

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno lunedì 11 **del mese di** aprile
dell' anno 2016 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

- | | |
|------------------------|----------------|
| 1) Bonaccini Stefano | Presidente |
| 2) Gualmini Elisabetta | Vicepresidente |
| 3) Bianchi Patrizio | Assessore |
| 4) Caselli Simona | Assessore |
| 5) Costi Palma | Assessore |
| 6) Donini Raffaele | Assessore |
| 7) Gazzolo Paola | Assessore |
| 8) Mezzetti Massimo | Assessore |
| 9) Venturi Sergio | Assessore |

Funge da Segretario l'Assessore Costi Palma

Oggetto: PRINCIPI E CRITERI IN ORDINE ALLA PREDISPOSIZIONE DI LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ARMONIZZAZIONE DEI PROTOCOLLI AVANZATI DI IMPIEGO DI PERSONALE INFERMIERISTICO ADOTTATI AI SENSI DELL'ART. 10 D.P.R. 27 MARZO 1992 PER LO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118.

Cod.documento GPG/2016/582

Num. Reg. Proposta: GPG/2016/582

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Vista la normativa nazionale e comunitaria di riferimento, e in particolare:

- l'art. 6, c. 3, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", in materia di formazione del personale sanitario infermieristico;
- l'art. 2, dello stesso d.lgs. n. 502 del 1992, a mente del quale spettano alle Regioni "la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute [...], le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle [...] unità sanitarie locali ed aziende";
- il d.P.R. 27 marzo 1992, recante "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza", che all'art. 10 (Prestazioni del personale infermieristico) prevede che "il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio";
- il D.M. 14 settembre 1994, n. 739, recante "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere";
- l'"Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992", dell'11 aprile 1996 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale, serie generale, 17 maggio 1996, n. 114), che prevede che l'equipaggio minimo degli "automezzi attrezzati per il supporto vitale, di base ed avanzato", sia costituito da un autista soccorritore ed un infermiere professionale con preparazione specifica verificata dal responsabile di centrale operativa;

- l'art. 1, c. 2, L. 26 febbraio 1999, n. 42, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie";
- l'art. 1, comma 2, l. 10 agosto 2000, n. 251, recante "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica", a mente del quale le Regioni promuovono "la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute";
- il D.M. Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, recante "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza - urgenza" del 17 dicembre 2008 e s.m.i.;
- la Direttiva 2005/36/CE del Parlamento e del Consiglio del 7 settembre 2005 relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, come da ultimo modificata Direttiva 2013/55/UE e, in particolare l'art. 31 (Formazione d'infermiere responsabile dell'assistenza generale);
- l'art. 1, c. 566, L. 23 dicembre 2014, n. 190, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge stabilità 2015)";
- il D.M. 2 aprile 2015, n. 70, avente per oggetto: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- il D.Lgs. 28 gennaio 2016, n. 15, recante "Attuazione della direttiva 2013/55/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, recante modifica della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE) n. 1024/2012, relativo alla cooperazione amministrativa attraverso il sistema di informazione del mercato interno («Regolamento IMI»);

Richiamati altresì la normativa regionale in materia e i conseguenti atti attuativi, ed in particolare:

- il Piano Sanitario Regionale Emilia-Romagna 1999-2001, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale del 22 settembre 1999, n. 1235;
- la Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna del 14 luglio 2003, n. 1349, recante "Piano Sanitario Regionale 1999/2001 - Approvazione di Linee Guida per l'organizzazione del Sistema Emergenza-Urgenza sanitaria territoriale e Centrali Operative 118 secondo il modello Hub and Spoke";
- la Deliberazione Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna 17 gennaio 2005, n. 23, recante "Definizione di requisiti specifici, ai sensi

dell'art. 8, c. 1, della L.R. n. 34/98, per l'accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti dell'Emilia-Romagna", seguita dalla Deliberazione Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna 26 gennaio 2009, n. 44, recante "Requisiti per l'accreditamento delle strutture di soccorso/trasporti infermi";

- la Deliberazione Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna 10 dicembre 2015, n. 2040, recante "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge n. 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal D.M. Salute 70/2015";

Rilevato che:

- a partire dalla fine del 1999 il sistema di emergenza 118 della regione Emilia-Romagna è stato oggetto di importanti percorsi di omogeneizzazione dei diversi aspetti della organizzazione, sulla base dei principi programmatici contenuti nel PSR 1999-2001, approvato con delibera del Consiglio regionale n. 1235 del 22 settembre 1999;

- tali percorsi hanno trovato una prima sistematica trattazione nella deliberazione di Giunta regionale n. 1349/2003, recante "Piano Sanitario Regionale 1999/2001 - Approvazione di Linee Guida per l'organizzazione del Sistema Emergenza Urgenza Sanitaria Territoriale e Centrali Operative 118 secondo il modello Hub and Spoke". Tale delibera ha avviato un'ampia riorganizzazione del "sistema 118", riordinando i bacini di riferimento delle singole centrali e valorizzando l'integrazione dei servizi di emergenza territoriale con l'emergenza ospedaliera. In particolare, la delibera n. 1349/2003 ha previsto la realizzazione di due sottosistemi: a) il Sistema Centrale operativa 118 (con contenuti prevalentemente tecnico-organizzativi); b) il Sistema emergenza territoriale-fase intraospedaliera (con contenuti prevalentemente clinico-assistenziali);

- in attuazione di tale indicazioni di carattere programmatico si è: a) centralizzata, dall'anno 2006, presso l'AUSL di Bologna la gestione amministrativa e tecnica delle tecnologie informatiche e telefoniche del sistema 118; b) concluso, nel 2008, il percorso di unificazione della ricezione delle chiamate di emergenza della Romagna presso la centrale "118 Romagna", avente sede a Ravenna, superando le precedenti centrali di Forlì, Cesena e Rimini; c) attivato, nel 2012, l'ulteriore percorso di unificazione delle restanti centrali 118 confluite definitivamente nel 2015 nella Centrale Area Vasta Emilia Centro con sede a Bologna (Modena, Bologna, Ferrara,) e Area Vasta Emilia Nord con sede a Parma (Parma, Piacenza, Reggio Emilia);

- il suddetto percorso di unificazione (passando da undici a tre centrali operative) ha rafforzato l'efficienza e la tempestività degli interventi e assicurato l'armonizzazione delle attività

formative, dei protocolli di intervento e dei livelli di assistenza;

- oltre agli aspetti di omogeneizzazione tecnologica e di unificazione delle centrali operative 118, con Deliberazione della Giunta Regionale 26 gennaio 2009, n. 44, si è altresì proceduto a creare le condizioni per garantire sostanziale equivalenza dei livelli tecnologici e di formazione delle figure tecniche e professionali operanti su tutti mezzi di soccorso definendo requisiti omogenei per l'accreditamento delle strutture di soccorso/trasporti infermi;

- attraverso tali iniziative si è conseguito il sostanziale completamento del percorso di standardizzazione, interazione e interoperabilità dei sistemi di ricezione e gestione delle richieste di soccorso e di accreditamento dei trasporti sanitari;

Considerato che:

- nell'ambito del contesto organizzativo sopra descritto, a partire dagli anni '90, presso i servizi di emergenza territoriale facenti oggi capo alle tre "Centrali operative 118" attive in Regione, è stata dapprima avviata una sperimentazione e, quindi, disciplinato a regime, l'utilizzo avanzato del personale infermieristico nel sistema dell'emergenza territoriale, tramite l'adozione di appositi protocolli operativi;

- nel corso del 2015, la Regione, nell'ambito del competente Servizio Assistenza Ospedaliera della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, ha avviato una ricognizione completa e dato vita ad un confronto tecnico in merito ai protocolli, procedure e algoritmi di centralizzazione dei pazienti e delle procedure infermieristiche in essere nell'ambito dei sistemi di emergenza territoriale della regione. La ricognizione, in particolare, ha evidenziato l'esistenza di protocolli essenzialmente relativi a quattro tipologie di intervento:

1) lo screening pre-ospedaliero dei sintomi di alcune categorie di pazienti, con attività che si sostanziano nella raccolta di "segni e sintomi" o nel sottoporre il paziente ad alcuni esami (quale l'elettrocardiogramma nei pazienti con sospetto infarto del miocardio), per accelerare i tempi della diagnosi medica e/o indirizzare il paziente verso il centro di cura più adeguato (i c.d. ospedali "hub" per determinate tipologie di malattie);

2) la somministrazione precoce di farmaci salva-vita in pazienti con sindromi acute, in casi e con metodologie predefinite, quali l'abuso di oppiacei, l'ipoglicemia grave o le sindromi coronariche acute e l'arresto cardiaco;

3) l'effettuazione di particolari manovre salva-vita in sede di primo intervento, in particolare per la gestione dei pazienti in

arresto cardiaco, prevedendo fra gli altri la applicazione della ventilazione esterna e/o dei c.d. "presidi sovraglottici";

4) la somministrazione di farmaci antidolorifici in fase pre-ospedaliera a pazienti con dolore severo, misurato tramite scale "analogico-visuali", con la finalità di migliorare la gestione della fase pre-clinica del paziente permettendo, a sedazione o riduzione del dolore avvenuta, manovre e valutazioni mediche che lo stato di dolore severo potrebbero compromettere e/o prevenendo danni secondari;

- in esito alla ricognizione e al confronto tecnico, è emersa la validità e l'efficacia di tali procedure, ai fini di un significativo miglioramento della qualità dell'intervento sanitario in emergenza, con una apprezzabile riduzione dei tempi di intervento e dei tassi di mortalità;

- è altresì emersa la piena congruenza delle procedure infermieristiche esaminate con la disciplina dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria in emergenza e delle responsabilità dei vari operatori sanitari in emergenza, in particolare alla luce dei seguenti elementi:

1) i protocolli operativi sono stati predisposti dal personale medico e validati dal responsabile di ciascun servizio di emergenza territoriale;

2) il personale infermieristico coinvolto è stato formato appositamente;

3) l'intervento infermieristico è basato sulla rilevazione non discrezionale di segni e sintomi e sulla somministrazione di farmaci per la quale non è consentita alcuna possibile scelta tra diverse strategie terapeutiche;

4) l'intervento infermieristico risponde alla necessità di salvaguardare le funzioni vitali dei pazienti migliorando la tempestività ed appropriatezza dell'intervento in emergenza complessivamente inteso;

- tali procedure si inseriscono validamente nel processo di riforma della professione infermieristica - intesa non più come figura ausiliaria al medico, ma come professione dotata di autonomia e proprie competenze - che ha consentito, nell'ultimo ventennio, di implementare coerenti, razionali ed efficaci scelte organizzative nello svolgimento del servizio di emergenza territoriale 118. Esse, inoltre, risultano precedute dall'attivazione di percorsi formativi per operatori sanitari, predisposti dalle aziende sanitarie, che hanno favorito l'omogeneità della pratica assistenziale e la cooperazione interattiva dei professionisti, fondata su modelli standardizzati

e validati, nel rispetto delle specifiche responsabilità e delle rispettive autonomie professionali;

- le descritte procedure, inoltre, appaiono coerenti con altre esperienze applicative nazionali ed internazionali che hanno dimostrato l'importanza dell'intervento infermieristico avanzato per il miglioramento delle possibilità di sopravvivenza dei pazienti;

Considerato altresì che:

- con determinazione n. 5358 del 6/4/2016 il Direttore generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione ha dato atto della redazione, ad opera dei competenti uffici regionali, di progetti di linee guida volte alla diffusione delle migliori pratiche di impiego avanzato del personale infermieristico;

- con la medesima determinazione, è stato costituito il "Gruppo regionale per la validazione delle linee guida sui protocolli avanzati del sistema emergenza territoriale della regione Emilia-Romagna", composto da professionisti in rappresentanza dei sistemi più avanzati di emergenza territoriale presenti a livello nazionale, dei gruppi di lavoro di carattere nazionale sul tema dell'emergenza urgenza territoriale e del sistema regionale di emergenza urgenza;

- tale Gruppo regionale è stato istituito con i compiti di valutare i progetti di "linee guida" e di fornire indicazioni migliorative, avendo a riferimento le migliori pratiche di livello regionale, nazionale ed internazionale, nonché di fornire raccomandazioni relative alle più idonee modalità di diffusione e monitoraggio dell'efficacia delle linee guida di cui trattasi;

- il Gruppo di lavoro, in base alla determinazione istitutiva, dovrà completare l'attività di validazione delle "linee guida" entro il 30 aprile 2016;

Ritenuto:

- che, alla luce dei positivi risultati conseguiti nelle esperienze oggetto di ricognizione e confronto tecnico, è opportuno istituire un quadro regionale di coordinamento ed indirizzo al fine di facilitare la generalizzazione e l'ulteriore rafforzamento e diffusione delle procedure di impiego avanzato del personale infermieristico presso i Servizi di emergenza territoriale regionale, salva l'autonomia decisionale dei responsabili dei Servizi;

- che, nell'ambito di tale quadro regionale di coordinamento ed indirizzo, sia opportuno che:

1) al fine di assicurare un contesto istituzionale stabile, la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare,

nell'esercizio delle proprie funzioni, possa avvalersi di gruppi di lavoro e tavoli tecnici anche permanenti;

2) siano diffuse apposite linee guida regionali, adottate dalla competente Direzione generale, sulla scorta indirizzi di massima adottati dalla Giunta regionale;

3) sia costituito un sistema di monitoraggio, controllo e verifica del livello di diffusione delle procedure di impiego avanzato del personale infermieristico e dei risultati raggiunti;

- di valutare positivamente l'attività già svolta dai competenti uffici regionali, di cui si dà conto nella citata determinazione n. 5358/2016;

- che, considerato il lavoro già svolto, sia ragionevole prevedere che le linee guida siano diffuse entro il 20 aprile 2016;

Richiamate infine le proprie deliberazioni n. 2416/2008, n.193/2015, n. 335/2015, n.516/2015, 270/2016 in materia di organizzazione dell'Ente Regione e di individuazione delle competenze delle Direzioni Generali;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

Delibera

Per quanto in premessa esposto e qui interamente richiamato:

1) di dare mandato al Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare di approvare e periodicamente aggiornare linee guida regionali relative all'adozione, revisione e verifica dei protocolli aziendali di impiego avanzato del personale infermieristico presso i servizi di emergenza territoriale regionale;

2) che, a tale fine, il Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare possa avvalersi di tavoli tecnici e gruppi di lavoro, anche permanenti, ivi compreso il "Gruppo di validazione" già istituito con determinazione n. 5358 del 6/4/2016;

3) che le linee guida dovranno riguardare tutte le tipologie di intervento rilevate in occasione della ricognizione effettuata nel 2015 e citate in premessa, nonché le specifiche attività considerate nei protocolli in uso;

4) di definire sin d'ora i seguenti indirizzi generali cui le linee guida regionali e i singoli protocolli operativi aziendali sull'impiego avanzato del personale infermieristico dovranno in ogni caso attenersi:

- a) coerenza con le migliori pratiche nazionali e internazionali;
- b) assicurare un elevato livello di formazione del personale, medico ed infermieristico, coinvolto;
- c) prevedere che le procedure aziendali vengano adottate e aggiornate a cura del medico responsabile del Servizio di emergenza e che, in ogni caso, siano fatte salve le responsabilità, le sfere di autonomia decisionale e le competenze organizzative dei dirigenti dei Servizi nella redazione dei protocolli;
- d) garantire che i protocolli presentino un livello di dettaglio tale da eliminare ogni componente discrezionale-valutativa dell'intervento in capo all'operatore sanitario non medico, prevedendo che qualunque intervento complesso o che presenti margini di incertezza esecutiva sia rimesso alla valutazione del personale medico, assicurando la tracciabilità dei relativi contatti;
- e) istituire adeguate procedure di monitoraggio al fine di accertarne i vantaggi in termini di efficacia ed efficienza nella gestione del servizio sanitario e le modalità di verifica interna atte a mantenerli;

5) che, in applicazione delle linee guida regionali, i responsabili dei Servizi di emergenza territoriale rivaluteranno i protocolli in essere o, tenuto conto del contesto di riferimento, provvederanno alla loro adozione, comunicando le iniziative adottate ai competenti uffici regionali;

6) che le linee guida siano oggetto di revisione almeno biennialmente, previo coinvolgimento delle istituzioni scientifiche e delle rappresentanze degli utenti e dei pazienti.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2016/582

data 08/04/2016

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

Il Sole 24 ORE

Salini

omissis

L'assessore Segretario: Costi Palma

Il Responsabile del Servizio

Affari della Presidenza

Il Sole 24 ORE

Salini

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Atto del Dirigente a firma unica: DETERMINAZIONE n° 5358 del 06/04/2016

Proposta: DPG/2016/5740 del 05/04/2016

Struttura proponente: DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Oggetto: COSTITUZIONE DEL GRUPPO REGIONALE PER LA VALIDAZIONE DELLE LINEE GUIDA SUI PROTOCOLLI AVANZATI DEL SISTEMA EMERGENZA TERRITORIALE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Autorità emanante: IL DIRETTORE - DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Firmatario: KYRIAKOULA PETROPULACOS in qualità di Direttore generale

Luogo di adozione: BOLOGNA data: 06/04/2016

**DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E
WELFARE
IL DIRETTORE**

Richiamate:

la Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna del 14 luglio 2003, n. 1349, recante "Piano Sanitario Regionale 1999/2001 - Approvazione di Linee Guida per l'organizzazione del Sistema Emergenza-Urgenza sanitaria territoriale e Centrali Operative 118 secondo il modello Hub and Spoke";

la Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna 17 gennaio 2005, n. 23, recante "Definizione di requisiti specifici, ai sensi dell'art. 8, c. 1, della L.R. n. 34/98, per l'accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti dell'Emilia-Romagna", seguita dalla Deliberazione Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna 26 gennaio 2009, n. 44, recante "Requisiti per l'accreditamento delle strutture di soccorso/trasporti infermi";

Dato atto che:

- A partire dal (novembre) 2015 è stato avviato un confronto tecnico nell'ambito del competente Servizio Assistenza Ospedaliera della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare volto a valutare i protocolli di utilizzo avanzato del personale infermieristico in uso presso i servizi di emergenza territoriale facenti capo alla tre centrali operative 118 attive in regione;
- tale confronto ha permesso di valutare positivamente tali protocolli, evidenziando la possibilità di contribuire alla diffusione delle migliori pratiche attraverso lo sviluppo di linee guida che indichino protocolli tipo da proporre alle singole realtà territoriali, con il fine di indirizzare alle migliori pratiche di cui trattasi;
- tenuto conto che le suddette linee guida sono state redatte dai competenti uffici regionali a seguito di un lavoro di confronto con i professionisti operanti nel sistema di emergenza territoriale della regione Emilia-Romagna e di analisi della letteratura scientifica;

Considerato che:

- la emanazione di linee guida relative ai protocolli di utilizzo avanzato del personale infermieristico potrà contribuire in modo rilevante al percorso di diffusione delle migliori pratiche avviato con la concentrazione delle attività di centrale operativa 118 e proseguito con l'accreditamento del sistema;
- il sistema di emergenza territoriale rappresenta un elemento imprescindibile di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza e che pertanto la emanazione di linee guida in tale ambito necessita di una validazione formalizzata;

Preso atto della necessità di costituire un gruppo regionale di validazione delle linee guida sviluppate a seguito del lavoro tecnico realizzato nel contesto del Servizio Assistenza Ospedaliera della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare;

Ritenuto opportuno che all'interno di tale gruppo siano presenti:

- professionisti in rappresentanza dei sistemi più avanzati di emergenza territoriale presenti a livello nazionale;
- professionisti in rappresentanza dei gruppi di lavoro di carattere nazionale sul tema dell'emergenza urgenza territoriale;
- professionisti in rappresentanza del sistema regionale di emergenza urgenza;
- un professionista appartenente al Servizio Assistenza ospedaliera;

Preso atto:

- dei nominativi proposti per la costituzione dei gruppi di lavoro dal Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera;
- della disponibilità dei professionisti interessati a essere nominati;

Visti:

- l'art. 40, comma 1, lettera m) della L.R. 43/2001;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 2416 del 29 dicembre 2008 relativa agli "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e ss.mm.;
- le deliberazioni di Giunta regionale n. 1057 del 24 luglio 2006, n. 1663 del 27 novembre 2006, n.56 del 26

gennaio 2015, n. 193 del 27 febbraio 2015, n. 335 del 31 marzo 2015 e 516 dell'11 maggio 2015;

Su proposta della Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera Dott.ssa Maria Teresa Montella;

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto;

DETERMINA

1) di costituire, per le ragioni espresse in premessa, il "Gruppo Regionale per la validazione delle linee guida sui protocolli avanzati del sistema emergenza territoriale della regione Emilia-Romagna" con i seguenti compiti:

- a. valutare le linee guida sviluppate sul tema dell'utilizzo avanzato del personale infermieristico nell'ambito del sistema regionale di emergenza territoriale;
- b. fornire indicazioni migliorative delle medesime linee guida avendo a riferimento le migliori pratiche di livello regionale, nazionale ed internazionale;
- c. fornire raccomandazioni relative alle più idonee modalità di diffusione e monitoraggio dell'efficacie delle linee guida di cui trattasi;

2) di stabilire che i componenti del gruppo sono quelli sotto elencati:

Dott. Danilo Bono	Direttore dipartimento interaziendale emergenza 118 - Regione Piemonte Coordinatore Gruppo Tecnico Interregionale Emergenza - Urgenza
Dott.ssa Paola Corradi	Direttore Generale A.R.E.S. 118 Lazio
Dott.ssa Lucia De Vito	Direttore SOC 118 - Azienda Sanitaria Toscana Centro
Dott. Adriano Furlan	Direttore UOC Centrale operativa 118 Emilia Ovest
Dott.ssa Maria Teresa Montella	Responsabile Servizio Assistenza Ospedaliera Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare;
Dott. Antonio Pastori	Responsabile infermieristico Centrale operativa 118 Emilia Ovest
Alberto Zoli	Direttore Generale A.R.E.U. Regione Lombardia

- 3) di individuare quale coordinatore del gruppo la Dott.ssa Maria Teresa Montella;
- 4) di riservarsi di integrare la composizione del gruppo con ulteriori professionalità;
- 5) di stabilire che il lavoro del gruppo relativamente ai punti 1 a e 1 b si concluda entro il 30 aprile 2016;
- 6) di prevedere che il metodo di lavoro, da condividersi nell'ambito del gruppo, possa utilizzare la video conferenza ed altre modalità di lavoro che permettano di rendere più agevole il confronto fra professionisti provenienti da sedi distanti dalle sede regionale;
- 7) di nominare il gruppo fino al 31 dicembre 2016 e stabilire che lo stesso possa essere prorogato;
- 8) di dare atto che la costituzione del gruppo non comporta oneri sul bilancio regionale.

Kyriakoula Petropulacos

Il Sole 24 ORE

Salini

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, contestualmente all'adozione, ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta DPG/2016/5740

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

Il Sole 24 ORE

Salini

Linee guida regionali per uniformare l'attività degli infermieri sui mezzi di soccorso attraverso l'armonizzazione dei protocolli avanzati di impiego di personale infermieristico adottati ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 27 marzo 1992 per lo svolgimento del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118.

Premessa

Il contesto della emergenza sanitaria territoriale si caratterizza per l'esigenza di garantire interventi tempestivi e qualificati sul territorio, assistendo fin da subito i pazienti sul luogo dell'evento e garantendo il loro trasporto con i mezzi più adeguati alla struttura sanitaria più idonea ad affrontare il caso.

La concreta realizzazione di tali finalità richiede l'ordinata messa in campo di risorse, capacità di coordinamento e competenze professionali e vede quale elemento irrinunciabile, tenuto conto della imprevedibilità degli eventi e della necessità di agire tempestivamente, la standardizzazione degli approcci e la disponibilità di istruzioni operative, procedure, protocolli e algoritmi.

Il percorso di miglioramento del livello di tutela in emergenza dei cittadini che si è realizzato in regione Emilia-Romagna, a partire dal Piano Sanitario Regionale 1999-2001, ha portato ad una progressiva standardizzazione di molteplici componenti del sistema a partire dalle Centrali Operative 118 e dalle caratteristiche dei mezzi di soccorso, per passare alla formazione degli operatori del sistema dei trasporti in emergenza, inserendo tali elementi nel contesto dell'accreditamento sanitario.

Le presenti linee guida mirano ad estendere il processo di armonizzazione fino a qui realizzato ai protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico per lo svolgimento del servizio di emergenza territoriale 118.

Tali protocolli, che sono stati sviluppati e vengono concretamente utilizzati nelle varie realtà territoriali regionali dagli anni 90, hanno rappresentato uno degli elementi qualificanti del sistema dell'emergenza-urgenza nella Regione, contribuendo a salvaguardare efficacemente la salute dei cittadini.

L'esigenza attuale, in coerenza con il percorso di standardizzazione già realizzato per altre componenti del sistema, è quella di mettere a disposizione delle singole realtà territoriali linee guida di riferimento condivise a livello regionale che, fissando criteri e prospettando protocolli/algoritmi "standard", creino un quadro istituzionale chiaro e coerente, al fine di agevolare l'ulteriore rafforzamento e diffusione delle procedure impiegate dal personale infermieristico e di instaurare i presupposti per la graduale armonizzazione di tale rilevante componente del sistema su base regionale.

Il presente documento rappresenta un punto di riferimento di livello regionale per i diversi soggetti coinvolti, primi fra tutti i medici responsabili dei servizi di emergenza territoriale, chiamati ad assumere decisioni in merito all'adozione dei protocolli di cui trattasi.

I protocolli/algoritmi allegati mirano a definire processi operativi standard, tecniche di intervento e schemi operativi di carattere generale, essenzialmente rivolti ad individuare le attività e le responsabilità dei vari operatori. In alcuni casi, si rileva un livello di dettaglio maggiore (con indicazione su metodologie di intervento, valori, tempi, tipologia e quantità delle rilevazioni e delle somministrazioni, ecc.): tali indicazioni specifiche, comunque rese

sulla scorta delle migliori pratiche rilevate, restano sottoposte alla valutazione definitiva dei Responsabili dei servizi, la cui autonomia decisionale resta salva.

Il percorso di validazione seguito ha riguardato i protocolli e gli algoritmi, di cui all'allegato 1, sviluppati a livello tecnico regionale e non assume pertanto una valenza esterna rispetto al sistema di emergenza della regione Emilia-Romagna.

Tenuto conto della estrema dinamicità che caratterizza l'emergenza territoriale, le presenti linee guida non intendono limitare l'elaborazione, da parte dei Responsabili dei servizi di emergenza, di ulteriori protocolli per il personale infermieristico in ambiti specifici. In tale ottica, la Regione definirà quanto prima i percorsi di valutazione e validazione della congruità delle procedure locali di elaborazione di protocolli in ambiti non oggetto del presente documento. Fino all'adozione di tali indirizzi integrativi, i Responsabili dei Servizi terranno in considerazione e potranno ugualmente attenersi ai riferimenti di carattere generale che possono desumersi dalle presenti indicazioni.

Il Sole 24 ORE

Salini

La metodologia

Nel corso del 2015, la responsabile del *Servizio Assistenza Ospedaliera* della *Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare*, ha avviato una ricognizione completa e dato vita ad un confronto tecnico in merito ai protocolli, procedure e algoritmi di gestione dei pazienti e delle procedure infermieristiche in essere nell'ambito dei sistemi di emergenza territoriale della regione Emilia-Romagna.

Il confronto tecnico ha coinvolto le diverse componenti professionali in rappresentanza delle diverse realtà territoriali, in primo luogo nella ricognizione dei protocolli in uso nella nostra regione. Tale ricognizione ha evidenziato l'esistenza di protocolli essenzialmente relativi a quattro tipologie di intervento:

1) lo *screening* pre-ospedaliero dei sintomi di alcune categorie di persone soccorse, con attività che si sostanziano nella raccolta di "segni e sintomi" o nel sottoporre il paziente ad alcuni esami (quali l'elettrocardiogramma, la cui refertazione in telemedicina è garantita da figura medica, nei pazienti con dolore toracico), per accelerare i tempi della diagnosi medica e/o indirizzare il paziente verso il centro di cura più adeguato (i c.d. ospedali "hub" per determinate tipologie di malattie);

2) la somministrazione precoce di farmaci salva-vita in pazienti con sindromi acute ed evolutive, in casi e con metodologie predefinite, quali l'abuso di oppiacei, l'ipoglicemia grave o le sindromi coronariche acute;

3) l'effettuazione di particolari manovre salva-vita in sede di primo intervento, in particolare per la gestione dei pazienti in arresto cardiaco, prevedendo fra gli altri il supporto alla funzione respiratoria anche mediante i c.d. "presidi sovraglottici";

4) la somministrazione di farmaci antidolorifici in fase pre-ospedaliera a pazienti con dolore severo, misurato tramite scale "analogico-visuali", così come raccomandato da linee guida nazionali e internazionali, con la finalità di intervenire tempestivamente sul dolore del paziente oltre che migliorare la gestione della fase pre-diagnostica del paziente permettendo, a sedazione o riduzione del dolore avvenuta, manovre e valutazioni che lo stato di dolore severo potrebbero compromettere e/o prevenendo danni secondari;

La valutazione in sede tecnica dei protocolli ha condotto ad un giudizio largamente positivo, in merito alla validità e all'efficacia delle procedure contemplate, ai fini della riduzione dei tempi di intervento e del complessivo miglioramento della qualità dell'intervento sanitario in emergenza. La ricognizione ha inoltre evidenziato un significativo livello di sovrapposibilità fra le diverse realtà territoriali, evidenziando però alcune differenze sia relative alle singole tipologie che ad alcuni contenuti dei protocolli adottati.

A partire da tali elementi è stato avviato un lavoro di predisposizione di protocolli standard e di individuazione dei criteri di congruità delle procedure infermieristiche con la disciplina della organizzazione della assistenza sanitaria nei sistemi di emergenza territoriale.

Tale lavoro tecnico ha utilizzato come base i protocolli esistenti, la letteratura scientifica e le normative nazionali e regionali inerenti l'attività di emergenza.

I criteri

Al fine di collocarsi in un quadro di piena congruenza con la disciplina dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria in emergenza e delle responsabilità dei vari operatori sanitari in tale ambito, le procedure relative agli interventi degli infermieri del Servizio 118 territoriale devono rispondere ad alcuni criteri:

- a) coerenza con le migliori pratiche nazionali e internazionali alla luce della letteratura, dei dati epidemiologici e delle linee di programmazione nazionale e regionale (DM 70/2015 e DGR 2040/2015);
- b) garanzia di un elevato livello di formazione del personale, medico ed infermieristico, coinvolto con previsione di retraining formativi;
- c) previsione che le procedure aziendali vengano adottate e aggiornate a cura del medico responsabile del Servizio di emergenza e che, in ogni caso, siano fatte salve le responsabilità, le sfere di autonomia decisionale e le competenze organizzative dei dirigenti dei Servizi nella redazione dei protocolli;
- d) condivisione delle protocolli/algoritmi con tutto il personale coinvolto nell'applicazione;
- e) assicurazione che l'applicazione dei protocolli/algoritmi infermieristici avanzati debba essere sempre accompagnata dall'allertamento dei medici di riferimento dei mezzi medicalizzati;
- f) dimostrazione che i protocolli/algoritmi presentino un livello di dettaglio e standardizzazione tale da eliminare ogni componente discrezionale dell'intervento o di personalizzazione dello stesso da parte dell'infermiere, prevedendo altresì che laddove espressamente indicato nell'algoritmo e in qualunque intervento che presenti margini di incertezza esecutiva e/o di deviazione dallo standard sia previsto il contatto con il medico di riferimento per una valutazione clinica ed eventuale indicazione terapeutica;
- g) assicurazione che tutti i contatti fra l'infermiere del mezzo di soccorso e il medico di riferimento siano adeguatamente tracciati;
- h) garanzia che l'intervento infermieristico risponda alla necessità di salvaguardare le funzioni vitali dei pazienti migliorando la tempestività ed appropriatezza dell'intervento in emergenza complessivamente inteso;
- i) istituzione di adeguato monitoraggio dell'applicazione delle procedure/algoritmi al fine di accertarne i vantaggi in termini di efficacia ed efficienza nella gestione del servizio sanitario attraverso utilizzo di indicatori di processo e le modalità di verifica interna atte a mantenerli;
- j) verifica ed eventuale revisione dei protocolli/algoritmi almeno annuale e comunque in caso di importanti aggiornamenti delle evidenze di letteratura o di rilevanti modifiche di sistema.

Contenuti minimi dei protocolli/algoritmi

In allegato si riportano gli algoritmi “ standard”, sviluppati secondo la metodologia, i criteri e i contenuti riportati nel presente documento, e approvati dal gruppo di validazione istituito ai sensi della determina n. 5358 del 6/4/2016 del Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna, che si allega.

Tali algoritmi individuano i contenuti tecnico-operativi standard dei protocolli operanti a livello dei singoli sistemi di emergenza territoriale.

Tali protocolli devono presentare, oltre agli algoritmi, alcuni ulteriori contenuti minimi:

1-Bibliografia di riferimento: E' indispensabile esplicitare la più rilevante documentazione scientifica avuta a riferimento, l'allegato 2 al presente documento riporta i principali riferimenti bibliografici di riferimento per gli algoritmi “standard ” riportati in allegato 1. Si tratta con ogni evidenza dell'aspetto maggiormente soggetto ad aggiornamento.

2-Elementi di identità del documento: I protocolli devono indicare i soggetti che hanno provveduto alla loro redazione, verifica ed approvazione, riportando le relative firme e le date corrispondenti. Soggetto responsabile, con firma, e data di ciascuna verifica e/o revisione devono essere riportate.

3-Formazione: I protocolli devono indicare i requisiti formativi specifici necessari al personale che li deve applicare e i relativi percorsi formativi.

4-Matrice delle responsabilità: I protocolli devono riportare un chiaro quadro delle responsabilità relative alla loro applicazione. Rispetto all'algoritmo, una coerente attribuzione delle responsabilità deve prevedere che sia attribuita all'infermiere la responsabilità delle azioni previste dall'algoritmo e delle informazioni fornite al medico, al medico la responsabilità delle indicazioni fornite all'infermiere. A margine si sottolinea come in tale contesto assuma particolare rilievo la tracciabilità dei contatti di cui al criterio “g”.

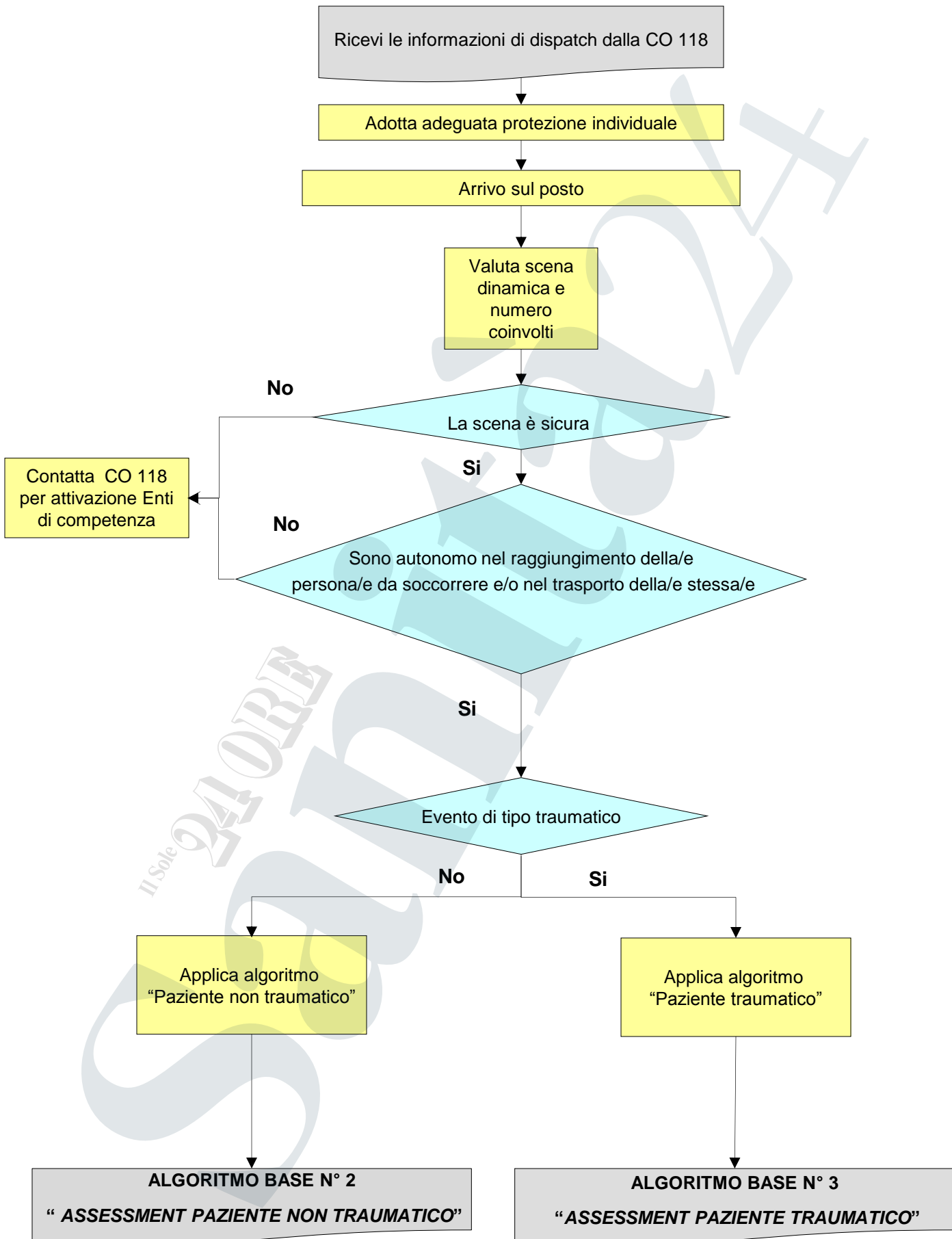
5-Indicatori: I protocolli devono riportare le definizioni operative degli indicatori utilizzati per il monitoraggio della loro corretta applicazione.

Il primo degli algoritmi riportati “Valutazione ambientale” rappresenta una fase propedeutica fondamentale degli interventi previsti in tutti gli algoritmi allegati; si è pertanto ritenuto di sottoporlo a valutazione e validazione. Analogo ruolo propedeutico hanno gli algoritmi “Assessment paziente non traumatico” e “Assessment paziente traumatico”.

**ALGORITMI
INFERMIERISTICI
AVANZATI**

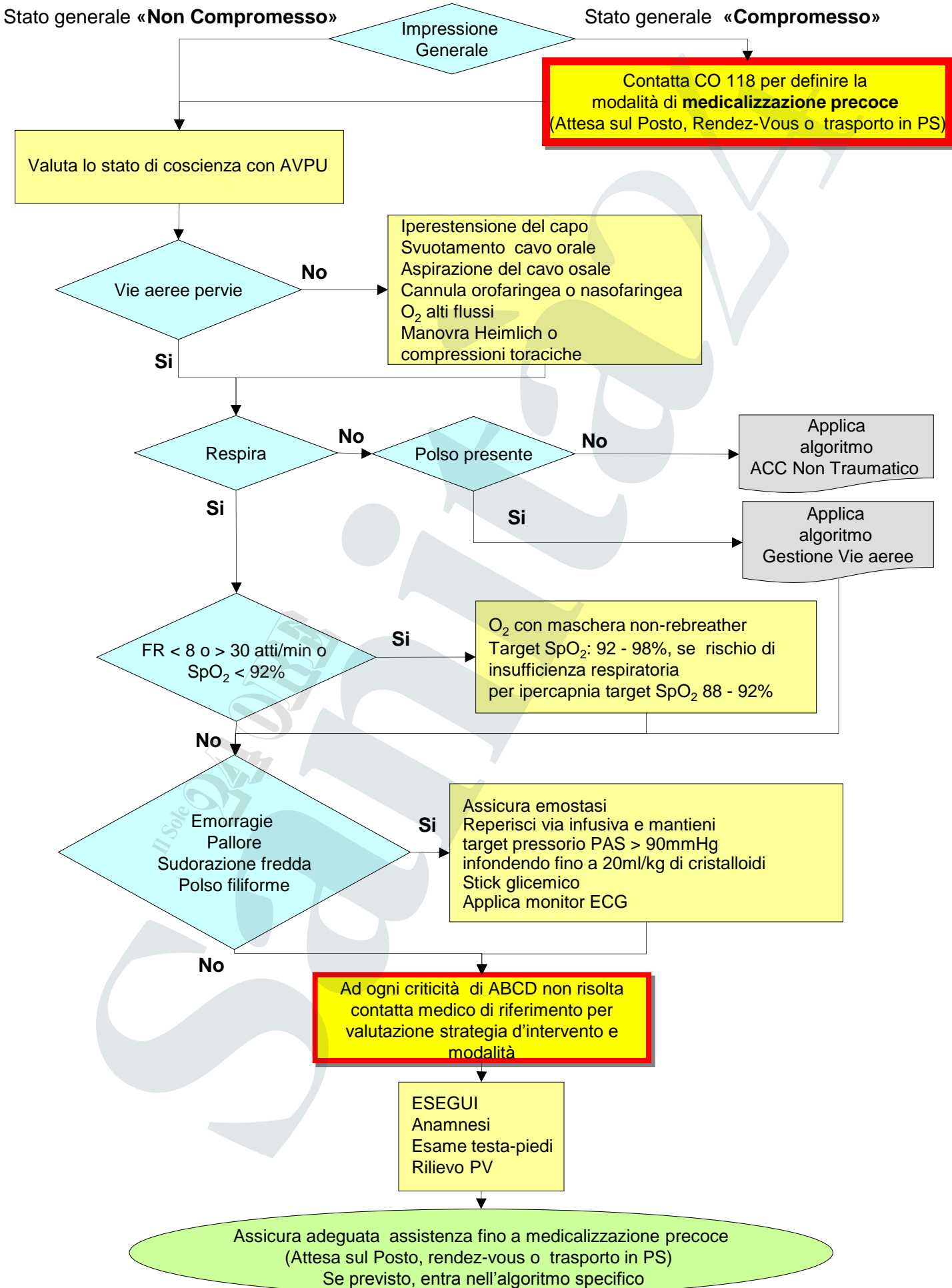


ALGORITMO BASE N° 1 "VALUTAZIONE AMBIENTALE"



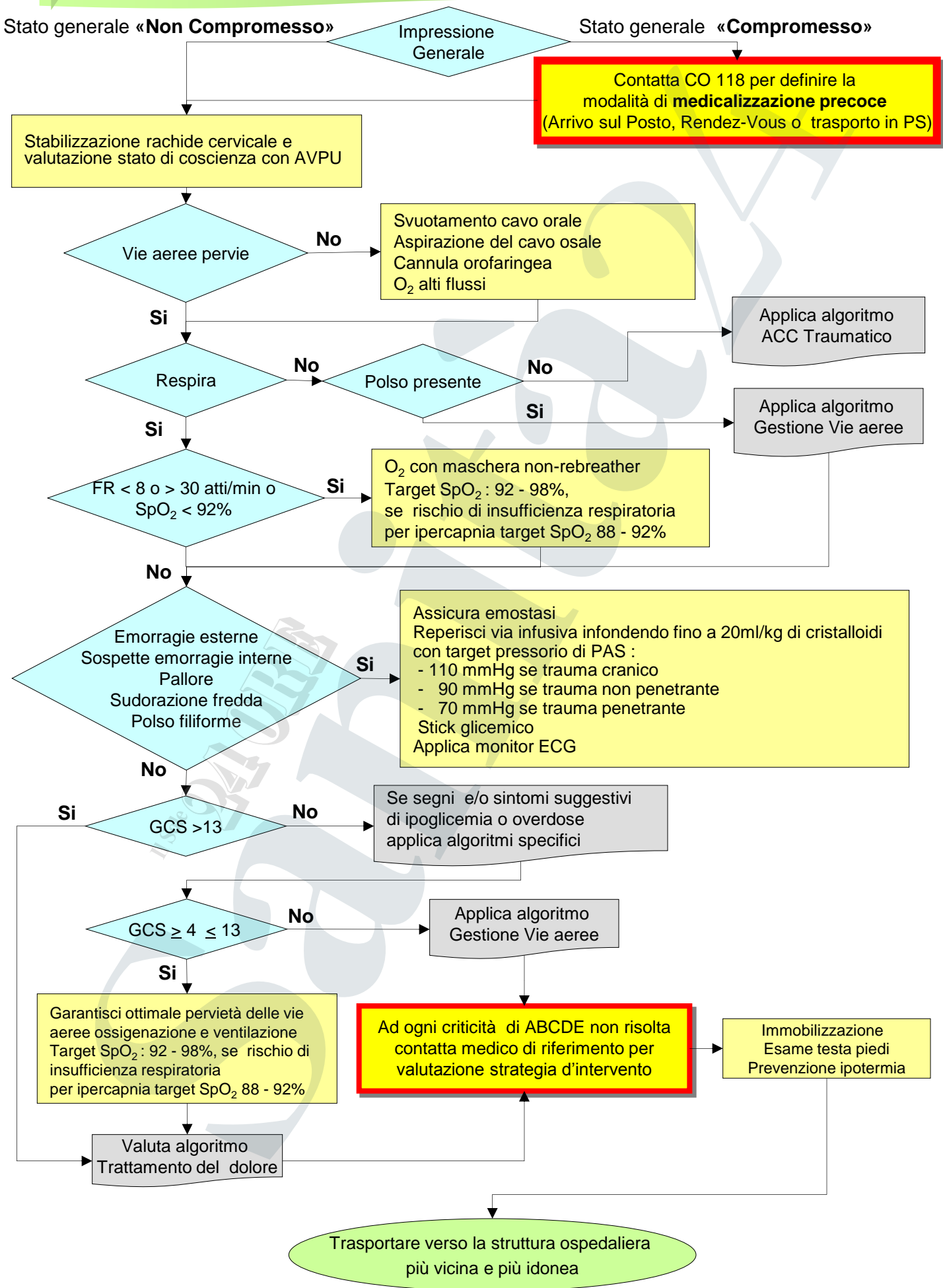
ALGORITMO BASE N° 2 "ASSESSMENT MEDICAZIONE NON TRAUMATICO"

Ingresso da algoritmo base n° 1 "Valutazione ambientale"



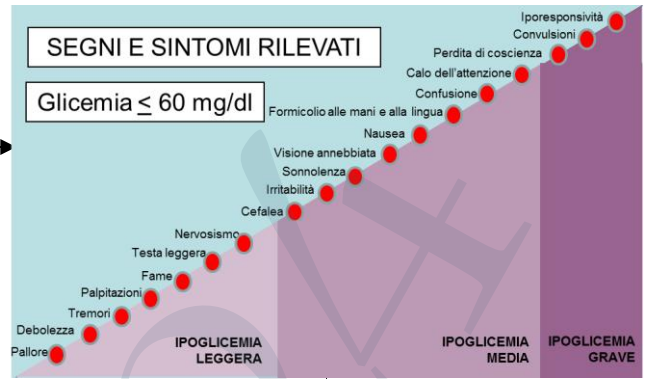
ALGORITMO BASE N° 3 "ASSESSMENT PAZIENTE TRAUMATICO"

Ingresso da algoritmo base n° 1 "Valutazione ambientale"



CRISI IPOGLICEMICA ADULTO

Ingresso da algoritmo base n° 2
Assessment paziente non traumatico



GCS ≤ 13
Pz che non deglutisce

GCS 15 – 14
Pz che può deglutire

Glucosio 33% 2 fiale/10ml EV
Ripetibile ogni 1-3 minuti fino a
glicemia \geq di 60 mg/dl
(max 8 fiale/10ml glucosio 33%)

Saccarosio 20 g per OS

Glicemia
 ≥ 60 mg/dl

Si

No

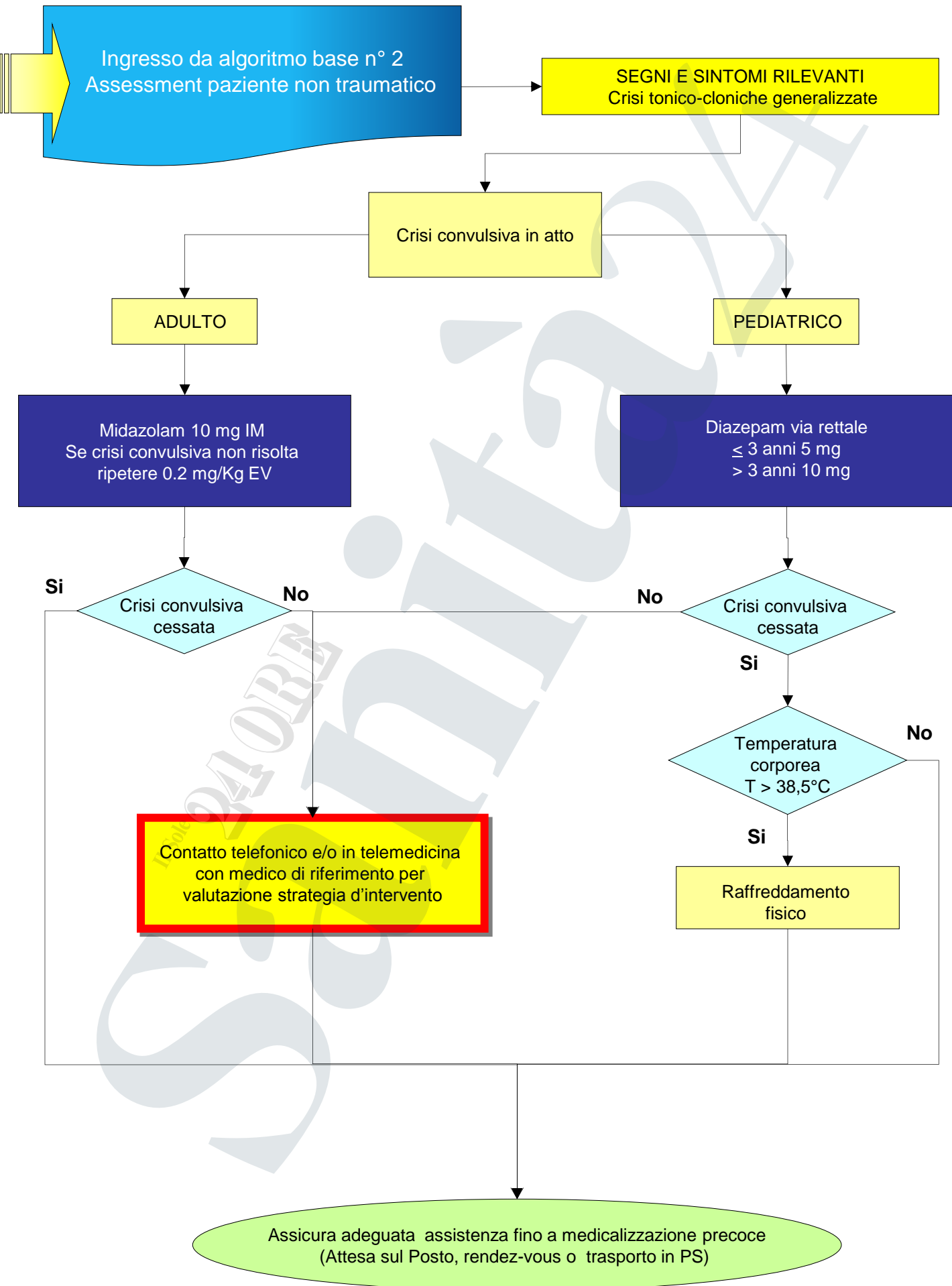
Glicemia
 ≥ 60 mg/dl

Si

Contatto telefonico e/o in telemedicina
con medico di riferimento per
valutazione strategia d'intervento

Assicura adeguata assistenza fino a medicalizzazione precoce
(Attesa sul Posto, rendez-vous o trasporto in PS)

CRISI CONVULSIVA



OVERDOSE DA OPPIACEI NELL'ADULTO

Ingresso da algoritmo base n° 2
Assessment paziente non traumatico

SEGNI E SINTOMI RILEVANTI
GCS \leq 8
FR < 10
Miosi puntiforme
Segni di venipuntura
Anamnesi di tossicodipendenza
Suggerimenti ambientali e testimonianze degli astanti.

Naloxone 0,4 mg EV o IM

Rivalutazione del paziente
dopo 2 min

FR < 10

No

Si

Naloxone 0,4 mg EV o IM

Rivalutazione del paziente
dopo 2 min

FR < 10

No

Si

Contatto telefonico e/o in telemedicina
con medico di riferimento per
valutazione strategia d'intervento

Assicura adeguata assistenza fino a medicalizzazione precoce
(Attesa sul Posto, rendez-vous o trasporto in PS)

ANAFILASSI ADULTO

Ingresso da algoritmo base n° 2
Assessment paziente non traumatico

SEGNI E SINTOMI RILEVANTI
Evidenza di contatto con probabile allergene o farmaco di recente assunzione
Reazione cutanea
Dispnea con sibili, rantoli, stridori respiratori
Edema delle mucose
Nausea, vomito, diarrea

Segni di broncospasmo o stridore laringeo

Si

O₂
+
Adrenalina IM 0,5 mg
Salbutamolo 2 puff

No

PAS < 90 mmHg

PAS 90 - 120 mmHg

PAS > 120 mmHg

Adrenalina IM 0,5 mg ripetibile ogni 2- 5 minuti
Cristalloidi in infusione rapida 20ml/Kg
fino a target PAS > 90 mmHg

Cristalloidi in infusione rapida 20ml/Kg
per mantenere PAS > 90 mmHg

No

PAS > 90 mmHg

Si

Contatto telefonico e/o in telemedicina
con medico di riferimento per
valutazione strategia d'intervento

Assicura adeguata assistenza fino a medicalizzazione precoce
(Attesa sul Posto, rendez-vous o trasporto in PS)

ANAFILASSI PEDIATRICO

Ingresso da algoritmo base n° 2
Assessment paziente non traumatico

SEGNI E SINTOMI RILEVANTI
Evidenza di contatto con probabile allergene o farmaco di recente assunzione
Reazione cutanea
Dispnea con sibili, rantoli, stridori respiratori
Edema delle mucose
Nausea, vomito, diarrea

Età compresa
fra 1 mese e 12 mesi
PAS < 70 mmHg

Età compresa
tra 1 e 10 anni
PAS < $(70 + [2 \times \text{età}])$ mmHg

Età compresa
tra 11 a 17 anni
PAS < 90 mmHg

Alti flussi O₂

Adrenalina sol. 1:1000 IM

- < 6 anni: 150 mcg (0,15 ml)

- 6-12 anni: 300 mcg (0,3 ml)

- > 12 anni 500 mcg (0,5 ml)

Cristalloidi in infusione rapida 20ml/Kg fino a target PAS:

- Età compresa fra 1 mese e 12 mesi PAS > 70 mmHg

- Età compresa tra 1 e 10 anni PAS < $(70 + [2 \times \text{età}])$ mmHg

- Età compresa tra 11 a 17 anni PAS < 90 mmHg

No

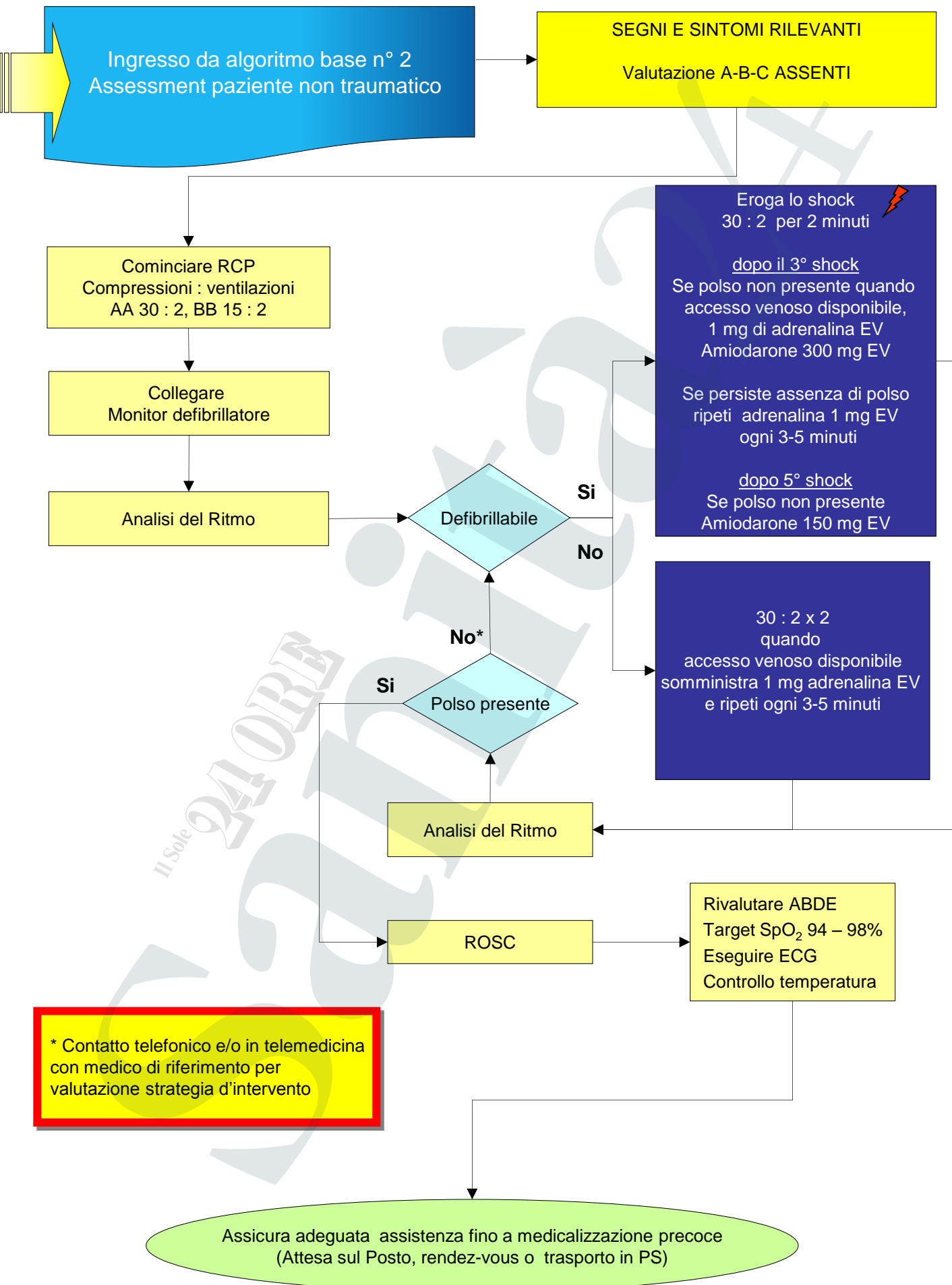
Target PAS per età
raggiunto

Si

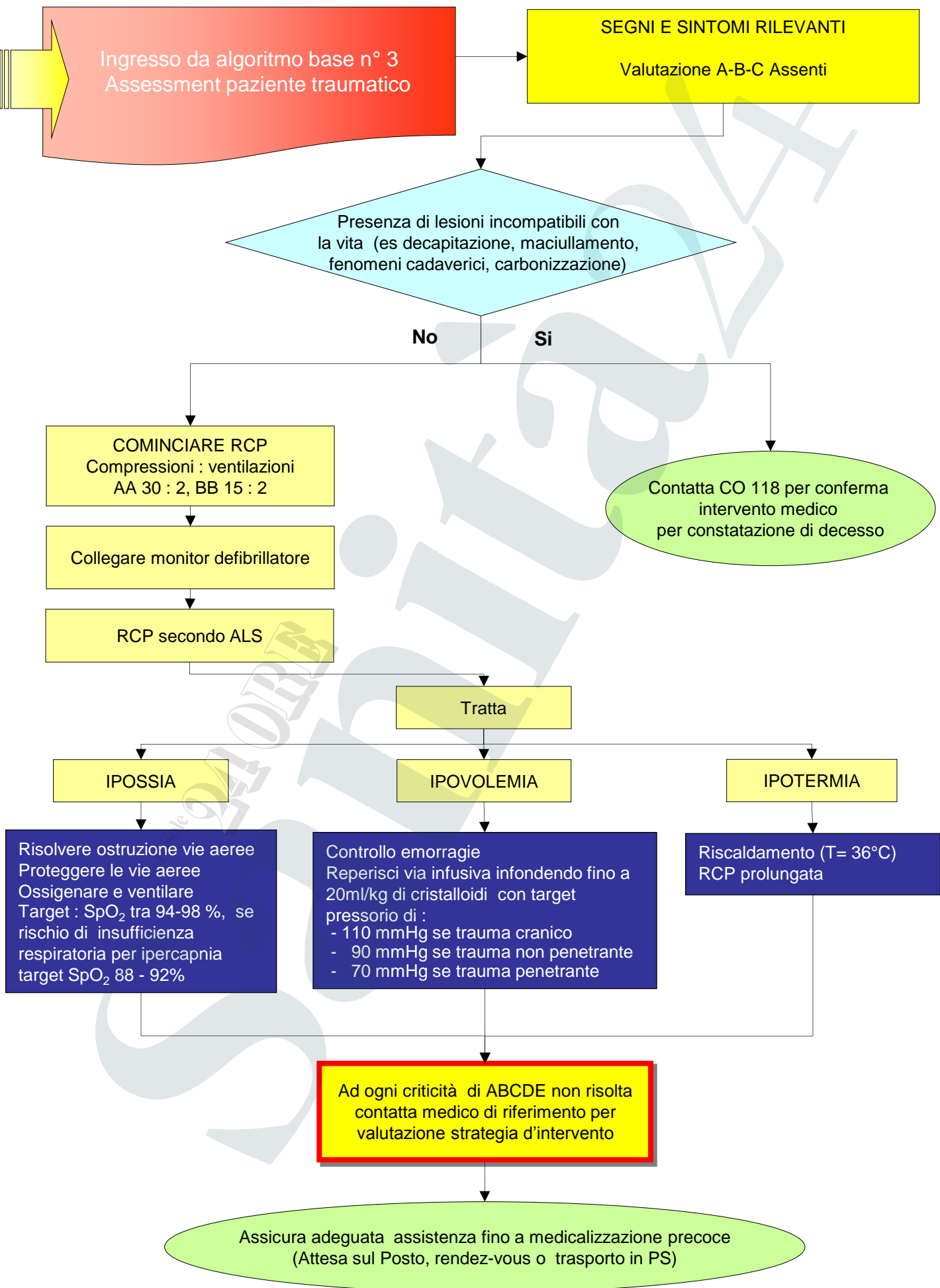
Contatto telefonico e/o in telemedicina
con medico di riferimento per
valutazione strategia d'intervento

Assicura adeguata assistenza fino a medicalizzazione precoce
(Attesa sul Posto, rendez-vous o trasporto in PS)

ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO NON TRAUMATICO



ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO TRAUMATICO



DOLORE TORACICO

Ingresso da algoritmo base n° 2
Assessment paziente non traumatico

SEGNI E SINTOMI RILEVANTI
DOLORE TORACICO

Esegui ECG 12 derivazioni
Monitorizza parametri vitali
Trasmetti ECG 12 derivazioni
(in base alle indicazioni locali)

Attendi risposta del medico di riferimento

STEMI e N-STEMI

ECG
non significativo
(pensa a cause non cardiache)

Nitroderivato su prescrizione medico di riferimento
ASA 300 mg EV o per OS
O₂ fino ad un target SpO₂: 92 - 98%,
se rischio di insufficienza respiratoria per ipercapnia
target SpO₂ 88 - 92%

O₂ fino ad un target SpO₂: 92 - 98%,
se rischio di insufficienza respiratoria per ipercapnia
target SpO₂ 88 - 92%

NRS ≥ 4

Si

No

Morfina:
1 fiala 1ml/10mg
da diluire a 10 ml di NaCl 0.9%
Somministrare 0,05 mg/Kg EV
ripetibile ogni 5 minuti (max 10 mg)

No

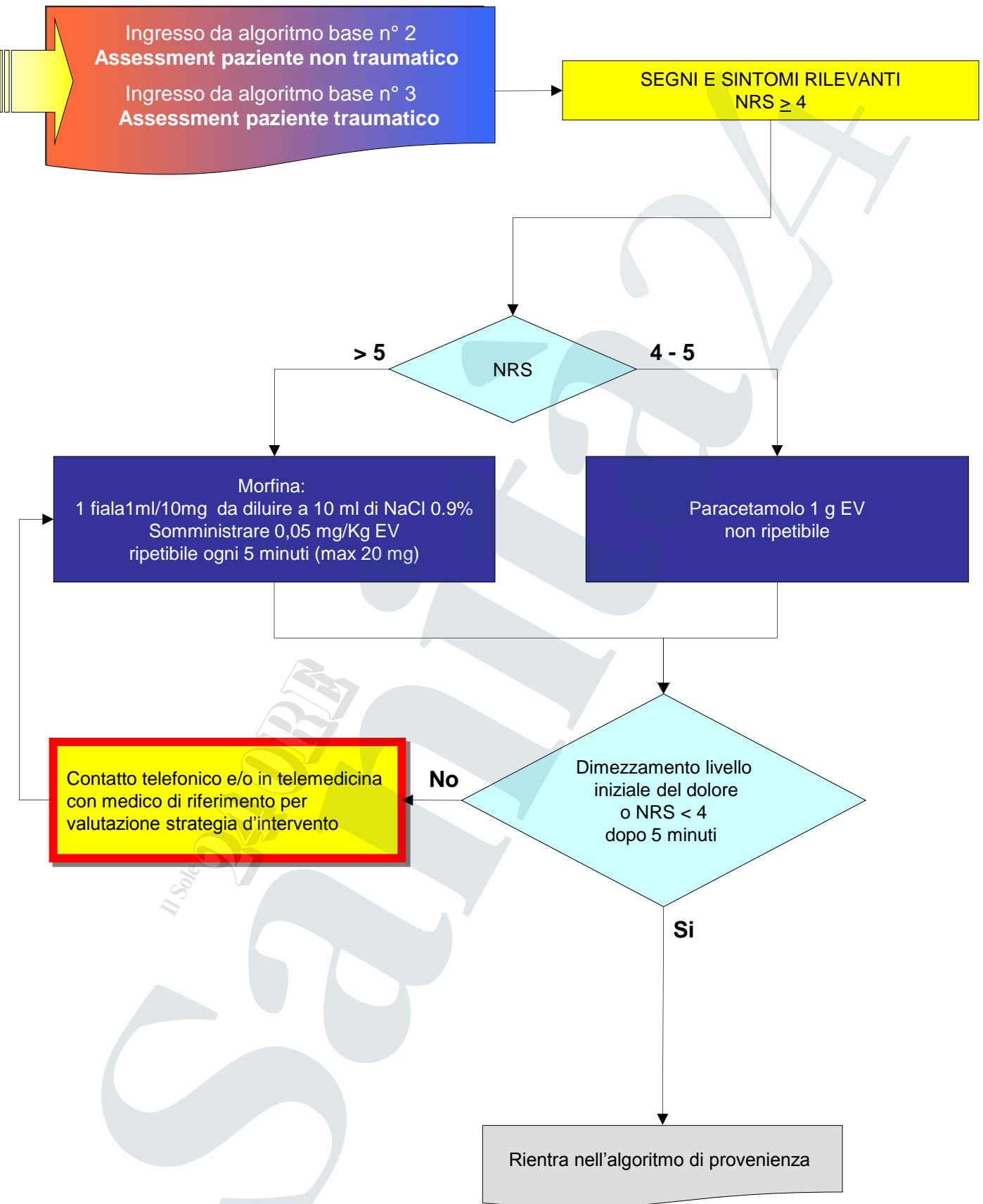
STEMI

Si

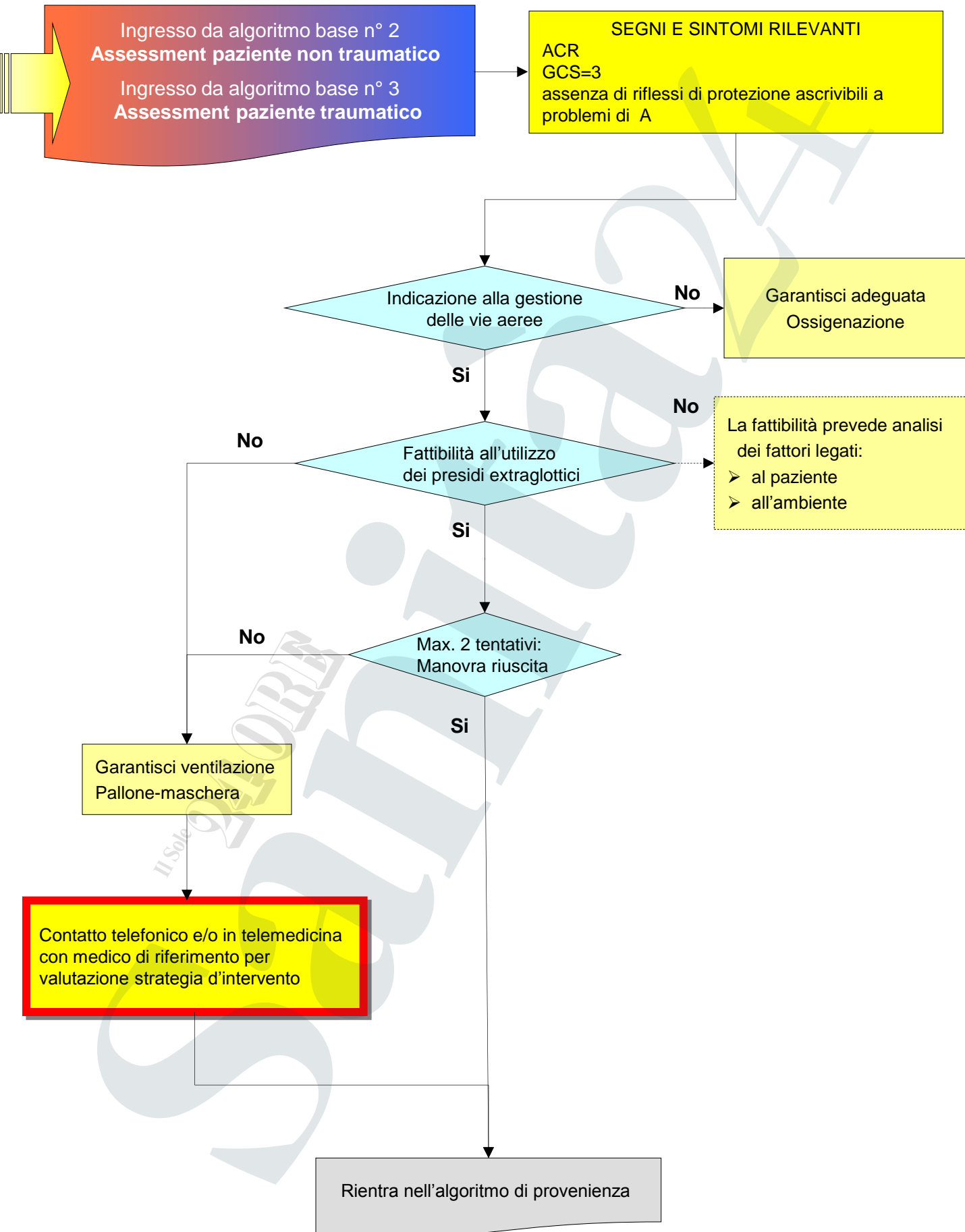
Assicura adeguata assistenza fino a
medicalizzazione precoce
(Attesa sul Posto, rendez-vous o trasporto in PS)

Assicura adeguata assistenza fino a
medicalizzazione precoce
Accesso diretto in Emodinamica

TRATTAMENTO DEL DOLORE ACUTO NEL PAZIENTE ADULTO



GESTIONE DELLE VIE AEREE



IMPRESSIONE GENERALE

Impressione Generale		Compromesso *	Non Compromesso
<p>Visione simultanea o globale dello stato dei sistemi respiratorio, circolatorio e neurologico del paziente ottenuta nei primi 15-30 sec per evidenziare importanti problemi esterni legati a ossigenazione, circolazione, emorragia o deformità macroscopiche</p>	TRAUMA	<ul style="list-style-type: none"> • Respiro agonico • Evidente dispnea • Rumori Respiratori • Polso veloce, flebile • Cute fredda e/o sudata • Cianosi • Refill capillare > 2 sec • Non adeguatezza della risposte verbali • Segni di emorragia esterni evidenti • Deformità macroscopiche • Dinamica maggiore • Estrema sofferenza • Non si muove 	<ul style="list-style-type: none"> • Cosciente • Parla • Attività respiratoria efficace • Polso regolare • Cute calda e asciutta • Refill capillare < 2 sec • Posizione eretta • Si muove spontaneamente e in modo coordinato
	NON TRAUMA	<ul style="list-style-type: none"> • Respiro agonico • Evidente dispnea • Rumori Respiratori • Posizione a tripode o fetale • Polso veloce, flebile • Cute fredda e/o sudata • Cianosi • Refill capillare > 2 sec • Segni di emorragia esterni evidenti • Postura in decorticazione o decerebrazione • Non adeguatezza della risposte verbali • Estrema sofferenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Cosciente • Parla • Attività respiratoria efficace • Polso regolare • Cute calda e asciutta • Refill capillare < 2 sec • Posizione eretta • Si muove spontaneamente e in modo coordinato

* Un solo segno/sintomo di compromissione rende lo Stato Generale «**Compromesso**»

ABBREVIAZIONI E LEGENDA

Elementi Costituitivi della prescrizione	Denominazione per esteso	Abbreviazione	Note
Nome farmaco	Nessuna Abbreviazione Consentita		
Unità di misura	Grammi	g	
	Microgrammo	mcg	
	Milligrammo	mg	
	Millilitro	ml	
Forma Farmaceutica	Fiale	Fiale	
Via di somministrazione	Endovena	EV	
	Intramuscolo	IM	
	Orale	OS	

Il Sole 24 ORE

Salini

Riferimenti bibliografici

1. ACCF/AHA (American College of Cardiology Foundation/American Heart Association) 2013 Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. J. Am. Coll. Cardiol. 2013, 61(4);
2. AHA/ACC (American Heart Association/ American College of Cardiology Foundation) 2014 Guideline for Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes. Circulation 2014;130:e344-e426
3. American Burn Association: Advanced Burn Life Support Course Provider Manual;
4. American College of Emergency Physicians: Evaluation and Management of Adults Patients with Non-ST- Segment Elevation Acute Coronary Syndromes. Ann Emerg Med. 2006;48:270-301;
5. American Heart Association: ALS 2015 Guidelines
6. Canadian Medical Association: Clinical Practice Guidelines for use of non-invasive positive-pressure ventilation and positive airway pressure in acute care setting CMAJ C2011 Feb 22;183(3):E195-214.;
7. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Clayton D, Woo V, Yale JF. Hypoglycemia. Can J Diabetes. 2015 Nov;39 Suppl 4:6-8.
8. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Clayton D, Woo V, Yale JF. Hypoglycemia. Can J Diabetes. 2013 Apr;37 Suppl 1:S69-71.
9. College of Psychiatric & Neurologic Pharmacist Naloxone Access: a practice guideline of Pharmacists, 2015
10. Current Guidelines For Advanced Trauma Life Support In The Emergency Department (Trauma CME) July 2011
11. European Resuscitation Council: ALS 2015 Guidelines
12. ESC (European Society of Cardiology) Guidelines for the Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European Heart Journal 2012; 33 (15)
13. ESC (European Society of Cardiology) 2015 Guidelines for the Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. European Heart Journal (2016) 37, 267-315;
14. O'Driscoll BR, Howard LS, Davison AG; British Thoracic Society. BTS guideline for emergency oxygen use in adult patients. Thorax. 2008 Oct;63 Suppl 6:vi1-68.
15. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2016 Global Strategy of Diagnosis Management and Prevention of COPD;
16. Global Initiative for Asthma (GINA): 2015 Global Strategy for Asthma Management and Prevention;
17. Global Initiative for Asthma (GINA): 2015 Global Strategy for Asthma Management in children of 5 years or younger;
18. Huff JS, Melnick ER, Tomaszewski CA, Thiessen ME, Jagoda AS, Fesmire FM; American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with seizures. Ann Emerg Med. 2014 Apr;63(4):437-47.e15;
19. International Trauma Life Support for Emergency Care Providers seventh edition;
20. Italian Intersociety Recommendations on pain management in the emergency setting (SIAARTI, SIMEU, SIS 118; AISD, SIARED, SICUT, IRC). Minerva Anestesiologica vol 81-N ° 2, 205-255;
21. NICE Guidelines 2016:Major trauma assessment and initial management;
22. Update 2015 of evidence base: World Allergy Organization anaphylaxis guidelines. World Allergy Organization Journal (2015) 8:31;
23. World Health Organization Community management of opioid overdose 2014

L'Amministrazione REGIONE EMILIA-ROMAGNA [r_emiro], Area Organizzativa Omogenea Giunta [A00_EMR] Vi invia tramite Casella Istituzionale la documentazione di cui siete destinatari e che è stata registrata in uscita con id. PG/2016/336654 del 09/05/2016 alle ore 17:47.

La verifica della firma digitale e la successiva estrazione degli oggetti firmati può essere effettuata con qualsiasi software in grado di elaborare file firmati in modo conforme alla Deliberazione CNIPA 21 maggio 2009, n. 45. Un elenco di produttori si trova a questa pagina del sito dell'Agenzia per l'Italia digitale:

<http://www.agid.gov.it/identita-digitali/firme-elettroniche/software-verifica>
Cordiali saluti