

ALLEGATO A)

**REGIONE PIEMONTE**  
*Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità*

-----  
**LINEE-GUIDA PER LA REVISIONE DEI SISTEMI DI EMERGENZA-URGENZA SANITARIA**

- **NORMATIVE PRECEDENTI: IL P.S.R 1997/1999 E LA DELIBERA GR 2-12-2002; STATO DI ATTUAZIONE**
- **I°) NUOVI OBIETTIVI DI PIANO (2007-2010)**
- **II°) CARATTERISTICHE DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI IN URGENZA – EPIDEMIOLOGIA**
- **III°) IL SISTEMA DELL’EMERGENZA E IL TERRITORIO: NUOVE FORME DI INTEGRAZIONE**
- **IV°) LA RETE DELL’EMERGENZA TERRITORIALE “118”**
- **V°) LA RETE DELL’EMERGENZA OSPEDALIERA (D.E.A., P.S.)**
- **VI°) LA RETE DELLE PATOLOGIE COMPLESSE**
- **ALLEGATO 1 - Percorsi diagnostico - terapeutici obbligatori**
- **ALLEGATO 2 – Indicatori**
- **ALLEGATO 3 – Futura evoluzione della rete regionale dei D.E.A.**
- **LEGENDA**

**Il P.S.R. 1997-1999** riconosceva nell'area dell'Emergenza-Urgenza "uno dei nodi più critici di tutta la programmazione sanitaria regionale, che si configura come una delle più importanti variabili sulle quali viene misurata la qualità dell'intero Servizio Sanitario Regionale". Giustamente veniva osservato che "la stessa organizzazione della rete ospedaliera influenza e viene influenzata dal sistema dell'emergenza-urgenza".

Il decennio trascorso, senza un aggiornamento della programmazione, ha visto la realizzazione di alcuni obiettivi definiti dalla legge di Piano. In particolare:

- 1) il completamento della rete dell'emergenza territoriale: l'attuale servizio di emergenza "118" piemontese è organizzato in otto Centrali Provinciali, che coordinano cinque postazioni di elisoccorso, sessantuno ambulanze medicalizzate con medico ed infermiere a bordo, dodici mezzi avanzati di base con il solo infermiere e circa trecento ambulanze di base con personale volontario soccorritore;
- 2) la diffusione pressoché generalizzata della metodologia del "Triage" ospedaliero in attuazione della vigente normativa nazionale (Atto d'intesa Stato-Regioni/G.U. n. 114 del 17/5/1996, Accordo Stato-Regioni del 25/10/2001) e regionale (D.G.R. 43-15182 del 23/3/2005/B.U.R. n. 20 del 19/05/2005). <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2005/corrente/siste/index.htm> La funzione di triage è attiva presso tutte le strutture di pronto soccorso della Regione Piemonte, che ne garantiscono lo svolgimento continuativo nelle 24 ore o per tutto il periodo di apertura del servizio, secondo quanto previsto dalla D.G.R. suddetta;
- 3) l'avvio della realizzazione della rete delle terapie intensive neonatali e l'approccio alla organizzazione delle reti per le patologie complesse;
- 4) la diffusione dell'informatizzazione e della trasmissione di immagini progetto (T.E.M.P.O.R.E.);
- 5) la stesura dei Piani di Maxiemergenza extra ed intraospedalieri.

Tuttavia, l'impianto organizzativo previsto per il Sistema Ospedaliero dell'Emergenza-Urgenza, pur considerando la possibilità di istituire organici dedicati di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, risultava sostanzialmente centrato sugli organici a rotazione di pertinenza delle diverse discipline (Medicina Generale, Chirurgia, Ortopedia e Traumatologia, ecc..) nei Pronto Soccorso, ponendo limiti alla costruzione di un sistema ospedaliero dell'emergenza veramente efficace ed integrato col sistema territoriale.

Dal punto di vista dei criteri generali organizzativi, il P.S.R. 97-99 prevedeva un D.E.A. in ogni ambito territoriale corrispondente ad una delle 22 ASL, con deroghe in aumento qualora il bacino di utenza superasse i 250.000 abitanti o qualora il tempo di accesso da un ospedale alla più vicina sede di D.E.A. superasse i 60 minuti, per un totale massimo di 30 D.E.A. (oggi 32); *di questi, 6 erano classificati sovrazonali (oggi 8)*, Cuneo, Alessandria e Novara corrispondenti ai relativi quadranti, mentre nell'area torinese erano previsti due Poli-D.E.A. sovrazonali: il polo Torino Sud (Osp. S. Giovanni Battista, C.T.O., O.I.R.M - S. Anna, Oftalmico) ed il polo Torino Nord (Osp. S. Giovanni Bosco), integrati dal D.E.A. sovrazonale del S. Luigi.

La delibera settoriale - approvata dalla Giunta Regionale in data 2.12.2002 in applicazione dell'art. 8 della L.R. 12.12.1997 - avente per oggetto "Linee Guida per l'Emergenza Sanitaria Ospedaliera" costituisce a tutt'oggi un valido indirizzo di riferimento per la programmazione dei Servizi Ospedalieri per l'Emergenza a livello di quadrante, ma ha risentito di una debolezza intrinseca di strumenti attuativi.

Tale provvedimento, nel ribadire la funzione interdisciplinare dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (D.E.A.) come asse portante dell'organizzazione del soccorso, ne aggiorna profondamente il modello organizzativo, prevedendo la individuazione di un organico medico

dedicato all’Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d’Accettazione e d’Urgenza).

Un secondo elemento di innovazione riguarda la scelta dell’area funzionale sovrazonale come riferimento per le scelte di programmazione sanitaria.

In questo più ampio contesto, “gli organici dedicati e specifici per l’emergenza ospedaliera devono divenire una vera e propria Rete di risorse professionali che secondo le caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, sia messa in grado di spalmare le proprie competenze sull’intero scenario delle strutture dedicate all’emergenza; dai centri di eccellenza (D.E.A. zonali e sovrazonali), caratterizzati da elevati livelli tecnologici e competenze di alto livello, deve svilupparsi una funzione vasta di Pronto Soccorso in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di D.E.A. e dei punti di primo intervento”.

Va rilevato che la delibera regionale si è inserita in un processo culturale-organizzativo, che aveva portato negli anni precedenti all’assunzione del modello delle Strutture di “Medicina d’Urgenza” ed alla istituzione di Strutture Complesse di Medicina Generale a indirizzo d’Urgenza o di Strutture Complesse di Medicina e Chirurgia d’Accettazione e d’Urgenza (secondo la dizione corrispondente alla disciplina riconosciuta a livello ministeriale), in genere derivate dalla trasformazione di Strutture Complesse di Medicina Interna; tale processo, utilizzando le aperture offerte dal P.S.R. 97-99, ha consentito di istituire circa 15 Medicine d’Urgenza.

#### I°) Nuovi obiettivi di Piano (2007-2010)

- 1) Costituisce priorità assoluta la costruzione di **percorsi di continuità assistenziale** sul territorio regionale che prevedano l’integrazione tra le componenti territoriali (distretti) ed ospedaliera.
- 2) Non potendosi considerare a regime la rete regionale dell’emergenza ospedaliera, **costituisce obiettivo di Piano completare su tutto il territorio regionale la rete integrata dell’Emergenza Ospedaliera** con organici dedicati di Medicina e Chirurgia di Accettazione ed Urgenza.
- 3) Poiché i provvedimenti assunti non prendevano in considerazione l’integrazione dell’organizzazione del Servizio di Emergenza Territoriale “118” con la rete dei D.E.A., costituisce obiettivo di Piano stabilire i termini di tale integrazione; in questo senso si colloca il recente provvedimento della Giunta Regionale, con l’inquadramento nel ruolo sanitario dei medici titolari di incarico a tempo indeterminato nell’emergenza sanitaria territoriale - in conformità a quanto previsto nell’art. 8 del D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 e nel D.P.C.M. 12 dicembre 1997, n. 502 - presso la Centrale Operativa del “118” territorialmente competente, nella disciplina di “Medicina e Chirurgia d’Accettazione e d’Urgenza”.
- 4) Altro obiettivo è la realizzazione della Rete delle Patologie Complesse (es: Sindrome Coronarica Acuta, Ictus, Trauma, Urgenze Pediatriche ed Ostetrico-Ginecologiche, ma anche tutte le situazioni che prevedono livelli organizzativi superiori, ivi compresa la diagnosi precoce ed il trasporto protetto verso Centri a funzione sovrazonale), in armonia con la rete dei D.E.A. e con l’utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione.
- 5) L’approvazione del Corso di Specializzazione in “Medicina d’Emergenza-Urgenza”, che vede Torino tra le prime sedi nazionali, impegna la Regione a promuovere con le sedi universitarie, nell’ambito della programmazione regionale, il pieno sviluppo delle Scuole di Specializzazione in “Medicina d’Emergenza-Urgenza”, con il coinvolgimento nel percorso formativo delle strutture di emergenza ospedaliera e territoriale.
- 6) Nell’attesa che la suddetta scuola funzioni a pieno regime e che i Corsi previsti possano licenziare i primi medici specializzati, la Regione Piemonte istituisce, anche con l’Università, corsi indirizzati ai medici in servizio nei Pronto Soccorso degli Ospedali della rete regionale e ai medici del Servizio Territoriale “118”, in armonia con i programmi formativi regionali.
- 7) Anche per gli Infermieri dovranno essere attivati percorsi formativi specialistici ed un pieno riconoscimento delle professionalità, dei ruoli dirigenziali e degli sviluppi di carriera che loro

competono, nella logica di uno sviluppo organizzativo dipartimentale delle professioni sanitarie, secondo quanto stabilito dalla normativa regionale.

## II°) Caratteristiche quantitative della domanda di prestazioni in urgenza.

Le conoscenze epidemiologiche della patologia afferente ai servizi di Pronto Soccorso costituiscono un requisito indispensabile per il corretto dimensionamento dei nodi della rete dell'Emergenza.

Il sistema territoriale 118 risponde in media a 2 milioni di chiamate l'anno, coordinando circa 400.000 interventi.

TABELLA ANNO 2006

CENTRALI 118	INTERVENTI
ALESSANDRIA	45.030
ASTI	23.311
BIELLA	13.692
CUNEO	50.705
NOVARA	30.038
TORINO	217.453
VERBANIA	20.733
VERCELLI	22.766
<b>TOTALE</b>	<b>423.728</b>

Gli elicotteri effettuano circa 4.500 missioni anno, di cui circa 250 trasporti secondari da ospedale a ospedale e 500 interventi in ambiente alpino.

Nel corso del 2006, gli accessi ai Pronto Soccorso del Piemonte sono risultati 1.763.382, con la seguente suddivisione per Codici Colore:

- Codice Rosso 0,89 %
- Codice Giallo 8,90 %
- Codice Verde 62,07 %
- Codice Bianco 28,14 %

Il basso valore percentuale dei Codici "alti" può essere indice di una eccessiva dispersione dei nodi della rete, mentre per converso l'alto valore percentuale dei Codici "bassi", correlato a un basso numero di pazienti ricoverati (10,59%), deve costituire un forte indizio della necessità di riorganizzare i servizi territoriali di base.

## III°) Il sistema dell'emergenza e il territorio: nuove forme di integrazione

Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo, costante ed elevato incremento di richieste di prestazioni da parte del sistema di emergenza sia territoriale che ospedaliero. Questa situazione interessa ormai tutti i paesi occidentali ed in particolare i grossi centri urbani.

### ANALISI E CRITICITA'

1. Aumento dell'età media della popolazione ed aumento del numero di soggetti con patologie croniche degenerative, che presentano maggiori fragilità.
2. Maggiore sensibilizzazione in generale della popolazione ai problemi di salute, con conseguente incremento delle aspettative e richiesta di interventi sempre più tempestivi.
3. Notevolissimo incremento della componente tecnologica nella diagnostica e nella terapia, con conseguente incremento delle aspettative e delle richieste di interventi sempre più tempestivi.

4. Miglioramento delle vie di comunicazione, con maggiore facilità di accedere alle strutture ospedaliere dedicate all'emergenza, in particolare dei grandi ospedali, in quanto percepiti dai cittadini come "più sicuri".
5. Notevole incremento dei flussi migratori, con presenza di un elevato numero di soggetti non regolarizzati che utilizzano il Pronto Soccorso per tutti i problemi di salute.
6. Incremento notevole degli spostamenti della popolazione, sia per motivi di lavoro (pendolarismo) che per macro/micro-turismo.
7. Sperequazione nella distribuzione dei posti letto per acuti che, pur rilevando un dato complessivo coerente con le indicazioni nazionali, subisce innegabili criticità in particolari aree, sia intese geograficamente sia intese per specifiche discipline (in particolare nell'area medica).

Le conseguenze di questi fenomeni sono rappresentate da un progressivo incremento di utilizzo del sistema di emergenza per situazioni cliniche che potrebbero trovare risposte più adeguate, appropriate ed a costi inferiori in sedi diverse e con modalità di erogazione diverse.

Il conseguente sovraffollamento provoca non pochi problemi nel garantire le risposte adeguate e tempestive a tutte le richieste. Sono ormai documentate sia le difficoltà del sistema di emergenza territoriale nel far fronte a tutte le richieste, sia i notevoli rallentamenti per la definizione delle situazioni cliniche e per l'avvio al ricovero, quando necessario, nelle strutture di Pronto Soccorso dei grossi centri ospedalieri.

Si ritiene che una quota non trascurabile di accessi al Pronto Soccorso possano essere evitabili. In particolare: quelli non preventivamente filtrati da un sanitario, in quanto il paziente identifica erroneamente nel Pronto Soccorso la sede idonea alla gestione del problema presentato; quelli determinati da elevati tempi di attesa per prestazioni strumentali o specialistiche ambulatoriali.

Questa situazione impone azioni di riorganizzazione del servizio sanitario territoriale, al fine di garantire un più appropriato e contenuto utilizzo dei sistemi di emergenza sanitaria, con il superamento delle "rigidità organizzative" e la elaborazione di modelli organizzativi a maggiore flessibilità, con ulteriore sviluppo delle integrazioni multiprofessionali sanitarie, assistenziali e sociali. Gli obiettivi di tale riorganizzazione sono rappresentati dalla riduzione degli accessi evitabili, dallo snellimento della fase intraospedaliera (rendendo condivisibili dati e conoscenze già a disposizione del M.M.G. e dell'infermiere di famiglia nonché sviluppando modelli integrati di gestione anche della fase intraospedaliera-fast track) e dalla prevenzione dei "rientri a breve termine" (continuità assistenziale dopo la dimissione).

Alcune delle soluzioni rientrano nei compiti dei Gruppi della Cure Primarie e delle Case della Salute, già avviati a sperimentazione, che prevedono la costituzione di risposte articolate ed interdisciplinari, che pur ben distinte e separate dal circuito dell'emergenza onde evitare pericolose ambiguità, devono necessariamente dialogare con il mondo dell'Emergenza territoriale ed ospedaliera.

Tale obiettivo si dovrà raggiungere attraverso:

- a) definizione di protocolli per la gestione di situazioni non urgenti ma che necessitano di valutazione in tempi rapidi;
- b) definizione di protocolli per le "dimissioni protette", in collaborazione con le "cure domiciliari";
- c) definizione di protocolli per l'accesso tempestivo a prestazioni ambulatoriali a favore di pazienti in carico alle "cure domiciliari".

Le notevoli differenze tra zone a popolazione dispersa e grossi centri urbani e, d'altra parte, la necessità di garantire interventi equi ed omogenei su tutto il territorio regionale impongono una corretta programmazione dei servizi di emergenza anche nelle zone più svantaggiate.

Un'ultima riflessione risulta indispensabile sulla necessità di rivedere le attribuzioni e le competenze dei Medici di Continuità assistenziale; occorre riorganizzare le chiamate su base

provinciale, mantenendo capillare il servizio nell'ambito delle cure primarie, al fine di una utile integrazione con i servizi di urgenza.

## IV°) La rete dell'emergenza territoriale "118"

### **Introduzione**

Il D.P.R. 27.03.1992 ha istituzionalizzato un modello organizzativo avanzato dei servizi di emergenza, costituito da due ambiti di intervento funzionalmente integrati: l'ambito extraospedaliero e l'ambito intraospedaliero.

Il sistema emergenza-urgenza, secondo quanto indicato dalle linee guida 1/96 in applicazione del D.P.R. citato, è articolato nel Sistema di Emergenza Territoriale (Centrali Operative 118, Postazioni di soccorso dell'emergenza territoriale, punti di Primo Intervento a gestione diretta) e nella rete di strutture dell'emergenza ospedaliera, funzionalmente differenziate in Punti di Primo intervento, Pronto Soccorso Ospedalieri, Dipartimenti di Emergenza–Accettazione.

Il punto di partenza della Regione Piemonte è il programma di realizzazione del Sistema d'Emergenza approvato con DGR n. 101-18190 del 7.9.1992, regolamentato con successivi atti amministrativi. Negli ultimi anni si è assistito ad un notevole sviluppo dell'emergenza sanitaria territoriale organizzata e il sistema di emergenza è in grado di portare al cittadino la giusta professionalità sanitaria per affrontare la patologia sul luogo di insorgenza e ridurne gli effetti dannosi a breve e medio termine.

L'organizzazione 118 ha consentito, con personale debitamente formato, di stabilire la gravità dell'evento, la sua priorità e le risorse necessarie, garantendo la migliore assistenza sanitaria disponibile. La continuità di cura della centrale operativa 118 si completa assicurando al territorio la monitoraggio delle risorse ospedaliere più vicine ed idonee.

Oggi esistono alcune importanti criticità: la molteplicità dei soggetti che concorrono all'esecuzione del servizio di Emergenza 118; la differente natura giuridica degli stessi; la territorialità delle ASR; l'impegno del Sistema verso attività sanitarie per le quali sia ipotizzabile una maggiore elasticità del sistema che consenta anche il recupero di almeno parte dei costi.

Il sistema di Elisoccorso, dal punto di vista dell'appalto e delle procedure amministrative, è gestito da una sola ASR coadiuvata da una Commissione Tecnica. Il coordinamento operativo del servizio è affidato alla centrale operativa di Torino, che accoglie ed autorizza le richieste di tutte le centrali provinciali per missioni di soccorso primario e trasporto secondario.

### **1) Il coordinamento delle Centrali Operative del 118.**

Poiché è fondamentale che la metodologia di approccio al paziente e i protocolli di cura siano omogenei fra le diverse strutture del soccorso, è condizione essenziale che il coordinamento organizzativo medico e infermieristico sia garantito a livello regionale.

### ***Le Centrali Operative e loro competenze***

Si parla di vero e proprio Sistema, in quanto, conformemente all'Atto di Intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul Sistema di Emergenza Sanitaria in applicazione del D.P.R. 27.3.1992 pubblicate sulla G.U. della Repubblica Italiana del 17 maggio 1996, è necessario

configurare un insieme di servizi di emergenza che operano secondo schemi e strutture in grado di funzionare sul territorio in maniera organicamente integrata tra loro.

La corretta configurazione ha previsto la definizione delle aree, delle zone d'intervento, degli obiettivi, delle responsabilità dei singoli interventi e degli strumenti organizzativi.

Più in generale, si può sintetizzare il modello organizzativo nell'integrazione funzionale a livello locale, sovrazonale e regionale delle seguenti funzioni:

- Accesso al sistema attraverso la Centrale Operativa
- Soccorso urgente domiciliare e sul territorio
- Trasporto del paziente ed interventi in itinere
- Avvio alle strutture ospedaliere articolate per risorse e per competenza territoriale
- Collegamento regionale delle centrali operative e dei D.E.A.
- Raccordo con la Protezione Civile per interventi di Maxi-emergenza

In applicazione della normativa nazionale e delle conseguenti deliberazioni regionali, l'attuale impianto strutturale del sistema risulta costituito dalle otto Centrali Operative provinciali 118 e dalle strutture coordinate.

Il soccorso nella fase extra ospedaliera si attua con un modello che prevede l'invio del mezzo più idoneo in funzione della criticità dell'intervento, il coordinamento dello stesso ed il successivo trasporto del paziente al Pronto Soccorso, individuato secondo criteri di adeguatezza e vicinanza.

Le Centrali Operative assolvono alle funzioni proprie del sistema di allarme con le seguenti modalità: ricezione delle richieste di soccorso; valutazione del grado di complessità dell'intervento da eseguire; attivazione e coordinamento del medesimo. In caso di guasti o iper-afflusso, sistemi di protezione garantiscono la deviazione delle chiamate su altre Centrali.

La sola Centrale di Torino si differenzia per le sue caratteristiche dimensionali e per rivestire anche la funzione di Centrale di Coordinamento Regionale per i servizi di: elisoccorso; soccorso in ambiente ostile; trasporto organi, farmaci, équipe.

Da non sottovalutare l'importante contributo di integrazione con altre risorse attivabili, che conferiscono alla risposta la connotazione di rete integrata.

Sono inoltre attribuite alle A.S.R. sede di Centrale Operativa altre competenze quali: la stipula delle convenzioni con le associazioni di volontariato, secondo i criteri stabiliti dalla Regione Piemonte con le organizzazioni regionali di coordinamento; le convenzioni del personale medico convenzionato ai sensi del D.P.R. 484/96; i percorsi formativi del personale tecnico e sanitario; i protocolli di collaborazione con le forze dell'ordine e gli Enti pubblici.

## 2) Le Postazioni di Soccorso Territoriali

La risposta delle centrali si concretizza principalmente nell'attivazione e nel coordinamento dei mezzi, di terra ed aerei. Le 8 centrali provinciali gestiscono, con procedure condivise, 5 postazioni di elisoccorso, 61 ambulanze medicalizzate (M.S.A.) con medico ed infermiere a bordo, 12 mezzi avanzati di base con infermiere (M.S.A.B.) e 277 ambulanze di base con personale volontario soccorritore certificato (M.S.B.).

La Regione ha provveduto a definire la distribuzione dei mezzi di soccorso, nel rispetto degli standard previsti in sede di conferenza Stato-Regioni e secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali. Il numero totale delle postazioni di M.S.A. previste dovrà essere assegnato alle Aziende Sanitarie sede di Centrale Operativa, fatti salvi i principi di interscambiabilità del personale medico ed infermieristico dei servizi di emergenza territoriale e ospedaliera secondo protocolli concordati e condivisi tra i responsabili dei servizi interessati.

I mezzi sono reperiti tramite la stipula di apposite convenzioni con le associazioni di volontariato. Le convenzioni definiscono i requisiti delle ambulanze e del personale che l'Organizzazione di volontariato fornisce; in alcuni casi sono utilizzati mezzi e personale dipendente delle A.S.R.

Il personale sanitario operante sui mezzi di soccorso ha il compito di prestare le cure al paziente e di gestire e coordinare il flusso delle informazioni fra le diverse strutture sanitarie coinvolte (Centrale Operativa, Mezzi mobili, Ospedali).

### I mezzi di soccorso, secondo l'attuale articolazione operativa, sono divisi in:

- **autoambulanza di soccorso di base** (M.S.B.), con equipaggio composto da *autisti e barellieri* messi a disposizione dalle Associazioni di Volontariato di cui alla Legge 266/91 e/o dalla C.R.I., o dipendenti delle A.S.R., addestrati e certificati in base a programmi formativi predisposti dalla Regione;
- **autoambulanza di soccorso avanzato di base** (M.S.A.B.), con equipaggio composto da autisti e barellieri (messi a disposizione dalle Associazioni di Volontariato di cui alla Legge 266/91 e/o dalla C.R.I. o dipendenti delle ASR, addestrati e certificati in base a programmi formativi predisposti dalla Regione) e da un *infermiere* abilitato;
- **autoambulanza di soccorso avanzato** (M.S.A.), con equipaggio composto da autisti e barellieri (messi a disposizione dalle Associazioni di Volontariato di cui alla Legge 266/91 e/o dalla C.R.I., o dipendenti delle ASR, addestrati e certificati in base a programmi formativi predisposti dalla Regione), da un *infermiere abilitato e da un medico* appartenente all'area di "Medicina d'Emergenza-Urgenza";
- **elicotteri**, con equipaggio composto da anestesista rianimatore, infermiere, tecnico di soccorso alpino, pilota.

L'attrezzatura di bordo risponde ai requisiti indicati dalla Regione.

La Regione può individuare mezzi di soccorso speciali ad integrazione dell'attuale dotazione.



### **3) I punti di primo intervento a gestione diretta Centrali Operative 118.**

I punti di primo intervento, facenti parte del sistema 118, possono essere costituiti da strutture fisse ed attrezzate in spazi fisici definiti e/o da strutture mobili adeguatamente attrezzate.

Presso i punti di primo intervento è possibile effettuare il primo intervento medico, stabilizzare il paziente in fase critica e attivarne il trasporto presso il pronto soccorso più idoneo.

Si distinguono in:

- 1) Punti di Primo Intervento, mobili (allestiti per esigenze estemporanee) o fissi (con numero di accessi < 6000, assegnati al "118").
- 2) Punti di Primo Intervento con numero di accessi >6000, eventualmente assegnati alle strutture delle Aziende Sanitarie dopo l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dall'art. 4, comma 10, del D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni secondo quanto definito al punto V°.

### **4) Gli incidenti maggiori, la maxiemergenza e l'N.B.C.R. (emergenze Nucleari, Batteriologiche, Chimiche e Radiologiche)**

In caso di funzioni complesse quali la gestione degli incidenti maggiori o nelle maxiemergenze, quando sia necessaria una integrazione organizzativa ed operativa con altri enti, anche su base nazionale, si prevede la individuazione di una Centrale Operativa Regionale, in connessione con tutte le centrali, sanitarie e non, dedicate all'emergenza, che assuma il ruolo di coordinamento operativo dei soccorsi sanitari.

In base all'analisi del fabbisogno e alla mappatura dei rischi relativi alla popolazione del territorio di riferimento, si può prevedere un'articolazione delle postazioni per complessità: macropostazione o ospedale da campo in stretta sinergia con la Protezione Civile e i presidi ospedalieri; postazioni satellite costituite da punti di primo intervento mobili (P.M.A.), gestiti dalle C.O. 118.

L'organizzazione di risposta alle maxiemergenze è affidata al Sistema 118, comprese le emergenze non convenzionali e le attività di decontaminazione.

Nell'ambito delle situazioni assimilabili a maxiemergenze debbono essere affrontate le tematiche relative alle emergenze legate a fattori climatici, turistici e alle manifestazioni con elevato afflusso di pubblico, eventi che si propongono ciclicamente e che necessitano di una risposta organizzata idonea, specifica e dinamica.

In analogia al Sistema di emergenza territoriale, che prevede piani di intervento a seconda delle varie tipologie di rischio, ogni presidio ospedaliero ha il suo Piano per le maxiemergenze intra-ospedaliere, organizzato con criteri omogenei e condivisi e guidato da circolari e supporto regionale.

Tali piani sono depositati presso le Centrali Operative, che a loro volta dispongono di piani di attivazione dei medesimi e di protocolli omogenei ed integrati anche a livello interregionale.

### **5) I rapporti con le Organizzazioni di Volontariato**

L'Area del volontariato è composta da strutture integrate di personale (volontario e dipendente) e mezzi (ambulanze, mezzi di soccorso speciali ed altre strutture mobili) da tempo implementate sul territorio e messe a disposizione del sistema 118 dalla C.R.I. e dalle Associazioni di Volontariato

disciplinate dalla Legge 266/91. Tale normativa, in particolare, regola specificatamente anche aspetti giuridico-formali posti a tutela della collettività e del pubblico.

L'accrescimento valoriale dato dal dinamismo e dalla duttilità del volontariato integrato nel sistema di emergenza prevede comunque specifiche attività di informazione/formazione volte alla corretta applicazione delle procedure da utilizzarsi nell'attività operativa.

Le Organizzazioni di coordinamento regionale delle Associazioni che intervengono nel sistema di emergenza-urgenza partecipano al livello di programmazione regionale negli ambiti in cui le stesse operano.

## **6) L'integrazione con il Territorio**

### **Distretti, Medicina Generale, Continuità Assistenziale, Medicina Preventiva**

L'attività del M.M.G. e della figura dell'infermiere di famiglia costituiscono il primo anello della modulazione delle risposte in emergenza-urgenza, rappresentando, in tal modo, un punto di riferimento non solo per la popolazione, ma anche per l'organizzazione del sistema 118.

Il ruolo dei medici della Continuità Assistenziale deve essere modulato in funzione di integrazione con l'assistenza primaria, di cui rappresenta l'interfaccia con il Sistema dell'Emergenza Territoriale.

## **7) Le tecnologie e le reti di connessione con le alte specialità**

L'intera attività operativa delle Centrali 118 in Piemonte è garantita con un omogeneo supporto informatico, un software avanzato appositamente studiato, di elevata affidabilità, con un alto livello di capacità di protezione dei dati. Questo software permette la raccolta su una scheda elettronica di tutte le informazioni della chiamata. Dovranno essere estesi, nel breve-medio termine, i sistemi informatizzati adibiti a: ricezione, registrazione, smistamento delle chiamate; coordinamento dei soccorsi (gestione delle Centrali Operative); comunicazione fra le varie strutture interessate all'evento (trasmissione dati, T.A.C., E.C.G., altri parametri vitali), come maggiormente dettagliato al Punto VI°. Al fine di uniformare le metodiche di intervento, di mantenere in efficienza il servizio e di contenere i costi si rende necessaria la centralizzazione nell'acquisizione dei beni.

## **8) La formazione e l'informazione sanitaria**

La formazione degli operatori, in origine non uniforme, è stata oggetto di particolare attenzione e sono stati fatti notevoli progressi rispetto alla omogeneizzazione e al livello di qualità. Dovranno essere meglio definiti i percorsi formativi specifici per le figure professionali del Medico (in attesa dei primi specialisti), dell'Infermiere (attraverso master di specializzazione e corsi di perfezionamento) e del Soccorritore, sia esso volontario o dipendente. Il Sistema 118 ha un ruolo fondamentale nella prevenzione ed educazione della popolazione, sia per quanto riguarda il corretto accesso ai servizi che per quanto attiene alla prevenzione di alcuni eventi patologici ad alta diffusione, come i traumi della strada o gli incidenti a domicilio.

## **9) Dipartimento Interaziendale per l'emergenza sanitaria territoriale 118**

E' stato istituito il Dipartimento Interaziendale per l'emergenza sanitaria territoriale 118, composto dalle Aziende sede di Centrale Operativa, approvato con D.G.R. n. 83-6614 del 30 luglio 2007, la cui organizzazione per aree funzionali viene di seguito esplicitata.

### Area sanitaria

La funzione sanitaria è garantita da personale medico dipendente del S.S.R. , da medici inquadrati alla dipendenza delle 8 ASR sede di C.O. 118, in applicazione della DGR n. 6-6806 del 10.9.2007 integrati da medici convenzionati con le stesse Aziende e da infermieri dipendenti del S.S.R..

### Area gestionale organizzativa

La funzione tecnica del sistema è assicurata da operatori tecnici assegnati alle Centrali Operative con compiti di gestione dei mezzi di soccorso ubicati sul territorio, da autisti e barellieri soccorritori dipendenti delle ASR e/o da personale volontario e dipendente dalle Associazioni di Volontariato e dalla Croce Rossa Italiana convenzionato per il servizio.

La funzione gestionale organizzativa e tecnologica è altresì garantita da unità amministrative dipendenti delle ASR, da dirigenti amministrativi dipartimentali e non dipendenti dalle ASR, da un collaboratore tecnico e da un programmatore tecnico.

### Area direzionale

La funzione direzionale è strutturata sui seguenti centri di responsabilità:

coordinamento a livello provinciale, coordinamento infermieristico di Centrale Operativa 118; coordinamento dipartimentale per le Tecnologie Clinico Sanitarie; coordinamento dipartimentale medico ed infermieristico delle Maxiemergenze; coordinamento medico ed infermieristico dipartimentale per il Sistema di Elisoccorso; coordinamento dell'Area Infermieristica a livello dipartimentale.

### Area Amministrativa

La funzione amministrativa garantisce le procedure per fornire alla componente sanitaria le risorse umane, i mezzi, le attrezzature e il materiale necessari all'attività. Un sistema sempre più complesso e articolato richiede una notevole capacità di acquisizione e gestione dei beni al fine di uniformare, ove possibile, le metodiche d'intervento, mantenere in efficienza il servizio, contenere i costi. Sempre più importante, oltre alla componente amministrativo contabile, la parte amministrativo legale nei riguardi delle amministrazioni dello Stato, degli enti di previdenza ed assicurazione e dei professionisti a tutela dei cittadini.

### Area Funzionale Gestione Logistica

La pianificazione ipotizzata per le Aree Omogenee prevede una Azienda Sanitaria che acquisisce la gestione logistica delle Postazioni di Soccorso e la garantisce coordinandosi dal punto di vista organizzativo e gestionale con le Centrali 118 (uniformità ed economicità su larga scala).

L'approvvigionamento di farmaci e presidi sanitari sarà garantito in modalità centralizzata.

### Area Tecnologie Clinico Sanitarie

Le dotazioni delle Centrali Operative Piemontesi rendono l'organizzazione regionale 118 un sistema tecnologicamente avanzato ed all'avanguardia, basato su complesse tecnologie di ricezione, registrazione, smistamento delle chiamate, coordinamento dei soccorsi (gestione delle centrali operative). Assicura procedure di tipo informatico con programmi di gestione complessi ed integrati. Il personale dedicato deve essere in possesso di specifica professionalità (anche ad integrazione di quella di base posseduta, quale operatore tecnico, infermiere, medico di centrale).

La comunicazione fra le varie strutture interessate all'evento (trasmissione dati, T.A.C., ECG, dati paziente ecc.) richiede un sistema riservato essenzialmente ai sanitari. Tale settore in rapido sviluppo potrà fornire notevoli benefici clinici ai pazienti risparmiando risorse e costituendo la base per l'evoluzione e l'implementazione su base regionale dei protocolli sanitari, vera essenza del sistema clinico dell'emergenza.

### Area Maxiemergenze

Compito principale è fornire alla componente sanitaria il supporto logistico e organizzativo necessario per interventi che esulano dalla normale routine quali maxi emergenze, calamità e manifestazioni. L'attività deve essere espletata con riferimento sovrazonale e sovraziendale, non frazionabile e necessita di modelli operativi rigidi, anche se condivisi e in continua evoluzione, al fine della massima standardizzazione delle procedure e della complementarietà dei vari strumenti di intervento.

Nel documento "Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi" pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 12-05-2001, aggiornato nell'anno 2006 da specifica indicazione della Presidenza del Consiglio Dipartimento della Protezione Civile, sono definiti i criteri necessari all'individuazione del Direttore dei Soccorsi Sanitari sulla scena di incidente maggiore.

E' inoltre necessario provvedere all'adeguamento della risposta del Sistema 118 in occasione di eventi che si configurino come "Incidente Maggiore" e/o come evento N.B.C.R..

### Area Elisoccorso

L'organizzazione e gestione di un servizio complesso quale il servizio di elisoccorso, da integrare nella rete sanitaria, richiede competenze specifiche di tipo organizzativo, per ottimizzarne l'efficienza e razionalizzarne impiego e costi.

Il servizio regionale di elisoccorso è strutturato allo scopo di garantire la maggiore operatività e la migliore copertura territoriale.

Il carattere sovrazonale del servizio richiede un progetto globale, a livello regionale, la cui esecuzione, in toto o in parte, viene successivamente affidata a singole ASR .

Il servizio deve essere in grado di rispondere alla effettiva domanda di soccorso integrato, tenendo conto allo stesso tempo del progressivo potenziamento del sistema con mezzi a terra.

L'operatività "alba - tramonto secondo effemeridi" garantisce il massimo di copertura, senza escludere fasce orarie di particolare rilievo nel soccorso, ma dovrà essere presa in esame la possibile estensione ad una risposta nelle ore notturne per la possibile richiesta di interventi per prestazioni particolari quali il trasporto organi, l'équipe per espianto, i trapianti e le maxiemergenze.

Dovrà essere posta particolare attenzione nella ricerca e realizzazione di elisuperfici dedicate alle strutture ospedaliere idonee..

### Area dell'Assistenza Infermieristica

Lo sviluppo delle attività organizzative del dipartimento - con coinvolgimento di figure professionali afferenti all'area infermieristica organicamente dipendenti dalle ASR componenti il dipartimento, ma funzionalmente dedicate alle attività di quest'ultimo - prevede l'individuazione dell'area dell'assistenza infermieristica a livello dipartimentale. Obiettivo principale è perseguire la qualità dell'assistenza, assicurando l'efficacia e l'efficienza del governo clinico.

Anche nella gestione delle maxiemergenze e dell'elisoccorso il coordinamento infermieristico deve rivestire valenza dipartimentale, con riferimento sovrazonale e sovraziendale.