



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA DIFFUSIONE DELLE ISTRUZIONI  
PRE-ARRIVO NELLA COSTRUZIONE  
DELL'EMPOWERMENT DEL CITTADINO**

Relatore: Chiar.ma  
**Dott.ssa Tiziana Traini**

Tesi di Laurea di:  
**Salvatore Buellis**

Correlatore: Chiar.ma  
**Dott.ssa Marida Andreucci**

A.A. 2018/2019

*“Non seguire il sentiero già segnato, va invece dove  
non vi è alcun segno e lascia una traccia”*

*(Sergio Bambarén)*

## Indice

Introduzione.....	1
1 Il servizio di emergenza 118 .....	3
1.1 Compiti e Funzioni .....	3
1.2 Caratteristiche strutturali e tecnologiche .....	4
1.3 Postazioni di lavoro in Centrale Operativa .....	5
1.4 Sistema di Valutazione e Gestione delle Chiamate .....	6
1.5 Codici Colore di Priorità.....	7
1.6 Postazioni fisse territoriali .....	9
1.7 Le basi di Elisoccorso .....	11
2 Autonomia e responsabilità dell'infermiere in Centrale Operativa .....	12
2.1 La responsabilità professionale.....	12
2.2 La responsabilità civile .....	13
2.3 La Responsabilità Penale .....	14
2.4 La responsabilità disciplinare .....	14
2.5 Competenze professionali specifiche dell'emergenza.....	15
2.6 La risposta telefonica .....	19
2.7 Il Dispatch.....	20
2.8 Le istruzioni pre arrivo .....	21
3 Confronto delle istruzioni pre-arrivo in alcune Regioni italiane.....	23
3.1 L'esperienza della Regione Marche .....	23

3.2	L'esperienza della Regione Toscana .....	22
3.3	L'esperienza della Regione Veneto .....	23
3.4	L'esperienza della Regione Puglia .....	25
3.5	Stato dell'arte delle istruzioni pre-arrivo nel sistema di emergenza italiano...	25
4	Lo sviluppo dell'empowerment del cittadino.....	26
4.1	Proposta di Disegno di Legge .....	26
4.2	Proposta di Empowerment del cittadino .....	27
4.3	L'ipotesi del progetto educativo .....	30
	Conclusioni.....	37
	Bibliografia.....	38
	Sitografia .....	40

## Introduzione

Il lavoro effettuato mira a dare delle conoscenze di base sul mondo dell'emergenza extra ospedaliera, dal D.P.R. 27 Marzo 1992 - che avvia il sistema di emergenza / urgenza territoriale - alla creazione del Sistema 118. Particolare risalto viene dato alla figura dell'Infermiere, quale professionista dotato di adeguata formazione, per il ruolo chiave che egli può ricoprire sin dai primissimi istanti successivi al verificarsi di un incidente o altro evento che necessiti l'erogazione del soccorso. Il suo mandato - negli scenari pocanzi richiamati - si esplica fornendo al chiamante le istruzioni più adeguate tanto al fine di garantire l'autoprotezione quanto di favorire la sopravvivenza della vittima in attesa dell'equipaggio di soccorso.

Il focus dell'elaborato si concentra – in particolare – sulle “istruzioni pre-arrivo”, tramite l'analisi di alcune realtà regionali italiane e dei protocolli propri di ogni struttura operativa locale, che facilitano la promozione e l'utilizzo delle I.P.A. (acronimo di istruzioni pre-arrivo) da parte dei propri operatori.

Le ragioni che mi hanno spinto a concentrarmi su questo progetto sono da ricercare nell'interesse dimostrato verso il mondo dell'emergenza fin da prima dell'inizio del percorso universitario. Sono stato - e sono tutt'ora - un volontario del soccorso, che ha vissuto le sue prime esperienze a partire dai sedici anni nelle attività addestrative, impaziente di raggiungere la maggiore età per poter conseguire i corsi standard e dedicarsi al soccorso sanitario. Il mondo dell'emergenza sanitaria è sempre stato il mio rovello, da quando - giovanissimo- mio padre mi introdusse in questa realtà. Durante la mia breve esperienza, solo settennale, nel mondo del volontariato nell'emergenza sanitaria, ho ricevuto innumerevoli stimoli a voler ampliare in modo sempre crescente il mio bagaglio culturale, fare di più e meglio per il paziente, essere in grado di “fare la differenza” rispetto alle prospettive di sopravvivenza del paziente che avevo in carico.

In più occasioni, essendo le postazioni di soccorso dislocate in numero maggiore rispetto alle postazioni di emergenza sanitaria, mi è capitato di raggiunger il target in anticipo rispetto all'equipaggio di soccorso avanzato. Ricordo che, dalla Centrale Operativa, la voce ferma dell'infermiere mi forniva le istruzioni, agevolandomi nel delicato compito che stavo svolgendo e guidandomi- con le sue conoscenze, competenze e con il suo bagaglio culturale ed esperienziale -nel fare la differenza. Il professionista, pur fisicamente in quel momento così lontano da me e dunque privo della visione materiale dello scenario in atto, riusciva ad essere ugualmente

fondamentale nel buon esito delle operazioni di soccorso, realmente capace di “fare la differenza”.

Questa, peraltro, è stata una delle motivazioni che mi hanno guidato nella scelta di iscrivermi al Corso di Laurea in Infermieristica.

Troppo spesso, all’arrivo sul target di un arresto cardiocircolatorio, non è stato trovato nessuno che, già dai primi attimi, avesse potuto effettuare le manovre di rianimazione sul paziente. Nella maggior parte dei casi la paura, l’ansia e l’agitazione non permettono di concentrarsi e mettere in pratica quello che l’operatore, dall’altra parte del telefono, sta cercando di comunicare. L’infermiere di centrale avrebbe infatti potuto, in questi casi, guidare il parente della vittima o chi presente sulla scena dell’evento, al fine di consentirgli di effettuare con successo le prime manovre di rianimazione, in attesa dell’arrivo dell’equipaggio di soccorso.

L’obiettivo di questo elaborato è, pertanto, proprio quello di evidenziare la rilevante differenza che può fare l’infermiere di centrale operativa 118 sugli esiti assistenziali, con l’applicazione dei protocolli operativi e fornendo sempre le istruzioni pre-arrivo all’utente che richieda il soccorso.

Sono state raccolte, allo scopo, le flowchart utilizzate dagli infermieri di Centrale Operativa 118 in alcune regioni italiane, al fine di un effettuare un confronto teso a migliorare l’esperienza nell’impiego delle stesse.

L’elaborato è suddiviso in tre capitoli così strutturati:

- nel primo si introducono alcuni cenni generali relativi al Servizio di Emergenza Territoriale 118, esaminandone la nascita, definendone ruoli e funzioni, analizzando caratteristiche tecniche e strumentali, differenziando le vie strutture ed equipaggi territoriali ed analizzando i codici colore (ora utilizzati per effettuare il triage);
- nel secondo si analizzano le responsabilità dell’Infermiere, che opera in contesti emergenziali quali la centrale operativa, con particolare riguardo alle istruzioni pre-arrivo ed al soccorso territoriale con le relative difficoltà di gestione;
- nel terzo si approfondiscono alcune esperienze regionali italiane sotto il profilo delle istruzioni pre arrivo e dei protocolli relativi al loro utilizzo.

# **1 Il servizio di emergenza 118**

La centrale operativa rappresenta il fulcro del servizio di emergenza 118, essendo “l’unico ente deputato alla direzione e al coordinamento dei soccorsi sanitari sul territorio” (DPR 27 marzo 1992), incaricato della gestione di tutte le fasi del soccorso che vanno dalla richiesta di aiuto alla conclusione dell’evento, con particolare riguardo all’assistenza del chiamante prima dell’arrivo sul posto del mezzo avanzato. In tal senso, la centrale è a conoscenza dell’organizzazione sanitaria sia su territorio che ospedaliera, necessaria per indirizzare gli equipaggi nel centro più adatto per l’accoglienza del paziente in carico. Nell’ambito del coordinamento generale, infine, è la struttura preposta a curare i rapporti con le altre centrali operative degli altri enti di soccorso.

## **1.1 Compiti e Funzioni**

La Centrale Operativa (C.O.) è la sede dell’organo direttivo dell’intero sistema di emergenza territoriale, quale definito dalle istituzioni regionali, ed è la sede di ricezione delle richieste di soccorso, della loro valutazione e dell’attivazione della risposta più idonea. In essa, quindi, sono raccolte le funzioni di comando e controllo, che consistono principalmente nella gestione di tutto il personale assegnato, sia di Centrale che del Territorio, e di tutte le risorse attribuite, tecnologiche e strumentali. Nello specifico,

- definisce i protocolli operativi di tutto il complesso di attività, sia di Centrale che del Territorio, cui tutti gli operatori devono attenersi;
- cura la programmazione della formazione, che coinvolge tutte le figure professionali che a vario titolo operano nell’ambito del sistema di emergenza territoriale;
- predispone i piani di intervento speciali;
- mantiene i rapporti con enti e strutture esterni.

Per quello che riguarda le funzioni strettamente connesse ai soccorsi, la Centrale è deputata alla valutazione della tipologia e del grado di complessità dell’evento segnalato, sì da attivare la risposta territoriale più adatta, coordinare l’intervento delle squadre sul territorio, fornire le più accurate istruzioni pre arrivo (I.P.A.), utili ai fini della salvaguardia del paziente, e coinvolgere tutti gli altri enti territoriali per l’assistenza sanitaria fuori dal comparto dell’emergenza/urgenza. Alla Centrale

Operativa sono inoltre assegnate tutte le funzioni di coordinamento in ambito sanitario in occasioni di maxi-emergenze (come previsto dal D.M. del 13 febbraio 2001, recante i «Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi», pubblicato nella G.U. del 6 aprile 2001). L'attività in queste occasioni prevede l'applicazione di protocolli operativi interni, la cui redazione e corretta esecuzione sono incardinati nel Direttore dell'Emergenza e Urgenza Territoriale 118, promotore e garante per l'aggiornamento periodico secondo le più recenti linee guida, nonché responsabile della divulgazione degli stessi presso gli altri enti preposti all'intervento in caso di maxi-emergenze.

## **1.2 Caratteristiche strutturali e tecnologiche**

La struttura deve poter garantire autonomia in ogni situazione, in modo scalabile e tale da poter essere potenziata o depotenziata in base alle esigenze del territorio. A tale scopo, essa deve essere dotata al proprio interno di aree preposte ad uffici di direzione, amministrativi, tecnici, infermieristici e di uno sportello per il rapporto con il pubblico, oltre che di adeguati spazi adibiti a sale riunioni, breafing, debreafing ed aule per la formazione. Devono inoltre essere presenti depositi per lo stoccaggio di materiali ed attrezzature ed, in base all'organizzazione locale, un'area destinata al ricovero dei mezzi di soccorso, compresi eventuali appendici attivabili in situazioni previste dal già citato D.M. 13 Febbraio 2001.

La Sala Operativa richiede poi la limitazione dell'accesso al solo personale preposto, oltre a dover essere congegnata in modo tale che le postazioni degli operatori in servizio siano disposte preservandone l'autonomia funzionale, evitando che esse possano interferire tra di loro e facilitandone comunicazione ed integrazione per un efficace scambio di informazioni. Ogni postazione è dotata di un apparato per la telefonia e di almeno un apparato per la trasmissione ed elaborazione dei dati, connessi ad adeguato apporto di energia elettrica e con gruppi di continuità tesi a scongiurare il rischio di spegnimenti indesiderati.

Per quanto attiene al sistema informatico, inoltre, la centrale deve essere dotata di supporti idonei a facilitare la gestione dei processi operativi da parte del personale in servizio, disporre di dati relativi al chiamante utili ai fini della sua geolocalizzazione, consentire la raccolta, l'elaborazione e la valutazione dei dati e delle informazioni a fini



statistici sui vari livelli di monitoraggio, quali il locale (nella persona del Direttore SEUT - Servizio Emergenza/Urgenza Territoriale), il regionale e il nazionale, in conformità alla normativa vigente.

Per quanto concerne la telefonia, devono necessariamente essere previste linee di backup automatiche, in caso di interruzione - per qualsiasi motivo - del flusso principale. Il meccanismo di funzionamento è a due livelli, con un circuito interno che comprende la Centrale Operativa, tutte le postazioni territoriali e le altre centrali operative degli enti preposti al soccorso, e un sistema aperto che permette la comunicazione con l'esterno e con i cittadini.

Il sistema radio deve essere programmato sulla coppia di frequenze assegnate gratuitamente dal Ministero della Salute ad ogni Servizio 118 su scala nazionale, secondo quanto disposto dal D.M. 6-10-1998 (recante disposizioni in materia di "Assegnazione delle coppie di frequenze, canalizzate 12,5 KHz, ricadenti nella banda 450 MHz, al Ministero della Sanità per le esigenze del sistema di emergenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale") e garantendo adeguata copertura su tutto il territorio di competenza.

Deve essere infine presente un sistema di registrazione audio, sia telefonico che radio, che permetta l'archiviazione e, attraverso un adeguato sistema informatizzato, il riascolto immediato del messaggio.

### **1.3 Postazioni di lavoro in Centrale Operativa**

Il personale assegnato alle postazioni di lavoro è individuato tra infermieri adeguatamente formati, in possesso delle richieste specifiche competenze tecniche e professionali. La dotazione minima per ogni Centrale è di due postazioni. Per garantire un'appropriata risposta alla chiamata di emergenza, il numero di postazione effettivamente attive è rapportato al bacino di utenza di competenza, incrementando una postazione ogni ulteriore aumento del 50% della popolazione:

- 2 postazioni: fino a 300.000 residenti;
- 3 postazioni: da 300.000 a 450.000 residenti;
- 4 postazioni: da 450.000 a 675.000 residenti;
- 5 postazioni: da 675.000 a 1.012.500 residenti;
- 6 postazioni: da 1.012.500 a 1.518.750 residenti;

- ecc.

Ove la sala operativa sia organizzata in nuclei separati di “valutazione della chiamata” e “gestione dell’intervento”, il numero dei posti operatore nei singoli nuclei va dimensionato anche per il numero di chiamate e per il numero di interventi. In base a questi parametri possono essere valutati gli incrementi temporanei necessari per particolare iperafflusso stagionale e resta salva la possibilità di effettuare ulteriori modifiche, suggerite dalla verifica dell’effettivo numero di chiamate a seguito dell’introduzione del call-center laico del “112”.

Il numero unico per l’emergenza 112, secondo la Raccomandazione della Commissione europea del 25 luglio 2003 “sul trattamento delle informazioni relative alla localizzazione del chiamante sulle reti di comunicazione elettronica ai fini della fornitura di servizi di chiamata di emergenza con capacità di localizzazione”, costituisce un ulteriore livello di supporto alla popolazione, si interpone tra l’utente che richiede assistenza e il soccorso specializzato, viene effettuato da personale laico e si occupa di

1. individuare l’area di destinazione per una risposta puntuale alle esigenze del chiamante

2. effettuare una precisa geolocalizzazione, per poi inoltrare la chiamata alla centrale operativa di competenza.

È del 2009, infine, il D.M. del Ministero dello Sviluppo economico contenente “Disposizioni relative al servizio del numero telefonico unico di Emergenza Europeo 112”, che estende a tutte le chiamate originate dalle reti telefoniche fisse e mobili, verso i numeri di emergenza 115 e 118 il servizio 112 NUE, cui si sono succedute varie sperimentazioni finalizzate alla più celere attuazione a livello regionale delle indicazioni contenute nel testo del Decreto.

#### **1.4 Sistema di Valutazione e Gestione delle Chiamate**

Gli infermieri addetti alla valutazione delle chiamate fanno riferimento a specifici protocolli per la conduzione di un’intervista efficace per la predisposizione del dispatch. I flussi di chiamata devono essere possibilmente informatizzati e orientare ad una corretta interpretazione delle richieste del chiamante.

Il Dispatch permette - tramite un sistema integrato e precodificato di domande standardizzate - di gestire in maniera omogenea e quindi ottimale, le richieste di soccorso, con focus predisposti su aspetti specifici quali le circostanze dell’accaduto, la

sicurezza della scena e le condizioni del paziente, si da effettuare valutazioni secondo quanto riscontrato dal chiamante e attivare le migliori risorse disponibili.

Nel dispatch è inclusa la somministrazione delle istruzioni pre-arrivo, anch'esse preventivamente predisposte al fine di fornire ai testimoni dell'evento critico, le informazioni necessarie per effettuare le manovre di primo soccorso, in base alle possibilità personali ed in attesa dell'arrivo dell'equipaggio di soccorso. Standardizzare questo processo ed inserirlo in protocolli riduce, di fatto, la componente soggettiva e interpretativa personale dell'accaduto.

Dovrebbe sempre essere disponibile un servizio di interpretariato telefonico multilingue, che consenta una rapida attivazione in circostanze di reale necessità.

## **1.5 Codici Colore di Priorità**

Il codice colore individua la gravità dell'evento ed in qualche modo ne condiziona il tempo e la modalità di risposta.

Il sistema 118 interviene e gestisce solo eventi con codice colore Rosso, Giallo e Verde, mentre fornisce mero consiglio telefonico o rinvia al medico di famiglia o alla Continuità Assistenziale in caso di codice Bianco.

Poiché la definizione dei codici Rossi, Gialli e Verdi, fornita dalle norme di legge non permette un'attribuzione uniforme in tutte le C.O., si rende necessaria l'adozione di nuove definizioni, più aderenti alle esigenze sanitarie, che si ritiene debbano essere (per quello che concerne l'invio del mezzo di soccorso):

- Codice Rosso:
  - Riferita o sospetta assenza o grave alterazione anche di una sola delle funzioni vitali (coscienza / respiro / circolo), o della motilità corporea non distrettuale;
  
- Codice Giallo:
  - Riferito o sospetto interessamento, con compromissione in atto o a rischio di evoluzione, di uno o più apparati o organi che possono influire sulle funzioni vitali (cervello-coscienza / torace-respiro-circolo / addome-circolo-arti / traumatismi complessi-circolo) e la motilità;

- Circostanze ambientali o situazionali che possono complicare il soccorso sanitario o includere rischio evolutivo;
- Codice Verde:
  - Patologia di apparato o di organo che all'intervista telefonica non appare porre a rischio la vita o le funzioni vitali, ma che richiede comunque un intervento sanitario ed un trattamento in urgenza o il ricovero (frattura di un arto, ferita superficiale, colica renale, ecc.);
  - Circostanze ambientali o situazionali che non appaiono porre a rischio la vita o le funzioni vitali, ma richiedono comunque un intervento sanitario ed un trattamento in tempi brevi o il ricovero (concomitanza di indici di trauma maggiore, rischi ambientali, ecc.);
- Codice bianco:
  - Situazione clinica non acuta, meritevole di trattamento di elezione in tempi dilazionati, di competenza della Medicina di Base e/o della Continuità Assistenziale o risolvibile con consigli telefonici.

Diversi sono i codici – in questo caso numerici – con cui l'ambulanza rientra in Pronto Soccorso o presso la sua struttura di ricovero territoriale:

- Codice 3, massima gravità, assimilabile al rosso;
- Codice 2, media gravità, assimilabile al giallo;
- Codice 1, scarsa gravità, assimilabile al verde;
- Codice 0, nessuna indicazione al trasporto;
- Codice 4, paziente deceduto, assimilabile al nero.

Tutti i codici devono comunque prevedere protocolli di gestione, con possibilità di sovrastima relativamente alla dinamica dell'evento o a circostanze ambientali o situazionali, che possono includere rischio evolutivo sulla salute del paziente vittima dell'incidente. Per questo sono stati introdotti, ad esempio, dei criteri di identificazione per il trauma maggiore, che includono - oltre ai criteri fisiopatologici - anche criteri anatomici e dinamici in relazione ai fattori di rischio.

In riferimento al triage, non è possibile esimersi dal prendere in considerazione il nuovo documento elaborato dal Tavolo di lavoro istituito dal Ministero della Salute per la

rielaborazione di linee guida, atte a modificare i codici colore in codici numerici. Il tavolo di lavoro nasce dalla esigenza di *“focalizzare l'attenzione sulle condizioni cliniche che rientrano nell'ambito dell'urgenza differibile, individuando l'ambito delle patologie da definire come urgenza minore”*, così come sottolinea la Raccomandazione del Ministero della Salute del 28/05/2019.

I nuovi codici numerici, in sostituzione dei codici colore, sono riportati nella seguente tabella:

**Tab 1** – Nuova codifica di proprietà e tempi di attesa

<b>TRIAGE: Nuova codifica di priorità</b>		
<b>Codice</b>	<b>Denominazione</b>	<b>Definizione</b>
<b>1</b>	<b>EMERGENZA</b>	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali.
<b>2</b>	<b>URGENZA</b>	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione stabile con rischio evolutivo o dolore severo.
<b>3</b>	<b>URGENZA DIFFERIBILE</b>	Condizione, stabile senza rischio evolutivo, con sofferenza o ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse.
<b>4</b>	<b>URGENZA MINORE</b>	Condizione stabile, senza rischio evolutivo, che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici o mono-specialistiche.
<b>5</b>	<b>NON URGENZA</b>	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica.

### **1.6 Postazioni fisse territoriali**

L'attività del sistema 118 è basata su una rete di postazioni territoriali - costituenti il braccio operativo del servizio - adeguata secondo il modello assistenziale individuato autonomamente da ogni Regione al fine di fornire il miglior standard professionale in risposta alle esigenze del cittadino.

Le postazioni territoriali, comunemente individuate con la sigla Po.T.E.S., hanno delle sedi fisiche dislocate su tutto il territorio di competenza, sulla base di criteri strategici specifici per ciascuna realtà locale. Esse, ospitando gli equipaggi in maniera continua (24 ore su 24 e 365 giorni l'anno), devono rispettare degli standard strutturali ben precisi quali:

- Spazi atti all'alloggiamento del personale;
- Spazi atti allo stoccaggio in sicurezza di tutti i tipi di farmaci in dotazione e alla conservazione del materiale necessario alla manutenzione delle apparecchiature elettromedicali;
- Collegamento diretto con la Centrale Operativa 118, mediante linee telefoniche e sistemi informatizzati dedicati;
- Mezzi di trasporto idonei per il tipo di territorio di competenza (esistono infatti speciali ambulanze per le zone a scarsa densità demografica, come pure ambulanze speciali in grado di arrivare nei più piccoli vicoli dei centri storici.).

Gli equipaggi turnanti nelle Postazioni territoriali di emergenza sanitaria (Po.T.E.S.), sono così individuati a seconda delle esigenze territoriali, sulla base della spesa sostenibile dall'ente locale:

- Medico, infermiere, soccorritore ed autista operanti con automezzi di tipo Ambulanza o assimilabile;
- Infermiere, soccorritore, autista operanti con automezzi di tipo Ambulanza o assimilabile;
- Soccorritore ed autista-soccorritore operanti con automezzi di tipo Ambulanza o assimilabile;
- Medico, infermiere ed autista-soccorritore operanti con automezzi di tipo Automedica;
- Infermiere ed autista-soccorritore operanti con automezzi di tipo Autoinfermierizzata;
- Soli soccorritori operanti con automezzi di tipo Ambulanza o assimilabile.

E' impossibile attribuire ad ogni tipo di equipaggio uno specifico nome, in quanto esso varia da ente locale ad ente locale.

## **1.7 Le basi di Elisoccorso**

Sono postazioni implementate sul territorio sulla base di valutazione di specifici criteri di complessità organizzativa. Sulla base della più recenti normative vigenti, esse sono equiparate a qualsiasi altra piattaforma di eliporto con le conseguenti implicazioni legate alla sicurezza.

A causa dell'ingente costo di attivazione delle missioni di elisoccorso, quest'ultima deve considerarsi aggiuntiva e non sostitutiva dei mezzi di soccorsi terrestri e deve essere attivata qualora sussistano precisi criteri di attivazione.

Gli equipaggi di elisoccorso, come quelli delle postazioni fisse territoriali, si differenziano da Regione a Regione a seconda della prevalente tipologia di utilizzo, secondo quanto stabilito dal "Regolamento HEMS, Serie Operazioni Volo OPV-18A, approvate da ENAC il 09/10/2008", quindi H.E.M.S. (Helicopter Emergency Medical Service), S.A.R. (Search and Rescue) e/o H.A.A. (Helicopter Air Ambulance).

## **2 Autonomia e responsabilità dell'infermiere in Centrale Operativa**

Il ruolo dell'infermiere all'interno del sistema 118 deve considerarsi essenziale; nella gestione della missione di soccorso in ambito extra ospedaliero, in particolare, il professionista può trovarsi di fronte a molteplici e variegati situazioni ambientali e di complessità assistenziale, agendo - a seconda del caso di specie - in collaborazione col medico o in via autonoma.

Tanto premesso, maggiore è l'autonomia professionale, maggiore sarà la responsabilità.

### **2.1 La responsabilità professionale**

All'attribuzione di maggiori responsabilità alla figura professionale dell'infermiere si accompagna, in particolare per quanto attiene alla sfera di azione del professionista dell'emergenza, la richiesta di un crescente livello di competenza. In tal senso, il bagaglio professionale dato dal percorso formativo basato su Laurea di primo livello, Master, Laurea Magistrale e corsi di formazione ed aggiornamento ECM, garantisce senz'altro un valido riscontro rispetto ai bisogni formativi presenti nel Profilo Professionale.

Anche se responsabilità e funzioni dell'Infermiere operante nell'area dell'emergenza restano ben definite, in alcuni casi può risultare veramente complesso isolare in compartimenti stagni le competenze professionali dei diversi professionisti. Per questo, all'interno delle equipe multidisciplinari, di regola si instaurano rapporti collaborativi strumentali ad abbattere qualunque gerarchia professionale, pur nell'imprescindibile rispetto delle diverse identità professionali.

Per quanto riguarda l'assistenza nel setting extra-ospedaliero di emergenza/urgenza, l'infermiere deve in prima battuta codificare la criticità del paziente con la maggior precisione possibile e, successivamente, applicare procedure, protocolli e linee guida integrandoli con le proprie competenze esperienziali, ai fini del positivo esito dell'intervento.

Si può mettere in evidenza pertanto la finalità comune a tutti gli infermieri operanti nel D.E.A., ovvero quella di erogare cure rapide che abbiano come risultato la sopravvivenza del paziente in condizioni di urgenza, senza dimenticare gli aspetti emozionali e il recupero fisico post acuto. In tutto questo, spesso l'infermiere si confronta col "limite" costituito dalle competenze attribuite ad altri professionisti



sanitari laureati, difficilmente superabile a causa dell'impreciso inquadramento fornito dall'ordinamento giuridico che, per motivi storici, usa come sinonimi "atti medici" e "atti sanitari", rendendo difficile l'individuazione "de residuo" degli atti di non esclusiva competenza medica. Andrebbe invece sottolineato che l'infermiere è un professionista sanitario autonomo, caratterizzato dalla responsabilità generale infermieristica, così come enunciato nel terzo comma, punto d dell'articolo 1 del profilo professionale: egli *garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche poste in essere dal personale medico.*

Con il passare del tempo, in tal senso, si è assistito al superamento di alcuni atti medici delegati, attraverso l'istituzione di protocolli condivisi. Ad esempio in emergenza, in alcuni enti locali, all'infermiere è consentito somministrare terapia senza prescrizione medica, seguendo il protocollo condiviso dall'azienda sanitaria di appartenenza.

## **2.2 La responsabilità civile**

Quando il professionista sanitario mette in atto comportamenti tali da violare il Codice Civile, si configura per lui l'obbligo di risarcire economicamente il danno. E' possibile dividere la Responsabilità Civile in Responsabilità Contrattuale e Responsabilità Extracontrattuale.

La Responsabilità Contrattuale nasce quando la violazione si configura in uno specifico rapporto obbligatorio. Un esempio di Responsabilità Contrattuale si può configurare tra l'azienda ospedaliera ed il paziente; anche il dipendente del Servizio Sanitario Nazionale risponde per Responsabilità Contrattuale verso la propria amministrazione di appartenenza.

Il dipendente invece risponde a titolo di Responsabilità extracontrattuale in applicazione del principio del "neminem laedere", ovvero del principio di non ledere i diritti protetti. In questo caso, come nella responsabilità penale, non è responsabile del danno chi lo cagiona per legittima difesa (art. 2044 c.c. che dispone "*Non è responsabile chi cagiona il danno per legittima difesa di sé o di altri*"), né chi ha compiuto il fatto in stato di necessità (art. 54 c.p. che dispone: "*Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.*")

### **2.3 La Responsabilità Penale**

Il primo carattere predominante della responsabilità penale è che non è cedibile a terzi, così come enunciato dall'articolo 27 della Costituzione Italiana. Si è perseguibili penalmente quando si assume un comportamento inosservante di leggi, regolamenti, ordini o discipline.

Quanto per libera scelta si compiono illeciti si incorre in responsabilità dolosa, ovvero, esiste la volontà di commettere il reato.

Al contrario, la responsabilità per colpa è quando si agisce per:

- Imperizia: non sapere, non saper fare per mancanza di conoscenza o esperienza;
- Negligenza: comportamento superficiale, gravi dimenticanze o disattenzione;
- Imprudenza: comportamento palesemente contrastante con le norme di sicurezza dettate dalla ragione o dall'esperienza;
- Inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline: comportamento non osservante di tutte le regole codificate ad evitare la concretizzazione di un evento lesivo.

Non si può a questo punto prescindere dal definire cos'è la "colpa" e cos'è il "reato".

La colpa, a differenza del dolo, si compie senza averne volontà di compiere il fatto, esso può ugualmente verificarsi per colpa generica (imperizia, imprudenza, negligenza) ovvero per colpa specifica (leggi, regolamenti, ordini e discipline).

Si definisce, invece, reato quel comportamento attuato mediante azione o omissione per il quale l'ordinamento giuridico stabilisce come sanzione l'applicazione di una pena. Nello specifico, i reati maggiormente configurabili nell'ambito del soccorso sono l'omissione di soccorso (art.593 c.p.) e la violenza privata (art. 610 c.p.). Per il personale infermieristico costituisce vincolo anche il codice deontologico, che enuncia non solo la necessità di chiamare il soccorso qualificato ma bensì di iniziare o continuare manovre atte a supportare le funzioni vitali di base.

### **2.4 La responsabilità disciplinare**

Questo tipo di responsabilità presuppone un comportamento illecito o deontologicamente scorretto del dipendente, il quale si rende colpevole di mancata

osservanza di regole di condotta. La responsabilità disciplinare ricade su tutti i dipendenti pubblici e prevede diversi livelli di sanzioni:

- Rimprovero verbale
- Censura (ammonizione scritta)
- Riduzione dello stipendio
- Sospensione della qualifica
- Radiazione dall'ordine professionale

## **2.5 Competenze professionali specifiche dell'emergenza**

In primo luogo, occorre precisare che ogni infermiere impiegato nell'emergenza territoriale deve, per un periodo che varia a seconda dell'ente locale, effettuare dei turni in Centrale Operativa in modo da acquisire una conoscenza approfondita del cuore del Servizio 118. In questo modo il professionista sanitario ha la possibilità di apprendere in maniera puntuale protocolli comportamentali, conoscere l'ubicazione geografica di tutte le postazioni territoriali del territorio di competenza e il tipo di mezzi a disposizione.

E' indispensabile, per l'infermiere operante in Centrale Operativa 118, conoscere e saper utilizzare il sistema dispatch o qualunque altro sistema di triage che la centrale adotti per la gestione delle richieste di soccorso. Fondamentale è altresì acquisire le conoscenze di norme e procedure attuate dal servizio per fronteggiare il rischio biologico, il rischio clinico e tutte quelle condizioni in cui è necessario porre in essere comportamenti atti alla tutela della salute dell'operatore. La messa in sicurezza del lavoratore, di tutta l'equipe e dell'infortunato, deve essere un obiettivo prioritario, perseguibile attraverso un adeguato percorso formativo utile ed indispensabile tanto quanto il percorso formativo tecnico. Spesso, nella formazione del professionista sanitario, si tende a ricondurre tutta la formazione permanente alle sole manovre di rianimazione, quali ad esempio BLS e PBLSD, quando invece il bagaglio tecnico e culturale richiederebbe investimenti in ambiti più ampi, come ad esempio la cura dei rapporti con utenti e familiari, nonché le conoscenze tecniche necessarie alla gestione delle apparecchiature, elettromedicali e non, utilizzate in emergenza.

Nel percorso evolutivo di professionalizzazione, si può apprezzare la ridefinizione del ruolo dell'infermiere nel Sistema 118 in base al DPR 27 marzo 1992, nello specifico con l'articolo 4 comma 2 che così enuncia: *La centrale operativa è attiva per 24 ore al giorno e si avvale di personale infermieristico adeguatamente addestrato, nonché di*

*competenze mediche di appoggio. (...) La responsabilità operativa è affidata al personale infermieristico professionale della centrale, nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile della centrale operativa.*

L'assistenza al paziente non inizia, pertanto, con l'accesso presso la struttura del Pronto Soccorso, ma nel momento in cui l'operatore di centrale operativa risponde alla richiesta d'aiuto inviata al numero 118. Questo impone al professionista della salute di specializzarsi, al fine di acquisire *“delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che gli permettano di fornire prestazioni infermieristiche competenti nelle cinque aree previste”*. Fra le aree pocanzi richiamate è compresa quella critica, che ha un ruolo rilevante definito dal Profilo Professionale dell'Infermiere DM Sanità n° 739/94 e dall'articolo 3 comma 1 del Codice Deontologico dell'Infermiere, che così enuncia: *“L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate ed aggiornate, tali da garantire alle persone le cure e l'assistenza più efficaci”*.

Le competenze acquisite con la formazione specifica sono contestualizzabili nella modalità di assistenza erogata tramite l'approccio “stay and play”, nel quale il paziente - prima di essere trasportato - viene stabilizzato e riceve tutte le cure possibili sul territorio, superando in tal modo il vecchio modello di approccio detto “scoop and run”, nel quale il paziente viene caricato in ambulanza e trasportato subito presso la prima struttura ospedaliera utile. Questo nuovo approccio, motivato dal tentativo di diminuzione della mortalità con il concetto della Golden Hour, impone al professionista sanitario il possesso di un bagaglio culturale ed esperienziale adeguato alle richieste di soccorso.

La distinzione fra i professionisti pertanto non sarà data unicamente dal titolo acquisito, ma determinata da una serie di caratteristiche fondamentali per l'infermiere di area critica. Indispensabile per tutto il personale operante nell'emergenza è in primo luogo l'elasticità mentale, poiché - per quanto simile - un evento non corrisponderà mai ad un altro, anche a parità di codice e patologia. Determinante, in questi casi, è la situazione in cui si è venuto a creare l'evento medesimo. Non meno importanti sono l'esistenza delle linee guida e dei protocolli interni alla Centrale Operativa 118 o al servizio locale di appartenenza, ai quali il personale sanitario deve fare riferimento per pianificare la risposta ottimale in relazione alla realtà in cui si trova ad operare.

Da questi presupposti si può evincere come l'infermiere di oggi, essendo un professionista molto più autonomo e responsabile rispetto al passato, è esposto a livelli di stress proporzionalmente maggiori, poiché soggetto a fare proprie le emozioni di pazienti e caregiver (colui che si prende cura del paziente), oltre alle proprie.

Come tutti coloro che svolgono una "helping profession", anche gli infermieri sono investiti da pressione emotiva continua, che sommandosi a carichi di lavoro talora eccessivi si traducono in fattori di stress continuo. Non va parimenti sottovalutato lo stress emotivo che il professionista sanitario subisce nel fallimento del soccorso, indipendentemente dal suo grado di professionalità o preparazione; basti pensare all'arresto cardiaco (come esposto nello studio "Epidemiologia e Risultati dell'arresto cardiaco extra-ospedaliero in provincia di Lecce"), rispetto al quale solo nel 4,5% dei casi studiati, pari a 4203, si è riscontrato il ritorno della circolazione spontanea (ROSC) nel paziente al momento dell'arrivo in pronto soccorso. Il tentativo di una rianimazione cardiopolmonare efficace è una manovra faticosa, che lascia nel soccorritore un senso di stanchezza profondo e, a maggior ragione se non si traduce in un esito positivo, dà origine a turbe psicologiche persistenti. Alcuni interventi sono particolarmente stressanti e tendono a causare disturbi che possono protrarsi nel tempo, soprattutto se in essi vengono coinvolte persone giovani o in caso di incidenti con traumi particolarmente gravi.

Da ciò si può desumere che per gli infermieri di area critica lo stress è correlato a diversi fattori quali lo sforzo fisico, durante il soccorso sul territorio, la difficoltà di gestione, la gravità delle scelte richieste e la valutazione della realtà concomitante ad elevato rischio per il paziente. Devono essere fatte scelte rapide dalle quali dipende la sopravvivenza del paziente; le responsabilità e i rischi sono elevati e, data la difficoltà degli interventi, spesso gli insuccessi sono proporzionali alle frustrazioni, mentre le gratificazioni sono di gran lunga inferiori all'impegno richiesto. Situazioni di questo tipo, protratte nel tempo, portano ad una percezione di fragilità e insicurezza, ad una diminuzione delle difese interiori e ad una errata interpretazione della realtà circostante, quindi a situazioni rischiose per gli interventi in emergenza, circostanze alle quali si somma in alcuni casi la scarsissima gratificazione economica. L'insieme dei fattori pocanzi accennati porta sempre più il professionista sanitario ad essere esposto a quella che è definita "sindrome del burnout".

Con il Burnout si intende il disagio risultante dagli effetti cumulativi dello stress negli ambienti di lavoro. Per raggiungere tale situazione, si deve evitare di ricorrere a false e

facili soluzioni alternative, come cercare di dimenticare episodi spiacevoli o interventi terminati con dei fallimenti assumendo in modo smisurato alcool, cibo, psicofarmaci o aumentando esponenzialmente il numero di sigarette fumate. E' invece indispensabile, per l'operatore sanitario operante nell'area dell'emergenza, prevenire con serietà l'insorgenza di tale sindrome, curando maggiormente le relazioni interpersonali, sociali e familiari, prestando l'attenzione necessaria ai periodi di riposo, alle abitudini di vita, regolando attentamente la quantità di sforzo fisico quotidiano ed i ritmi sonno veglia. Altrettanto importante è avere piena coscienza delle caratteristiche organizzative della propria unità operativa e, dove possibile, programmare eventuali aggiustamenti, approfondendo le proprie conoscenze tecnico-scientifiche, partecipando a corsi o ad esercitazioni e curando con attenzione la qualità delle relazioni. Troviamo il massimo giovamento dall'istituzione in alcune realtà locali di sportelli di ascolto, specializzati nell'aiuto del professionista che soccorre il prossimo, attraverso figure professionali indirizzate all'ascolto attivo del paziente (come psicoterapeuti e psichiatri). Uno strumento molto utile al fine della prevenzione della sindrome di burnout è il "debriefing", metodica risultata fino ad ora la più valida ed economicamente più sostenibile. Nella pratica consiste nel riesaminare analiticamente la situazione fallimentare o conclusa con successo vissuta, con uno spirito critico e permettendo a tutti coloro che ne hanno preso parte di elaborare i propri sentimenti o le proprie preoccupazioni. Tale metodica dovrebbe essere effettuata da tutti i professionisti operanti nell'emergenza ogni qualvolta siano chiamati a vivere situazioni di rilevante impatto emotivo o fisico, a ridosso dell'evento, e vi dovrebbero prendere parte tutti i componenti dell'equipe, all'interno della quale andrà individuato un leader che - riconosciuto per le sue qualità tecnico-esperienziali - condurrà la revisione dell'accaduto per valutare attentamente e criticamente ogni singola manovra, dando spazio a discussioni costruttive. Tutte le figure dell'equipe multidisciplinare intervenuta devono poter esprimere i propri sentimenti, quali rabbia, paura, insicurezza, ansia e possibili sensi di colpa, senza sentirsi giudicati dal resto del gruppo. Chi non è stato in grado di prendere parte alla riunione deve comunque essere informato su quanto detto e sulle conclusioni che ne sono derivate.

Molte sarebbero le componenti da tenere in considerazione durante l'espletamento delle proprie funzioni in emergenza; importante è tuttavia conoscere profondamente se stessi, saper gestire le proprie reazioni, saper creare la giusta distanza fra sé e il paziente e fra sé e ogni altro componente dell'equipe, saper dare l'ordine giusto alle cose anche in

situazioni di confusione estrema. Nessun livello di preparazione deve essere lasciato al caso o sottovalutato nella gestione di un'emergenza.

Come si può evincere da quanto precedentemente detto, la qualità dell'assistenza è quindi determinata da una serie di fattori che interagiscono tra loro:

- Motivazione
- Formazione
- Orientamento mentale alla ricerca



**Figura 1**

M. Borriello, Amministratore Delegato MIBI "Risorse Umane Processi Aziendali Miglioramento Continuo" 16 Giugno 2004

## 2.6 La risposta telefonica

La risposta telefonica e la compilazione del dispatch rientrano tra i principali adempimenti dell'infermiere di Centrale Operativa 118. La richiesta di intervento che riveste carattere di urgenza viene gestita dall'operatore di centrale, il quale cercherà prima di tutto, di tranquillizzare il chiamante che - preso dal momento concitato - solitamente non è in grado di concentrarsi per rispondere lucidamente e coerentemente alle richieste dell'operatore. Le prime informazioni da acquisire sono luogo e patologia del paziente, mentre tutti gli altri dettagli verranno perfezionati, mentre il mezzo di soccorso è già stato inviato e quindi in viaggio verso il target (luogo dell'evento) dalla Centrale Operativa. L'operatore sanitario che risponde alla chiamata di soccorso è abilitato a fornire utili consigli, le istruzioni pre-arrivo, relativi ai comportamenti da assumere in attesa dell'arrivo del mezzo di soccorso.

E' indispensabile far capire all'utente l'importanza di mantenere la calma, evitando il più possibile frasi di circostanza che hanno poca aderenza sullo stato d'animo agitato del chiamante, riducendo al minimo il rischio che quest'ultimo possa eseguire azioni per le quali, né lui né l'operatore di centrale possono prevedere le conseguenze, azioni che potrebbero pertanto risultare dannose e controproducenti.

E' necessario far comprendere al chiamante, nonostante la moderna dotazione delle centrali operative atte al monitoraggio in tempo reale dei mezzi inviati in soccorso, l'importanza di attendere il mezzo di soccorso per strada, attirando l'attenzione verso di sé, in modo da ridurre al minimo il tempo di ricerca del luogo esatto dell'evento.

Come già accennato nel precedente capitolo, al fine di tutelare l'utente e il professionista sanitario tutte le comunicazioni radiotelefoniche del sistema di emergenza-urgenza sono registrate con apparecchiature che ne consentono il riascolto in qualsiasi momento e l'estrapolazione per fini giudiziari.

## **2.7 Il Dispatch**

Il dispatch può essere definito come una scheda, ormai totalmente informatizzata, che descrive le attività legate allo specifico evento di soccorso; in essa sono infatti descritte le attività della centrale operativa e dei mezzi di soccorso intervenuti, in relazione a precisi segmenti temporali costituiti da campi che l'infermiere di centrale riempie durante lo svolgersi della telefonata e durante tutto l'arco dell'evento. Ogni tipologia di dispatch è differente, pur presentando delle caratteristiche univoche per tutto il sistema, quali il numero progressivo riportato anche sulle schede ambulanza intervenute e la data e l'ora della chiamata.

Le affezioni riportate dall' "Advanced Medical Priority System" sono 33, alle quali si aggiungono le 9 flowchart - la maggior parte delle quali realizzate e descritte da Giulio Radeschi - che, anche se di più vecchia concezione, si adattano maggiormente al sistema di risposta all'emergenza italiano. In tutti i protocolli sono comunque descritte le manovre di disostruzione e dell'arresto cardiocircolatorio, diviso per fasce d'età del paziente, e il parto.

Il Dott. Giulio Radeschi, dal 2016 Direttore Struttura Complessa di Anestesia - Blocco Operatorio – Presidio Ospedale Cottolengo di Torino, si è sempre interessato al mondo dell'emergenza. Ha partecipato a oltre 300 corsi di aggiornamento e congressi nazionali e internazionali del settore dell'Anestesia e Rianimazione, con particolare interesse per



la Rianimazione cardiopolmonare e per l'emergenza intra ed extraospedaliera. È autore del libro "L'Emergenza Sanitaria al telefono", inerente i criteri e le modalità di valutazione di una emergenza sanitaria da parte del personale infermieristico delle Centrali Operative 118.

Nella prima parte del dispatch, strutturato analogamente per qualsiasi richiesta sanitaria, si trova la raccolta dei dati anagrafici quali indirizzo, numero di telefono da modificare solo in caso di difformità dal numero usato per chiamare, eventuale nome sul citofono. Nella seconda parte si trovano informazioni sulle condizioni respiratorie e di coscienza del paziente, evidenziando il motivo della chiamata.

Ogni chiamata, per l'operatore di centrale operativa, configura in un certo senso una nuova sfida, ogni nuovo squillo rappresenta una scena pressoché costante: da un lato una persona spaventata, in preda all'ansia, impaziente di sentire le sirene del mezzo di soccorso che arriva per aiutarlo; dall'altro l'operatore che, pur disponendo di risorse limitate, dovrà in pochissimo tempo individuare il problema e caratterizzarlo per la scelta del mezzo più idoneo ad aiutare il malcapitato.

## **2.8 Le istruzioni pre arrivo**

Le istruzioni di "pre-arrivo", anche dette "salvavita", non sono altro che delle indicazioni, protocollate e standardizzate, elaborate sulla base delle più recenti linee guida, che l'infermiere di Centrale Operativa suggerisce al chiamante per cercare di aiutare e supportare se stesso o altri nel periodo di tempo necessario all'arrivo del mezzo di soccorso.

Dopo aver avuto dal chiamante le informazioni sufficienti (attraverso il dispatch), per poter inviare nel luogo dell'evento il mezzo di soccorso più appropriato al tipo di emergenza che si sta verificando in quel momento, l'infermiere ha la possibilità, secondo sua discrezionalità (nelle more della nuova proposta di legge), di rimanere al telefono con il chiamante per tutto il tempo che il professionista ritiene necessario ovvero fin dopo l'arrivo del mezzo di soccorso. L'intervento telefonico non è solamente e banalmente il primo anello della catena del soccorso, ma costituisce il primo legame dell'utente che chiede aiuto con il Sistema 118. Dall'infermiere di Centrale Operativa, e dalla capacità e professionalità nella gestione di questi primi fondamentali minuti, possono dipendere l'efficacia di tutto il sistema attivato per fronteggiare l'emergenza e il raggiungimento del suo principale obiettivo, ovvero ridurre la mortalità dei pazienti.

Nell'arco di tempo che intercorre tra l'arrivo del mezzo di soccorso sul target, l'infermiere - oltre ad acquisire informazioni più precise e mirate su ciò che sta effettivamente accadendo all'altro capo del telefono, in modo da trasmetterle grazie all'ausilio delle tecnologie a disposizione in Centrale Operativa all'equipaggio che sta rispondendo su quella determinata emergenza - cerca di instaurare con l'interlocutore un rapporto empatico, di ascolto attivo e di supporto, suggerendo tecniche e manovre di self-help da effettuarsi a "tempo zero", potenzialmente incisive e determinanti sulla sopravvivenza del paziente, proprio perché eseguite in maniera molto precoce.

Quando l'infermiere attua i protocolli per la somministrazione delle istruzioni pre-arrivo, il chiamante diventa in tutto e per tutto la "mano operativa" dell'infermiere della Centrale Operativa, gli "occhi" del professionista sanitario che dalla centrale operativa coordina il soccorso. Il chiamante può infatti, in virtù del fatto di essere presente sull'evento, vedere ciò che accade intorno a lui, in modo da fornire informazioni sempre più precise e mirate all'ottimale gestione della missione di soccorso. Talvolta un mero presente sulla scena può essere, a caldo e nei primi minuti successivi al verificarsi dell'evento, utile tanto quanto un professionista sanitario, se debitamente istruito dall'infermiere dall'altro capo del telefono.

Quanto detto vale anche se all'altro capo del telefono si trova un utente operante nel campo sanitario; quest'ultimo avrà nondimeno bisogno di qualcuno che lo possa aiutare o anche semplicemente consentirgli di distogliere l'attenzione dal tempo che passa e alleviare un eventuale senso di colpa e di impotenza, per non aver potuto fare qualcosa. Il coinvolgimento emotivo in questi casi è molto forte e le emozioni a distanza di ore e giorni riaffiorano, lasciando, talvolta, un senso di malessere generale non ben definito o precisato. Essere stati membri "attivi" di quel determinato scenario di soccorso può far vivere al meglio le proprie emozioni negative ed il personale coinvolgimento scaturito da quel determinato evento.

### 3 Confronto delle istruzioni pre-arrivo in alcune Regioni italiane

#### 3.1 L'esperienza della Regione Marche

Il sistema di “Emergenza – Urgenza” in ambito sanitario - quale insieme delle funzioni di soccorso, trasporto e comunicazione, organizzate al fine di assicurare l'assistenza sanitaria al verificarsi di emergenze o urgenze - è stato istituito e disciplinato dalla Regione Marche con L.R. n.36 del 1998, in ottemperanza a quanto previsto dalle Linee Guida 1/1996 di cui all' ”Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27.03.1992”, pubblicate sulla G.U. del 17/05/1996 n. 114.

Seppur non previsto nell'articolo 6 della L.R. n.36 del 1998, l'infermiere di Centrale Operativa nello svolgimento del suo ruolo dispensa le istruzioni pre-arrivo secondo protocolli locali.

Le istruzioni pre-arrivo standardizzate nella Regione Marche, nello specifico, hanno un'impostazione a “flowchart”, con una serie di rami sui quali sono gestiti innumerevoli scenari, rimanendo - in più occasioni possibili - una sequenza di azioni ed informazioni ben definite. Questa impostazione da un lato permette al professionista sanitario di avere costantemente a disposizione una guida per la dispensa delle istruzioni pre-arrivo, dall'altro tuttavia limita l'apporto personale che l'operatore potrebbe recare al fine di migliorarla e renderla più omogenea in conseguenza dello scenario che di volta in volta si presenta.

Secondo quanto previsto dal protocollo interno, sono state codificate istruzioni pre-arrivo nei casi di seguito elencati:

- Arresto cardiaco adulto /  
pediatrico / neonato
- Crisi epilettica
- Epistassi
- Impiccato
- Soffocamento adulto / pediatrico  
/ neonato
- Parto precipitoso
- Emorragia
- Folgorazione
- Assideramento e ipotermia
- Ustionato
- Trauma da schiacciamento
- Morso di serpente
- Perdita di coscienza transitoria
- Persona non cosciente in respiro  
spontaneo

### 3.2 L'esperienza della Regione Toscana

Nel documento “Ricezione e gestione delle richieste telefoniche di soccorso sanitario - Centrali Operative 118”, redatto dalla Regione Toscana, si riscontra *La necessità di implementare in Regione Toscana un sistema “Dispatch”, (Linee guida n. 1/1996 sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R del 27 marzo 1992).*

Si può apprezzare nel documento (pp. 7 – 8) come la Regione Toscana tende alla somministrazione delle istruzioni pre-arrivo, definendole come “l’assistenza sanitaria e logistica, erogata pervia telefonica direttamente all’utenza, ancor prima dell’arrivo dei soccorsi sullo scenario” e raggruppandole in quattro macro-aree:

- Istruzioni salvavita: istruzioni erogate nel tentativo di abbattere i tempi di attesa e di salvare la vita come ad esempio manovre di BLS, manovra di Heimlich;
- Istruzioni per la “conservazione” delle condizioni cliniche: istruzioni erogate al fine di mantenere o non far peggiorare le condizioni cliniche del paziente, come ad esempio la non mobilitazione nel trauma, il tamponamento di emorragie;
- Istruzioni per la sicurezza dei presenti sulla scena dell’evento: istruzioni utili alla conservazione della sicurezza della scena, al fine di garantire e preservare l’incolumità di eventuali astanti, come ad esempio l’areazione dei locali in caso di fughe di gas o incendi;
- Istruzioni per agevolare l’arrivo delle squadre di soccorso: istruzioni atte ad agevolare la localizzazione del target da parte del personale sanitario, come l’accensione di luci esterne dell’abitazione, aspettare l’equipaggio per strada attirando l’attenzione con le mani, l’apertura di cancelli esterni e porte d’accesso;

Per contro, nel documento si ravvisa la mancanza di flowchart strutturate al fine di agevolare l’infermiere di Centrale Operativa 118 nella somministrazione delle istruzioni pre-arrivo. Si evidenzia, in particolare, come le tabelle sulle indicazioni di utilizzo lascino alla discrezione del professionista sanitario, piena gestione delle informazioni da somministrare, facendo solo dei richiami alle rispettive linee guida per i vari possibili scenari.

La Regione Toscana sostiene la somministrazione di istruzioni pre arrivo generiche in ogni chiamata, individuando i seguenti scenari dove somministrare istruzioni specifiche per la patologia individuata:

- Perdita o alterazione stato di coscienza
- Transitoria perdita di coscienza
- Convulsioni
- Dispnea
- Emorragia non traumatica / Epistassi
- Anafilassi – Allergie
- Ustioni
- Annegamento
- Disturbi del linguaggio e della fonazione
- Intossicazione / Avvelenamento (Morso di Vipera)
- Gravidanza / Parto
- Violenza sessuale certa o sospetta
- Incidente stradale e traumi
- Atti violenti
- Folgorazione

### **3.3 L'esperienza della Regione Veneto**

Nell'ambito della Regione Veneto, l'esigenza di somministrazione delle istruzioni pre-arrivo è stata attenzionata nell'Allegato A ("Struttura del sistema di Dispatch Regionale per l'Emergenza - DiRE"), alla Dgr n. 1298 del 16 agosto 2017 ("Adozione, in fase sperimentale, del Sistema di Dispatch Regionale per l'Emergenza per le Centrali Operative SUEM 118"), pubblicata sul Bollettino Ufficiale Regionale n. 85 del 01 settembre 2017.

Le istruzioni pre-arrivo sono finalizzate a ridurre il "free therapy interval" (intervallo di tempo nel quale non si eroga alcun tipo di cura) e possono essere fornite – a discrezione del professionista sanitario – o adeguandola compliance dell'utente chiamante, durante la telefonata di soccorso e mentre un secondo operatore invia i mezzi sul target, o al termine della chiamata, inviando i mezzi di soccorso per poi ricontattare in un secondo momento l'utente.

Nella realtà locale ivi in esame, le istruzioni pre-arrivo sono state organizzate in schede specifiche, redatte secondo le più recenti indicazioni fornite dalle Linee Guida Internazionali. Le schede realizzate nell'ambito del DiRE, in particolare, sono contraddistinte da un linguaggio semplice e comprensibile per il chiamante, in modo che le istruzioni impartite dall'operatore di Centrale Operativa 118, possano consentire all'utente, seppur non specificamente addestrato, di attuare manovre salvavita.

Non è stato tuttavia possibile reperire informazioni dettagliate relative agli scenari specifici nei quali la Regione Veneto utilizza le istruzioni pre-arrivo.

### **3.4 L'esperienza della Regione Puglia**

Allo stato attuale non è stato possibile reperire - nelle varie centrali operative territoriali - documenti ufficiali destinati a codificare l'utilizzo delle istruzioni pre-arrivo; tuttavia, il professionista sanitario che risponde alla chiamata è - pur in assenza di protocolli specifici - ugualmente tenuto a dispensare le istruzioni pre-arrivo, applicando le più recenti linee guida acquisite nel corso della sua formazione professionale ed avvalendosi prioritariamente delle sue capacità e competenze relazionali ed esperienziali.

Si sottolinea, pertanto, come il loro utilizzo sia per lo più sottoposto alla volontà di applicazione da parte dell'infermiere di Centrale Operativa, secondo sua discrezione.

Non è stato altresì possibile, data l'assenza di codifiche in protocolli, ottenere informazioni relative all'individuazione degli specifici scenari nei quali l'operatore può essere chiamato ad utilizzare le istruzioni pre-arrivo.

### **3.5 Stato dell'arte delle istruzioni pre-arrivo nel sistema di emergenza italiano**

Dal confronto delle varie realtà prese in considerazione, si evince chiaramente come ogni ente regionale, autonomo in materia di Sanità Pubblica, legiferi e applichi diversamente le istruzioni pre-arrivo. È pertanto possibile individuare Regioni nelle quali esistono protocolli così stringenti da limitare al minimo l'autonomia professionale dell'infermiere, massimizzando al contempo il processo di standardizzazione nell'utilizzo delle istruzioni pre-arrivo, e Regioni nelle quali la somministrazione e l'utilizzo sono primariamente affidate alla discrezionalità dell'operatore sanitario.

Emerge pertanto la necessità di standardizzare l'utilizzo delle istruzioni pre-arrivo, basandole sulle migliori e più aggiornate evidenze scientifiche, ratificate dalle linee guida internazionali, tenendo comunque conto dell'autonomia degli enti locali in materia.

Potrebbe risultare utile, in tal senso, procedere alla stesura di appositi algoritmi dinamici, da utilizzare ogni qualvolta si verifichi una problematica di soccorso codificata e tali da condizionare positivamente l'erogazione dell'assistenza al paziente a partire dai primi minuti successivi alla richiesta telefonica di soccorso.

## 4 Lo sviluppo dell'empowerment del cittadino

### 4.1 Proposta di Disegno di Legge

In materia di arresto cardiocircolatorio extra ospedaliero, può risultare di estrema utilità, esaminare la proposta di Disegno di Legge redatta – a nome di tutto il Consiglio Direttivo - dal Dott. Andrea Scapigliati, Presidente dell'IRC (Italian Resuscitation Council), Gruppo italiano per la rianimazione cardiopolmonare, fondato nel 1994. Il documento, intitolato “Un sistema per salvare più vite”, è stato presentato il 18 giugno in Commissione Affari sociali, per poi confluire – assieme ad altre sette proposte di legge – nel testo approvato all'unanimità dalla Camera dei Deputati lo scorso 30 luglio.

Gli interventi suggeriti tengono conto di una molteplicità di fattori, dalle caratteristiche epidemiologiche (circa 60.000 persone muoiono ogni anno, in Italia per arresto cardiaco) al free therapy interval (intervallo di tempo che va dalla chiamata di soccorso, all'arrivo dell'equipe sanitaria, durante il quale il paziente non riceve alcun tipo di assistenza), dall'insufficiente quadro legislativo in materia alla consapevolezza della necessità di aumentare il numero dei potenziali soccorritori disponibili ad intervenire e in grado di riconoscere l'arresto cardiaco; pertanto, i dieci item proposti sono strumentali ad offrire una risposta sistemica, adeguata e complessiva, in grado di coinvolgere sia la popolazione che i sistemi di emergenza territoriale.

Nel documento sono individuate due possibili sfere di intervento, caratterizzate ciascuna da cinque misure, volte da un lato ad implementare il numero di potenziali soccorritori e dall'altro a migliorare la defibrillazione precoce; in dettaglio l'IRC suggerisce di:

- Istituire campagne di sensibilizzazione locali e nazionali;
- Introdurre la formazione obbligatoria, in materia di primo soccorso nelle scuole di ogni ordine e grado;
- Introdurre l'abilitazione BLS-D obbligatoria per tutti gli studenti che frequentano l'ultimo anno delle scuole secondarie di secondo grado
- Introdurre l'abilitazione BLS-D obbligatoria nell'ambito del conseguimento della patente di guida;
- Introdurre la salvaguardia giuridica per i soccorritori rispetto a tutti gli eventi riconducibili ai tentativi di rianimazione con e senza l'utilizzo del DAE;
- Istituire registri epidemiologici regionali che confluiscono in un'unica banca dati nazionale presso il Ministero della Salute;

- Censire i DAE presenti sul territorio in luoghi pubblici o accessibili, attraverso un database regionale che comunichi con applicativi per la mappatura e la localizzazione, fornendone la geolocalizzazione pubblica agli operatori della Centrale Operativa e gestendo con alert la manutenzione delle apparecchiature e le scadenze dei consumabili;
- Aumentare la diffusione dei DAE con l'incentivo, attraverso sgravi fiscali, all'acquisto, e l'introduzione dell'obbligo di presenza in siti particolari;
- Implementare un'applicazione di reclutamento e localizzazione dei soccorritori e dei DAE, con un'unica interfaccia nazionale che possa integrarsi coi database regionali, allo scopo di allertare e reclutare i possibili primi soccorritori limitrofi e geolocalizzare il DAE più vicino e le modalità di accesso;
- Dispensare obbligatoriamente le istruzioni pre-arrivo da parte delle Centrali Operative 118, attraverso protocolli condivisi e omogenei su tutto il territorio nazionale.

#### **4.2 Proposta di Empowerment del cittadino**

La proposta trae ispirazione da alcuni punti della proposta di Disegno di Legge di IRC e dal documento “Salute 2020: un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere”, approvato dai Paesi della Regione Europea in occasione della sessione del Comitato Regionale per l'Europa dell'OMS e recepito a livello nazionale dal Ministero della Salute. Quest'ultimo, in particolare, delinea quattro ambiti prioritari di intervento, fra i quali emerge l'ambito 1, denominato “Investire sulla salute considerando l'intero arco della vita e mirando all'empowerment delle persone”, all'interno del quale si evidenzia come *i programmi di promozione della salute basati sui principi di coinvolgimento e di empowerment offrono dei benefici reali.*

Attratto da queste considerazioni, ho pertanto pensato di elaborare una mia personale proposta, avente come fondamento proprio il concetto di empowerment del cittadino: obiettivo è rendere quest'ultimo il primo e imprescindibile anello della catena della sopravvivenza, non mero attivatore del soccorso ma parte attiva egli stesso dell'erogazione dell'assistenza, per mezzo dell'irrinunciabile ausilio delle istruzioni pre-arrivo somministrate dall'Infermiere di Centrale Operativa.



Per far sì che questa cultura possa svilupparsi e radicarsi nella società moderna, è mia strenua convinzione che occorra “imparare da piccoli ad essere grandi”. Estendere la cultura del primo soccorso nelle scuole, ad esempio, consentirebbe di formare adulti responsabili, sensibili e preparati in materia di primo soccorso.

Il progetto prevede l’insegnamento di tecniche di primo soccorso, utilizzando il metodo educativo del “peer learning”, tra i ragazzi frequentanti la stessa classe, nell’ottica della riduzione delle spese e del coinvolgimento degli alunni, già a partire dalla quinta classe della scuola primaria.

La peer education - grazie all’insegnamento reciproco - consente agli studenti di accrescere e perfezionare le proprie conoscenze, i metodi di studio e la capacità di problem solving. Occorre evidenziare che tutti i partecipanti potranno trarre beneficio da tale strategia didattica: lo “studente tutor” sarà valorizzato e responsabilizzato da questo ruolo e svilupperà, conseguentemente, un comportamento sempre più propositivo; l’altro studente, a sua volta, trarrà vantaggio dall’applicarsi in un ambiente protetto, con una persona considerata più vicina e simile a lui. Il docente, dal canto suo, dovrà imparare a non essere l’unico dispensatore del sapere per i propri discenti, lasciando spazio e tempo, ai ragazzi coinvolti nel progetto e vigilando, al contempo, sul corretto passaggio di informazioni.

Per ogni quinta classe, potrebbero essere individuati due alunni “tutor”, adeguatamente formati mediante un corso ad hoc, nel quale verranno trattati argomenti quali l’arresto cardiaco, la crisi tonico-clonica, la crisi ipoglicemica e l’epistassi, con l’utilizzo di tecniche di comprensione semplici ed intuitive. I corsi dovranno prevedere sia lezioni frontali, supportate da dispositivi multimediali, al fine di mantenere sempre alta l’attenzione del discente, sia ambienti di esercitazioni e dimostrazioni pratiche protetti e adeguati al raggiungimento dello scopo.

Alla fine del percorso di formazione, gli “studenti tutor” sosterranno una prova certificativa, allo scopo di verificare la corretta comprensione dei contenuti, sia dal punto di vista teorico che, dal punto di vista pratico.

Gli alunni, opportunamente formati e dopo il superamento della prova finale, svilupperanno poi, per ogni scenario (nelle rispettive classi di appartenenza), una breve lezione frontale e una dimostrazione pratica riguardante le tecniche apprese durante il corso. Nel recepire le informazioni, il resto della classe individuerà una serie di punti chiave, fissandoli per iscritto con dei lavori manuali. Nello specifico si proporrà la

realizzazione di tabelloni, da esporre in classe, a disposizione della consultazione di ognuno.

Molto importante, dal punto di vista della responsabilizzazione dei ragazzi, è l'assegnazione di compiti, attraverso la formazione di piccole squadre di "soccorso", le quali, sempre in base allo sviluppo delle capacità individuali, possano gestire la problematica che potrebbe verificarsi nel contesto scolastico.

Affinché gli alunni prendano coscienza dell'importanza della chiamata precoce al servizio d'emergenza, è indispensabile l'educazione alla chiamata del 118. Sapere quale numero chiamare, secondo l'area geografica di domicilio (se attivo il numero unico 112, oppure se è indicato, chiamare il 118), che tipo di informazioni comunicare all'operatore di Centrale Operativa che riceve la richiesta di soccorso, gestire e controllare l'ansia e la paura, essere predisposti all'ascolto delle istruzioni pre-arrivo che l'operatore sanitario dispenserà.

Medesimi progetti possono essere sviluppati in ambienti scolastici differenti, quali scuole secondarie di primo grado e scuole secondarie di secondo grado, impiegando tecniche comunicative specifiche, per ciascuna fascia d'età degli uditori.

Nell'ultimo anno delle scuole secondarie di secondo grado, si potrebbe introdurre, oltre alla cultura generale del primo soccorso negli scenari visti in precedenza, anche la certificazione BLS-D obbligatoria, stringendo apposite convenzioni con la scuola di formazione interna all'ASL territoriale di riferimento. Questo permetterebbe di avere un numero di soccorritori formati di gran lunga superiore rispetto a quello attuale, riuscendo a trovare, sempre più spesso, cittadini addestrati ad eseguire manovre salvavita (praticando le compressioni toraciche) e abilitati, secondo l'articolo 1 comma I della Legge n. 120 del 2001, all'utilizzo del DAE (Defibrillatore semiAutomatico Esterno).

Il DAE, potenzialmente assimilabile ad un elettrodomestico, è secondo l'IRC l'unico strumento in grado di risolvere un arresto cardiaco in presenza di ritmi defibrillabili. Il suo utilizzo dispensa il soccorritore dal fare diagnosi, poiché l'apparecchio si mette in funzione solo se - dopo la sua analisi automatica del ritmo - l'erogazione dello shock possa essere risolutiva, per la riattivazione del ritmo cardiaco e del circolo del paziente. Particolare attenzione va prestata tuttavia dal soccorritore nel momento della scarica: essa, infatti, se da un lato può risolvere un ritmo d'arresto, dall'altro può crearne uno nel momento in cui una persona sana ne venga accidentalmente in contatto.

Un cittadino sensibilizzato alle buone pratiche di primo soccorso e, nella migliore delle ipotesi, addestrato ed abilitato all'uso del DAE, oltre che educato nel ricevere e mettere in pratica efficacemente tutte le istruzioni pre-arrivo somministrate dall'operatore di Centrale Operativa al momento della chiamata d'emergenza, contribuisce alla riduzione del tempo di attesa delle cure, fino all'arrivo dell'equipe sanitaria di soccorso avanzato.

#### **4.3 L'ipotesi del progetto educativo**

##### **IPOTESI DI PROGETTO: "IMPARARE DA PICCOLI AD ESSERE GRANDI"**

L'ipotesi di progetto nasce al fine di sensibilizzare la popolazione giovanile alla pratica del "primo soccorso". Ci si trova sempre più spesso attoniti testimoni di un malore improvviso, più o meno grave, senza sapere cosa fare e cosa non fare, non avendo idea di quanto determinanti possano essere le istruzioni che l'Infermiere della Centrale Operativa dispensa durante la chiamata di soccorso e che in molte occasioni, possono rivelarsi salvavita.

Non essere preparati alle domande che l'operatore farà e non riuscire a mantenere la calma per mettere in pratica le indicazioni che vengono fornite dall'infermiere, espone la vittima al free therapy interval (intervallo di tempo nel quale non si eroga nessun tipo di assistenza) e, conseguentemente, a un maggior rischio di esito negativo.

Estendere questo tipo di formazione nelle scuole, potrebbe rappresentare un importante investimento per il futuro, in merito alle prime manovre di soccorso da prestare, durante gli eventi critici

##### ***A CHI È INDIRIZZATO IL PROGETTO?***

Tale progetto è rivolto agli studenti frequentanti le classi quinte delle scuole primarie di primo grado.

##### ***OBIETTIVI:***

###### **Obiettivi generali:**

Il progetto ha l'obiettivo generale di:

- Fornire conoscenze di base sulle tecniche di primo soccorso da adottare secondo i diversi scenari.
- Far acquisire agli studenti la consapevolezza dell'importanza della telefonata al numero di emergenza (112 – 118)
- Educare a rispondere alle domande dell'operatore della Centrale Operativa, in maniera semplice e coordinata, adottando tecniche di gestione dell'ansia
- Saper applicare eventuali manovre derivanti dalle istruzioni pre arrivo dispensate dall'infermiere.

### **Obiettivi specifici:**

La formazione potrebbe prevedere tecniche di comunicazione specifiche come la “peer education” e comprendere scenari di: arresto cardiaco e disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo, crisi tonico-clonica, crisi ipoglicemica ed epistassi.

In particolare, a fine progetto, dovranno essere acquisite le seguenti abilità:

- Capacità di conduzione delle manovre di basic life support nell'arresto cardiaco e disostruzione delle vie aeree;
- Gestione di una crisi tonico-clonica, di una crisi ipoglicemica e di un episodio di epistassi;
- Acquisizione di abilità espositive nel trasferimento di informazioni alla classe di riferimento, per lo studente tutor, addestrato da personale infermieristico;

### **STRUTTURA DEL PROGETTO:**

Il progetto si compone di una prima sezione teorico-pratica, in cui gli studenti selezionati come tutor, seguiranno il corso di formazione, ed una seconda sezione dove gli studenti tutor, nelle rispettive classi, addestreranno i propri compagni per quanto riguarda i contenuti teorico-pratici.

### **Prima Sezione:**

#### **Parte Teorica:**

Apprendimento di conoscenze teoriche di base attraverso la frequenza di un modulo di didattica frontale, utilizzando modalità adeguate alla fascia d'età:

- fondamenti di anatomia
- cause e conseguenze nei rispettivi scenari
- funzionamento del sistema d'emergenza territoriale

### **Parte pratica:**

Previsti incontri di 1 ora con gruppi di 6 studenti tutor, per le dimostrazioni ed esercitazioni guidate, tenute dal personale infermieristico operante nel settore. Inizialmente, durante la dimostrazione, l'infermiere mostrerà le modalità di autoprotezione durante un soccorso e le tecniche da eseguire per controllare lo scenario in atto; successivamente, saranno organizzate le esercitazioni pratiche, attraverso le quali gli studenti avranno modo di esercitarsi uno alla volta, nella gestione totale di un evento, dalla chiamata, all'arrivo sul posto del personale sanitario.

La prima sezione si conclude con un esame teorico pratico che lo studente tutor dovrà sostenere e superare al fine di dimostrare la sua preparazione per poter poi formare i propri compagni.

### **Seconda Sezione:**

#### **Parte Teorica:**

Gli studenti tutor, in seguito alla formazione raggiunta, riferiranno ai propri compagni, le informazioni acquisite durante le lezioni frontali, analizzando:

- cause e conseguenze nei rispettivi scenari trattati
- funzionamento del sistema d'emergenza territoriale

#### **Parte pratica:**

Previsti incontri di 1 ora con gruppi di 10-12 studenti per le dimostrazioni ed esercitazioni guidate, tenute dai compagni tutor. Durante la dimostrazione, verranno mostrate le modalità di autoprotezione durante un soccorso e le tecniche da eseguire per controllare lo scenario in atto; successivamente, saranno

organizzate le esercitazioni, attraverso le quali gli studenti avranno modo di addestrarsi, uno alla volta, nella gestione di un possibile evento.

Durante la sezione pratica gli studenti realizzeranno dei cartelloni, contenenti i principali step dei vari scenari trattati, da tenere in classe a disposizione della consultazione di ognuno.

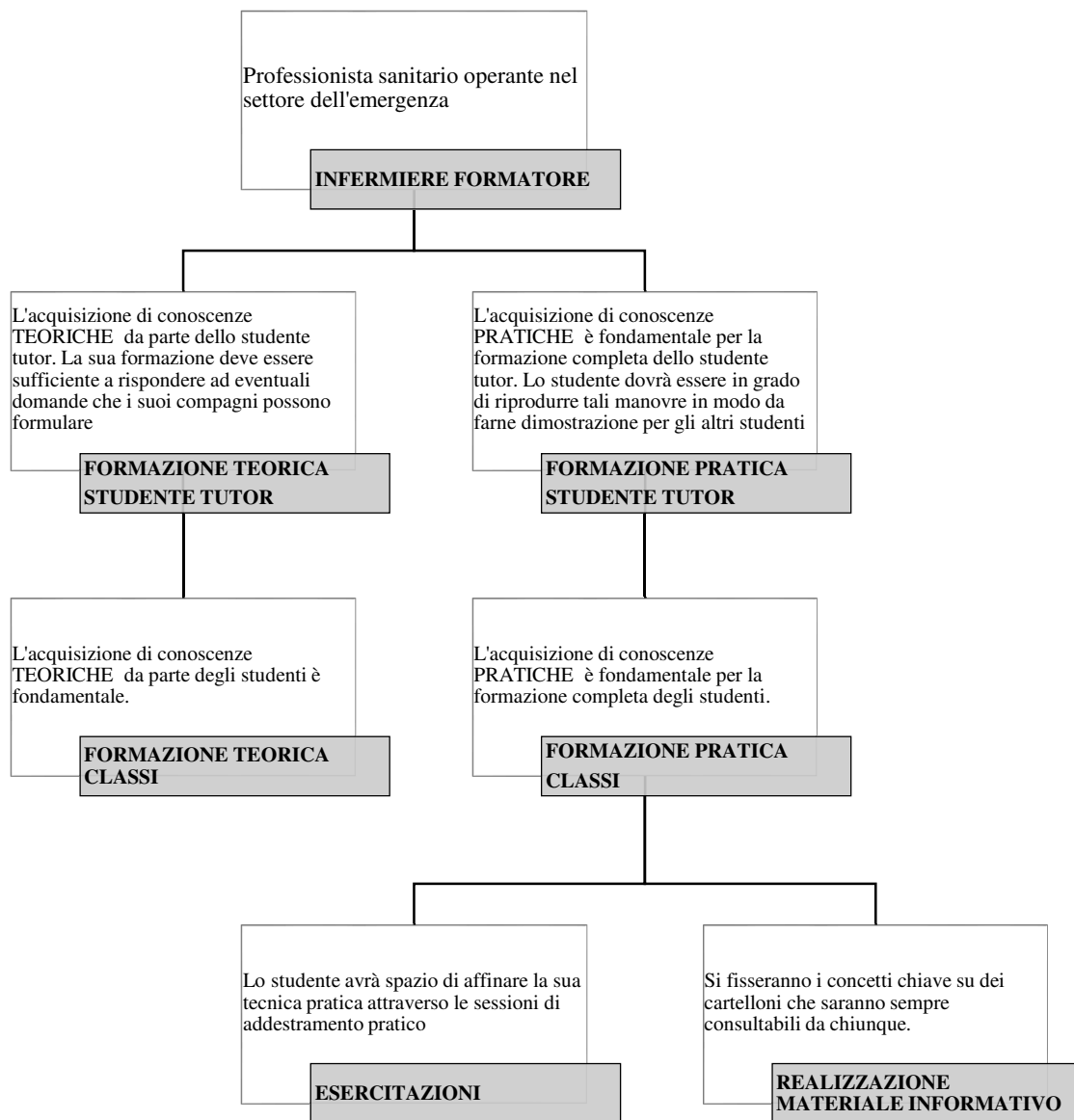


Figura 1. Algoritmo del Progetto Formativo “Imparare da piccoli ad essere grandi”

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	I MESE				II MESE				III MESE				IV MESE			
	I Sett	II Sett	I Sett	II Sett	III Sett	IV Sett	III Sett	IV Sett	I Sett	II Sett	III Sett	IV Sett	I Sett	II Sett	III Sett	IV Sett
<b>Formazione Teorica Studente TUTOR</b>																
<b>Formazione Pratica Studente TUTOR</b>																
<b>Prova Teorico-Pratica Studenti TUTOR</b>																
<b>Formazione Teorica CLASSI</b>																
<b>Formazione Pratica CLASSI</b>																
Dimostrazioni ed esercitazioni																
Creazione cartelloni e materiale di facile consultazione																

**Figura 2.** Diagramma di Gant sulle fasi di sviluppo del progetto formativo “Imparare da piccoli ad essere grandi”

**Questionario di valutazione:**

Al termine della seconda sezione verrà somministrato a tutti i partecipanti al progetto, un questionario per valutare il gradimento, la pertinenza degli argomenti trattati e la chiarezza dell'esposizione.

Sono previsti sette item a risposta chiusa qualitativa, con un punteggio prestabilito da 1 a 5 ed un item a risposta aperta, nel quale lo studente potrà esprimere il proprio suggerimento, per il miglioramento del progetto formativo.

I responsi delle domande a risposta multipla, sono rappresentate da faccine al fine di rendere il questionario più facilmente fruibile dai ragazzi, come nella figura di seguito riportata.

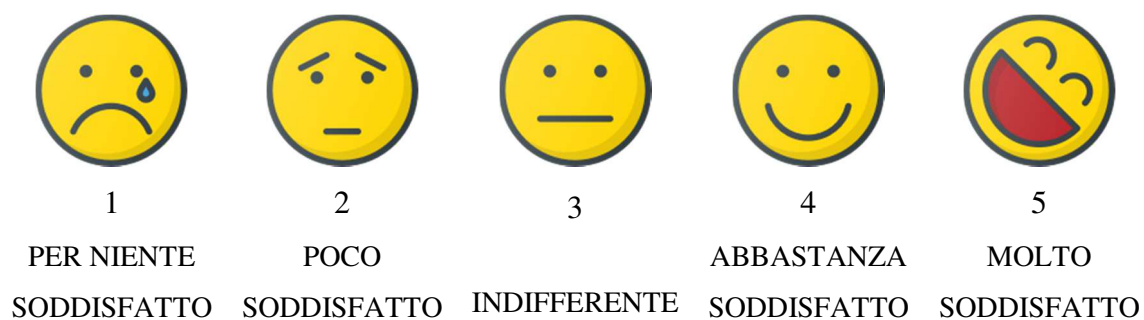





































Fig. 3 Risposte multiple item a risposta qualitativa nel questionario di valutazione



## PROGETTO: “IMPARARE DA PICCOLI AD ESSERE GRANDI”

### Proposta di questionario di Valutazione

Rispondi alle domande proposte con una crocetta sulla faccina corrispondente. Le risposte vanno da un minimo di punteggio di 1 ad un massimo di 5.

Item n.	Domanda	Risposta
1	Credi che gli argomenti trattati siano stati utili per te?	     1      2      3      4      5
2	L'esperto ti ha spiegato in modo chiaro?	     1      2      3      4      5
3	Quanto hai apprezzato le esercitazioni pratiche?	     1      2      3      4      5
4	Quanto hai apprezzato la realizzazione dei cartelloni in classe?	     1      2      3      4      5
5	Quanto il progetto è stato interessante?	     1      2      3      4      5
6	Quanto rifaresti questa esperienza?	     1      2      3      4      5
7	Vorresti proseguire nella conoscenza della materia trattata nel progetto?	     1      2      3      4      5

Che suggerimenti vorresti dare per migliorare la tua formazione? Scrivilo nelle righe sotto.

---



---



---



---

## Conclusioni

Le “istruzioni pre-arrivo” (in sigla, I.P.A.), hanno rappresentato il focus del progetto realizzato per l’elaborato tesi. E’ stata effettuata una comparazione dei protocolli, propri di ogni struttura operativa locale, relativi ad alcune realtà regionali italiane, che promuovono l’utilizzo delle I.P.A. da parte dei propri operatori.

E’ stato rilevato che in alcune realtà italiane, l’infermiere della Centrale Operativa 118, probabilmente a causa della mancanza di protocolli standardizzati, interpreta le richieste di soccorso impiegando la massima discrezionalità, invece, in altre realtà, come quella marchigiana, le istruzioni pre-arrivo devono essere erogate, secondo quanto disposto nei protocolli rigidi di gestione dei vari scenari, limitando in tal senso l’impiego del background esperienziale e professionale di ognuno.

Tuttavia diventa essenziale che il cittadino possa recepire e mettere in pratica tali istruzioni. Per questo motivo, traendo ispirazione dalla proposta di Disegno di Legge redatta – a nome di tutto il Consiglio Direttivo - dal Dott. Andrea Scapigliati, Presidente dell’IRC, è stata realizzata una proposta di progetto denominato “Imparare da piccoli ad essere grandi”. Sono stati individuati gli alunni delle quinte classi della scuola primaria di primo grado, quali possibili protagonisti del progetto, utilizzando come tecnica di apprendimento la “peer education”.

Il progetto ha come obiettivo principale lo sviluppo dell’empowerment del cittadino fin dalla giovane età, allo scopo di rendere la popolazione più resiliente all’attuazione delle istruzioni pre arrivo, nei vari scenari di soccorso, potendo incidere, nel lungo periodo, alla diminuzione di esiti negativi di un evento avverso. La riduzione delle possibili complicanze, potrà permettere, quindi, una diminuzione del numero dei ricoveri, favorendo un positivo impatto sulla qualità di vita del cittadino ed anche sulla spesa pubblica.

## Bibliografia

- Borriello M. (2004) *“Risorse Umane Processi Aziendali Miglioramento Continuo”*.
- Codice Civile, articolo 2044.
- Codice Penale, articolo 54.
- Codice Penale, articolo 593.
- Codice Penale, articolo 610.
- De Vito, L., Baglioni, C., Becorpi, C., CuvIELLO, V., Frosini, N., Giannoni, G., Lencioni, M. G., Moscatelli, R., Paolini, P., Ridolfi, P., Rovini, S., Sgrevi, G. (2012) *“Sistema “Dispatch” Regione Toscana - Ricezione e gestione delle richieste telefoniche di soccorso sanitario - Centrali Operative 118”*, Regione Toscana.
- Decreto del Presidente della Repubblica 27 Marzo 1992, Gazzetta Ufficiale n. 76, *“Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”*.
- Decreto Giunta Regionale 16 agosto 2017, n. 1298 *“ALLEGATO A “Struttura del sistema di Dispatch Regionale per l’Emergenza - DiRE””*.
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 *“Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza”*.
- Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739 *“Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere”*.
- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (2019) *“Il Codice deontologico delle Professioni Infermieristiche”*, Roma.
- Raccomandazione Ministero della Salute 28 maggio 2019, *“Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero”*.

- Scapigliati, A. (2019) “*Un sistema per salvare vite*”, Italian Resuscitation Council, Verona.
- Tamarro, G., Picconi, E., Scardia, M., Scardia, S., Sabetta, C., Antonaci, D., Ruggeri, D. R. (2013) “*Impatto dei tempi di arrivo del servizio medico di emergenza sul ritmo iniziale di arresto cardiaco e al ritorno della circolazione spontanea (ROSC) fuori dall’ospedale: L’esperienza della provincia di Lecce*”, Italian Resuscitation Council, Verona.
- World Health Organization (2013) “*Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*”.

## Sitografia

- Peer Education: l'educazione tra pari aumenta l'autostima, visitato il 21 ottobre (2019), raggiungibile al sito: <<https://asnor.it/peer-education-leducazione-tra-pari-aumenta-lautostima/>>
- CV MEDICI – RADESCHI, visitato il 01 novembre (2019) raggiungibile al sito: <[http://www.ospedalecottolengo.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1121&catid=171&Itemid=1321](http://www.ospedalecottolengo.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1121&catid=171&Itemid=1321)>

## **Ringraziamenti**

A fine di questo percorso, vorrei ringraziare innanzitutto la professoressa Tiziana Traini, prima di tutto tutor e guida nel mio percorso di laurea poi, relatrice di questa tesi, per essermi stata vicina, con la sua immensa disponibilità e professionalità si è messa accanto a me per indirizzarmi nel percorso.

Alla mia co-relatrice la dott.ssa Marida Andreucci che, seppur arrivata a mio percorso di studi già iniziato, ha sostenuto la mia idea nella realizzazione della tesi fornendomi materiali e consigli indispensabili per la realizzazione di questo lavoro.

Alla dottoressa Annarita Peroni, coordinatrice della Centrale Operativa 118, per aver dedicato il suo tempo “sotto l’ombrellone”, nell’aiutarmi al reperimento del materiale utile per la realizzazione di questo lavoro.

Alla dottoressa Patrizia Perozzi, amministrativa di sede, che è sempre stata disponibile a risolvere ogni mio problema di natura burocratica, per aver sempre messo prima la disponibilità nell’aiutare che i suoi orari di ricevimento.

Un grazie di cuore va anche al Direttore del Corso di Laurea, dott. Stefano Marcelli che, con la sua presenza costante, con i suoi consigli e con la sua vicinanza ha sostenuto sempre il mio percorso non smettendo mai di credere in me.

Doveroso e molto sentito è il grazie che voglio rivolgere alla mia famiglia, a mia madre che da subito ha sostenuto la mia idea folle di lasciare tutto e percorrere un sentiero non ancora battuto, lasciando casa, lavoro per andare a seguire il mio sogno di sempre lontano da casa, che ha gioito forse più di me dei risultati ottenuti e che ha trepidato più di me nei momenti d’attesa.

A mio padre che mi ha contagiato con la sua passione, che mi ha insegnato, pur non avendone consapevolezza, di quanto sia importante cavarsela da soli in alcune situazioni.

A mia sorella, mi ricordo ancora quando partì lei per l’università e per sentir meno la sua mancanza mi scrisse un “Sasino ti voglio bene” che ancora conservo vicino al mio letto. Ora la situazione si inverte, ormai mamma, è lei a darmi la forza nei momenti difficili, per il suo essere sempre presente per ascoltare le mie preoccupazioni.

A chi mi guarda da lassù, grazie per tutto quello che mi avete lasciato dentro durante la vostra presenza qui con me. Mi piace pensare che in alcune occasioni, in particolar

modo, eravate presenti, insieme a me, per allontanarmi da situazioni spiacevoli. Magari sarà stata solo suggestione, ma io vi sento ancora molto vicini.

Ai miei amici conosciuti durante questo percorso, a Chiara, Martina, Fabio e Ilaria, primissimi con cui ho legato una volta arrivato qui, quelli che, durante il viaggio di ritorno verso casa nelle prime vacanze di Natale, mi hanno fatto dire “mi dispiace andare a casa”. A Martina, Matteo e Noemi con i quali, seppur poco più tardi, ho condiviso molte avventure in università. Momenti belli dove abbiamo festeggiato insieme e momenti difficili dove il gruppo ha avuto la meglio su tutto. Non sono mancati gli screzi ma, tutti volti a fortificare e stringere il nostro rapporto.

A Cristina, amica “speciale”, con la quale ho condiviso un importante pezzo del mio percorso. La ringrazio per tutti i momenti belli vissuti insieme, per aver reso meno triste il ritorno ad Ascoli con i viaggi condivisi insieme, per essermi sempre stata vicina nei momenti difficili e per aver gioito con me in ogni mia vittoria. Un grazie per tutto quello che ha saputo lasciare nel mio cuore, con la sua spierieratezza e semplicità. Mi ha dimostrato che la forza dei rapporti può non indebolirsi, pur modificandosi.

A tutti i miei amici di sempre, Marika, Sara e Roberta che mi hanno sempre sostenuto in ogni mia scelta, in principal modo nella mia folle decisione di lasciare tutto per inseguire il mio sogno, di lasciare il certo per l’incerto. Hanno reso le mie discese a casa sempre molto piacevoli, facendomi sentire comunque la loro presenza anche a chilometri e chilometri di distanza.

A tutti i ragazzi della Protezione Civile di Casarano, colleghi ma soprattutto amici, che, si sono trovati ad avere un presidente lontano, senza comunque mai smettere di credere in me. Mi sono sempre stati vicini anche nei momenti che con la protezione civile, c’entravano veramente poco. Mi hanno sostenuto ed incoraggiato sempre, persone fidate che si sono sempre messe a disposizione come braccio operativo, per sopperire alla mia assenza fisica, ai quali va un grazie speciale.

A tutti gli amici conosciuti come colleghi di Protezione Civile come Lorenzo, Valentina, Oscar, Adriano, Giuseppe diventati poi veri amici, per avermi stimolato a fare sempre meglio sia nell’ambito universitario che nella Protezione Civile, per non avermi mai lasciato solo e per esserci sempre stati nei momenti in cui ne avevo veramente bisogno.

Un grazie speciale vorrei rivolgerlo anche a tutte quelle persone che dapprima importanti, hanno voluto solo lasciare un bel ricordo del nostro rapporto, amici importanti che, per i più disparati motivi, hanno deciso di allontanarsi, lasciandomi comunque degli insegnamenti importanti per la mia vita.

Un grazie, infine, vorrei rivolgerlo anche a me stesso, per non essermi arreso durante le difficoltà che mi si sono presentate davanti durante questo percorso, per aver sempre perseguito quello che credo essere stato il bene, per aver preso decisioni – come rappresentante istituzionale degli studenti – sempre guidate dalla correttezza e mai dalla convenienza, come alcuni sostengono ancora oggi.

A me stesso, a tutti voi. Grazie di cuore.