

## PO SAN - 26 - Trasferimento interospedaliero di emergenza/ urgenza

Contenuti:

1. Introduzione

2. Indicazioni al trasferimento

    Criteri clinici e selezione dei pazienti

        2.2 Sistemi di emergenza: tipologie di assistenza e ospedale di riferimento

3. Compiti del medico che trasferisce

4. Consenso informato al trasferimento

5. Procedura da seguire in caso di trasferimento interospedaliero di emergenza/urgenza

6. Conservazione del posto letto

7. Classi di rischio per il trasporto dei pazienti secondo la classificazione di Eherenwerth

8. Allegato 1, modulo di informazione e di consenso 9. Modulistica di riferimento

Tipo di documento	Procedura Operativa Sanitaria
Elaborazione	Direzione Sanitaria
Verifica	Rappresentante della Direzione per la Qualità
Indice di revisione corrente /Data	1
Data di emissione	OTTOBRE 2020

## 1. INTRODUZIONE

Il trasferimento interospedaliero di un paziente critico permette l'accesso al livello di cura superiore a chi, in situazione di emergenza è ricoverato in una struttura sanitaria che non è in grado di fornirglielo.

Nel sistema dell'emergenza l'organizzazione e la gestione vedono in gioco, oltre al paziente che è chiamato, se cosciente, o chi per lui nel caso non lo fosse, a esprimere il proprio consenso, tre soggetti: il medico che decide il trasferimento; il sistema del trasporto composto dal medico della centrale operativa (CO 118) e, se presente, dal medico addetto al trasporto; il medico accettante del PS/DEA presso il quale il paziente viene trasferito.

Ciascuno di questi attori, con le proprie specifiche istanze e nei limiti delle proprie responsabilità, teoricamente coincidenti, ha un unico obiettivo: contribuire alla restituzione della salute al paziente, garantendogli il miglior trattamento possibile.

Del trasporto interospedaliero di emergenza cioè in continuità di soccorso: ne usufruisce il paziente che in condizioni critiche per la salvaguardia della vita, di un organo, o funzione, necessita di trasferimento urgente per necessità diagnostiche terapeutiche non disponibili nella struttura sanitaria che lo ha accolto. In questa tipologia di trasferimento è compreso quello per consulenza di paziente critico presso un istituto con strutture specialistiche.

## 2. INDICAZIONI AL TRASFERIMENTO

Le indicazioni per attivare un trasferimento nella rete dell'emergenza sono fondamentalmente di due tipi: uno strettamente connesso alle condizioni fisiche del paziente (criteri clinici e selezione del paziente); l'altro legato alla possibilità della struttura in cui è ricoverato di fornirgli le cure adeguate (tipologia assistenziale e ospedale di riferimento). Occorre inoltre tenere conto dei rischi e dell'appropriatezza del trasporto.

### 2.1 Criteri clinici e selezione del paziente

Lo stato di salute del paziente è espresso da criteri generali di gravità. Essi si basano sulle alterazioni dello stato fisiologico e riguardano quindi essenzialmente l'attività respiratoria, cardiovascolare e neurologica. Le condizioni generali di emergenza per cui un paziente viene definito critico si manifestano con sintomi acuti di sufficiente severità (incluso il dolore) che in assenza di una immediata osservazione medica possano ragionevolmente evolvere in un serio pericolo: per la vita di un individuo.

I criteri per cui un paziente può essere considerato in condizioni critiche sono i criteri di severità delle malattie. Comunemente accettati sono i seguenti criteri di gravità riportati da Kellerman:

a) Segni vitali: Frequenza cardiaca  $>140$  o  $<50$  pulsazioni/minuto; Frequenza respiratoria  $>28$  o  $<8$  respiri/minuto; Pressione diastolica  $<40$  o  $>130$  mmHg; Temperatura  $<34.7^{\circ}\text{C}$  o  $>39.2^{\circ}\text{C}$ ; b) Cardiovascolare: dolore toracico con sospetto di ischemia; disturbi del ritmo (tachicardia sopraventricolare con frequenza cardiaca  $\geq 149$ , blocco atrio-ventricolare secondo grado di Mobitz II, tachicardia ventricolare o ectopia di grado elevato) ... ; c) Respiratorio: ipossia ( $\text{PO}_2 \leq 60$  mmHg) paziente con difficoltà respiratoria o in insufficienza respiratoria, ostruzione delle vie aeree con stridore, acidosi respiratoria ( $\text{pH} > 7.30$  con  $\text{pCO}_2 > 50$  mmHg); d) Infezioni: Meningite (sospetta o diagnosticata), sepsi (sospetta o diagnosticata), infezione attiva in ospite immunocompromesso (paziente con cancro, leucemia, AIDS); e) Shock: pressione sistolica  $<100$ , con tachicardia (frequenza  $\geq 100$ ), e/o altri segni di ipoperfusione (estremità fredde, estremità cianotiche, evidenza di disfunzione d'organo); f) Metabolico: chetoacidosi diabetica ( $\text{pH} < 7.30$ ,  $\text{HCO}_3 < 14$  mmol/l con glucosio  $> 200$  mg/dl e chetonuria, glicemia  $< 40$  mg/dl con mutamenti dello stato mentale, glicemia  $> 800$  mg/dl, potassiemia  $\leq 3.0$  o  $\geq 6.0$  meq/L, acidosi ( $\text{pH} < 7.30$ ) da ogni causa, intossicazione da farmaci (livello di: Digossina  $> 2.0$  ng/ml, Teofillina  $20.0$  mg/ml, Fenitoina  $> 30.0$  mg/ml, Litio  $> 2.0$  mmol/l, drug screen positivo per antidepressivi triciclici con sospetto di overdose), sodiemia  $> 150$  meq/l o  $< 125$  meq/l); g) Neurologico: stato mentale alterato (letargico, confuso, comatoso, incapace a rispondere alle domande), deficit neurologico focale nuovo (da ogni causa); h) Ematologia: anemia severa (ematocrito  $< 25\%$  con evidenza di perdita acuta di sangue dal sondino nasogastrico, o ematemesi, melena, rettorragia, e/o metrorragia), trasfusione di sangue già richiesta prima o

durante il trasporto, sanguinamento attivo dal momento dell'arrivo con perdita di 500 cc con evidenza di shock, senza prendere in considerazione l'ematocrito; h) Gastroenterologia: sanguinamento attivo della parte alta o bassa del tratto gastrointestinale, possibilità di addome acuto (tensione addominale, con segni di peritonite acuta) o pancreatite.

## 2.2 . Sistemi di emergenza: tipologie di assistenza e ospedale di riferimento

I pazienti in condizioni di emergenza/urgenza devono essere trasferiti al Presidio Ospedaliero DEA di riferimento con 118

## 3. COMPITI DEL MEDICO CHE TRASFERISCE

Il sanitario responsabile del paziente che attiva la rete di emergenza per il trasferimento, deve conoscere capacità e limiti della struttura in cui opera nei termini delle specialistiche presenti o attivabili e dei tempi necessari perché ciò avvenga, nonché riconoscere le esigenze di cura, intendendo con ciò saper riconoscere quali siano le patologie emergenti e comprendere se possano essere affrontate in base alle proprie conoscenze ed alle possibilità della struttura in cui opera al momento della decisione di trasferire il paziente.

La decisione di trasferire deve essere basata solo sulla necessità del paziente ed è responsabilità del medico che trasferisce: identificare le necessità del paziente; iniziare il processo di trasferimento con diretto contatto con il medico che riceve; iniziare la stabilizzazione nell'ambito delle possibilità della struttura; determinare l'appropriato mezzo di trasporto; trasferire tutta la documentazione sanitaria; definire la richiesta di intervento; contattare il sistema di trasporto fornendo indicazioni precise sulla situazione clinica del paziente e sulla diagnosi al fine di poter individuare con esattezza la classe di rischio per il trasporto del paziente secondo la classificazione di Eherenwerth. Una volta che la decisione del trasferimento sia stata presa, questo deve essere effettuato il più presto possibile. Per quanto concerne la documentazione sanitaria le informazioni devono comprendere : anagrafica; modalità dell'evento patologico; dati clinici salienti del paziente e patologie pregresse; diagnosi clinica; stato clinico attuale, con sintesi dei sintomi, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, Glasgow Coma Scale, saturazione O<sub>2</sub>; esami e terapia eseguiti o in via di esecuzione; risposta al trattamento; in caso di trauma tempo trascorso dall'accaduto e natura dell'evento che ha provocato la lesione; indicazione alla richiesta di trasferimento; nome del medico richiedente e telefono diretto; nome del medico accettante contattato. Deve altresì essere inviata copia della documentazione clinica inviata insieme al paziente al momento del ricovero presso questa Struttura.

## 4. CONSENSO INFORMATO AL TRASFERIMENTO

La decisione di effettuare un trasferimento, comportando quest'ultimo benefici e rischi, è assimilabile a qualsiasi altra scelta terapeutica o diagnostica e, quindi, come tale, necessita di una adeguata informazione al paziente e l'acquisizione di un formale consenso (all. 1). Il caso più semplice è quello di un paziente cosciente, che dopo essere stato adeguatamente informato, acconsente al trasferimento. Nel caso, invece, di un paziente non capace di esprimere un valido consenso (stato di coma), il medico dovrà agire secondo scienza e coscienza. In questo caso, infatti, l'aver agito senza il consenso dell'avente diritto integrerebbe un condotta anti-giuridica, ma la presenza di uno stato di necessità (di cui all.art. 54 del codice penale) rende la stessa non punibile. Una situazione estremamente complessa è rappresentata dal caso in cui un paziente maggiorenne capace, in grado di esprimere un valido consenso, rifiuti il trasferimento. In generale, di fronte al rifiuto al trasferimento, il medico deve valutare la reale capacità del paziente, il suo grado di comprensione della natura dello stato morboso e deve fornire informazioni atte a convincere il paziente e informare le persone che il paziente ha autorizzato espressamente all'atto del ricovero a ricevere informazioni sul suo stato di salute, sottolineando la necessità del trasferimento. In cartella clinica e sulla cartella infermieristica deve essere descritta l'informazione fornita sia al paziente che alle persone autorizzate. In base alle condizioni cliniche del malato il medico deciderà in scienza e coscienza e se sussiste lo stato di necessità connesso all'emergenza/urgenza procederà al trasferimento, anche in assenza del consenso, nell'interesse precipuo del paziente, motivando in cartella clinica la sussistenza dello stato di necessità stesso.

Il consenso informato debitamente datato e firmato deve essere inserito nella cartella clinica del paziente, costituendone parte integrante.

Il consenso informato di cui all'all.1 deve essere acquisito anche in caso di trasferimento/trasporto di un degente ad altro Ospedale non in urgenza.

#### 5. PROCEDURA DA SEGUIRE IN CASO DI TRASFERIMENTO INTEROSPEDALIERO DI EMERGENZA/URGENZA

1. Il medico identifica le necessità del paziente;
2. il medico inizia la stabilizzazione nell'ambito delle possibilità della struttura;
3. il medico informa adeguatamente il paziente sulla necessità del trasferimento, acquisisce il consenso informato (all.1), e lo inserisce in cartella clinica;
4. il medico informa, direttamente se presenti, oppure telefonicamente, le persone indicate al momento del ricovero dal paziente autorizzate a ricevere informazioni sullo stato di salute del paziente stesso, in merito alla necessità del trasferimento, alle condizioni cliniche che motivano il trasferimento e all'Ospedale di destinazione;
5. Il medico determina l'appropriato mezzo di trasporto contattando il 118 e fornendo indicazioni precise sulla situazione clinica del paziente e sulla diagnosi (l'avvenuto contatto con il 118 deve essere annotato sulla cartella clinica); è importante sottolineare che nel caso in cui il trasporto del paziente preveda la presenza a bordo di un Medico questo dovrà essere chiaramente espresso all'atto della chiamata. Qualora siano stati presi contatti con una struttura di riferimento andranno esplicitati i dati del medico referente e il recapito telefonico e di fax. Durante la notte e nei giorni festivi e negli orari di chiusura dell'Ufficio Ricoveri tale modello dovrà essere compilato e inviato a cura del medico di reparto e/o di guardia. Nell'eventualità di una mancata risposta da parte del 118 il medico deve comunque attivarsi per richiedere l'invio di una risposta scritta via fax e procedere al trasferimento del paziente presso il DEA di riferimento mediante l'attivazione del servizio ambulanza. Il medico predispose la documentazione sanitaria da inviare insieme al paziente. Non deve essere consegnata documentazione clinica in originale al personale che prende in carico il paziente da trasferire. Pertanto, nel caso in cui non fosse possibile effettuare e consegnare una fotocopia della documentazione clinica ritenuta utile, il medico dell'UO o il medico di guardia dovrà redigere e sottoscrivere una adeguata relazione nella quale devono essere riportate tutte le informazioni utili e necessarie alla gestione del caso da parte dei colleghi del PS con i recapiti telefonici del reparto trasferente. Le richieste di posto letto ad altra struttura e le richieste d'intervento al 118 devono essere conservate in cartella clinica. I trasferimenti eseguiti devono essere dettagliatamente annotati in diaria (orario di trasferimento e destinazione del paziente);
6. il medico contatta telefonicamente il medico che riceverà il paziente (la telefonata deve essere annotata sulla cartella clinica);
7. solo in caso di assoluta necessità e presenza di altro medico in Istituto il medico del reparto o il medico di guardia possono salire a bordo del mezzo di soccorso per accompagnare il paziente presso il PS o la struttura per acuti.

## 6. CLASSI DI RISCHIO PER IL TRASPORTO DEI PAZIENTI SECONDO LA CLASSIFICAZIONE DI EHERENWERTH

### CLASSE I e II NON E' RICHIESTA LA PRESENZA DEL MEDICO

Il paziente richiede raramente il monitoraggio dei parametri vitali  
Non ha bisogno di una linea venosa  
Non richiede somministrazione di ossigeno  
Non va trasferito in terapia intensiva

### CLASSE III E' RICHIESTA LA PRESENZA DEL MEDICO

Il paziente richiede di frequente il monitoraggio dei parametri vitali  
Ha bisogno di una linea venosa  
Può andare incontro alla compromissione dello stato di coscienza  
Può andare incontro a distress respiratorio  
Richiede la somministrazione di ossigeno  
Va in terapia intensiva  
Glasgow Coma Scale =>9

### CLASSE IV E' RICHIESTA LA PRESENZA DEL MEDICO ANESTESISTA-RIANIMATORE

Il paziente richiede intubazione tracheale  
Richiede supporto ventilatorio  
Ha bisogno di uno o due accessi venosi di grosso calibro o di catetere venoso centrale  
Può avere compromissione dello stato di coscienza  
Può essere in distress respiratorio  
Richiede la somministrazione di ossigeno  
Richiede la somministrazione di farmaci durante il trasporto  
Va in terapia intensiva  
Glasgow Coma Scale <9

### CLASSE V A TOTALE CARICO DEL RIANIMATORE

Il paziente non può essere stabilizzato  
Richiede monitoraggio invasivo  
Richiede terapia intensiva

**AII 1 : MODULO D'INFORMAZIONE E DI CONSENSO AL TRASFERIMENTO/TRASPORTO  
DI DEGENTE AD ALTRO OSPEDALE**

Io sottoscritto degente/tutore del degente .....

nato il ..... a .....prov. ....

dichiaro di essere stato informato in modo chiaro e a me comprensibile dal dr. ....

..... che per la patologia riscontrata e per le condizioni cliniche correlate è necessario il

trasferimento/trasporto in presso l'Ospedale .....

per effettuare.....

Il trasferimento/trasporto avviene in emergenza/urgenza

Il trasferimento/trasporto non avviene in emergenza/urgenza

Di quanto prospettato mi sono stati spiegati

Gli obiettivi

I benefici

Gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze menomanti

Ciò premesso acconsento al trasferimento/trasporto proposto

Ciò premesso non acconsento al trasferimento/trasporto proposto

Firma leggibile del degente/tutore .....

Firma leggibile del dr. ....

DATA .....

ORA .....

