

# CURRICULUM VITAE E PROFESSIONALE

## di ANTONAGLIA VITTORIO

Il sottoscritto Vittorio Antonaglia

Codice fiscale :

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n.445, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di essere in possesso dei seguenti TITOLI di STUDIO:

Diploma di **Laurea in Medicina e Chirurgia** presso l'Università degli Studi di Trieste conseguito il 7.11. 1979

**Diploma di Specializzazione in ANESTESIA E RIANIMAZIONE** presso l'Università degli Studi di Trieste conseguito il 28.6.82

il **Diploma di Specializzazione in PRONTO SOCCORSO E TERAPIA D'URGENZA** presso l'Università degli Studi Gabriele D'Annunzio di Chieti conseguito il 28.6.85

l'**Idoneità Nazionale alle Funzioni Dirigenziali di 2° livello** nella disciplina di Anestesia e Rianimazione conseguita nella sessione 1989

il **Diploma di Management in Sanità** della Scuola di Direzione Aziendale dell'Università Bocconi di Milano conseguito nel 1998

Iscrizione all'ALBO DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI TRIESTE dal 21.02.1980 con n.pos.2192

## ESPERIENZE PROFESSIONALI

### 1. SERVIZI CON RAPPORTO DI DIPENDENZA PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

#### INCARICHI SVOLTI SENZA AMBITI DI AUTONOMIA PROFESSIONALE

- **Assistente Medico Tirocinante** presso l'Istituto di Anestesia e Rianimazione dell'Università degli Studi di Trieste- Ospedali Riuniti di Trieste dal 14.4.1980 al 13.4.1981 riportando il giudizio finale di "ottimo"
- **Assistente Medico** presso l'Istituto di Anestesia e Rianimazione dell'Università degli Studi di Trieste- Ospedali Riuniti di Trieste dal 14.4.1980 al 11.6.85
- **Assistente Medico di ruolo** presso l'Istituto di Anestesia e Rianimazione dell'Università degli Studi di Trieste- Ospedali Riuniti di Trieste dal 12.6.1985 al 30.6.1991 e dal 17.9.1992 al 1.3 1993
- **Aiuto corresponsabile ospedaliero** presso l'Istituto di Anestesia e Rianimazione dell'Università degli Studi di Trieste- Ospedali Riuniti di Trieste dal 1.7.1991 al 16.9.1992 (supplenza) e dal 2.3.1993 al 1.11.1993 (incarico) e dal 2.11.1993 al 29.12.1993 (ruolo)
- **Dirigente sanitario primo livello** a ruolo presso l'Istituto di Anestesia e Rianimazione dell'Università degli Studi di Trieste- Ospedali Riuniti di Trieste dal 30.12.1993 al 31.12.1996
- **Dirigente medico di primo livello** presso l'Istituto di Anestesia e Rianimazione dell'Università degli Studi di Trieste - Ospedali Riuniti di Trieste dal 1.1 1997 al 31.12.1997

#### INCARICHI SVOLTI CON AMBITI DI AUTONOMIA PROFESSIONALE

- **dirigente medico di ruolo con funzione aziendale di "elevate competenze specialistiche** dal 31.12 1997 al 31.12.2002 presso il Dipartimento di Medicina Perioperatoria, Terapia Intensiva ed Emergenza dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Trieste
- **dirigente medico di ruolo a tempo pieno con funzione aziendale di struttura di alta specializzazione S.A.S.** nell' anestesia per le chirurgie specialistiche presso il Dipartimento di Medicina Perioperatoria, Terapia Intensiva ed Emergenza dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Trieste conferitagli il 1.1.2003 fino al 27.07.2008
- **dirigente medico responsabile a tempo pieno della struttura semplice Sistema 118** dell'Azienda territoriale Servizi Sanitari n 1 Triestina dal 25 luglio 2008 al 30 aprile 2016 e attualmente dello stesso servizio dell'Azienda ASUITS
- **incarico** dal 2014 per conto della Direzione Centrale Salute della Regione Friuli Venezia Giulia di rappresentante regionale agli incontri del Gruppo Tecnico Inter-regionale sulle Emergenze ed Urgenze in rapporto con la "Commissione Salute" della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e con la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute

- **incarico** con Decreto del Direttore Generale Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute e dei Servizi di Comunicazione Elettronica del Ministero dello Sviluppo Economico come componente per il Friuli Venezia Giulia del Gruppo di lavoro per l'attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116 117 istituito il 29/11/2014
- **incarico di Dirigente responsabile del personale e dell'attività di ricerca clinica del "Laboratorio di Meccanica Respiratoria" dell'Istituto di Anestesia e Rianimazione dell'Università degli Studi di Trieste** come da verbale di Facoltà n.562 del 23.6.1992 e riconoscimento dell'Azienda Ospedaliera a tuttora

## INCARICHI SCIENTIFICI

- **INCARICO di Professore a Contratto** per materie di Anestesia, Rianimazione ed Emergenza dal Consiglio della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Trieste nel 1988 titolo che ricopro tuttora.
- la qualifica di **Cultore della materia di Anestesia e Rianimazione** dal Consiglio della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Trieste in data 16.2.1993
- la qualifica di **Dirigente responsabile del personale e dell'attività di ricerca clinica del Laboratorio di Meccanica Respiratoria dell'Istituto di Anestesia e Rianimazione dell'Università degli Studi di Trieste** come da verbale di Facoltà n.562 del 23.6.1992 e riconoscimento dell'Azienda Ospedaliera.
- l'incarico di **Reviewer dall'Editorial Board della Critical Care Medicine** dal 2003 a tuttora, la rivista americana a più alto impact factor di Intensive Care e eseguendo per tale rivista decine di valutazioni di articoli di ventilazione artificiale, emergenza e sepsi.
- Dal 2012 **EDITOR** di **Critical Care Medicine**
- l'incarico di **Reviewer** dalla rivista **Journal of Clinical Monitoring and Computing** dal 2003
- l'incarico di **Reviewer dall'Editorial Board di Intensive Care Medicine** dal 2003
- l'incarico di **Reviewer dall'Editorial Board Critical Care** dal 2010
- l'incarico di **Reviewer dall'Editorial Board Lung** dal 2014
- l'incarico di **Reviewer dall'Editorial Board Indian Critical Care Medicine** dal 2012

- nel 2008 invito dal **European Resuscitation Council** a far parte come **worksheet expert** all'elaborazione delle **Nuove Linee Guida della Rianimazione Cardiorespiratoria** per il 2010
- nel dicembre 2009 invito dal Presidente dell'Editorial Board del **British Medical Journal** a presentare la candidatura come **Editor in Chief per la rivista Thorax**
- l'incarico di **Docente dei Corsi Itineranti Nazionali AARO/SIARED Educazione Continua in Medicina per Anestesisti Rianimatori**- 13 sedi italiane:  
nel **2004** per il Modulo 2 "Ventilazione artificiale invasiva e non invasiva",  
nel **2005** per il Modulo 3 "I Miorilassanti"
- nel 2006 l'incarico di **Docente Responsabile Nazionale per il Modulo "Le protesi e i presidi ventilatori" dei Corsi Itineranti Nazionali AARO/SIARED Educazione Continua in Medicina per Anestesisti Rianimatori**- 13 sedi italiane
- Incarico nel **2012** da parte della **Società Italiana SIS Sistemi 118** a **Responsabile Nazionale del programma formativo e organizzativo sulla patologia tempo dipendente - Codice Rosso "Insufficienza Respiratoria Acuta**
- Incarico di membro del **Comitato Nazionale della Società Scientifica Nazionale SIS 118**, quale **Rappresentante Regionale del Friuli Venezia Giulia**
- **INCARICO** di referente scientifico del **Master di I e II livello dell'Università degli Studi di Trieste Dipartimento Scienze Mediche, Chirurgiche e della salute "URGENZE ed EMERGENZE CLINICHE EXTRAOSPEDALIERE"**, di cui il sottoscritto è stato ideatore con il **Direttore del Master. Anni accademici 2013-14, 2014-15, 2015-16**

## ATTIVITA DIDATTICA

- **Precedentemente alla qualifica di professore a contratto** ho svolto presso la Scuola di specializzazione in Anestesia e Rianimazione il corso di lezioni di "Tecniche speciali di Anestesia" dall'anno accademico 1984/85 all'a.a. 1987/88 con 120 ore di didattica eseguite.
- **In qualità di Professore a contratto** ho svolto le seguenti attività didattiche connesse agli insegnamenti della Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione:

"Tecniche speciali di Anestesia" per aa 1988/89 con 25 ore di didattica

"Tecniche speciali di Anestesia" per aa 1989/90 con 25 ore di didattica

"Tecniche speciali di Anestesia" per aa 1990/91 con 25 ore di didattica

"Fisiologia" per l'anno accademico 1989/90 con 10 ore di didattica

"Fisiologia" per l'anno accademico 1990/91 con 10 ore di didattica

"Fisica" per l'anno accademico 1989/90 con 10 ore di didattica

"Fisica" per aa 1990/91 con 10 ore di didattica

"Biofisica" per aa 1989/90 con 10 ore di didattica

"Fisiopatologia respiratoria" per aa 1990/91 con 20 ore di didattica

"Semeiologia di interesse rianimatorio" per aa 1991/92 con 16 ore di didattica

"Semeiologia di interesse rianimatorio" per aa 1992/93 con 16 ore di didattica

"Semeiologia di interesse rianimatorio" per aa 1993/94 con 16 ore di didattica

"Semeiologia di interesse rianimatorio" per aa 1994/95 con 16 ore di didattica

"Semeiologia di interesse rianimatorio" per a.a. 1995/96 con 16 ore di didattica

"Semeiologia di interesse rianimatorio" per a.a. 1996/97 con 16 ore di didattica

"Semeiologia di interesse rianimatorio" per a.a. 1997/98 con 16 ore di didattica

"Anestesia nelle Specialità" per a.a. 1993/94 con 48 ore di didattica

"Anestesia nelle Specialità" per a.a. 1994/95 con 48 ore di didattica

"Anestesia nelle Specialità" per aa 1995/96 con 48 ore di didattica

"Anestesia nelle Specialità" per aa 1996/97 con 48 ore di didattica

"Anestesia nelle Specialità" per aa 1997/98 con 24 ore di didattica

"Fisica" per aa 1997/98 e 1998/99 con 16 ore di didattica

"Fisiopatologia respiratoria" per aa 1997/98 e 1998/99 con 16 ore di didattica

"Rianimazione cardio-respiratoria" per aa 1997/98 e 1998/99 con 22 ore di didattica. Docente dei corsi post-universitari in Anestesiologia organizzati dal Centro Regionale FEEA dal 1991 al 2007

- **Nell'ambito dell'INCARICO di RESPONSABILE MEDICO 118**

1. organizzatore e docente del Corso Accreditato regionale ECM "I presidi e le protesi respiratorie in respiro spontaneo e nell'assistenza ventilatoria invasiva e non invasiva" edizioni multiple dal 2009
2. organizzatore e docente della sezione "Lo pneumotorace spontaneo e traumatico. La gravità di quello iperteso" nel Corso Accreditato regionale con ECM "Il trauma del torace" edizioni multiple dal 19.6.2009 per medici e per infermieri
3. Corso Gestione della maxiemergenza dal 2.2.2009 al 31.12.2009  
Totale 23 crediti formativi per il 2009
4. Saper riconoscere e trattare gli eventi avversi acuti post vaccinali 27.5.2010 e 28.5.2010  
Totale 8 crediti formativi per il 2010
5. Gestione preospedaliera del paziente affetto da specifici quadri di insufficienza cardiorespiratoria esercitazioni pratiche di lavoro di equipe dal 1.2.2011 al 31.12.2011  
Totale 22 crediti formativi per il 2011
6. Nuove metodologie per il trattamento dell'arresto cardiaco 18.11.2011 e 15.6.2012
7. Assistenza domiciliare integrata del progetto dreaming il contributo delle nuove tecnologie di home care Trieste 11.10.2012  
Totale 3 crediti formativi per il 2012
8. La gestione dell'angioedema nell'urgenza emergenza 13.12.2013 e 16.5.2014  
Totale 5 crediti formativi per il 2013-14  
Il triage nelle maxiemergenze dal 15.6.2015 al 31.12.2015  
Totale 2 crediti formativi per il 2015
9. Diffusione e applicazione del PDTA per lo stroke in Friuli Venezia Giulia 16.3.2016
10. Docente dei Corsi di formazione sul campo "Il farmaco Ossigeno" "Ventilazione non invasiva" "Presidi sopraglottici" edizioni multiple dal 2009
11. Attività didattica presso Università negli anni accademici 2013-14, 2014-15, 2015-16 nel **Master Universitario di Primo e secondo livello in "Emergenze cliniche extra-ospedaliere"** del Dipartimento della Salute dell'Università degli Studi di Trieste con seminari di 8 ore in ognuno dei 5 moduli del Master per un totale complessivo di 120 ore di insegnamento nei tre anni.

- **Prima di diventare responsabile medico 118 ha eseguito il seguente percorso formativo e scientifico nel campo dell'emergenza:**

Dal 1984 al 1992 ha svolto **servizio di ambulanza medica attrezzata** presso il Presidio Ospedaliero di Grado con la Croce Verde Goriziana e con la Croce Rossa presso la sede di piazza V.Veneto Trieste svolgendo interventi di urgenza ed emergenza e trattando tutto il campo delle situazioni critiche. Ha praticato rianimazioni cardiorespiratorie, defibrillazioni cardiache, incannulamenti centrali, spostamento di malati politraumatizzati, intubazioni di malati potenzialmente portatori di lesioni traumatiche del rachide cervicale, ecc..

Medico rianimatore del **Servizio di Elisoccorso nel Friuli Venezia Giulia** dalla sua istituzione praticando moltissimi interventi primari e secondari con l'elisoccorso 118.

Dal 2003 al 2007 ha svolto turni nella **medicalizzata del 118** di Udine.

Ha eseguito **corsi di aggiornamento** su BLS, PBLIS, ABLIS, BLSD, sul trauma, sul trasporto del malato critico.

Ha preparato **Tesi di Laurea e di Specializzazione** sulla Rianimazione cardio-respiratoria, sulla gestione del traumatizzato.

Ha **pubblicato su riviste scientifiche internazionali** lavori sull'incannulamento venoso centrale non necessitante di controllo radiologico, sull'esecuzione del massaggio cardiaco e somministrazione di epinefrina.

Ha presieduto annualmente le "Giornate dell'Emergenza" di Lignano e ha partecipato a molti convegni dell'emergenza come relatore invitato o come discente. E' stato dal 10 marzo 1999 **referente della sub-unità clinica dell'Emergenza Ospedaliera ed Extraospedaliera** per l'Azienda Ospedaliera di Trieste.

**Docente dei corsi teorico-pratici di formazione e di mantenimento degli standards nell'Emergenza** per il personale medico intra ed extraospedaliero, il personale paramedico e per gli studenti del VI anno di Medicina

Come **Responsabile della Centrale Operativa di Trieste** sono stati conseguiti obiettivi aziendali di ottimizzazione della gestione delle missioni di soccorso non a carattere di urgenza con attivazione di percorsi clinici assistenziali che hanno implementato la presa in carico territoriale e ridotto la percentuale del rapporto accessi al pronto soccorso versus numero di missioni

Nel giudizio di conferma dell'incarico si legge:

"si evidenzia una produzione scientifica di livello internazionale di alto profilo con una differenziazione sugli aspetti di innovazione ed organizzazione , ottima capacità professionale che viene agita anche nello sviluppo delle competenze dei professionisti che collaborano nella struttura"

Nell'ambito del curriculum il candidato, Vittorio Antonaglia, descrive la

## **TIPOLOGIA DELL'ISTITUZIONE LAVORATIVA E POSIZIONE FUNZIONALE E COMPETENZE NELLA STESSA**

Il Sistema di Emergenza sanitaria nazionale nasce con il DPR 27 marzo 1992 ed è costituito da due componenti interconnesse:

- Sistema di Allarme e di Emergenza Territoriale le cui componenti base sono le Centrali Operative (C.O.) e le Postazioni Territoriali con relativo personale e mezzi di soccorso
- sistema di risposta della rete ospedaliera i cui presidi rispettano criteri di livelli di competenza e responsabilità

La mission del Sistema di emergenza è di rispondere ai bisogni di soccorso del territorio e l'accesso al Sistema di Emergenza avviene attraverso due modalità

- richiesta di soccorso mediante chiamata alla C.O. 118. La richiesta viene processata e, se è pertinente, l'invio di un mezzo di soccorso e la prestazione sanitaria in loco e/o il trasporto in ospedale di riferimento seguono criteri di codice di gravità.
- ingresso diretto al Pronto Soccorso (P.S.) ospedaliero o dove presenti ai punti di primo intervento.

Obiettivo primario del Sistema di Allarme e di Emergenza Territoriale è la riduzione del tempo libero da terapia nelle patologie acute, la patologia da trauma e quelle cliniche tempo-dipendenti, attraverso l'intervento precoce, il primo trattamento qualificato sul luogo dell'evento e il trasporto protetto all'Ospedale competente al fine di ridurre le morti evitabili e le gravi disabilità conseguenti a situazioni di emergenza –urgenza sanitaria. Il DPR 23 aprile 2008 ne riconosce l'importanza come LEA. Per le patologie tempo dipendenti e a maggior complessità si è perfezionato un sistema di rete mediante modello Hub e Spoke di interazione tra Sistema di allarme e di Emergenza territoriale e Rete Ospedaliera che usa procedure condivise ed assicura la continuità reale dell'assistenza avanzata.

Il Sistema 118 di Trieste fa parte dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste ASUITS costituitasi il 01.05.2016.

Il Sistema 118 ha in carico in tutto 7 medici, 39 infermieri, 29 autisti e 15 operatori socio-sanitari,

Il Sistema 118 è composto:

- dalla Centrale Operativa che gestisce gli interventi di soccorso,
- dai mezzi di soccorso e trasporto con autoparco,
- da un ufficio di direzione del Sistema con un settore di supporto logistico e dal relativo personale.
- si aggiungono i mezzi di soccorso e trasporto e relativo personale appartenenti ad Associazioni specificatamente convenzionate con il Sistema 118.

La Centrale Operativa del 118 riceve una media di 190.000 chiamate telefoniche ed esegue in media 27.000 missioni di soccorso all'anno.



**Specifici ambiti di autonomia professionale con funzione di direzione del sottoscritto:**

gestione diretta e giornaliera della **Centrale Operativa**, cui compete la ricezione dell'allarme, la pro cessazione della chiamata e l'attivazione della risposta operativa.

organizzazione e gestione di specifici **modelli operativi di assistenza dal territorio all'intra-ospedaliero** In essi si individua nell'azione in situ del primo equipaggio sanitario il momento di inizio del processo di cure, che pertanto va praticato con appropriatezza e tempestività (adeguata tecnologia strumentale e capacità professionale validata) ed è caratterizzata da sequenze esplicitamente definite (protocolli) pianificate e note a tutti i componenti del sistema.. L'uso della teletrasmissione dei dati ha consentito di creare percorsi diretti con strutture ospedaliere e dipartimentali territoriali.

Identificazione dei livelli di assistenza necessari per i singoli quadri clinici che possono determinare il completamento del soccorso primario sulla scena senza ulteriori interventi oppure l'attivazione di specifici precorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (**PDTA**) condivisi in ambito aziendale, di area vasta, o a livello regionale), o determinare il trasporto in Ospedale e allora il continuum di cure è proseguito in Pronto Soccorso o può necessitare dell'attivazione dei processi di integrazione delle cure territoriali mediante attivazione dell'assistenza infermieristica domiciliare, dei servizi distrettuali, dei Centri Specialistici, dei Dipartimenti, dei MMG o dei medici SCA.

organizzazione, **coordinamento e integrazione con le altre organizzazioni ed istituzioni impegnate nel soccorso** nella predisposizione di piani e procedure per prevenire e gestire il rischio clinico durante i grandi eventi, le maxiemergenze e le catastrofi.

Di seguito le job description del sottoscritto presso ASS1

**RESPONSABILE DEL SISTEMA 118 VITTORIO ANTONAGLIA**

<b>STRUTTURA</b>	S.S. SISTEMA 118
<b>Posizione di Lavoro</b>	Responsabile Struttura Semplice "Sistema 118"

<b>Incarico</b>	
<b>Dipendenza gerarchica</b>	Direzione Generale, Direzione Sanitaria
<b>Interfaccia a valle</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I Responsabili Infermieristici della struttura operativa</li> <li>2. Tutti gli operatori della struttura operativa</li> </ol>
<b>Rapporto funzionale</b>	<p>Direzione Amministrativa e Direzione Strategica  Tutti gli operatori della struttura operativa  L'Azienda Ospedaliero-Universitaria, P.S. e i Dipartimenti dell'urgenza/emergenza e di Cardiologia  I Dipartimenti e i Distretti dell'ASS n.1  Il Servizio di Continuità Assistenziale  I comandi degli organi di polizia e degli enti di soccorso tecnico e di protezione civile  Le Centrali operative 118 della Regione</p>
<b>Profilo Professionale</b>	Dirigente medico
<b>MISSION (Scopo della posizione)</b>	Organizzare, dirigere e gestire il "Sistema 118" assicurando la corretta gestione delle attività relative alla funzione in essere
<b>Titoli e qualifiche</b>	Specialista in Anestesia e Rianimazione, Specialista in Pronto Soccorso e Terapia d'Urgenza, Master in Management in Sanità
<b>Competenze</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organizzazione generale del Sistema e definizione delle linee di indirizzo per l'attività di centrale operativa, di</li> </ul>

	<p>soccorso e trasporto sul territorio, nonché per le attività di supporto logistico e amministrativo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• predisposizione, definizione e aggiornamento permanente delle procedure e delle istruzioni operative che disciplinano le attività del Sistema</li> <li>• messa a punto dei processi operativi e clinici di interazione e di continuità assistenziale e relativi collegamenti funzionali in collaborazione con le strutture di urgenza/emergenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria</li> <li>• attivazione e controllo della formazione e aggiornamento permanente del personale medico, infermieristico, tecnico e volontario, sia direttamente dipendente sia proveniente dalle associazioni convenzionate, nonché collaborazione alla formazione e aggiornamento del personale di altre strutture pubbliche o private</li> <li>• definizione dei collegamenti funzionali con il Servizio di continuità assistenziale</li> <li>• controllo della definizione dei collegamenti funzionali con i Distretti sanitari nell'ambito dell'attività di filtro ai ricoveri impropri</li> <li>• definizione degli aspetti tecnici che regolano i rapporti con le altre strutture di emergenza non sanitaria: organi di Polizia, Vigili del fuoco, Guardia costiera, Protezione civile, Soccorso alpino e speleologico</li> <li>• predisposizione degli atti convenzionali con gli enti e associazioni operanti nell'ambito del Sistema 118</li> <li>• attività di verifica della corretta esecuzione di procedure ed istruzioni operative</li> <li>• attività di verifica della qualità dell'assistenza</li> <li>• verifica dell'attività di gestione del personale dipendente</li> <li>• controllo dell'attività di gestione delle dotazioni materiali e delle tecnologie</li> <li>• definizione delle caratteristiche dei mezzi di soccorso e delle attrezzature, ed elaborazione di progetti e percorsi sanitari con nuove tecnologie</li> <li>• elaborazione di piani di maxi-emergenza e coordinamento di situazioni operative complesse, di infortuni di massa, di eventi ad elevata complessità tecnica di soccorso</li> <li>• organizzazione e coordinamento dell'assistenza sanitaria per grandi eventi in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, per gare sportive e pubbliche manifestazioni "a rischio" per numero e concentrazione di persone e/o per situazioni particolari</li> <li>• conoscenza degli elementi essenziali di un sistema di qualità</li> <li>• conoscenza delle linee guida validate e aggiornate concernenti le attività di istituto</li> </ul>

<p><b>Responsabilità professionali</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pianificazione e gestione di attività assistenziali e di ricerca, di linee guida e di procedure e protocolli di assistenza sanitaria .</li> <li>• Attua le misure di prevenzione dei rischi negli ambienti di vita e lavoro, anche in coordinamento con le altre unità e strutture operative intra ed extra aziendali</li> <li>• Verifica dello stato di attuazione e avanzamento del piano di lavoro annuale dell'unità operativa, coordinando l'uniforme applicazione di procedure, protocolli e linee guida nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o sociali.</li> <li>• E' responsabile della qualità dell'assistenza (elabora indicatori e criteri)</li> <li>• Coordinamento della formulazione degli obiettivi e del piano di lavoro annuale della Struttura.</li> </ul>
<p><b>Responsabilità organizzative</b></p>	<p><b><u>Centrale operativa</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizza le attività dei trasporti primari e secondari.</li> <li>• Pianificazione e coordinamento generale del servizio dei trasporti secondari ed extraprovinciali.</li> <li>• Sorveglianza degli interventi di soccorso complessi con attivazione di un processo di debriefing.</li> </ul> <p><b><u>Personale</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pianificazione e coordinamento delle attività della Centrale Operativa e dei mezzi di soccorso.</li> <li>• Elabora o assegna la stesura di protocolli clinici ai medici dell'emergenza dipendenti e convenzionati</li> </ul> <p><b><u>Qualità</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prende visione dei rapporti di non conformità.</li> <li>• Verifica la qualità delle prestazioni del personale.</li> </ul>

	<p><b><u>Enti Esterni</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapporti di collaborazione con le U.O. dell'Azienda ospedaliera e dell'Istituto per l'Infanzia.</li> <li>• Rapporti di pianificazione/collaborazione con gli Enti di pubblica sicurezza (113, 112, 115, C.P.), Protezione Civile, Soccorso alpino e speleologico ecc</li> <li>• Pianificazione e coordinamento di manifestazioni pubbliche, sportive e grandi eventi (riunioni in Prefettura, Comuni, con organi di pubblica sicurezza, Enti e/o Associazioni)</li> </ul>
--	--

### **L'attività del Sistema 118,**

E' istituzionalmente definita da specifiche Leggi, si articola nella nostra realtà nelle seguenti grandi aree di operatività

#### **l'attività primaria di soccorso sul territorio**

Essa è coordinata dalla Centrale Operativa in relazione a codifiche di gravità dei pazienti, a cui si abbina l'attività primaria di trasporto dei pazienti correlata al soccorso o legata a trasferimenti urgenti di pazienti gravi.

#### **l'attività di interazione con l'Ospedale**

a) per la continuazione del soccorso primario. La fase pre-ospedaliera del soccorso viene concepita come una continuità operativa di azioni, ciascuna necessaria e preliminare alla successiva, che avvia un modello operativo nel quale il Pronto Soccorso Ospedaliero diviene la prima e principale struttura di continuità fra le fasi di cura pre ed intra-ospedaliere.

b) per interventi di soccorso ad alta compromissione specifica delle funzioni vitali. In questi casi l'interazione del Sistema 118 può avvenire direttamente con strutture operative ospedaliere ad elevata specialità eliminando i tempi di stazionamento in Pronto Soccorso.

c) per la gestione delle cure primarie durante le ore notturne 20-8 in ambito ospedaliero (CPC dell'Ospedale Maggiore) individuando campi di patologie specifiche e processi di cure da avviare o completare per i pazienti accolti durante la funzione di Pronto Soccorso e classificati come codici bianchi o verdi.

d) per la dimissione di pazienti e il trasferimento urgente di pazienti tra terapie intensive, internocomiali o verso strutture sanitarie

## **L'attività di interazione con il territorio**

- a) per la continuazione del soccorso primario,
- b) per l'azione di filtro dei ricoveri evitabili
- c) per l'istituzione di un vero servizio di continuità assistenziale.

Il Sistema 118 contribuisce al Servizio di Integrazione territoriale e di continuità assistenziale, facendo rete con l'attività ambulatoriali e domiciliari distrettuali, con il Centro Cardiovascolare e con i Centri Diabetologici, con il Servizio di terapia del dolore cronico, con le RSA e le strutture residenziali protette, con i MMg e i Medici di Continuità assistenziale. A tal fine controlla il sistema di trasporti infermi secondario, modula i flussi tra distretti ed ospedale e tra le varie strutture sanitarie. Tiene la regia dei trasporti secondari territoriali interagendo con le dimissioni ospedaliere e con quelle del Pronto Soccorso. Sempre offrendo la possibilità di sopperire a bisogni improcrastinabili di trasporti primari in situazioni di emergenza. Il Servizio continuità assistenziale è funzionalmente collegato alla Centrale Operativa 118.

**L'attività di assistenza e prevenzione** con il coordinamento dei servizi di assistenza a pubbliche manifestazioni, a grandi eventi e gare sportive. Allarme di emergenza veterinaria, igienista, ecologica e ambientale Trasporto urgente di sangue ed emoderivati e attività connesse ai trapianti d'organo. Informazioni sanitarie urgenti. Prevenzione e gestione delle maxi-emergenze

**L'attività di formazione** che comprende la formazione del personale dipendente del 118 e dell'ASS1, del personale delle associazioni convenzionate, la formazione del personale degli Enti e Forze dell'Ordine che interagiscono con il Sistema 118 e infine la formazione dei laici.

## ***Assetto operativo del 118 al momento della presa in carico del sottoscritto e nel biennio 2008-2009:***

**L'assetto operativo della C.O.**, precedente agli interventi di modifica organizzativa ed operativa, si basava di giorno su 1 infermiere in ricezione chiamate di soccorso, 1 infermiere gestione mezzi di soccorso e 1 infermiere gestione attività trasporti secondari. Di notte su 1 infermiere in ricezione chiamate di soccorso, 1 infermiere gestione mezzi di soccorso.

**L'Assetto operativo sul territorio** di giorno comprendeva tre ambulanze di soccorso avanzato (autista infermiere ed OSS) e un'automedica, dislocate in tre postazioni con ambulanza e auto medica in una medesima, affiancate da 4 ambulanze base di Enti convenzionati funzionalmente integrati alla CO. L'assetto notturno da due ambulanze di soccorso avanzato e un'automedica. dislocate in due postazioni con ambulanza e auto medica in una medesima., affiancate da 2 ambulanze base di Enti convenzionati e in aggiunta un'ambulanza base per le prime quattro ore notturne.

L'equipaggiamento delle ambulanze era basato su 4 monitor defibrillatori senza capacità di trasmettere l'ECG a 12 derivazioni e i parametri vitali, il sistema di erogazione della pressione positiva continua delle vie aeree e il dispositivo con supporto di pressione positiva.

In passato vi era la profonda e radicata convinzione che il trasporto sanitario non faccia parte delle cure che si inizia ad erogare ad un paziente con compromissione più o meno grave delle sue funzioni. Il trasporto sanitario sarebbe stato una specie di limbo in cui il fattore tempo fa da padrone. Le vere cure inizierebbero in ospedale. In linea con questi principi non venivano usati farmaci cardiologici, antiipertensivi, antiedema cerebrale, analgesici maggiori e minori, vi era la carenza completa di presidi avanzati per il controllo delle vie aeree e per la ventilazione e per la gestione delle urgenze da ustioni, di strumentazione per la rilevazione della pressione arteriosa non invasiva, per la rilevazione dell'ossido di carbonio e dell'anidride carbonica di fine espirazione..

### ***Strategia operativa adottata dal 2010.***

In base al principio che le cure sono un continuum il cui primo atto è costituito da un corretto approccio e trattamento iniziale al fine da migliorare nel più breve tempo possibile le condizioni compromesse e ottenere un recupero che abbia i minori effetti possibili su organi e apparati evitando così complicazioni e appesantimento di cure e di indagini, sono state implementate le procedure, le strumentazioni, i devices e i farmaci necessari ad ottimizzare il trattamento.

Le nuove scelte strategiche sono state in linea con il principio che l'intervento sulla scena della missione di soccorso da parte dell'equipaggio sanitario rappresenta lo snodo principale di tutto il trattamento. Esso viene individuato come il momento di inizio del processo di cure, che pertanto va praticato con appropriatezza e tempestività (adeguata tecnologia strumentale e capacità professionale validata) e caratterizzato da sequenze esplicitamente definite (protocolli) pianificate e note a tutti i componenti del sistema. Il soccorso primario può completarsi sul posto senza ulteriori interventi o può essere seguito dal trasporto in Ospedale e allora il continuum di cure è proseguito in Pronto Soccorso o può necessitare dell'attivazione dei processi di integrazione delle cure territoriali mediante attivazione dell'assistenza infermieristica domiciliare, dei servizi distrettuali, dei Centri Specialistici, dei Dipartimenti, dei MMG o dei medici SCA. Il tutto al fine di innescare una rete territoriale che intercetti i bisogni di cura del paziente.

**l'attività di interazione con l'Ospedale** si è così modificata:

- a) Per la continuazione del soccorso primario. La fase pre-ospedaliera del soccorso è concepita come una continuità operativa di azioni, ciascuna necessaria e preliminare alla successiva, che avvia un modello operativo nel quale il Pronto Soccorso Ospedaliero diviene la prima e principale struttura di continuità fra le fasi di cura pre ed intra-ospedaliere;

Sono stati attivati percorsi clinico assistenziali sui pazienti con dolore toracico e ECG a 12 derivazioni positivo per infarto STEMI e non STEMI e quindi potenzialmente non candidato alla PCA, pazienti con ictus cerebrale con rispetto dei tempi standard di accesso per l'eventuale trattamento trombolitico e trattamento farmacologico preospedaliero per consentire il rispetto dei criteri di arruolamento, pazienti COPD riacutizzati trattati con PSV, pazienti con insufficienza respiratoria acuta di natura cardiogena o polmonare trattati con CPAP, asmatici trattati con aerosol e farmacoterapia. Questi pazienti sono stati consegnati alle cure del Pronto Soccorso con terapia in atto mettendo a disposizione i devices per il proseguimento delle cure;

- b) per interventi di soccorso ad alta compromissione specifica delle funzioni vitali. In questi casi l'interazione del Sistema 118 avviene direttamente con strutture operative ospedaliere ad elevata specialità eliminando i tempi di stazionamento in Pronto Soccorso.

Esempi: accesso diretto in UTIC o in sala di emodinamica per i pazienti con infarto miocardico STEMI, accesso diretto in sala emodinamica di pazienti in arresto cardiaco con massaggio toracico esterno automatico, affidamento diretto al medico rianimatore di pazienti gravi traumatizzati, in stato di coma con controllo delle vie aeree, ecc..

**L'attività di interazione con il territorio è stata organizzata al fine di**

- a) istituire una rete di integrazione con le attività ambulatoriali e domiciliari distrettuali, con il Centro Cardiovascolare (CCV), con i Centri Diabetologici, con il Servizio di terapia del dolore cronico, con le RSA e le strutture residenziali protette,. A tal fine la C.O. tiene la cabina di regia completa del sistema di trasporti secondari, modula i flussi tra distretti ed ospedale e tra le varie strutture sanitarie per esami specialistici, strumentali e visite specialistiche. Controlla il flusso delle dimissioni ospedaliere e con quelle del Pronto Soccorso. Ha in ogni momento la possibilità di sopperire a bisogni improcrastinabili del soccorso primario spostando ambulanze dei trasporti secondari, debitamente allestite per il soccorso, al servizio primario e/o ai trasporti di emergenza
  - i. Appositi percorsi clinico assistenziali sono stati messi a punto sul territorio
  - ii. -gestione a domicilio dei pazienti allettati con e senza alta intensità di cure operando la paracentesi e la toracentesi con eco guida., praticando fluidoterapia reidratante e terapia farmacologica con monitoraggio periodico dei parametri vitali con attività dei MMG e dei distretti
- b) interagire con i Medici di Medicina Generale e con quelli del servizio di continuità assistenziale (SCA) basandosi su buoni rapporti di fiducia tra gli attori, buone pratiche mediche, che sono state applicate condividendo protocolli clinici (protocollo vaccinazioni, shock anafilattico, angioedema, ipoglicemie, ecc..) e nuove situazioni epidemiologiche. Al Servizio SCA, già prima delle modifiche apportate, il cittadino accedeva mediante il numero 118 e dopo aver spiegato il problema per cui aveva chiamato era l'operatore che decideva se contattare il medico SCA o procedere con il soccorso 118. A questa azione di switch dell'operatore di centrale è stata aggiunta la possibilità che a turno i medici SCA per le prime quattro ore notturne hanno sostato in C.O. potendo acquisire le problematiche degli operatori e quest'ultimi quelle dei medici SCA. Lo SCA è stato funzionalmente collegato al 118 attribuendo al responsabile del 118 la responsabilità scientifica dei medici SCA e fisicamente posizionato in vicinanza della C.O. per facilitare continui audit e scambi di informazione.
- c) catalogare i pazienti a rischio clinico aumentato e ad alto impiego di risorse per l'assistenza e le cure a domicilio mediante apposite stringhe colore sull'applicativo software della CO in modo da offrire a chi interviene in urgenza più dati possibili per facilitare inquadramento diagnostico clinico
- d) valutare la compliance familiare mediante scambio di informazioni con i distretti e formazione appropriata
- e) attivare il servizio di psicologia dell'emergenza gestito da psicologi esperti in emergenza operativi entro mezz'ora sulla scena al fine di supportare i parenti delle vittime ed eventualmente gli operatori intervenuti

*Questo cambio di strategia e di scelte di attività ha l'obiettivo di :*



- continuare sul territorio, nei casi opportuni, il soccorso primario, istituendo nella fase acuta controlli infermieristici a scadenze preordinate ed eventuali seconde visite e nella fase post-acuzie, nei pazienti senza precedenti, una vera presa in carico territoriale che coinvolge specialisti e strutture appropriate e nei pazienti cronici una revisione della gestione che ha portato ad una fase di riacutizzazione che non è stata adeguatamente preventivata.
- esercitare una vera e propria azione di filtro dei ricoveri evitabili

### **Metodo operativo adottato**

Appropriatezza della codifica di soccorso alla chiamata in termini di gravità e aderenza alla patologia con abolizione di codici definiti situazionali e determinati più dalle circostanze operative che dal reale triage clinico

Adeguatezza della risposta temporale con monitorizzazione dei tempi di soccorso e rilevazione dei tempi eccedenti quelli standard (sforamenti temporali), elaborazioni di mappe giornaliere, mensili e annuali diurne e notturne degli sforamenti dai tempi standard con individuazione e conseguente audit dei casi sentinella ed identificazione delle fasce orarie a maggiore rischio di carenza di risorse.

Appropriatezza della risorsa attivata con risposta di soccorso ai codici avanzati offerta con auto medica e ambulanza avanzata di soccorso

Aggiunta sul software Sies Insiel di stringhe rosse identificanti indirizzi con persone ad alto bisogno di cure e di assistenza sia adulte che pediatriche

Monitoraggio dell'accesso al PS dei pazienti fragili identificati su specifici criteri di multi patologie e limitazioni funzionali.

Monitoraggio del numero di richieste di soccorso e degli accessi al PS dei pazienti fragili delle singole case di cura, RSA, strutture polifunzionali.

Individuazione di patologie croniche dove si evince un eccesso di ricovero o attese troppo lunghe con attivazione della presa in carico territoriale

Monitoraggio dell'azione di filtro ai ricoveri impropri praticata in C.O. mediante interazione con le strutture distrettuali e attivazione della rete territoriale con verifica di mancato accesso nei tre giorni successivi.

Costruzione di specifici percorsi clinici territoriali e verifica dell'adeguatezza di quello adottato  
Verifica del Ricovero in PS entro le successive 24 ore

Monitoraggio dell'attività della Guardia Medica con rilevazione della percentuale delle visite domiciliari rispetto alle chiamate e delle consecutive richieste di accesso al Pronto Soccorso con ambulanza

Contatore della performance: verifica trimestrale degli indicatori e analisi degli scostamenti

### **Risorse e programmi attivati**

Nel 2009 in CO è stato introdotto il terzo infermiere per la gestione dell'attività di rete, filtro ricoveri impropri e supporto alla ricezione chiamate di soccorso dalle 8 alle 20 (7 giorni su 7). Mentre ai trasporti secondari è stato posto un operatore OSS dalle 8 alle 20 (6 giorni su 7).

Nel 2009 è stata aggiunta un'ambulanza diurna di soccorso avanzato con infermiere ALSP con postazione sull'altopiano a causa degli elevati tempi di arrivo sulle missioni di codice elevato.

Inoltre è stato attivato da dicembre 2009 un ulteriore mezzo di soccorso in guardia attiva con due operatori nelle 12 ore diurne tutti i giorni tranne i festivi per i trasporti urgenti extraprovinciali e per l'azione di filtro. L'equipaggio di tale ambulanza è a disposizione per le eventuali assenze non programmate disattivando così il mezzo.

-attivazione sistema teletrasmissione dell' ECG ed interazione funzionale con UTIC e CCV

-introduzione dell'ecografo per la gestione dell'emergenza, ma soprattutto per la gestione delle missioni con pazienti a potenziale evolutività verso la compromissione delle funzioni vitali

-introduzione del compressore cardiaco esterno per la gestione degli arresti cardiaci con trattamento advanced ACLS

-introduzione di un device che supporta la ventilazione pressometrica assistita e la CPAP per la gestione acuta dell'insufficienza respiratoria

-introduzione di rilevatori di Hb digitale, monossido di carbonio (CO) digitale oltre a rilevatori ambientali di CO e di gas tossici e sostanze radiattive.

-assegnazione da parte della C.O. dei codici rossi e gialli ad ambulanze di soccorso avanzato (ALSP), a meno che i mezzi interessati non risultino già tutti impegnati in missione; modifica delle I.O. al fine di aggregare nel più breve tempo possibile un mezzo avanzato (in primis l'automedica) al soccorso praticato da un mezzo base. -riorganizzazione dei trasporti secondari e utilizzo in casi di necessità delle ambulanze di trasporto per soccorso codici minori

-miglioramenti tecnici in uscita dalla sede della caserma di via D'Alviano (semaforo, pulsanti automatici per uscita via D'alviano e telecomando per uscita dal basso)

-messa in atto di un accurato programma di formazione dei medici, degli infermieri e degli altri operatori del soccorso che risulta ancora in essere

-adozione di uno specifico programma di monitoraggio e registrazione delle curve acquisibili con i monitor defibrillatori che permette a posteriori l'analisi delle curve ECG e di impedenza toracica, che rappresentano la compressione del torace, e consentono agli operatori la verifica del proprio operato

### ***Automezzi***

-E' stato perseguito l'obiettivo di Incremento della dotazione del numero di Ambulanze: attualmente sono 14 in attività di cui alcune con oltre 200 mila km. Automediche: a disposizione 5. Mezzi di ausilio:1 Mondeo ex auto medica e una fuori strada. Auto per svolgere il servizio di continuità assistenziale: sono 3 Panda aziendali.

### ***Farmaci, presidi sanitari, materiali, dotazioni e strumentazione***

Il parco monitor defibrillatori è stato aggiornato e dispone di LP12 e LP15. I mezzi per il contenimento e la fissazione degli arti sono adeguati come pure le assi spinali e le barelle a cucchiaio. Buono l'addestramento al loro uso e la presenza di istruttori anche tra gli autisti.

Durante le missioni vengono usati farmaci cardiologici, antiipertensivi, antiedema cerebrale, analgesici maggiori e minori, antiglicemici; presidi avanzati per il controllo delle vie aeree e per la ventilazione, presidi sanitari per la gestione delle urgenze da ustioni, strumentazione per la

rilevazione della pressione arteriosa non invasiva, per la rilevazione dell'ossido di carbonio e dell'anidride carbonica di fine espirazione.

### **Risorse umane**

#### **Medici.**

L'equipe medica è incrementata ed è ora formata da tre anestesisti rianimatori e da tre medici MET tutti esperti. Tutti hanno eseguito una accurata formazione nel campo dell'emergenza extraospedaliera ma è sempre sentita la necessità di aggiornamento e crescita professionale eseguita con l'affiancamento presso strutture accreditate.

#### **Personale del comparto.**

Il sistema è dotato di una Posizione organizzativa infermieristica e di due Coordinatori infermieristici e di 37 infermieri formati. Gli Autisti sono 27 e gli Assistenti socio-sanitari 14 classificati come operatori specializzati esperti e operatori tecnici.

### **SITUAZIONE ATTUALE: CENTRALE OPERATIVA**

**attività globale** il trend delle chiamate totali alla C.O. è in incremento. Si va dalle 160 mila chiamate del 2007 alle 196 mila del 2015.

**L'assetto operativo della C.O. e dei mezzi disposti sul territorio rappresenta un altro specifico ambito di autonomia professionale dove il sottoscritto esercita la funzione di direzione avendolo completamente modificato rispetto al passato**

Di giorno si basa su 2 infermiere in ricezione chiamate di soccorso, 1 infermiere gestione mezzi di soccorso e di notte su 1 infermiere in ricezione chiamate di soccorso, 1 infermiere gestione mezzi di soccorso, con sovrapposizione degli orari nelle fasce di inizio turno diurno e notturno. Il meccanismo della gestione dei trasporti secondari è scorporato dalla C.O. e si dota di due operatori formati che controllano solo i viaggi di trasporto. Infermi da un'altra specifica postazione della CO.

**L'Assetto operativo** del soccorso primario diurno e notturno è rappresentato durante il servizio diurno da cinque ambulanze avanzate, dislocate in apposite postazioni, tre ambulanze base e un'automedica

Di notte due ambulanze avanzate, tre ambulanze base e un'automedica.

Le **chiamate di soccorso** presentano un trend in diminuzione dalle 30 mila del 2008 alle 24 mila del 2015. Ad esse ha fatto seguito l'attivazione di **missioni primarie** (attivazione di un mezzo di soccorso): che risultano in media 4 mila in più delle chiamate).

La media numero di chiamate di soccorso all'anno è stato di 1 ogni 8.4 abitanti della provincia di Trieste.

Se limitiamo il rapporto ai codici più gravi gialli e rossi, vi è una chiamata di soccorso grave all'anno ogni 24 abitanti.

Il rapporto diurno/notturno è per le missioni di soccorso del 70/30% costante negli anni.

Nella tabella sottostante sono indicati i dati delle chiamate alla CO e nella successiva quelli delle missioni di soccorso.

<b>TIPO CHIAMATA</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b><i>chiamate totali</i></b>	198747	196493	198395	189902	196390
<b>SOCCORSO</b>	26473	25176	24330	24449	23952
<b>GUARDIA MEDICA</b>	25769	26037	28367	28088	28591
<b>INFO ALL'UTENZA</b>	15340	15964	18588	16742	17881
<b>FILTRO RICOVERI</b>	2498	2602	3109	2761	2461

<b>PRIMARIE</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>CRITICITA' RISCONTRATA</b>					
<b>BIANCO</b>	4436	4762	4957	5457	5635
<b>VERDE</b>	19532	18056	17715	18241	17713
<b>GIALLO</b>	7750	7415	6645	6207	6008
<b>ROSSO</b>	1176	1206	1117	1210	1134
<b>TOTALE MISSIONI</b>	32894	31439	30434	31115	30490
<b>TOTALE RICOVERI H</b>	23318	22114	21298	21856	21692

<b>SECONDARIE URGENTI</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>TOTALE MISSIONI</b>	613	600	691	685	777

### ***Interazione con l'Ospedale***

**Gli specifici ambiti di autonomia professionale con funzione di direzione che ha svolto il sottoscritto hanno determinato una riduzione del rapporto tra il numero di accessi in Pronto Soccorso e le missioni svolte sul territorio.**

Dal 2008 gli accessi ai PS mediante 118 si sono ridotti dal 74%% delle missioni eseguite, al 70% del 2014.

In media gli accessi ai PS mediante 118 hanno costituito il 32,5% degli accessi totali in PS.

### ***Ricezione delle chiamate e attivazione del Servizio Continuità Assistenziale***

Le chiamate inerenti il servizio SCA sono di media tra le 26 e 29 mila all'anno. Gli operatori della C.O. oltre a ricevere tali chiamate eseguono una vera e propria azione di filtro e smistamento ad altri servizi ed enti.

### ***Coordinamento dei servizi di assistenza a pubbliche manifestazioni e gare sportive grandi eventi***

Barcolana, Bavisela ed altri grandi eventi impegnano la Direzione del 118 nell'organizzazione e gestione dei Piani sanitari di soccorso con elaborazione di specifiche Istruzioni Operative e Assetti Operativi.

### ***Attività di prevenzione e risposta a maxiemergenze***

Sono all'ordine del giorno riunioni in Ente Porto, Capitaneria, Prefettura, VVFF, Protezione Civile per lo studio di simulazioni di catastrofi in mare e per simulazione di grandi emergenze in prossimità SIOT (grande viabilità). Oltre alla simulazione di catastrofe in Slovenia tenuta a Sesana e quella in Val Rosandra tenuta dal Soccorso Alpino.

***Ricezione dell'allarme igienistico, ecologico, ambientale e veterinario e attivazione delle strutture di competenza.*** Gli allarmi NBCR e il periodico transito di carichi di materiale fissile impegnano la Direzione del Sistema 118 con piani particolareggiati di concerto alla Prefettura e con una azione di allertamento di durata di alcuni giorni. Il sottoscritto ha attivato la formazione degli operatori e il retraining. dei: corsi NBCR e di quelli per i Dispositivi Protezione Individuale

### ***Attività connesse ai trapianti d'organo***

Il Centro Nazionale trapianti ha richiesto ed ottenuto che tutta l'attività di trasporto organi, personale e pazienti sia coordinato e gestito dai Sistemi 118. L'attività è sostanzialmente limitata.

### ***STEN e STAM***

Il trasporto neonatale urgente è attivato in collaborazione con il servizio di neonatologia dell'Ospedale materno-infantile Burlo Garofolo. Impegna l'autista e l'infermiere e in media prevede 70 missioni anno. Il sistema 118 di Trieste è marginalmente coinvolto nel trasporto STAM.

**Attività di formazione ed aggiornamento rivolta al personale del 118 e dell'Azienda:**  
E' continua per tutto il personale con corsi BLSD, corsi trattamento trauma, presidi ventilazione ed ossigenazione, tenuti dal sottoscritto. Poi corsi specifici per i medici, gli infermieri e gli autisti. Si alimenta la formazione pediatrica con uno specifico accordo con l'Ospedale materno-infantile per i corsi PBLSD e di trasporto pediatrico.

**Attività di formazione ed aggiornamento rivolta al personale convenzionato**  
E' continua la formazione del personale non sanitario degli enti convenzionati sul BLS, sulla gestione delle chiamate di soccorso, sull'intervento sulla scena, sui dispositivi di protezione e NBCR

**Formazione del personale di Enti e Forze dell'Ordine che interagiscono con il Sistema 118 e dei laici**

Viene eseguita la formazione verso il pronto soccorso delle forze dell'ordine e di Enti come Protezione Civile, Soccorso Alpino, ecc. Per i VVF la formazione è più indirizzata alla loro difesa che all'azione sanitaria per cui è stata ricalibrata per l'interazione con il soccorso sanitario. La formazione dei laici prevede BLS e BLSD per associazioni sportive, enti e altre amministrazioni e per singoli operatori.

## SOGGIORNI DI STUDIO E DI ADDESTRAMENTO PROFESSIONALE

il sottoscritto ha svolto stages per l'apprendimento di tecniche speciali di anestesia e rianimazione e, come dirigente responsabile del personale e dell'attività di ricerca clinica del Laboratorio di Meccanica Respiratoria, vari stages di approfondimento tecnologico e scientifico presso istituzioni italiane ed estere e presso Istituti Universitari.

*stages di durata > 3 mesi:*

-nel 1989 presso l'**Istituto di Anestesia e Rianimazione della Ludwig Maximilians Universitaet di Monaco di Baviera** diretto dal Prof. Peter per l'apprendimento di tecniche speciali di anestesia e rianimazione

-nel 1996 presso l'**Istituto di Pneumologia e Rianimazione dell'Università di Bischat di Parigi**, diretto dal Prof. Pariente durante l'anno sabatico del prof. Milic-Emili dell'Università Mc Gill di Montreal con elaborazione di un nuovo metodo per il calcolo della viscoelasticità polmonare "New method for the assesement of the viscoelastic properties of the respiratory system" pubblicato su European Respiratory Journal

*stages di durata inferiore ai tre mesi:*

-nel 2007 Ospedale Gaslini Genova stage di una settimana sulla gestione del bambino in condizioni critiche e rianimazione pediatrica

nel 1990 presso l'Istituto di Clinica Medica dell'Università degli Studi di Firenze coordinato dal Prof. Scano per l'apprendimento di tecniche strumentali nello studio funzionale dell'Insufficienza respiratoria acuta e cronica

-nel 1993 presso la Terapia Intensiva dell'Ospedale di Sabadell, Spagna, diretto dal Prof. Artigas per una ricerca clinica sul trattamento dell' ARDS

-nel 1994 presso la Terapia Intensiva dell'Ospedale di Sabadell, Spagna, diretto dal Prof. Artigas per una ricerca clinica sul trattamento dei pazienti COPD scompensati

-nel 1999 presso il Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria dell'Istituto Chagas Filho di Rio del Janeiro, Brasile

-nel 2001 presso il Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria dell'Istituto Chagas Filho di Rio del Janeiro, Brasile

-nel 2003 presso il Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria dell'Istituto Chagas Filho di Rio del Janeiro, Brasile

## **PARTECIPAZIONE A CORSI, CONGRESSI, TAVOLE ROTONDE IN QUALITÀ DI RELATORE INVITATO:**

-Invito dell' Accademia Russa di Scienze Mediche di Mosca in qualità di Relatore Onorario per il 60° anniversario della Conferenza dell'Istituto Generale di Rianimazione con le relazioni "Respiratory Mechanics in acute respiratory failure" e "Intrinsic PEEP in COPD patients", "Do we need a Swan-Ganz catheter for the treatment of critically ill patient?" Mosca 1996.

-Invito dell' Accademia Russa di Scienze Mediche di Mosca in qualità di Relatore Onorario per il 70° anniversario della Conferenza dell'Istituto Generale di Rianimazione con le relazioni "Reologic properties of respiratory system in ARDS patients" e "external PEEP in COPD patients", "Do we need a Swan-Ganz catheter for the treatment of critically ill patient?" Mosca 2006

-Invito dell'Istituto di Fisiopatologia Respiratoria dell'Istituto Chagas Filho dell'Università di Rio del Janeiro per la lezione magistrale "Acute respiratory failure e PEEP". Rio de Janeiro 1999.

Cardiac Arrest and Cardiopulmonary resuscitation Chairman of the meeting with L.Wik, M.Skrifvaris, G.Ristagno SMART Milano 27 maggio 2016

Congresso Nazionale Società dei Sistemi 118 SIS, Perugia, La gestione sul territorio dell'insufficienza respiratoria acuta 2009,

Congresso Nazionale Società dei Sistemi 118 SIS, Torino, Uso della CPAP in ambulanza 2011,

Congresso Nazionale Società dei Sistemi 118 SIS, S.Margherita Ligure, Gestione dell'insufficienza respiratoria in Centrale Operativa quale codice di criticità presunta? 2014

Congresso Nazionale Società dei Sistemi 118 SIS, Catanzaro Supporti dell'ossigenazione 2015

Metodologia e contenuti delle Linee Guida 2010 dell'arresto cardiaco e delle emergenze cardiologiche Chairman Quarto d'Altino 2011

International Conference of American Thoracic Society. S.Diego USA 1999 "Bi-exponential analysis of tracheal pressure after end-inspiratory airway occlusion in COPD patients"

International Conference of American Thoracic Society. S.Francisco USA 2001 "Dynamic-static ratio of end expiratory positive pressure"

International Conference of American Thoracic Society. S.Diego 2003 "Noninvasive ventilation by helmet or facial mask"

SITI Genova Ventilazione non invasiva 2004

Emergenza extra-ospedaliera e intraospedaliera Udine 2004

Giornata dell'emergenza ARDS Lignano 2006



Respiro NIV con maschera o Helmet? Trieste 2006

Giornate del malato critico Napoli 2006

SIARED Ferrara Emergenze respiratorie

SIAARTI Bari Fallimento della NIV 2006

Giornate del malato critico L'insufficienza respiratoria acuta Napoli 2007

Emergenza extraospedaliera Giornata di Lignano 2007

APICE Trieste 2007 Clearance delle vie aeree

Corso teorico-pratico: "I percorsi del paziente critico: la medicina d'urgenza tra il soccorso territoriale e la rete degli ospedali" - Lignano Sabbiadoro, 18 aprile 2008

Respiro Trieste Uso del Helmet 2008

Giornate del malato critico Napoli 2008

CEFPAS Caltanissetta L'Insufficienza respiratoria 2008

Pneumologia Trieste La ventilazione non invasiva 2009

Giornate del malato critico Napoli 2009

-IV World Congress on Intensive and Critical Care Medicine, Jerusalem 1985 con il lavoro "Lidocaine in acute repetitive seizures"

-II Corso di Aggiornamento di Fisiopatologia Respiratoria, Trieste 1986 con il lavoro "Controllo del respiro"

-Recent advances in Anaesthesia, Intensive Care and Pain Therapy, Trieste 1990 con il lavoro "Nutritional and exercise training in COPD patients"

-Corso Postuniversitario in Anestesiologia e Rianimazione, Lignano 1991 con il lavoro "Fisiologia del trasporto di ossigeno"

-VI Corso di Medicina Critica e dell'Emergenza, Trieste 1992 con il lavoro "Approccio al malato con insufficienza respiratoria acuta: metodi di valutazione"

-Tavola rotonda: "Clinical monitoring of the respiratory function" Lecce 1992,

-Workshop "Respiratory monitoring at bedside" Trieste 1992,

-XII International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine Brussels 1992 con il lavoro "Non invasive pressure support ventilation a face mask for long term ventilation"

-Congresso: "Chronic Respiratory Failure" Pneumologia Trieste 1993 con il lavoro "Ventilazione meccanica assistita"

-IV Corso Postuniversitario in Anestesiologia e Rianimazione, Lignano 1994 con il lavoro "Concetti di meccanica respiratoria"

APICE "Applied physiology in respiratory mechanics" Trieste 1994 con il lavoro "Le costanti viscoelastiche"

- "Anaesthesia Pain Intensive Care and Emergency Medicine", Trieste 1995 con i lavori "Agreement Between Fitted And Measured Values of P1 And P2 during Rapid Airway Occlusion" e "Assessment Of The Viscoelastic Constants Using The Rapid Airway Occlusion Technique"
- XV "International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine" Brussels 1995 con il lavoro "Single breath method for assessing viscoelastic constants"
- Tavola rotonda "Aspetti controversi nella sepsi" Camposampietro 1994,
- Assise "Applied Physiology in respiratory mechanics" Trieste 1994,
- Workshop "L'insufficienza respiratoria acuta" IX SITI Montecatini Terme 1996,
- Tavola rotonda "Modelli matematici di analisi della meccanica respiratoria" Trieste 1996,
- Convegno su "La meccanica respiratoria come guida alla ventilazione in Rianimazione" Padova 1997,
- Convegno su "Ventilazione non invasiva nel paziente critico" Trieste 1998
- Convegno su "Brain storm in respiratory mechanics" Lignano 1998
- Conferenza Internazionale sui servizi medici di urgenza-emergenza. Moderatore nella assise pomeridiana "Ventilazione Meccanica non invasiva" Udine 1998
- Convegno "La meccanica respiratoria come guida alla ventilazione in Rianimazione" ESM Padova,
- 1998 con la relazione "Potenziali implicazioni cliniche della PEEP intrinseca dinamica nei pazienti  
COPD riacutizzati ventilati meccanicamente"
- Tutorial "Utilizzo clinico del rapporto PEEP intrinseca dinamica/statica" Alimini-Lecce 1999
- Simposio Internazionale Alpe Adria 1999 con la relazione " The Discrepancy Between The Static And Dynamic Intrinsic PEEP Predicts the Degree of Disease in Mechanically Ventilated COPD Patients

## **PARTECIPAZIONI A CORSI, CONVEGNI, TAVOLE ROTONDE**

### **in qualità di RELATORE**

**(presentazione di breve relazione, comunicazione o abstract):**

-Arresto cardiaco algoritmo extra ed intraospedaliero Cardiologia Trieste 2010

AIMPS, Trieste 1983 con il lavoro "Stato di male convulsivo casistica clinica e proposta di protocollo terapeutico"

-XIII Congresso Nazionale di Aggiornamento di Anestesia e Rianimazione, Milano 1983 con l'intervento "Trattamento dello stato di male epilettico: esperienza di Trieste"

-XXXV Congresso SIAARTI, Venezia 1983 con i lavori "Stato di male convulsivo: casistica clinica" e "Ruolo della lidocaina nel male epilettico"

-XXXVI Congresso SIAARTI, Bari 1984 con il lavoro "Ruolo anticonvulsivante dell lidocaina"

-Congresso sulle "Tecniche farmacologiche in Terapia Antalgica" Trieste 1985 con il lavoro "Tecnica delle tunnelizzazione del catetere peridurale"

-XXXVII Congresso SIAARTI, Roma 1985 con il lavoro "Monitoraggio elettroclinico della lidocainemia nello stato di male epilettico"

-Recent advances in Anaesthesia, Intensive Care and Pain Therapy, Trieste 1986 con i lavori "Pharmacological therapy in advanced cancer pain" e "Studio controllato nell'efficacia della doxepina nel dolore da lesione nervosa"

-Recent advances in Anaesthesia, Intensive Care and Pain Therapy, Trieste 1987 con i lavori "Livelli plasmatici di imipramina e risposta terapeutica nel dolore cronico", "Qualità di vita nel dolore da cancro", "Buprenorefina e potenziali evocati somestesici tardivi nel dolore cronico", "Controllo del dolore nelle vulvodinie", "Livelli urinari di MHPG nel dolore cronico"

-III Corso di Aggiornamento di Fisiopatologia Respiratoria, Trieste 1988 con il lavoro "Regolazione della funzione respiratoria"

-Recent advances in Anaesthesia, Intensive Care and Pain Therapy, Trieste 1988 con i lavori "Organizzazione dell'assistenza a domicilio del malato con dolore da cancro" e "Organizzazione dell'assistenza infermieristica"

-Recent advances in Anaesthesia, Intensive Care and Pain Therapy, Trieste 1989 con il lavoro "Terapia dello stress e del dolore nel paziente mieloleso"

-IV Corso di Medicina Critica e dell'Emergenza, Trieste 1990 con il lavoro "Il trasporto di ossigeno"

-Riunione GISIR, Napoli 1991 con la relazione "Parametri emodinamici e curve di flusso in corso di ventilazione controllata"

- Riunione GISIR S.Daniele 1991 con la relazione "Costo di ossigeno della respirazione durante svezzamento dalla VAM"
- Corso Postuniversitario in Anestesiologia e Rianimazione, Lignano 1992 con i lavori "Disordini di origine respiratoria dell'equilibrio acido-base" e "L'equilibrio acido-base: l'aspetto metabolico"
- XI CONGRESSO SITI, Montecatini 1996 con il lavoro "Analisi della meccanica respiratoria secondo il modello viscoelastico"
- Anaesthesia Pain Intensive Care and Emergency Medicine, Trieste 1996 con il lavoro "Modello di analisi del tratto P1-P2 di tipo biesponenziale"
- Congresso "La meccanica respiratoria come guida alla ventilazione in Rianimazione" Padova
- ESM 1997 con il lavoro "Elementi di meccanica respiratoria nei pazienti con Acute Lung Injury"
- Riunione GISIR Ferrara 1997 con il lavoro "Analisi della meccanica respiratoria con l'analisi biesponenziale"
- SMART Milano 1997 con il lavoro "Il rapporto PEEP intrinseca statica-dinamica"
- APICE Trieste 1997 con il lavoro "Disomogeneità polmonare"
- VIII Corso Postuniversitario in Anestesiologia e Rianimazione, Lignano 1998 con il lavoro "Il rapporto PEEP intrinseca statica-dinamica in ventilazione pressumetrica"
- SMART Milano 1998 con il lavoro "Disomogeneità polmonare in corso di ventilazione volumetrica e pressumetrica nei pazienti COPD"
- Conferenza Internazionale sui servizi medici di urgenza-emergenza Udine 1998 con la relazione "Ventilazione meccanica controllata veduta di insieme" e moderatore al corso tutoriale "Ventilazione meccanica non invasiva" nella Conferenza internazionale sui Servizi Medici di Urgenza-Emergenza 1998
- IX Corso Postuniversitario in Anestesiologia e Rianimazione, Lignano 1999 con il lavoro "Ventilazione meccanica ed emodinamica"

**PARTECIPAZIONI A CORSI DI AGGIORNAMENTO, CONVEGNI, CONGRESSI, TAVOLE ROTONDE in qualità di DISCENTE:**

Corso sostanze pericolose Ministero dell'Interno Comando Provinciale Vigili del Fuoco Trieste dal 26 al 30 novembre 2012

Workshop Referenti Sanitari per le grandi emergenze Dipartimento Protezione Civile Roma 14 aprile 2015

Tavolo di lavoro "Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117 Ministero Salute Ufficio V 15 aprile 2015

ACLS ANMCO-AHA Trieste 12 e 13 ottobre 2015

PALS -AHA Trieste 27 e 28 ottobre 2015

Corso di Economia Sanitaria, il "Cost-Effectiveness In Health Care" 2010

Statistica Medica come il Diploma di Statistica del Centro di Calcolo di Trieste 2005

Diploma di "Elementi di Informatica per l'Analisi dei Dati in Campo Biologico" dell'Istituto di Igiene di Trieste.2006

Ultra sound Life Support Advanced Level I Provider 28 e 29 novembre 2009

Assistenza sanitaria in mare e in area costiera procedure di sicurezza Trieste 26.9.2013

Sopravvivere alla morte cardiaca improvvisa Trieste 2 ottobre 2008

Seminario Progetto VITA 118 Camogli 2010

Sopravvivenza alla morte da arresto cardiaco dentro e fuori gli anelli Congresso IRC Cento Bologna 2013

Nuovi orizzonti per l'ictus Imperia 2011

Ictus ischemico organizzazione dell'emergenza sul territorio Trieste 2011

Giornata sull'Ictus Firenze 2 dicembre 2015

Risk management nelle organizzazioni sanitarie Padova 19 e 20 ottobre 2010

Codice deontologico e responsabilità professionale del professionista sanitario torino 24-25 settembre 2009

Gestione della prevenzione nei luoghi di lavoro gli obblighi fondamentali del D.L. 9 aprile 2008 n°81 4.12.2008

Investire in salute XV Conferenza Nazionale HPH e HS Trieste 8.11.2012

La gestione della responsabilità negli ambienti di lavoro Profili di responsabilità e di organizzazione nelle strutture sanitarie Trieste 11.11.2009

Alcool ed idoneità alla guida Trieste 3.12.2008

Responsabilità disciplinare nel pubblico impiego dopo il d.lgs. 150 del 2009 Trieste  
13.10.2010

Addestramento sistema gestione rifiuti Sistri Trieste 28.4.2014

Il percorso della continuità assistenziale PDTA: Broncopatia cronica ostruttiva dal  
4.4.2014 al 30.7.2014

Applicazione delle norme anticorruzione nell'azienda sanitaria Trieste 20.5.2014

Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro: partecipazione dei dirigenti e preposti alla  
valutazione dei rischi e alle misure di prevenzione dal 18.3.2012 al 30.12.2012

Modalità e percorsi di innovazione nell'organizzazione delle cure primarie Trieste  
dal 16.11.2011 al 16.11.2012

La gestione del dato clinico; aspetti legali, normativi e di sicurezza Trieste  
19.4.2012

ALS IRC 16-19 aprile 2012

13° Congresso Nazionale Emergenza Urgenza Pistoia 12-14 aprile 2012

Tracciabilità dei rifiuti Trieste 2012

Dlg 81/08 Deleghe abblighi competenze responsabilità Trieste 23.1.2012

Il prontuario terapeutico di area vasta Trieste 26.1.2011

Prevenzione dello stress negli operatori 118 Trieste 9.6.2010

-International Advanced Course "Pharmacological basis of anesthesiology"  
Milano 1982

-Corso di Aggiornamento in "Anestesia e Analgesia Ostetrica" e di "Monitoraggio  
cardiovascolare del paziente critico" SIARTI Venezia 1983

-Corso postuniversitario "Le aritmie cardiache" Roma 1984

-Giornate di Pronto Soccorso Atri 1984

-I Corso di fisiopatologia Respiratoria Trieste 1984

-"Aspetti di patologia broncopolmonare in anestesia e rianimazione Pavia 1984

-XV Congresso Nazionale di Aggiornamento di Anestesia e Rianimazione, Milano  
1985

-Corso Regionale AAROI "Il politraumatizzato" Trieste 1987

-IV Corso di Medicina Critica e dell'Emergenza, Trieste 1988

-International postgraduate practical course on Pain Therapy" Vicenza 1988

-XVIII Congresso Nazionale di Aggiornamento di Anestesia e Rianimazione,  
Milano 1988

-Aggiornamento sull'Arresto cardiaco, Trieste 1989

-Memorial EITAN BARZILAY, Trieste 1989

-X Symposium on Intensive care and Emergency Medicine Brussels 1990

- International Meeting on Respiratory Muscle Fatigue Firenze 1990
- Updating on Cardiopummonary Rehabilitation, Milano 1990
- Symposium Mostra SMART, Milano 1990
- Symposium Mostra SMART, Milano 1991
- XI Symposium on Intensive care and Emergency Medicine Brussels 1991
- Meeting di Medicina dello Sport "Lavoro muscolare" Cormons 1991
- Meeting sull'"Insufficienza ventilatoria" Bari 1992
- Meeting " Computerizzazione sistemi di registrazione in ventilazione meccanica", Pavia 1992
- Meeting GISIR Salice Terme 1993
- XII Symposium on Intensive care and Emergency Medicine Brussels 1992
- I Meeting Organ failure Academy Duino 1992
- Corso "Clinical resuscitation Council" Trieste 1993
- II Meeting Organ failure Academy Duino 1993
- Corso di Statistica Medica del Centro di Calcolo Trieste per l'anno accademico 1997/1998
- Certificate of attendance al Workshop on COST-EFFECTIVENESS IN HEALTH CARE Dept. of Economics and Statistics Trieste 6-7 novembre 1998
- Certificate of attendance al Course Respiratory Mechanics e 13<sup>th</sup> International Symposium on Critical Care Medicine Trieste 1998
- Corso di Economia Sanitaria, "Cost-Effectiveness In Health Care", 2006

## PUBBLICAZIONI

**Allega la lista delle pubblicazioni non riportate su PUBMED ed antecedenti agli ultimi dieci anni nell' elenco dei documenti, riportata nell'ELENCO dei DOCUMENTI della DOMANDA con il n.**

**Di seguito sono riportate le pubblicazioni presenti su PUBMED di tutta la carriera e di seguito quelle dell'ultimo decennio**

1: Sanson G, Verduno J, Zambon M, Trevi R, Caggegi GD, Di Bartolomeo S, Antonaglia V. Emergency medical service treated out-of-hospital cardiac arrest: Identification of weak links in the chain-of-survival through an epidemiological study.. Eur J Cardiovasc Nurs. 2015 Feb 12. ✓

2: Antonaglia V, Ferluga M, Capitanio G, Lucangelo U, Piller F, Roman-Pognuz E, Biancardi B, Caggegi GD, Zin WA. Respiratory mechanics in COPD patients who failed non-invasive ventilation: role of intrinsic PEEP. Respir Physiol Neurobiol. 2012 Oct 15;184(1):35-40. ✓

3: Antonaglia V, Ferluga M, Bianco N, Accolla PP, Zin WA. Respiratory mechanics during repeated lung lavages in pulmonary alveolar proteinosis. Intern Emerg Med. 2012 Sep;7 Suppl 2:S109-11. ✓

4: Lucangelo U, Zin WA, Fontanesi L, Antonaglia V, Peratoner A, Ferluga M, Marras E, Borelli M, Ciccolini M, Berlot G. Early short-term application of high-frequency percussive ventilation improves gas exchange in hypoxemic patients. Respiration. 2012;84(5):369-76 ✓

5: Antonaglia V. Pleural effusion in the mechanically ventilated patient: a continuing challenge. Crit Care Med. 2011 Oct;39(10):2373-4. ✓

5: Antonaglia V, Ferluga M, Molino R, Lucangelo U, Peratoner A, Roman-Pognuz E, De Simoni L, Zin WA. Comparison of noninvasive ventilation by sequential use of mask and helmet versus mask in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a preliminary study. Respiration. 2011;82(2):148-54. doi: ✓

6: Scott S, Antonaglia V, Guiotto G, Paladino F, Schiraldi F. Two-hour lactate clearance predicts negative outcome in patients with cardiorespiratory insufficiency. Crit Care Res Pract. 2010;2010:917053. ✓

7: Lucangelo U, Accardo A, Bernardi A, Ferluga M, Borelli M, Antonaglia V, Riscica F, Zin WA. Gas distribution in a two-compartment model ventilated in high-frequency percussive and pressure-controlled modes. Intensive Care Med. 2010 Dec;36(12):2125-31 ✓

8: Antonaglia V, Lucangelo U, Ristagno G, Tantillo S, Ferluga M, Torelli L, Zin WA. Gas distribution in a two-compartment model during volume or pressure ventilation: role of elastic elements. Respir Physiol Neurobiol. 2010 May 31;171(3):225-31. ✓

9: Antonaglia V, Vergolini A, Pascotto S, Bonini P, Renco M, Peratoner A, Buscema G, De Simoni L. Cuff-leak test predicts the severity of postextubation acute laryngeal lesions: a preliminary study. Eur J Anaesthesiol. 2010 Jun;27(6):534-41. ✓

10: Lucangelo U, Antonaglia V, Zin WA, Confalonieri M, Borelli M, Columban M, Cassio S, Batticci I, Ferluga M, Cortale M, Berlot G. High-frequency percussive ventilation improves perioperatively clinical evolution in pulmonary resection. Crit Care Med. 2009 May;37(5):1663-9. ✓

11: Ristagno G, Antonaglia V, Gullo A. Does orthogonal polarization spectral imaging really visualize the "micro"-vasculature? Yes it does! Crit Care Med. 2008 May;36(5):1689-90; author reply 1690



- 12: Antonaglia V, Ristagno G, Berlot G. Procedural and clinical data plus electrocardiographic guidance greatly reduce the need for routine chest radiograph following central line placement. *J Trauma*. 2008 Apr;64(4):1146.
- 13: Lucangelo U, Zin WA, Antonaglia V, Petrucci L, Viviani M, Buscema G, Borelli M, Berlot G. Effect of positive expiratory pressure and type of tracheal cuff on the incidence of aspiration in mechanically ventilated patients in an intensive care unit. *Crit Care Med*. 2008 Feb;36(2):409-13. PubMed PMID: 18007268.
- 14: Antonaglia V, Lucangelo U, Zin WA. Prone position to treat bronchopleural fistula in post-operative acute lung injury. *J Clin Monit Comput*. 2007 Oct;21(5):317-21.
- 15: Antonaglia V, Lucangelo U, Zin WA, Peratoner A, De Simoni L, Capitanio G, Pascotto S, Gullo A. Intrapulmonary percussive ventilation improves the out come of patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease using a helmet. *Crit Care Med*. 2006 Dec;34(12):2940-5.
- 16: Antonaglia V, Pascotto S, Simoni LD, Zin WA. Effects of a sigh on the respiratory mechanical properties in ali patients. *J Clin Monit Comput*. 2006 Aug;20(4):243-9.
- 17: Lucangelo U, Zin WA, Antonaglia V, Gramaticopolo S, Maffessanti M, Liguori G, Cortale M, Gullo A. High-frequency percussive ventilation during surgical bronchial repair in a patient with one lung. *Br J Anaesth*. 2006 Apr;96(4):533-6.
- 18: Lucangelo U, Antonaglia V, Zin WA, Berlot G, Fontanesi L, Peratoner A, Bernabè F, Gullo A. Mechanical loads modulate tidal volume and lung washout during high-frequency percussive ventilation. *Respir Physiol Neurobiol*. 2006 Jan 25;150(1):44-51
- 19: Lucangelo U, Antonaglia V, Gullo A, Zin WA. High-frequency percussive ventilation. *Crit Care Med*. 2005 Sep;33(9):2155;
- 20: Antonaglia V, Torelli L, Zin WA, Gullo A. Effects of viscoelasticity on volume distribution in a two-compartmental model of normal and sick lungs. *Physiol Meas*. 2005 Feb;26(1):13-28.
- 21: Lucangelo U, Antonaglia V, Zin WA, Fontanesi L, Peratoner A, Bird FM, Gullo A. Effects of mechanical load on flow, volume and pressure delivered by high-frequency percussive ventilation. *Respir Physiol Neurobiol*. 2004 Aug 20;142(1):81-91.
- 23: Confalonieri M, Antonaglia V, Lucangelo U, Gullo A. Sildenafil in pulmonary arterial hypertension. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004 Jun 1;169(11):1256;
- 24: Lucangelo U, Fontanesi L, Antonaglia V, Antolini F, Berlot G, Liguori G, Gullo A. High frequency percussive ventilation (HFPV). Case reports. *Minerva Anesthesiol*. 2003 Nov;69(11):853-7,
- 25: Lucangelo U, Fontanesi L, Antonaglia V, Pellis T, Berlot G, Liguori G, Bird FM, Gullo A. High frequency percussive ventilation (HFPV). Principles and technique. *Minerva Anesthesiol*. 2003 Nov;69(11):841-8, 848-51.
- 26: Antonaglia V, Peratoner A, De Simoni L, Lucangelo U, Gullo A, Zin WA. Sigh: tool to determine the respiratory viscoelastic properties. *J Clin Monit Comput*. 2002 Dec;17(7-8):459-66.
- 27: Antonaglia V, Peratoner A, De Simoni L, Gullo A, Milic-Emili J, Zin WA. Bedside assessment of respiratory viscoelastic properties in ventilated patients. *Eur Respir J*. 2000 Aug;16(2):302-8
- 28: Antonaglia V, Grop A, Demanins P, Beltrame F, Lucangelo U, Peratoner A, DeSimoni L, Gullo A, Milic-Emili J. Single-breath method for assessing the viscoelastic properties of the respiratory system. *Eur Respir J*. 1998 Nov;12(5):1191-6. PubMed PMID: 9864020.

29: Scrimin F, Baraggino E, Paladini V, Antonaglia V, Toffoletti FG, Levi D'Ancona R, Tracanzan G. [Therapeutic proposals in vulvar dystrophy and burning vulva]. *Minerva Ginecol.* 1990 Dec;42(12):495-8.

30: Kette F, Maffessanti M, Bortolotto P, Gullo A, Nadalin G, Bellis GB, Paladini V, Antonaglia V. Analysis of complications in 606 central venous catheterizations. *Minerva Anesthesiol.* 1987 Jun;53(6):385-9.

31: Paladini VA, Battigelli D, Antonaglia V, Benvegnù M, Longo A, Mocavero G. [Doxepin in pain caused by peripheral neuropathy]. *Minerva Anesthesiol.* 1987 Jun;53(6):413-8.

#### **ELENCO PUBBLICAZIONI ULTIMO DECENNIO:**

**1: Sanson G, Verduno J, Zambon M, Trevi R, Caggegi GD, Di Bartolomeo S, Antonaglia V. Emergency medical service treated out-of-hospital cardiac arrest: Identification of weak links in the chain-of-survival through an epidemiological study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2015 Feb 12. pii: 1474515115573365. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25676670.**

**2: Antonaglia V, Ferluga M, Capitanio G, Lucangelo U, Piller F, Roman-Pognuz E, Biancardi B, Caggegi GD, Zin WA. Respiratory mechanics in COPD patients who failed non-invasive ventilation: role of intrinsic PEEP. *Respir Physiol Neurobiol.* 2012 Oct 15;184(1):35-40. doi: 10.1016/j.resp.2012.07.009. Epub 2012 Aug 2. PubMed PMID: 22877584.**

**3: Antonaglia V, Ferluga M, Bianco N, Accolla PP, Zin WA. Respiratory mechanics during repeated lung lavages in pulmonary alveolar proteinosis. *Intern Emerg Med.* 2012 Sep;7 Suppl 2:S109-11. doi: 10.1007/s11739-012-0767-z. Epub 2012 Mar 17. PubMed PMID: 22426811.**

**4: Lucangelo U, Zin WA, Fontanesi L, Antonaglia V, Peratoner A, Ferluga M, Marras**

E, Borelli M, Ciccolini M, Berlot G. Early short-term application of high-frequency percussive ventilation improves gas exchange in hypoxemic patients. *Respiration*. 2012;84(5):369-76. doi: 10.1159/000334403. Epub 2011 Dec 28. PubMed PMID: 22205035.

5: Antonaglia V. Pleural effusion in the mechanically ventilated patient: a continuing challenge. *Crit Care Med*. 2011 Oct;39(10):2373-4. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182266047. PubMed PMID: 21926499.

6: Antonaglia V, Ferluga M, Molino R, Lucangelo U, Peratoner A, Roman-Pognuz E, De Simoni L, Zin WA. Comparison of noninvasive ventilation by sequential use of mask and helmet versus mask in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a preliminary study. *Respiration*. 2011;82(2):148-54. doi: 10.1159/000324259. Epub 2011 Mar 26. PubMed PMID: 21447934.

7: Scott S, Antonaglia V, Guiotto G, Paladino F, Schiraldi F. Two-hour lactate clearance predicts negative outcome in patients with cardiorespiratory insufficiency. *Crit Care Res Pract*. 2010;2010:917053. doi: 10.1155/2010/917053. Epub 2010 Jun 28. PubMed PMID: 20981271; PubMed Central PMCID: PMC2958677.

8: Lucangelo U, Accardo A, Bernardi A, Ferluga M, Borelli M, Antonaglia V, Riscica F, Zin WA. Gas distribution in a two-compartment model ventilated in high-frequency percussive and pressure-controlled modes. *Intensive Care Med*. 2010 Dec;36(12):2125-31. doi: 10.1007/s00134-010-1993-3. Epub 2010 Aug 6. PubMed PMID: 20689922.

9: Antonaglia V, Lucangelo U, Ristagno G, Tantillo S, Ferluga M, Torelli L, Zin

**WA. Gas distribution in a two-compartment model during volume or pressure ventilation: role of elastic elements. *Respir Physiol Neurobiol.* 2010 May 31;171(3):225-31. doi: 10.1016/j.resp.2010.03.016. Epub 2010 Mar 23. PubMed PMID: 20338267.**

**10: Antonaglia V, Vergolini A, Pascotto S, Bonini P, Renco M, Peratoner A, Buscema G, De Simoni L. Cuff-leak test predicts the severity of postextubation acute laryngeal lesions: a preliminary study. *Eur J Anaesthesiol.* 2010 Jun;27(6):534-41. doi: 10.1097/EJA.0b013e328333a0f0. PubMed PMID: 19881353.**

**11: Lucangelo U, Antonaglia V, Zin WA, Confalonieri M, Borelli M, Columban M, Cassio S, Batticci I, Ferluga M, Cortale M, Berlot G. High-frequency percussive ventilation improves perioperatively clinical evolution in pulmonary resection. *Crit Care Med.* 2009 May;37(5):1663-9. doi: 10.1097/CCM.0b013e31819ef9e1. PubMed PMID: 19325478.**

**12: Ristagno G, Antonaglia V, Gullo A. Does orthogonal polarization spectral imaging really visualize the "micro"-vasculature? Yes it does! *Crit Care Med.* 2008 May;36(5):1689-90; author reply 1690. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181710b4c. PubMed PMID: 18448948.**

**13: Antonaglia V, Ristagno G, Berlot G. Procedural and clinical data plus electrocardiographic guidance greatly reduce the need for routine chest radiograph following central line placement. *J Trauma.* 2008 Apr;64(4):1146. doi: 10.1097/TA.0b013e31815dd4ea. PubMed PMID: 18404090.**

**14: Lucangelo U, Zin WA, Antonaglia V, Petrucci L, Viviani M, Buscema G, Borelli**

**M, Berlot G. Effect of positive expiratory pressure and type of tracheal cuff on the incidence of aspiration in mechanically ventilated patients in an intensive care unit. Crit Care Med. 2008 Feb;36(2):409-13. PubMed PMID: 18007268.**

**15: Antonaglia V, Lucangelo U, Zin WA. Prone position to treat bronchopleural fistula in post-operative acute lung injury. J Clin Monit Comput. 2007 Oct;21(5):317-21. Epub 2007 Aug 14. PubMed PMID: 17701077.**

**16: Antonaglia V, Lucangelo U, Zin WA, Peratoner A, De Simoni L, Capitanio G, Pascotto S, Gullo A. Intrapulmonary percussive ventilation improves the outcome of patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease using a helmet. Crit Care Med. 2006 Dec;34(12):2940-5. PubMed PMID: 17075375.**

**17: Antonaglia V, Pascotto S, Simoni LD, Zin WA. Effects of a sigh on the respiratory mechanical properties in ali patients. J Clin Monit Comput. 2006 Aug;20(4):243-9. PubMed PMID: 16804770.**

**18: Lucangelo U, Zin WA, Antonaglia V, Gramaticopolo S, Maffessanti M, Liguori G, Cortale M, Gullo A. High-frequency percussive ventilation during surgical bronchial repair in a patient with one lung. Br J Anaesth. 2006 Apr;96(4):533-6. Epub 2006 Feb 20. PubMed PMID: 16490764.**

**19: Lucangelo U, Antonaglia V, Zin WA, Berlot G, Fontanesi L, Peratoner A, Bernabè F, Gullo A. Mechanical loads modulate tidal volume and lung washout during high-frequency percussive ventilation. Respir Physiol Neurobiol. 2006 Jan 25;150(1):44-51. PubMed PMID: 16448933.**

- 20) Ristagno G, Pellis T. Lucangelo U, Berlot G, Antonaglia V. "Sindrome da distress respiratorio acuto approccio in emergenza" in Manuale di Medicina di Emergenza e Pronto Soccorso II Ed.M.Balzanelli CIC Edizioni Internazionali 2008
- 21) Ristagno G, Pellis T. Lucangelo U, Berlot G, Antonaglia V. "Broncopneumopatia cronica ostruttiva riacutizzata severa e principi di ventilazione meccanica non invasiva" in Manuale di Medicina di Emergenza e Pronto Soccorso II Ed.M.Balzanelli CIC Edizioni Internazionali 2008
- 22) V.Antonaglia "Ventilazione a pressione negativa" in Respiratory System and Artificial Ventilation Ed A.Gullo Springer Verlag 2007
- 23) F.Chierico, Patrizio M, Romano A Vianello D, V Antonaglia, P Caputo Il soccorso nella laguna di Venezia strategie organizzative in NeA Mensile italiano del Soccorso anno 24° n°12.2015 ✓
- 24) F.Chierico, Patrizio M, Romano A Vianello D, V Antonaglia, P Caputo Il carnevale di Venezia strategie organizzative in NeA Mensile italiano del Soccorso anno 25° n°1.2016 ✓
- 25) V.Antonaglia, M Ferluga, L Lucangelo Respiratory mechanics in COPD patients who failed noninvasive ventilation in Non Invasive Mechanical Ventilation Editor A.M. Esquinas Springer Verlag 2016 ✓
- 26) V.Antonaglia, A. Moratto Centrale Operativa 118: struttura e modalità di allertamento. Relazioni tra addetti aziendali e soccorritori in Sicurezza Accessibile Ed. G. Sclip EUT Trieste 2015 ✓

# ALTRO

## ATTIVITA' PREGRESSA

Ho prestato servizio presso l'Istituto Polidisciplinare di Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica dell'Università degli Studi di Trieste dal 14 aprile 1980 al 24 luglio 2008 prima come assistente ospedaliero e da oltre dieci anni come aiuto corresponsabile ospedaliero.

L'attività dell'Istituto Polidisciplinare di Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica dell'Università degli Studi di Trieste era svolta nell'**Ospedale Maggiore** di Trieste, ospedale di riferimento regionale di Cardiocirurgia, Neurochirurgia, Clinica Chirurgica, Ostetrica e Ginecologica, Oculistica, Otorinolaringoiatrica, Stomatologica, Semeiotica Chirurgica, Patologia Chirurgica, Chirurgia Toracica e Terapia Intensiva. Successivamente e tuttora l'attività è espletata presso l'**Ospedale Regionale di Cattinara di Riferimento Nazionale (Alta Specializzazione chirurgica) sede di Università**, dotato di 950 posti letto e centro di riferimento regionale per la maxi-emergenza, la neurotraumatologia, la neurodiagnostica, gli espianti e la chirurgia vascolare e toracica.

L'Istituto di Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica dell'Università degli Studi di Trieste consta di un organico a pieno regime di trenta medici. L'attività clinica dell'Istituto comprende:

- Servizio di anestesia** per interventi chirurgici d'elezione e d'urgenza in Chirurgia generale (Clinica Chirurgica, Patologia chirurgica, Semeiotica chirurgica), Chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Chirurgia ortopedica. Neurochirurgia, Ginecologia e Ostetricia, Chirurgia Otorinolaringoiatrica, Chirurgia urologica, Chirurgia oculistica, Chirurgia maxillo-facciale
- Terapia Intensiva** presso l'unità di **Rianimazione polifunzionale**, postchirurgica, neurochirurgica, traumatologica, cardiorespiratoria e neurologica con 11 posti. In Terapia intensiva vengono accolti 650-700 pazienti all'anno, vi si alternano abitualmente 7-8 medici con l'ausilio di altri colleghi per coprire le guardie.
- Terapia Semiintensiva** presso l'unità di Rianimazione polifunzionale postoperatoria e per la funzionalità preoperatoria con tre posti letto di cui il sottoscritto è responsabile
- Servizio di Terapia del Dolore** con ambulatorio per esterni ed servizio assistenza dei ricoverati che esegue 11000 visite e prestazioni, assistenza domiciliare ai malati preterminali, assistenza domiciliare ventilatoria
- Servizio di Terapia Iperbarica** con camera monoposto per prestazioni urgenti e programmate
- Servizio di Day Hospital e Ambulatorio di Anestesia**

**-Attività anestesiologicala fuori reparto** in corso di esami funzionali e diagnostici invasivi o piccoli interventi presso le sezioni radiologiche di angiografia, TAC, ecografia, risonanza magnetica e apparato digerente, presso broncologia, gastroenterologia, sala gessi della Clinica Ortopedica

**-Servizio di Analgesia Postoperatorio** gode di autonomo personale infermieristico e segue i pazienti operati nei primi tre giorni postintervento

**-Servizio di Emergenza intraospedaliera** con oltre 1000 interventi annui fuori reparto suddivisi tra il Pronto Soccorso e le strutture di medicina, chirurgia e servizi di cui il sottoscritto è responsabile

**-Servizio di Emergenza extraospedaliera** che corrisponde al 5% dei ricoveri ospedalieri. Nella realtà di Cattinara essa si esplica con personale medico ed infermieristico che integra il servizio ospedaliero con il servizio regionale dell'Elisoccorso

**-Servizio per le Maxi-emergenza** del cui piano regionale il sottoscritto è corresponsabile

Il sottoscritto ha svolto tutti i tipi di attività clinica afferenti all'Istituto.

Attualmente fa parte dell'organico della Terapia Intensiva, è responsabile della Terapia Semiintensiva, del Laboratorio di Biomeccanica in cui svolge l'attività organizzativa e di ricerca clinica, e nell'ambito dell'autonomia professionale con funzioni di direzione è responsabile dell'emergenza intra ed extra-ospedaliera e della maxi-emergenza.

Riporto di seguito il giudizio sulle mansioni e funzioni espresso dal Responsabile del Servizio e sottoscritto dal Direttore Sanitario.

Il dott. Vittorio Antonaglia ha **partecipato all'attività di questo Istituto eseguendo le sue mansioni di dirigente di 1° livello con svolgimento ottimale di tutti gli adempimenti previsti. Ha dimostrato notevole professionalità diagnostica e terapeutica ed ha usato con precisione ed efficacia le risorse disponibili sia a scopo diagnostico che terapeutico analizzando e verificando il rapporto costo/beneficio in molte procedure tra cui in maniera approfondita nella ventilazione meccanica .**

#### **Posizione Funzionale**

Fino al 25 luglio 2008 ha ricoperto la funzione aziendale di **struttura di alta specializzazione S.A.S. nell' anestesia per le chirurgie specialistiche, conferitagli il 1.1.2003 e preceduta da quella di "elevate competenze specialistiche del 31.12 1997. Ha compiti di organizzazione, ottimizzazione delle risorse, coordinazione, addestramento ed insegnamento**

**Il sottoscritto è stato dirigente responsabile del personale e dell'attività di ricerca clinica del Laboratorio di Meccanica Respiratoria dell'Istituto di Anestesia e Rianimazione dell'Università degli Studi di Trieste come da verbale di Facoltà n.562 del 23.6.1992 e riconoscimento dell'Azienda Ospedaliera. Tale Istituzione si prefigge l'obbiettivo di studiare con tecnologie avanzate la funzione respiratoria del malato critico al fine di applicare in maniera ottimale i presidi terapeutici e ridurre i tempi della ventilazione artificiale. A tal fine ha ottenuto l'attribuzione dall'Azienda Ospedaliera Triestina di progetti**



obbiettivi aziendali e ha prodotto pubblicazioni internazionali tra le quali un metodo clinicamente applicabile di valutazione del "danno" (alterata viscoelasticità) polmonare nei pazienti con insufficienza respiratoria acuta ventilati meccanicamente. Ha esercitato tale incarico in autonomia professionale con funzioni di direzione e dispone di budget autonomo. Nella struttura lavorano quattro medici stutturati, otto medici specializzandi e un tecnico non laureato.

Nell'ambito dell'attribuzione delle funzioni di graduazione dirigenziale dell'Azienda Ospedaliera di Trieste è stato, dalla data 10 marzo 1999, **referente della sub-unità clinica dell'Emergenza Ospedaliera ed Extraospedaliera con incarico di dirigente primo livello classe B**, con la menzione di "...spiccate capacità di fronteggiare situazioni di urgenza/emergenza, capacità di mettere in atto delicate manovre e particolari misure assistenziali, qualificata esperienza nella gestione di situazioni critiche e di pertinenza multispecialistica." Esercita tale incarico in autonomia professionale con funzioni di direzione. Elabora corsi teorico-pratici di formazione e di mantenimento degli standards acquisiti del personale medico intra ed extraospedaliero, del personale paramedico e da quest'anno degli studenti del VI anno di Medicina. Progetta piani di dimensione regionale per la Maxi-Emergenza sul modello del Notarzteiler tedesco

**E' stato dirigente responsabile del coordinamento e l'organizzazione degli aspetti clinici e manageriali della Terapia Semintensiva** a cui affluiscono i pazienti necessitanti di una valutazione della riserva funzionale cardiorespiratoria preoperatoria e del controllo post-operatorio più prolungato della recovery room. Tale compito non ha le caratteristiche dell'autonomia professionale con funzioni di direzione perchè è svolto ad integrazione dell'attività della Terapia Intensiva e non possiede budget autonomo.

*E' stato responsabile e corresponsabile di alcuni progetti-obiettivo aziendali quali:*

- riduzione degli esami preoperatori
- riduzione delle radiografie del torace preoperatorie
- riduzione delle ore di ventilazione artificiale dei pazienti ricoverati in Rianimazione

Gli sono affidati compiti sulla **contabilità analitica per centri di costo**, sulla gestione del **budget** del Centro di Rianimazione, sui **carichi di lavoro** del personale medico e infermieristico, sulla **revisione della qualità**, avendo approfondito la materia frequentando il corso della Scuola di Direzione Aziendale dell'Università Bocconi di Milano per il conseguimento del diploma di Management in sanità 1998

Inoltre il sottoscritto ha svolto attività libero professionale svolta in passato presso le Casa di cura Città di Udine e Sanatorio Triestino in qualità di anestesista con in particolare esecuzione di oltre 100 parti indolore con analgesia peridurale continua.

Ha inoltre prestato servizio mediante convenzione interospedaliera per 4 anni dal 1982 al 1985 presso l'Ospedale zonale di Grado, dotato al tempo di Chirurgia generale e Ginecologia ed Ostetricia, e l'Ospedale Civile di Gorizia al fine di coprire le guardie di anestesia, rianimazione ed emergenza di detti ospedali.

Presta attualmente servizio mediante convenzione interospedaliera presso l'Ospedale Infantile Burlo Garofalo di Trieste, mentre ha prestato servizio presso l'Ospedale di Monfalcone e l'Ospedale Civile di Gorizia al fine di coprire le guardie di rianimazione e di anestesia e turni operatori normali di detti ospedali.

Ho conseguito alcuni premi scientifici:

Premio Ettore Licen per il miglior lavoro scientifico di neuroranimazione per gli anni 1983 e 1985

Premio S.I.F.R.A. - FRESENIUS per il miglior lavoro scientifico al VI Congresso Nazionale S.I.N.P.E (nutrizione parenterale)1992

*Sono stato revisore di numerose pubblicazioni scientifiche tra cui, oltre che autore di un capitolo, del libro "Applied Physiology in Respiratory mechanics" J.Milic-Emili della serie "Topics in Critical Care Medicine" edita dalla Springer Verlag GmbH Berlin/Heidelberg 1997 e Ventilazione artificiale Ed. Torri Piccin 2004*

Faccio parte del comitato organizzativo e scientifico di numerose istituzioni scientifiche e didattiche:

-Dal 1991 *membro della Commissione scientifica* del Comitato Regionale Educativo in Anestesia e Rianimazione del Nord-Est Italia con funzioni organizzative e didattiche verso gli Specializzandi in Anestesia e Rianimazione

-Dal 1991 *membro del Comitato scientifico e organizzatore del "Alpe Adria Anaesthesia Simposium"* il cui obiettivo è l'aggiornamento permanente e lo scambio scientifico tra gli Anestesisti-Rianimatori del Friuli Venezia Giulia, della Carinzia, della Slovenia, della Baviera mediante Congresso annuale

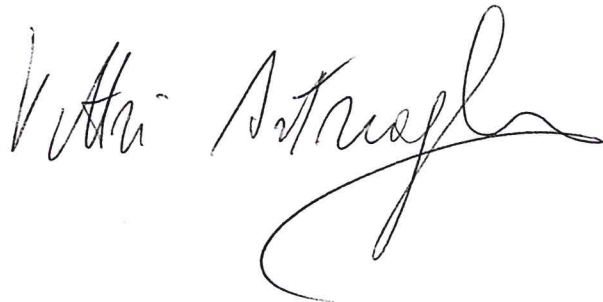
-Dal 1992 *componente del "Organ Failure Accademy "* che annualmente con contributi scientifici internazionali mette in luce i progressi terapeutici del trattamento del "malato critico"

-Dal 1987 *membro del GISIR, Gruppo Italiano Studio dell'Insufficienza Respiratoria*, che raccoglie i più accreditati studiosi italiani dell'insufficienza respiratoria in fase acuta con riunioni e relazioni biannuali

Sono membro o ho fatto parte di diverse società scientifiche italiane ed estere: Società Italiana di Terapia Intensiva, Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva, European Society of Anesthesiology, European Respiratory Society, American Thoracic Society, European Society of Intensive Care Medicine, European Society for Emergency Medicine, European Shock Society.

Dichiara di manifestare il proprio consenso, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e del curriculum, per la finalità e nei limiti di cui al bando e subordinatamente al puntuale rispetto della vigente normativa

Trieste, 21. 06.2016

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Vittorio Antonello". The signature is fluid and cursive, with a long, sweeping underline that extends to the right.