE SANITARIO DI NON SOSTARE ALL'INTERNO DEL MEZZO (VANO GUIDA E SANITARIO) DURANTE LA DISINFESTAZIONE