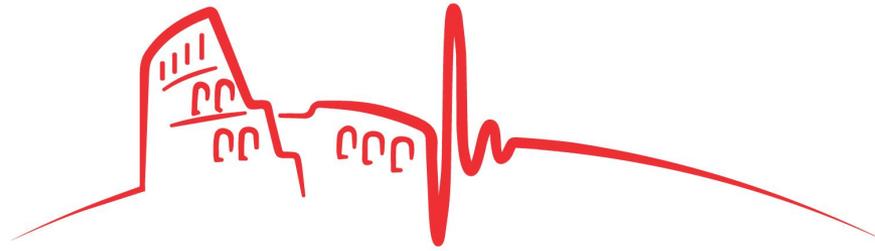


Roma 25 Maggio 2018



REGIONE DEL VENETO



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018

REGIONE DEL VENETO



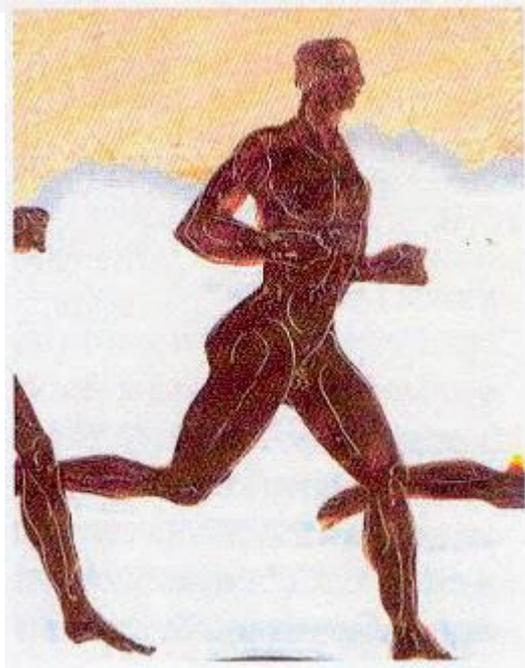
ULSS3
SERENISSIMA



Lotta alla Morte Improvvisa:
un lavoro di equipe

Dott. Paolo Caputo UOC COP 118 Suem Ulss3 Serenissima

Nel 490 a.C. Filippide, giovane messaggero greco, dopo aver percorso circa 40 Km da Maratona ad Atene, annunciata la vittoria dei Greci sui Persiani, cadde a terra e morì.



Probabilmente questo fu il primo caso registrato di morte cardiaca improvvisa di un atleta.

Nonostante i progressi in campo scientifico, le cronache recenti continuano a riportare casi di morte per arresto cardiaco (AC) in soggetti giovani, apparentemente sani anche in ambito sportivo (ricordiamo Curi, Vendemini, Ancillotto, Morosini....).



Probabilmente questo fu il primo caso registrato di morte cardiaca improvvisa di un atleta.

Nonostante i progressi in campo scientifico, le cronache recenti continuano a riportare casi di morte per arresto cardiaco (AC) in soggetti giovani, apparentemente sani anche in ambito sportivo (ricordiamo Curi, Vendemini, Ancillotto, Morosini....)



MORTE CARDIACA IMPROVVISA

**NELL'AMBITO DELL'A.C.R., GLI UNICI DATI
EPIDEMIOLOGICI QUANTIFICABILI SONO QUELLI
RIGUARDANTI LA "MORTE CARDIACA IMPROVVISA"**

1 CASO / OGNI 1000 ABITANTI / OGNI ANNO

U.S.A. = 350.000 decessi/anno

ITALIA = 50.000 decessi/anno

**CIRCA L'80% DELLE MORTI CARDIACHE IMPROVVISE E' CAUSATO
DALLA CARDIOPATIA ISCHEMICA**

**N.B.: LA MORTE CARDIACA IMPROVVISA RAPPRESENTA OLTRE IL 50% DI
TUTTI I DECESSI PER MALATTIE CARDIOVASCOLARI.**



Principale causa di morte nei maschi tra i 20 e i 60 anni

Incidenza della MORTE IMPROVVISA

studio	età pz.	incidenza / milione
FRAMINGHAM	30-60 anni	50 - 190
SEVEN COUNTRY	40-59 anni	1.200
MONICA	25-74 anni	199 - 313

PERCENTUALI DI MORTI IMPROVVISE (MI) SU **TUTTI I DECESSI** DA CAUSA **CARDIOVASCOLARE** IN RAPPORTO ALLE VARIE ETA'

età (anni)	% MI
20 - 39	76
40 - 54	62
55 - 64	58
65 - 74	40 - 50

FREQUENZA DELLA MORTE IMPROVVISA CARDIACA (MIC) IN RAPPORTO ALLA MORTALITA' IMPROVVISA NELLE VARIE ETA'

età (anni)	Tra le MI % MIC
1 - 13	19
14 - 21	30
22 - 39	35
40 - 69	75



Sabato 4 Novembre 2017

VeneziaToday - cronaca e notizie da Venezia

Arresto cardiaco in palestra, l'intervento con il defibrillatore sul posto evita il peggio

«MARGHERA

Preoccupazione alla McFit di Marghera sabato mattina. Un ragazzo colto da malore (sincope) è stato trattato con il Defibrillatore presente e con il massaggio Cardiaco praticato da astanti; questo ha permesso al personale del Suem 118 di recuperare un ritmo stabile e di trasferirlo in ospedale»



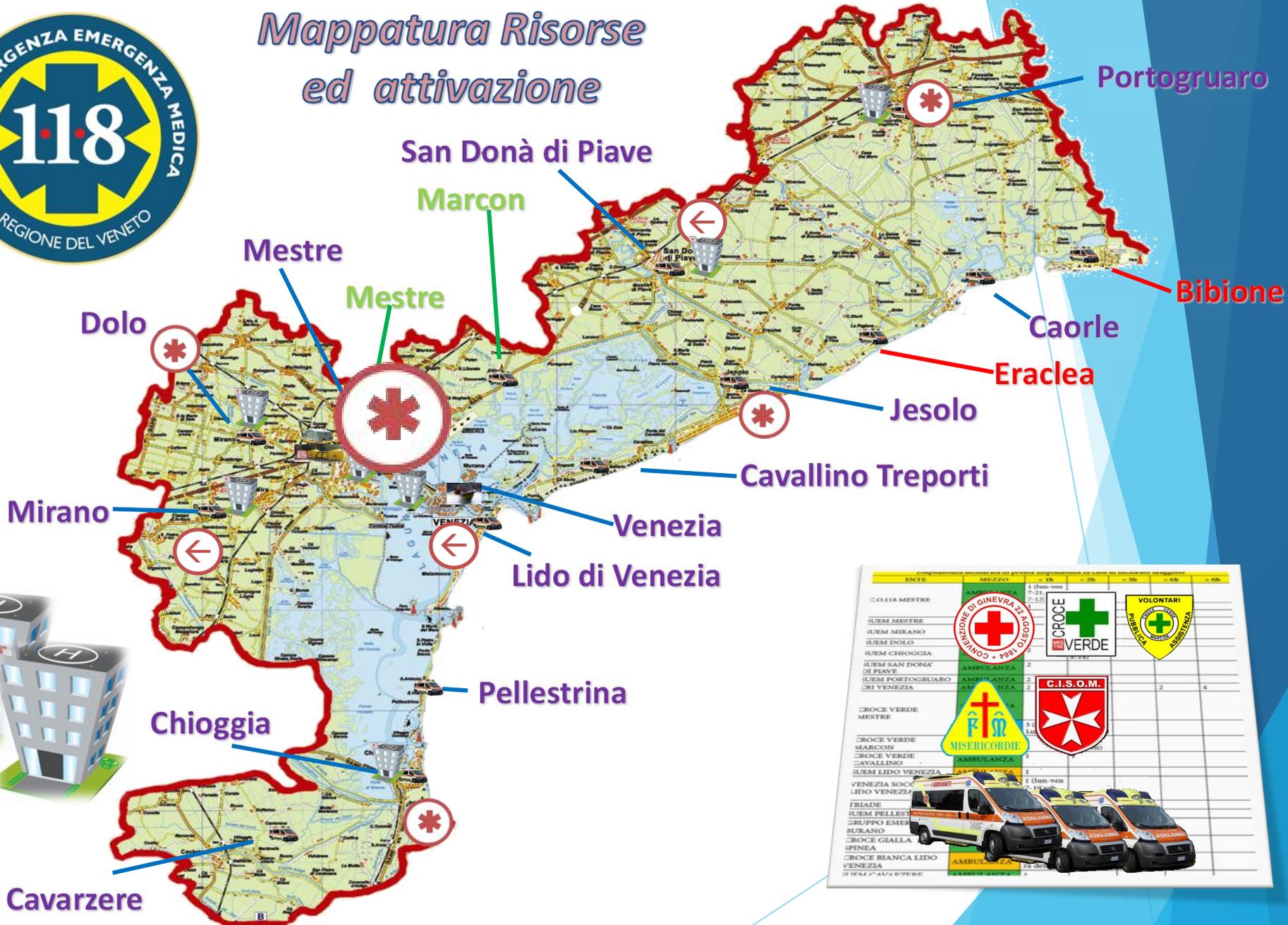
VENEZIA TODAY



Figura 6. Catena della sopravvivenza, da seguire in caso di arresto cardiaco.
[<http://www.comocuore.org>]



Mappatura Risorse ed attivazione



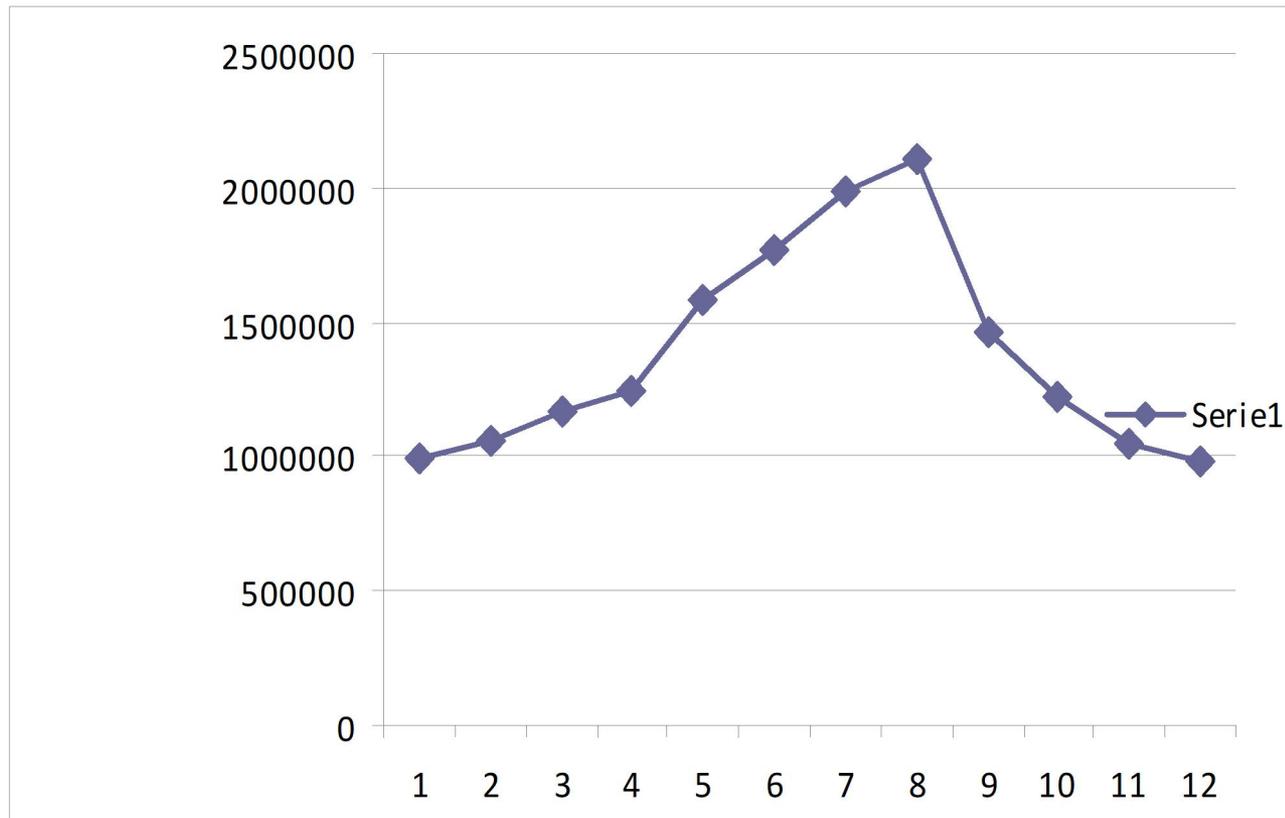
ENTE	MEZZO	< 3h	< 2h	< 1h	< 30m	< 15m
COLLA MESTRE	AMBULANZA	1	0	0	0	0
IUEM MESTRE	AMBULANZA	1	0	0	0	0
IUEM MIRANO	AMBULANZA	1	0	0	0	0
IUEM DOLO	AMBULANZA	1	0	0	0	0
IUEM CHIOGGIA	AMBULANZA	1	0	0	0	0
IUEM SAN DONA' DI PIAVE	AMBULANZA	2	0	0	0	0
IUEM PORTOGRUARO	AMBULANZA	2	0	0	0	0
IRI VENEZIA	AMBULANZA	2	0	0	0	0
CROCE VERDE MESTRE	AMBULANZA	1	0	0	0	0
CROCE VERDE MARCON	AMBULANZA	1	0	0	0	0
CROCE VERDE CAVALLINO	AMBULANZA	1	0	0	0	0
IUEM LIDO VENEZIA	AMBULANZA	1	0	0	0	0
VENEZIA SOCIETA' S. GIUSEPPE	AMBULANZA	1	0	0	0	0
LIDO VENEZIA	AMBULANZA	1	0	0	0	0
TRIESTE	AMBULANZA	1	0	0	0	0
IUEM PELLESTRINA	AMBULANZA	1	0	0	0	0
GRUPPO EMERGENZA MURANO	AMBULANZA	1	0	0	0	0
CROCE GIALLA SPINEA	AMBULANZA	1	0	0	0	0
CROCE BIANCA LIDO VENEZIA	AMBULANZA	1	0	0	0	0
VENEZIA	AMBULANZA	1	0	0	0	0



C.O.118 VENEZIA

Popolazione residente Provincia di Venezia: 900.000

PROVINCIA DI VENEZIA TOT. FLUSSI TURISTICI E RESIDENTI



Tipologia e Volume delle prestazioni effettuate dalla CO118 Venezia (anno 2017)

- Totale chiamate in entrata ed uscita processate: 385.243/anno
- Chiamate di soccorso processate: **172.640/anno**
- Soccorsi primari gestiti su base provinciale: **80.327/anno**
- Soccorsi secondari gestiti su base provinciale: 19.387/anno
- Chiamate Consulenze: 258
- Chiamate Informazioni: 67530
- Assistenza Eventi su base provinciale: 2827
- Assistenza Eventi Complessi: 101
- Altro: 15367
- Volume complessivo del traffico radio/telefonico per anno: oltre **750.000**



L'avversario

L' Arresto Cardiaco (AC) è causa di morte 1 :1000 abitanti

La Morte Cardiaca Improvvisa (MCI)

=> 10% di tutti i decessi in Italia e

=> 50% dei decessi da patologia cardiaca

MCI causa piu' decessi degli incidenti stradali e dell'AIDS

(Luigi Zulli 2016)



Le nostre Armi



la RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE (RCP)
Praticata subito dai testimoni dell'evento guidati
dagli operatori del 118

il DEFIBRILLATORE

La vicinanza al luogo dell'evento è indispensabile;
E' necessaria un corretta ed omogenea
distribuzione nel territorio in relazione alla
popolazione e a potenziali fattori di rischio

L'EDUCAZIONE SANITARIA vs FORMAZIONE



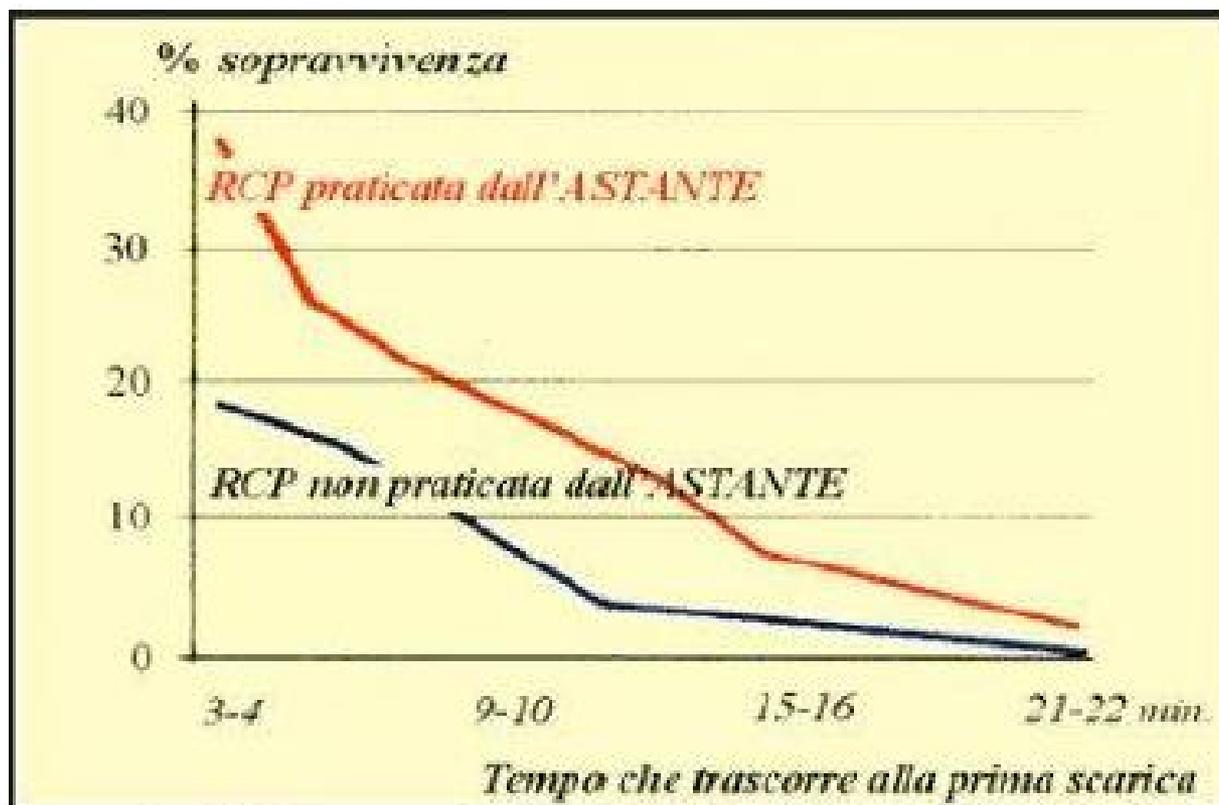


Figura 9. Percentuali di sopravvivenza con RCP. [COMOCUORE onlus, 2016]

POLITECNICO DI MILANO

Scuola di Ingegneria Industriale e dell'Informazione

Corso di Laurea Magistrale in Ingegneria Biomedica



ANALISI DEGLI ARRESTI CARDIACI

Giulia Marelli 2016

**ARRESTI CARDIACI, FATTORI AMBIENTALI E
DEFIBRILLATORI IN LOMBARDIA: SVILUPPO DI UN
FRAMEWORK DI ANALISI TRAMITE GEOGRAPHIC**

INFORMATION SYSTEMS

Tabella 16. Distinzione tra arresti avvenuti in casa o in strutture residenziali e fuori. Per entrambi i casi sono presenti i valori percentuale sul numero totale di AC e sulla popolazione lombarda.

CASA/FUORI	NUMERO ARRESTI	% SUL NUMERO DI AC TOTALE	% SU TOTALE POPOLAZIONE
Casa	9268	86.73	0.09260
Fuori casa	1418	13.27	0.01417
Popolazione Lombardia	10008349		
Totale AC	10686		0.10677

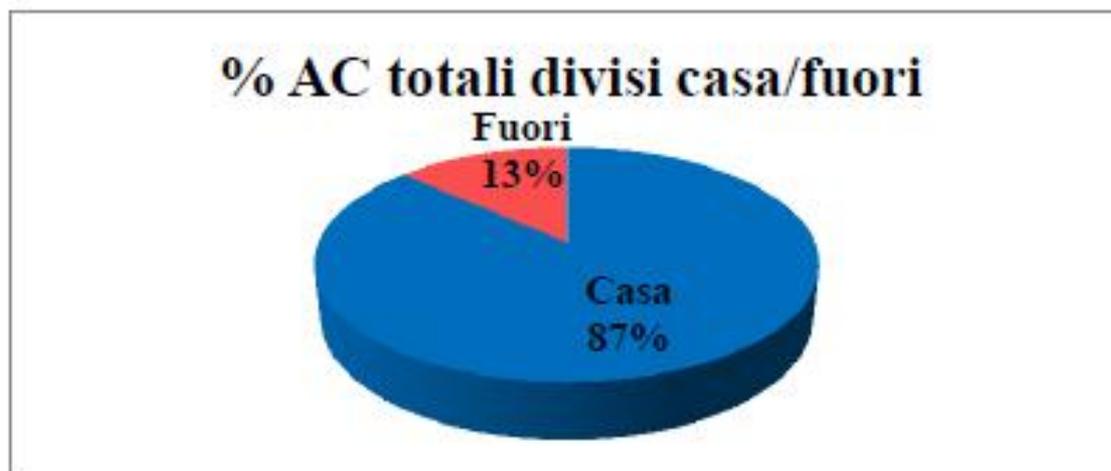


Figura 41. Percentuale distribuzione degli AC in casa e fuori rispetto al numero totale avvenuto in Lombardia nel 2015.

% AC fuori casa divisi per luogo

- Altra struttura sanitaria
- Impervio
- Impianto sportivo
- Scuola
- Corso d'acqua
- Impianto lavorativo
- Lago
- Strada
- Ferrovia
- Impianto sciistico
- Ospedale
- Uffici ed esercizi pubblici

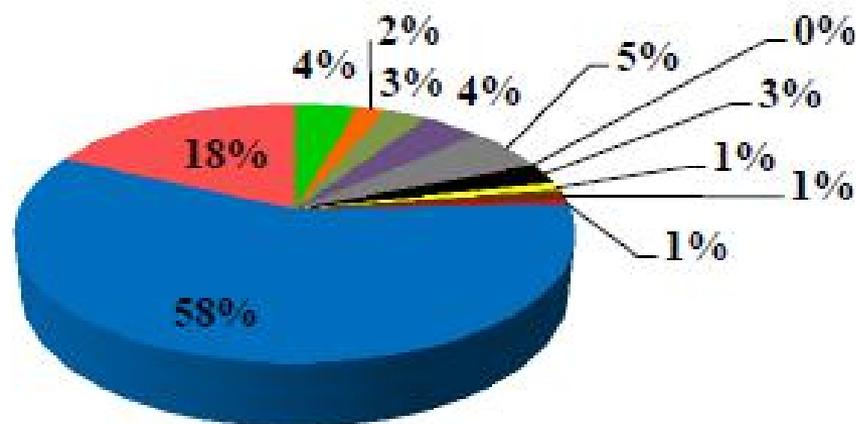


Figura 43. Suddivisione degli AC per luogo tra quelli avvenuti all'esterno delle abitazioni private.

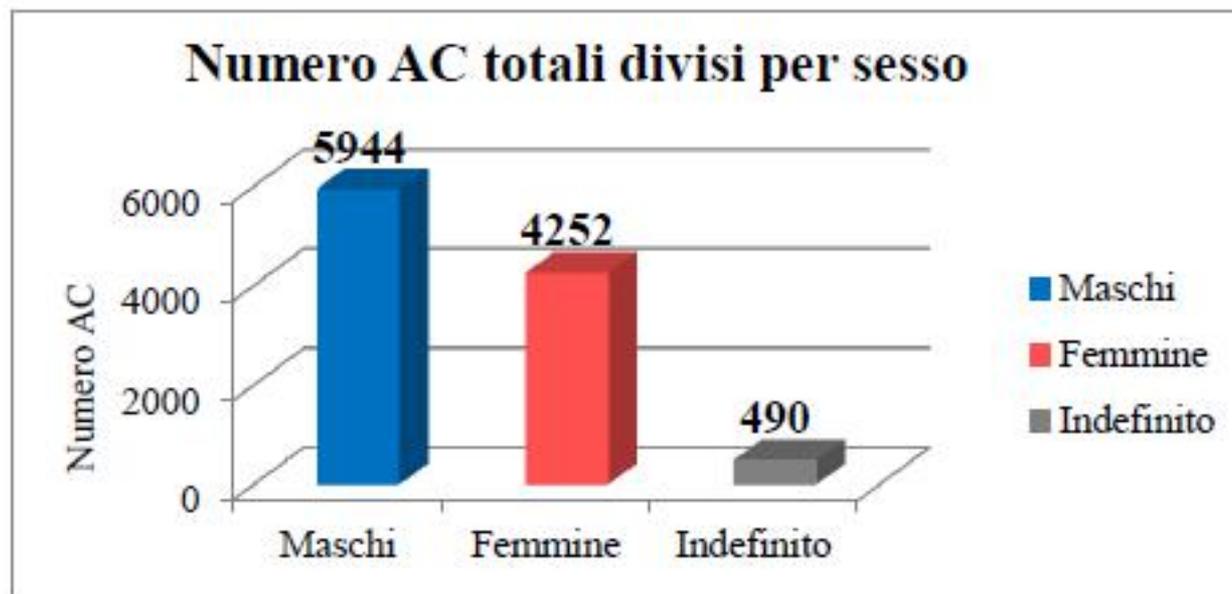
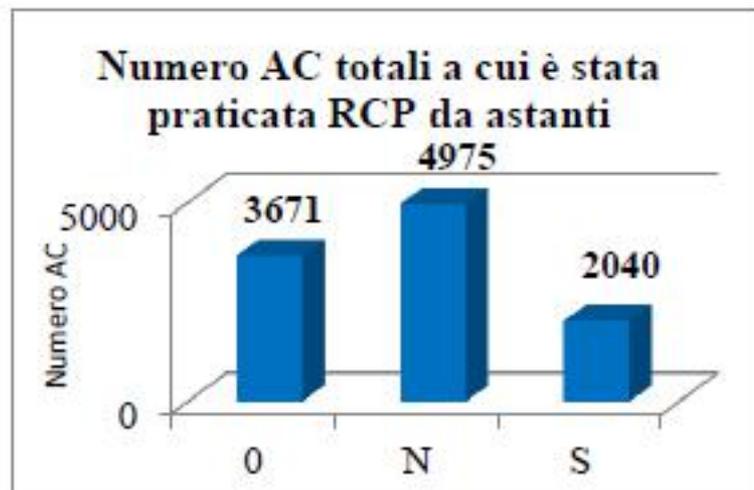


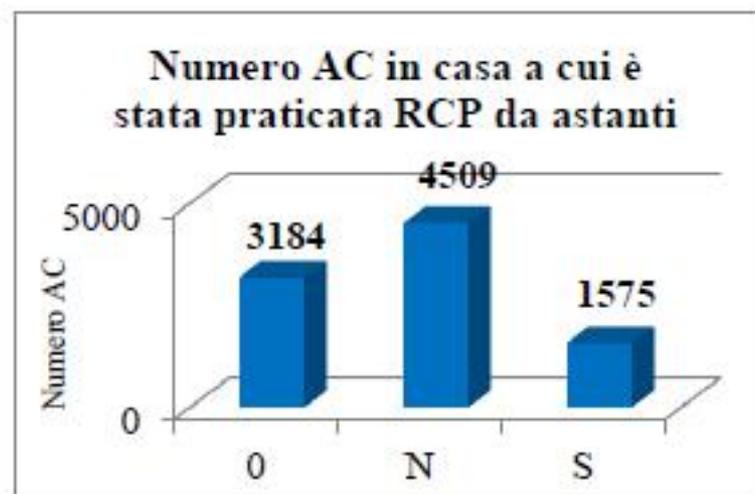
Figura 44. Suddivisione degli AC avvenuti in tutta la regione Lombardia, distinti per sesso (M/F).

Tabella 17. Suddivisione degli AC avvenuti in tutta la Lombardia per sesso (M/F).

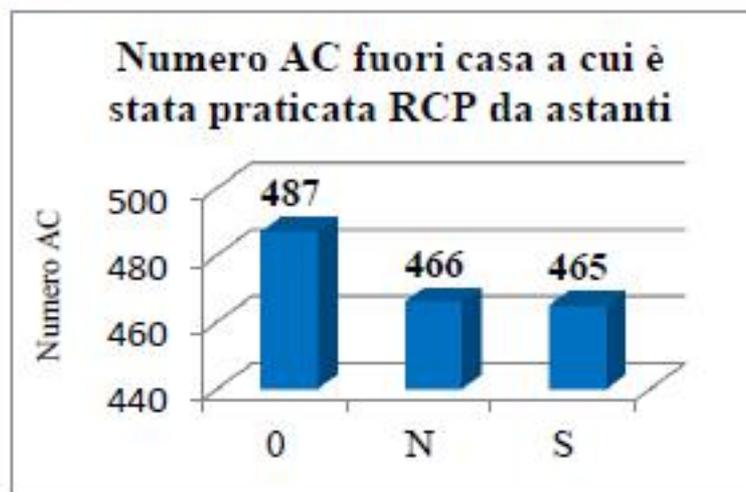
SESSO	NUMERO AC	% SU TOTALE AC	POPOLAZIONE LOMBARDIA PER SESSO	%SU POPOLAZIONE LOMBARDA
Maschi	5944	55.62	4886543	0.12164
Femmine	4252	39.79	5121806	0.08301
Indefinito	490	4.58		



(a)

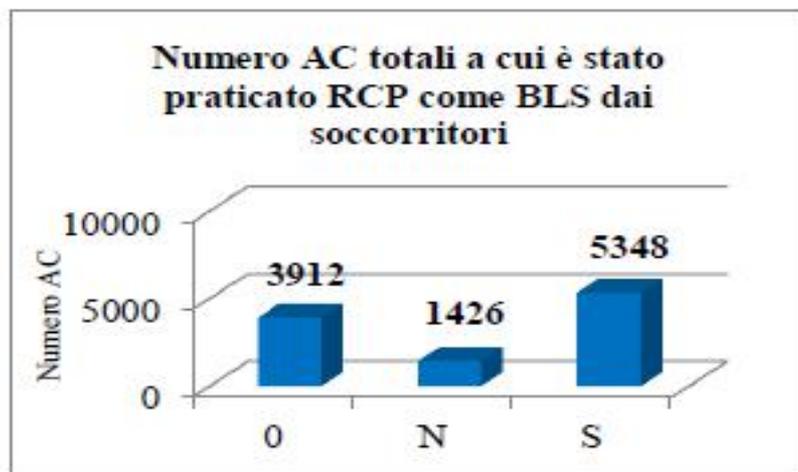


(b)

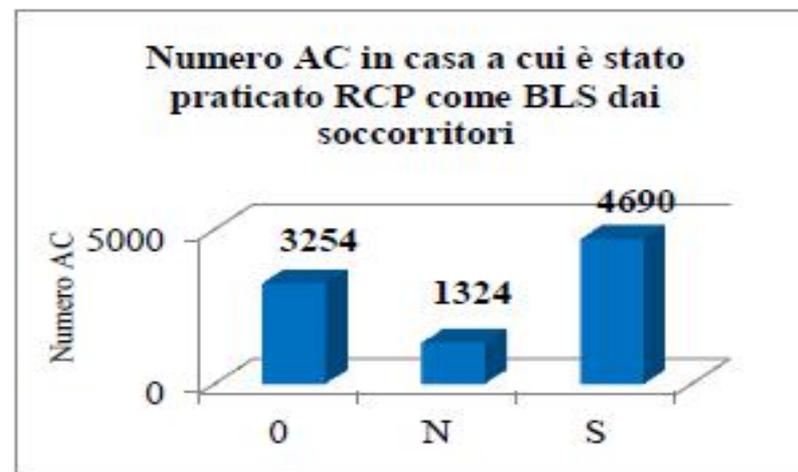


(c)

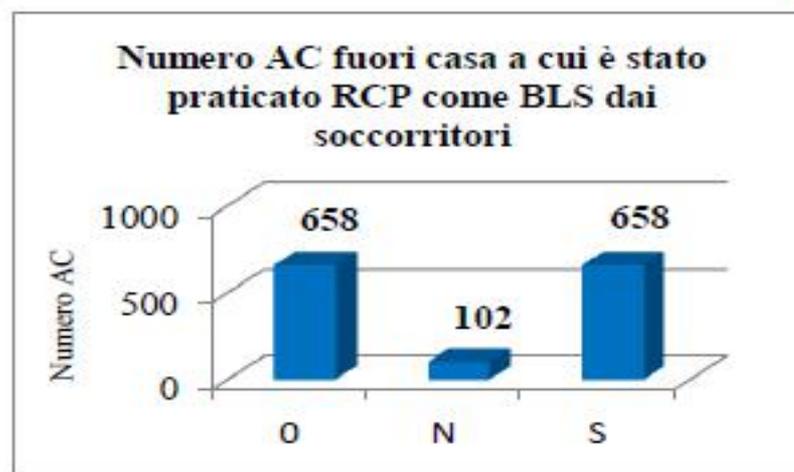
Figura 52. Numero dei pazienti colpiti da AC a cui è stato effettuata la RCP da parte di astanti all'evento. a) Sugli AC totali avvenuti in Lombardia; b) Sugli AC avvenuti in casa; c) Sugli AC avvenuti fuori casa. Tra le opzioni di risposta abbiamo: S (si la RCP è stata praticata da astanti), N (non è stata praticata), 0 (non si sa se è stata o meno praticata RCP).



(a)

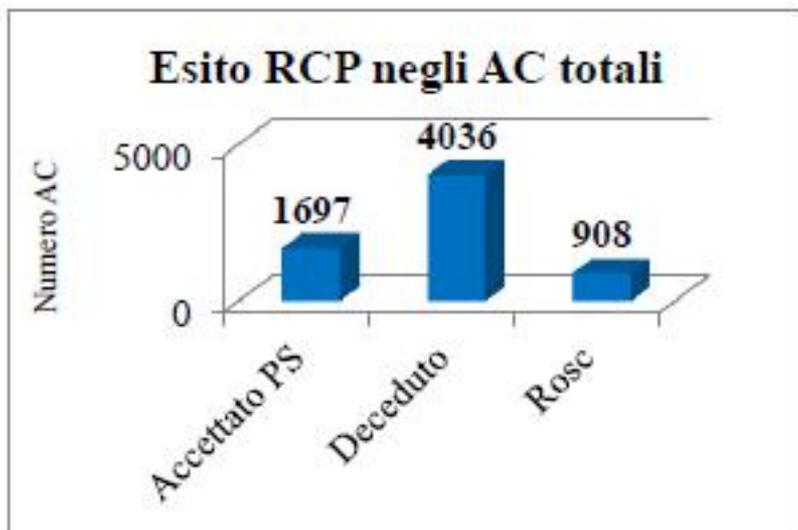


(b)

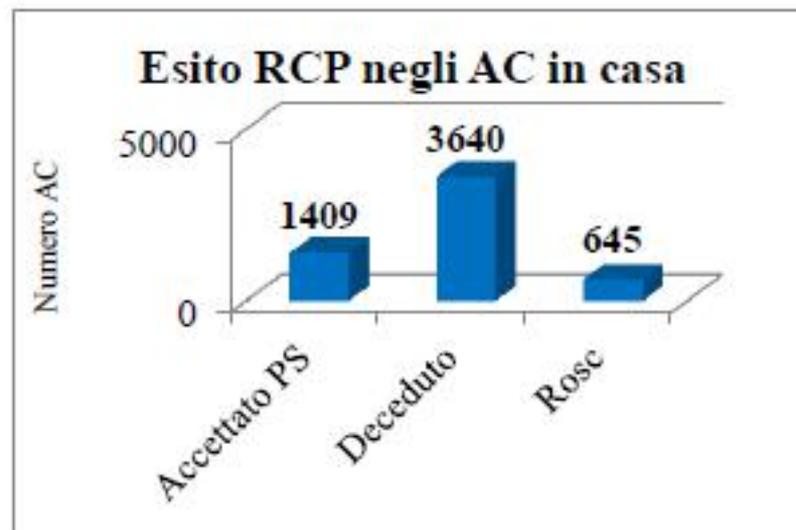


(c)

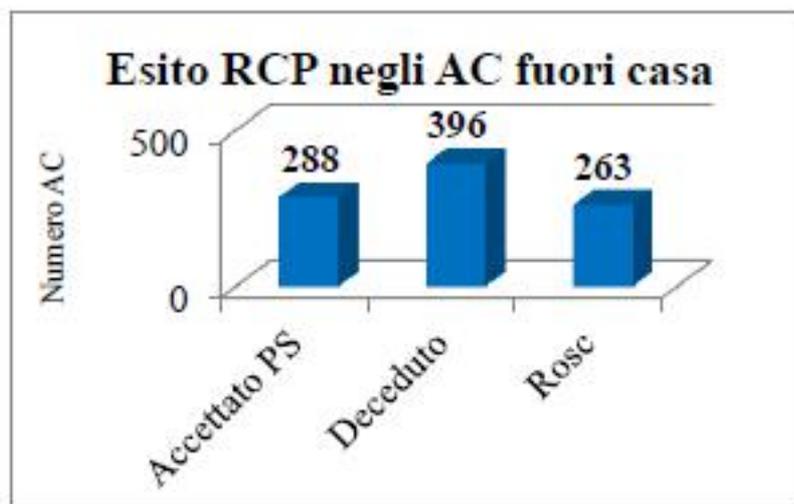
Figura 53. Numero di pazienti colpiti da AC che sono stati sottoposti a rianimazione cardio-polmonare (RCP) da parte dei soccorritori, come azione di BLS (Basic Life Support, ovvero le azioni di primo soccorso). a) Numero AC sui totali; b) Numero AC su quelli avvenuti in casa; c) Numero AC su quelli avvenuti fuori casa. Tra le opzioni di risposta abbiamo: S (la RCP è stata praticata), N (non è stata praticata), 0 (non si sa se è stata o meno praticata RCP).



(a)

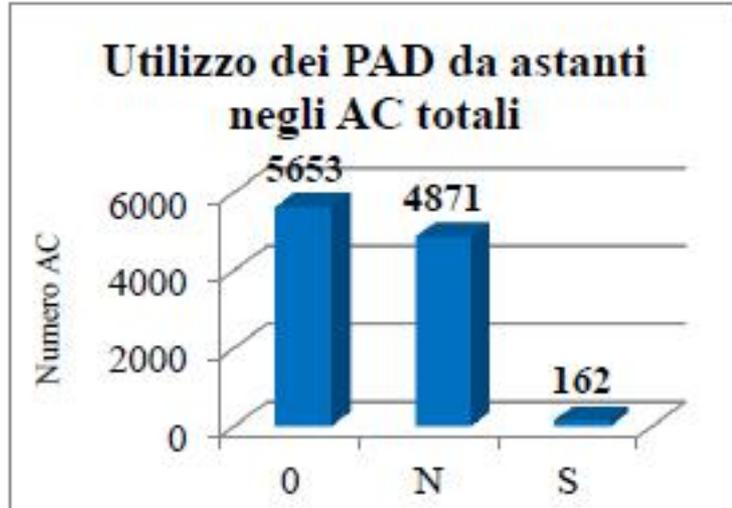


(b)

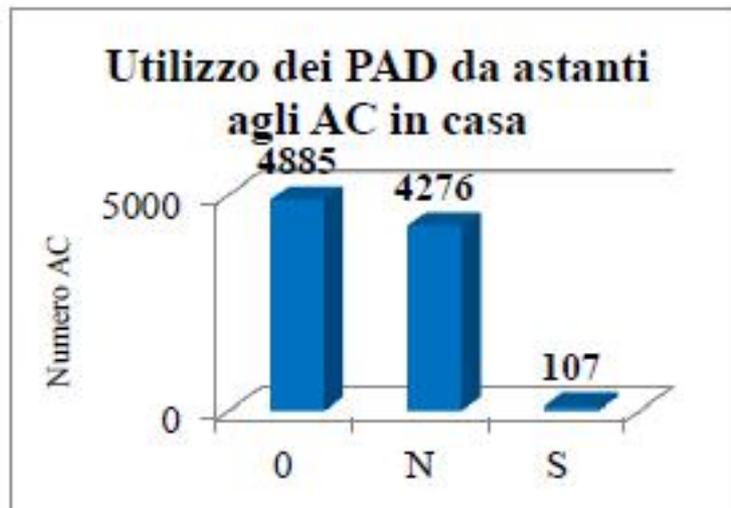


(c)

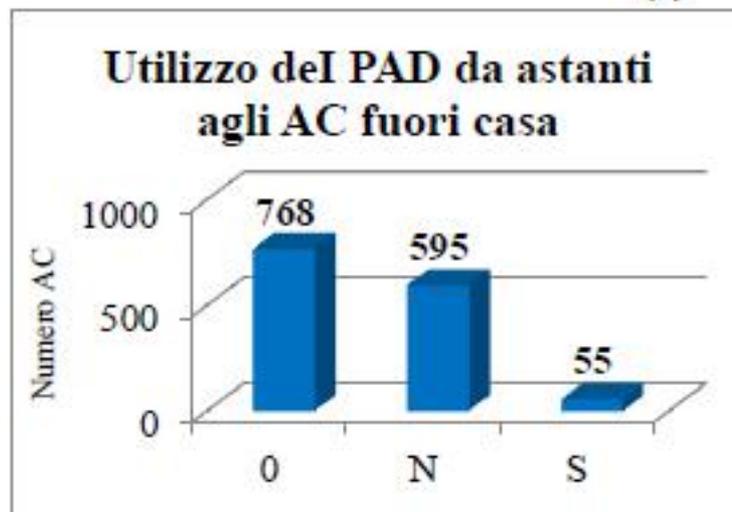
Figura 54. Esito RCP a cui sono stati sottoposti i pazienti: a) sugli AC totali; b) in casa; c) fuori casa. Tra le opzioni di risposta abbiamo: accettato in PS; deceduto; Rosc (Ritorno alla circolazione)



(a)

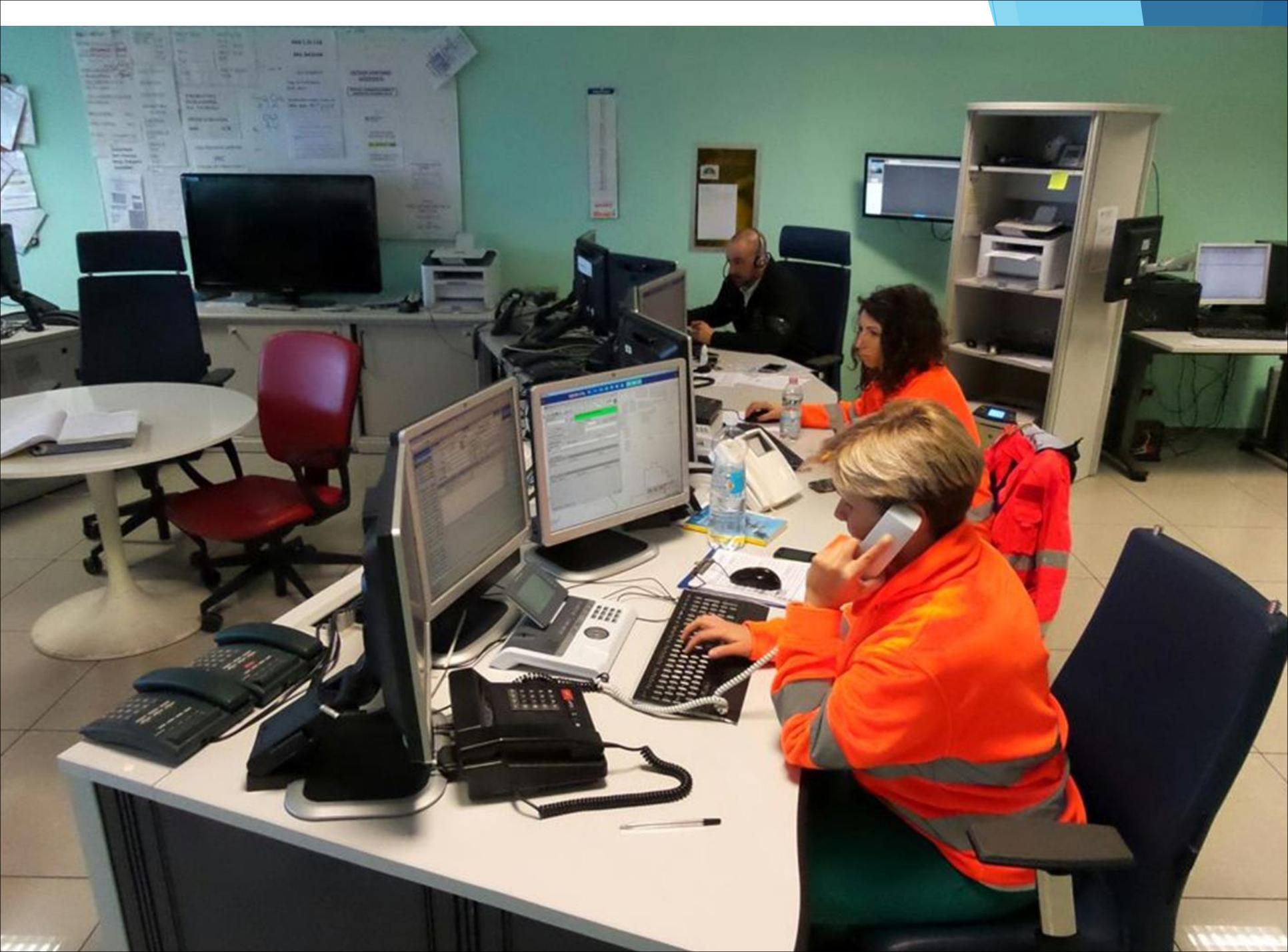


(b)



(c)

Figura 55. Utilizzo dei PAD o defibrillatori di accesso pubblico da parte degli astanti all'evento sui pazienti. a) Sugli AC totali; b) Sugli AC avvenuti in casa; c) sugli AC avvenuti fuori casa. Tra le opzioni di risposta abbiamo: S (il PAD è stato utilizzato), N (non è stato utilizzato), 0 (non si sa se è stato o meno utilizzato il PAD).



La maggior parte degli arresti cardiaci avviene in aree antropizzate , non correttamente fornite di defibrillatori, necessari per salvare le vite dei pazienti.

Le prime manovre di soccorso BLS MCE sono indispensabili per una maggior possibilità di sopravvivenza da AC.

Purtroppo il numero delle persone presenti all'evento in grado di praticarle sono ancora molto poche.

La maggior parte degli arresti cardiaci avviene in aree antropizzate , non correttamente fornite di defibrillatori, necessari per salvare le vite dei pazienti.

Le prime manovre di soccorso BLS MCE sono indispensabili per una maggior possibilità di sopravvivenza da AC.

Purtroppo il numero delle persone presenti all'evento in grado di praticarle sono ancora molto poche.

Solo in pochi casi sono stati utilizzati i defibrillatori dagli astanti:

nel 1,5% in totale

nel 1,2 % in casa

nel 3,9% fuori

In caso di intervento di mezzi di soccorso base (volontari)

la RCP è praticata nel 50 %

la defibrillazione nel 45.4 %

Solo in pochi casi sono stati utilizzati i defibrillatori dagli
astanti:

nel 1,5% in totale

nel 1,2 % in casa

nel 3,9% fuori

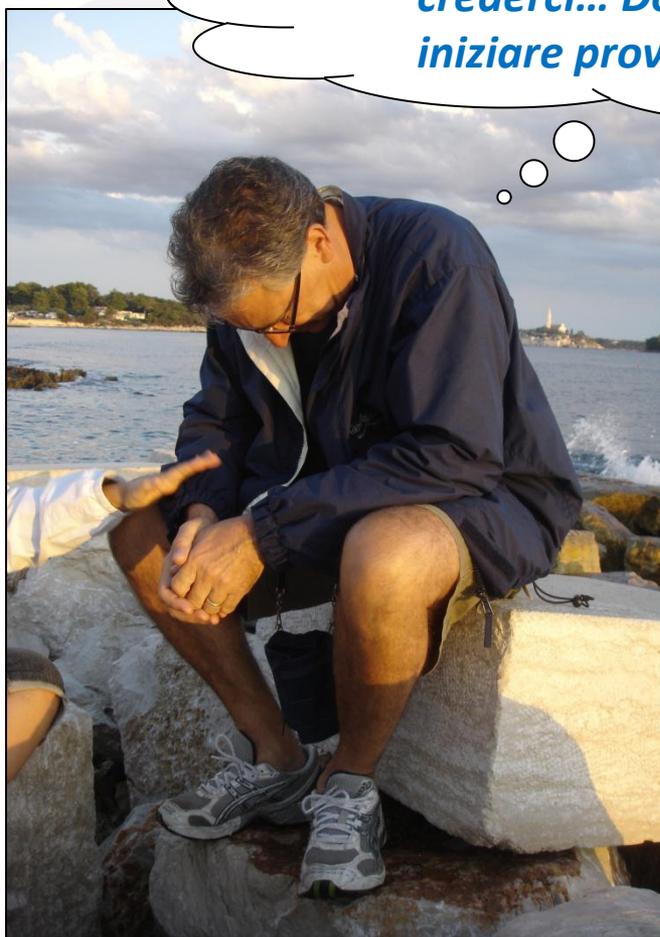
In caso di intervento di mezzi di soccorso base (volontari)

la RCP è praticata nel 50 %

la defibrillazione nel 45.4 %

Ma non è facile...

Forse il problema principale è crederci... Dovremmo iniziare provarci...



SCONFORTO

Defibrillazione precoce sul territorio.

Linee guida e normative

Dal decreto legislativo del 18 marzo 2011

Determinazione dei criteri e delle modalita' di diffusione dei defibrillatori automatici esterni:

«La diffusione graduale ma capillare dei defibrillatori semiautomatici esterni deve avvenire mediante una distribuzione strategica in modo tale da costituire una rete di defibrillatori in grado di favorire la defibrillazione entro quattro/cinque minuti dall'arresto cardiaco»

... In particolare, sono da collocare in luoghi di aggregazione cittadina e di grande frequentazione o **ad alto afflusso turistico**, in strutture dove si registra un grande afflusso di pubblico ... tenendo conto comunque della **distanza dalle sedi del sistema di emergenza...**

Defibrillazione precoce sul territorio. *Linee guida e normative*

Dal decreto legislativo del 18 marzo 2011

Determinazione dei criteri e delle modalita' di diffusione dei defibrillatori automatici esterni:

«La diffusione graduale ma capillare dei defibrillatori semiautomatici esterni deve avvenire mediante una distribuzione strategica in modo tale da costituire una rete di defibrillatori in grado di favorire la defibrillazione entro quattro/cinque minuti dall'arresto cardiaco»

... In particolare, sono da collocare in luoghi di aggregazione cittadina e di grande frequentazione o ad alto afflusso turistico, in strutture dove si registra un grande afflusso di pubblico ... tenendo conto comunque della distanza dalle sedi del sistema di emergenza...



REGIONE DEL VENETO

CREU - Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza-

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2847 del 29 dicembre 2014

Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici (DAE) negli impianti sportivi pubblici e privati. Disposizioni attuative ed impegno di spesa.

Dando attuazione alle disposizioni dell'art. 26 della Legge Regionale 2 aprile 2014, n. 11 (finanziaria 2014), vengono approvate le disposizioni attuative per disciplinare le modalità, i tempi ed i criteri per la diffusione dei Defibrillatori Automatici Esterni (DAE), le strutture che devono dotarsene e la disciplina della formazione degli addetti.....

The New England Journal of Medicine

PUBLIC USE OF AUTOMATED EXTERNAL DEFIBRILLATORS

SHERRY L. CAFFREY, E.M.T.-P., PAULA J. WILLOUGHBY, D.O., M.H.P.E., PAUL E. PEPE, M.D., M.P.H.,
AND LANCE B. BECKER, M.D.

N Engl J Med, Vol. 347, No. 16 · October 17, 2002 · www.nejm.org

Conclusions Automated external defibrillators deployed in readily accessible, well-marked public areas in Chicago airports were used effectively to assist patients with cardiac arrest. In the cases of survivors, most of the users had no duty to act and no prior training in the use of these devices. (N Engl J Med 2002, 347:1242-7.)

Surviving out-of-hospital cardiac arrest: just a matter of defibrillators?

Alessandro Zorzi^a, Nicola Gasparetto^a, Federica Stella^b, Andrea Bortoluzzi^b, Luisa Cacciavillani^a and Cristina Basso^c

Out-of-hospital sudden cardiac arrest (OHCA) is a leading cause of death all over the world. Although the outcome of OHCA resulting from 'nonshockable' rhythms (asystole and pulseless electrical activity) is poor regardless of resuscitation efforts, 'shockable' rhythms such as ventricular tachycardia or fibrillation may carry a good prognosis if early defibrillation is performed. At present, simplified cardiopulmonary resuscitation techniques (hands-only cardiopulmonary resuscitation) and automated external defibrillators (AEDs) offer lay people the possibility to provide lifesaving treatment to OHCA victims in the critical minutes before the arrival of the emergency medical system. Programs aimed at increasing provision of cardiopulmonary resuscitation and use of AEDs by lay people have been set up in different countries, including Italy, and have contributed to improve survival rates. However, success of these programs critically depends on appropriate planning and design, and on

cultural predisposition of witnesses to undertake immediate measures of resuscitation in the case of OHCA. Placement of a large number of AEDs may carry high costs and little benefits if it is uncoordinated and not preceded by educational campaigns to spread widely the 'culture of resuscitation' in the population.

J Cardiovasc Med 2014, **15**:616–623

Keywords: cardiac arrest, cardiopulmonary resuscitation, defibrillation, ventricular fibrillation

^aDivision of Cardiology, Department of Cardiac, Thoracic and Vascular Sciences, University of Padova, ^bEmergency Department, University Hospital of Padova and

^cDivision of Pathology, Department of Cardiac, Thoracic and Vascular Sciences, University of Padova, Padova, Italy

Correspondence to Alessandro Zorzi, MD, Division of Cardiology, Department of Cardiac, Thoracic and Vascular Sciences, University of Padova, Via Giustiniani 2, 35121 Padova, Italy
E-mail: alessandro.zorzi@libero.it

Received 16 May 2013 Revised 8 August 2013
Accepted 28 August 2013

Surviving out-of-hospital cardiac arrest: just a matter of defibrillators?

Alessandro Zorzi^a, Nicola Gasparetto^a, Federica Stella^b, Andrea Bortoluzzi^b, Luisa Cacciavillani^a and Cristina Basso^c

Out-of-hospital sudden cardiac arrest (OHCA) is a leading cause of death all over the world. Although the outcome of OHCA resulting from 'nonshockable' rhythms (asystole and pulseless electrical activity) is poor regardless of resuscitation efforts, 'shockable' rhythms such as ventricular tachycardia or fibrillation may carry a good prognosis if early defibrillation is performed. At present, simplified cardiopulmonary resuscitation techniques (hands-only cardiopulmonary resuscitation) and automated external defibrillators (AEDs) offer lay people the possibility to provide lifesaving treatment to OHCA victims in the critical minutes before the arrival of the emergency medical system. Programs aimed at increasing provision of cardiopulmonary resuscitation and use of AEDs by lay people have been set up in different countries, including Italy, and have contributed to improve survival rates. However, success of these programs critically depends on appropriate planning and design, and on

cultural predisposition of witnesses to undertake immediate measures of resuscitation in the case of OHCA. Placement of a large number of AEDs may carry high costs and little benefits if it is uncoordinated and not preceded by educational campaigns to spread widely the 'culture of resuscitation' in the population.

J Cardiovasc Med 2014, 15:616–623

Keywords: cardiac arrest, cardiopulmonary resuscitation, defibrillation, ventricular fibrillation

^aDivision of Cardiology, Department of Cardiac, Thoracic and Vascular Sciences, University of Padova, ^bEmergency Department, University Hospital of Padova and

^cDivision of Pathology, Department of Cardiac, Thoracic and Vascular Sciences, University of Padova, Padova, Italy

Correspondence to Alessandro Zorzi, MD, Division of Cardiology, Department of Cardiac, Thoracic and Vascular Sciences, University of Padova, Via Giustiniani 2, 35121 Padova, Italy
 E-mail: alessandro.zorzi@libero.it

Received 16 May 2013 Revised 8 August 2013
 Accepted 28 August 2013

Ulss3 Serenissima



VENEZIA CARDIOPROTETTA- NUOVO SISTEMA DI TELETRASMISSIONE LIFENET

- Operativo dal 29 marzo 2013 per tutto il territorio dell'Ulss12 Veneziana
- Ora in tutta la ulss 3 Serenissima con Dolo Mirano Chioggia
- **DEFIBRILLATORI MULTIPARAMETRICI LIFEPAK DOTATI DI TELETRASMISSIONE**
 - 2 centraline di ricezione UCIC MESTRE e VENEZIA
 - 1 centralina di ricezione per Chioggia Dolo Mirano
 - 1 CENTRALE Code Stat di ricezione, trasmissione e archivio dati in C.O.118
- 6 per le ambulanze Suem di Mestre
- 6 per le idroambulanze Suem di Venezia
- 1 per l'ambulanza di Pellestrina
- 1 per l'Ambulanza del Lido di Venezia
- 1 per l'Ambulanza di Cavallino-Treporti
- 2 ambulanze di Dolo
- 2 ambulanze di Mirano
- 3 ambulanze di Chioggia e Cavarzere





PROGETTO SPIAGGE SICURE (5)



1 PACHUKA TORRETTE N.1 SU TELO
N 45°25'33.8988" E 12°23'34.2852" ACCESSO DA VIA KINGLER

2 EX STAZIONE POLIZIA SENZA TORRETTE

3 PARADISE BEACH TORRETTE N.3 SU TETTO
N 45°25'33.8988" E 12°23'22.4736 ACCESSO DA VIA KIPLING

4 MARINA MILITARE CON TORRETTE.SPIAGGIA PRIVATA

5 ESERCITO SPIAGGIA PRIVATA CON TORRETTE

6 VENEZIA SPIAGGE SAN NICOLO' TORRETTE N.6 SU TETTO
N 45°25'26.1876" E 12°23'11.4756" ACCESSO DA P.LE RAVA'

7 OSPEDALE AL MARE SPIAGGIA LIBERA SENZA TORRETTE

8 VENEZIA SPIAGGE LUNGOMARE D'ANNUNZIO TORRETTE SU TELO
N 45°25'4.2528" E 12°22'45.5916" ACCESSO DA LUNGOMARE G.D'ANNUNZIO

9 VENEZIA SPIAGGE ZONA A TORRETTE SU TELO
N 45°25'4.2528" E 12°22'45.5916" ACCESSO DA LUNGOMARE G.D'ANNUNZIO

10 VENEZIA SPIAGGE BLUE MOON TORRETTE SU TETTO
N 45°24'58.3632" E 12°22'39.5328" ACCESSO DA LUNGOMARE G.D'ANNUNZIO

11 e 12 SPIAGGIA DES BAINS TORRETTE SU TELO
N 45°24'50.7816" N 12°22'39.1728" ACCESSO DA LUNGOMARE G.MARCONI

13 CONSORZIO ALBERGHI CAPLI TORRETTE SU TELO/TETTO
N 45°24'41.5188" E 12°22'25.8564" ACCESSO DA LUNGOMARE G.MARCONI

14-15 QUATTRO FONTANE TORRETTE SU TELO/TETTO
N 45°24'29.286" E 12°22'14.6388" ACCESSO DA LUNGOMARE G.MARCONI

16-17-18 EXCELSIOR TORRETTE NUMERATE SU TELO
N 45°24'7.8948" E 12°21'53.3304" ACCESSO DA LUNGOMARE G.MARCONI

19 CARIBE SENZA TORRETTE
N 45°23'53.7684" E 12°21'41.7168" ACCESSO DA LUNGOMARE G.MARCONI

20 MIRAMARE TORRETTE TELO SUL TETTO
N 45°24'1.6488" e 12°21'49.5648" ACCESSO DA LUNGOMARE G.MARCONI



21-22 SORRISO-EUROTREL-KUYABA 2+2 TORRETTE SU TETTO
N 45°23'54.366" E 12°21'41.2056" ACCESSO DA LUNGOMARE G.MARCONI

23 MURAZZI SPIAGGIA LIBERA SU PIETRA SENZA TORRETTE
N 45°21'55.9404" E 12°20'18.8556" ENTRATA DA VIA DOGE GALLA

24 MOROSINI SPIAGGIA PRIVATA SENZA TORRETTE
N 45°21'30.384" E 12°19'47.3916"

25 CARLO STEEB SPIAGGIA PRIVATA SENZA TORRETTE

26 SAN CAMILLO SPIAGGIA PRIVATA SENZA TORRETTE

27 STELLA MARIS SPIAGGIA PRIVATA SENZA TORRETTE

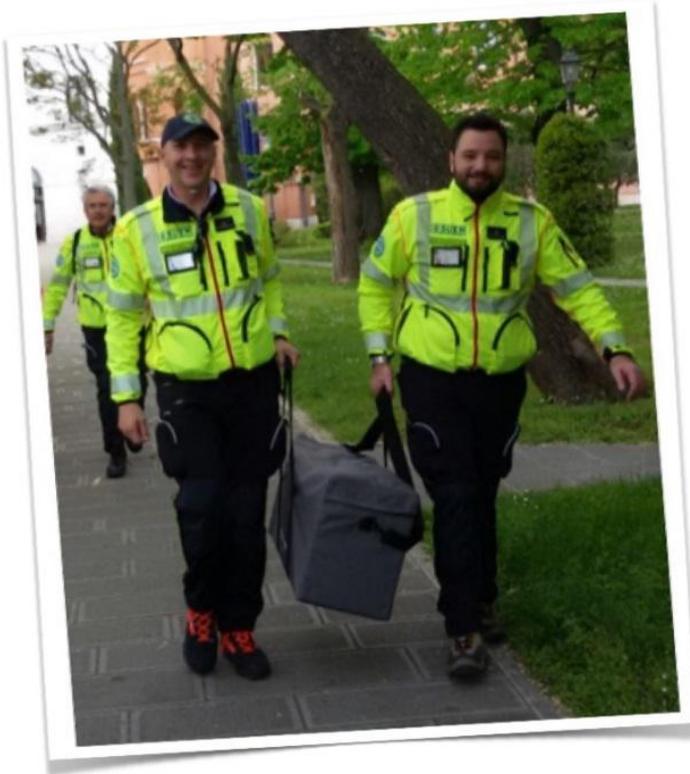
28 BAGNI ALBERONI TORRETTE SU TETTO
N 45°20'38.5188" E 12°19'44.8356" ACCESSO DA STRADA DEI BAGNI

29 SPIAGGIA LIBERA ALBERONI SENZA TORRETTE

0 SPIAGGIA LIBERA SAN NICOLO' SENZA TORRETTE TRA LA DIGA DI S.NICOLO' E IL PACHUKA



EDUCAZIONE SANITARIA



Un " team didattico " che si propone nelle scuole per progetti educativi nell'ambito dell'emergenza, allo scopo di favorire una "cultura del soccorso".



lo scopo é di far comprendere come funziona il sistema 118 e quali manovre salvavita sono necessarie, mettendo lo studente come protagonista della catena del soccorso



ENEZIA CITTA' CARDIOPROTETTA: Progetto di diffusione del DAE nel territorio Veneziano



Report anno scolastico 2015-16



L'attività del gruppo ha coinvolto :

Studenti liceali..... 670 giovani
Studenti scuole medie..... 835 ragazzi



Report anno scolastico 2016-17



L'attività del gruppo ha coinvolto :

Studenti liceali.....	1463 giovani
Studenti scuole medie.....	909 ragazzi
Studenti scuole elementari.....	44 bambini

PRIMO SOCCORSO A SCUOLA

Percorso formativo per le studentesse e gli studenti

Martedì 7 novembre - 2017

ORE 14.00-16.30

VE. MESTRE

POLIZIA FERROVIARIA



Italo Italo

BIGLIETTI
TICKETS

VENEZIA TODAY

Crolla a terra in stazione: salvato dal defibrillatore

«Mestre / Mestre Centro

Crolla a terra in stazione a Mestre: viene salvato con il defibrillatore

Un filippino di circa 60 anni è stato colto da un infarto nella stazione di Mestre. Gli uomini della polfer e 118 hanno prontamente soccorso l'uomo salvandolo»

Gazzettino 12 aprile 2015





VENEZIATODAY

Bibione, turista 45enne colpito da infarto salvato dal defibrillatore

**« Cronaca / San Michele al Tagliamento / Bibione
Bibione, turista 45enne colpito da infarto salvato dal
defibrillatore**

Il 118 ha impiegato quattro scariche per far ripartire il cuore dell'uomo bresciano caduto davanti ad alcuni passanti lo scorso weekend. Uno di loro ha prestato i primi soccorsi.....»

19 agosto 2013 VeneziaToday





CAORLE. Nuota in mare.

Alle prime bracciate è colto da infarto e va in arresto cardiaco.

«Il cuore riprende a battere grazie prima all'intervento dei bagnini della Caorle spiaggia - consorzio arenili; e poi al decisivo intervento degli operatori sanitari del Pronto soccorso con il defibrillatore»

Dopo la prima scarica il cuore ha ripreso a pompare. Nel frattempo, nella zona del pontile sul Livenza, è atterrato l'elicottero Leone 1.

Quotidiani 06 luglio 2017



Arresto cardiaco mentre è al cinema: 21enne defibrillato 5 volte e salvato



Marcon (Ve) 11 Giugno 2017, 10:02



Arresto cardiaco in albergo, turista di 46 anni salvata dal defibrillatore



VENEZIA - Salvata grazie a uno dei defibrillatori distribuiti poco più di un anno fa per Venezia. È una storia a lieto fine, quella di una **turista tedesca di 46 anni** che si era sentita male, venerdì scorso, all'**hotel Bauer**. Subito soccorsa con il defibrillatore in dotazione all'albergo, azionato prima dal portiere, opportunamente istruito, quindi dal personale del Suem, accorso sul posto, la donna è stata poi sottoposta a un **delicato intervento chirurgico all'ospedale Civile**. E oggi è stata dichiarata fuori pericolo.



PRESIDI PER LA RCP MECCANICA



PHYSIO CONTROL LUCAS®



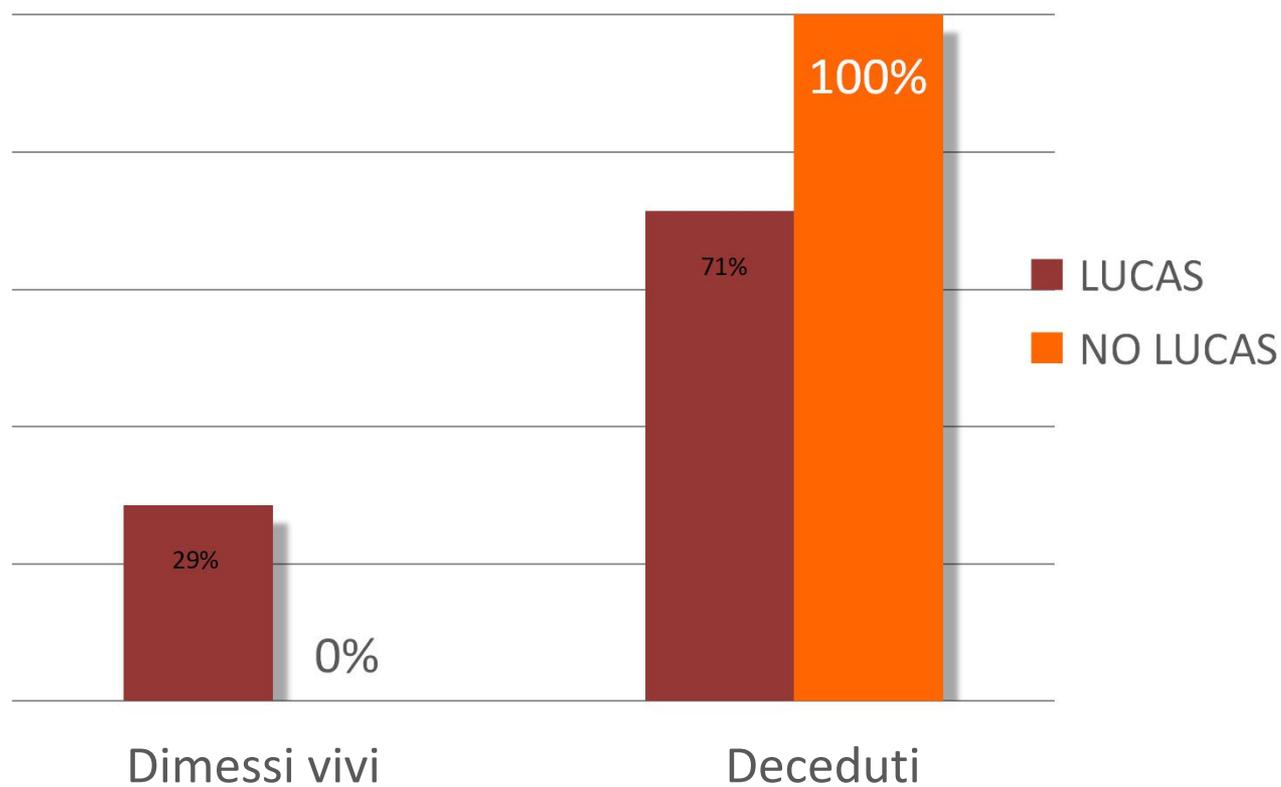
ZOLL AUTOPULSE®



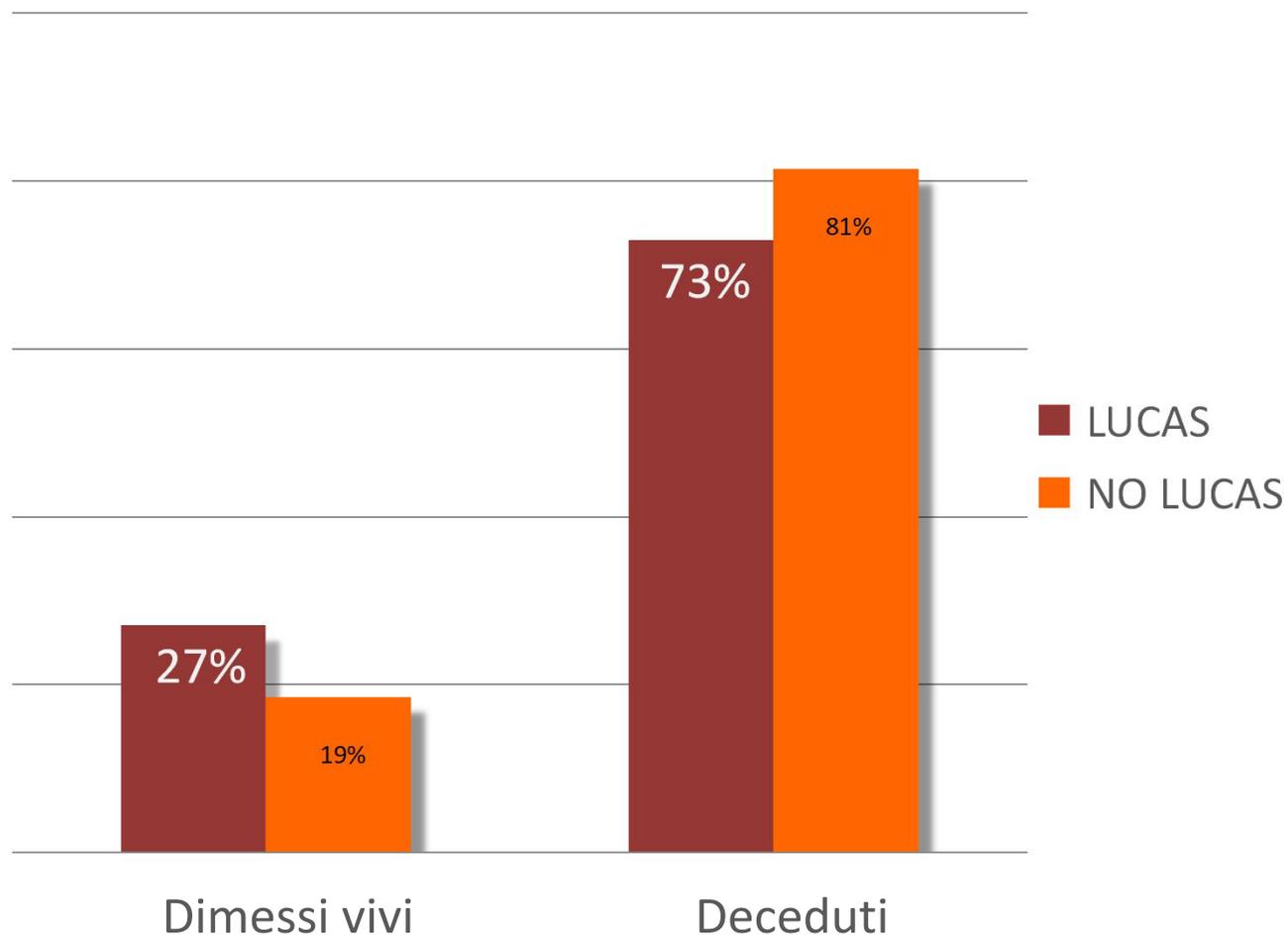
MICHIGAN INST. LIFE-STAT®



OUTCOME PAZIENTI TRASPORTATI IN ACC



OUTCOME COMPLESSIVO



RCP DURANTE ANGIOPLASTICA



Continuous Mechanical Chest Compressions During Cardiac Arrest to Facilitate Restoration of Coronary Circulation With Percutaneous Coronary Intervention

Haakon Kiil Groggaard, MD*, Lars Wik, MD, PhD¹,
Morten Eriksen, Engineer, Magne Brekke, MD and
Kjetil Sunde, MD, PhD²

* Ullevål University Hospital, Institute for Experimental
Medical Research, Surgical Division, Kirkeveien 166, Oslo
0047, Norway (Email: haakong@medisin.uio.no).

ROSC



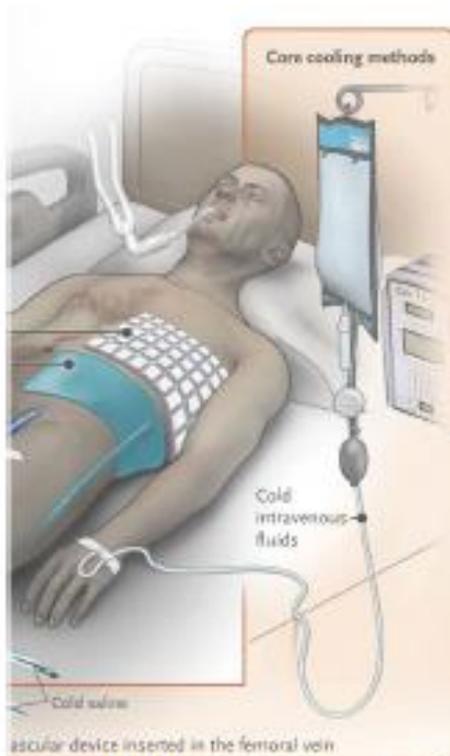
ECG 12
derivazioni
trasmissione in
UTIC



Induzione
IPOTERMIA
TERAPEUTICA



Tempo



1000 cc di S.F. a
4°C



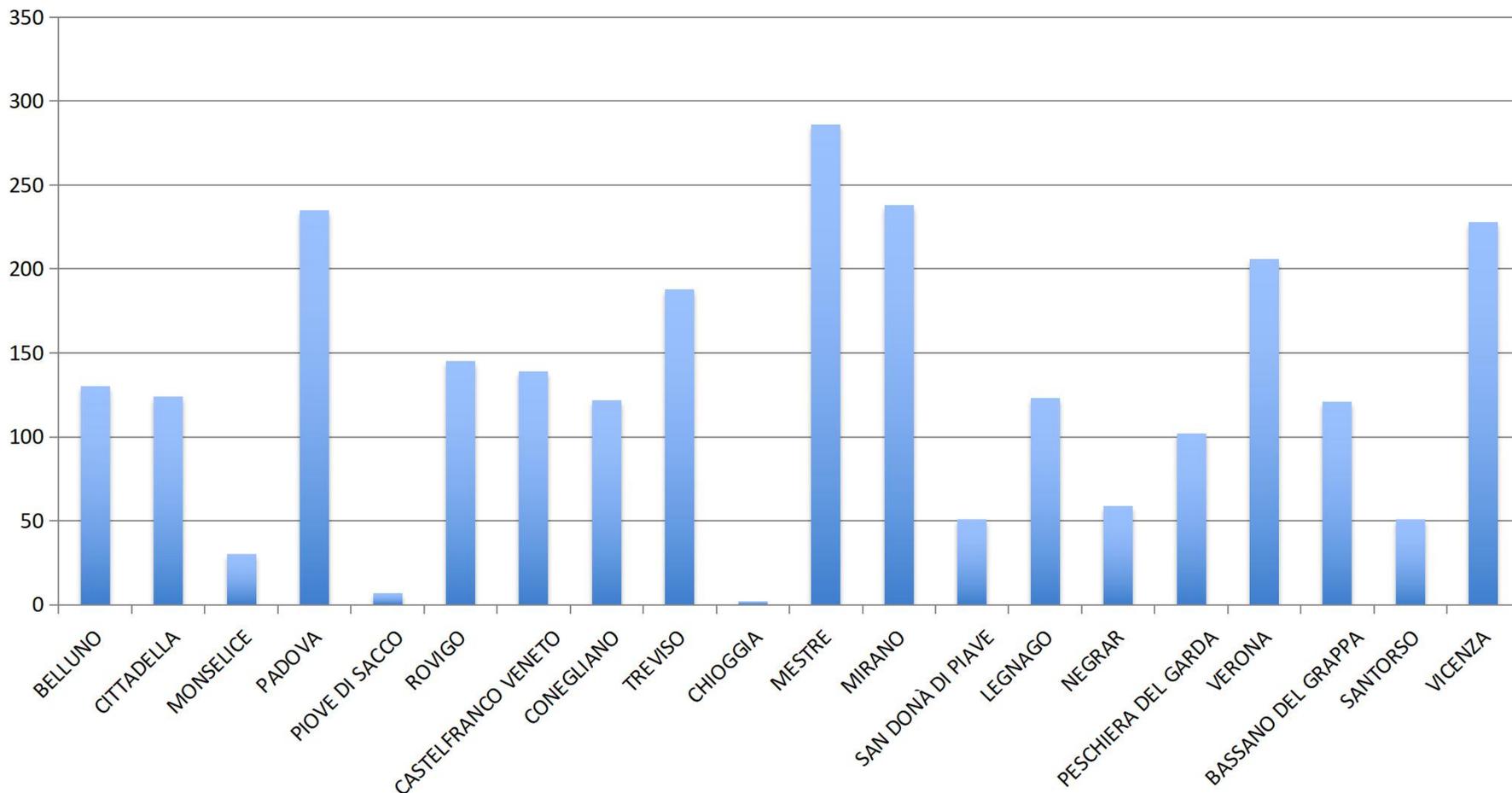


Angioplastica Primaria Dati 2017

Regione Veneto



ANGIOPLATICHE PRIMARIE IN VENETO ANNO 2017



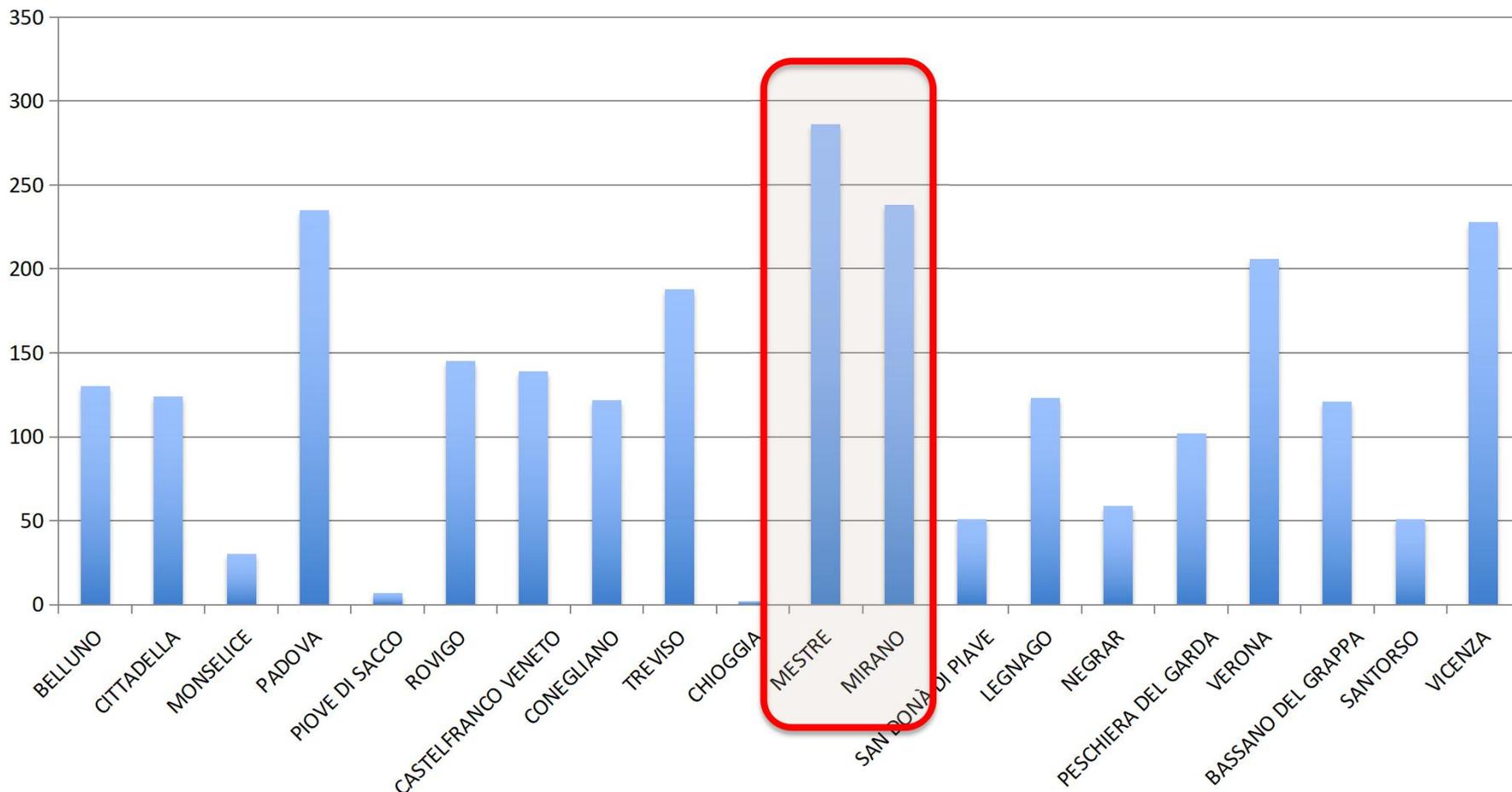
Fonte dati: GISE- Società Italiana di Cardiologia Interventistica



Angioplastica Primaria Dati 2017

Regione Veneto

ANGIOPLASTICHE PRIMARIE IN VENETO ANNO 2017



Fonte dati: GISE- Società Italiana di Cardiologia Interventistica



Angioplastica Primaria Dati 2017

Regione Veneto



In Veneto nel 2017 sono state effettuate un totale di 2587 angioplastiche primarie per STEMI
526 delle quali nell'attuale AULSS3

L'Emodinamica Aziendale Mestre - Venezia risulta la struttura con il più alto numero di angioplastiche primarie eseguite

OSPEDALE	CITTA'	PPCI
OSPEDALE S. MARTINO	BELLUNO	130
OSPEDALE MEDIO BRENTA - ULSS 15	CITTADELLA	124
OSPEDALI RIUNITI PADOVA SUD Madre Teresa di Calcutta	MONSELICE	30
A.O. POLICLINICO UNIVERSITARIO DI PADOVA - CENTRO GALLUCCI	PADOVA	235
OSPEDALE IMMACOLATA CONCEZIONE - ULSS 16	PIOVE DI SACCO	7
OSPEDALE SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	ROVIGO	145
OSPEDALE S. GIACOMO APOSTOLO	CASTELFRANCO VENETO	139
OSPEDALE SANTA MARIA DEI BATTUTI - U.O.C. CARDIOLOGIA	CONEGLIANO	122
OSPEDALE CA' FONCELLO	TREVISO	188
EMODINAMICA DI CHIOGGIA	CHIOGGIA	2
UOSD EMODINAMICA AZIENDALE ULSS12 VENEZIANA	MESTRE	286
OSPEDALE CIVILE DI MIRANO - ULSS13	MIRANO	238
ULSS 4 VENETO ORIENTALE	SAN DONÀ DI PIAVE	51
MATER SALUTIS A.U.L.S.S. 21	LEGNAGO	123
SACRO CUORE DON CALABRIA	NEGRAR	59
CASA DI CURA PEDERZOLI	PESCHIERA DEL GARDA	102
A.O. UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA (BORGO TRENTO)	VERONA	206
OSPEDALE CIVILE - SAN BASSIANO	BASSANO DEL GRAPPA	121
OSPEDALE ALTO VICENTINO	SANTORSO	51
OSPEDALE SAN BORTOLO - ULSS 6	VICENZA	228

Fonte dati: GISE- Società Italiana di Cardiologia Interventistica



**Ambulanza
Pzle Roma –
OCME durante
il tragitto FV
DCS 200J,**

idroambulanza

**Ambulanza –
PPI Lido
ECG
Teletraspresso
in UTIC**







REGIONE DEL VENETO



ULSS3
SERENISSIMA

paolo.caputo@aulss3.veneto.it

