

Deliberazione della Giunta Regionale 7 aprile 2011, n. 18-1831

Attuazione Piano di rientro. Interventi e misure di riorganizzazione del Sistema della Rete dell'Emergenza Ospedaliera della Regione Piemonte.

A relazione dell'Assessore Ferrero:

Premesso che con D.G.R. n. 1-415 del 2 agosto 2010 è stato recepito il Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico del SSR, ai sensi dell' art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004 n. 311, sottoscritto fra le parti in data 29 luglio 2010.

Che il 30 settembre 2010 è stato trasmesso il programma attuativo di cui all' articolo 1 comma 3, del Piano di rientro.

Che con D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011 la Giunta regionale ha adottato l'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi da 93 a 97, della Legge 23 dicembre 2009 n. 191 in cui relativamente all'emergenza sanitaria ospedaliera al punto 1.2.2 "la ridefinizione della rete di emergenza ospedaliera" si prevedono azioni e obiettivi da approvare con provvedimento della Giunta Regionale entro il 31/03/2011.

Tenuto conto che la Giunta Regionale con delibera n. 48 - 8609 del 14 aprile 2008 ha approvato le linee guida per la revisione dei sistemi di emergenza-urgenza sanitaria al fine di fornire alle Aziende sanitarie regionali indicazioni finalizzate al raggiungimento dell'omogeneità e della massima efficacia su tutto il territorio regionale;

Considerato che la suddetta deliberazione pur delineando percorsi organizzativi tesi ad accorpare servizi e puntualizzando già diverse aggregazioni in poli, non ha trovato piena attuazione, soprattutto per quanto riguarda la parte relativa alla trasmissione di immagini e dati ed alla centralizzazione dei trasporti secondari urgenti in applicazione delle reti delle patologie complesse.

Considerato che attualmente la Rete dell' Emergenza Ospedaliera della Regione Piemonte, è composta da 6 DEA di II livello (HUB) più un DEA di II livello con funzioni di HUB monospécialistico (Ostetrico-ginecologico ed Infantile) più un Trauma Center DEA di II livello con funzione di HUB regionale per il Trauma.

Considerato che i 6 HUB multidisciplinari svolgono la funzione anche di SPOKE per il territorio di competenza, attualmente ci sono 31 DEA di I livello (SPOKE) e 15 Pronto Soccorso.

Considerato che sulla base dell'attuale contesto normativo, e dopo una analisi della situazione della rete dell'emergenza ospedaliera, si è reso indispensabile elaborare, con le modalità e nelle forme indicate dai Piani di rientro e riqualificazione, un complesso piano di interventi e misure di riorganizzazione e riqualificazione del Sistema della rete dell'emergenza ospedaliera. Allo scopo di una migliore erogazione dei servizi nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e con il raggiungimento dei previsti scopi di razionalizzazione della spesa si individuano i criteri e gli obiettivi organizzativi di cui all'allegato A.

Tutto ciò premesso, al fine di raggiungere gli obiettivi di razionalizzazione della spesa in accordo con una qualitativamente migliore erogazione dei servizi,

vista la L.R. 18 del 6 agosto 2007;
vista la D.G.R. n. 48 – 8609 del 14 aprile 2008;
vista la D.G.R. n. 1-415 del 2 agosto 2010;
vista la D.G.R. n. 51 – 1358 del 29 dicembre 2010;
vista la D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2010;
sentito il parere del CO.RE.SA espresso in data 30/03/2011;

la Giunta Regionale, a voti unanimi,

delibera

di approvare per le motivazioni espresse in premessa il documento di cui all'allegato A, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, concernente i criteri organizzativi e le indicazioni alle quali le A.S.R. dovranno attenersi al fine del raggiungimento degli obiettivi di cui alla D.G.R. n. 44-1615 del 28/02/2011 per la ridefinizione della rete dell'emergenza ospedaliera e in applicazione della D.G.R. n. 48-8609 del 14/04/2008.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato

CRITERI

Premessa

Per quanto riguarda la rete della emergenza ospedaliera, dal punto di vista dei criteri generali organizzativi, stabilito un Centro HUB ogni 500.000- 1.000.000 abitanti, si deve prevedere uno SPOKE in ogni ambito territoriale corrispondente ad un bacino di utenza tra 150.000 – 300.000 abitanti o qualora il tempo di accesso da un ospedale alla più vicina sede di D.E.A. superasse i 60 minuti, tenendo conto che il centro HUB funge anche da spoke per il bacino di competenza.

Nel ribadire la funzione interdisciplinare dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (D.E.A.) come asse portante dell'organizzazione del soccorso, il modello organizzativo deve prevedere 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).

In questo contesto gli organici dedicati e specifici per l'emergenza ospedaliera devono divenire un Pool di risorse professionali in grado di erogare le proprie competenze su tutti i presidi ospedalieri con funzioni di emergenza, inizialmente nell'ambito della stessa Azienda, con la prospettiva di integrarsi nell'ambito della definizione aziendale così come prevista dalla DGR n. 51 – 1358 del 29 dicembre 2010.

Funzioni di HUB

Le funzioni previste per i Centri HUB possono essere erogate da un unico presidio ospedaliero o anche da diversi presidi aggregati in poli.

L'Ospedale deve essere dotato, oltre che delle funzioni previste per il Centro SPOKE, anche delle strutture che attengono alle discipline a maggiore complessità, non previste nel Centro SPOKE o comunque non in tutti i Centri SPOKE: Cardiologia con emodinamica interventistica H. 24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia 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, medicina di alta specialità, oncologia di II livello.

In tre HUB insistono l'università e centri di ricerca trasazionale e clinica.

Devono essere presenti o disponibili H. 24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

Il P.S. del Centro HUB 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.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva, di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

Oltre alle funzioni istituzionali del Centro HUB, alcune funzioni particolarmente specifiche sono svolte in un unico Centro Regionale o sovra regionale in accordo con Regioni limitrofe (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Chirurgia generale d'urgenza, Trattamento delle Amputazioni, Microchirurgia, Chirurgia della mano, Chirurgia Vascolare, Centro Antiveneni in

collegamento con Centri sovra regionali). Tali attività vanno allocate nei presidi che sono riferimento per le reti delle patologie complesse (nello specifico rete del politrauma).

Analogamente tutta una serie di funzioni specialistiche mediche e chirurgiche anche se non strettamente collegate all'emergenza (Trapianti, Centro rete Oncologica, ecc.) vanno collocate presso un HUB a valenza regionale o sovra zonale a seconda del volume di attività.

Obiettivo ulteriore è quello di migliorare l'effettivo funzionamento delle reti integrate per le patologie acute ad alta complessità assistenziale quale la rete per la patologia cardiovascolare, cerebro-vascolare, traumatologica, oncologica, ostetrico ginecologica, pediatrica, dei trapianti (prelievi), ecc, in armonia con la rete dei D.E.A. e con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini.

Per queste patologie, devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza.

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 di trasmissione di immagini e dati è necessario garantire la presenza sulle 24 ore, nei DEA dei centri specialistici dove è previsto il collegamento con la rete di personale sanitario dedicato alla gestione delle richieste di consulenza.

Per alcune funzioni a carattere particolarmente specialistico (radiologia interventistica d'urgenza, neuroradiologia) è prevista la reperibilità a servizio di più centri HUB (area metropolitana).

Il bacino d'utenza previsto è di circa 500.000 / 1.000.000 abitanti.

Funzioni di SPOKE

Il Pronto Soccorso che eroga funzioni di SPOKE deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al Centro HUB o al Polo di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità.

È ubicato in un Presidio Ospedaliero che presenti una dotazione di servizi di base e specialistici di complessità medio – alta e valori adeguati di accessibilità del bacino di utenza.

Il Personale medico è costituito da medici inquadrati in una Struttura Complessa, di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza che garantisce con il medesimo organico le attività di guardia attiva e di pronta disponibilità su più presidi.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva e può essere dotato di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

L'Ospedale deve essere, di norma, dotato di Struttura di Medicina Generale, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), 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. (guardia attiva) 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 Centro SPOKE possono essere, nella fase di riorganizzazione, anche erogate da più strutture integrate su più presidi.

Sulla base della definizione ed implementazione della rete delle patologie complesse, verranno individuati i Centri SPOKE dotati di funzioni specifiche quali ad es. Emodinamica, riferimento per lo STROKE, Punti Nascita, Centri trauma di zona, PS pediatrico.

Inoltre per le reti delle patologie complesse devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente presso i Centri HUB o occasionalmente in Centri Sovraregionali, gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza. A questo proposito si rende necessario l'affidamento al sistema 118 della gestione dei trasferimenti secondari urgenti.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 150.000 / 300.000 abitanti.

Funzioni di Pronto Soccorso

Il Pronto Soccorso Semplice (P.S.) deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro SPOKE o HUB di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media dei passaggi.

Devono essere funzionanti 24 ore i Servizi di Radiologia, Laboratorio, Emoteca (disponibile).

Il bacino d'utenza deve comportare, di norma, un numero di accessi al pronto soccorso superiore a 20.000 unità.

È ubicato in una struttura appartenente alla rete ospedaliera, dotata di funzioni di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia, e servizi come sopra specificati e prevede la pronta disponibilità anche multi presidio (eventualmente da parte dello spoke di riferimento) e la guardia attiva secondo le esigenze del bacino d'utenza ed il numero dei passaggi.

A regime, il personale medico appartiene alla Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza del D.E.A (SPOKE) di riferimento.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 40.000 / 150.000 abitanti.

Nella Regione Piemonte inoltre, come in molte altre regioni italiane, esistono situazioni con ospedali per acuzie con pronto soccorso situati in aree considerate ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano, premontano con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi. Il ruolo svolto da questi ospedali nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza si riferisce per la maggior parte alla gestione di pazienti che afferiscono da aree troppo distanti dal centro Hub o Spoke di riferimento per le quali si superano i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace. Nella definizione di tali aree deve essere tenuto conto della presenza o meno di elisoccorso e di elisuperfici dedicate. Le funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza, in relazione al mantenimento dello skill e delle competenze dovranno essere integrate con il centro SPOKE.

L'ospedale di area disagiata è dotato di un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri, una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery con la possibilità di appoggio nei letti di medicina. E' sostenibile un obiettivo pari al 70% di occupazione dei posti letto per disponibilità degli stessi in casi imprevisti, casi non dimissibili in giornata. La copertura

in pronta disponibilità, per il restante orario, da parte dell'equipe chirurgica garantisce un supporto specifico in casi risolvibili in loco.

Il Pronto Soccorso è presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza integrato al DEA di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo. E' previsto un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'Ospedale al centro Spoke o Hub.

Come servizi diagnostici è prevista la radiologia con trasmissione di immagine collegata ai radiologi del centro DEA di riferimento, laboratorio con apparati per analisi fast in pronto soccorso e gestiti dal pronto soccorso stesso, la presenza di una emoteca.

L'organico medico di tale ospedale dovrebbe essere dimensionato con persone che agiscono a rotazione e che fanno parte dell'organico delle strutture complesse del DEA di riferimento:

medici di medicina interna (presenza di un medico 12H 5 GG alla settimana + 6H 2GG alla settimana + reperibilità);

medici di chirurgia generale (presenza di un medico 12H ore 5 gg la settimana + reperibilità diurna e doppia notturna);

copertura anestesiologicala;

medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (presenza di un medico 24H, 365GG all'anno con la partecipazione della medicina generale alle guardie attive).

I criteri nazionali per l'attivazione di un ospedale di area disagiata sono:

Preesistenza di un presidio in grado di essere convertito, bacino di utenza servita in esclusiva tra 20.000 - 40.000 abitanti, percorrenze medie nell'area superiori a 60 minuti.

Gli ospedali sede di Pronto Soccorso possono disporre di ulteriori funzioni e servizi oltre a quelli minimi indicati.

Punti di Primo Intervento

A seguito della riconversione dell'attività di un ospedale, potrebbe rendersi necessario il mantenimento di un Punto di Primo Intervento, operativo 12 o 24 ore a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie. Per questa funzione sono necessari unicamente ambienti e dotazioni tecnologiche atti al trattamento delle urgenze minori ed a una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel Pronto Soccorso appropriato.

I Punti di Primo Intervento si distinguono in:

Punti di Primo Intervento con numero di accessi > 6.000 se attivi 24 ore o > 3.000 se attivi 12 ore, la cui gestione è garantita dagli organici delle Strutture Aziendali (PS, SPOKE, HUB);

Punti di Primo Intervento, mobili (allestiti per esigenze estemporanee) o fissi (con numero di accessi < 6.000 se attivi 24 ore o < 3.000 se attivi 12 ore), assegnati al "Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118" come postazione territoriale fissa aggiuntiva;

Nel Punto di Primo Intervento è sempre prioritaria la garanzia del trasferimento protetto del paziente stabilizzato al centro più idoneo.

Nuova Configurazione della Rete della emergenza ospedaliera.

Sulla base dei criteri su esplicitati la rete dell'emergenza ospedaliera in Piemonte deve prevedere:

Provincia Torino:

-Polo Nord composto da un HUB (DEA II° livello) formato dall'aggregazione di tre presidi, tre DEA 1° livello (Spoke), un Pronto Soccorso e un PPI.

-Polo Sud composto da un HUB formato dai DEA di quattro ospedali, due Spoke (DEA 1° livello) e un PPI.

-Polo Ovest composto da un HUB formato dai DEA di due ospedali, tre Spoke (DEA 1° livello), un pronto soccorso semplice e due PPI.

Provincia Alessandria e Asti:

-un HUB (DEA II° livello) formato dall'aggregazione di due presidi, tre DEA 1° livello (Spoke) di cui uno formato dall'integrazione funzionale di due presidi che manterranno le rispettive sedi, un Pronto Soccorso e due PPI.

Provincia Cuneo:

-un HUB rappresentato da un DEA II° livello, tre DEA 1° livello (Spoke) e tre Pronto Soccorso .

Provincia Biella, Novara, Vercelli e VCO

- un HUB rappresentato da un DEA II° livello, quattro DEA 1° livello (Spoke) di cui uno formato dall'integrazione funzionale di due presidi che manterranno le rispettive sedi, due Pronto Soccorso e un PPI.

L'Assessorato Sanità procederà all'adozione degli atti necessari per la tempestiva attivazione della nuova configurazione. Le ASR, su indicazione della Direzione Sanità, procederanno entro il 30 giugno all'adeguamento degli atti aziendali e ai conseguenti provvedimenti per l'attivazione della nuova configurazione.