

ME	PTE- BROLO (ME)	Presidio ospedaliero posto ad una distanza maggiore a 20'	Medio
ME	PTE - CAPO D'ORLANDO (ME)	Presidio ospedaliero posto ad una distanza maggiore a 20'	Medio
ME	PTE - S. STEFANO DI CAMASTRA (ME)	Presidio ospedaliero posto ad una distanza maggiore a 20''	Medio
SR	PTE - PALAZZOLO ACREIDE (SR)	Presidio ospedaliero posto ad una distanza maggiore a 20''	Medio
SR	PTE - ROSOLINI (SR)	Presidio ospedaliero posto ad una distanza maggiore a 20'	Medio
TP	PTE - FAVIGNANA (TP)	Presidio territoriale di emergenza presente in Isola Minori	Medio
TP	PTE - SAN VITO LO CAPO (TP)	Presidio ospedaliero posto ad una distanza maggiore a 20''	Medio
TP	PTE - SALEMI (TP)	Presidio ospedaliero posto ad una distanza maggiore a 20'	Medio

Infine sono stati classificati come presidi ad impatto alto quei presidi territoriali d'emergenza ove sono presenti almeno due indicatori di criticità. Gli stessi, riportati in allegato 5 sono elencati di seguito.

PROV.	SEDE PTE	1° CRITERIO PER IL MANTENIMENTO IN DEROGA	2° CRITERIO PER IL MANTENIMENTO IN DEROGA	Tipo impatto
CT	PTE - MINEO (CT)	Presidio ospedaliero posto ad una distanza maggiore a 20'	Presenza C.A.R.A. Mineo	Alto
CT	PTE - LINGUAGLOSSA (CT)	Presidio ospedaliero posto ad una distanza maggiore a 20'	Località turistica	Alto
ME	PTE - FRANCAVILLA DI SICILIA (ME)	Presidio ospedaliero posto ad una distanza maggiore a 20'	zona con particolari difficoltà viarie di accesso	Alto
ME	PTE- NOVARA DI SICILIA (ME)	Presidio ospedaliero posto ad una distanza maggiore a 20'	zona con particolari difficoltà viarie di accesso	Alto
ME	PTE - SAN PIERO PATTI (ME)	Presidio ospedaliero posto ad una distanza maggiore a 20'	zona con particolari difficoltà viarie di accesso	Alto
ME	PTE- SALINA (ME)	Presidio territoriale di emergenza presente in Isola Minori	Presidio ospedaliero posto ad una distanza maggiore a 20'	Alto

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 alla 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.

L'articolo 14 del D.P.R. n. 128 recita: "accertata la necessità del ricovero, questo non può essere rifiutato. In caso di mancanza di posti o per qualsiasi altro motivo che impedisca il ricovero, lo stesso ospedale, apprestati gli eventuali interventi d'urgenza, assicura, a mezzo di propria ambulanza e se necessario con adeguata assistenza medica, il trasporto dell'infermo in altro ospedale".

Inoltre, il potere demandato ad un medico di decidere sulla necessità del ricovero o sulla destinazione dell'ammalato non può prescindere dal formulare una diagnosi o comunque di accertare le reali condizioni di chi ha chiesto il soccorso. Il rifiuto di effettuare una visita medica quindi non configura una valutazione discrezionale del medico ma un'omissione di atti d'ufficio.

Copia della scheda di intervento deve sempre essere consegnata al personale del Pronto soccorso, mentre la matrice di tale scheda sarà archiviata in C.O. 118.

La consegna del paziente alla figura sanitaria delegata alla ricezione e al triage deve essere effettuata nei 15 minuti previsti dalle indicazioni emanate dall'Assessorato della sanità della Regione siciliana.

Per tempi di attesa più lunghi è obbligo compilare apposita scheda (vedi allegato) da inviare via fax alla C.O. di riferimento.

#### Corretta compilazione e archiviazione della documentazione

"Una buona qualità della documentazione clinica riflette una buona qualità dell'assistenza".

Una documentazione correttamente compilata è utile per:

- provvedere ad una esauriente consegna ad altri membri dell'equipe e del P. S., ai fini di una buona comunicazione e della prosecuzione delle cure del paziente;
  - disporre di riscontri oggettivi, a scopo anamnestico o per poter riferire, in ogni sede, in modo corretto, su fatti avvenuti in precedenza o su dettagli che possono essere stati dimenticati;
  - tutelare legalmente in caso di contrasti e poter evidenziare le decisioni e l'assistenza prestata.
- Bisogna inoltre ricordare di:
- valutare e descrivere negli scenari di trauma gli aspetti dinamico-situazionali;
  - registrare i segni vitali e i principali parametri di valutazione adottati in emergenza (glasgow coma scale, revised trauma score);
  - registrare i dati anamnestici ed obiettivi;
  - documentare la coerenza tra diagnosi effettuata e disposizione data;
  - esaminare l'eventuale documentazione sanitaria in possesso del paziente;
  - descrivere in modo esauriente le condizioni del paziente al momento della consegna in Pronto soccorso o in DEA.

#### 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 al 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.

Nessuna notizia riguardo l'intervento eseguito e il successivo ricovero va invece data a terzi.

#### 118 e medico di continuità assistenziale

Il servizio di continuità assistenziale è svolto da personale medico ed è attivo dalle ore 10,00 del giorno prefestivo alle ore 8,00 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20,00 alle ore 8,00 di tutti i giorni feriali.

L'operatore di Centrale applica il protocollo di intervista telefonica a qualunque paziente si rivolga al S.U.E.S. 118 per necessità sanitarie e contatta la guardia medica nei seguenti casi:

- evento medico in assenza di compromissione delle funzioni vitali (coscienza, respiro, circolo) ed in assenza di dolore cardiaco tipico o atipico;
  - decesso del paziente;
  - in casi eccezionali, codice rosso e assenza di ambulanza medicalizzata, si può avanzare richiesta di intervento in supporto a MSB.
- Il medico di continuità assistenziale non deve essere contattato:
- per gli eventi traumatici;
  - per gli eventi di carattere medico che richiedano il ricovero ospedaliero a breve termine;
  - esecuzione di accertamenti diagnostici;
  - somministrazione di farmaci dell'emergenza.

L'operatore di C.O. 118 comunica al medico di continuità assistenziale:

- 1) il nominativo;
- 2) l'indirizzo;
- 3) il numero telefonico del paziente;
- 4) le notizie sanitarie raccolte.

La C.O. 118 presta al medico di continuità assistenziale, se richiesti, l'assistenza cartografica ed altri supporti logistici.