

All.2

REGIONE CALABRIA

Il riordino della rete di Emergenza - Urgenza

13 ottobre 2010

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'L' followed by a '7'.

Indice

Introduzione..... 3

Emergenza territoriale 7

Continuità assistenziale 10

Rete ospedaliera dell'emergenza..... 10

 Funzioni di Hub..... 11

 Funzioni di Spoke..... 13

 Funzioni di Pronto Soccorso semplice nell'Ospedale Generale 14

 Funzioni di Pronto Soccorso di base nell'Ospedale di Zona Montana 15

 Punti di Primo Intervento 17

 Disegno della rete..... 19

 Alcune considerazioni per la realizzazione effettiva della rete 22

Prossime azioni da svolgere..... 24

Allegato 1: Strutture attuali riclassificate (Pubbliche) 26



Introduzione

A seguito dell'emanazione del DPR 27 marzo 1992 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza, G.U. n. 76 del 31/3/92), si è assistito ad una radicale trasformazione dei Servizi di emergenza, nel tentativo di sviluppare il passaggio dalla tradizionale offerta di prestazioni, sia territoriali che ospedaliere, ad un vero e proprio "Sistema di Emergenza" che vede i diversi elementi coinvolti, Centrali Operative 118 (C.O.118) e Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione (D.E.A.), tra loro integrati e cooperanti nel raggiungimento di un obiettivo comune: garantire l'omogeneità e la continuità tra il Sistema di Emergenza Territoriale 118 e i P.S./D.E.A. che sono le componenti essenziali del complesso Sistema dell'emergenza sanitaria.

Il Sistema di Emergenza Territoriale 118 opera nella fase di "allarme" garantendo la modulazione della risposta sanitaria e il coordinamento delle attività di soccorso per assicurare, 24 ore al giorno, l'intervento più appropriato nel più breve tempo possibile, in ogni punto del territorio, assicurando la tempestiva stabilizzazione ed il trasporto del paziente alla struttura sanitaria più appropriata.

Il P.S./D.E.A. opera nella fase di "risposta", per garantire l'assistenza necessaria attraverso l'inquadramento diagnostico del paziente, l'adozione di provvedimenti terapeutici adeguati, l'osservazione clinica, l'eventuale ricovero del paziente.

Nonostante l'importanza del ruolo svolto e dalle cospicue risorse utilizzate in termini di uomini, mezzi e strutture, il Sistema dell'Emergenza-urgenza della Regione Calabria si presenta ancora frazionato nei singoli ambiti, frequentemente tra loro non coordinati, e risulta essere utilizzato spesso in modo inappropriato.

Pur garantendo anche se in maniera disomogenea risposte accettabili ed a tratti di eccellenza, tutto il sistema regionale mostra in molti aspetti obsolescenza, diseconomicità, scarsa efficienza, che richiedono una rivisitazione complessiva.

L'inappropriatezza risulta evidente ove si consideri che solo ad una ridotta proporzione degli accessi in PS segue il ricovero, ed una elevata proporzione di casi presenta problemi non gravi o urgenti, trattabili in modo efficace in altre strutture.



Dovrà essere evitata la proliferazione di strutture complesse e costose, che, utilizzando quelle esistenti al massimo del rendimento, e non solo saltuariamente, in modo da impedire spreco di tecnologie sofisticate e di personale qualificato.

Ciononostante è imperativo pensare all'investimento di risorse in quei settori, quali la rete della emergenza territoriale, che sono strategici al mantenimento qualitativo delle prestazioni ed il cui rafforzamento è propedeutico alla razionalizzazione di investimenti altrimenti assai più onerosi ed ingiustificati.

Infatti, la necessaria riorganizzazione della rete degli ospedali e delle strutture complesse in essi operanti, dettata dalle esigenze dei piani di rientro, non deve in nessun modo penalizzare i livelli qualitativi dei servizi per il cittadino.

Nella elaborazione del modello qui di seguito proposto si è fatto riferimento a principi fondamentali di analisi e progettazione quali:

- 1) lo studio delle SDO e delle prestazioni realmente erogate;
- 2) l'individuazione e l'implementazione, con i necessari correttivi ed integrazioni, della rete di Emergenza nelle sue integrazioni tra il Sistema di Emergenza Territoriale 118 e la rete ospedaliera secondo il criterio HUB and Spoke, ps semplice nell'Ospedale Generale, ps di base nell'Ospedale di Zona Montana, ppi nell'Ospedale Distrettuale, postazioni ambulanza (pet) come canovaccio di base su cui costruire poi la rete di tutte le patologie;
- 3) per quanto riguarda il servizio di Continuità Assistenziale si propone un'analisi specifica, in quanto la sua possibile integrazione nella rete della emergenza urgenza potrebbe rappresentare un notevole valore aggiunto. Tale argomento richiede comunque una trattazione dedicata per i suoi elementi di peculiarità normativa e per la necessità di una profonda riorganizzazione al fine di sfruttarne appieno le potenzialità nel campo delle urgenze di bassa criticità;



- 4) si evidenzia nel corso dell'analisi la necessità della creazione di forti riferimenti in sede di struttura assessorile regionale che operano insieme al coordinamento dei gestori delle reti per condividere il modello e garantirne la attuazione;
- 5) il percorso di realizzazione concreta della rete che viene proposto prevede, come *conditio sine qua non*, l'individuazione di un Settore unico per l'emergenza sanitaria (ospedaliera e territoriale, 118, guardia medica) di riferimento presso l' Assessorato alla Salute che si avvale di:
- coordinamento dei Servizi di Emergenza Territoriale 118;
 - coordinamento dei Dipartimenti di Emergenza e Pronti Soccorsi – PPI;
 - gruppi di lavoro multidisciplinari da costituirsi in relazione a percorsi peculiari nella rete delle patologie complesse (rianimatori, cardiologi, neurochirurghi, ecc).

Il ruolo dei gruppi di lavoro è rafforzato dalla gestione centralizzata delle attività da parte dell' Assessorato che ne coordinerà l'attuazione vigilando sulla aderenza alle finalità e loro condivisione concretizzandone poi i contenuti con gli opportuni provvedimenti.

L'Assessorato dovrà seguire l'impostazione e la definizione, da parte dei coordinamenti, di percorsi formativi unificati per gli operatori idonei a creare uniformità di comportamento organizzativo e professionale, realizzando contestualmente un importante ottimizzazione delle risorse anche economiche.

Le prime azioni hanno portato alla individuazione delle priorità imprescindibili per il funzionamento non solo del sistema dell'emergenza, ma della intera rete della sanità regionale calabrese articolati in Sistemi di Comunicazione e Livelli Organizzativi.



Sistemi di Comunicazione:

- ▣ istituzione di una rete radio regionale su frequenze sanitarie dedicate ministeriali;
- ▣ istituzione di un sistema informatico omogeneo e integrato per 118 e DEA;
- ▣ definizione di una modulistica unificata e compatibile per 118 e DEA;
- ▣ avvio di programmi informatizzati di trasmissione dati dai mezzi e dalle strutture territoriali ai presidi sanitari.

Ulteriori indicazioni di programmazione potranno essere fornite nel momento in cui il sistema di acquisizione dei dati, previsto dal D.M. 17 dicembre 2008 "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (GU n. 9 del 13 gennaio 2009), andrà a regime.

Livelli Organizzativi:

- ▣ definizione a livello regionale delle centrali operative, dei Pronti soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza (in armonia con l'Hub e Spoke), indicando i parametri numerici di riferimento;
- ▣ definizione di un criterio per la quantificazione e allocazione della rete delle postazioni di ambulanza medicalizzata e di base e dei punti di primo intervento indicando i parametri numerici di riferimento;
- ▣ definizione in accordo con la normativa nazionale (documento Conferenza Stato-Regioni) della funzione di triage e relativi protocolli;
- ▣ definizione delle postazioni di guardia medica e della loro struttura organizzativa (centralizzazione delle chiamate, tipologie di interventi, ecc.);
- ▣ definizione di linee guida e protocolli organizzativi e clinici con particolare riferimento alla gestione dei trasporti primari urgenti, secondari urgenti e programmati;
- ▣ definizione della rete delle patologie complesse;

- definizione di protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso e programmazione su base regionale del numero delle basi operative, loro operatività e definizione della rete delle elisuperfici a servizio delle strutture ospedaliere, dei siti di atterraggio di pubblico interesse e delle elisuperfici a servizio delle comunità isolate;
- linee guida per la gestione delle maxi-emergenze e relativo progetto operativo anche interregionale.

Prendendo in considerazione l'integrazione operativa tra il Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" e la rete dei D.E.A., è fondamentale stabilire i termini di tale interazione che deve essere attuata preservando la autonomia organizzativa di ciascun sistema, facendo crescere l'organizzazione a livello di coordinamento. Nella rete dei DEA, secondo il concetto di rete Hub and Spoke, dovranno trovare aggregazione i PPI, ad elevato numero di passaggi, di competenza territoriale.

Il criterio di realizzazione della Rete delle Patologie Complesse (Sindrome Coronarica Acuta, Ictus, Trauma, Ustione, Urgenze Pediatriche ed Ostetrico-Ginecologiche, e tutte le situazioni che prevedono livelli organizzativi superiori, ivi compresa la diagnosi precoce ed il trasporto protetto verso Centri a funzione sovra zonale), sarà quello di definire i nodi e le sedi di riferimento in armonia con la rete Hub and Spoke articolata come sotto descritto e con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione, utilizzando consulenze a distanza da parte di specialisti allocati solo nei centri di riferimento al fine di evitare trasferimenti impropri.

Emergenza territoriale

Il sistema della emergenza territoriale è costituito da n. 5 Centrali Operative: Cosenza, Catanzaro, Crotone, Vibo Valentia e Reggio Calabria e da n. 50 postazioni PET complessive dislocate sul territorio provinciale e coordinate dalla corrispondente Centrale Operativa.



La risposta delle Centrali Operative 118 si concretizza principalmente nella modulazione della risposta al bisogno sanitario espresso dalla popolazione, nell'attivazione e nel coordinamento dei mezzi, di terra ed aerei idonei alla necessità evidenziata e nella scelta della competenza ospedaliera indicata per la patologia oggetto dell'intervento.

Le Centrali attuano, con procedure condivise, la valutazione sanitaria telefonica, la gestione dei mezzi di soccorso quali: basi di elisoccorso, ambulanze medicalizzate (M.S.A.) con medico ed infermiere a bordo, auto mediche e ambulanze di base con personale soccorritore (M.S.B.).

La Regione provvede a ridefinire 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.

Un criterio semplicistico di riduzione delle postazioni soltanto sulla base della quantità degli interventi e/o dei chilometri percorsi non è percorribile in quanto porterebbe a dei gravi squilibri di copertura territoriale. Alla luce di una pur necessaria razionalizzazione, si impone un lavoro tecnico assai complesso di adeguamento dei criteri di distribuzione dei mezzi secondo standard di estensione di superficie servita e densità abitativa modulati secondo alcuni parametri quali: flussi turistici stagionali, percorribilità della rete viaria, climatologia, distanza dai presidi ospedalieri di riferimento.

L'utilizzo di un criterio omogeneo e razionale stabilito a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità potrà assicurare la copertura del territorio con i mezzi medicalizzati, su cui impennare una efficace rete di ambulanze di base.

Il fabbisogno standard definito per il territorio di competenza di ciascuna Centrale Operativa, va esaminato e condiviso dai Responsabili delle Centrali Operative, formalizzato dal Coordinamento delle stesse ed approvato dall'Assessorato alla Sanità.

E' necessario un momento di informazione e condivisione con le istituzioni che governano il territorio, con una proposta tecnicamente difendibile ed omogenea, al fine di evitare spinte campanilistiche che potrebbero squilibrare il sistema.



Il criterio iniziale per la determinazione del fabbisogno di unità di soccorso si basa sulla attribuzione di una ambulanza avanzata ogni 60.000 abitanti per la copertura di un territorio comunque non superiore a 350 Km². e si attua applicando la seguente formula :

$$\text{n. di Ambulanze Avanzate per Centrale} = \frac{(\text{n. abitanti : 60.000}) + (\text{superficie : 350 Km}^2\text{.)}}{2}$$

Come precedentemente descritto ai risultati ottenuti dalla formula standard dovranno, su indicazione dei Responsabili di Centrale Operativa, essere apposti alcuni correttivi derivanti da fattori specifici quali:

- ▣ vie di comunicazione;
- ▣ vincoli orografici e climatologici;
- ▣ tempi di percorrenza per l'arrivo sul luogo e relativa ospedalizzazione del paziente;
- ▣ distribuzione dei presidi ospedalieri con DEA o Pronto Soccorso;
- ▣ distribuzione dei Punti di Primo Intervento anche a seguito di ridefinizioni della rete dei P.S. e eventuali riconversioni;
- ▣ flussi turistici stagionali;
- ▣ rete elisoccorso.

La scelta di utilizzare l'elisoccorso viene effettuata quando l'intervento con il mezzo aereo risulta essere il più idoneo come risposta ad un codice di valutazione.

La disponibilità di un elicottero di soccorso permette di trasportare un'équipe altamente specializzata in luoghi distanti nei quali i mezzi medicalizzati impiegherebbero molto tempo e permette di ricoverare il paziente critico nell'ospedale idoneo con minore disagio per il paziente.

Tuttavia anche in questo ambito è utile prevedere una diversa organizzazione che passi attraverso un coordinamento regionale ed una più puntuale ed appropriata utilizzazione.

Continuità Assistenziale

La razionalizzazione deve opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale iniziando dalla centralizzazione delle chiamate presso le Centrali Operative 118, con apposito nucleo di gestione delle stesse.

Successivamente potranno essere messe a disposizione della continuità Assistenziale le dotazioni tecnologiche delle centrali Operative con indiscutibili benefici in termini di ottimizzazione degli interventi, monitoraggio delle attività e riduzione dei tempi di attesa dell'utenza.

Altri elementi di razionalizzazione provengono da una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale con medico a bordo, riorganizzando il servizio (che conta 335 postazioni con un totale di 1.340 medici) in funzione di una più razionale ed appropriata rete territoriale e ospedaliera dell'emergenza.

Ulteriori indicazioni di programmazione potranno essere fornite nel momento in cui il sistema di acquisizione dei dati, previsto dal già citato D.M. 17 dicembre 2008 "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (GU n. 9 del 13 gennaio 2009), andrà a regime.

Presupposto essenziale alla fruibilità delle potenzialità delle Centrali Operative è l'innescio di un processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e del Pronto Soccorso.

Rete ospedaliera dell'emergenza

Per quanto riguarda la rete ospedaliera, dal punto di vista dei criteri generali organizzativi, si è stabilito un Centro HUB ogni 500.000 - 1.000.000 abitanti e si deve prevedere uno SPOKE in ogni ambito territoriale corrispondente ad un bacino di utenza di almeno 150.000 - 300.000 abitanti o inferiore qualora il tempo di accesso da un ospedale alla più vicina sede di SPOKE superi i 60 minuti, considerando 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 vero e proprio team di risorse professionali che, secondo le caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, possa spalmare le proprie competenze sull'intero scenario delle strutture dedicate all'emergenza. Dai centri di eccellenza caratterizzati da elevati livelli tecnologici e di competenza specialistica, deve svilupparsi una stretta interazione professionale tecnologica in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di D.E.A. e dei punti di primo intervento" che dovranno essere direttamente collegati allo SPOKE o HUB di competenza.

Laddove non ancora in atto si impone la applicazione del Sistema "Triage", quale strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi per acuti, uniformando i sistemi di risposta all'emergenza-urgenza ai criteri generali contenuti nelle Linee guida emanate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 ottobre 2001, in tema di triage (Accordo Stato Regioni del 25 ottobre 2001-G.U. del 7 dicembre 2001, n. 285).

Funzioni di HUB

Le funzioni previste per i Centri HUB possono essere erogate anche da un unico presidio ospedaliero.

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.

Devono essere presenti o disponibili H. 24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Medicina Nucleare e PET, 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, Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni, Microchirurgia, Chirurgia della mano, Chirurgia Vascolare, Centro Antiveleni in collegamento con Centri sovra regionali).

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, 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 e' previsto il collegamento con la rete di personale sanitario dedicato alla gestione delle richieste di consulenza.

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 d'Urgenza, inquadrati in una Struttura Complessa, 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).

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. 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.



Alcuni Centri SPOKE, ma non tutti necessariamente, sulla base della definizione ed implementazione della rete delle patologie complesse, sono dotati di funzioni specifiche quali ad es. Emodinamica (a questo riguardo si veda il documento sulla rete ospedaliera, dove sono descritte le funzioni ospedale per ospedale).

Per la rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) 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.

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

Funzioni di Pronto Soccorso semplice nell'Ospedale Generale

La funzione di P.S. semplice può essere svolta da quei presidi per cui si preveda una evoluzione a SPOKE nel tempo in attesa di eventi programmati a lunga scadenza (ad es. Gioia Tauro in attesa della creazione del nuovo presidio ospedaliero), oppure in particolari situazioni di complessità organizzativa.

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.

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.



È ubicato in una struttura definita "Ospedale Generale" appartenente alla rete ospedaliera, dotato di funzioni di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia, Ortopedia, e servizi come sotto specificati di guardia attiva o in regime di pronta disponibilità 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 di riferimento e sarà reperito anche negli organici presenti, per redistribuzione di unità o a seguito di opzione dei Medici del Presidio interessato.

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

Funzioni di Pronto Soccorso di base nell'Ospedale di zona montana

Nella Regione Calabria, come in molte altre regioni italiane, esistono situazioni con ospedali per acuzie con pronto soccorso situate in aree considerate ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontato 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.

Questi ospedali che hanno oggi anche una serie di funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza, con un numero di casi troppo basso per garantire la sicurezza dei ricoveri anche in relazione al mantenimento dello skill e delle competenze e che incidono pesantemente sulle tipologie di investimento richieste dalla sanità moderna, dovranno essere integrati nella rete ospedaliera.

L'ospedale distrettuale (a basso volume di attività) 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 con la possibilità di appoggio nei letti di medicina (obiettivo massimo di 70% di occupazione dei posti letto per avere disponibilità dei casi imprevisti) per i casi che non possono essere dimessi 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;
- un Pronto soccorso presidiato da 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) e, da un punto di vista organizzativo, integrata al DEA di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo. E' previsto un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'Ospedale distrettuale 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 dell'ospedale distrettuale di area disagiata dovrebbe essere così dimensionato:

- quattro medici di medicina generale (presenza di un medico 12H 5 GG alla settimana + 6H 2GG alla settimana + reperibilità) che fanno riferimento alla struttura complessa del DEA di riferimento;



- ▣ quattro medici di chirurgia generale (12 ore 5 gg la settimana + reperibilità diurna e doppia notturna, non hanno reparto) che fanno riferimento alla struttura complessa del DEA di riferimento;
- ▣ quattro medici anestesisti (12 ore 7 gg la settimana + reperibilità notturna) che fanno riferimento alla struttura complessa del DEA di riferimento;
- ▣ cinque medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (presenza di un medico 24H, 365GG all'anno e con la medicina generale che partecipa all'attivazione della guardia attiva) che fanno riferimento alla struttura complessa del DEA di riferimento.

Le altre funzioni sono quelle tipiche dell'ospedale distrettuale. I criteri nazionali per l'attivazione dell'ospedale distrettuale di area disagiata sono:

- ▣ zona disagiata, montana o premontata con bacino di utenza servita in esclusiva tra 20.000 - 40.000 abitanti nella quale la percorrenza media sia superiore a 60 minuti in condizioni standard e, durante il periodo invernale, tempi più lunghi e imprevedibili.
- ▣ zona insulare disagiata, con insediamenti urbani indipendentemente dal bacino di utenza, dalla quale il tempo necessario a raggiungere il centro Spoke di riferimento sia superiore a 60 minuti in condizioni standard.
- ▣ un presidio in grado di essere convertito.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 20.000 / 40.000 abitanti.

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 da collocare nell'Ospedale Distrettuale definito nel documento sulla rete territoriale.



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 più appropriato.

I Punti di Primo Intervento si distinguono in:

- ▣ 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").
- ▣ Punti di Primo Intervento con numero di accessi > 6.000 fino a 20.000 se attivi 24 ore o > 3.000 se attivi 12 ore eventualmente assegnati alle strutture delle Aziende Sanitarie dopo l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera (PS, SPOKE, HUB) .
- ▣ Punti di Primo Intervento in zona disagiata con un forte presidio del 118

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:

I PPI in zona disagiata richiedono una particolare attenzione da parte dello SPOKE (o dell'HUB) a cui si riferiscono, con gestione diretta da parte degli stessi medici operanti nel Dea di riferimento e con la particolare implementazione di attività qualora i numeri lo richiedano (vedi anche Pronto Soccorso Semplice dell'Ospedale Generale).

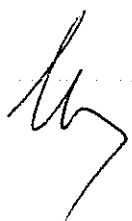
Nel Punto di Primo Intervento è però sempre prioritaria la garanzia del trasferimento protetto del paziente stabilizzato al centro più idoneo.



Disegno della Rete

Di seguito si riporta la tabella che delinea la proposta di rete per la Regione Calabria alla luce delle considerazioni appena descritte:

Hub	Spoke	Ospedale Generale	Ospedale di zona montana	Ospedale distrettuale
<u>Cosenza AO</u>				
				Rogliano ppi h24
			S. Giovanni in fiore	
			Acri	
	<u>Castrovillari</u>			
				S. Marco Argentano ppi h24
				Mormanno ppi h12 diurno
				Lungro ppi h 12 diurno
				Trebisacce ppi h24
	<u>Rossano</u> <u>/Corigliano (*)</u> Unico presidio con due strutture			
				Cariati ppi h24
	<u>Cetraro /Paola</u> Unico presidio con due strutture			
				Praia a mare ppi h24



Hub	Spoke	Ospedale Generale	Ospedale di zona montana	Ospedale distrettuale
<u>Catanzaro</u> <u>Pugliese</u> <u>Ciaccio</u>				
Catanzaro Mater Domini (solo per alcune funzioni)				
		Soverato		
				Chiaravalle Centrale ppi h 12 diurno
	<u>Lamezia Terme</u>			
			Soveria Mannelli	
	<u>Crotone</u>			
	<u>Vibo Valentia</u>			
		Tropea		
				Soriano Calabro ppi h12 diurno
			Serra S. Bruno	



Hub	Spoke	Ospedale Generale	Ospedale di zona montana	Ospedale distrettuale
<u>Reggio di Calabria</u>				
				Scilla ppi h24
		Melito Porto Salvo		
	<u>Polistena</u>			
				Taurianova ppi h12 diurno
				Oppido Mamertina ppi h12 diurno
		Gioia Tauro, tendente a spoke nel nuovo ospedale		
				Palmi ppi h12 diurno
	<u>Locri</u>			
				Siderno ppi h12 diurno

*considerato spoke Rossano, l'Ospedale di Corigliano rimane come antenna di PS semplice tendente a PPI integrata con Rossano per le funzioni esistenti nella prospettiva di un unico PS tra i due presidi



Alcune considerazioni per la realizzazione effettiva della rete

Di fondamentale importanza è il lavoro di integrazione tra Hub, Spoke, PS dell'Ospedale Generale, PS dell'Ospedale di Zona Montana, PPI dell'Ospedale Distrettuale ed il Sistema di Emergenza Territoriale 118 che devono garantire un costante presidio medico unitamente alla corretta stabilizzazione e trasporto dei malati con codici rossi e gialli afferenti alle reti delle patologie complesse nell'ottica di precisi percorsi diagnostico terapeutici.

Analoga collaborazione dovrà essere instaurata i Distretti delle Cure Primarie per i codici a bassa gravità (bianchi e verdi).

A questo proposito adeguati accordi con la continuità assistenziale, oltre a permettere integrazioni tra PET, PPI e Postazioni di Guardia Medica allo scopo di razionalizzare le risorse e ridurre inutili doppioni, favoriranno la virtuosa interfaccia tra emergenza e continuità assistenziale.

L'ulteriore razionalizzazione della rete dei PPI e dei PTA dovrà avvenire in concomitanza con la riorganizzazione della rete 118, per un utilizzo più razionale dei mezzi per i trasporti urgenti, secondari urgenti ed ordinari.

È 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 intensità di cure verso strutture ad elevata complessità specialistica.

La gestione tempestiva dei trasporti intra-ospedalieri deve essere organizzata e gestita dai singoli PS e PPI in accordo con il 118 e con i centri HUB e SPOKE riceventi, che devono comunque accogliere il paziente sulla base di protocolli condivisi.

Per queste patologie, così come per quelle della rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) 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.

È 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.

In accordo con il documento sulla rete ospedaliera e con quello che si sta delineando sulle Cure Primarie e Continuità Assistenziale, stabilita la rete territoriale dei Distretti e delle Cure Primarie, è evidente che in divenire l'Assessorato alla Sanità utilizzando gli strumenti sopra descritti potrà procedere ad ulteriori razionalizzazioni.

Sarà infatti possibile la conversione ad esempio di ppi in ambulatori delle cure primarie, mantenendo una forte funzione di presidi per 118, provvedendo adeguatamente a separare comunque la funzione di urgenza da quella di continuità assistenziale, al fine di evitare pericolose ambiguità per il cittadino che dovrà sempre poter individuare con precisione i presidi dedicati all'urgenza (118 e rete HUB, SPOKE, Ospedale Generale, Ospedale di zona montana, con forte integrazione con i PPI degli Ospedali distrettuali e con le Postazioni di Guardia Medica) e quelli per la continuità assistenziale (Cure Primarie), che pur dialogando tra loro svolgono funzioni totalmente distinte.

Oggetto di particolare attenzione è la formazione degli operatori, attualmente non uniforme, e nel cui ambito devono essere fatti notevoli progressi rispetto alla omogeneizzazione e al livello di qualità, mettendo rigorosamente in capo all'Ente Regione la certificazione, formazione ed aggiornamento del personale, pianificata in accordo con il Coordinamento del 118 e dei Dipartimenti di Emergenza.



Prossime azioni da svolgere

Alla luce di quanto descritto e per una applicazione puntuale di quanto pianificato, nell'immediato futuro occorre affrontare le seguenti tematiche:

1. rafforzamento della struttura regionale per il coordinamento dei gestori delle reti di emergenza territoriale e ospedaliera;
2. implementazione della rete dei DEA, dei PS, dei PPI e del 118 e loro collegamento in ragione di una adeguata razionalizzazione che tenga conto, area per area, anche delle PET e delle postazioni di guardia medica in funzione della loro attività;
3. definizione degli organici e degli standard relativi alle strutture complesse 118 ed a quelle deputate alla emergenza ospedaliera;
4. attivazione della rete radio frequenze del 118
5. istituzione della tracciabilità degli interventi con modulistica omogenea e collegamento con le SDO utilizzando un sistema informatico regionale;
6. centralizzazione a livello provinciale delle chiamate per la Guardia Medica in attesa di definire riorganizzazione delle postazioni di continuità assistenziale e ruoli e compiti delle rispettive funzioni;
7. ridefinizione delle procedure e protocolli condivisi per dare attuazione pratica alla rete con particolare riferimento a: trasporti secondari urgenti protetti, trasporti secondari differibili, trasporti ordinari, rete psichiatrica ed implicazioni relative all' uso del TSO in urgenza, trasporto pediatrico-neonatale, percorsi per le patologie complesse;
8. mappatura e studio della rete delle elisuperfici a servizio di destinazioni sanitarie;
9. definizione del ruolo del 118 in relazione a eventi straordinari e manifestazioni di interesse pubblico;



10. creazione di protocolli per il soccorso in mare e costiero ed implicazioni delle reti;
11. definizione di regole relative ai rapporti con strutture private e convenzionate relativamente alla attività di emergenza-urgenza.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'L' followed by a series of loops and a long vertical stroke.

Allegato 1: Strutture attuali riclassificate pubbliche

