

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1298 del 16 agosto 2017

Adozione, in fase sperimentale, del Sistema di Dispatch Regionale per l'Emergenza per le Centrali Operative SUEM 118.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Con il provvedimento viene adottato, in fase sperimentale, un sistema unificato per la definizione della priorità di intervento per ciascuna richiesta di soccorso, da applicare presso tutte le Centrali Operative del SUEM 118 al fine di ottenere una risposta corretta ed omogenea.

L'Assessore Manuela Lanzarin riferisce quanto segue.

Con il DPR 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" è stato istituito il numero unico nazionale per l'emergenza sanitaria "118", che fa riferimento ad una centrale operativa che garantisce il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento; il DPR prevede che "la Centrale Operativa si avvale di personale infermieristico adeguatamente addestrato nonché di competenze mediche di appoggio" e che "la responsabilità operativa è affidata al personale infermieristico professionale della centrale, nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile."

Con la deliberazione n. 1179 del 28 marzo 2000 la Giunta Regionale ha identificato sette Centrali Operative (CO) del SUEM, una per ciascuna delle province della Regione, ed ha previsto che "al personale infermieristico (...) è affidata la gestione delle chiamate della centrale 24 ore su 24, nell'ambito di protocolli decisi dal medico responsabile della C.O. In particolare l'infermiere di Centrale (operatore) dovrà identificare il livello apparente di gravità dell'evento segnalato (grado di urgenza), la motivazione medica apparentemente dominante e la complessità organizzativa dell'intervento in relazione al numero dei soggetti da assistere, classificando la chiamata e la risposta secondo il sistema di codifica definitivo dal Ministero della Sanità". Il livello di gravità dell'evento e la conseguente priorità di intervento sono classificati con un apposito codice colore (rosso, giallo, verde, bianco), giusto quanto previsto dal Decreto Ministeriale 15 maggio 1992, "Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza".

Come previsto dalla vigente normativa, presso ciascuna delle CO della Regione il Direttore ha elaborato i protocolli impiegati dagli infermieri che gestiscono le richieste di soccorso; il referente dell'Area Sistema SUEM 118 del Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza (CREU) ha ritenuto opportuno, al fine di garantire l'uniformità della risposta a livello regionale, istituire un gruppo di lavoro con l'incarico di sviluppare uno strumento unico a livello regionale per l'attività di *Dispatch* (ovvero di gestione e classificazione delle chiamate) in grado di garantire omogenei ed adeguati livelli di qualità e di sicurezza sia per gli utenti che per gli operatori che processano le richieste di soccorso.

Il sistema stato è sviluppato tenendo conto delle evidenze disponibili in letteratura, delle principali esperienze a livello locale, nazionale ed internazionale, dei dati di attività del sistema e della specifica struttura organizzativa del SUEM regionale. Nell'impianto si è tenuto in considerazione il principio della prudente amministrazione delle risorse: se da un lato la Centrale Operativa deve garantire una immediata risposta agli utenti in condizioni critiche, dall'altro deve anche cercare di evitare di destinare le risorse ad utenti che non ne hanno necessità. Un utilizzo incongruo delle risorse porterebbe infatti sia al rischio di una scopertura del territorio, sia ad un inutile aumento dei rischi derivanti dal movimento dei mezzi in emergenza, che costituiscono comunque un pericolo per gli utenti della strada, oltre che per il personale a bordo.

In quest'ottica il processo di Dispatch eseguito dall'operatore può esitare in un intervento, classificato con un codice di priorità, nel rinvio dell'utente al medico di Medicina Generale o di Continuità Assistenziale o nell'erogazione di un consiglio. La gestione della chiamata e la definizione della risposta sono compito dell'infermiere operatore di CO, il quale si avvarrà del supporto del medico in tutti i casi in cui è previsto dai protocolli e dalle procedure, nonché in casi particolarmente complessi.

Il gruppo di lavoro istituito dal CREU ha elaborato un documento che definisce la struttura del nuovo sistema di Dispatch e le modalità di predisposizione delle procedure, successivamente condiviso con tutti i Direttori di Centrale Operativa SUEM.

Condividendo quanto elaborato dal citato gruppo di lavoro, si propone di approvare il documento "Struttura del sistema di Dispatch Regionale per l'Emergenza - DiRE", di cui all'**Allegato A** parte integrante del presente provvedimento.

Si demanda ad un decreto del Direttore della Direzione competente l'approvazione del protocollo contenente in dettaglio le procedure operative, vista la natura tecnica delle stesse.

Inoltre, considerato che lo strumento per il Dispatch deve essere dinamico ed essere sottoposto a periodici aggiornamenti sulla base dell'evoluzione dei dati epidemiologici e delle evidenze scientifiche, si propone di istituire presso il CREU un comitato, composto da un medico ed un infermiere per ciascuna CO 118 della Regione, nominati dal Direttore della stessa. Il comitato sarà coordinato da uno dei componenti individuato dal Responsabile dell'Area Sistema SUEM 118 del CREU ed avrà i seguenti compiti:

- proporre un percorso formativo per l'aggiornamento del personale già addetto alla ricezione delle chiamate e del personale di nuovo inserimento utilizzando i sistemi di simulazione avanzata del SIFARV
- valutare periodicamente l'efficacia del sistema
- proporre modifiche ed aggiornamenti delle schede del sistema DiRE.

Agli eventuali aggiornamenti del protocollo, una volta approvato dai Direttori delle CO, provvederà con proprio decreto il Direttore della Direzione competente.

Il sistema di Dispatch Regionale per l'Emergenza - DiRE di cui al presente atto viene attivato in fase sperimentale per la durata di un anno al fine di consentire una puntuale valutazione dello stesso.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO il DPR del 27.3.1992, "Atto d'indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza";

VISTO il DM 15.5.1992, "Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza";

VISTA la propria deliberazione n. 1179 del 28 marzo 2000;

VISTO l'articolo 2, comma 2, della Legge Regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di approvare il documento "Struttura del Sistema di Dispatch Regionale per l'Emergenza sanitaria - DiRE", di cui all'**Allegato A** parte integrante del presente atto;
2. di stabilire che il sistema di Dispatch Regionale per l'Emergenza - DiRE di cui al presente atto viene attivato in fase sperimentale per la durata di un anno;
3. di incaricare la Direzione Programmazione Sanitaria di ogni ulteriore provvedimento volto all'attuazione della presente deliberazione;
4. di approvare le disposizioni ed i principi contenuti in premessa e non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spese a carico del bilancio regionale;
6. di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.



Struttura del sistema di Dispatch Regionale per l’Emergenza DiRE

Premessa

Come illustrato in dettaglio nei paragrafi successivi, il documento nasce dall’esigenza di adottare uno strumento che garantisca l’uniformità della risposta a livello regionale, unitamente ad adeguati livelli di qualità e di sicurezza sia per gli utenti che per gli operatori che processano le richieste di soccorso.

Il sistema è sviluppato tenendo conto delle evidenze disponibili in letteratura, delle principali esperienze a livello locale, nazionale ed internazionale, dei dati di attività disponibili.

Nell’impianto del sistema è tenuto in considerazione il principio della prudente amministrazione delle risorse: se da un lato la Centrale Operativa deve garantire una immediata risposta agli utenti in condizioni critiche, dall’altro deve anche cercare di evitare di destinare le risorse ad utenti che non ne hanno necessità. Un utilizzo incongruo delle risorse porterebbe infatti sia al rischio di una scoperta del territorio, sia ad un inutile aumento dei rischi derivanti dal movimento dei mezzi in emergenza, che costituiscono comunque un pericolo per gli utenti della strada, oltre che per il personale a bordo.

Per questi motivi, oltre a definire procedure adeguate ad identificare rapidamente gli utenti in condizioni critiche, il sistema è stato sviluppato anche per supportare l’operatore nell’identificazione delle condizioni per le quali l’invio di un mezzo di soccorso sarebbe incongruo e l’utente deve essere indirizzato verso altre risorse sanitarie e non o ricevere un consiglio.

Risposta alle richieste di soccorso

Il Sistema di Urgenza ed Emergenza Medica (SUEM 118) della Regione Veneto ha come *mission*:

- il soccorso immediato a tutti i soggetti che si trovino in conclamate o potenziali condizioni critiche, con alterazione o compromissione delle funzioni vitali
- una risposta adeguata agli altri utenti.

A questo fine sono necessarie due fasi di gestione delle richieste:

- La **risposta telefonica**, a cui segue la valutazione della richiesta e la classificazione delle chiamate attraverso l’assegnazione di un codice colore, per stabilire la priorità di intervento.
- La **risposta operativa territoriale** con un’adeguata e puntuale attivazione di mezzi ed equipaggi idonei a soccorrere, stabilizzare e trasportare il paziente presso la struttura sanitaria più appropriata.

Entrambe le fasi sono gestite dalle Centrali Operative del SUEM 118 (CO 118) con personale qualificato e adeguatamente formato per assicurare alla cittadinanza interventi sanitari che rispondono ai principi di adeguatezza, appropriatezza, efficacia, tempestività, uguaglianza, imparzialità, efficienza. Per questa loro funzione le CO 118 necessitano di uno strumento operativo che permetta di valutare e codificare la criticità dell’evento per attivare la risposta operativa più adeguata in termini di tempo, mezzi e personale.

Obiettivi generali del Sistema DiRE

Gli obiettivi generali ai quali si ispira il Sistema Regionale di Dispatch per l'Emergenza (DiRE) sono:

- **Uniformità:** Garantire su tutto il territorio regionale una classificazione omogenea delle richieste di intervento.
- **Adeguatezza:** Disporre di uno strumento in grado di processare correttamente le richieste di soccorso.
- **Affidabilità:** Disporre di uno strumento che identifichi con ragionevole certezza il livello di priorità di soccorso in tutte le situazioni, garantendo l'utente e l'operatore.
- **Sostenibilità:** Garantire l'equilibrio del sistema, evitando l'attivazione incongrua delle risorse ed i relativi rischi conseguenti.

Obiettivi specifici del Sistema DiRE

Il Sistema Regionale di Dispatch consente:

- L'identificazione immediata delle condizioni di pericolo in atto (codice rosso)
- L'approfondimento delle condizioni cliniche dell'utente quando non si ravvisano le condizioni di immediato pericolo, al fine di identificare la risposta più corretta da fornire all'utente.

La struttura del sistema prevede che attraverso le domande iniziali l'operatore possa giungere all'invio del mezzo di soccorso entro sessanta secondi dall'inizio della conversazione telefonica quando sono presenti condizioni di pericolo di vita in atto.

Nel caso in cui, invece, non vengano rilevate condizioni di pericolo di vita, la struttura prevede che l'operatore possa identificare più in dettaglio i sintomi riferiti dall'utente, stabilendo il giusto livello di priorità e la tipologia di risposta più indicata. In particolare il sistema consente all'operatore di individuare le condizioni nelle quali l'utente non ha necessità di invio dell'ambulanza.

Ricezione della chiamata di soccorso Le richieste di soccorso telefoniche che giungono presso le CO 118 del Veneto vengono processate da personale infermieristico con comprovata esperienza in area critica che abbia seguito uno specifico corso formativo (art. 4, DPR 27 marzo 1992). La competenza professionale di questi infermieri è *supportata*, non sostituita dal DiRE.

Per poter identificare il luogo dell'evento ed assegnare un adeguato codice colore di gravità presunta all'intervento, l'operatore di CO effettua un percorso sequenziale logico con domande mirate e utilizza un'adeguata metodologia relazionale con l'utente chiamante.

La ricezione della chiamata di soccorso prevede i seguenti punti specifici:

- Identificazione del **numero** dell'utente che richiede l'intervento di soccorso;
- Identificazione del **target** dove effettuare la missione di soccorso;
- Identificazione della **motivazione** e della **pertinenza** della chiamata di soccorso;
- Assegnazione all'evento del codice colore di **criticità** presunta;
- Eventuale erogazione di **istruzioni pre-arrivo (IPA)** per sostenere e preservare le condizioni dell'utente in situazioni critiche, in attesa dell'arrivo dei soccorritori sul target.

Il primo step per ogni chiamata che giunge alla CO è la conoscenza del numero telefonico del chiamante, che costituisce l'unico contatto con l'utente sul target, in attesa dell'arrivo dei soccorsi. L'operatore potrà così ricontattare il chiamante nel caso la comunicazione si interrompa o per fornire istruzioni pre-arrivo.

Le linee telefoniche digitali consentono ai dispositivi informatizzati in uso presso le CO di rilevare automaticamente il numero di telefono del chiamante, ma è comunque buona prassi chiedere se il numero visualizzato corrisponde al contatto telefonico presente sul luogo dell'evento.

Struttura del DiRE

Il sistema è organizzato in una **scheda di entrata** che contiene le domande con cui deve essere iniziata l'intervista telefonica e da più **schede di problema**, ciascuna delle quali è relativa al problema principale manifestato dall'utente. Le schede di problema sono organizzate in due sotto-schede: la **scheda informativa** e la **scheda operativa**.

Scheda di entrata

La scheda di ingresso è la prima ad essere impiegata nella ricezione di **tutte** le chiamate di soccorso. Contiene i quesiti chiave per l'identificazione del **target** e del **problema principale** per cui si richiede l'intervento.

Scheda informativa

La scheda di informazione riassume tutte le conoscenze relative al problema che l'operatore deve possedere per gestire correttamente la chiamata. Ciascuna scheda è suddivisa in sezioni:

- **Problema principale**
- **Elementi da considerare:** gli elementi utili a determinare il livello di urgenza della richiesta;
- **Razionale delle domande:** i motivi per i quali è necessario indagare gli elementi elencati nella sezione precedente;
- **Patologie frequenti per richieste di soccorso:** le patologie più frequentemente correlate al problema manifestato dall'utente;
- **Consigli pre-arrivo:** le istruzioni che devono essere fornite all'utente su come agire in attesa dell'arrivo dell'ambulanza. La scheda contiene *Istruzioni sanitarie generiche e tecnico-logistiche*, che sono standardizzate e ripetute su tutte le schede (indipendentemente dalle tipologie di scenario o di patologia), e *Istruzioni sanitarie specifiche* per il problema.

Scheda operativa

La scheda è suddivisa in tre sezioni:

- **Problema principale e parole chiave:** le frasi o le parole pronunciate dall'utente chiamante che identificano il problema;
- **Domande:** le domande che possono essere poste all'utente, presentate con una formulazione tale da poter essere facilmente comprese, evitando termini tecnici. In questa sezione della scheda operativa è suggerito il passaggio ad un'altra scheda di problema quando le risposte del chiamante alle domande poste dall'operatore configurano un problema più specifico di quello ipotizzato dalle parole chiave;
- **Classificazione:** la definizione del codice di priorità da assegnare alla chiamata sulla base delle informazioni raccolte durante l'intervista telefonica.

Classificazione della priorità

Le chiamate sono classificate in quattro livelli di priorità corrispondenti ai codici colore dal rosso al bianco, e due relativi rispettivamente al rinvio al medico di medicina generale o di continuità assistenziale ed al consiglio telefonico.

- **Codice Rosso:** Compromissione in atto delle funzioni vitali o patologia rapidamente evolutiva; comporta l'invio immediato del massimo livello assistenziale disponibile.
- **Codice Giallo:** Patologia potenzialmente evolutiva a breve o condizioni di elevato rischio/disagio per l'utente; comporta l'invio immediato di un livello assistenziale adeguato alle necessità dell'utente.
- **Codice Verde:** Assenza di rischio di evolutività a breve e di necessità di immediato soccorso; richiede comunque un accesso al Pronto Soccorso in tempi brevi.
- **Codice Bianco:** Non richiede un accesso in tempi brevi al Pronto Soccorso; il trasporto può essere programmato nelle ore successive, sulla base della disponibilità dei mezzi e/o dei servizi ospedalieri di riferimento.
- **Rinvio al MMG/CA:** Non richiede un accesso immediato al Pronto Soccorso; è opportuna una valutazione in tempi brevi da parte del Medico di Medicina Generale o di Continuità Assistenziale.
- **Consiglio:** L'utente può gestire autonomamente il problema, eventualmente rivolgendosi in un momento successivo al Pronto Soccorso, al proprio medico curante, al servizio di Continuità Assistenziale o richiamando il 118 qualora il problema persistesse o evolvesse.

Nelle condizioni seguenti può essere considerata una riduzione della priorità risultante dai criteri di Dispatch:

- pazienti affetti da neoplasia o da altra malattia cronica ad esito infausto, in fase terminale;
- pazienti per i quali è stata formalizzata l'indicazione alla limitazione delle cure;
- grandi anziani (*oldest old*) in condizioni di allettamento cronico con perdita di autonomia e capacità relazionali.

In tali casi la priorità di intervento è determinata dal grado di urgenza richiesto dalle prestazioni appropriate per lo specifico quadro clinico e/o dalla situazione ambientale.

Il fatto che l'utente si rivolga al 118 per richiedere l'invio dell'ambulanza non determina l'obbligo per l'operatore di inviarla: in un'ottica di corretta ed appropriata gestione delle risorse la risposta erogata all'utente può essere diversa dall'invio dell'ambulanza.

Classificazione delle schede di problema

Le schede di problema sono state suddivise in tre categorie di problemi:

- Schede di problema **medico** (prefisso **M**)
- Schede di problema **traumatico** (prefisso **T**)
- Schede per **altro tipo** di problema (prefisso **A**) per le casistiche non classificabili tra le precedenti.

Struttura della scheda operativa

Le schede operative contengono il percorso sequenziale logico dei quesiti da porre all'utenza per poter avere un approccio coordinato alla chiamata. Le sezioni che compongono la struttura delle schede sono identificate da una lettera.

A	Quesiti riguardanti lo stato di coscienza
B	Quesiti riguardanti l'attività respiratoria
C	Quesiti riguardanti l'attività cardiocircolatoria
N	Quesiti riguardanti lo stato neurologico
APP	Quesiti per raccogliere notizie sulla sintomatologia in atto
APR	Quesiti per raccogliere notizie di Anamnesi Patologica Remota
D/S	Quesiti riguardanti la Dinamica/Situazione in cui si è svolto l'evento. Questa sezione è presente in tutte le schede di problema traumatico (T), altro tipo di problema (A) e qualora servano notizie relative alle modalità in cui si è verificato il problema principale per cui l'utente chiede soccorso
T	Quesiti riguardanti il soccorso Tecnico. Questa sezione è presente in tutte le schede di problema traumatico (T), altro tipo di problema (A) e qualora servano notizie relative alle condizioni della scena, per la messa in sicurezza di fonti di pericolo o per il supporto tecnico-logistico al soccorso sanitario

Le varie sezioni sono inserite nelle schede di problema a seconda delle necessità dettate dal problema specifico. In alcune schede le sezioni possono essere presenti nella struttura ma non contenere quesiti in quanto non necessari ai fini della raccolta di informazioni.

Il percorso sequenziale logico dà un'indicazione di massima per lo svolgimento dell'intervista telefonica, non pretende di essere una sequenza precisa ed immodificabile per poter arrivare ad un giudizio di sintesi ed assegnare un codice colore. La sequenza e la modalità di somministrazione dell'intervista possono essere adeguate a vari fattori, tra cui la comprensione e la *compliance* del chiamante in primis.

Schede IPA: istruzioni pre-arrivo

Le Istruzioni Pre-Arrivo (IPA) sono un passaggio importante che permette di ridurre il *free therapy interval* ed iniziare precocemente il soccorso di base.

Una volta effettuata l'intervista telefonica ed aver inviato la risposta sanitaria più adeguata, l'operatore di C.O.118 deve identificare la presenza di condizioni che richiedono Istruzioni pre-arrivo dell'ambulanza. È perciò fondamentale inquadrare accuratamente il problema principale della richiesta di soccorso.

A seconda delle esigenze dell'operatività e della *compliance* del chiamante, le IPA possono essere fornite principalmente in due modalità:

- Durante la telefonata di soccorso, mentre un secondo operatore invia i mezzi di soccorso sul target
- Terminando la chiamata, inviando i mezzi poi ricontattando l'utente

L'operatore, quindi, diventa una sorta di istruttore che insegna al *caller* una procedura da eseguire sulla vittima pur non avendo prove visive di quanto stia accadendo sul target. Le IPA sono state organizzate in **schede specifiche** redatte in base alle Linee Guida internazionali.

Le schede IPA del DiRE contengono istruzioni in un linguaggio semplice e comprensibile per il *caller* che vengono impartite dal *dispatcher* per far attuare manovre salvavita agli astanti, anche se non specificamente addestrati. L'operatore che fornisce le IPA deve tener conto di vari fattori come il livello di collaborazione e lo stato emotivo del chiamante, la situazione e le condizioni presunte della scena.

Approvazione del protocollo DiRE

La prima versione del protocollo DiRE, elaborata da un comitato organizzato presso il CREU e composta di medici e infermieri, identificati da ciascun Direttore di Centrale Operativa SUEM, approvato successivamente dai Direttori di Centrale Operativa SUEM, giusto quanto previsto dal DPR 21/3/1992, viene approvata con decreto del Direttore della Direzione competente.

Formazione ed aggiornamento del protocollo DiRE

Presso il CREU è istituito un comitato, composto da un medico ed un infermiere per ciascuna CO 118 della Regione, nominati dal Direttore della stessa. Il comitato ha i seguenti compiti:

- proporre un percorso formativo per l'aggiornamento del personale già addetto alla ricezione delle chiamate e del personale di nuovo inserimento utilizzando i sistemi di simulazione avanzata del SIFARV
- valutare periodicamente l'efficacia del sistema
- proporre modifiche ed aggiornamenti delle schede del sistema DiRE.

Ciascun aggiornamento del protocollo, una volta approvato dai Direttori delle CO, viene adottato formalmente Decreto del Direttore della Direzione regionale competente.