

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 ospedaliere.
- 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
TOTALE	423.728

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.

V°) La rete dell'emergenza ospedaliera (D.E.A., P.S., P.P.I.)

La rete dell'emergenza ospedaliera, diffusa su tutto il territorio regionale e necessariamente **integrata con il servizio territoriale "118"**, è costituita da una serie di nodi di varia complessità organizzativa (D.E.A. di II° Liv, D.E.A. di I° Liv., P.S. Ospedalieri, Punti di Primo Intervento), strettamente collegati tra di loro mediante sistemi rapidi di comunicazione e di trasporto e legami di natura strutturale o funzionale. **L'organizzazione dipartimentale dei D.E.A.**, cui sono integrati i P.S. e i P.P.I., costituisce il permanente riferimento di tutto il sistema ospedaliero dell'Emergenza, in considerazione della natura spesso interdisciplinare degli interventi in Urgenza; viene, però, profondamente aggiornato il suo modello organizzativo, che deve poggiare su una solida, permanente organizzazione costituita dagli **organici medici dedicati all'Emergenza-Urgenza**, inquadrati nella disciplina specifica di "Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza" (DM 30.1.1998). Il luogo operativo comune di tutti i nodi della rete, facilmente riconoscibile dai cittadini, dotato di strutture e funzioni differenziate a seconda del Presidio in cui è collocato, è costituito dal Pronto Soccorso.

Il modello del P.S., adeguato al bisogno di prestazioni in urgenza

Viene previsto un modello di Pronto Soccorso efficiente ed in grado di far fronte alle richieste estremamente diversificate e con grande variabilità quanto al grado di urgenza.

L'assetto organizzativo del singolo Pronto Soccorso deve partire dai bisogni valutati epidemiologicamente e riferiti all'area geografica di influenza; deve inoltre tenere conto della capacità di risposta dell'ospedale in cui è inserito, espressa in termini di professionalità e tecnologie, e della sua collocazione nella rete ospedaliera.

Da questo discende un'articolazione organizzativa gerarchicamente definita e collegata in rete, che è in grado di garantire a livello della singola area funzionale sovrazonale tutte le risposte ai bisogni sanitari in urgenza, anche a quelli di elevata complessità.

L'assetto organizzativo-funzionale del Pronto Soccorso previsto per i D.E.A. di II° Livello ed i D.E.A. di I° Livello ad alto afflusso, prevede le seguenti aree e funzioni:

1. Camera Calda
2. Sala d'attesa sorvegliata
3. Triage
4. Area delle urgenze maggiori (codici rossi e gialli)
5. Area delle urgenze minori (codici verdi e bianchi)
6. Area di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.)
7. Area di Terapia Semintensiva, anche unificata all'O.B.I., con letti ad alta intensità di cura e di assistenza
8. Radiologia
9. Area di decontaminazione
10. Area di isolamento
11. Area per persone decedute
12. Adeguati locali di stoccaggio materiale

Per ogni singola area funzionale devono essere previsti adeguati spazi; le aree funzionali delle Urgenze maggiori, della Terapia semintensiva e dell'O.B.I. devono essere progettate "open space".

I D.E.A. con relativamente basso numero di accessi ed i Pronto Soccorso ospedalieri avranno dotazioni strutturali e funzionali più limitate, con esclusione, quindi, di un'area dedicata esclusivamente a terapia sub-intensiva e di un'area permanentemente dedicata alla decontaminazione.

I P.P.I. saranno dotati unicamente di locali e di attrezzature adeguate per il trattamento delle urgenze minori e per la stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne un rapido trasporto presso le strutture di emergenza più idonee.

FUNZIONE DI TRIAGE

Il Triage, quale primo momento di accoglienza delle persone che giungono in Pronto Soccorso, è una funzione infermieristica basata su protocolli predefiniti, riconosciuti e approvati dal Responsabile del Servizio di Pronto Soccorso – Accettazione o Dipartimento di Emergenza – Urgenza ed Accettazione (v. linee guida Stato-Regioni 2001), volta alla definizione delle priorità assistenziali ed a garantire la presa in carico degli utenti, definendo l'ordine di accesso alla visita medica. La funzione di Triage non riduce i tempi d'attesa di tutti gli utenti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità di interventi urgenti.

Gli obiettivi fondamentali della funzione di Triage sono:

- a. Identificare rapidamente le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento.
- b. Attribuire a tutti gli utenti un codice di priorità che definisca l'accesso alle cure mediche in relazione alla criticità delle loro condizioni ed al possibile rischio evolutivo.
- c. Stabilire, per tutti gli utenti, la sede di trattamento più appropriata.
- d. Sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni; il paziente è sotto la responsabilità dell'infermiere triagista fino all'ingresso alla prima visita medica; l'Infermiere triagista, nei P.S. con numero di passaggi superiori a 25.000, deve essere supportato da un altro infermiere per le attività di iniziale valutazione diagnostica (elettrocardiogramma, esami urine, reperimento di accesso venoso con/senza prelievo ematico).
- e. Fornire informazioni pertinenti e comprensibili ad utenti e familiari, riducendone lo stress e garantendo una adeguata e costante presa in carico.

I sistemi di Triage implementati nelle realtà piemontesi si ispirano al modello del "Triage Globale", fondato su un approccio olistico alla persona ed ai suoi familiari, e devono rispettare quanto previsto nella D.G.R. 23/03/2005 "Linee di indirizzo per l'attività di Triage presso i Pronto Soccorso Piemontesi".

La priorità assegnata al Triage con l'attribuzione di uno specifico codice colore - definito dalla valutazione infermieristica in base alla raccolta di dati soggettivi ed oggettivi, alla considerazione di elementi situazionali significativi e all'effettiva disponibilità di risorse della struttura - deve essere l'unico criterio utilizzato per determinare l'accesso alla visita medica.

Nel rispetto della normativa nazionale, il sistema di codifica del codice di priorità in Triage si deve articolare su quattro tipologie di codice colore che garantiscano il rispetto delle seguenti condizioni:

Codice rosso: assenza o grave compromissione di una o più funzioni vitali (coscienza, respirazione, circolo). Accesso immediato alle aree di trattamento.

Codice giallo: paziente critico, con funzioni vitali non gravemente compromesse, ma suscettibili di peggioramento o con indicatori di sofferenza elevati. Tempo massimo di attesa per la visita medica, in condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo: 20 minuti.

Codice verde: paziente non critico, con funzioni vitali stabili, che necessita di interventi differibili nel tempo, ma comunque urgenti. Tempo massimo di attesa per la visita medica, in condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo: 90 minuti.

Codice bianco: paziente non critico, con funzioni vitali stabili, che necessita di interventi non urgenti, che consentono il protrarsi del tempo di attesa delle prestazioni senza rischio di aggravamento delle condizioni cliniche. Tempo massimo di attesa per la visita medica in condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo: 240 minuti.

E' facoltà delle singole realtà locali prevedere, all'interno del sistema di codifica sopraindicato, sub-categorie che consentano una ulteriore stratificazione del grado di criticità dei pazienti, sempre nel rispetto dei criteri sopra definiti.

Le attività svolte in Triage sono dettagliate nelle raccomandazioni regionali contenute nella D.G.R. 23/3/ 2005 e prevedono principalmente:

- Inizio del Triage (valutazione sulla porta) entro 5 minuti dall'arrivo di ogni utente.
- Adeguata realizzazione della fase di raccolta dati e di valutazione.
- Effettuazione, se necessario, di provvedimenti assistenziali indispensabili per supportare il paziente in attesa e diminuire lo stress emotivo e doloroso.
- Inizio, se previsto da specifici protocolli, di trattamenti diagnostici o terapeutici e/o l'attivazione di percorsi dedicati per specifiche tipologie di pazienti.
- Adeguata informazione all'utente ed ai suoi familiari circa l'esito della valutazione di Triage ed il funzionamento della struttura, anche attraverso l'eventuale consegna di un opuscolo informativo e l'utilizzo di altri supporti informativi (cartelli, video, ecc.).
- L'attivazione di percorsi per patologie non critiche deve prevedere la chiusura del passaggio direttamente dallo specialista per evitare il rientro del paziente nelle strutture di emergenza solo a fini puramente amministrativi.
- Adeguata attività di rivalutazione, che deve essere garantita a tutti gli utenti in attesa, secondo le modalità e la tempistica previsti dalle linee di indirizzo regionali.
- Gestione ed informazione, in collaborazione con gli operatori delle aree di trattamento, dei familiari che stazionano nei locali di attesa durante la permanenza dell'utente all'interno del pronto soccorso.

Ogni azienda dovrà garantire una dotazione di risorse strutturali, tecnologiche ed umane adeguata, in grado di garantire lo svolgimento di una attività di Triage conforme a quanto previsto a livello regionale, tenendo presente che è necessario prevedere almeno una figura infermieristica dedicata H 24 al di sopra dei 20.000-25.000 passaggi nell'area Triage, mentre oltre i 45.000-50.000 passaggi è auspicabile che gli infermieri che svolgono attività di Triage siano almeno due nelle ore di maggior afflusso, dei quali un infermiere nelle 24 ore presente nell'area Triage.

Nel caso di passaggi superiori ai 60.000, per consentire, oltre la valutazione, anche la rivalutazione dei pazienti in attesa di visita medica, gli infermieri H 24 devono essere almeno due.

L'area di svolgimento dell'attività di Triage deve garantire la privacy dell'utente e le necessarie condizioni di sicurezza (presenza di un addetto alla portineria o sistemi di sorveglianza attiva e/o passiva) per garantire lo svolgimento dell'attività di valutazione.

Ogni pronto soccorso deve sviluppare uno specifico progetto per ottimizzare l'attività di Triage, garantendo il rispetto dei criteri regionali e il miglior adattamento possibile alle esigenze della realtà locale. A tal fine si dovrà prevedere l'attivazione di gruppi multiprofessionali (medici ed infermieri esperti), che collaborano con i responsabili medici ed infermieristici del servizio nel verificare il proprio sistema di Triage, elaborare ed implementare strategie di miglioramento.

A cura della Regione saranno promosse attività a supporto dell'attività infermieristica di Triage (quali iniziative di promozione e diffusione delle informazioni), con l'obiettivo di uniformare i sistemi di Triage alle linee di indirizzo regionali, favorendo l'aggiornamento professionale, anche attraverso la raccolta e l'elaborazione dei dati relativi all'attività di Triage. Verranno a tal proposito sviluppati i seguenti progetti specifici:

- la sperimentazione di percorsi dedicati per particolari tipologie di pazienti a basso livello di priorità;
- la progettazione e la realizzazione di corsi di aggiornamento regionale per infermieri triagisti;
- la redazione di un elenco di sintomi principali, per i quali presso ogni realtà deve essere presente uno specifico protocollo di valutazione;

- la creazione di sistemi di verifica sia a livello locale che regionale, secondo le direttive della D.G.R. 23/3/ 2005;
- lo studio e la sperimentazione di un processo di accreditamento dei sistemi di Triage regionali;
- lo studio e la sperimentazione di sistemi di governo clinico e gestione del rischio per tutte le attività di urgenza ed emergenza, comprese le attività di valutazione al Triage.

Le attività di Triage devono essere integrate con i servizi territoriali, direttamente o da parte del medico di medicina generale qualora sia presente in Pronto Soccorso, mediante reports mensili inviati ai medici di medicina generale del territorio, riguardanti gli accessi dei propri assistiti ed i casi ad alta valenza sociale.

FUNZIONI DIFFERENZIATE ED INTEGRATE DELLA RETE DEI P.S.

Secondo la normativa nazionale sui Servizi d’Emergenza-Urgenza “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza”, pubblicato sulla G.U. del 31-3-1992, e successivo documento applicativo “Atto di intesa Stato-Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria”, pubblicato sulla G.U. del 17-5-1996, la rete ospedaliera dell’Emergenza si articola in diversi punti di erogazione delle prestazioni, integrati e funzionalmente differenziati e organizzati.

- Punto di Primo Intervento;
- Pronto Soccorso Ospedaliero;
- Pronto Soccorso dei D.E.A. di I° Livello;
- Pronto Soccorso dei D.E.A. di II° Livello.

Dotazioni logistiche, tecnologiche, professionali

Funzioni di Punto di Primo Intervento

A seguito della riconversione dell’attività di un ospedale, potrebbe rendersi necessario il mantenimento di un Punto di Primo Intervento, operativo nelle 12 o 24 ore a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie. Qualora gli accessi superino le 6.000 unità, la responsabilità clinica e organizzativa ricade sul D.E.A. di riferimento, che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nel presidio.

Sono prevedibili anche Punti di Primo Intervento con casistica inferiore ai 6.000 passaggi annui, di norma costituiti da locale per visita e/o da mezzo di trasporto con personale sanitario. Punti di Primo Intervento sono anche organizzati per esigenze temporanee ed in occasione di manifestazioni di massa. Entrambi sono gestiti funzionalmente e organizzativamente dal sistema “118”.

Sono necessari unicamente ambienti e dotazioni tecnologiche atti al trattamento delle urgenze minori ed alla stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel Pronto Soccorso più appropriato.

Funzioni di Pronto Soccorso semplice

Il P.S. deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al D.E.A. di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate. E’ ubicato in un Ospedale di zona della rete ospedaliera dotato di Struttura Complessa di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia, Ortopedia, in servizio di guardia attiva o di reperibilità secondo le esigenze del bacino d’utenza.

A regime, il personale medico appartiene alla Medicina e Chirurgia di Accettazione e d’Urgenza del D.E.A. di riferimento e sarà reperito anche negli organici presenti, per fisiologica sostituzione o a seguito di opzione dei Medici del Presidio interessato.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.).
Devono essere funzionanti 24 ore i Servizi di Radiologia, Laboratorio, Emoteca (disponibile).
Il bacino d'utenza deve comportare, di norma, un numero di accessi superiore a 20.000 unità.

Funzioni di D.E.A. di I° Livello

Il Pronto Soccorso che eroga funzioni di D.E.A. di I° Livello deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del Paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al D.E.A. di II Livello o al Polo di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità. E' ubicato in un Presidio Ospedaliero dell'ASL, che presenti una dotazione di servizi di base e specialistici di complessità medio-alta, ma diffusi nella rete ospedaliera, e valori adeguati di accessibilità del bacino di utenza.

Il Personale medico è costituito da Medici d'Urgenza, inquadrati in una Struttura Complessa, o in una Struttura Semplice, di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza operante sia in guardia attiva che in reperibilità anche su più presidi

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare), anche comuni con l'Area di Osservazione Breve Intensiva.

Nel Pronto Soccorso del D.E.A. di I° Livello ad alto afflusso (di norma > 45000 accessi) la Terapia Subintensiva può essere integrata con posti letto di degenza a medio-alta intensità di assistenza e cura.

L'Ospedale deve essere dotato di Struttura di Medicina Generale, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Dialisi per acuti, Endoscopia in Urgenza, Psichiatria, Oculistica, O.R.L., Urologia, con servizio medico di G.A. o di Reperibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista. Devono essere presenti o disponibili h. 24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

Le funzioni proprie del D.E.A. di I° Livello possono essere anche erogate da più strutture di Pronto Soccorso integrate.

Funzioni di D.E.A. di II° Livello

Le funzioni previste per i D.E.A. di II° Livello possono essere erogate da un unico presidio ospedaliero. L'Ospedale deve essere dotato di tutte le Strutture previste per il D.E.A. di I° Livello. Inoltre devono essere presenti le altre Strutture, che attengono alle discipline più complesse non previste nel D.E.A. di I° Livello: Cardiologia con emodinamica interventistica H. 24, Neurochirurgia, Cardiocirurgia e Rianimazione cardiocirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale; devono essere presenti o disponibili H. 24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Medicina Nucleare, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. E' inoltre prevista, qualora i volumi di attività consentano di garantire le competenze richieste, una Struttura Complessa di Chirurgia d'Urgenza, che può assolvere anche i compiti di altre specialità chirurgiche.

Il P.S. deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione. Il personale medico è costituito da Medici di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza, inquadrati in una Struttura Complessa, di riferimento ordinario per le funzioni di base per l'ASL e di riferimento funzionale sovrazonale per le funzioni complesse.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva, di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare) e di letti a medio-alta intensità di assistenza e cura.

Oltre alle funzioni istituzionali del D.E.A. di II° livello, alcune funzioni particolarmente specifiche sono svolte in un unico Centro Regionale (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare,

Riabilitazione del cranioleso, Camera Iperbarica, reimpianto arti (microchirurgia), rete della chirurgia della mano) o in collegamento con Centri sovraregionali (centro antiveleni). Per queste patologie devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente.

Tutti i D.E.A. e le Centrali Operative del sistema 118 costituiscono centro di formazione e addestramento per i laureandi in Medicina e Chirurgia, per gli operatori che intendono partecipare ai corsi accreditati, attinenti alla disciplina in oggetto e, mediante convenzione con le Università, per i Medici ammessi alle istituende Scuole di Specializzazione in Medicina d'Emergenza e Urgenza (Ospedali di Insegnamento, secondo le indicazioni del Piano).

Poli metropolitani per l'emergenza di II° Livello

Per quanto riguarda nello specifico l'Area metropolitana di Torino, qualora le funzioni previste per i D.E.A. di II° Livello non possano essere erogate da un unico presidio le attività peculiari dei D.E.A. di II° Livello saranno fornite da presidi funzionalmente integrati in Poli, dotati di attività sinergiche, ferma restando la esistente rete per le patologie complesse di riferimento. Alla luce delle esigenze sanitarie della popolazione metropolitana e della collocazione dei diversi presidi ospedalieri che in essa insistono, si possono ragionevolmente individuare tre Poli con funzione di D.E.A. di II° Livello (Torino Nord, Torino Sud, Torino ovest), collegati da opportune forme di coordinamento metropolitano in modo da consentire le necessarie integrazioni funzionali e professionali e gli accessi alle discipline non presenti in tutti i presidi.

Analogamente i tre Poli metropolitani collaborano per l'accettazione, normata da protocolli, di pazienti con patologie complesse nel rispetto delle priorità di rete, al fine di garantire la funzione specialistica migliore in caso di saturazione degli altri D.E.A., fornendo disponibilità interaziendale di specifiche reperibilità per attività ad alta specializzazione e di difficile reperimento.

LA RETE REGIONALE DEI D.E.A. (e la loro integrazione con il "118")

La collocazione dei D.E.A. di I° e II° Livello (nonchè dei P.S. e dei P.P.I., aggregati ai D.E.A.) ed i modelli di integrazione col SET "118" devono necessariamente tenere conto del nuovo assetto territoriale delle Aziende sanitarie regionali.

A livello di Area funzionale/sovrazonale - la cui attuale configurazione territoriale è auspicabile sia confermata (con le necessarie flessibilità operative) in quanto rispondente alle caratteristiche demografiche, alla storia, alle vie di comunicazione, alla completezza complessiva delle prestazioni - il cittadino può trovare una risposta completa ai propri bisogni assistenziali anche mediante forme di mobilità dei consulenti. A questo livello devono essere previste forme di integrazione fra i D.E.A. dell'Area Funzionale Sovrazonale e la Centrale Operativa del "118".

Nell'immediato, per raggiungere tali finalità, il Sistema dell'Emergenza deve rispondere ai seguenti assunti:

1. il Sistema di Emergenza territoriale "118" mantiene il coordinamento regionale e la funzione di Dipartimento interaziendale regionale;
2. analogamente, la rete dei D.E.A. si avvarrà di una forma di Coordinamento regionale (a valenza scientifico-organizzativa);
3. i due Sistemi, territoriale ed ospedaliero, trovano anche a livello territoriale le possibili forme di integrazione funzionale;
4. ai fini di una corretta programmazione e attuazione dei percorsi clinici integrati, è previsto un dialogo continuo fra i due Coordinamenti;
5. il completamento della rete del sistema ospedaliero dei D.E.A. e la loro integrazione costituiscono obiettivo prioritario ed immediato del P.S.S.R..

A medio termine, il modello disegnato deve prevedere la capacità di ricondurre ad unico sistema l'insieme delle prestazioni che vengono erogate da servizi diversi e di conseguenza la necessità di integrare la fase del soccorso e del trasporto con la successiva eventuale ospedalizzazione del paziente.

Con l'approvazione del P.S.S.R., l'articolazione territoriale delle A.S.R. (13 A.S.L. rispetto alle precedenti 22) presenta territori più estesi di governo dei servizi, mentre più complessa risulta la definizione dei criteri per identificare la rete dei D.E.A., che in ogni caso devono essere presenti in ogni A.S.R., corrispondendo il loro livello funzionale alla completezza dei servizi presenti nell'area di ogni A.S.R. in una condizione di reciprocità. La nuova configurazione delle A.S.L., che delimita bacini di utenza più estesi, richiede di prevedere più D.E.A. nella stessa A.S.R. (in alcuni casi coordinati in un unico Polo), purchè rispondenti ai seguenti parametri: popolazione servita superiore a 300.000 ab. o tempi di accesso al D.E.A. più vicini superiori ai 60 minuti e requisiti funzionali adeguati, come specificato nel precedente paragrafo.

La nuova configurazione delle A.S.R. richiede di non considerare il D.E.A. come Dipartimento esclusivamente mono-ospedaliero, bensì orizzontale diffuso, sul territorio dell'A.S.L., con strutture complesse e semplici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza di più Presidi della stessa Azienda; gli organici dei P.S. e dei P.P.I. (> 6000 accessi) del territorio in cui insiste il D.E.A., dovranno far parte, di norma, dell'organico della Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza del D.E.A. di riferimento. Solo in questo modo sarà possibile dar vita a funzioni diffuse di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza e garantire omogeneità di formazione e di comportamenti diagnostico-terapeutici.

La Struttura di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza deve essere costituita in tutti i D.E.A., per lo più attraverso la trasformazione di altre Unità Operative e dunque è condizione vincolante la presenza di un organico dedicato, anche a rotazione su più Presidi.

A tale struttura competono unitariamente le funzioni di P.S., O.B.I. e Terapia Semintensiva con letti a media/alta intensità di cura, ove istituite.

Al Dipartimento orizzontale di A.S.L. potranno afferire altre discipline, interessate all'Emergenza, che adottino analogo modello distribuito su più presidi.

Analogamente, qualora le risorse siano concentrate in un unico presidio, nei D.E.A. di I° e II° Livello deve essere prevista la partecipazione al Dipartimento delle Strutture interamente dedicate all'urgenza nonché la partecipazione, per la quota dedicata a quest'ultima, delle altre unità interessate.

Al fine di evitare ridondanze di servizi e' promossa la ovvia collaborazione tra più presidi nell'ambito della stesso territorio sovrazonale nonché nei Poli torinesi, indipendentemente dalla A.S.L. o A.S.O. di appartenenza.

Dovrà essere assicurata la reperibilità di specialisti per patologie non frequenti su più A.S.O., con possibilità di trasporto degli operatori nel Presidio sprovvisto.

Integrazione con le altre Strutture del Presidio

Il carattere interdisciplinare del D.E.A. richiama la necessità di istituire rapporti codificati in percorsi diagnostico-terapeutici o protocolli gestionali con la quasi totalità delle altre S.C. e S.S. del Presidio.

Ciò riguarda non solo il percorso delle patologie più gravi (I.M.A., Ictus, trauma maggiore, in armonia con i protocolli regionali di rete), ma anche la gestione di patologie minori a carattere ambulatoriale, ai limiti dell'inappropriatezza, che devono trovare la risposta più opportuna anche al di fuori dell'ambiente di P.S. ("vie brevi").

Sistema di trasporto secondario

La comunicazione ed il trasferimento dei pazienti fra Presidi diversi rende indispensabile la riorganizzazione del Sistema di Trasporto Secondario urgente, coordinato dal "118".

Alla integrazione dei vari nodi della rete concorrono le nuove forme di comunicazione con trasmissione di dati, nonché i percorsi diagnostico-terapeutici specialistici già definiti (I.M.A., Ictus, Emergenze cardiocirurgiche, Emergenze neonatali) o in via di definizione (Traumi maggiori, Emergenze vascolari, Emergenze ostetrico-ginecologiche).

L'informatizzazione della rete deve essere ricondotta ad uniformità, almeno per quanto riguarda i parametri fondamentali anagrafici e clinici.

E' opportuno che i trasporti ordinari dei pazienti (trasporti che non richiedono forma di urgenza e pertanto programmabili) debbano essere previsti con propria organizzazione autonoma e con canali diversi da quelli dell'emergenza (in considerazione della diversa natura del trasporto e delle differenti esigenze dell'utenza), al fine di evitare interferenze ed ottenere in entrambe le realtà un miglioramento del servizio.

Successivamente anche la gestione dei trasporti ordinari-programmati a mezzo ambulanza dovrà, a medio termine, fare capo alla Centrale 118, al fine di ottimizzarne le risorse e garantire una più adeguata risposta sia per modalità che per mezzo idoneo.

VI°) La rete delle Patologie Complesse

Premessa

I requisiti essenziali comuni a tutte le reti, per qualsiasi patologia, si possono riassumere nei seguenti punti fondamentali:

- 1) identificazione di Centri di riferimento per il trattamento di specifiche patologie ad alta complessità che necessitano di elevate competenze professionali specialistiche sia mono che multidisciplinari e di idonee tecnologie;
- 2) trasmissione dal territorio - Sistema 118 ai D.E.A. di I° - II° livello e tra i D.E.A. dei dati clinici e strumentali previsti dai protocolli relativi alle specifiche patologie e dell'imaging relativo (progetto T.E.M.P.O.R.E.). Ciò comporta il completamento della informatizzazione di tutti i D.E.A. /Pronto Soccorso.

Progetto T.E.M.P.O.R.E.

L'attività di Teleconsulto Medico Piemonte Ospedali in Rete (T.E.M.P.O.R.E.) e' stata realizzata quale ampliamento dell'originario progetto "PATATRAC", legato al trattamento sia dei traumi cranici sia di ulteriori patologie, quali lo stroke e le ustioni gravi. La rete di teleconsulto, inoltre, rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle centrali Operative 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i Centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in Ospedale e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto .

Al fine di un utilizzo ottimale della rete T.E.M.P.O.R.E. e' necessario, così come indicato nella D.G.R. 27-3448 del 9.7.2001, garantire la presenza sulle 24 ore nel centro specialistico e precisamente nel D.E.A., dove e' previsto il collegamento con la rete di un operatore, preferibilmente un infermiere, al quale affidare la gestione e la responsabilità fino alla dimissione della presa in carico del paziente (accettazione ed indirizzo su protocolli concordati) sulla base delle richieste di consulenza e l'invio allo specialista.

E' necessaria una revisione e un potenziamento della rete dei trasporti secondari, con adeguamento delle risorse da parte delle Centrali 118, dal momento che è prevedibile un notevole incremento dei trasporti da strutture a bassa complessità verso strutture ad elevata complessità.

E' altresì necessaria la definizione di precisi protocolli, che consentano, dopo il trattamento della fase acuta nel centro ad elevata specializzazione, il ritorno in continuità assistenziale del paziente

alla sede di provenienza, prevedendo anche idonee modalità di finanziamento/rimborso delle prestazioni.

La gestione tempestiva dei trasporti intra-ospedalieri deve essere organizzata e gestita dai singoli P.S./D.E.A. in accordo con i reparti specialistici interessati.

1. Rete per la patologia cardiovascolare acuta

La patologia coronarica acuta maggiore ha un tasso di incidenza standardizzato annuale di circa 220 eventi per gli uomini e 90 eventi per le donne ogni 100.000 abitanti. In Italia, su un totale di 160.000 eventi coronarici acuti annuali, la maggioranza di essi non giunge tempestivamente in Ospedale, presentando una mortalità pre-ospedaliera intorno al 30%; solo 70.000 accedono a strutture ospedaliere dotate di cardiologia e solo 35.000 sono trattati nell'ambito di unità intensive cardiologiche (U.T.I.C.). Lo studio osservazionale P.R.I.M.A. (Piemonte Registro I.M.A.) dell'infarto miocardio acuto con sopraslivellamento del ST (STEMI) ha documentato una incidenza di circa 2.500 casi ricoverati in Piemonte, con una percentuale di 600 casi per milione di abitanti. Nelle sindromi coronariche acute STEMI (I.M.A. con ST sopraslivellato), la mortalità e la morbilità, sia precoce che a distanza, sono in rapporto lineare con la precocità del trattamento ripercussivo sia effettuato mediante trombolisi sia con P.T.C.A. primaria, che ottiene una riduzione della mortalità dal 47% al 10% (dati GiSSI) se la ripercussione avviene entro 1-6 ore. Inoltre, dai dati dei recenti studi randomizzati, si evince che l'efficacia della trombolisi è pari a quella della P.T.C.A. primaria se effettuata entro le prime 1-3 ore di insorgenza dei sintomi, mentre dopo la terza ora, nei pazienti in shock, l'efficacia della P.T.C.A. primaria è superiore a quella della trombolisi.

Obiettivi primari della RETE per il trattamento dell'I.M.A. sono:

- riduzione dei tempi di accesso dei pazienti al trattamento;
- maggior diffusione della trombolisi precoce;
- aumento del numero di rivascolarizzazioni coronariche, in particolare garantendo l'accesso alla P.T.C.A. primaria sia ai pazienti in shock o con controindicazioni alla trombolisi sia ai pazienti ad alto rischio.

Principali presupposti:

- a. disciplina dell'utilizzo della defibrillazione precoce, dotando di idoneo dispositivo prioritariamente i mezzi di soccorso (con personale istruito per BLS-D e ALS), successivamente i luoghi sanitari e non, con alta concentrazione di persone - abilitando alla manovra il numero più elevato possibile di persone - ed infine soccorritori laici appartenenti in primo luogo a corpi di sicurezza pubblica comunale o statale;
- b. promozione dell'informazione alla popolazione sui sintomi dell'attacco cardiaco acuto e sulla necessità dell'allertamento del sistema urgenza-emergenza attraverso il 118;
- c. attivazione della trasmissione dei dati clinico-strumentali (E.C.G. + scheda dati sintetica) dal luogo del soccorso alla CO118 e da qui alla cardiologia ospedaliera di competenza territoriale, per la condivisione della strategia ripercussiva più efficace ed attuabile nella sede più idonea;
- d. identificazione di una rete di Centri Ospedalieri con U.T.I.C. (centri spoke sede di trattamento trombolitico) e centri con U.T.I.C. ed Emodinamica interventistica h. 24 (Centri Hub sede di trattamento mediante P.T.C.A. primaria), che collaborino per l'attuazione dei percorsi e dei trattamenti ideali. Dopo l'esecuzione della P.T.C.A. primaria i pazienti dovranno essere ritrasferiti alla U.T.I.C. di competenza territoriale;
- e. l'esecuzione della P.T.C.A. primaria richiede un laboratorio che risponda ai requisiti strutturali ed organizzativi definiti dalla D.G.R. n. 29-8203 del 13.01.2003 e dai criteri proposti dalla Commissione Cardiologica della Regione Piemonte (2006-2007), che ha prodotto un documento propositivo;

- f. in caso di STEMI con indicazioni a P.T.C.A. primaria (diagnosi accertata e percorso definito in rete), il P.S. accettante, opportunamente allertato, deve garantire il trasporto protetto e tempestivo alla sala di Emodinamica (allertata), senza ulteriori ritardi di percorso;
- g. implementazione del trattamento ripercusivo precoce con l'inserimento in rete della trombolisi pre-ospedaliera e immediato trasferimento del paziente al centro Hub più vicino. Tale progetto è subordinato a: 1) attivazione effettiva della rete, intesa come trasmissione dell' ECG e della scheda dati dall'ambulanza 118 alla U.T.I.C. di riferimento territoriale; 2) espletamento dei corsi di formazione cardiologica per gli operatori del 118;
- h. attivazione dei trasferimenti secondari, in particolare per i pazienti che giungano con mezzi propri ai Pronto Soccorso/Punti di Primo Intervento;
- i. identificazione di un modello organizzativo per la gestione della fase cronica-riabilitativa, che utilizzi non solo strutture dedicate, ma anche presidi alternativi come l'ospedalizzazione domiciliare e l'assistenza domiciliare integrata.

2. Rete per la patologia cerebro-vascolare

L'ictus cerebrale (inteso come deficit focale o globale delle funzioni cerebrali di durata superiore alle 24 ore attribuibile a patologia cerebrale acuta) ha un'incidenza in Italia di 2,5 nuovi casi /anno per mille abitanti ed interessa prevalentemente la popolazione anziana (età media 74.8 ± 11.3). Il 25% dei colpiti da ictus muore entro tre mesi ed il 45% perde definitivamente la propria autonomia. Diversi trials clinici hanno evidenziato un miglioramento dei risultati conseguenti ad un approccio finalizzato da un lato alla gestione multidisciplinare del paziente ed alla tempestiva presa in carico da parte dei riabilitatori e dall'altro all'istituzione di trattamenti precoci (entro tre ore) sia farmacologici, quali la trombolisi nello stroke ischemico, sia non farmacologici (neurochirurgici e di radiologia interventistica). Tali indicazioni sono state recepite nell'accordo Stato-Regioni del 3 febbraio 2005.

Criteri generali:

- a. attivazione della trasmissione dei dati clinici (utilizzo della "Check list stroke", prevista dalla D.G.R. n. 44-2861 del 15-5-2006) dal luogo del soccorso alla CO118 e da qui invio del paziente alla struttura idonea;
- b. utilizzo nel percorso pre-ospedaliero, in aggiunta al codice standard, del codice dedicato "codice S.T."; allertamento e comunicazione del "codice S.T." al D.E.A./P.S. di destinazione;
- c. identificazione tra i D.E.A. di I° e II° livello delle strutture (rete stroke) con i requisiti essenziali di minima per il trattamento dell'ictus acuto mediante trombolisi secondo un approccio multidisciplinare (neurologo, medico d'urgenza, fisiatra, fisioterapista, infermiere, ecc..) e dei centri dotati di strutture più complesse, secondo quanto previsto dalla D.G.R. n. 44-2861 del 15-5-2006;
- d. attivazione dei trasferimenti secondari tra i P.S. degli ospedali sprovvisti di Centro Ictus e quelli con Centro Ictus di 1° o 2° livello;
- e. in D.E.A. devono essere impiegati protocolli diagnostici-terapeutici condivisi e periodicamente aggiornati in collaborazione con i medici dei Centri Ictus;
- f. collegamento telematico tra i Centri della rete con possibilità di teleconsulto specialistico, già avviato nell'ambito del programma regionale T.E.M.P.O.R.E., attraverso l'implementazione del progetto Telestroke;
- g. nel dettaglio per il percorso pre-ospedaliero e intraospedaliero nella fase relativa al P.S./D.E.A. occorre fare riferimento a quanto previsto dalla D.G.R. n. 44-2861 del 15-5-2006;
- h. qualora si istituisse una rete per il trattamento interventistico dell'ictus, sarebbe auspicabile che coincidesse con alcuni dei centri di emodinamica interventistica (rete I.M.A.).

3. Rete per l'emergenza-urgenza traumatologica

Il trauma è la primaria causa di morte sotto i 40 anni.

Produce un elevato numero di decessi ed invalidità permanenti, specialmente tra le fasce più produttive.

In Piemonte (vedi tabella traumi del 118), l'andamento degli ultimi anni non accenna a ridimensionarsi, con anzi un incremento lieve ma costante.

	2002	2003	2004	2005	2006
TRAUMA	91244	95014	94012	95962	98552

Al di là dei necessari progetti di prevenzione, le conseguenze dei traumi sono riducibili attraverso l'istituzione di modelli di assistenza integrata tra territorio ed ospedale (Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma o SIAT), finalizzati a garantire l'arrivo del paziente nel tempo più rapido possibile all'Ospedale in grado di erogare la cura definitiva.

Inoltre, occorre garantire la tempestiva presa in carico dei pazienti traumatizzati gravi da parte delle strutture di riabilitazione (accordo Stato-Regioni 4 aprile 2002 e 29 aprile 2004).

Il modello prevede:

a) una *rete di Ospedali per la fase acuta* detti *Centri di riferimento per il Trauma*, identificati tra i D.E.A. di II° livello, tra loro funzionalmente connessi e coordinati con il C.T.O. Trauma Center (sede di Centro Grandi Ustionati, Microchirurgia di Urgenza (GIM), Unità Spinale Unipolare) e strettamente interconnessi da reti telematiche, attraverso le Centrali Operative 118, anche per il coordinamento di eventuali trasporti secondari.

b) una *rete di Strutture di Riabilitazione* (D.G.R. n. 10 – 5605 del 2 aprile 2007)

a. Rete di Ospedali per la fase acuta:

- *Centro Traumi di Alta Specializzazione (C.T.S.):* C.T.O. Trauma Center, Ospedale di rilievo nazionale dotato tra l'altro di un Team dedicato del Dipartimento di Emergenza per la gestione del trauma maggiore (trauma team o trauma service), diretto dalla figura professionale di maggior competenza specifica, che coordina le risorse necessarie ad identificare e trattare 24 ore su 24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione mono o Poli-distrettuale. Il C.T.S. deve prevedere: una Sala di emergenza con possibilità in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici di base; T.A.C. ed angiografia interventistica nelle immediate adiacenze; Sale operatorie disponibili sulle 24 ore. Nel C.T.S. devono essere disponibili Strutture con guardia attiva di Chirurgia Generale e d'Urgenza, Anestesia-Rianimazione, Ortopedia, Medicina per D.E.A., Neurochirurgia, Radiologia, servizi di Laboratorio e di Medicina Immunotrasfusionale e Banca dei Tessuti da espletarsi nell'ambito delle omologhe reti regionali. In consulenza, se non presenti, devono essere disponibili altre specialità, quali: Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Cardiologia, Cardiochirurgia, Chirurgia Plastica e Grandi Ustionati, Chirurgia Maxillo Facciale, Chirurgia della Mano e Microchirurgia, Radiologia interventistica (anche mediante accordi interaziendali con reperibilità sovrazionali o attraverso la gestione multidisciplinare dipartimentale). Il team multidisciplinare, che si attiva all'arrivo del trauma severo nell'ambito del trauma team, e' costituito da Medici appartenenti alle diverse Strutture Operative. Il C.T.S. e' sede di riferimento per il trattamento dei grandi ustionati, dotato anche di una terapia intensiva specifica ed

esclusiva per tale categoria di pazienti. Particolare rilevanza deve avere la risposta multidisciplinare al trauma pediatrico in sinergia con l'ospedale infantile.

- *Centro Traumi di Zona (C.T.Z.)*, dotato di un Team dedicato (*trauma team/trauma service*), presso cui sono disponibili tutte le risorse organizzative e strutturali necessarie a trattare 24 ore su 24 in modo definitivo le lesioni come nel C.T.S., tranne quelle connesse con le specialità non presenti (D.E.A. di II° livello).
- *Presidio di Pronto Soccorso per Traumi (P.S.T.)*, in grado di garantire il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni determinanti instabilità prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore (D.E.A. di I° livello).

Su questa articolazione devono essere previsti protocolli di gestione del paziente nelle singole tappe del percorso che contemplino la trasmissione di immagini e dati per ciascuna tipologia di trauma, specie per quelli che richiedono trasferimenti secondari, sia nella fase di stabilizzazione sia nella fase di necessaria riaccoglienza qualora sia terminato il trattamento acuto nel C.T.S. o C.T.Z..

b. Rete di Strutture per la Riabilitazione

- a) *Unità Riabilitative ad Alta Specializzazione*, in cui rientra la Unità Spinale Unipolare e le Unità per Cerebrolesioni acquisite, collocate all'interno (o in via transitoria nei pressi) del CTS secondo modalità unipolari per consentire la presa in carico precoce dei pazienti da parte del team di riabilitazione.
- b) *Unità di Medicina Riabilitativa*, in cui si configurano le strutture destinate alla riabilitazione motoria e respiratoria.
- c) *Unità Territoriali* a cui fan capo tutti i presidi (ambulatori, ADI), destinati ad assistere alle fasi di reinserimento a domicilio ed all'attività lavorativa.

Poiché i traumi maggiori sono circa 450/anno per milione di abitanti, si considera necessario almeno *un CTS (CTO) e tre CTZ per il Piemonte*. I P.S.T. sono identificati in settori strategici in funzione della tipologia del territorio e dei trasporti, all'interno comunque dei D.E.A. di I° livello. L'applicazione dei criteri di triage pre-ospedaliero da parte della CO118 consente l'avvio del paziente al luogo più idoneo, secondo protocolli condivisi all'interno della rete di centralizzazione primaria o secondaria.

4) Emergenza cardiocirurgica

La Sindrome Aortica Acuta e' la più frequente causa di intervento in emergenza cardiocirurgica. I dati della letteratura evidenziano una incidenza che varia da 2.6 a 3.5 casi per 100.000 persone/anno.

Rapportando questi dati alla popolazione del Piemonte (4.291.441 abitanti), è possibile estrapolare che l'incidenza della Sindrome Aortica Acuta varia tra 111 e 150 pazienti all'anno.

La dissezione aortica tipo A e' la più frequente causa di intervento per emergenza aortica. La sua diagnosi e' spesso difficile specie nei centri periferici. La mortalità spontanea è molto elevata: intorno al 50% nelle prime 24/48 ore.

Malgrado i miglioramenti della terapia chirurgica, anche la mortalità operatoria rimane elevata (15/30%) e i risultati della chirurgia dipendono dalle condizioni pre-operatorie del paziente.

Nel percorso sanitario del paziente con Sindrome Aortica Acuta in particolare, ed in generale in tutte le patologie che rivestono caratteri di emergenza /urgenza cardiocirurgica (rottura del setto interventricolare o del muscolo papillare in corso di I.M.A., distacco o trombosi acuta di protesi valvolare etc.), è decisiva la rapidità con cui sono svolti tutti i passaggi fondamentali:

- Contatto con il malato
- Stabilizzazione
- Diagnosi
- Trattamento medico
- Trasporto in ambiente specialistico
- Trattamento chirurgico

E' necessario, quindi, ridurre al minimo il tempo che intercorre tra il contatto con il malato ed il trattamento (quasi sempre chirurgico) più adeguato.

Le U.O. di Cardiocirurgia sono collegate in rete al fine di garantire gli interventi in urgenza/emergenza h 24, secondo quanto previsto dal Protocollo di intesa per la Cardiocirurgia approvato con D.G.R. n. 59 -15267 del 30.3.2005, recentemente rinnovato e confermato per gli anni 2007-2009 con un Allegato che definisce il percorso per il trattamento della Sindrome Aortica Acuta.

Ai fini del percorso, la rete dei Centri di Cardiocirurgia sarà divisa nelle quattro aree sovrazonali regionali.

Ogni area sovrazonale avrà la sua Cardiocirurgia pubblica di riferimento, a cui faranno capo gli eventi vascolari maggiori acuti di tutta l'area.

In caso di non disponibilità della struttura cardiocirurgica pubblica, la rete pubblica cardiocirurgica piemontese si attiverà per cercare la disponibilità presso la sede privata cardiocirurgica più vicina, disponibile per un intervento in emergenza.

Nel caso che anche questa seconda struttura non potesse essere recettiva, verrà attivata la sala operatoria dedicata della Cardiocirurgia A.S.O. San Giovanni di Torino, che viene in questo momento lasciata libera per le emergenze ed i trapianti cuore e polmoni.

Sarà, quindi, il network cardiocirurgico costituito dall'insieme dei cardiocirurghi di guardia e reperibili ad occuparsi dell'assegnazione definitiva del paziente entro 20 minuti dalla segnalazione.

5) Altre Emergenze Complesse

Altre reti specifiche, con i relativi percorsi, sono state attivate in gran parte (Emergenze Neonatali) o dovranno essere attivate (Emergenze di Cardiocirurgia e di Chirurgia vascolare, Emergenze ostetrico-ginecologiche, Emergenze psichiatriche).

In alcune di queste patologie, ed in altre qui non menzionate, sono attivi gruppi di lavoro specifici.

ALLEGATO 1

Percorsi diagnostico - terapeutici obbligatori

E' ormai riconosciuto a livello internazionale (almeno nei Paesi culturalmente ed economicamente avanzati) che un elevato livello di prestazioni, sul piano dell'efficacia, ma anche dell'efficienza operativa, può essere ottenuto solamente adottando la soluzione degli organici medici dedicati all'Emergenza-Urgenza.

Tale livello di eccellenza viene raggiunto proprio perché i Medici appartenenti alla disciplina della Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza (così definita nel nostro Paese) possono avere un percorso formativo specifico (oggi ancora largamente incompleto per le ostinate ed incomprensibili resistenze ad istituire un apposito Corso di Specializzazione, approvato e pubblicato solo nel Maggio 2006) ed uniformare la propria attività sulla base di Linee-Guida per lo più definite a livello internazionale e tradotte localmente in precisi Percorsi diagnostico-terapeutici, che riguardano il trattamento del paziente in ospedale, ma che sempre più abbracciano l'intero percorso assistenziale a partire dal Distretto e dal Sistema di Emergenza territoriale (sempre più integrato con la rete dei P.S. e dei D.E.A.), per passare attraverso la fase del ricovero fino a quella delle dimissioni protette.

A titolo esemplificativo si richiama qui un elenco di 23 Linee-Guida, indicate dal Manuale di accreditamento di eccellenza, approvato dalla Sezione Piemonte del SIQuAS.

LINEE-GUIDA DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE

- Rianimazione cardio - polmonare e arresto cardiaco
- Traumatizzato cranico
- Politraumatizzato
- Coma
- Ustioni
- Avvelenamenti

LINEE-GUIDA MEDICO-LEGALI

- Modalità di riconoscimento dei pazienti
- Violenze sessuali
- Abuso sessuale sui bambini
- Violenze sui minori
- Trattamento sanitario obbligatorio
- Consenso informato
- Rifiuto del trattamento e/o del ricovero

LINEE-GUIDA DI IGIENE E PROFILASSI

- Indicazioni e modalità di esecuzione delle vaccinazioni
- Esposizione a sangue potenzialmente infetto
- Procedure di prevenzione e di controllo delle infezioni

LINEE-GUIDA GESTIONALI ED ORGANIZZATIVE

- Accettazione del Paziente e Triage
- Modalità di trasferimento del Paziente
- Rapporti con CO 118
- Gestione dei Pazienti violenti
- Trasmissione di informazioni a parenti, funzionari di P.S., giornalisti, estranei
- Gestione oggetti di proprietà dei Pazienti
- Modalità di comunicazione col Medico di Medicina Generale

ALLEGATO 2**Sistema degli indicatori**

Secondo Kazandjian (2003), la funzione di un indicatore è di segnalare dove vi può essere un problema nella nostra organizzazione.

Secondo Focarile (2003), gli indicatori sono variabili ad alto contenuto informativo, che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e forniscono gli elementi necessari ad orientare le decisioni.

Ciascun indicatore deve prevedere una soglia/standard, che ne consenta la misurazione.

Gli indicatori devono rispondere a criteri di riproducibilità e accuratezza; devono essere di numero molto limitato e consentire di indagare i fenomeni più significativi nei grandi Assi della Qualità di Donabedian: struttura, processo, esito.

Si propongono in questo documento una serie selezionata di indicatori, utilizzati dal Programma di accreditamento fra pari del "118", dal SSN australiano, dal sistema IQUIP, dal Progetto CEFPAS della Regione Sicilia, dal Corso di management della SIMEU, dall'Ospedale S. Eugenio di Roma: essi costituiscono la base di una valutazione "fra pari", che potrà essere utilizzata dal Coordinamento regionale dei D.E.A. e dal Dipartimento delle CO "118" delle ASR.

Indicatori del Sistema 118

Indicatore	Soglia o standard
1) Percentuale di interventi con Codice Rosso effettuati con mezzo 118 (mezzo non 118 in Codice Rosso= Evento Sentinella)	$\geq 90\%$
2) Percentuale di interventi in cui il Codice colore dell'invio è risultato sottostimato rispetto a quello di rientro	Giallo $\leq 0,5\%$ Verde $\leq 0,05\%$
3) Percentuale di sovrastima rispetto al rientro	$\leq 30\%$
4) Evento sentinella. Scelta casuale giornaliera di un intervento con codice bianco o verde di invio e codice rosso di rientro	
5) Percentuale di interventi con codice rosso in area urbana con tempo di intervento relativamente elevato	
Compreso fra 8 e 10 minuti	$< 15\%$
Compreso fra 11 e 15 minuti	$< 5\%$
Superiore a 15 minuti	$< 2\%$

Indicatori per la Rete dei P.S.-D.E.A.

	Indicatore	Soglia o standard
1) Triage (modificati dal sistema del SS Australiano)	a) Tempi di accesso alle cure per i diversi Codici % accessi, che rientrano nello standard	<ul style="list-style-type: none"> • C. rosso: immediato • C. giallo: entro 20 m' - (esclusi dolore torace, deficit neurologici e politraumi) • C. verde: entro 90 m' • C. bianco: indeterminato, 240 m' indicativamente
	b) Deceduti o trasferiti : N° Codici Rossi N° Codici Gialli N° Codici Verdi N° Codici Bianchi	
	c) Audit: N° Codici Rossi deceduti, sottoposti ad audit	
	d) Appropriatelyzza di attribuzione dei C. Gialli	% di non corrispondenza

2) Trattamento I.M.A.	Pazienti sottoposti a trombolisi	% di P. sottoposti a TL oltre 60 m' dall'accesso (door to needle)
	Pazienti sottoposti a P.T.C.A.	% di P. sottoposti a P.T.C.A. entro 60 m' (door to balloon)
	Tempo di esecuzione E.C.G. in caso di DT	% di P. che ottengono E.C.G. entro 10 m'
3) Trattamento Ictus	Pazienti con deficit neurologico	% P. che accedono alla visita entro 10 m'
4) Accesso Sale Operatorie in Emergenza	P, con emorragia retroperitoneale	% P. con accesso alla sala op. < 60 m'
	P. con ematoma extradurale	% P. con accesso alla sala op. < 120 m'
5) Percorsi diagnostico-terapeutici	Definizione di 1 PDT	Verifica degli scostamenti nei vari segmenti assistenziali
	Indicatore	Soglia o standard
6) Ritorni non pianificati in P.S., abbandoni, tempo di permanenza (IQUIP, SSN inglese)	a) Ritorni non pianificati N° Paz a 24 ore a 48 ore a 72 ore <10 giorni	Da definire (bench marking?)
	a) Abbandoni del P.S. prima della fine del trattamento	N° e % di P.
	c) Permanenza in P.S.	< 2 ore, % Paz < 4 ore, % Paz < 6 ore % Paz. (obiettivo <1%) > 6 ore % Paz. (potenziali OB?)
7) Ricoveri inappropriati in urgenza	Rapporto ricoveri urg./accessi	>18% (media nazionale)
	Direttive LEA	% ricoveri urgenti in area internistica con Degenza 0-3 gg
8) Qualità percepita	Questionario di gradimento articolato con vari item	% di gradimento > 90%

Futura evoluzione della rete regionale dei Dipartimenti di Emergenza Accettazione

La tabella non modifica il numero degli attuali Dipartimenti ma suggerisce l'integrazione delle strutture della medesima A.S.R. o la risposta sinergica interaziendale. A livello di Poli metropolitani, lo standard nella D.E.A. di I° livello viene assicurato, per alcune discipline di particolare complessità, attraverso una risposta sovrazonale.

A.S.R.	Ambito Territoriale	Popolaz. x1000	DEA II° LIV. con U.O. di riferimento sovrazonale	DEA I° LIV.	
				Ospedale sede di DEA	DEA per pop. >300.000
TO 1	ASL 1+2		POLO SUD (Aso Molinette, CTO, O.I.R.M./S.Anna, Mauriziano, Martini, P.S. Oftalmico) *		
TO 2	ASL 3+4		POLO NORD (S.Giovanni B., Maria Vittoria, P.S. Gradenigo)		
TO 3	ASL 5+10	460.000	POLO OVEST (Aso S.Luigi, Rivoli, Pinerolo, P.S. Venaria, P.S. Susa)		
TO 4	ASL 6+7+9	550.000		DEA Intraaziendale (Ivrea, P.S. Cuorgnè) DEA Ciriè - DEA Chivasso	
TO 5	ASL 8	280.000		DEA (Chieri, P.S. Carmagnola) DEA Moncalieri	
VC	ASL 11	186.000		DEA Intraaziendale (Vercelli, Borgosesia)	
BI	ASL 12	183.000		DEA (Biella)	
NO	ASL 13	300.000	Aso Novara (Q.850.000 ab.)	DEA Borgomanero	
VCO	ASL 14	180.000			DEA Intraaziendale (Verbania, Domodossola, P.S. Omegna)
CN 1	ASL 15+16+17	393.000	ASO CUNEO (Q. 553.000 ab.)		DEA Intraaziendale (Mondovi, P.S. Ceva) DEA Intraaziendale (Savigliano, P.S. Saluzzo)
CN 2	ASL 18	160.000			DEA Intraaziendale (Alba, P.S. Brà)
AT	ASL 19	200.000		DEA Intraaziendale (Asti, P.S. Nizza)	
AL	ASL 20+21+22	450.000	A.S.O. Alessandria	DEA (Casale) DEA Intraaziendale (Acqui, Tortona, Novi L.)	

* FERMA RESTANDO LA COMPETENZA PER PATOLOGIA COMPLESSA (S. Anna: ostetricia, CTO: trauma)

NOTA - Per quanto concerne gli attuali Punti di Primo Intervento, che non vengono evidenziati nella presente tabella, questi dovranno corrispondere alle indicazioni nell'allegato A).

LEGENDA

A.S.L. - Azienda Sanitaria Locale
A.S.O.- Azienda Sanitaria Ospedaliera
A.S.R.- Azienda Sanitaria Regionale
C.O. 118 – Centrale Operativa del 118
C.R.I. – Croce Rossa Italiana
C.T.S. – Centro Traumi di Alta Specializzazione
C.T.Z. – Centro Trauma di Zona
D.E.A.- Dipartimento di Emergenza e Accettazione
E.C.G. - Elettrocardiogramma
G.A. – Guardia Attiva
I.Q.U.I.P. - The International Quality Indicator Project
I.M.A. – Infarto Miocardio Acuto
M.M.G. – Medico di Medicina Generale
M.S.A. – Ambulanza di Soccorso Avanzato
M.S.A.B. – ambulanza di Soccorso Avanzato di Base
M.S.B. – ambulanza di Soccorso di Base
N.B.C.R. - (Nucleare, Batteriologico, Chimico e Radiologico)
O.B.I.- Osservazione Breve Intensiva
P.D.T. – percorso diagnostico terapeutico
P.M.A. – Posto Medico Avanzato
P.P.I. - Punti di Primo Intervento
P.S. - Pronto Soccorso
P.S.S.R.- Piano Socio Sanitario Regionale
P.S.T. – Presidio di Pronto Soccorso per Traumi
P.T.C.A. – Angioplastica Coronaria Percutanea
S.I.A.T. – Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma
S.I.M.E.U. – Società Italiana Medicina Emergenza Urgenza
S.E.T. – Servizio Emergenza Territoriale
T.C. – Trauma Center
T.E.M.P.O.R.E. – teleconsulto Medico Piemonte Ospedali in Rete
U.O. – Unità Operativa
U.O.C. – Unità Operativa Complessa
U.O.S. – Unità Operativa Semplice
U.T.I.C. – Unità Terapia Intensiva Cardiologica