



Doc Inf

ARES-Acovies-
Normativa –Ministero
SanitàFonte: sito
della Ministero
Salute
Data 15/10/08

Pag. 1 di 6

PIANO PER IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI EMERGENZA/URGENZA
Rete ospedaliera

**MINISTERO DELLA SALUTE
COMMISSIONE CONSULTIVA
PIANO PER IL MIGLIORAMENTO
DEL
SISTEMA DI EMERGENZA/URGENZA**

Rete ospedaliera

		Doc Inf	ARES-Acovies-Normativa –Ministero Sanità	Fonte: sito della Ministero Salute Data 15/10/08	Pag. 2 di 6
PIANO PER IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI EMERGENZA/URGENZA <i>Rete ospedaliera</i>					

Il sistema urgenza-emergenza in Italia, secondo quanto regolamentato dalle linee guida 1/96 in applicazione del DPR 27 marzo 1992, e' articolato nel Sistema di Emergenza Territoriale (Centrali Operative 118, mezzi dell'emergenza territoriale) e nella rete di strutture dell'emergenza funzionalmente differenziate in Punti di Primo Intervento, Pronto Soccorsi Ospedalieri, Dipartimenti di Emergenza-Urgenza-Accettazione (DEA) di I o di II livello. Il modello organizzativo ha sicuramente migliorato l'assistenza in questo settore ed aumentato la cultura dell'emergenza-urgenza presso le diverse fasce di operatori, ma presenta alcuni elementi critici ed alcuni elementi di novita':

1. un utilizzo crescente delle strutture di Pronto Soccorso che ha portato ad un incremento degli accessi dal 50 al 100%.
2. la riduzione dei posti letto per acuti ed una richiesta di maggior appropriatezza dei ricoveri che hanno progressivamente mutato la funzione del Pronto Soccorso da "Admit to work" a "Work to admit", con necessita' di creare nuove funzioni di filtro ai ricoveri.
3. una certa disomogeneita' nell'offerta assistenziale per patologie urgenti ad alta complessita'.
4. l'introduzione della disciplina di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza e l'evoluzione della figura del Medico d'Urgenza.
5. modalita' di finanziamento in genere del sistema dell'emergenza-urgenza ed in particolare dei DEA.

Nel presente documento vengono indicati dal gruppo di lavoro dei correttivi considerati "**necessari**" ed altri "**utili**" per ottenere a breve un miglioramento del sistema e garantire un rispetto dei livelli essenziali di assistenza nell'urgenza-emergenza.

Evoluzione della domanda sanitaria - Necessita' di riorganizzazione delle strutture di Pronto Soccorso.

Negli ultimi anni si e' assistito ad un progressivo incremento degli accessi al Pronto Soccorso in conseguenza delle seguenti problematiche:

- a) un sempre maggior bisogno del cittadino di ottenere dal servizio pubblico una risposta ad esigenze urgenti o comunque percepite come tali;
- b) il miglioramento delle cure con aumento della sopravvivenza in pazienti affetti da pluripatologie, che con sempre maggior frequenza necessitano dell'intervento del sistema d'emergenza-urgenza;
- c) il ruolo di rete di sicurezza rivestito dal Pronto Soccorso per categorie socialmente deboli.

Il primo punto risente certamente di una risposta della medicina territoriale non aderente alle esigenze di parte della cittadinanza per la limitata presenza giornaliera del medico e la scarsita' di tecnologie di base prontamente utilizzabili. Inoltre il Medico di Medicina Generale lamenta, spesso a ragion veduta, l'assenza di collegamenti procedurali ed operativi con l'Ospedale, con l'impossibilita' di accedere a percorsi diagnostico-terapeutici privilegiati. L'introduzione della partecipazione alla spesa non ha ridotto gli accessi non urgenti al Pronto Soccorso, in quanto la risposta sanitaria in tale sede e' comunque ritenuta soddisfacente.

La convenzione della Medicina Generale recentemente siglata introduce elementi di novita' che dovrebbero indurre ad una maggiore presa in carico di problematiche ora affrontate in sede di Pronto Soccorso, ma le esperienze pilota già funzionanti ci inducono a ritenere che i risultati attesi, se vi saranno, avranno comunque tempi lunghi. Si ritiene pertanto **necessario**:

- a) Attivare, laddove non e' stato fatto, nei Pronto Soccorsi con piu' di 25.000 accessi annui un sistema di triage infermieristico, di bancone o globale a seconda delle caratteristiche e necessita' della struttura, con applicazione uniforme dei codici colore già identificati nella

		Doc Inf	ARES-Acovies-Normativa –Ministero Sanità	Fonte: sito della Ministero Salute Data 15/10/08	Pag. 3 di 6
PIANO PER IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI EMERGENZA/URGENZA Rete ospedaliera					

normativa vigente (bianco, verde, giallo, rosso) e con sistemi informativi all'utenza dei tempi di attesa stimati per i codici di minore urgenza (bianco e verde).

b) Allestire percorsi alternativi al Pronto Soccorso:

- favorendo l'accesso diretto (con richiesta motivata del medico di MG) alle strutture ambulatoriali anche specialistiche dell'Ospedale, adeguatamente potenziate con l'eventuale partecipazione di specialisti esterni convenzionati.

- con l'eventuale istituzione di ambulatori tenuti da Medici di Medicina Generale che garantiscono una risposta sanitaria per problematiche non di urgenza-emergenza, possibilmente 24 ore su 24, senza pagamento di ticket, con la possibilita' di usufruire in tempo reale delle consulenze specialistiche. Tali ambulatori possono essere posti in Ospedale, con percorsi di accesso e di cura ben differenziati dal Pronto Soccorso.

c) Adeguare il personale medico-infermieristico di Pronto Soccorso all'esigenza di portare assistenza ad un numero sempre piu' elevato di pazienti secondo standard qualitativi elevati ottenibili solo con programmi di formazione specifica quali specializzazione in medicina di emergenza e specializzazione in chirurgia con indirizzo d'urgenza.

Il filtro ai ricoveri

La necessita' di un filtro ai ricoveri dal Pronto Soccorso va letta sia in termini quantitativi che qualitativi. E' frequente l'accesso al Pronto Soccorso di pazienti con quadri clinici indefiniti, tali da non consentire l'invio a domicilio, ma che richiedono una chiarificazione diagnostica nelle ore o giorni successivi. L'avvio di tali pazienti ad un ricovero ospedaliero ordinario, senza un congruo periodo di osservazione, puo' incrementare significativamente la quota di ricoveri inappropriati, non necessari o in sede non adeguata, con spesso dilatazione dei tempi alla diagnosi definitiva ed alla corretta terapia. La quota di questi pazienti e' quantificabile nel 5-10% di coloro che accedono al Pronto Soccorso. Lo strumento ritenuto **necessario** per ridurre ricoveri e dimissioni improprie e' rappresentato dall'Osservazione Breve Intensiva (OBI), funzione che va differenziata da quella del reparto di Medicina d'Urgenza:

a. L'OBI e' un'area, possibilmente adiacente al Pronto Soccorso, ove i pazienti possono sostenere in attesa della definizione diagnostica e per un'ulteriore osservazione clinica intensiva, di norma per non piu' di 24 ore. Diversi studi indicano la necessita' di 1 letto di OBI ogni 4000-8000 accessi in Pronto Soccorso. La permanenza in OBI a cui non segue il ricovero (di norma nel 70-80% dei pazienti osservati) deve essere rimborsata in quota prestabilita o a prestazione.

b. La Medicina d'Urgenza e' un'attivita' di ricovero che deve possedere letti di degenza ordinaria e subintensiva a cui possono accedere pazienti a valenza internistica, o, sulla base di accordi per specifici settori, con patologia traumatico-chirurgica non suscettibile nell'immediato di un intervento, che richiedano:

- monitoraggio e stabilizzazione in fase acuta
- approfondimento e definizione diagnostica in casi non immediatamente attribuibili ad una competenza specialistica
- attivita' diagnostico-terapeutica in casi compatibili con una durata prevedibile delle degenza non superiore alle 72 ore

Poiche' la rotazione rapida dei letti di Medicina d'Urgenza e' condizione indispensabile per prevenire l'accumulo di pazienti arrivati in urgenza ed in attesa di ricovero tale struttura non deve trasformarsi in un settore ove i pazienti accettati dal Pronto Soccorso sostino per l'indisponibilita' di letti nel resto dell'Ospedale.

		Doc Inf	ARES-Acovies-Normativa –Ministero Sanità	Fonte: sito della Ministero Salute Data 15/10/08	Pag. 4 di 6
PIANO PER IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI EMERGENZA/URGENZA <i>Rete ospedaliera</i>					

Patologie ad alta complessita'

Si intendono quelle gravi patologie i cui esiti in termini di mortalita' e disabilita' dipendono fortemente dal fattore tempo e dalla integrazione in rete di tutti i professionisti che intervengono nel percorso del paziente. L'integrazione in rete sottintende un'organizzazione tra le strutture che erogano diversi livelli di assistenza, l'esistenza di tecnologie che permettano uno scambio di informazioni ed immagini tra i professionisti delle varie strutture, una rete di trasporti di emergenza efficiente, di protocolli condivisi e formazione specifica dei professionisti (tale rete e' configurata in alcuni territori dal modello organizzativo dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza Provinciali, comprendenti la centrale 118, le strutture di Pronto Intervento, i Pronto Soccorso, i DEA). Le patologie ad alta complessita' di seguito considerate sono la sindrome coronaria acuta, l'ictus cerebrale, il trauma grave. Non viene presa in esame la patologia pediatrica d'urgenza in quanto oggetto di esame da parte di un altro gruppo di studio.

1. Rete per la patologia cardiovascolare acuta

La patologia coronarica acuta maggiore ha un tasso di incidenza standardizzato di circa 220 eventi per gli uomini e 90 eventi per le donne ogni 100.000 abitanti all'anno. Su un totale di 160.000 eventi coronarici acuti annuali, in Italia la mortalita' pre-ospedaliera e' intorno al 30%, solo 70.000 accedono a strutture ospedaliere dotate di cardiologia e solo 35.000 vengono trattati nell'ambito di unita' intensive cardiologiche (UTIC). Poiche' l'incidenza di eventi minacciosi per la vita e' massima nelle prime ore di insorgenza dei sintomi e la mortalita' ed il numero di recidive si riduce significativamente con l'applicazione precoce (entro 3 ore) dell'angioplastica coronarica primaria (PTCA), e' **necessario**, come gia' evidenziato in numerosi piani regionali, istituire una catena di soccorso dal territorio al Centro Ospedaliero, secondo i seguenti presupposti:

- a. Promuovere l'informazione alla popolazione sui sintomi dell'attacco cardiaco acuto e la necessita' dell'allertamento del sistema urgenza-emergenza attraverso il 118.
- b. Promuovere la trasmissione dei dati clinico-strumentali dal luogo del soccorso alla COEU118 e da qui ad una cardiologia ospedaliera di competenza territoriale, per una piu' corretta identificazione dei pazienti a rischio e l'avvio al Centro adeguato
- c. Ampliare le sperimentazioni di defibrillazione precoce, dotando di dispositivo semiautomatico non solo i mezzi di soccorso (ALS, BLS), ma anche i luoghi con alta concentrazione di persone, addestrando alla manovra il numero piu' elevato possibile di soggetti anche non sanitari.
- d. Istituire presso i Pronto Soccorsi e i DEA dei settori di OBI dedicati all'approfondimento diagnostico del dolore toracico (chest pain unit), per identificare piu' facilmente i pazienti critici
- e. Identificare una rete di Centri Ospedalieri con UTIC di riferimento territoriale, a cui spetta, in collegamento con il territorio e gli altri presidi ospedalieri, il compito di definire il corretto percorso del paziente, con specifico riferimento alla necessita' di rivascolarizzazione precoce. La PTCA richiede un laboratorio attrezzato di emodinamica, con adeguato volume di lavoro (almeno 300 all'anno) e con cardiochirurgia in sede o raggiungibile entro 60 minuti.
- f. Identificare 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

		Doc Inf	ARES-Acovies-Normativa –Ministero Sanità	Fonte: sito della Ministero Salute Data 15/10/08	Pag. 5 di 6
PIANO PER IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI EMERGENZA/URGENZA Rete ospedaliera					

alle 24 ore attribuibile a vasculopatia cerebrale) ha un'incidenza in Italia di 2,5 nuovi casi /anno per mille abitanti ed interessa prevalentemente la popolazione anziana (eta' media 74.8 ± 11.3). Il 25% dei colpiti da ictus muore entro tre mesi ed il 45% perde definitivamente la propria autonomia. Diversi trial clinici hanno evidenziato un miglioramento dei risultati da un approccio organizzato al problema dello stroke finalizzato da un lato alla gestione multidisciplinare del paziente ed alla tempestiva presa in carico da parte dei riabilitatori e dall'altro all'istituzione precoce (entro tre ore) in casi specifici di provvedimenti farmacologici (trombolisi nello stroke ischemico, fattore VII attivato ricombinante nell'emorragia subaracnoidea), neurochirurgici e di radiologia interventistica. Tali indicazioni sono state recepite nel recente accordo Stato Regioni del 3 febbraio 2005, di cui si ritiene **necessaria** l'applicazione, pur nell'autonomia organizzativa delle singole Regioni, rispettando i seguenti criteri generali:

- a. riconoscimento remoto da parte delle COEU118 dei segni e sintomi di sospetto ictus ed avvio del paziente alla struttura idonea
- b. identificazione tra i DEA di I e II livello delle strutture con i requisiti essenziali di minima per il trattamento dell'ictus acuto: disponibilita' nelle 24 ore di esecuzione e refertazione della TAC, trasmissione immagini ai centri con requisiti addizionali; dell'ECG; dell'ecodoppler TSA; del laboratorio. Presenza area di degenza con possibilita' di monitoraggio di pressione, ECG, saturazione O2, glicemia, temperatura, gestita secondo protocolli condivisi da neurologi, medici d'urgenza, fisiatri, fisioterapisti, infermieri. Accesso diretto, mediante adeguate forme di convenzione, alla rete di riabilitazione con possibilita' di intervento in fase acuta, post-acuta intensiva ed estensiva.
- c. identificazione tra i DEA di II livello di strutture dotate oltre che dei requisiti essenziali di minima anche dei seguenti requisiti addizionali: RMN con angio-RMN, angio-TAC, eco transesofagea, radiologia interventistica, neurochirurgia, chirurgia vascolare.

3. Rete per l'emergenza-urgenza traumatologica

Il trauma produce un elevato numero di decessi ed invalidita' permanenti in specie tra le fasce piu' produttive, 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 piu' 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). In sintesi il modello ritenuto **utile** prevede:

La definizione dei SIAT, quali aree entro cui viene disegnata: 1)una *rete di Ospedali per la fase acuta* detti *Centri Trauma*, identificati tra i DEA di II e I livello tra loro funzionalmente connessi; 2) una rete di *Strutture di Riabilitazione*. Sulla base delle risorse, le strutture del SIAT possono essere classificate nelle seguenti categorie:

a) *Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS)*, Ospedale generale dotato tra l'altro di un'U.O. funzionale di gestione del trauma maggiore (*trauma team o trauma service*), gestita 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 polidistrettuale: *sala di emergenza* con possibilita' in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici di base; *TAC ed angiografia interventistica* nelle immediate adiacenze, *sale operatorie* disponibili sulle 24 ore, unita' operative di *Medicina d'Urgenza, Chirurgia Generale e d'Urgenza, Anestesia-Rianimazione, Ortopedia, Radiologia, Laboratorio, Centro Trasfusionale*. In consulenza devono essere disponibili le alte

		Doc Inf	ARES-Acovies-Normativa –Ministero Sanità	Fonte: sito della Ministero Salute Data 15/10/08	Pag. 6 di 6
PIANO PER IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI EMERGENZA/URGENZA Rete ospedaliera					

specialita' *Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Cardiochirurgia, Chirurgia Plastica e Grandi Ustionati, Chirurgia Maxillo-Facciale*. Il team multidisciplinare, che si attiva all'arrivo del trauma severo nell'ambito del trauma team, e' costituito da Medici appartenenti alle diverse U.O. ove svolgono le consuete attivita' (modello inclusivo). Se il centro traumi e' sede di riferimento per il trattamento dei grandi ustionati e' opportuno che sia dotato di una terapia intensiva specifica per tale tipologia di pazienti.

b) *Centro Traumi di Zona (CTZ)*, dotato di un'U.O. *trauma team*, presso cui sono disponibili tutte le risorse necessarie a trattare 24 ore su 24 in modo definitivo tutte le lesioni come nel CTS, tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialita'.

c) *Presidio di Pronto Soccorso per Traumi (PST)*, in grado di garantire il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni determinanti instabilità prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore (quindi, *medicina d'urgenza, anestesia, chirurgia generale, radiologia, laboratorio, centro trasfusionale*).

d) *Unita' Riabilitative ad Alta Specializzazione* in cui rientrano le Unita' Spinali e le Unita' per Cerebrolesioni acquisite, collocate all'interno o nei pressi dei CTS secondo modalita' unipolari per consentire la presa in carico precoce dei pazienti da parte del team di riabilitazione.

e) *Unita' di Medicina Riabilitativa* in cui si configurano le strutture destinate alla riabilitazione motoria e respiratoria.

f) *Unita' Territoriali* a cui fan capo tutti i presidi (ambulatori, ADI), destinati ad assistere alle fasi di reinserimento a domicilio ed all'attivita' lavorativa.

Poiche' i traumi maggiori sono circa 450/anno per milione di abitanti, si considera indispensabile almeno un CTS e due CTZ ogni due milioni di abitanti, tenendo conto anche delle caratteristiche del territorio e di problematiche stagionali. I PST vengono identificati in settori strategici in funzione della tipologia del territorio e dei trasporti. L'applicazione dei criteri di triage pre-ospedaliero da parte della COEU118 consente l'avvio del paziente al luogo piu' idoneo.

Il gruppo di lavoro ritiene **necessario** a breve identificare tra i DEA di II livello i CTS, uno ogni due milioni di abitanti, che possano agire da sedi di sperimentazione e da fulcro per la realizzazione dei SIAT.