PROCEDURA DI GESTIONE DELL'EMERGENZA MEDICA INTRAOSPEDALIERA

ASLSassari Azienda socio-sanitaria locale	**Procedura di gestione dell'emergenza medica intraospedaliera**	**Dipartimento Interpresidio Alghero-Ozieri di Emergenza Urgenza**
SC. Pianificazione strategica, Oganizzazione aziendale e governance	**Vers.1/2025 Rev.00**	**30.05.2025**

Redazione	Verifica	Approvazione	Pubblicazione
Dott.ssa Alessandra Rita Meloni Dirigente medico SC Anestesia, Terapia Intensiva Multidisciplinare, Rianimazione e Terapia Antalgica, PO Alghero **Dott. Maria Meloni** IFO SC Anestesia, Terapia Intensiva Multidisciplinare, Rianimazione e Terapia Antalgica, PO Alghero MARIA MELONI Firmato digitalmente da MARIA MELONI Data: 2025.08.12 10:03:07 +02'00' **Prof.ssa Daniela Pasero** Direttore SC Anestesia, Terapia Intensiva Multidisciplinare, Rianimazione e Terapia Antalgica, PO Alghero Daniela Pasero 08.08.2025 08:52:38 GMT+00:00 **Dott.ssa Giovanna Gonaria Cauglia** Dirigente medico SC Anestesia, Terapia Intensiva Multidisciplinare, Rianimazione e Terapia Antalgica, PO Ozieri Giovanna Gonaria Cauglia Firmato digitalmente da Giovanna Gonaria Cauglia Data: 2025.08.22 10:26:33 +02'00' **Dott. ssa Maria Giovanna Corveddu** IFO SC Anestesia, Terapia Intensiva Multidisciplinare, Rianimazione e Terapia Antalgica, PO Ozieri MARIA GIOVANNA CORVEDDU Firmato digitalmente da MARIA GIOVANNA CORVEDDU Data: 2025.08.22 09:44:54 +02'00' **Dott. Davide Piredda** Direttore SC Anestesia, Terapia Intensiva Multidisciplinare, Rianimazione e Terapia Antalgica, PO Ozieri DAVIDE PIREDDA Firmato digitalmente da DAVIDE PIREDDA Data: 2025.08.21 13:55:06 +02'00'	**Dott. Giuseppe Carta** Direttore Dipartimento Interpresidio Alghero-Ozieri Emergenza Urgenza CARTA GIUSEPPE Firmato digitalmente da CARTA GIUSEPPE Data: 2025.08.25 13:30:50 +02'00' **Dott.ssa Claudia Dessanti** Dirigente medico S.C. Pianificazione strategica, organizzazione aziendale e Governance DESSANTI CLAUDIA Firmato digitalmente da DESSANTI CLAUDIA Data: 2025.08.25 13:54:05 +02'00' **Antonio Alberto Mario Lumbau** Risk Manager LUMBAU ANTONIO ALBERTO MARIO Firmato digitalmente da LUMBAU ANTONIO ALBERTO MARIO Data: 2025.08.26 08:08:00 +02'00'	Dott. Piero Delogu Direttore Sanitario PIERO DELOGU Firmato digitalmente da PIERO DELOGU Data: 2025.08.26 10:24:38 +02'00'	S.C. Pianificazione strategica, organizzazione aziendale e Governance

Sommario

1. Premessa 4
2. Obiettivo 5
3. Campo di applicazione 5
4. Abbreviazioni e terminologia 6
5. Costituzione gruppo lavoro 6
6. Matrice delle responsabilità 7
7. Descrizione delle attività 8
8. Diagramma di flusso 17
9. Conservazione e distribuzione dei documenti 18
10. Riferimenti bibliografici 18

Allegato 1 20

Allegato 2 21

1. Premessa

Per emergenza intraospedaliera (EI) si intende il verificarsi all'interno dell'ospedale di una condizione patologica ad insorgenza improvvisa e ad evoluzione rapida, in cui il pericolo di perdita della vita, senza adeguato intervento sanitario, è calcolato in minuti. I sistemi di risposta all'EI nascono dall'esigenza di assicurare un'assistenza sanitaria efficace ed avanzata alle urgenze-emergenze cliniche che possono verificarsi in tutte le aree ospedaliere. Interventi associati a tempistica tardiva o risorse non adeguate configurano una compromissione del sistema e dei livelli di qualità e sicurezza delle cure che può tradursi in aumento di morbilità e mortalità intraospedaliera altrimenti prevenibili.

L'Area del Team emergenza medica (TEM) è dotata del materiale necessario per la gestione delle emergenze, ovvero borse del soccorso con all'interno farmaci e presidi scelti sulla base delle linee indirizzo in materia di rianimazione cardiopolmonare e gestione delle patologie tempo-dipendenti. Inoltre è cura dei reparti e servizi di assistenza, in conformità con la presente procedura, conservare la dotazione di presidi e *device* indispensabili alla stabilizzazione precoce dei pazienti in carico prima e dopo l'arrivo del TEM.

La gestione dell'EI richiede l'adozione di un modello organizzativo strutturato che comprenda:

- la procedura di gestione dell'emergenza con chiara definizione delle azioni, della loro sequenza, dei ruoli e delle responsabilità;
- la definizione del piano di formazione certificata degli operatori delle Strutture;
- l'organizzazione di zaini e carrelli di emergenza.

2. Obiettivo

Scopo della Procedura di Gestione dell'EI è garantire una risposta adeguata e appropriata all'emergenza sia nei reparti di degenza che in aree non presidiate dell'ospedale (scale, corridoi, sale d'attesa, servizi amministrativi, etc.) tramite:

-riconoscimento del paziente critico da parte del personale delle varie Strutture;

-corretto allertamento del TEM;

-standardizzazione della risposta all'EI da parte del personale di reparto fino all'arrivo del TEM;

-prevenzione dell'arresto cardiaco mediante identificazione del deterioramento clinico nel paziente critico e tempestiva chiamata del TEM;

-organizzazione dei carrelli e degli zaini di emergenza;

-programma di formazione certificata del personale del TEM e di tutti gli operatori delle Strutture dei Presidi Ospedalieri.

3. Campo di applicazione

La presente procedura descrive attività ricomprese nella sfera di competenza del Dipartimento Interpresidio Alghero-Ozieri Emergenza-Urgenza e si applica a tutte le Strutture e le articolazioni dei due Presidi Ospedalieri, comprese le aree esterne immediatamente adiacenti ed appartenenti al comprensorio tra i padiglioni dei Presidi Ospedalieri.

4. Abbreviazioni e terminologia

ACC	Arresto cardiocircolatorio
ALS	Advanced Life Support
BLSD	Basic Life Support and Defibrillation
DAE	Defibrillatore Automatico Esterno
EI	Emergenza Intraospedaliera
NEWS	National Early Warning Score
RCP	Rianimazione cardiopolmonare
TEM	Team Emergenza Medica

5. Costituzione gruppo lavoro

- Dirigente medico S.C. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance
- Direzione di Presidio Ozieri
- Direzione di Presidio Alghero
- Direttore Dipartimento Interpresidio Emergenza-Urgenza
- Risk Manager Aziendale
- Direttore S.C. Anestesia, Terapia Intensiva Multidisciplinare, Subintensiva, Rianimazione e Terapia Antalgica del P.O. di Ozieri
- Direttore S.C. Anestesia, Terapia Intensiva Multidisciplinare, Subintensiva, Rianimazione e Terapia Antalgica del P.O. di Alghero
- Dirigente medico incaricato per l'Emergenza ed Area Critica S.C. Anestesia, Terapia Intensiva Multidisciplinare, Subintensiva, Rianimazione e Terapia Antalgica del P.O. di Ozieri

- Dirigente medico incaricato per l'Emergenza ed Area Critica S.C. Anestesia, Terapia Intensiva Multidisciplinare, Subintensiva, Rianimazione e Terapia Antalgica del P.O. di Alghero
- IFO S.C. Anestesia, Terapia Intensiva Multidisciplinare, Subintensiva, Rianimazione e Terapia Antalgica del P.O. di Ozieri
- IFO S.C. Anestesia, Terapia Intensiva Multidisciplinare, Subintensiva, Rianimazione e Terapia Antalgica del P.O. di Alghero

6. Matrice delle responsabilità

FUNZIONE ATTIVITA'	Infermiere reparto	Medico/infermiere reparto sulla scena (1° operatore)	Altro sanitario sulla scena (2° operatore)	Infermiere delegato dal Coordinatore	Team Leader TEM	Infermiere TEM
Acquisizione parametri vitali e calcolo score NEWS2	R					
Constatazione emergenza/ACC		R	C			
Chiamata al MET		C	R			
Inizio RCP		R	C			
Avvicinamento carrello emergenza		C	R			
Intervento MET e presa in carico		C	C		R	
Check list zaini emergenza						R
Check list carrelli emergenza				R		

R=Responsabile C=Coinvolto

7. Descrizione delle attività

Il processo di gestione dell'emergenza intraospedaliera si divide fondamentalmente in tre fasi:

1. monitoraggio del paziente per l'identificazione precoce del deterioramento clinico;
2. gestione del deterioramento clinico;
3. inizio della rianimazione cardiopolmonare;
4. attivazione del team di emergenza intraospedaliera.

Sintomi e segni di deterioramento clinico

La catena della prevenzione si basa su 5 punti, descritti come 5 anelli, la cui forza singola da forza alla catena stessa.

Formazione o addestramento del personale: si basa sull'osservazione e sulla capacità di interpretare i segni e i sintomi del paziente, sul riconoscimento dei segni di deterioramento, sull'utilizzo dell'approccio ABCDE da applicare al paziente critico in

attesa dell'arrivo del personale sanitario più esperto. Vengono ritenuti indispensabili i corsi di Rianimazione di Base ed avanzati (BLS-D ed ALS) e la partecipazione ai corsi di presentazione delle varie procedure.

Monitoraggio: comprende la valutazione del paziente anche attraverso l'ausilio di monitoraggio elettronico, per la misurazione dei segni vitali.

Riconoscimento: i parametri vitali andranno riportati nelle apposite schede di monitoraggio che aiuteranno i sanitari a gestire le eventuali richieste di aiuto, come la scheda del NEWS Score.

Richiesta di aiuto: i protocolli di richiesta di aiuto, basati sull'analisi delle schede di monitoraggio, devono essere uniformati e descritti a tutto il personale sanitario e non del presidio.

Risposta: l'intervento del TEM con relativa consulenza che andrà redatta sull'apposito applicativo informatico (software Galileo), stampata e depositata come parte integrante in cartella clinica.

Il monitoraggio di un paziente nei reparti di degenza di un ospedale riduce l'incidenza di eventi avversi gravi, in quanto è in grado di evidenziare l'eventuale deterioramento clinico; quest'ultimo deve essere gestito in tempi rapidissimi per evitare un eventuale arresto cardiaco o i ricoveri non programmati in terapia intensiva. La responsabilità dell'acquisizione dei parametri e del calcolo dello Score è assegnata al personale infermieristico delle aree di degenza.
La documentazione relativa al monitoraggio clinico (**Allegato 1**) deve essere integrata nella cartella clinica del paziente.

Il sistema di monitoraggio clinico e di allerta è basato sull'utilizzo dello Score NEWS 2 (National Early Warning Score 2), indicato per pazienti con oltre 16 anni. Il NEWS 2 propone una variazione di punteggio per pazienti BPCO (il ricorso all'uno o l'altro monitoraggio è definito dal medico che prende in cura il paziente).

TABELLA 1 – NEWS 2

Parametro	Score NEWS 2						
	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria	≤8		9-11	12-20		21 - 24	≥25
Saturazione O_2 %	≤91	92-93	94-95	≥96			
Saturazione O_2 % (BPCO)	≤83	84-85	86-87	88-92	93-94 con O2	95-96 con O2	≥97 con O2
O_2 supplementare		SI		NO			
Pressione sistolica	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frequenza cardiaca (bpm)	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Coscienza (AVPU)				A			VPU
Temperatura (C°)	≤35		35.1-36	36.1-38	38.1- 39	≥39	

Il punteggio derivato (**NEWS Score**) identifica un livello di rischio clinico incrementale.

TABELLA 2 – Livello di rischio clinico incrementale

	NEWS Score 0 Basso rischio	Mantieni il livello di monitoraggio ogni 12 ore
giallo	**NEWS Score 1 – 4** Basso rischio	Rivaluta e aumenta il livello di monitoraggio ogni 4 ore: informazione dell'infermiere responsabile
arancione	**NEWS Score 5 – 6** Soglia critica per deterioramento clinico	Ottieni una valutazione medica urgente da parte del medico di reparto. In base all'organizzazione di reparto, attivare il TEM
rosso	**NEWS Score 6 – 7** Potenziale rischio vita	Attiva il TEM

Lo score tiene conto di variabili rappresentate da frequenza respiratoria, saturazione di ossigeno, eventuale necessità di ossigenoterapia, pressione sistolica, frequenza cardiaca, valutazione neurologica e temperatura, con dei punteggi che indicano la gravità del quadro clinico (Tabella 1). I parametri andranno riportati in una scheda dedicata al singolo paziente e la somma del punteggio dello score verrà utilizzato per assegnare un livello di rischio clinico incrementale, che definirà l'intervallo di monitoraggio dei parametri vitali da parte del personale dei reparti di degenza e servizi (Tabella 2). **I valori estremi di ciascun parametro (per esempio una frequenza cardiaca ≤40 battiti/min o una frequenza respiratoria di ≤8 atti/min o una temperatura corporea ≤35°C), che corrispondono ad un valore score di 3, richiedono una valutazione clinica urgente.**

Nei casi di Score 6-7 il medico deve allertare il TEM: il team leader dello stesso valuterà le condizioni del paziente e, dopo averlo trattato adeguatamente a stabilizzazione avvenuta, deciderà sull'eventuale necessità di trasferimento in reparti a più alta intensità di cure.

Oltre allo Score NEWS 2 ci sono valutazioni secondo criteri a singolo parametro ove in base alla gravità ci può essere una risposta da parte del medico di reparto oppure bisogna attivare immediatamente il TEM (Tabella 3).

TABELLA 3 – Criteri di chiamata del TEM

A. VIE AEREE	A rischio
B. RESPIRAZIONE	Tutti gli arresti respiratori Frequenza respiratorie <5 o >36
C. CIRCOLAZIONE	Tutti gli arresti cardiaci <40 FC>140 b/min PAS <90 mmHg
D. NEUROLOGIA	Alterazioni improvvise del livello di coscienza Convulsioni prolungate o ripetute
E. ALTRO	Qualunque altro segno o sintomo che crea preoccupazione nei curanti

Appare imprescindibile l'utilizzo del Linguaggio comune ABCDE per evidenziare le criticità dei parametri vitali coinvolti che dovranno essere trattate prima di proseguire con l'algoritmo, anche prima dell'arrivo del TEM.

L'applicazione delle regole contenute nella catena di sopravvivenza incrementa la possibilità di riuscita della rianimazione cardiopolmonare e del contenimento del rischio del danno cerebrale secondario ad ACC. Solo un rapidissimo intervento del personale presente può garantire le prime manovre di supporto vitale e se necessario la defibrillazione precoce con il DAE.

Il personale adeguatamente formato, inizia la rianimazione secondo protocollo BLS-D fino all'arrivo del TEM:
-il primo operatore che rileva la situazione di emergenza avverte un secondo operatore al quale delega l'attivazione del team di emergenza;
-il primo operatore **non deve allontanarsi dal paziente** e deve iniziare le manovre di BLS; sarebbe auspicabile la registrazione dei tempi di rilevamento della condizione di arresto e dell'attivazione del team dell'emergenza;
-il secondo operatore chiama il **numero breve** **"ANESTESIA-EMERGENZA"** corrispondente ad un cellulare a disposizione del medico del TEM. Il numero breve dell'emergenza intraospedaliera deve essere esposto ben visibile nei reparti in prossimità di ogni postazione telefonica e carrello di emergenza. Al momento della chiamata l'operatore di reparto comunica: ***reparto***, ***numero letto***, ***emergenza*** (ad esempio: Medicina, letto n° 23, paziente in arresto cardiaco);
-il secondo operatore avvicina il carrello d'emergenza al letto del paziente e predispone per il monitoraggio, posizionando le placche del DAE.

Gestione dell'emergenza da parte del personale delle UU.OO.: fasi dell'intervento

Valutazione della scena: valutare che la scena sia in sicurezza e indossare i DPI prima di iniziare qualsiasi manovra;

valutazione dello stato di coscienza: chiamando e scuotendo la vittima per le spalle, se non risponde chiedi aiuto ad un secondo operatore;

valutazione della pervietà delle vie aeree: se il paziente non risponde e non è cosciente, valutare se le vie aeree sono libere, controllare il cavo orale e liberarlo da eventuali corpi estranei e rimuovere protesi mobili se presenti e aspirare eventuali secrezioni o vomito presenti;

valutazione del respiro e del circolo: se il paziente non è cosciente e le vie aeree sono libere controllare se respira e se è presente il polso con la manovra GAS (guardo ascolto e sento);

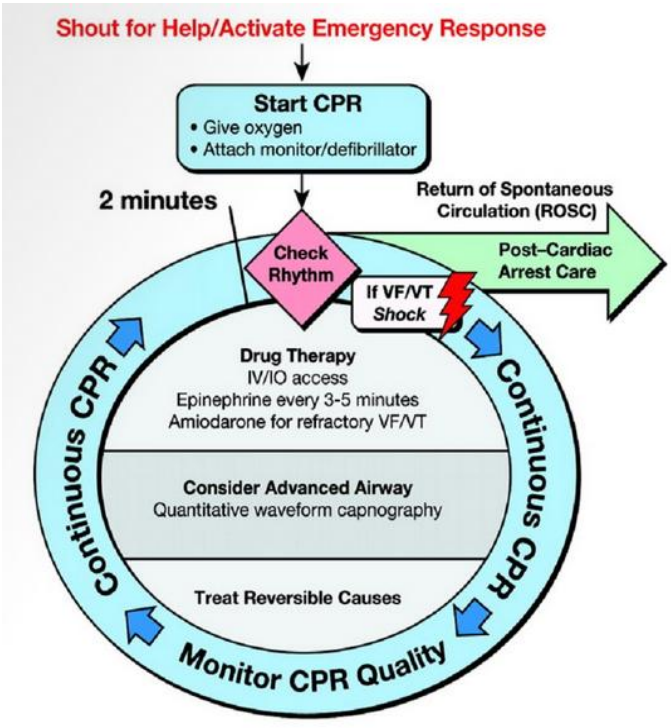
Se non sono presenti respiro e circolo, iniziare immediatamente le manovre di rianimazione come da BLSD e chiamare il TEM.

avvicinamento del carrello di emergenza comprensivo di DAE: la posizione del carrello di emergenza dovrebbe essere preferibilmente sul lato sinistro del paziente. Nelle situazioni di non emergenza il carrello deve essere collocato in una posizione strategica all'interno del reparto e in particolare in posizione baricentrica rispetto alle sezioni di degenza. Cartelli segnalatori ne indicano l'area di stazionamento.

Intervento del TEM

Il TEM raggiungerà l'U.O. con lo zaino adeguato, nel minor tempo possibile.
Il team d'emergenza prosegue con le manovre di rianimazione secondo protocollo ALS e le linee guida correnti e contemporaneamente il Team leader ottiene dal primo operatore e dal medico di reparto una descrizione sintetica degli eventi e degli interventi effettuati fino a quel momento.
L'interruzione delle manovre di rianimazione avviene per ripristino del circolo spontaneo (ROSC) o per decesso. In caso di successo della RCP il TEM continua con le manovre di stabilizzazione, secondo il protocollo post ROSC proposto dalle società scientifiche di riferimento.

TABELLA 3 – Algoritmo circolare dell'Advanced Life Support



In caso di mancata risposta alle manovre di rianimazione cardiopolmonare il TEM insieme al medico di reparto concorderà la sospensione delle manovre per rianimazione protratta o per condizioni cliniche pre-arresto compromesse.
Il Team leader del TEM ha la facoltà di decidere sul trasferimento finale del paziente. Sarà supportato dal medico di reparto negli *step* successivi:
-definizione del reparto di accoglienza e ricerca di posto letto;
-modalità di trasporto;
-controllo documentazione clinica ed eventuale predisposizione di copie;
-comunicazione dell'evento avverso ai familiari.
Prima del trasferimento ad altro ospedale dotato di reparto di rianimazione/cure intensive cardiologiche devono essere adottati tutti i provvedimenti volti a ridurre al minimo il rischio ipossico o quello relativo ad un nuovo ACC. Il trasferimento viene organizzato e portato a termine dal TEM.
Dopo ogni intervento il medico del team dell'emergenza riporta le attività eseguite, sotto forma di consulenza al reparto richiedente tramite l'apposito applicativo informatico (software Galileo) e attraverso la compilazione di una scheda post intervento (**Allegato 2**) che costituirà parte di un apposito Registro Emergenze.

Check list zaini e carrelli

Lo zaino del TEM, rispetto al carrello dell'emergenza, contiene materiale specifico per le manovre di intubazione endotracheale e per il supporto avanzato del circolo.
Si suggerisce l'organizzazione di due zaini: il primo, per l'emergenza intraospedaliera propriamente detta, a completamento del carrello di emergenza e il secondo da utilizzare per i trasporti o per la gestione delle emergenze nelle aree non presidiate, ovvero prive di carrello per l'emergenza.
L'infermiere del TEM provvede a controllare il contenuto dello zaino tramite apposita *check list* quotidianamente per verificare completezza, integrità e scadenze di materiali/presidi/farmaci ed al termine di ciascun intervento con ripristino del materiale utilizzato.
Il carrello delle emergenze deve essere predisposto in ciascun reparto del Presidio Ospedaliero di riferimento, identificando il sito contraddistinto dalla migliore accessibilità h24/d7, per i servizi e/o aree comuni sarà attuabile un'eventuale ottimizzazione con la dotazione anche di un solo carrello per servizi adiacenti, ferma

restando la necessità da parte del/dei Coordinatore/i di Struttura di indicare i responsabili della *check list* periodica a cadenza bisettimanale, in aggiunta a quella da eseguire immediatamente dopo ciascun.
Sarà cura di ciascuna Direzione di Presidio concordando con le Direzioni di Struttura di riferimento, mappare i siti, identificare le posizioni dei carrelli che dovranno essere opportunamente segnalate e predisporre con il TEM delle *check list* standardizzate per zaini e carrelli sulla scorta delle necessità del Presidio Ospedaliero.
***Check list* degli zaini e dei carrelli, mappatura ed identificazione della posizione dei carrelli all'interno delle aree ospedaliere costituiranno oggetto di un apposito Protocollo Applicativo della presente procedura da costituire sulla base delle peculiarità di ciascuno dei due Presidi Ospedalieri.**

Turnistica

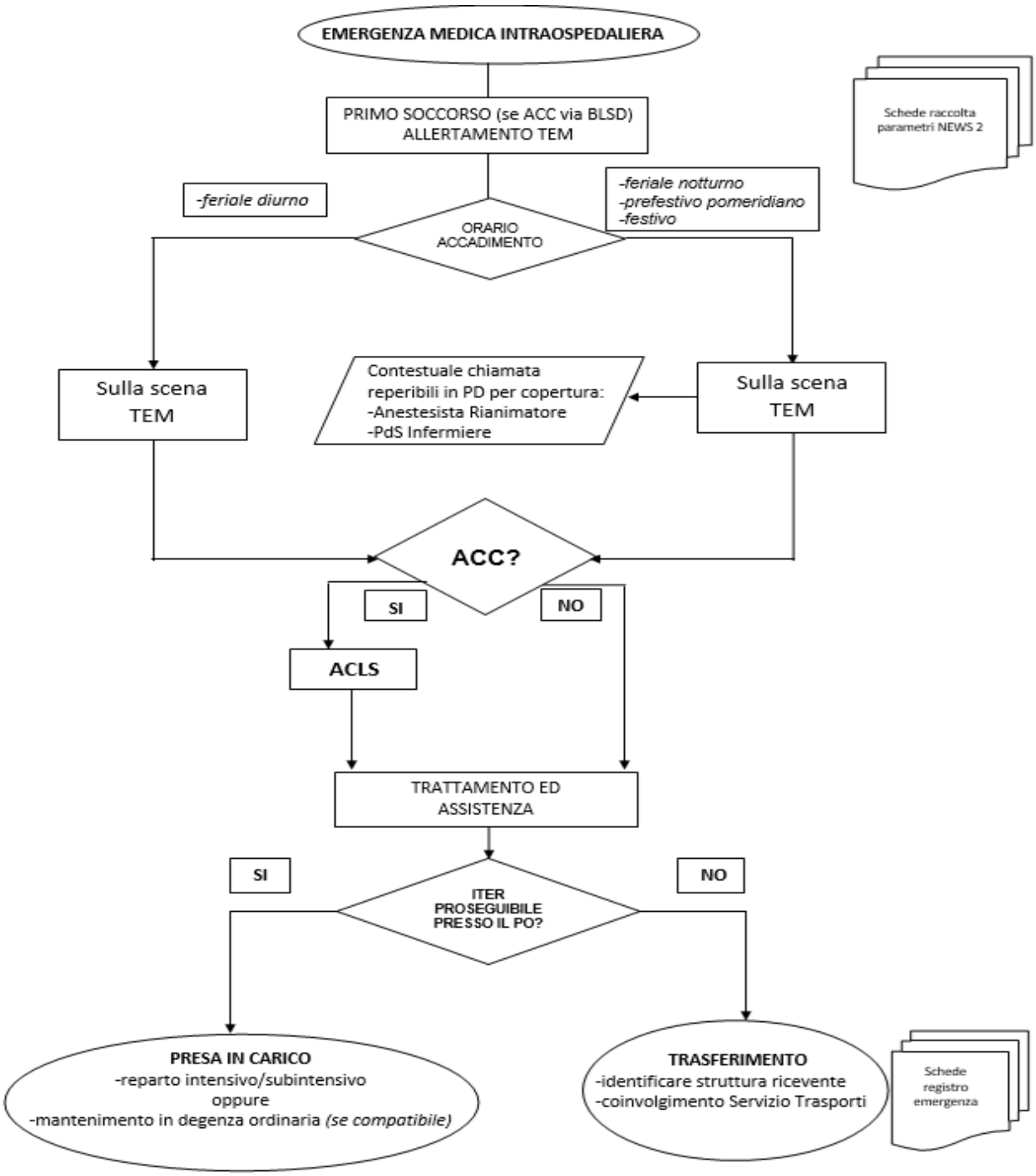
Il TEM deve garantire in regime continuativo h24/d7 la risposta avanzata alle emergenze cliniche maggiori all'interno dello stabilimento ospedaliero.
Il Direttore ed il Coordinatore della SC Anestesia e Rianimazione predispongono mensilmente la turnistica da cui si evincono chiaramente gli operatori che costituiscono giornalmente il TEM, composto da almeno:
-1 medico Anestesista Rianimatore;
-1 PdS Infermiere di Anestesia e Rianimazione.
In corso di trasferimenti extraospedalieri caratterizzati da particolari difficoltà (pazienti obesi, dotazioni ed attrezzature pesanti) dovrà essere garantita una figura sanitaria aggiuntiva (OSS, ausiliario) di supporto da parte del Servizio Trasporti.

Programma periodico di formazione

Ogni Direttore/Coordinatore di UO verificherà il possesso di certificazione valida dei corsi di Rianimazione Cardiopolmonare di base e, dove necessario, avanzata a tutti gli operatori della propria Struttura e la comunicherà alla Direzione di Presidio.
La Direzione di Presidio predisporrà con la SC Anestesia e Terapia intensiva e la SC Formazione il programma di formazione e/o di *retraining* degli operatori.
La formazione in materia ricomprende la conoscenza della presente procedura operativa e la partecipazione a corsi di aggiornamento sulla stessa, nonché la

partecipazione a corsi di *non technical skills* inerenti alla gestione delle situazioni e comunicazioni sotto stress emotivo.

8. Diagramma di flusso



9. Conservazione e distribuzione dei documenti

La Direzione Medica diffonderà la procedura a tutti i Direttori e Coordinatori delle Strutture del rispettivo Presidio. Il presente documento sarà disponibile presso le Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero, la SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance e le Strutture coinvolte. Sarà allegato a Deliberazione del DG/CS e pubblicato nell'apposita Sezione dell'Albo Pretorio sul sito istituzionale aziendale. Sarà altresì soggetto ad eventuale revisione periodica e verrà aggiornato in base alle evidenze scientifiche emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

10. Riferimenti bibliografici

1. DRG N° 47/42 del 30.12.2010 "Provvedimenti attuativi della L.R. n° 10/2026. Revisione ed integrazione dei requisiti minimi generali e specifici per l'autorizzazione per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private sanitarie e socio sanitarie operanti nella Regione Sardegna. Classificazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private con conseguente attribuzione delle competenze autorizzative agli Enti preposti. Modifica e integrazione della Delib. G.R. n°34/26 del 18.10.2010"

2. DRG N° 47/43 DEL 30.12.2010 "Provvedimenti attuativi della L.R. n° 10/2006. Approvazione dei requisiti generali e ulteriori per il rilascio dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie operanti nella Regione Sardegna. Approvazione del percorso e delle relative procedure per il passaggio dell'accreditamento transitorio all'accreditamento provvisorio e per il rilascio dell'accreditamento definitivo istituzionale entro 30.12.2010 delle strutture sanitarie e socio sanitarie. Approvazione definitiva"

3. Quality and patient safety "Association between night-time surgery and occurrence of intraoperative adverseevents and postoperativepulmonarycomplications". A. Cortegiani et al. British Journal of Anaesthesia, 122 (3): 361-369 (2019)

4. Dalton MK, McDonald E, Bhatia P, Davis KA, SchusterKM. "Outcomes of acute care surgicalcasesperformedat night." Am J Surg 2016; 212: 831e64

5. Procedura per il corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio cloruro e di altre soluzioni contenenti potassio. Deliberazione del Commissario Straordinario ex L.R.24/2020 n° 156/12/2020

6. Procedura gestione della terapia farmacologica nelle strutture di degenza. Deliberazione del Commissario Straordinario ex L.R.24/2020 n°175 del 30/12/2020

7. Procedura per la corretta gestione dei farmaci "Look-Alike/Sound-Alike" (LASA) Deliberazione del Commissario Straordinario ex L.R 24/2020 n°712 del 22/09/2021

8. Basic Life Support BLSD, IRC-Revisone delle linee guida 2021

9. Advanced Life Support ALS, IRC-Revisione delle linee guida 2021

Allegato 1

COGNOME		NOME		
	Data	Ora		
Frequenza Respiratoria (atti/minuto)	>25			3
	24-21			2
	20-12			0
	<8			3
SpO2 (%)	>96%			0
	95-94%			1
	93-92%			2
	<91			3
SpO2 (%) (paziente ipercapnico)	>96% on oxygen			3
	96-95% on oxygen			2
	94-93% on oxygen			1
	92-88 on oxygen or > 92 on air			0
	87-86			1
	85-84			2
	<83			3
Ossigenoterapia	AA			0
	O2 L/min			2
Pressione Sistolica	>220			3
	219-111			0
	110-101			1
	100-91			2
	90 < 50			3
Temperatura	>39,1			2
	39-38,1			1
	38-36,1			0
	36-35,1			1
	<35			3
Frequenza Cardiaca	>131			3
	130-111			2
	110-91			1
	90-51			0
	50-41			1
	<40			3
Livello di Coscienza	A			0
	C VPU			3
SCORE				

Allegato 2

SCHEDA RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE

Data arresto cardiaco ...../...../.....		**Nome Cognome del paziente**	
Sede dell'evento		**Data di nascita** ...../...../.....	
• Reparto ordinario • Pronto Soccorso • Sala operatoria • Area intensiva	• Altro (ad es: corridoio ascensore, ambulatorio scale)	**Età** _____	**Sesso F • M •** **Data del ricovero** ...../...../.....
Sottoposto a monitoraggio in reparto? **• Sì • No**		**Score NEWS2 prima dell'ACC**	

VARIABILI DELL'EVENTO

Causa scatenante • Cardiaca • Trauma • Respiratoria • Sconosciuta	**• Altra** (specificare)	**Condizione iniziale**			**Ritmo iniziale riscontrato** .....
		È cosciente?	• Sì	• No	
		Respira?	• Sì	• No	
		Ha polso?	• Sì	• No	
Condizioni presenti nelle 8 h precedenti • Dati non disponibili • Riferite dal personale sanitario • Documentate in Cartella Clinica					
• Scala ACVPU ..... • Pressione..... • Frequenza respiratoria ..... • Distress respiratorio • Sì • No		• Convulsioni • Sì • No • Frequenza cardiaca ..... • SaO_2 ..... • Temperatura corporea			
Trattamenti prima dell'arrivo del Team di emergenza **RCP** • Compressioni toraciche • Ventilazione • Analisi ritmo e defibrillazione con DAE • Analisi ritmo e defibrillazione con defibrillatore manuale		**Tempi dell'arresto cardiaco (hh:mm)** Arresto cardiaco ..... : ..... Chiamata del Team ..... : ..... Arrivo del Team ..... : ..... Analisi 1° ritmo ..... : ..... Inizio RCP ..... : ..... 1° shock ritmo defibr. ..... : ..... A. venoso/1°farmaco ev ..... :			**Fine della RCP** **Ora** ..... : ..... **Motivazione** • Ritorno circolo spontaneo • Paziente in fase avanzata di malattia e/o fine vita
Trasferimento in: • Terapia intensiva • Unità coronarica Data ...../...../..... Ora ..... :					
• Decesso	Data ...../...../.....				