



ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA



UNITA' OPERATIVA COMPLESSA
CENTRALE OPERATIVA 118
P.O. " VITO FAZZI" - LECCE
DIRETTORE : Dr. MAURIZIO SCARDIA
Piazza F. Muratore,1 73100 Lecce
Tel.Centrale Operativa : 0832.661184
Fax Direzione : 0832.661185
Fax Sala Operativa : 0832.351256
e-mail: dip118@ausl.le.it

INFORMAZIONI PROGETTI PAD

Procedura per l'attivazione di un progetto PAD " Public Access Defibrillation " al fine di formare ed autorizzare personale abilitato al Basic Life Support and Defibrillation (BLSD).

I defibrillatori semi-automatici (chiamati in termine tecnico DAE, Defibrillatori [Semi]Automatici Esterni) collocati in un luogo pubblico e la contestuale formazione ed autorizzazione di personale laico (1) fanno parte dei progetti PAD strettamente collegato con una rete coordinata dal Sistema di Emergenza Urgenza Sanitaria 118 , Ente istituzionalmente preposto anche in Puglia al soccorso sanitario in accordo con le normative vigenti (Legge n. 120 del 3 Aprile 2001; Accordo stato regioni del 27 Febbraio 2003; D.M. 18 Marzo 2011).

Pertanto è necessario predisporre un Progetto secondo lo schema di seguito allegato (2).

La richiesta di attivazione del progetto va inoltrata al Direttore Medico del SEUS 118 Provinciale al fine di realizzare una mappatura dei DAE e del personale autorizzato (DATABASE).

Inoltre, la D.G.R. n. 1295 del 18.07.2018 " Nuova regolamentazione della formazione ed autorizzazione all' utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno da parte di personale non sanitario nella Regione Puglia " , all' art. 8 , dispone quanto segue:

- Tutti i proprietari di defibrillatori utilizzabili in modalità semiautomatica presenti sul territorio regionale e siti al di fuori di strutture ospedaliere devono, per mezzo del sito web www.sanita.puglia.it , **CENSIRE** il DAE in loro possesso inserendo tutti i dati richiesti dal sistema al fine del monitoraggio regionale sia del DAE che dei punti di defibrillazione precoce.

Gli interessati potranno adempiere a tale disposizione regionale, collegandosi alla seguente pagina web :
<https://www.sanita.puglia.it/web/pugliasalute/censimento-dae>

(1) L' autorizzazione all' utilizzo del DAE rimane in capo al Direttore della Centrale Operativa 118.

Al Direttore U.O.C. Centrale Operativa 118 Lecce

Inviare come ALLEGATO al seguente indirizzo e-mail: dip118@ausl.le.it e cdfleccesorcorso118@ausl.le.it**(2) RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGETTO DEFIBRILLAZIONE PRECOCE –PAD – PUBLIC ACCESS DEFIBRILLATION-**

Il sottoscritto _____ e-mail _____

nato a _____ il _____ appartenente a (Società, Ente, Ditta)

_____ con sede a _____ in via _____

codice fiscale _____ Tel _____

CHIEDE

In qualità di Responsabile , l'autorizzazione ad attivare un progetto di defibrillazione precoce - Progetto PAD – Public Access Defibrillation – nel Comune di _____ secondo quanto previsto dalla normativa vigente .

CARATTERISTICHE DEL PROGETTO (contesto ambientale, destinatari, collocazione precisa dei DAE sul territorio)

Contesto Ambientale: _____

Destinatari- Potenziali Fruttori : _____

Collocazione precisa del DAE :

Comune _____ Via _____ n. _____

Presso _____ Ubicazione DAE _____

Referente _____

Contatto Referente Tel. _____

Marca e Modello DAE _____ Matricola _____

Data Ultima manutenzione _____

Il proponente/responsabile del progetto accetta le condizioni previste dalla normativa vigente sul territorio nazionale ed in Regione Puglia. Si impegna inoltre a mantenere efficienti i defibrillatori semiautomatici ed aggiornato il personale secondo le indicazioni fornite dalla Centrale Operativa 118 Lecce.

Data

Firma Responsabile Progetto PAD



Al Direttore U.O.C. Centrale Operativa 118 Lecce

Inviare come ALLEGATO al seguente indirizzo e-mail: dip118@ausl.le.it e cdfleccesoccorso118@ausl.le.it INSIEME A RICHIESTA ATTIVAZIONE (2)

(3) ELENCO PERSONALE AUTORIZZATO UTILIZZO DAE - PROGETTO DEFIBRILLAZIONE PRECOCE –PAD – PUBLIC ACCESS DEFIBRILLATION

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA CORSO BLS D E CENTRO DI FORMAZIONE	CDF ACCREDITATO REG. PUGLIA? SI/NO	AUTORIZZAZIONE USO DAE IN DATA	DIRETTORE 118 CHE HA CONCESSO AUTORIZZAZIONE

Il Responsabile Organizzativo Progetto Pad – Comune di _____

Data,

Firma _____