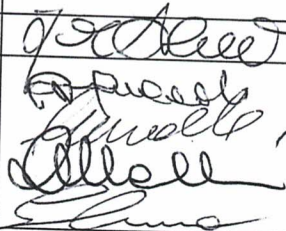


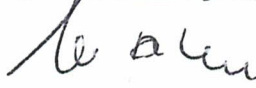






Procedura / Istruzione Operativa ASL di Viterbo
Gestione Complicanze in Loco e Trasporto Sicuro nelle CDC e ODC

ELENCO EDIZIONI/REVISIONI		Edizione 0	Data 01/12/2025
Rev. 0 Data 16/12/2025		Edizione	
Rev.			
Distribuito in forma	<input checked="" type="checkbox"/> X cartacea	<input type="checkbox"/> X informatica	
A			
A			
<input type="checkbox"/> Copia controllata (soggetta ad aggiornamento)		N°	
<input type="checkbox"/> Copia non controllata			
<input type="checkbox"/> Copia riservata			
Data di ricezione da parte delle UUOO/servizio*		Firme	
Redazione a cura di Dott.ssa Catasca Elisa Dott. Pepa Michelangelo Dott. Coppi Alessio Dott. Igor Aloise			
Per il Gruppo di Lavoro			
Verificato da Dott. Roberto Riccardi Direttore Go.PS Dott. Giuseppe Cimarello Direttore Dipartimento Cure Primarie Dott. Ivano Mattozzi Direttore Distretto A Dott. Giovanni Biancalana Direttore Distretto B e C			
Valutato da Dott.ssa Simona Giacomini Supporto Metodologico e Coaching dei Percorsi Aziendali			
Valutato da Dott.ssa Flavia Verginelli Risk Manager			
APPROVATO DA Dott.ssa Assunta De Luca Direttore Sanitario della ASL VT			

 ASL VITERBO	Procedura e istruzioni operative	 REGIONE LAZIO
Edizione del 16/12/2025	Titolo	Pag. 2 a 21

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Livello 3	ASL Viterbo

 ASL VITERBO	Procedra e istruzioni operative	 REGIONE LAZIO
Edizione del 16/12/2025	Titolo	Pag. 3 a 21

INDICE

PARTE 1 -Gestione Complicanze in Loco

1. PREMESSA	
2. SCOPO	pag 04
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	pag 04
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	pag 04
5. DIFFUSIONE	pag 05
6. PRINCIPI GENERALI	pag 05
7. COMPLICANZE GESTIBILI IN CdC	pag 05
8. COMPLICANZE GESTIBILI IN OdC	pag 06
9. AREA SALUTE MENTALE	pag 07
10. ATTIVAZIONE RETE EMERGENZA TERRITORIALE	pag 08
11. COMPETENZE E RESPONSABILITÀ	pag 09

PARTE 2 – TRASPORTO SICURO

1. PREMESSA	
2. OBIETTIVI DEL TRASPORTO SICURO	pag 12
3. TIPOLOGIE DI TRASPORTO	pag 12

ALLEGATI

1. ALLEGATO 1: GESTIONE DAE E CARRELLO EMERGENZE	pag 13
2. ALLEGATO 2: REGISTRO EVENTI CRITICI	pag 17
3. ALLEGATO 3: SCHEDA ASSISTENZA EMERGENZA/URGENZA	pag 18
4. ALLEGATO 4: CHECKLIST CARRELLO EMERGENZE	pag 19
5. ALLEGATO 5: REGISTRO DI CONTROLLO QUOTIDIANO	pag 20

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

pag 21

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Livello 3	ASL Viterbo

PARTE 1 - Gestione Complicanze in Loco

1. PREMESSA

La sicurezza del paziente e la gestione strutturata del rischio clinico rappresentano elementi essenziali per l'erogazione delle cure nei servizi territoriali. Le Case della Comunità (CdC) e gli Ospedali di Comunità (OdC) costituiscono nodi centrali della rete territoriale regionale, così come definiti dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 e dalle Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità nella Regione Lazio, approvate con DGR Lazio n. 1264 del 18 dicembre 2025.

Nel contesto regionale, le CdC rappresentano il modello organizzativo di riferimento per l'assistenza di prossimità, orientato alla presa in carico proattiva, integrata e continuativa della popolazione, con particolare attenzione alla cronicità, alla fragilità e alla riduzione degli accessi impropri ai servizi di emergenza-urgenza.

Gli OdC, invece, si configurano come strutture intermedie a bassa-media intensità assistenziale, funzionalmente integrate con le CdC, la Centrale Operativa Territoriale (COT) e la rete ospedaliera, destinate sostanzialmente a pazienti clinicamente stabili ma non gestibili al domicilio.

In tali contesti organizzativi, possono verificarsi emergenze cliniche, urgenze o complicanze assistenziali che richiedono una risposta tempestiva, coordinata e appropriata, nonché una corretta attivazione della **rete dell'emergenza-urgenza territoriale**.

La presente procedura definisce un modello organizzativo e operativo uniforme per la gestione delle emergenze cliniche e delle complicanze insorte in loco nelle CdC e negli OdC,



2. SCOPO

Scopo di tale procedura è definire modalità operative uniformi, responsabilità e strumenti per il riconoscimento precoce di emergenze, urgenze e complicanze cliniche insorte durante attività ambulatoriali, prestazioni infermieristiche, monitoraggio di pazienti fragili o assistenza in regime di degenza a bassa intensità; in modo da poter attuare una gestione immediata e sicura dell'evento in loco attraverso l'attivazione appropriata dei professionisti interni e dei servizi di emergenza esterni e/o il trasferimento sicuro del paziente quando necessario.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le attività sanitarie, sociosanitarie e assistenziali erogate all'interno delle Case della Comunità (Hub e Spoke) e Ospedali di Comunità afferenti all'ASL di Viterbo, autorizzati e operanti ai sensi della normativa regionale vigente.

Gruppo di riferimento del documento Procedure e istruzioni operative	Classificazione documento Livello 3	Editore del documento ASL Viterbo
---	--	--------------------------------------

 ASL VITERBO	Procedura e istruzioni operative	 REGIONE LAZIO
Edizione del 16/12/2025	Titolo	Pag. 5 a 21

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

- Emergenza clinica: condizione ad insorgenza acuta con immediato rischio di vita e compromissione dei parametri vitali.
- Urgenza clinica: condizione acuta potenzialmente evolutiva, che richiede intervento rapido ma non immediato.
- Complicanza clinica: evento avverso o peggioramento dello stato di salute insorto durante l'assistenza.
- BLS/D: Basic Life Support and Defibrillation.
- DAE: Defibrillatore Automatico Esterno.
- RCP: Rianimazione cardio-polmonare.
- CdC: Casa della Comunità.
- OdC: Ospedale di Comunità.
- PV: Parametri vitali.
- SLoTA: Servizio Logistico Trasporti Aziendale

5. DIFFUSIONE E REVISIONE

La presente procedura viene condivisa e diffusa tra tutti gli operatori afferenti alle CdC e OdC tramite diffusione diretta tracciata da Direttori/Coordinatori/referenti/responsabili dei vari servizi afferenti alle CdC e OdC e con pubblicazione sul sito intranet aziendale alla voce "ISTRUZIONI E PROCEDURE". La procedura verrà aggiornata con cadenza triennale o in base alla produzione di nuove evidenze scientifiche o alla variazione di percorsi/procedure interne.

6. PRINCIPI GENERALI

La gestione delle emergenze cliniche e delle complicanze in loco nelle CdC e negli OdC si basa anche su alcuni elementi fondanti di queste strutture quali ad esempio la prossimità e l'integrazione multiprofessionale: il coinvolgimento di medici, infermieri, OSS, assistenti sociali e altre figure professionali sanitarie permette un certo grado di autonomia nella gestione di emergenze mediche e complicazioni.

Ogni struttura dovrà garantire dotazioni per la gestione dell'emergenza (carrello o zaino emergenza e DAE) in posizione nota e segnalata. Il carrello delle emergenze deve risultare sempre operativo, con tutte le strumentazioni efficienti, presidi e medicinali ben conservati; il materiale per l'emergenza pediatrica deve essere ben distinto da quello dell'emergenza adulti. Deve essere ubicato in posizione nota a tutti e

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Livello 3	ASL Viterbo

comunque indicata con apposita cartellonistica ed eventuale segnalazione a terra (strisce adesive colorate) secondo criteri di facile e pronta accessibilità, in posizione centrale rispetto alle zone di attività. Ogni presidio dovrà rendere disponibili all'interno della struttura planimetrie semplificate con indicazione delle eventuali aree di intervento, collocazione di carrello/DAE e numeri utili, assicurandone anche la diffusione nel personale.

Con periodicità programmata devono essere previsti controlli di verifica sulla tenuta delle dotazioni necessarie, da registrarsi su apposita griglia di rilevazione [collegamento ad eventuale procedura carrello emergenze]. La responsabilità della corretta tenuta e della gestione del carrello/zaino, del DAE e del controllo dell'adeguata formazione del personale è da attribuirsi alla figura del "responsabile del controllo" individuato dal Responsabile Sanitario della Struttura.

7. COMPLICANZE GESTIBILI IN CdC

La Casa di Comunità, essendo un setting prevalentemente ambulatoriale può gestire complicanze che prevedano una presa in carico infermieristica di base (medicazioni, terapie, cateterismi, infusioni), attività mediche di comunità e consulenze specialistiche quali, ad esempio:

- Scompenso lieve: edemi, affanno lieve, aggiustamento di diuretico
- BPCO: broncodilatatori, cortisonici per via orale, ossigenoterapia a basso flusso
- Diabete: iper/ipoglicemia lieve, aggiustamento terapia
- prestazioni a bassa intensità o percorsi diagnostico-terapeutici territoriali
- visite programmate o urgenti non differibili
- complicanze insorte durante accessi domiciliari erogati dal personale afferente alla Casa della Comunità
- gestione delle criticità mentre il paziente è temporaneamente in cura presso i servizi territoriali:
 - dislocazione catetere, occlusione PEG, medicazioni complesse
 - gestione device (CV, PICC, stomie, apparecchi di monitoraggio remoto)

La rilevazione di un'urgenza/emergenza clinica non gestibile all'interno della CdC può comunque essere effettuata da qualsiasi operatore. Tutti gli operatori, qualsiasi sia il loro profilo, devono garantire assistenza continuativa al paziente nel limite delle loro competenze professionali. Il soccorso è da effettuarsi in condizioni di sicurezza, cioè senza esporsi a rischi inutili o situazioni di imperizia. Nel caso in cui la condizione di pericolo sia di rilevante entità è necessario contattare la rete di emergenza territoriale (112 o 118).

In presenza di situazione critica in Emergenza/Urgenza clinica gli operatori adeguatamente formati intervengono come segue:-

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Livello 3	ASL Viterbo

L'operatore che individua una situazione critica valuta i parametri vitali del paziente/utente ed allerta un secondo operatore avviando, se necessario, le manovre di RCP; il secondo operatore provvede a recuperare il carrello/zaino dell'emergenze, allertare il medico se presente in struttura e, in caso di arresto cardiaco, anche a chiamare immediatamente il 118. Nel caso il medico sia presente è a sua discrezione attivare il 118.

In caso di arresto cardiaco il primo e secondo operatore sanitario, ed il medico se presente, proseguono le manovre di BLS, in attesa dell'arrivo del mezzo di soccorso inviato dall'emergenza territoriale.

Nelle altre emergenze mediche primo e secondo operatore supportano i parametri vitali in attesa del mezzo di soccorso eventualmente attivato. Nei presidi dove non è garantita la presenza continuativa del secondo operatore, l'unico operatore presente si incarica di allertare il 118 ed avviare, se necessario, le manovre di BLS.

NB: Il trasporto in Ospedale del paziente, da qualsiasi presidio CdC territoriale, deve essere effettuato attivando la rete di emergenza territoriale (ARES 118)

8. COMPLICANZE GESTIBILI IN OdC

Tenendo conto che nel mandato assistenziale dell'Ospedale di Comunità non rientrano le condizioni tempo-dipendenti o caratterizzate da instabilità clinica acuta, le complicanze cliniche possono essere:

- gestite integralmente in loco;
- gestite in via temporanea con rivalutazione clinica programmata;
- non gestibili in OdC, con necessaria attivazione della rete di emergenza-urgenza.

Sono da considerare gestibili in OdC le complicanze che non comportano compromissione dei parametri vitali; non richiedono diagnostica o trattamenti intensivi; consentono un monitoraggio clinico-infermieristico continuativo; rientrano nelle competenze del personale sanitario presente. Rientrano in questa categoria ad esempio:

- riacutizzazione lieve-moderata di BPCO senza insufficienza respiratoria severa;
- scompenso cardiaco lieve senza segni di congestione polmonare acuta;
- disidratazione lieve-moderata;
- iperglicemia o ipoglicemia non grave;
- squilibri elettrolitici lievi-moderati senza aritmie;
- infezioni urinarie non complicate;
- infezioni respiratorie non severe;
- infezioni cutanee localizzate;
- dolore acuto o riacutizzazione di dolore cronico;
- cadute senza trauma maggiore.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Livello 3	ASL Viterbo

Alcune delle sopra descritte condizioni, inizialmente gestite in OdC, possono richiedere tuttavia una rivalutazione clinica ravvicinata e l'eventuale attivazione della rete di emergenza-urgenza in caso di peggioramento

9. ATTIVAZIONE RETE EMERGENZA TERRITORIALE

L'attivazione del 118 è indicata quando:

- il paziente presenta condizioni non gestibili in sede
- si sospetta un evento tempo-dipendente (stroke, infarto, trauma maggiore, shock)
- i parametri sono gravemente alterati e non rispondono alle misure iniziali
- il medico di comunità indica il trasferimento urgente
- Se presente anche solo uno, → ATTIVAZIONE 118:
- Dolore toracico o dispnea severa (Sat < 92% o FR > 28)
- Alterazione dello stato di coscienza
- Segni di ictus (FAST+)
- Disidratazione severa, ipotensione <90 mmHg sistolica
- Trauma maggiore, sospetta frattura al femore o cranio
- Emorragia attiva importante
- Febbre > 39°C con compromissione generale
- Sospetta sepsi

Durante l'attesa del mezzo di soccorso della rete dell'emergenza territoriale è necessario che il personale sanitario della struttura effettui il monitoraggio continuo del paziente

10. AREA SALUTE MENTALE



Qualora nella struttura siano presenti servizi dell'Area della Salute Mentale (CSM) vanno poste in essere tutte le misure di sicurezza volte a garantire la tutela dei pazienti e degli operatori

In particolare, al fine di prevenire atti di autolesionismo o di violenza, si garantisce un ambiente sicuro e la presenza costante di operatori, evitando di lasciare soli gli assistiti in attesa.

Inoltre, è necessario che il coordinatore e il personale sanitario e sociosanitario procedano come segue:

- nelle stanze adibite all'attesa e all'accoglienza rimuovere/limitare accesso a mezzi potenzialmente pericolosi/letali
- coinvolgere familiari/caregiver o rete di supporto, nel rispetto della normativa quando presenti
- evitare eccessiva sovrapposizione degli appuntamenti al fine di non sovraffollare la sala di attesa e avere attenzione di mantenere libere le vie di fuga
- valutare eventuali situazioni a cui dare priorità di accesso

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Livello 3	ASL Viterbo

 ASL VITERBO	Procedura e istruzioni operative	 REGIONE LAZIO
Edizione del 16/12/2025	Titolo	Pag. 9 a 21

- segnalare allo specialista presente in servizio (psichiatra, psicologo, educatore professionale) i segnali di allarme intercettati al fine di attivare un intervento precoce
- qualora riconosciuti segnali di allarme affidare il paziente al personale del CSM presente e definire in collaborazione le attività di sorveglianza e intervento
- in ogni caso è necessario sorvegliare direttamente e costantemente la persona, accompagnandola in qualunque spostamento ed evitandogli l'accesso in locali che possano favorire situazioni di pericolo,
- attivare il sistema di emergenza territoriale e, se necessario, le forze dell'ordine, quando presenti: manifestazione di intenzionalità nell'atto autolesivo, grave discontrollo/agitazione, intossicazione, psicosi severa, impossibilità di accordo di sicurezza, manifesta aggressività

Il piano di sicurezza individuale viene definito dopo valutazione specialistica integrata, quando sia possibile un accordo collaborativo con la persona e la gestione non richieda invio immediato in emergenza. Il piano è condiviso con la persona e, quando appropriato, con familiari/caregiver.

Il medico in servizio presso l'ambulatorio di salute mentale è tenuto a segnalare eventuali casi da attenzionare al personale della CdC.

11. EMERGENZE/URGENZE OCCORSE NEGLI SPAZI COMUNI

Nel caso di emergenze o urgenze che avvengano negli spazi comuni delle strutture, quindi al di fuori dei locali prettamente sanitari, il primo operatore o qualsiasi unità di personale che rilevi l'evento deve allertare il personale sanitario più vicino, in modo che possa venire attivata la procedura in essere.



12. COMPETENZE E RESPONSABILITA'

Infermiere della Casa/Ospedale di Comunità

- Riconoscere precocemente segni e sintomi di complicanze cliniche o assistenziali.
- Effettuare valutazione immediata del paziente utilizzando strumenti standardizzati (parametri vitali, scale di early warning, valutazione del dolore, etc.).
- Attuare interventi tempestivi di stabilizzazione entro le proprie competenze (monitoraggio, supporto respiratorio di base, gestione ferite, sospensione procedure in corso, ecc.).
- Allertare il medico di comunità, il MMG o lo specialista di riferimento secondo il modello organizzativo della struttura.
- Attivare il sistema di emergenza 118 quando le condizioni del paziente superano il livello di gestione possibile in loco.
- Documentare in cartella clinica/assistenziale l'evento, le valutazioni e le azioni intraprese.
- Collaborare alla comunicazione con familiari/caregiver secondo le procedure interne.

Medico di Comunità / Medico Responsabile (CdC e OdC)

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Livello 3	ASL Viterbo

 ASL VITERBO	Procedura e istruzioni operative	 REGIONE LAZIO
Edizione del 16/12/2025	Titolo	Pag. 10 a 21

- Garantire una valutazione clinica approfondita a seguito della segnalazione dell'infermiere o di altro personale.
- Stabilire il piano di intervento immediato in base alla gravità della complicanza.
- Decidere la necessità di escalation, incluse attivazione di consulenza specialistica o attivazione del 118
- Fornire disposizioni operative chiare al personale infermieristico.
- Registrare nella documentazione clinica diagnosi, provvedimenti e motivazioni dell'eventuale trasferimento.
- Coordinarsi con MMG/PLS, specialisti e altri servizi territoriali per garantire continuità assistenziale.

Operatore Socio-Sanitario (OSS)

- Segnalare tempestivamente all'infermiere ogni cambiamento osservato nello stato del paziente.
- Supportare l'infermiere nelle manovre di sicurezza (posizionamento del paziente, mobilitazione, gestione ambientale).
- Assicurare la sicurezza dell'area circostante (privacy, accessibilità, ordine).
- Collaborare alla rassicurazione del paziente e ai bisogni di base durante la fase critica.

Personale Amministrativo / Accoglienza

- Segnalare immediatamente al personale sanitario la presenza di utenti che manifestano malessere, alterazioni dello stato di coscienza o sintomi acuti.
- Agevolare l'accesso alle aree assistenziali e fornire supporto logistico (contatti con caregiver, gestione degli spazi, supporto alla privacy).
- Attenersi alle indicazioni del personale sanitario senza iniziative non previste dal ruolo.

Coordinatore Infermieristico / Responsabile della Struttura

- Garantire che tutto il personale sia formato e aggiornato sulle procedure di gestione delle complicanze.
- Vigilare sulla corretta applicazione del protocollo e sulla presenza delle risorse necessarie (attrezzature, farmaci, DPI).
- Coordinare audit interni e revisioni periodiche degli eventi per migliorare la qualità dell'assistenza.
- Gestire eventuali criticità organizzative (turnazione, coperture, flussi interni) che possano influire sulla sicurezza.

Personale Sanitario Esterno / Specialisti Convenzionati

- Operare secondo le procedure della struttura e cooperare con il personale interno nella gestione delle complicanze.
- Informare tempestivamente il personale della Casa/Ospedale di Comunità in caso di necessità di intervento clinico aggiuntivo.
- Condividere responsabilità e documentazione secondo le regole della struttura.

Direzione della CdC / OdC

- Assicurare che il protocollo sia integrato nei processi organizzativi e nel sistema qualità.
- Promuovere programmi di gestione del rischio clinico e formazione continua.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Livello 3	ASL Viterbo



- o Garantire risorse strutturali, tecnologiche e organizzative per permettere una gestione efficace delle complicanze.

Matrice di Responsabilità

Attività/Fase	Medico Responsabile	Infermieri	OSS	Coordinatore	Trasporto	CareGiver
Identificazione Complicanza	A	R	C	S		I
Valutazione Clinica e Stabilizzazione	R	A	S	C	-	I
Applicazione protocolli BLS / ACLS	A	R	S	C	-	-
Comunicazione interna / allerta	A	R	S	C	-	I
Preparazione Trasporto	R	A	C	S	I	I
Trasporto sicuro verso struttura ricevente	C	R	S	-	A	I
Registrazione e documentazione	R	A	S	C	-	-
Follow-up / audit evento	R	A	S	C	-	-
Formazione / simulazioni periodiche	R	A	S	C	-	-

Legenda

- **R – Responsible (Responsabile operativo)** → Chi esegue concretamente l'attività.
- **A – Accountable (Chi risponde dell'esito)** → Chi prende decisione finale e risponde del risultato.
- **S – Support (Supporto)** → Chi fornisce supporto tecnico o materiale.
- **C – Consulted (Consultato)** → Chi viene consultato, fornisce parere o expertise.
- **I – Informed (Informato)** → Chi deve essere aggiornato sull'attività, senza partecipare attivamente.

 ASL VITERBO	Proceda e istruzioni operative	 REGIONE LAZIO
Edizione del 16/12/2025	Titolo	Pag. 12 a 21

PARTE 2 - Trasporto Sicuro

PREMESSA

Il trasporto sicuro rappresenta una fase critica nella gestione delle complicanze in loco, poiché comporta il trasferimento del paziente da un ambiente assistenziale a un altro (interno o esterno) garantendo continuità di cure, stabilità clinica e protezione da ulteriori rischi.

OBIETTIVI DEL TRASPORTO SICURO

- Garantire il trasferimento del paziente nelle condizioni di massima sicurezza clinica.
- Assicurare continuità assistenziale durante tutte le fasi del trasporto.
- Prevenire il deterioramento delle condizioni del paziente.
- Favorire una comunicazione efficace tra equipe di partenza, equipe di arrivo e servizi di emergenza.

TIPOLOGIE DI TRASPORTO

Trasporto Interno

Da un'area della Casa/Ospedale di Comunità a un'altra (ambulatorio, area monitorata, stanza di degenza, area di osservazione) all'interno della stessa struttura.

Trasporto Esterno verso:

1. Pronto Soccorso (eseguito da ARES118)
2. Ospedale per accertamenti programmati (eseguito da SLoTA)
3. Servizi specialistici interni alla rete territoriale (eseguito da SLoTA)



In caso di trasporto attraverso il servizio SLoTA, si raccomanda di seguire la procedura specifica in essere presente alla pagina intranet aziendale <https://intranet.asl.vt.it/work-utilities/servizio-logistico-trasporti-aziendale>

Valutazione pre-trasporto

Prima di avviare il trasporto, il personale sanitario esegue:

- **Valutazione clinica aggiornata**, con rilevazione di parametri vitali.
- **Stabilizzazione del paziente**, nei limiti delle competenze disponibili in loco.
- **Identificazione dei rischi** che potrebbero emergere durante il tragitto (ipotensione, dispnea, alterazioni dello stato di coscienza).
- **Verifica della necessità di accompagnamento sanitario** (infermiere, medico o entrambi) secondo gravità e protocolli locali.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Livello 3	ASL Viterbo

 ASL VITERBO	Procedura e istruzioni operative	 REGIONE LAZIO
Edizione del 16/12/2025	Titolo	Pag. 13 a 21

ALLEGATI

ALLEGATO 1:

GESTIONE, UTILIZZO E VERIFICA DEL CARRELLO DELLE EMERGENZE E DEL DAE IN CdC E OdC

1. SCOPO

La presente procedura definisce in modo dettagliato le modalità di gestione, utilizzo e verifica del carrello delle emergenze e del Defibrillatore Automatico Esterno (DAE) presenti presso le Case della Comunità e costituisce disposizione aziendale vincolante finalizzata a garantire uniformità, sicurezza e tracciabilità nella gestione delle emergenze sanitarie territoriali.

Il carrello emergenze è definito come **“insieme coordinato di strumenti e materiali necessari per affrontare emergenze cliniche e garantire il supporto ai pazienti in condizioni critiche”**.

La procedura ha lo scopo di:

- garantire **corretta gestione del carrello**;
- definire **modalità operative, compiti e responsabilità**;
- assicurare **pronto utilizzo di presidi e farmaci salvavita**;
- prevenire **malfunzionamenti, mancanze di farmaci o dispositivi scaduti**.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutte le Case della Comunità aziendali e a tutto il personale sanitario e sociosanitario operante all'interno delle stesse, durante lo svolgimento delle attività assistenziali e ambulatoriali.

3. DEFINIZIONI

- **Carrello delle emergenze:** unità mobile contenente farmaci, presidi e dispositivi necessari per la gestione delle emergenze cliniche.
- **Defibrillatore Automatico Esterno (DAE):** dispositivo medico destinato alla defibrillazione precoce in caso di arresto cardiaco improvviso.
- **BLS-D:** supporto vitale di base con utilizzo del DAE.

4. UBICAZIONE E ACCESSIBILITÀ

Il carrello delle emergenze deve essere collocato in area facilmente accessibile, segnalata e nota a tutto il personale. Il DAE deve essere collocato sul carrello o in prossimità dello stesso, mantenuto costantemente in condizioni di pronto utilizzo. L'ubicazione deve garantire un tempo di accesso rapido in caso di emergenza.

5. DOTAZIONE STANDARD

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Livello 3	ASL Viterbo

La dotazione del carrello delle emergenze è standardizzata e uniforme in tutte le CdC, includendo farmaci, presidi e strumentazione necessari alla gestione delle principali emergenze cliniche.

6. RESPONSABILITÀ



Il Responsabile Sanitario della Casa della Comunità individua uno o più referenti incaricati della gestione del carrello e del DAE. I referenti sono responsabili della corretta applicazione della procedura, delle verifiche periodiche e del ripristino post-utilizzo. Il referente carrello/DAE è individuato formalmente; i controlli sono delegabili ma non trasferibili nella responsabilità; la mancata esecuzione dei controlli rientra nelle non conformità organizzative

Matrice delle responsabilità:

Attività	Responsabile Sanitario CdC	Referente carrello/DAE	Infermiere	Personale di supporto
Nomina referenti carrello/DAE	A	I	I	I
Definizione dotazione standard	C	C	I	I
Collocazione carrello e DAE	A	R	C	C
Controllo giornaliero presenza/accessibilità	A	R	C	C
Controllo giornaliero stato DAE (pronto uso/allarmi)	A	R	C	I
Controllo settimanale dotazioni e scadenze	A	R	C	I
Controllo settimanale batteria ed elettrodi DAE	A	R	C	I
Controllo mensile completo carrello	A	R	C	I
Verifica funzionale apparecchiature	A	R	C	I
Segnalazione anomalie / non conformità	A	R	C	C
Reintegro farmaci/presidi post-evento	A	R	C	C
Ripristino operativo post-evento (≤ 24 h)	A	R	C	I
Verifica DAE post-utilizzo	A	R	C	I
Registrazione evento emergenziale	A	R	C	I
Monitoraggio formazione BLS-D	C	C	I	I
Audit periodico sulla procedura	C	R	I	I

Legenda

- R – Responsabile operativo: esegue materialmente l'attività
- A – Responsabile ultimo: risponde del risultato
- C – Coinvolto / Collaboratore
- I – Informato

 ASL VITERBO	Procedura e istruzioni operative	 REGIONE LAZIO
Edizione del 16/12/2025	Titolo	Pag. 15 a 21

6. UTILIZZO DEL CARRELLO DELLE EMERGENZE

In caso di emergenza sanitaria che richieda manovre di supporto vitale, il personale sanitario formato deve procedere immediatamente all'utilizzo del carrello delle emergenze. Il carrello è destinato esclusivamente alla gestione delle emergenze cliniche e non può essere utilizzato per attività ordinarie. Al termine di ogni utilizzo è obbligatorio:

- segnalare l'evento al referente incaricato;
- reintegrare immediatamente farmaci e presidi utilizzati o aperti;
- verificare l'integrità e la funzionalità della dotazione residua;
- ripristinare la piena operatività entro e non oltre 24 ore dall'evento.

In caso di mancato ripristino completo, devono essere adottate misure compensative e informata la direzione competente.

8. UTILIZZO DEL DEFIBRILLATORE AUTOMATICO ESTERNO (DAE)

Il DAE deve essere utilizzato esclusivamente da personale in possesso di formazione BLS-D valida.

Precauzioni di sicurezza nell'uso del defibrillatore

- Non toccare il paziente durante l'analisi effettuata dall'apparecchio e quando viene premuto il pulsante di shock ed avviene la scarica elettrica; in alcune situazioni l'erogazione di energia può generare scintille per cui bisogna adottare delle precauzioni;
- Far aderire bene gli elettrodi alla pelle per un'efficace contatto (in presenza di torace villosa depilare rapidamente le zone di contatto);
- Rimuovere dall'area della defibrillazione eventuali cerotti transdermici alla nitroglicerina e non applicare gli elettrodi su qualsiasi altro tipo di cerotto;
- Allontanare fonti di ossigeno per rischio di esplosione; la maschera a ossigeno va rimossa dal volto del paziente e tenuta lontana dal suo torace;
- Pur adottando tutte le precauzioni di sicurezza, evitare di praticare la defibrillazione su una superficie bagnata e, nel caso in cui la superficie del torace del paziente sia bagnata dal sudore, essa deve essere asciugata prima di applicare gli elettrodi.

Dopo ogni utilizzo è **obbligatorio**:

- sostituire gli elettrodi;
- verificare e, se necessario, ricaricare o sostituire la batteria;
- controllare l'assenza di allarmi o errori;
- rendere il dispositivo nuovamente pronto all'uso prima della rimessa in servizio.

9. VERIFICA E MANUTENZIONE

L'approvazione della presente procedura stabilisce che il carrello e il DAE siano sottoposti a verifiche sistematiche e documentate.

A. Dopo ogni utilizzo

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Livello 3	ASL Viterbo

- Controllo presidi, farmaci ed elettromedicali tramite la checklist di verifica dopo l'utilizzo del carrello;
- Reintegro delle scorte previste per ciascuna voce;
- Apposizione del nuovo sigillo, indicandone il numero nella checklist di verifica dopo l'utilizzo del carrello;
- Verifica del livello di pressione della bombola di O₂ e valutazione della sua sostituzione (sostituire se la pressione di esercizio è inferiore a 50 ATM).
- Data e Firma di chi ha effettuato la verifica

B. Giornaliero

- Controllare la presenza e l'integrità del sigillo;
- Verificare che le apparecchiature poste sotto carica presentino tutte le spie di connessione e di ricarica accese;
- Per il defibrillatore eseguire il test di prova: la stampa del report deve essere firmata dall'Infermiere, spillata sul retro delle revisioni routinarie e mantenuta in archivio per 1 anno (nel DAE non è presente);
- Sconnettere da rete l'aspiratore ed eseguire il test di funzionamento;
- Verificare la pressione della bombola di O₂ (se presente) e richiedere la sostituzione se la pressione è inferiore alle 50 Atm.;
- Verificare che il manometro di bassa pressione, dell'impianto centralizzato di O₂ sia impostato a 4 bar +/- 0,5 bar;
- Il Registro di controllo quotidiano deve essere firmato dall'Infermiere che ha effettuato la verifica.
- Se viene rilevato qualche malfunzionamento l'Infermiere deve segnalare la non operatività al Coordinatore.

C. Mensile

Dopo un mese dall'ultima revisione l'Infermiere deve rimuovere il sigillo, verificare la dotazione e le scadenze delle singole voci riportate nella check-list di verifica mensile, sostituire eventuali farmaci/presidi in scadenza, apporre quindi data e firma.

Tutti i farmaci ed i presidi debbono riportare sulla confezione originale o busta di imballaggio la data di scadenza.

Si specifica che nel carrello delle emergenze debbono essere presenti farmaci/presidi con scadenza superiore a 3 mesi dalla data del controllo; quindi quelli con scadenza uguale o minore a 3 mesi debbono essere tolti e sostituiti immediatamente.

10. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Tutto il personale sanitario operante nelle CdC deve essere formato all'utilizzo del carrello delle emergenze e del DAE. La formazione deve essere aggiornata periodicamente secondo le indicazioni aziendali.

11. REGISTRAZIONE DEGLI EVENTI

Ogni utilizzo del carrello e/o del DAE deve essere documentato servendosi del modulo allegato, al fine di garantire tracciabilità, audit e miglioramento continuo.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Livello 3	ASL Viterbo

ALLEGATO 3: SCHEDA ASSISTENZA EMERGENZA/URGENZA

SCHEDA ASSISTENZA EMERGENZA/URGENZA

NUM. INTERV. _____ **Luogo evento** _____ **Data Evento critico** ___/___/___ **Ora** ___:___
COGNOME _____ **NOME** _____ **TEL.** _____
NATO/A _____ **RESIDENTE A** _____ **VIA** _____
AVVIS. RIANIMATORE/PS OPERATORE _____ **Ora** ___:___ **Note** _____

RILEVAZIONE PARAMETRI VITALI			
ORA	:	:	:
PA			
FC			
FR			
SAT O ₂			
GLIC.			
CGS			
TC			
Pupilla dx	•••	•••	•••
Pupilla sn	•••	•••	•••

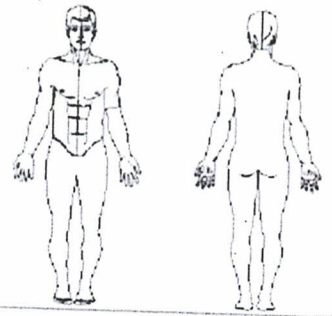
Glasgow Coma Scale

Apertura occhi
 4 Spontanea
 3 alla voce
 2 al dolore
 1 nessuna

Risposta verbale
 5 orientata
 4 confusa
 3 inappropriata
 2 incomprendibile
 1 nessuna

Risposta motoria
 6 esegue
 5 localizza dolore
 4 retrae al dolore
 3 flette al dolore
 2 estende al dolore
 1 nessuna

EVENTUALI TRAUMI



Normale Pallore Cianosi
 Sudorazione Ittero

RCP SI NO Per quanto tempo _____
 Defibrillazione SI NO Incannulamento venoso SI NO

DIAGNOSI

ASSISTENZA

DESCRIZIONE EVENTO

OP SANITARIO **Cognome** _____ **Nome** _____ **Firma** _____
MEDICO/ INFERMIERE CHE PRENDE IN CARICO IL PAZ. **COGNOME** _____ **NOME** _____
FIRMA _____ **Ora** ___:___

Reso edotto/a circa i possibili rischi conseguenti al mancato accertamento diagnostico propostomi, avendo ben compreso quanto riferitomi dal personale sanitario, accetto/non accetto di essere accompagnato/a presso il pronto soccorso per gli eventuali accertamenti del caso.
 Data ___/___/___ **Firma leggibile** _____

ALLEGATO 5: REGISTRO DI CONTROLLO QUOTIDIANO

Registro di controllo quotidiano							
Mese _____ Anno _____		Unità Operativa _____					
Contrassegnare con un segno di spunta <input type="checkbox"/> la casella di ciascuna voce per indicare che il controllo è stato eseguito							
Giorno	Sigillo -verifica integrità e identificazione n° sigillo (se manomesso controllo e verifica di tutto carrello)	Defibrillatore -verifica presenza spia lampeggiante verde -test di prova (stampa se presente)	Saturimetro -presente -verifica carica della batteria	Bombola O ₂ -presente -verifica pressione manometro	Aspiratore -verifica in carica -test di funzionamento	Farmaci frigo -verifica presenza	Firma
N°							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

NB: segnalare sempre tempestivamente i guasti/malfunzionamenti

Sigillo: scrivere il numero del sigillo

Defibrillatore: scrivere "VC" per verifica conforme o "VNC" per verifica non conforme in base all'esito. Custodire gli esiti dei test giornalieri insieme al presente registro

Saturimetro: scrivere "PeF" per presente e funzionante o "EeNF" per presente e non funzionante o "NP" per non presente" in base alla valutazione

Bombola O₂: scrivere "PePC" per presente e pressione conforme o "PePNC" per Presente e pressione non conforme o "NP" per non presente



Aspiratore: scrivere "PeF" per presente e funzionante o "EeNF" per presente e non funzionante o "NP" per non presente" in base alla valutazione

Farmaci frigo: scrivere "PeTC" per Presente e temperatura conforme o "PeTNC" per presente e Temperatura non conforme o "NP" per non presente.

Aggiungere la temperatura riportata dal frigo e l'ora.

In caso di evidente non conformità allertare immediatamente il Coordinatore Infermieristico o il Responsabile del Servizio/U.O.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Livello 3	ASL Viterbo

 ASL VITERBO	Proceda e istruzioni operative	 REGIONE LAZIO
Edizione del 16/12/2025	Titolo	Pag. 21 a 21

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. **Ministero della Salute – Decreto Ministeriale 77/2022**
 “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.”
 (Riferimento principale per CdC e OdC)
2. **Agenas / Ministero della Salute – Linee guida Ospedale di Comunità (2022)**
 Specifica funzioni, sicurezza, gestione criticità cliniche.
3. **Agenas – Casa della Comunità: modelli organizzativi e requisiti strutturali (2022)**
4. **Regioni italiane – Delibere specifiche su CdC e OdC**
 (DCA 413/2022; 4/2023 – Riorganizzazione rete territoriale)
5. **Ministero Salute – Linee di indirizzo per il sovraffollamento dei PS e la gestione alternativa (emergenze minori in setting alternativi)**
6. **ISS – Istituto Superiore di Sanità. Emergenze territoriali e continuità assistenziale. Telemedicina e gestione delle urgenze territoriali (2021–2023)**
7. **World Health Organization (WHO) –**
 Integrated Care for Older People (ICOPE) – gestione clinica di fragilità e deterioramento improvviso.
8. **European Geriatric Medicine Society (EuGMS)**
 Guidelines on acute clinical deterioration in frail older adults in intermediate care settings.
9. **NHS England. Intermediate Care Framework (2022). Community Hospitals Operational Standards**
10. **Royal College of Nursing (RCN). Assessment and treatment of acutely ill adults in community settings.**
11. **European Resuscitation Council (ERC). Guidelines for Clinical Deterioration and Safe Transfer (2021).**
12. **American College of Surgeons (ACS). Standards for Safe Patient Transport and Transfer (2020–2022)**
13. **NAEMSO / NAEMT. Standards for Interfacility Transport (IFTT guidelines)**
14. **WHO. Patient Safety Manual – Safe Transfer and Handover (2021)**

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Livello 3	ASL Viterbo