

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE 3-11 febbraio 1999, n. 382

DPR 27 marzo 1992: Progetto generale del Macro Sistema Emergenza Sanitario - 118 - nella Regione Puglia (delibera di Giunta n. 1811 del 29-5-1998).

ADUNANZE DEL 3 E 11 FEBBRAIO 1999

N. 382 Reg. deliberazioni

OGGETTO: DPR 27 marzo 1992.: Progetto generale del Macro Sistema Emergenza Sanitaria -118 - nella Regione Puglia (delibera di Giunta n. 181,1 del 29. 5-1998)

SEDUTA DEL 3 FEBBRAIO 1999

Presiede: dott. Giovanni Copertino

Vice Presidenti: rag. Lucio Tarquinio

Consiglieri Segretari: prof.ssa Anna Maria Carbonelli - sig. Angelo Cera Assistenza:

- del Coordinatore del Settore Segreteria del Consiglio: dott. Renato Guaccero;
- del Dirigente dell'Ufficio Aula e resocontazione sig.ra Silvana Vernola.

Consiglieri presenti: ADDUCI Francesco, ALOISI Vito Leonardo. AMODIO Felice, ANGIULI Vito, BALDUCCI Enrico, BASURTO Massimo, CAMILLI Fabrizio, CARBONELLI Anna Maria, CAROPPO Luigi, CARUSO Vincenzo, CERA Angelo, COLANGELO Sabino, COLASANTO Angelo, COPERTINO Giovanni, CROCCO Antonio, DE CRISTOFARO Mario, D'ERARIO Grazia, DI BELLO Rossana, DICESARE Rosaria, DI DONNA Giuseppe, DIPIETRANGELO Carmine, DISTASO Salvatore, ERRICO Enrica, FERRI Giuseppina, FESTINANTE Luigi, RENTINO Nunziata, FITTO Raffaele, FRISULLO Alessandro, GODELLI Silvia, GUALTIERI Guai, INTRONA Onofrio, LONELO Domenico, LOSPINUSO Pietro, MACRI' Camillo, MARMO Nicola, MINCUZZA Mattia, MINEO Luciano, MONGIELLO Salvatore, MORRA Carmelo, PALESE Rocco, PELGRINO Donato, PEPE Pietro, RINALDI Rosario, RUOCCO Roberto, SACCOMANNO Michele, SALAMINO Angelo; SANTANIELLO Enrico, SARDELLI Luciano, SEMERARO Giuseppe, SGOBIO Cosimo, STEFANETTI Armando, STRAZZERI Marcello, TAGLIENTE Nicola, TARQUINIO Lucio, TATEO Pietro, TEDESCO Alberto, TONDO Antonio, TUNDO Roberto, URSI Antonio, UZZI William, VALENTE Giovanni.

Consiglieri assenti. Carozzo Gaetano, Galasso Matteo.

A relazione del Signor Presidente, il quale informa l'Assemblea che terzo argomento in discussione è la delibera di Giunta n. 1811 del 29-5-1998 "Attuazione del Progetto Operativo del Macro Sistema Emergenza Sanitaria - 118 - nella Regione Puglia",

Dà la parola alla relatrice, cons. Errico, Presidente della III Commissione consiliare permanente.

Con DPR 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 31-3-1992, n. 76, veniva approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione del livello di assistenza sanitaria di emergenza",

Con deliberazione 28 luglio 1992, n. 4878, ad oggetto: "Istituzione delle centrali operative 118 di chiamata sul territorio pugliese", la Giunta regionale, tra l'altro, impegnava la somma complessiva di lire 4.387.482.400 disponibile sul capitolo 0742060 bilancio 1992; la Commissione di controllo sugli atti della Regione Puglia, con decisione 6- 8-1992, protocollo 11034, verbale n. 8965, chiedeva chiarimenti ed elementi integrativi di giudizio in merito alla citata deliberazione.

Con deliberazione 30 dicembre 1994, n. 9525, ad oggetto: "Chiarimenti alla deliberazione GR. n. 4878/92", la Giunta regionale, tra l'altro, trasmetteva il provvedimento, unitamente alla propria delibera n. 4878/92, all'approvazione del Consiglio regionale trattandosi di programmazione dell'assistenza ospedaliera.

Il Consiglio regionale, successivamente, non accoglieva i chiarimenti e gli elementi integrativi di giudizio in merito espressi dalla Giunta regionale nell'atto de quo e nella seduta dell'8 marzo 1995, n. 149, impegnava la Giunta regionale:

- a sottoporre sollecitamente all'Assemblea il documento di pianificazione del sistema di emergenza in Puglia;
- a definire, in quanto competenza esclusiva dell'Esecutivo, le procedure per l'acquisizione della strumentazione di supporto secondo la norma vigente in materia di appalti.

La Giunta regionale, pertanto, ritirava l'atto, peraltro provvisto di "parere negativo" della III Commissione miliare Sanità, espresso a maggioranza con decisione n. 136 del 6-12-1995.

Con DPR 1° marzo 1994, pubblicato sulla G.U. 23-7-1994, n. 107, veniva approvato il Piano Sanitario per il triennio 1994-1996. Esso indica tra le priorità di intervento (punto 4) il sistema fondamentale dell'emergenza e sottolinea "l'esistenza di salvaguardare alcuni requisiti di uniformità in tutto il Paese, poiché il soddisfacimento della domanda in questa area di bisogno deve fare riferimento ad una rete nazionale di servizi capaci di dare risposte univoche ed omogenee, anche in relazione ai collegamenti con vari organi e strutture dello Stato". Vengono, quindi, individuati (punto 4, lettera B) "alcuni presupposti irrinunciabili in base ai quali entro il triennio 1994-1996 devono essere perseguiti i seguenti specifici obiettivi nazionali:

1. predisposizione di un sistema di allarme sanitario mediante la realizzazione della rete regionale di centrali operative (organizzate di norma su base provinciale, fatte salve le esigenze di particolari aree metropolitane) tra loro coordinate e collegate al numero telefonico nazionale "118", alle quali affluiscono tutte le chiamate di intervento di emergenza sanitaria. Dette centrali devono rispondere a requisiti tecnologici, strutturali ed organizzativi di elevato grado di autonomia funzionale e con precise qualificazioni e responsabilizzazioni di personale medico e non medico;
2. disponibilità di idonei mezzi di trasporto per soccorso sanitario, anche mediante il coinvolgimento delle organizzati di volontariato, con la garanzia di qualificata presenza medica a bordo, ove richiesto;
3. realizzazione di un sistema di accettazione e di emergenza sanitaria secondo due diversi livelli di complessità, in una funzione delle specifiche esigenze locali, mediante la individuazione, nell'ambito della riorganizzazione delle rete ospedaliera regionale, degli ospedali sede di Pronto Soccorso (di primo livello) e di Dipartimento di Emergenza (di secondo livello) e la loro organizzazione ed attivazione tali da garantire l'erogazione tempestiva e di elevato livello qualitativo degli interventi diagnostico-terapeutici necessari. In particolare i servizi di Pronto Soccorso, da distribuire in maniera sufficientemente diffusa nel territorio regionale, devono essere localizzati in ospedali dotati di servizi di base e

specialistici in grado di assicurare il primo accertamento diagnostico, strumentale e di laboratorio, il controllo delle funzioni vitali e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, le attività diagnostiche terapeutiche di urgenza compatibili con le specialità disponibili, un adeguato trasporto protettivo, ove richiesto. I Dipartimenti di Emergenza, da distribuire selettivamente nel territorio, devono, inoltre, poter garantire nell'arco delle 24 ore "gli interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici, l'osservazione breve e l'assistenza cardiologica e rianimatoria" e devono pertanto essere collocati soltanto presso sedi ospedaliere dotate delle competenze e delle strutture adeguate ad affrontare le tematiche più complesse;

4. regolamentazione puntuale dei compiti, delle responsabilità e degli obblighi di formazione ed aggiornamento del personale, mediante idonea normativa dipartimentale che, nella salvaguardia delle autonomie cliniche degli specialisti delle varie discipline chiamati ad intervenire nei momenti dell'emergenza, preveda un coordinamento dotato di reali poteri".

Con deliberazione 27 marzo 1996, n. 970, la Giunta regionale ha approvato la 1potesi del piano socio-sanitario regionale - 1996/98" che individua tra le priorità attuative, di cui all'art. 5, comma 1, lettera d), l'azione del Macrosistema regionale per l'emergenza sanitaria (S.E.S. - 118).

Detto "Sistema di emergenza sanitaria regionale" prevede il raggiungimento dei seguenti obiettivi-principali di rilievo regionale attraverso una particolare organizzazione del sistema stesso.

OBIETTIVI PRINCIPALI REGIONALI

1) Assicurare capillarmente sul territorio pugliese l'assistenza sanitaria di emergenza attraverso l'individuazione di un'idonea rete di strutture coinvolte nel sistema di emergenza. Per la realizzazione di detto obiettivo deve darsi priorità all'avvio di direttive concernenti:

- il potenziamento di Presidi ospedalieri e Servizi sanitari di emergenza in quei bacini territoriali di utenza che, allo stato, non hanno i requisiti tecnici previsti dalla normativa;

- l'inclusione nel sistema d'emergenza dei progetti esecutivi di potenziamento (avviati, assistiti da copertura finanziaria ed in fase di immediata realizzazione) di strutture idonee ai sensi della normativa vigente, al fine di non vanificare le risorse finanziarie già impegnate.

2) Realizzare ed avviare rapidamente il sistema di emergenza sanitaria, secondo il principio della "gradualità" di espansione dello stesso sistema fino alla copertura dell'intero territorio regionale nell'arco di un triennio.

3) Medicalizzare il soccorso primario, vale a dire portare più rapidamente possibile l'ospedale al paziente e non viceversa. Questo obiettivo presuppone il precoce trattamento delle emergenze sanitarie sul luogo dell'insorgenza dell'evento da parte di équipes di personale sanitario, medico ed infermieristico particolarmente addestrato ed il successivo trasporto dei feriti ed infermi, con parametri vitali stabilizzati, all'ospedale più vicino e più idoneo.

4) Coinvolgere il volontariato ed i servizi privati di Telesoccorso in possesso di specifici requisiti tecnici.

5) Informare gli utenti pugliesi dell'attivazione del livello di assistenza sanitaria di emergenza, della rete di strutture coinvolte nel sistema, dei percorsi operativi previsti dallo stesso sistema, nonché delle modalità di chiamata e di inserimento nel sistema, al fine di rendere rapido ed efficace l'intervento richiesto.

Inoltre, le linee guida per l'emergenza-urgenza, approvato dalla conferenza Stato-Regioni nella seduta dell'11 aprile 1996, demandano alle Regioni e Province autonome il compito di stabilire la disciplina dell'organizzazione e delle modalità di risposta all'emergenza secondo quanto previsto. Esse prefigurano modalità di risposta all'emergenza che coinvolgono, a seconda della complessità della richiesta di intervento, le seguenti strutture sanitarie deputate all'emergenza:

- di primo intervento territoriale e ospedaliero
- pronto soccorso e strutture di ricovero
- dipartimento di emergenza ed accettazione di primo e secondo livello
- centrali operative 118.

Per l'attuazione degli adempimenti tutti, di competenza di questa Regione, secondo quanto disposto dai citati DD.PP.RR. ed atto di intesa, Stato-Regioni dell'aprile 1996, è impegnata la struttura dell'Assessorato competente per materia (Ufficio 9 e Coordinamento di Settore) cui fa capo la responsabilità burocratica di tutte le attività correlate al S.E.S. - 118 e relativo piano regionale.

Il Coordinamento di Settore, con la collaborazione del Gruppo tecnico di operatori esperti in materia, di emergenza sanitaria (costituito con note, assessorili n. 24/12914/335/9 del 7-6-1996, e n. 24/20168/775/9 del 20-9-1996); ha - tra l'altro in relazione a quanto già rappresentato (vedi specifici obiettivi di piano nazionale e obiettivi di rilievo regionale) - provveduto a rimodulare, in ottemperanza alle predette linee guida ed ai sensi della normativa vigente, la "ORGANIZZAZIONE DEL MACRO SISTEMA DI URGENZA - EMERGENZA SANITARIA" già rappresentata nel documento allegato al disegno di legge di approvazione del Piano socio sanitario regionale.

Inoltre, è stato elaborato il PROGETTO OPERATIVO E PRIORITA', che consente di avviare rapidamente il predetto Macrosistema.

Pertanto, l'Assessorato alla Sanità, al fine disporre degli elementi necessari per avviare i lavori secondo il Progetto operativo citato, ha, con note assessorili n. 24/13867/9 dell'1-7-1996 e n. 24/19989/9 del 26-9-1996 - indirizzate ai Direttori generali e Direttori sanitari delle ASL ed Aziende ospedaliere nonché ai responsabili sanitari dei Presidi ospedalieri, degli ospedali dipendenti da enti pubblici ivi inclusi il Commissario del Governo Regione Puglia ed i Prefetti della Regione - predisposto una indagine conoscitiva concernente l'emergenza secondo i dettati della vigente normativa e richiesto in particolare alle Aziende sanitarie pubbliche la designazione di "**Referenti 118**".

Dalla successiva, elaborazione dei dati pervenuti, sono state rilevate notevoli disomogeneità dei livelli assistenziali a carenze delle strutture ospedaliere e territoriali della nostra regione che trovano indiscutibile fondamento nell'assenza di specifico piano regionale di coordinamento, peraltro confermata dagli Uffici della Programmazione Sanitaria del Ministero della Sanità che ha monitorato l'emergenza sanitaria su tutto il territorio nazionale.

Con nota assessorile n. 24/2213/335/9 del 3-2-1998, sono stati convocati i "Referenti - 118" designati e sono stati acquisiti dalle rispettive Amministrazioni ulteriori elementi - a completamento delle precedenti indagini - concernenti, in particolare, la disponibilità di attrezzature nei Pronto soccorso, la individuazione delle sedi provvisorie delle centrali operative 118 (per le sole -Aziende ospedaliere sedi di Dipartimenti di emergenza di secondo livello), l'individuazione dei Punti fissi di primo intervento ospedaliero e territoriale (per le Aziende USL) nonché l'individuazione delle sedi di eliporti (per le Aziende ospedaliere) ed elisuperfici (per le Aziende USL).

Con successive note assessorili n. 24/5113/335/coord del 9-3-1998 e n. 24/5168/135/coord del 12-3-1998, sono stati richiesti particolari dati, tecnici concernenti:

a) i posti letto attivi alla data del 28-02- 1998 (nelle specialità attinenti l'emergenza) ed eventuali variazioni disposte da piani interni di ristrutturazione aziendale;

b) le prestazioni in emergenza nei servizi di diagnostica per immagini, laboratori di analisi ed immunotrasfusionali.

Sulla scorta delle indagini conoscitive concluse, che hanno consentito così la disponibilità di una Banca dati regionale dell'emergenza, a parziale modifica delle seguenti delibere di Giunta regionale:

- n. 4830/92 - concernente i criteri tecnici ed organizzativi per la localizzazione nell'area regionale delle sedi territoriali ed ospedaliere dei servizi di emergenza sanitaria;
- n. 3388/97 - concernente la proposta di riordino della rete ospedaliera in Puglia - leggi 382/96 e 662/96 - L.R. 36/94;
- n. 3864/97 - concernente la rettifica alla proposta di riordino della rete ospedaliera di cui alla delibera GR. 3388197;

nel rispetto degli obiettivi principali regionali di cui innanzi (vedi punto sub-1 che fa esplicito riferimento ,al potenziamento dei presidi ospedalieri che allo stato non hanno i requisiti tecnici previsti dalla normativa) e per una migliore utilizzazione delle risorse esistenti sul territorio regionale (secondo i principi affermati nella organizzazione del macro sistema di emergenza sanitaria di cui all'allegato (All. A) che vedono utile individuare quale istituendo Dipartimento di primo livello - attesa la carenza di tali Dipartimenti - un Presidio ospedaliero già dotato delle caratteristiche previste per il Pronto soccorso attivo), è stata predisposta la seguente rete dell'emergenza sanitaria.

DIPARTUVIENTI DI SECONDO LIVELLO

- Az. Osp. - Policlinico - Bari
- A.O. Di Venere - Giovanni XXIII - Bari
- P.O. di Andria - Ausl - Bal
- Osp. Miulli - Acquaviva (BA)
- Az. Osp. OO.RR. - Foggia
- Casa Sollievo della sofferenza - S.G. Rotondo (F.G.)
- Az. Osp. Di Summa - Brindisi
- Az. Osp. Vito Fazzi - Lecce

DIPARTIMENTO DI PRIMO LIVELLO

- Pres. Osp. di Molfetta (Ba)
- Pres. Osp. di Altamura - Gravina (Ba)
- Pres. Osp. S. Paolo (Ba)
- Pres. Osp. di Putignano (Ba)
- Pres. Osp. di Monopoli (Ba)
- Pres. Osp. di S. Severo (Fg)
- Pres. Osp. di Cerignola (Fg)
- Pres. Osp. di Francavilla Fontana (Br)

- Az. Osp. SS. Annunziata - Taranto
 - Pres. Osp. di Canosa (Ba)
- Pres. Osp. di Corato (Ba)
- Pres. Osp. di Terlizzi (Ba)
- Pres. Osp. di Barletta (Ba)
- Pres. Osp. di Bisceglie (Ba)
- Pres. Osp. di Trani (Ba)
 - Pres. Osp. di Santeramo in Colle (Ba)
- Pres. Osp. di Triggiano (Ba)
- Pres. Osp. di Bitonto (Ba)
- Pres. Osp. di Conversano (Ba)
- Pres. Osp. di Gioia del Colle (Ba)
- IRCCS De Bellis Castellana G. (Ba)
- Pres. Osp. di Torremaggiore (Fg)
- Pres. Osp. di Manfredonia (Fg)
- Pres. Osp. di Lucera (Fg)
- Pres. Osp. di S. Marco in Lamis (Fg)
- Pres. Osp. di Fasano (Br)
- Pres. Osp. di S. Pietro Vernotico (Br)
- Pres. Osp. di Ceglie Messapica (Br)
- Pres. Osp. di Mesagne (Br)
- Pres. Osp. di Campi Salentina (Le)
- Pres. Osp. di Nardò (Le)
- Pres. Osp. di Cagliano del Capo (Le)
- Pres. Osp. di Maglie (Le)
- Pres. Osp. di Poggiardo (Le)
- Pres. Osp. di Martina Franca (Ta)
 - Pres. Osp. di Grottaglie (Ta)
- Pres. Osp. di Ostuni (Br)
 - Pres. Osp. di Galatina (Le)
- Pres. Osp. di Casarano (Le)
- Pres. Osp. di Copertino (Le)
- Pres. Osp. di Gallipoli (Le)
- Pres. Osp. di Scorrano (Le)
 - E.E. Osp. Panico - Tricase (Le)
- Pres. Osp. di Manduria (Ta)
- Pres. Osp. di Castellaneta (Ta)
- Pres. Osp. di Spinazzola (Ba)
- Pres. Osp. di Minervino Murge (Ba)
- Pres. Osp. di Ruvo di Peglia (Ba)
- Pres. Osp. di Grumo Appula (Ba)
- Pres. Osp. CTO di Bari
- Pres. Osp. di Rutigliano (Ba)
- Pres. Osp. di Mola di Bari
- Pres. Osp. di Modugno (Ba)
- Pres. Osp. di Noci (Ba)
- Pres. Osp. di Locorotondo (Ba)
- Pres. Osp. di Alberobello (Ba)
- Pres. Osp. di Vico del Gargano (Fg)
- Pres. Osp. di Monte S. Angelo (Fg)
- Pres. Osp. di Cisternino (Br)
- Pres. Osp. di San Cesario (Le)
- Pres. Osp. di Mottola (Ta)
- Pres. Osp. di Massafra (Ta)

La distribuzione sul territorio regionale dei vari livelli di struttura coinvolti nella citata rete del SES 118 con evidenziazione dei bacini di utenza è rappresentanza in apposito Quadro tecnico 1° allegato (All. C) al presente provvedimento per farne parte integrante.

Tale rete tiene conto delle caratteristiche funzionali dei Presidi ospedalieri (reparti di degenza, servizi di diagnostica, disponibilità di attività di trasfusione, bacino di utenza) nonché delle caratteristiche orografiche del territorio ivi compresa la rete viaria di comunicazione, che ne permettono l'individuazione a seconda del processo di particolari requisiti tecnici previsti dalla vigente normativa nei vari livelli di strutture sanitarie dedicate all'emergenza sanitaria. Si passa, quindi, da Presidi ospedalieri, sedi di Pronto soccorso attivo per bacini di utenza fino a 90.000 abitanti, a quelli sede di Dipartimento di emergenza di I e II livello con bacino di utenza rispettivamente da 200/300.000 abitanti, fino a 1.000.000 di abitanti.

In particolare, al fine di disporre, nella rete, dei Dipartimenti di emergenza di I (allo stato non attivi per difetto di requisiti tecnici), si sono prescelti i Presidi ospedalieri già in possesso almeno di diagnostica TAC e con bacino di utenza di almeno 200.000 abitanti ed inoltre si è prevista per ognuno di essi l'attivazione di una unità di Terapia intensiva coronarica, di una unità di Terapia intensiva neonatale. Tali dipartimenti di emergenza di I livello sono stati individuati secondo una distribuzione territoriale strategica e razionale che garantisca la distribuzione capillare per provincia e quindi su tutto il territorio regionale.

Sono state, inoltre, riconfermate quali sedi di Dipartimento di emergenza di II livello gli ospedali già in possesso di tutti i requisiti tecnici previsti dalla normativa.

Sono state previste dotazioni di Pronto soccorso nell'ambito dei tre livelli citati (Dipartimenti di emergenza di II e I livello e PSA) al fine di soddisfare i fabbisogni per fronteggiare le emergenze; la distribuzione sul territorio di tali dotazioni è rappresentata su specifici quadri tecnici numerati da 2° al 4°, allegati (all. D) al presente provvedimento per farne parte integrante.

Ad integrazione dei suddetti Dipartimenti, secondo il principio della capillarità, è stato previsto l'inserimento dell'ospedale - dipendente dall'Ente ecclesiastico - C. Panico di Tricase (quale sede di Dipartimento di I livello), disponibile al coinvolgimento nella rete dell'emergenza avendo lo stesso già avviato l'attivazione di unità operative conformi ai requisiti dinanzi citati.

Per effetto della necessità di fronteggiare l'emergenza di diagnostica terapeutica trasfusionale e tossicologica l'organizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza dovrà tener conto di quanto segue:

a) emergenza trasfusionale:

- Dipartimenti di emergenza di II livello dovranno essere dotati di un servizio di medicina trasfusionale con guardia medica attiva 24 ore su 24 e sono sede di Dipartimento di Medicina trasfusionale. Tali Dipartimenti, così come specificato dal piano di riassetto delle strutture trasfusionali, dovranno fornire l'attività diagnostica e terapeutica per tutte le strutture di emergenza (Dipartimento di I livello 1, PSA, e Punti di primo intervento ospedaliero) ricomprese nel proprio territorio, pertanto, il Dipartimento stesso organizzerà in maniera autonoma la propria rete di assistenza tenendo conto della rete ospedaliera locale (esistenza di preesistenti strutture trasfusionali) e delle condizioni geografiche;
- le ASL prive di strutture trasfusionali dovranno stipulare una convenzione per tutte le attività trasfusionali con i servizi di medicina di servizi trasfusionali competente per territorio (D.M. 1-9-1995);
- il centro regionale di coordinamento del servizio regionale sarà collegato con la centrale operativa 118 per lo smistamento delle emergenze

b) emergenze tossicologiche:

- tali emergenze per i casi di avvelenamento ed intossicazione dovranno essere fronteggiate da appositi Centri antiveleni da istituirsi in ognuna delle, attuali Aziende ospedaliere sedi dei Dipartimenti di emergenza di II livello;
- nelle more della attivazione dei predetti centri, che dovranno caratterizzarsi quali servizi autonomi, i servizi di rianimazione, al di là delle attività istituzionali proprie, cureranno in particolare gli avvelenamenti e le intossicazioni acute secondo protocolli uniformi.

Tutti i Presidi ospedalieri rientranti nella tipologia dei livelli di strutture dedicate all'emergenza, innanzi elencati dovranno essere effettivo riferimento per la popolazione regionale, per le forze dell'ordine, ecc., in caso di bisogni sanitari rivestenti il carattere della urgenza indifferibile, ovvero dell'emergenza. In tutti i rimanenti Presidi ospedalieri deve essere previsto un Punto di primo intervento ospedaliero collegato telefonicamente e/o telematicamente alla centrale operativa "118" provinciale competente per territorio, nonché collegato funzionalmente con il Pronto soccorso attivo (PSA) più vicino.

Nel caso in cui il riordino della rete ospedaliera regionale non preveda il mantenimento in attività di nemmeno una Divisione di degenza per acuti, in tali sedi dovrà essere attivato un Punto di primo intervento territoriale che manterrà i collegamenti innanzi citati con la centrale operativa e il PSA più vicino territorialmente; tale assunto trova fondamento nel necessario accordo che deve sussistere tra la rete di emergenza e la rete ospedaliera.

RACCORDO RETE DI EMERGENZA/RETE OSPEDALIERA

Affinché le strutture ospedaliere e territoriali possano essere coinvolte nel S.E.S./118 occorre che le stesse abbiano i requisiti tecnici (ben diversi dai parametri quali il numero dei posti letto ed il tasso di utilizzo P.L....., previsti per la determinazione della rete ospedaliera all'interno di ogni regione) puntualmente evidenziati tanto nel DPR 27-3-1992 quanto nelle "Linee guida per l'emergenza" emanate dalla Conferenza Stato-Regioni 11-4-1996.

Pertanto, la rete del S.E.S. -118 non può mai porsi in subordine/antitesi alla rete ospedaliera in quanto deve avere in sé le caratteristiche di estrema flessibilità/adattabilità al progressivo adeguamento delle strutture sanitarie in modo da rispondere prontamente ed efficacemente alle richieste di intervento di emergenza gestite dalla centrale operativa 118.

Da ciò, si evince che solo per quanto attiene i Presidi ospedalieri di livello marginale ovvero ai limiti dei suesposti parametri di legge (e non per altri) si porrà la necessità di inserirli nella maniera più idonea nella rete regionale di emergenza, che comunque assicurerà capillarmente l'assistenza sanitaria di emergenza.

LA RETE REGIONALE DELL'ELISOCORSO

Per quanto concerne la distribuzione sul territorio degli eliporti ed elisuperfici, sulla base dei dati pervenuti e rappresentati nell'apposito Quadro tecnico 5°, allegato (All. E) al presente provvedimento per fame parte integrante, è stata predisposta la seguente rete dell'elisoccorso della Regione Puglia, che va ad integrarsi con quella prevista dalla Protezione civile della Regione per le maxi emergenze:

A. ELIPORTI

Provincia di Bari

Azienda Ospedaliera Policlinico - Consorziale - Bari

Azienda Ospedaliera Di Venere - Giovanni XXIII - Bari

Provincia di Foggia

Azienda Ospedaliera "OO RR" - Foggia

Provincia di Lecce

Azienda Ospedaliera "V. Fazzi" - Lecce

Tali eliporti verranno utilizzati per le urgenze indifferibili e le emergenze non trattabili nell'ambito delle province di Brindisi, Foggia, Lecce e Taranto, per cui verrà previsto un servizio di collegamento tra gli eliporti della provincia di Foggia e di Lecce - quale polo di riferimento della provincia di Brindisi, Lecce e Taranto - e l'eliporto della provincia di Bari.

B. ELISUPERFICI

Provincia di Bari

Ospedale di Andria

Ospedale di Trani

Ospedale San Paolo di Bari

Ospedale di Triggiano

Ospedale di Monopoli

Ospedale di Brindisi

Ospedale Nuova sede del "Di Summa"

Centro Motulesi e Audiolesi di Ceglie Messapica

Provincia di Foggia

Vieste

Ospedale di Lucera

Ospedale San Giovanni Rotondo

Provincia di Lecce

Ospedale di Gallipoli

Provincia di Taranto

Azienda Ospedaliera "SS. Annunziata" Tali eliporti verranno utilizzati per le urgenze indifferibili e le emergenze trattabili in ambito provinciale.

CENTRALI OPERATIVE 118 SEDI PROVVISORIE

Per quanto concerne l'attivazione delle centrali operative provinciali dal SES 118 di cui all'allegato.(All. A), le Aziende ospedaliere coinvolte hanno trasmesso all'Assessorato, regionale alla Sanità i progetti e le planimetrie relative alle sedi provvisorie prescelte per l'allocazione delle stesse centrali.

ONERI FINANZIARI E QUADRO ECONOMICO GENERALE DI PREVISIONE

Ravvisata infine la necessità di conoscere l'entità degli onori finanziari che il macro sistema in questione richiede per essere avviato sul territorio regionale e di predisporre conseguentemente i provvedimenti tecnico/amministrativi correlati a tale attivazione, con note, assessoriali nn. 24/6247 - 6249 - 6251 - 6253 6255/111/coord, del 20-03-108, si è provveduto ad implementare il gruppo tecnico di lavoro con la presenza di figure professionali di ingegneri e di provveditori economi

La predetta struttura assessoriale, avvalendosi della collaborazione del gruppo tecnico di lavoro così integrato, tenendo conto delle elaborazioni effettuate sulla base degli elementi conoscitivi di base della Banca dati regionale, alle indagini innanzi citate, ha definito una analisi preliminare dei costi presumibili concernenti la dotazione di attrezzature e tecnologie da assegnare ai vari livelli ospedalieri dedicate all'emergenza e di cui alla rete disegnata (PSA, Dipartimenti di I e II livello) ed alle centrali operative provinciali - 118, secondo l'allegato F), parte integrante del provvedimento, costituito dal quadro economico generale di previsione, correlato agli interventi operativi prioritari di cui all'allegato B), e relativi indici di riferimento.

Inoltre, atteso il notevole impegno finanziario da porre a carico del F.S.R. per la realizzazione del Progetto operativo citato, è stato redatto il relativo. piano finanziario di cui allegato (All. G.) parte integrante del presente provvedimento.

Per quanto sin qui rappresentato, tenuto conto che sul territorio regionale sempre più si verificano decessi causati da carenze di coordinamento nell'arca dell'emergenza, assenza di mezzi di soccorso ed attrezzature idonee per il tempestivo intervento di soccorso sulle strade e sui luoghi di lavoro e atteso che l'iter legislativo di approvazione del piano socio sanitario regionale comporta lungaggini che inevitabilmente perpetuerebbero le casistiche dei citati decessi, si propone di avviare rapidamente, anche a stralcio del piano socio sanitario regionale e nelle more dell'entrata in vigore della legge regionale di approvazione del piano stesso, il macro sistema dell'emergenza sanità regionale secondo l'organizzazione dello stesso rappresenta nell'allegato (All. A) e dei riferimenti di cui al progetto operativo allegato e relative priorità (All. B) e connesso quadro economico allegato (All. F), con il rinvio a successivi atti amministrativi giuntali che consentono di velocizzarne i tempi di attuazione.

Quanto sopra anche in ossequio all'esplicita richiesta del Consiglio regionale posta a carico della Giunta regionale, relativa alla sollecita definizione del documento di pianificazione del sistema di emergenza in Puglia ed alla definizione delle procedure per l'acquisizione delle dotazioni - secondo la normativa vigente in materia di appalti - di supporto di cui ai richiamati allegati tecnici.

Il presente provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo o quantitativo di entrata o di spesa, né a carico del bilancio regionale, né a carico degli enti per i cui debiti i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione.

Al termine, il relatore comunica che la III Commissione consiliare permanente ha espresso parere favorevole sul provvedimento di che trattasi, così come dalla stessa emendato.

Segue la discussione generale, durante la quale la consigliera Dicesare chiede l'invio del provvedimento in I Commissione. La Consigliera Godelli chiede che si proceda alla verifica del numero legale. La Consigliera Carbonelli fa l'appello. Al termine risultano 28 consiglieri. Il Presidente, constatata la mancanza del numero legale, a norma dell'art. 39 del regolamento interno del Consiglio rinvia la seduta di un'ora.

Alla ripresa dei lavori, il Presidente, constatato lo scarso numero di Consiglieri presenti in Aula, dichiara tolta la seduta.

SEDUTA DEL'11 FEBBRAIO 1999

Omissis.

A relazione del Signor Presidente il quale informa l'Assemblea che primo argomento in discussione è il prosieguo dell'esame della delibera di Giunta n. 18 11 del 29 maggio 1998 "Attuazione del progetto Operativo del Macro Sistema Emergenza Sanitaria - 118 - della Regione Puglia".

Prosegue, la discussione generale.

Il Consiglio procede all'esame degli emendamenti presentati.

Seguono le dichiarazioni di voto.

IL CONSIGLIO REGIONALE

- Udata e fatta propria la relazione della cons. Errico
- Vista la delibera, di Giunta n.1811 del 29-05-1998;
- Preso atto del parere espresso dalla III Commissione consiliare permanente;
- Preso atto della discussione generale e dalle dichiarazioni di voto;
- A maggioranza di voti, con il voto contrario dei Gruppi PDS, Rifondazione comunista, PPI, SI, Partito socialista e Verdi e del Consigliere Cera e del Presidente Copertino (sono assenti dall'Aula al momento del voto i consiglieri Dicesae e Di Donna), espressi e accertati per alzata di mano,

DELIBERA

- di approvare, così come approva, l'organizzazione del Macro Sistema di Urgenza - Emergenza Sanità di cui allegato (All. A) parte integrante del presente provvedimento, rimodulata in ottemperanza alle linee guida per l'Emergenza - Urgenza approvate dalla Conferenza Stato-Regioni dell'11-04-1996 ed alle disposizioni normative vigenti;
- di riconoscere, per i motivi tutti innanzi indicati che formalmente vengono approvati, la necessità di dare attuazione, anche a stralcio del Piano socio-sanitario regionale e nelle more dell'entrata in vigore della legge regionale di approvazione del Piano socio-sanitario di riferimento, al Progetto operativo e connesse Priorità del Sistema di Emergenza Sanitaria - 118 (S.E.S. 118), di cui all'allegato (All. B) parte integrante del presente provvedimento;
- di approvare, così come approva la rete dell'Emergenza, Sanitaria in Puglia e relativo Quadro tecnico 1° di cui all'allegato (all. C) parte integrale del presente provvedimento ;
- tutti atti per l'attuazione, del progetto operativo e connesse priorità potranno essere avviati - anche per fasi distinte - con risorse rivenienti dal Fondo sanitario regionale annuale trasferito Stato e dal Fondo sanitario nazionale a

destinazione vincolata, seguendo le procedure e i vincoli già determinati con delibera n. 379 del Consiglio regionale del 2-3 febbraio 1999;

- di stabilire che, successivamente alla attivazione del S.E.S. - 118 - attesa la caratteristica di flessibilità/adattabilità della citata rete di emergenza al progressivo adeguamento e delle strutture sanitarie ai requisiti tecnici che la normativa vigente richiederà - i Presidi ospedalieri, ove in possesso dei, predetti requisiti, potranno - essere riconosciuti quali sedi del superiore livello di struttura coinvolto nella stessa rete di emergenza, sulla base di atti giuntali;

- di approvare, così come approva, l'istituzione dei Centri Antiveleni, che saranno attivati presso i Dipartimenti di emergenza di II livello, collocati nelle Aziende ospedaliere pubbliche;

- di approvare, così come approva, i Quadri Tecnici dal n. 2 al n. 4, concernenti il fabbisogno delle dotazioni di Pronto soccorso - di cui all'allegato D), parte integrante del presente provvedimento - a favore dei vari livelli di strutture ospedaliere coinvolte nella citata Rete del S.E.S. 118 (DEAU di I e II livello, Pronto soccorso attivo) necessarie per fronteggiare le urgenze-emergenze sanitarie;

- di approvare, così come approva, la rete regionale dell'elisoccorso e relativo Quadro Tecnico di cui all'allegato (All. E), parte integrante del presente provvedimento;

- di approvare, così come approva, l'allegato F), parte integrante del presente provvedimento, recante il Quadro economico generale di previsione, calendarizzato per interventi prioritari annuali e determinato sulla base dell'analisi preliminare dei costi, - distinti per dotazione di apparecchiature di pronto soccorso e posti letto di rianimazione, UTIC e UTIN ed altre dotazioni, forniture e servizi - secondo i relativi elaborati tecnico-economici numerati dal primo al quinto;

- di approvare, così come approva, l'allegato G), parte integrante del presente provvedimento, recante il Piano finanziario;

- di inviare ai successivi atti di Giunta regionale l'attivazione delle procedure per l'acquisizione, secondo la normativa vigente in materia di appalti, delle dotazioni varie di supporto per l'avvio del Macro Sistema di Emergenza-Urgenza Sanitaria -118;

- di individuare, con apposito provvedimento di Giunta, le modalità e gli strumenti operativi per monitorare in tutti i suoi aspetti la prima attivazione del sistema;

- di rimodulare, ove ritenuto necessario, sulla base dei dati raccolti nel primo anno di attivazione l'organizzazione e il modello operativo, con apposito provvedimento di Giunta da sottoporre a parere della Commissione consiliare competente;

- di predisporre, con apposito provvedimento di Giunta, le linee operative da attivare in caso di macroemergenza;

- di pubblicare la presente deliberazione sul BURP, ai sensi dell'art. 6, lettera b), della L.R. n. 13/94;

- di dare atto che il presente provvedimento non è soggetto al controllo ai sensi della legge n. 127/97.

Il Presidente del Consiglio

dott. Giovanni Copertino

All. A

IL SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA

Organizzazione del macro sistema di urgenza - emergenza sanitaria

Il D.P.R. 27/3/92 Prevede la realizzazione di un "Sistema di Emergenza Sanitaria" che consta di due fasi operative sanitarie interconnesse da una Rete di collegamenti:

A) Fase di allarme (118)

B) Fase di risposta.

Già con delibera n. 4830 del 24/7/92 la Giunta regionale ha individuato i "Criteri tecnici ed organizzativi per la localizzazione nell'area regionale delle sedi territoriali ed ospedaliere dei servizi di emergenza sanitaria".

A. La Fase di allarme deve prevedere l'istituzione delle centrali operative, che svolgono particolari funzioni, meglio descritte di seguito, individuate in ambito provinciale e da ubicarsi nelle seguenti sedi che rispondono alle indicazioni della citata deliberazione 4830/92:

- Azienda Ospedaliera "Policlinico Consorziato" di Bari per la provincia di Bari e con funzione di coordinamento regionale (C.O.R.)
- Azienda Ospedaliera "A. Di Summa" di Brindisi per la provincia di Brindisi
- Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Foggia per la provincia di Foggia
- Azienda Ospedaliera "Vito Fazzi" di Lecce per la provincia di Lecce
- Azienda Ospedaliera "SS Annunziata" di Taranto per la provincia di Taranto.

B. La Fase di risposta deve essere distinta in:

- risposta territoriale
- risposta ospedaliera

La risposta territoriale dovrà essere assicurata dai medici formati all'emergenza territoriale, ex art. 63 del DPR 22/796, n. 484, concernente l'Accordo Nazionale Unico della Medicina di Base, che presidieranno con turnazione per ventiquattro ore (h 24) i Punti fissi di primo intervento territoriale, collegati direttamente alle centrali operative provinciali (COP).

Il Servizio di emergenza sanitaria rientra nella pianificazione dei servizi sanitari territoriali dei quali esso costituisce, il principale strumento di assistenza medico-generica e specialistica extra moenia.

La risposta territoriale è prerogativa del distretto socio-sanitario. E' assicurata da medici formati alla emergenza territoriale.

Ai sensi dell'art. 4, comma 2, dei DPR 27.3.1992 (G..U. n. 76 del 31.3.1992), le competenze mediche di appoggio alla centrale operativa (C.O.) devono essere quelle rappresentate dai medici del servizio di Guardia medica di cui all'art. 22 del DPR 41/91 e del Capo v (art.63 e segg.) dei DPR 484/96.

Pertanto, il Servizio di emergenza sanitaria territoriale, in virtù di tutti i riferimenti normativi, di cui alla premessa del DPR 27.3.1992, deve essere organizzato prevedendo l'impiego di personale allocato ad territorio in specifici Punti fissi territoriali dell'emergenza - Urgenza sanitaria (PFTEUS) presso i quali stazioneranno i medici già della Guardia Medica.

Presso i medesimi PFTEUS stazioneranno anche un'autoambulanza di "Tipo B" per il trasporto generalistico (non rianimatorio) e il personale di bordo (autista - barelliere e infermiere), li medesimo personale di bordo dovrà essere in possesso degli specifici requisiti previsti dalla legge, anche se dovesse trattarsi di volontari.

I PFTEUS saranno in contatto con la Centrale Operativa tramite sistemi di comunicazione fissa e mobile. La risposta ospedaliera deve essere necessariamente pluridisciplinare e soltanto un'organizzazione di tipo dipartimentale può adeguatamente fornirla.

La fase di risposta ospedaliera ad una richiesta di intervento sanitario immediato sarà, pertanto, articolata su vari livelli di strutture sanitarie, dedicate all'emergenza, che saranno distinte in:

- Dipartimenti di Emergenza di II livello;

- Dipartimenti di Emergenza di I livello;
- Servizi di Pronto Soccorso Attivi;
- Punti Fissi di Primo Intervento Ospedaliero.

Centrali Operative 118

Le attività di centrale

Ogni centrale operativa ha il compito di ricevere le richieste di intervento per emergenza sanitaria in arrivo dal territorio di competenza e di tradurle in atti operativi coordinando le risorse a disposizione del sistema di emergenza.

In questa ottica le centrali assumono la veste di fondamentali coordinatori del sistema che individuano, disciplinano e razionalizzano l'uso delle risorse presenti nei singoli settori e servizi.

La complessità della gestione della centrale operativa dipende dalla gamma di funzioni via via crescente che le verranno assegnate.

La stessa centrale gestisce fundamentalmente le urgenze e le emergenze sanitarie.

Le tecnologie e l'organizzazione operativa permettono inoltre di poter gestire altre attività, quali:

- Gestione dell'autoparco delle Aziende sanitarie pubbliche;
- Gestione del trasporto di persone (primario e secondario);
- Gestione delle pronte disponibilità tramite sistemi avanzati di cerca persone;
- Gestione dei sistemi di sicurezza degli impianti tecnologici;
- Gestione dei sistemi di telecomunicazione;
- Gestione dei sistemi di sicurezza dei servizi sociali (telemedicina, tesoccorso, ecc);
- Gestione del coordinamento dei trasporti e dei servizi di trapianti;
- Gestione delle emergenze dell'ecosistema;
- Supporto alla centrale telefonica della Azienda USL;
- Supporto al Centro Unico di Prenotazione;
- Programmazione dei ricoveri di elezione.

La raccolta dei dati relativi agli interventi di E.S.Extraospedaliera è a cura della C.O. di 118 (DM Sanità 15.5.1992) secondo una scheda predisposta che registrerà:

- a. chiamata dell'utente;
- b. risposta dell'operatore;
- c. intervento operatore E.S.T.;
- d. intervento e trasporto al P.S.A.;
- e. eventuale intervento catena della sopravvivenza;
- f. esito dell'intervento del 118.

L'intervento è codificato a seconda della gravità:

0(zero)	Bianco	Non critico (servizio che non ha necessità di essere espletato in tempi brevi)	Paziente illeso o chiamata falsa
1	Verde	Poco critico (intervento differibile)	Feriti leggeri
2	Giallo	Mediamente critico (intervento differibile)	Non pericolo di vita
3	Rosso	Molto critico (intervento di emergenza)	Pericolo di vita
4			Apparente decesso
4a			Apparente decesso da poco tempo

4b			Apparente decesso da più tempo
----	--	--	--------------------------------

La C.O. 118 disporrà anche di eventuale trasporto presso R.S.A. o di Riabilitazione dopo l'intervento dell'EST.

Modalità di accesso alle strutture di emergenza

In relazione alle attività fondamentali sopracitate di urgenza ed emergenza sanitaria, si ipotizzano le seguenti modalità di accesso del paziente alle strutture dell'emergenza sanitaria:

- a. Paziente che, senza chiamata di soccorso 118, si reca direttamente e/o con mezzo proprio nell'ospedale più vicino (anche se non idoneo);
- b. Paziente che, a seguito di chiamata di soccorso 118, viene trasportato all'ospedale più idoneo al trattamento.

Per la modalità A):

l'ospedale interessato appronterà le terapie ritenute idonee, ivi compreso l'eventuale ripristino delle funzioni vitali; successivamente, in presenza di patologie che richiedono ulteriori accertamenti e terapie, lo stesso ospedale, previa chiamata alla centrale operativa di competenza, provvederà al trasporto protetto nella struttura destinataria del trattamento di urgenza richiesto.

Per la modalità B):

la centrale operativa organizzerà il trasporto sul posto di chiamata con mezzo diversificato (a seconda della tipologia da trattare), possibilmente entro i limiti temporali ottimali (8 minuti per il trasporto urbano e 20 minuti per il trasporto extraurbano) ed allenterà la struttura destinataria del ricovero di urgenza (Dipartimento di Emergenza di II Livello oppure il Dipartimento di Emergenza di I Livello, se in presenza di tipologia trattabile in modo ottimale presso detto livello).

Elementi conoscitivi per la Centrale 118

Per ottimizzare le sue funzioni la Centrale Operativa 118 dovrà disporre dei seguenti elementi:

- o l'ubicazione delle strutture sanitarie individuate per il trattamento di emergenza sanitaria;
- o la rete viaria ed entità del traffico, ovverosia i fattori che condizionano la raggiungibilità in tempi brevi del luogo in cui si è verificata l'emergenza;
- o l'efficienza e la ricettività delle divisioni dei servizi operanti nelle singole strutture, aggiornata in tempo reale;
- o la dislocazione dei veicoli di soccorso nei loro stazionamenti di base e nel corso degli spostamenti;
- o la disponibilità di ogni altro presidio farmacologico e tecnico, utile alla situazione di emergenza sanitaria.

Criteri di operatività della Centrale

I criteri sulla base dei quali la Centrale 118 dovrà operare sono:

- A. gestione operativa della centrale 24 ore, al giorno per 365 giorni, affidata a personale sanitario e personale tecnico diplomato, specializzato e con addestramento adeguato (operatori di centrale);
- B. competenza medica di appoggio a disposizione della centrale per 24 ore al giorno per 365 giorni, con modalità che assicurino comunque l'immediatezza della consultazione, costituita da un medico con documentata esperienza di urgenza/emergenza; preferibilmente anestesista;
- C. affidamento della responsabilità medico-organizzativa della centrale operativa, come incarico specifico, ad un medico dirigente almeno di I livello con documentata esperienza nell'area di urgenza/emergenza; preferibilmente anestesista;
- D. adeguata dotazione di personale tecnico ed amministrativo, secondo standard di riferimento in seno al coordinamento regionale;

- E. definizione di protocolli standard, da concordarsi con tutte le competenze interessate all'urgenza ed emergenza, da sottoporsi a periodica valutazione e revisione per la classificazione e la gestione delle chiamate e delle risposte presso il Coordinamento regionale della rete dei Servizi di urgenza ed emergenza sanitaria.

Il numero telefonico unico, la rete di telecomunicazione, le radiofrequenze

Le chiamate al 118 da utente pubblico o privato sono gratuite e perverranno in un'unica sede, localizzata nel centro di distretto telefonico di pertinenza, coincidente con la sede della "Centrale Operativa 118"

Elemento determinante dell'intera organizzazione della fase di allarme è il sistema delle comunicazioni costituito da:

1. rete di fonia e dati;
2. rete di radiofrequenze dedicate;
3. sistema informatico per l'acquisizione ed elaborazione dei dati in tempo reale.

I numeri di chiamate prevedibili, a regime, secondo l'esperienza di centrali già attivate, sono così stimati:

Chiamate totali 1 su 3 abitanti / anno

richiesta urgente di ambulanza 1 su 30 abitanti / anno

richiesta di intervento con rianimazione 1 su 750 abitanti / anno

Al fine di ottimizzare l'uso delle risorse strumentali ed operative di centrale, le frequenze sopraddette non suggeriscono una dimensione ottimale del bacino di utenza non inferiore ad 1,5 milioni di abitanti; tale dimensione corrisponde a circa 1400

chiamate/giorno, di cui 140 richieste di ambulanza e 5 con necessità di intervento rianimatorio.

E' imprescindibile l'attivazione dei radiocollegamenti centrale/ambulanza, mediante utilizzo di radiofrequenza riservata alla copertura dell'intero territorio regionale.

Il sistema telefonico è costituito da apparati di tipo multilinea (ISDN) in grado di gestire fonia e dati. Ciascuna chiamata al "118" è ricevuta contemporaneamente su consolle da tutti gli operatori ed è a sua volta trasferibile da un operatore all'altro; gli operatori potranno metterle in attesa, riprenderle, smistarle attraverso collegamenti punto a punto.

La Rete di Risposta ospedaliera

IL PUNTO FISSO DI PRIMO INTERVENTO OPSEDALIERO

Negli ospedali minori, che perderanno il Servizio di Pronto Soccorso, si realizzerà un Punto Fisso di Primo Intervento Ospedaliero (PFPIO), che assicurerà alla cittadinanza (abituata a far ricorso all'attuale Pronto Soccorso) una presenza medica e infermieristica atta a garantire un primo approccio diagnostico/terapeutico, nonché la stabilizzazione delle funzioni vitali nei pazienti acuti che autonomamente giungono a tale presidio. Il Punto Fisso dovrà assicurare il trasporto protetto alla sede prescelta dalla Centrale operativa.

In particolare tale primo intervento potrà risolversi nei casi più semplici, con la dimissione del paziente o con la sua ospedalizzazione nel Reparto di competenza specialistica, se presente in tale ospedale, ma dovrà necessariamente esitare, nel caso di vera urgenza abbinabile di trattamento polispecialistico, nell'invio assistito alla più vicina struttura ospedaliera idonea alla risoluzione del caso.

Quest'ultima potrà essere la più vicina sede di Pronto, Soccorso Attivo, ovvero il Dipartimento di I Livello oppure il Dipartimento di II Livello.

Nei Comuni sede di ospedale sarà opportuno trasferire l'ubicazione del Servizio di Guardia medica all'interno dell'ospedale al fine di assicurarne la funzionalità quale braccio esterno territoriale della stessa struttura ospedaliera.

Nei Comuni in cui vi è la sola presenza di una RSA sarà previsto un Punto di primo intervento con guardia medica e postazione fissa con ambulanza fatte salve le realtà di P.S., già esistenti.

Se la soppressione, di molti attuali Servizi di Pronto Soccorso genera un surplus di personale sanitario, medico ed infermieristico, questo sarà trasferito ai futuri Servizi di Pronto Soccorso Attivo allo scopo di potenziarne l'organico.

La gestione dei punti fissi di primo intervento ospedaliero sarà affidata ai medici delle varie Divisioni, che si alterneranno nella guardia interdivisionale, eventualmente integrati dal personale proveniente dai reparti ospedalieri che risulteranno soppressi a causa del riordino della rete ospedaliera.

Sarà opportuno trasferire la guardia interdivisionale nei locali del soppresso Servizio di Pronto Soccorso, conservando le attrezzature ivi esistenti, al fine di realizzare agevolmente il Punto fisso di intervento ospedaliero.

Con delibera di Giunta Regionale n. 4830 del 24/7/92, venivano individuati i Presidi ospedalieri dotati dei requisiti atti alla realizzazione di un Dipartimento di Emergenza di II Livello e delle sedi di Pronto Soccorso Attivo, sulla base del parere del Consiglio Superiore di Sanità del 13.2.92 allegato parte integrante del D.P.R. 27.3.92. Il citato parere del Consiglio Superiore di Sanità, così come, modificato dalla linee guida della Conferenza Stato-Regioni dell'11/4/1996, è stato al fine di meglio individuare i vari livelli di strutture sanitarie dedicate all'emergenza, considerati quali anelli della catena "Sistema di Emergenza".

Su tutto il territorio pugliese, viceversa non esistevano ospedali in grado di essere individuati come sede di Dipartimento di Emergenza di I Livello. Pertanto, è necessario procedere alla individuazione tenendo conto sia del bacino di utenza afferente che della dotazione di discipline specialistiche già esistenti, integrate da quanto richiesto dagli standard previsti dal Consiglio Superiore di Sanità.

A tal fine si ritiene opportuno, per una migliore utilizzazione delle risorse esistenti sul territorio regionale, individuare, come base di un istituendo Dipartimento di I Livello, un Presidio ospedaliero già dotato delle, caratteristiche: previste per il Pronto Soccorso Attivo.

Il Pronto Soccorso Attivo (Bacino di utenza: 1/90.000 - 100.000 abitanti)

Gli ospedali sedi di Pronto Soccorso Attivo dovranno disporre di un Servizio di Pronto Soccorso dotato di posti di osservazione, assistenza e trattamento temporaneo di pazienti non ricoverati ed inoltre di quanto di seguito indicato:

- presenza di guardia attiva in Medicina;
- presenza di guardia attiva in Chirurgia;
- presenza di guardia attiva o reperibilità in Anestesia-Rianimazione, in Cardiologia, in Pediatria, in Ostetricia;
- laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche
- Servizio di Radiologia;
- Servizio di Emoteca gestito dal Dipartimento trasfusionale della ASL territorialmente competente. E' garantita la funzione di triage (smistamento), quale primo momento di accoglienza, valutazione ed indirizzo all'intervento diagnostico.

I Dipartimenti di Emergenza

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione rappresenta una aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale fine di assicurare una risposta rapida, completa e, ove occorre, sequenziale, in collegamento con le strutture operanti sul territorio.

Il Dipartimento di Emergenza si articola in due livelli, I e II, a seconda delle caratteristiche e della presenza di unità operative di alta specializzazione, di seguito meglio specificate.

Il Dipartimento di Emergenza di I Livello (Bacino di utenza: 1/ 200.000- 300.000 abitanti)

Gli ospedali sedi di Dipartimento di Emergenza di I Livello dovranno disporre, oltre che di quanto già previsto per gli ospedali sede di Pronto Soccorso Attivo, anche di:

- Servizio di osservazione e trattamenti indifferibili (a gestione medica, con numero di posti letto adeguato alle esigenze dei singoli ospedali e per degenza breve);
- Unità operativa di Cardiologia con UTIC;
- Unità operativa di Rianimazione;
- Presenza, di Guardia attiva nelle Divisioni di Ortopedia, Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, con disponibilità di posti-letto riservati all'urgenza. In particolare nel servizio di diagnostica per immagini è prevista la presenza della TAC.

Il Dipartimento di Emergenza di II Livello (Bacino di utenza: 1/300.000 - 1.000.000 di abitanti)

Gli ospedali sede di Dipartimento di Emergenza di II Livello dovranno disporre, oltre che di quanto previsto, per gli ospedali sede di Dipartimento di I Livello, anche di:

- Presenza di guardia attiva nelle divisioni di Oftalmologia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Psichiatria, Neonatologia con UTIN, Neurochirurgia, Cardiocirurgia (e/o Chirurgia Vascolare, e/o Chirurgia Toracica) con disponibilità di posti letto riservati all'urgenza nelle stesse divisioni.

E' altresì opportuno che presso i Dipartimenti di I e II Livello siano operativi Servizi Diagnostici di Medicina Nucleare. Inoltre, presso i soli Dipartimenti di II Livello dovranno essere attivate 1e Unità per grandi ustionati, i Centri Antiveneni, le Unità - spinali ed i servizi di ossigenoterapia iperbarica.

Mezzi di Soccorso

Elementi essenziali del sistema di Emergenza Sanitaria sono i mezzi di soccorso. E' condizione imprescindibile che tutti i mezzi di soccorso siano collegati costantemente con la Centrale Operativa via su frequenza specifica dedicata.

I mezzi di soccorso devono essere provvisti di dotazione diversificata a seconda del livello di trattamento da erogare in loco o durante il trasporto.

Al trasporto "secondario" (trasporto da ospedale ad altro ospedale per prosecuzione di terapie o da ospedale al domicilio dell'assistito) attendono le autoambulanze pubbliche già disponibili presso le Aziende USL o Ospedaliere, oltre che quelle private autorizzate con decreto del Presidente della Giunta regionale al servizio trasporto infermi.

Al trasporto "primario" (dal territorio all'ambito o ospedaliero) attendono i mezzi mobili di soccorso a dotazione diversificata, sia pubblici che privati convenzionati, provvisti di particolari dotazioni strumentali a bordo.

Nella città capoluogo di provincia con più di 100.000 abitanti, dai Punti Fissi Territoriali potranno muoversi per il primo intervento moto-veicoli a due ruote adatti ad abbreviare gli otto minuti del cosiddetto "tempo di reazione" (tempo intercorrente tra la chiamata dell'utente e l'arrivo del primo soccorso).

Nelle more della dotazione dei mezzi di soccorso da parte delle Aziende sanitarie, i Punti Fissi Territoriali potranno avvalersi degli automezzi dei medici nei modi e nei termini di cui all'art. 58, comma 6, dei DPR 484/96.

I Punti Fissi Territoriali di Emergenza Sanitaria potranno essere individuati dalle Aziende sanitarie locali, sentiti i Sindacati dei Medici territoriali, anche tra i Presidi di Guardia Medica attualmente esistenti.

Tipologia dei mezzi di trasporto

I mezzi di trasporto si articolano in:

1. ambulanza da trasporto;
2. ambulanza da soccorso di base;
3. ambulanza da soccorso avanzato;
4. ambulanza da soccorso specializzato.

Le ambulanze da trasporto e quelle da soccorso di base si intendono quali AMBULANZE DI "TIPO B".

Il personale di bordo sui mezzi sopra citati è costituito da:

○ Per Ambulanza da Trasporto:

Autista, preferibilmente con funzioni di barelliere, + barelliere o volontario con funzioni di barelliere + infermiere o soccorritore munito di attestato regionale di abilitazione al soccorso;

○ Per Ambulanza da soccorso di base:

Autista Preferibilmente con funzioni di barelliere, + barelliere o volontario con funzioni di barelliere + infermiere;

Per gli stessi mezzi sopra citati la dotazione di attrezzature di bordo richiesta è la seguente:

○ Per mezzo di trasporto AUTOAMBULANZA di TIRO B

Il mezzo di tipo B dovrà possedere una carrozzeria a struttura portante completamente metallica. La cabina di guida dovrà essere separata dal compartimento sanitario a mezzo di parete divisoria fornita di cristallo scorrevole di sicurezza smerigliato e dovrà avere la predisposizione di attacchi per la installazione di radiotelefono e relativa antenna; dovrà altresì avere l'estintore al lato opposto della guida, nonché sei torce di segnalazione a mano per nebbia.

Sul tetto dei mezzo devono essere sistemati due fari portanti blu e una sirena.

Il compartimento sanitario dovrà possedere:

1. buona illuminazione artificiale;
2. pareti fonoassorbenti e isotermitiche;
3. impianto di areazione e riscaldamento con elettroventilatore indipendente cabina di guida;
4. cristalli smerigliati;
5. padiglioni e pareti interne rivestite in laminato plastico lavabili e disinfettabili;
6. altezza minima dal pavimento al tetto di cm. 150;
7. contenitore per aghi usati e rifiuti unitari;
8. armadietto di servizio per biancheria con contenitore asportabile per acqua, ricoperto in laminato plastico;
9. armadietto di servizio, per la conservazione della biancheria, ricoperto in laminato plastico;
10. armadietto per stecche di irrigidimento, ricoperto in laminato plastico;
11. armadietto contro parete divisoria per la sistemazione di medicinali e bombole di ossigeno terapeutico, con la parete superiore delimitata da una cornice per piano di appoggio, ricoperta da laminato plastico;
12. presa per ossigeno terapeutico con un umidificatore;
13. alloggiamento contenente una bombola di ossigeno amovibile;
14. almeno due sedili per accompagnatori, con cinghia di sicurezza, di cui uno ribaltabile contro parete divisoria in posizione di facile accessibilità alla strumentazione di soccorso e munito di appoggiatesta regolabile e braccioli;
15. guide di scorrimento per barelle con dispositivo di fissaggio incorporato;
16. gancio di fissaggio con sicurezza per recipienti da terapia infusione, applicato al centro del tetto;
17. barella a rotelle scorrevoli;
18. barella in tela con sei manici;
19. barella a cucchiaio;
20. borsa portatile, con la seguente dotazione in custodia all'infermiere di bordo:
 - a. alcool denaturato;
 - b. laccio emostatico;
 - c. laccio emostatico di Bismarch;
 - d. forbici;
 - e. siringhe monouso da 5 cc. e da 10 cc.;
 - f. pinze di Klemmer;
 - g. bende - garza 5 x 5 cm e 5 x 10 cm;
 - h. cerotto da 5 x 5 cm;
 - i. cotone idrofilo;
 - j. farmaci di pronto soccorso;

1. strumenti per primo intervento:

- a. pallone AMBU per adulti e pediatrico, con maschere;
- b. sfigmomanometro e bracciale;
- c. fonendoscopio;
- d. cannule orofaringee;
- e. aspiratore a pedale;
- f. collari cervicali di varie misure;
- g. steccobende per immobilizzazioni;
- h. aghi cannula di diverso calibro;
- i. soluzioni per infusione: fisiologica, glucosata, al 5%, plasma - expander e polisalina;
- j. farmaci specifici per le più comuni situazioni di urgenza;
- k. borsa contenente attrezzi per il taglio di lamiere, guanti di protezione dal fuoco, cavo di fibra tessile lungo metri 30, bracciali e bretelle fosforescenti.

- Le ambulanze di soccorso avanzato e di soccorso specializzato si intendono quali AMBULANZE di "TIPO A" (medicalizzate)

Il personale di bordo per i mezzi sopra citati è costituito da

- Per Ambulanza di soccorso avanzato:

Autista preferibilmente con funzioni di barelliere + barelliere o volontario con funzioni di barelliere + infermiere munito di attestato regionale di abilitazione al soccorso, con esperienza di almeno tre anni di servizio in area critica + medico.

- Per elisoccorso:

L'equipaggio del personale sanitario deve essere composto da un medico preferibilmente anestesista - rianimatore + due infermieri muniti di attestato di abilitazione al soccorso aereo con esperienza di almeno tre anni di servizio in area critica.

- Per mezzo di soccorso specializzato:

Autista preferibilmente con funzioni di barelliere + barelliere o volontario con funzioni di barelliere + infermiere munito di attestato regionale di abilitazione al soccorso o con competenza di almeno tre anni di servizio in area critica + anestesista o cardiologo, o neonatologo (a seconda del tipo di intervento).

Per gli stessi mezzi sopra citati la dotazione di attrezzature di bordo richiesta è quella prevista per l'ambulanza di "TIPO B" integrata da:

- la dimensione minima del compartimento sanitario, con esclusione di attrezzature e arredi, deve avere una capacità non inferiore a sei mc.
- il mezzo, oltre ai requisiti di cui innanzi, dovrà essere dotato della seguente attrezzatura così distinta:

Cabina di guida:

- a. faro ad alta intensità, fissato sul tetto della cabina di guida, con cono interno;
- b. due maschere antigas a visione totale;
- c. due segnalatori portatili a batteria per delimitazione zona di operazione, lampeggianti luce arancione;

Compartimento sanitario:

- a. monitor cardiologico con defibrillatore asportabile e funzionante anche con batterie autonome;
- b. respiratore automatico, a pressione e volume regolabili, munito di bombola portatile;

- c. impianto di ossigenoterapia centralizzato;
- d. maschere per ossigenoterapia;
- e. sondini nasogastrici per aspirazione;
- f. set per intubazione endotracheale con laringoscopio, forcipe di Magill e mandrino per intubazione;
- g. set per tracheostomia;
- h. set di piccolo strumento chirurgico, in confezione sterile;
- i. barella spinale con fermacapo;
- j. materasso a depressione;
- k. barella Toboga;
- l. estrattore;
- m. tuta a pressione;
- n. tavola di resuscitazione.

Inoltre, per le ambulanze di soccorso specializzato (di rianimazione, di terapia intensiva cardiologica, di terapia intensiva neonatologica) la dotazione sarà specifica per le particolari funzioni cui sono destinate.

Sono altresì previsti specifici mezzi di soccorso, quali:

A) auto o moto medicalizzate, veicoli destinati al trasporto di tecnologie necessarie al supporto vitale (monitor defibrillatore, respiratore automatico) adatte all'utilizzo nei centri urbani ad elevata intensità di traffico, con l'indispensabile collegamento radio con la Centrale Operativa "118", che precedono i mezzi di soccorso convenzionale;

B) mezzi navali medicalizzati, natanti agili e di elevata velocità, dotati di idoneo equipaggiamento per l'urgenza - emergenza, che consente sia di effettuare i soccorsi in mare e sia di provvedere ai trasferimenti via mare.

Elisoccorso

Eliporto

La nozione di Eliporto richiede la possibilità di effettuare opere accessorie per manutenzione, antincendio, sistema meteorologico, nonché per attività di gestione ed a sostegno del traffico aereo.

Considerando l'evidente analogia tra questi servizi e quelli forniti in un aeroporto, organismo attivo e plurifunzionale, si potrebbe valutare positivamente l'ipotesi di provvedere di struttura eliportuale quei Centri Regionali muniti di aeroporto.

Elisuperfici

Le Elisuperfici, sono invece una serie di infrastrutture minori, distribuite sul territorio, che possono essere costituite da:

- piazzali di emergenza sulle autostrade e sulle strade statali di notevole importanza;
- piazzali di emergenza in punti critici, cioè in punti frequentemente sede di incidenti stradali;
- piazzali di emergenza in comuni isolati;
- piazzali di emergenza per esigenze di protezione forestale ed ambientale.

Corsi di addestramento

Tutto il personale addetto al servizio di emergenza deve frequentare obbligatoriamente Corsi di Addestramento presso le Aziende USL e le Aziende ospedaliere.

I corsi di addestramento (detti Corsi E.M.T.= Emergency Medical Technicians) prevedono vari livelli di addestramento e riconoscono come docenti i Medici dei Servizi di Pronto Soccorso, i Medici Rianimatori, i Medici Cardiologi, gli infermieri dipendenti delle Aziende USL e Aziende ospedaliere o Istituti privati convenzionati con esperienza almeno triennale in area critica ed altre figure professionali a seconda delle necessità operative delle singole strutture.

Obiettivi dei corsi sono:

1. preparazione del personale che opera su Ambulanze, Elicottero (previa visita di idoneità di volo) ed auto medicalizzate
2. ottenere una uniformità nel tipo di capacità espressa da ciascun partecipante ad interventi di emergenza;
3. omogeneizzare e valorizzare le specifiche professionalità, orientate verso un settore nuovo, quale quello della gestione delle Emergenze sul territorio.

Il corso è costituito da una parte teorica, ridotta ai concetti fondamentali, e da una parte pratico-operativa di largo respiro. Infatti periodicamente vengono svolte prove pratiche e simulazioni sugli argomenti trattati fino a quel momento.

Per unificare i protocolli e calarli il più possibile nella realtà, sono previsti incontri collegiali, durante i quali vengono formati gruppi-equipaggio dei mezzi di soccorso operativi (infermieri ed autisti). Ciascun gruppo deve affrontare situazioni simulate diverse, risolvendole nel modo corretto e nei tempi prestabiliti.

Gli istruttori sono chiamati a valutare la tecnica di esecuzione delle varie manovre, i tempi ed il rispetto dei protocolli.

Programma dei Corsi

Il programma è rivolto agli interventi di Emergenza Sanitaria extra-ospedaliera (EMT = Emergency Medical Technicians = Tecnici di Emergenza Sanitaria).

Lo scopo è quello di preparare, ovviamente a diversi livelli di capacità, il personale che opera sulle Ambulanze, sulle Eliambulanze, sulle Auto/Moto Medicalizzate e/o specializzate e sui Mezzi Navali Medicalizzati.

Al fine di consentire un corretto utilizzo dei Servizi di emergenza sanitaria, le Aziende organizzeranno una campagna di formazione ed educazione sanitaria anche tramite medici di Medicina generale. L'obiettivo sarà quello di educare la popolazione a utilizzare il 118 per tutte le chiamate di intervento medico che, poi, saranno quantificate in base alle disposizioni di cui al decreto 15. 5. 1992 recante disposizioni che regolamentano i "Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza" (G.U. n. 121 del 25.5.1992).

Obiettivo di detta campagna deve essere quello di scoraggiare il trasporto non protetto di un paziente grave dal territorio verso un qualsiasi nosocomio, nonché l'utilizzo improprio del Pronto Soccorso ospedaliero.

Livelli di preparazione BLS = Basic Life Support

EMT 1 Conoscenza di alcune norme di base di Pronto Soccorso. Si tratta di un corso che viene svolto a gruppi selezionati di popolazione: Forze dell'Ordine, Studenti di scuole medie inferiori e superiori, familiari di pazienti a rischio, ecc.

La durata è variabile, adattandosi alle richieste di ogni singolo caso.

EMT 2 Preparazione specifica per l'esecuzione di una rianimazione cardio-polmonare di base, estricazione e trasporto di un paziente traumatizzato, riconoscimento dei più comuni quadri di emergenza medica.

Il corso è rivolto agli autisti ed ai volontari che prestano normalmente servizio sui mezzi di soccorso. In questo corso lo scopo è, oltre a quello di fornire una preparazione di base adeguata, far sì che le varie figure che si trovano ad operare assieme in un intervento si integrino perfettamente, essendo ciascuno a conoscenza dei compiti assegnati.

EMT 3 Preparazione specifica per l'esecuzione di una rianimazione cardio-polmonare di base, estricazione e trasporto di un paziente traumatizzato, riconoscimento dei più comuni quadri di emergenza medica.

Il corso è rivolto agli infermieri generici ancora in servizio. Questi, pur frequentando il corso EMT 4 per infermieri professionali, dovranno rispettare, durante la loro attività le limitazioni che la legge impone.

Livello di preparazione ALS - Advanced life Support

EMT 4 Esecuzione di una rianimazione cardio-polmonare avanzata, trattamento di uno stato, di shock, manovre invasive in corso di interventi di urgenza, trattamento e trasporto di un politraumatizzato, riconoscimento ed indicazioni per il trattamento dei più comuni quadri di emergenza medica.

Corso riservato agli infermieri professionisti destinati al servizio su ambulanze e mezzi di soccorso diversificati.

Agiscono sotto la diretta responsabilità del medico con il quale operano o del medico responsabile dell'intervento, dal quale devono ottenere di volta in volta l'autorizzazione all'esecuzione di particolari manovre.

EMT 5 Esecuzione di una rianimazione cardio-polmonare avanzata, trattamento di uno stato di shock, manovre invasive in corso di interventi di urgenza, trattamento e trasporto di un politraumatizzato, riconoscimento ed indicazioni per il trattamento dei più comuni quadri di emergenza medica.

Corso riservato ai laureati in Medicina e Chirurgia, interessati alle tematiche dell'urgenza, per l'inserimento qualificato nelle équipes operative

Apporto del volontariato

Al sistema urgenza-emergenza partecipano le Associazioni di volontariato, nonché enti privati, dotati di attrezzature idonee allo scopo, integrando le strutture del Servizio Sanitario Nazionale, laddove carenti, secondo schemi di convenzione e con tariffe valide su tutto il territorio regionale; dette convenzioni possono essere stipulate dai Direttori generali delle Aziende USL ed Ospedaliere per fare fronte alle necessità operative del sistema urgenza-emergenza sanitaria, rappresentate dai Direttori Sanitari delle stesse Aziende.

Medicard

Allo scopo di rendere più agevole il primo approccio del paziente alle strutture sanitarie dedicate all'urgenza-emergenza, ciascun assistito, residente nella Regione Puglia, viene dotato di una scheda magnetica (banda, ottica, chip o mista) sulla quale vengono riportati oltre i dati anagrafici dell'assistito, le principali patologie sofferte dallo stesso e gli indirizzi utili cui fare riferimento in caso di bisogno. I dati suddetti, che spesso possono rivestire importanza vitale per l'inquadramento della situazione grave contingente, saranno disponibili, in tempo reale, per l'operatore della struttura sanitaria, dedicata all'urgenza emergenza, mediante utilizzo, di apposito lettore in dotazione.

La distribuzione della Medicard può essere efficacemente affidata al Servizio medicina di Base, Generica e Pediatrica, quale integrazione e/o sostituzione dei libretti sanitari.

Il ruolo della Regione

Nell'ambito dell'Assessorato regionale alla Sanità è istituito il Coordinamento Regionale della Rete dei Servizi di Urgenza ed Emergenza Sanitaria.

Organo tecnico del Coordinamento regionale è il Comitato regionale per l'Emergenza Sanitaria che la Giunta regionale provvederà ad istituire con successo atto deliberatorio e sarà composto da:

- a. assessore o suo rappresentante;
- b. un direttore generale di Azienda ospedaliera;
- c. un direttore generale di Azienda USL;
- d. un rappresentante dei Direttori di C.O.;
- e. un rappresentante dell'Ordine dei Medici;
- f. un rappresentante degli infermieri di area critica;
- g. il responsabile del Tribunale dei diritti dell'Assistito;
- h. un rappresentante delle Associazioni di volontariato.

Detto comitato elabora e propone piani operativi per il funzionamento delle strutture coinvolte nel sistema. Il Comitato, inoltre, sulla base di relativi semestrali inviate dai responsabili delle singole strutture ospedaliere e dai servizi territoriali operanti nel sistema di urgenza-emergenza, controlla l'operatività del sistema urgenza-emergenza, emana le direttive

idonee per renderlo più efficace, predisporre piani generali di intervento da rendere automaticamente operativi in caso di disastri, calamità naturali ed altre gravi evenienze di ampia portata ed attiva un sistema organizzato di raccolta dati al fine di individuare aree territoriali e/o settori a rischio.

Per il raggiungimento dei compiti suddetti, il Comitato regionale si avvale delle competenze dei seguenti servizi:

- a. servizio di Protezione Civile delle Prefetture provinciali e della Regione Puglia;
- b. servizi di volontariato dell'associazionismo del settore dell'area critica e Pubbliche Amministrazioni coinvolte per compiti istituzionali nelle situazioni di emergenza (Vigili del Fuoco, Polizia Stradale, Polizia Municipale, Guardie di Finanza, Carabinieri, Sanità Militare, Croce Rossa Italiana, ecc.);
- c. servizio della Centrale Operativa 118 di Coordinamento regionale.

All. B

a. IL PROGETTO OPERATIVO

L'attivazione dei SES - 118 implica una organizzazione estremamente complessa in quanto deve rispondere con immediatezza alle esigenze pre-intra-post ospedaliere e deve inoltre tener conto di alcuni parametri legati alla specializzazione tecnologica dei sistemi usati alla taratura ed al monitoraggio del reale utilizzo del servizio 118.

Per l'operatività Macrosistema, si ritiene di dover avviare rapidamente, nel rispetto dei principi affermati tra gli obiettivi regionali dello stesso Sistema quali la capillarità-omogeneità dell'assistenza di emergenza nel territorio pugliese e la gradualità di espansione del Sistema, i provvedimenti connessi ai seguenti segmenti:

1. Centrali operative "118"

- o tipologia di struttura;
- o funzioni;
- o dotazioni di organico e strutturali;
- o informatizzazione della rete di emergenza;
- o indagine conoscitiva.

1. Dipartimento di Emergenza di II Livello:

- o individuazione, della rete delle strutture sul territorio regionale;
- o dotazione del personale medico, infermieristico, autisti, quali tecnici dell'emergenza (E.T.M.);
- o dotazione di attrezzature;
- o caratteristiche strutturali delle componenti del Dipartimento;
- o funzioni del Dipartimento;
- o responsabilità del Dipartimento;
- o indagine conoscitiva.

1. Dipartimento di Emergenza di I Livello:

- o individuazione della rete delle strutture sul territorio regionale;
- o dotazione del personale medico, infermieristico, autisti, quali tecnici dell'emergenza (E.T.M.);
- o dotazione di attrezzature;
- o caratteristiche strutturali delle componenti del Dipartimento;
- o funzioni del Dipartimento;
- o responsabilità del Dipartimento;
- o indagine conoscitiva.

1. Pronto soccorso attivi:

- individuazione della rete delle strutture sul territorio regionale;
- dotazione del personale medico, infermieristico, autisti, quali tecnici dell'emergenza (E.T.M.);
- dotazione di attrezzature;
- caratteristiche strutturali delle componenti del Pronto Soccorso attivo;
- funzioni del Pronto Soccorso attivo;
- responsabilità del Pronto Soccorso attivo;
- indagine conoscitiva.

1. Punti Fissi di Primo Intervento Ospedaliero:

- individuazione della rete delle strutture sul territorio regionale;
- dotazione del personale medico, infermieristico, autisti, quali tecnici dell'emergenza (E.T.M.);
- dotazione di attrezzature;
- caratteristiche strutturali delle componenti del Punto Fisso di Primo Intervento Ospedaliero;
- funzioni del Punto Fisso di Primo Intervento Ospedaliero;
- responsabilità del Punto Fisso di Primo Intervento Ospedaliero;
- indagine conoscitiva.

1. Punti Fissi di Primo Intervento Territoriale:

- individuazione della rete delle strutture sul territorio regionale;
- dotazione del personale medico, infermieristico, autisti, quali tecnici dell'emergenza (E.T.M.);
- dotazione di attrezzature;
- caratteristiche strutturali delle componenti del Punto Fisso di Primo Intervento Territoriale;
- funzioni del Punto Fisso di Primo Intervento Territoriale;
- responsabilità del Punto Fisso di Primo Intervento Territoriale;
- indagine conoscitiva.

1. Punti mobili di Primo Intervento Territoriali:

- individuazione delle aree di stazionamento;
- caratteristiche degli automezzi, diversificati per tipo di intervento:
 - dotazione strumentale di bordo;
 - dotazione organico di bordo;
- indagine conoscitiva.

1. Punti Mobili Occasionali per manifestazioni di massa:

- Caratteristiche degli automezzi, diversificati per tipo di intervento:
 - dotazione strumentale di bordo;
 - dotazione organico di bordo;
- indagine conoscitiva.

1. Gara e convenzionamento con Aziende Specializzate per servizi di elio-ambulanze:

- indagine conoscitiva.

1. Convenzionamento con Associazioni di Volontariato e/o Privati specializzati per servizi di telesoccorso, telemedicina e cardiotelefono, e per il trasporto da soccorso:

- indagine conoscitiva.

1. Avvio procedure per distribuzione sul territorio regionale di carta magnetica (MEDICARD):

- Coordinamento delle AA.UU.SS.LL ed Aziende Ospedaliere coinvolte;
- indagine conoscitiva.

1. Avvio corsi di formazione ed aggiornamento per il personale dedicato all'Emergenza:

- corsi differenziati per Soccorritori Autisti, Infermieri Professionali, Medici Strutturati e della Guardia Medica;
 - rilascio specifici attestati di formazione per accesso prioritario nel S.E.S. - 118.
1. Protocolli di intesa e piani operativi particolareggiati per il funzionamento delle strutture e servizi coinvolti nel Macrosistema dell'Emergenza Sanitaria - 118.
 2. Proposizione di maxi programmi di emergenza, da sottoporre all'attenzione del costituendo Comitato Regionale per l'Emergenza sanitaria.

15 Piani di educazione sanitaria per gli utenti, anche al fine di un efficace utilizzo del "118"

b) LE PRIORITA'

Le priorità sono determinate dalla necessità improcrastinabile di assicurare, anche in Puglia, la presenza e l'avvio del livello uniforme di assistenza nell'emergenza sanitaria e di adempiere alle disposizioni tassative previste dalla normativa nazionale e dal Piano Sanitario Nazionale surriportato.

Attesa la scarsità dei mezzi finanziari disponibili si sono estrapolati dal Progetto Operativo lettera a) del presente allegato i seguenti Interventi "prioritari" che secondo una calendarizzazione degli stessi dovranno impegnare il fondo sanitario regionale nella fase di attivazione del macro sistema:

Tipo di intervento per anno	Strutture sanitarie destinatarie
I ANNO	
A. Dotazione tecnologica per centrali operative 118 (comprensiva delle componenti: radiofrequenza, telematica- EDP e telefonica)	Dipartimenti di emergenza di II livello
• Dotazione attrezzature varie di pronto soccorso, di cui al Quadro tecnico - (All. D)	Servizi di Pronto Soccorso dei PSA e dei Dipartimenti di I e II livello
• Integrazione dotazione posti letto di terapia intensiva di rianimazione, coronarica e neonatale dei DEA esistenti	Dipartimenti di emergenza di II livello e dipartimenti di I livello già esistenti
• Corsi di addestramento e dotazioni strumentali necessarie per: <ul style="list-style-type: none"> • Docenti formatori; • Tecnici di Emergenza (EMT da 1 a 5) e addetti alle centrali operative; • Medici emergenza territoriale (Quadri F1 e F2) 	Dipartimento di I e II livello, PSA e centrali operative
A. Convenzionamento a seguito di gara pubblica con aziende specializzate in elisoccorso regionale	Dipartimenti di II livello di cui alla rete regionale di elisoccorso
• Convenzionamento con privati ed associazioni di volontariato specializzati per servizi di trasporto di soccorso	AA.UU.SS.LL. di riferimento dei capoluoghi di Provincia
• Piano di educazione sanitaria per utenti ed informazioni	AA.UU.SS.LL. per il tramite delle proprie strutture

(a mezzo utilizzo canali specializzati di pubblicità) in merito ai percorsi operativi e modalità di chiamata	territoriali
• Avvio costruzione base dati per MEDICARD regionale o scheda magnetica sanitaria per popolazione regionale	AA.UU.SS.LL. per il tramite delle proprie strutture territoriali
II ANNO	
A. Integrazione dotazione posti letto di terapia intensiva di rianimazione, coronarica e neonatale dei DEA di I e II livello	Dipartimenti di emergenza di I e II livello
• Distribuzione di MEDICARD o scheda magnetica sanitaria per residenti di capoluoghi di Provincia	AUSL tramite le proprie strutture territoriali
• Costo annuo servizio elisoccorso regionale	Dipartimenti di emergenza di II livello
• Corsi di addestramento per tecnici di emergenza ad addetti alle centrali operative e medici emergenza territoriale	Dipartimenti di I e II livello, PSA e Centrali operative
III ANNO	
A. Distribuzione MEDICARD o scheda magnetica sanitaria per residenti di capoluoghi di provincia	AA.UU.SS.LL.
• Corsi di addestramento per tecnici di emergenza ed addetti alle centrali operative e medici emergenza territoriale	Dipartimenti di I e II livello, PSA e Centrali operative
• Costo annuo servizio elisoccorso regionale	Dipartimenti di emergenza di II livello

Considerazioni

- Tra gli interventi relativi al primo anno sono stati individuati i Dipartimenti di emergenza di II livello e di I livello già esistenti quali destinatari della integrazione dei posti letto di terapia intensiva in quanto già dotati di personale e attrezzature. Per lo stesso anno è prevista la copertura del fabbisogno per attrezzature varie di Pronto soccorso al fine di coinvolgere nel primo anno di avvio anche i presidi ospedalieri individuati quali sedi di emergenza di I livello e PSA. Sempre per il I anno è stato, previsto l'addestramento del personale di primo impatto con le urgenze - emergenze sanitarie e del personale delle istituende centrali operative; è stato altresì previste il convenzionamento con associazioni di volontariato e privati specializzati nel trasporto di soccorso di infermi e feriti nelle aree urbane dei cinque capoluoghi provincia allo scopo di assicurare adeguata risposta territoriale.
- Si è rinviata invece al secondo anno la integrazione dei posti letto di terapia intensiva sia per i Dipartimenti di II livello che per quelli di I livello.

ALL. C ED

Commentario di Sensi ai Quadri Tecnici

Quadro tecnico 1°

Esso evidenzia partendo dal basso, la presenza nella rete dei seguenti anelli:

Primo anello rappresentato dal Punto Fisso di primo intervento ospedaliero:

E' costituito dall'ospedale minore che assicura il primo approccio diagnostico terapeutico e la stabilizzazione delle funzioni vitali ed il trasporto protetto ad altra sede.

Secondo anello rappresentato dal PSA (Pronto Soccorso Attivo):

Esso è costituito da ospedale con bacino d'utenza: 1/90.000 - 100.000 abitanti, che dispone di posti di osservazione, assistenza e trattamento temporaneo con presenza di guardia attiva in medicina e chirurgia e che assicura una risposta rapida all'emergenza.

Terzo anello rappresentato al DEAU di 1° livello:

Esso è costituito dalla aggregazione funzionale di unità operative di base dell'ospedale con bacino d'utenza: 1/200.000 - 300.000 abitanti che assicura una risposta rapida e completa all'emergenza - urgenza. Nello stesso sono inoltre previsti presenza di posti di degenza breve e posti letto di rianimazione, posti letto di terapia intensiva coronarica (UTIC) posti letto di terapia intensiva neonatale (UTIN). Disponibilità nella diagnostica strumentale della TAC funzionale 24h. su 24h.

Quarto anello rappresentato al DEAU di 2° livello:

Esso è costituito dalla aggregazione funzionale di unità operative di alta specializzazione in aggiunta a quelle previste per il DEAU di 1° livello. In particolare oltre a quanto previsto per i DEAU di 1° livello, è prevista la presenza di guardia attiva nelle divisioni di neonatologia UTIN, neurochirurgia, cardiocirurgia (e/o chirurgia vascolare, toracica) oftalmologia, ORL, urologia e psichiatria, nonché guardia attiva 24 h. su 24 h., nel Servizio Immunotrasfusionale e nei Centri Antiveleni. Tale Dipartimento assicura una risposta rapida e completa per emergenza in presenza di patologia non trattabile nel precedente anello.

I dipartimenti di emergenza funzioneranno da collettore di tutte quelle emergenze-urgenze avviate dagli anelli minori (PSA e Punti di Primo Intervento Ospedaliero), in quanto non in grado di idoneo trattamento.

I principali ispiratori delle Priorità di cui all'Allegato (All. B) prevedono in una prima fase (1° anno) il potenziamento delle U.O. di rianimazione UTIC ed UTIN nei DEAU di 2° livello e di 1° livello già esistenti al fine di garantire in tempi brevi la disponibilità dei posti letto per la necessità reali dell'Emergenza-Urgenza con ottimizzazione delle risorse. Inoltre nel 2° anno è garantita l'integrazione nella catena della Rete di emergenza dei posti letto di terapia intensiva di rianimazione, coronarica e neonatale dei DEAU di 1° e 2° livello.

QUADRO TECNICO 5°

DISTRIBUZIONE ELIPORTI ED ELISUPERFICI NELLA REGIONE PUGLIA

ALL. E

BA/1	Ospedale di Andria: elisuperficie sul monoblocco che sta sorgendo vicino all'attuale presidio Ospedaliero
BA/2	Eliporto azienda presso Ospedale di Trani
BA/3	Prevista elisuperficie presso Ospedale di Altamura
BA/4	Prevista elisuperficie presso Ospedale S.Paolo e di Triggiano
BA/5	Previsto eliporto presso Ospedale di Monopoli
MIULLI	Non comunicato

POLICLINICO	Esistente elisuperficie
DI VENERE	Esistente elisuperficie presso Ospedale Giovanni XXIII°
DI SUMMA	Esistente elisuperficie nella nuova sede dell'Ospedale di Brindisi
BR/1	Esistente elisuperficie presso Centro Motulesi e Neurolesi di Ceglie M.ca
FG/1	Esistente elisuperficie a Vieste (servizio di elioambulanza istituito con delibera n. 928 del 2/06/95 e regolarmente funzionante)
FG/2	Non comunicato
FG/3	Esistente elisuperficie presso Ospedale "Lastaria" di Lucera
S.G. ROTONDO	Esistente elisuperficie
OO.RR. FOGGIA	Esistente elisuperficie nell'area ospedaliera
LE/1	Non comunicato
LE/2	Non comunicato
FAZZI	Prevista elisuperficie all'interno dell'area ospedaliera
TA/1	Non comunicato
SS.ANNUNZIATA	Prevista elisuperficie presso Ospedale Taranto - Nord

ALL. F

QUADRO ECONOMICO GENERALE DI PREVISIONE

Sulla base degli interventi prioritari operativi, finalizzati all'avvio del citato macro sistema secondo una pianificazione triennale di cui all'allegato B, il costo complessivo globale di tali interventi è stato stimato in Lire 179.164.000.000, ripartite nel rispetto del seguente Quadro Economico generale di Previsione.

Tipo di intervento per anno	Costi (quadri Tecnico-economici)
I ANNO	
A. Dotazione tecnologica per centrali operative 118 (comprensiva delle componenti: radiofrequenza, telematica-EDP e telefonica)	£. 58.310.000.000
• Dotazione attrezzature varie di pronto soccorso, di cui al Quadro tecnico - (All.D)	£. 5.364.000.000
• Integrazione dotazione posti letto di terapia intensiva di rianimazione, coronarica e neonatale dei DEA esistenti: DEA II livello (60%) per £. 17.088.000.000 DEA I livello (40%) per £. 11.392.000.000	£.28.480.000.000
• Costi di addestramento e dotazioni strumentali necessarie per: <ul style="list-style-type: none"> • Docenti formatori; • Tecnici di emergenza (EMT da 1 a 5) ed addetti alle 	£. 7.132.500.000

centrali operative; • Medici emergenza territoriale; (Quadri F1 e F2)	
A. Convenzionamento a seguito di gara pubblica con aziende specializzate in elisoccorso regionale	£. 9.000.000.000
• Convenzionamento con privati ed associazioni di volontariato specializzati per servizi di trasporto di soccorso	£. 0 (1)
• Piano di educazione sanitaria per utenti ed informazioni (a mezzo utilizzo canali specializzati di pubblicità) in merito ai percorsi operativi previsti e modalità di chiamata	£. 1.000.000.000
• Avvio costruzione base dati per MEDICARD regionale o scheda magnetica sanitaria per popolazione regionale	£.5.867.500.000 (2)
TOTALE COSTO I ANNO	£. 115.154.000.000
II ANNO	
A. Integrazione dotazione posti letto di terapia intensiva di rianimazione, coronarica e neonatale dei DEA: (40% quota DEA II livello I anno) per £. 11.392.000.000; I livello per £. 24.618.000.000	£. 36.010.000.000
• Distribuzione di MEDICARD o scheda magnetica sanitaria per residenti di capoluoghi di Provincia	£. 2.807.500.000
• Costo annuo servizio elisoccorso regionale	£. 9.000.000.000
• Corsi di addestramento per tecnici di emergenza ed addetti alle centrali operative e medici emergenza territoriale	£. 1.192.500.000
TOTALE COSTO II ANNO	£. 49.010.000.000
III ANNO	
A. Distribuzione di MEDICARD o scheda magnetica sanitaria per residenti di capoluoghi di Provincia	£. 4.807.500.000 (2)
• Corsi di addestramento per tecnici di emergenza ed addetti alle centrali operative e medici emergenza territoriale	£. 1.192.500.000
• Costo annuo servizio elisoccorso regionale	£. 9.000.000.000
TOTALE COSTO III ANNO	£. 15.000.000.000
COSTO COMPLESSIVO GLOBALE	£. 179.164.000.000

1. I relativi oneri finanziari restano a carico delle Aziende sanitarie pubbliche coinvolte nella rete dell'emergenza.
2. L'attivazione della scheda magnetica sanitaria con i relativi riferimenti economici per il I - II e III anno è sospesa fino alla emanazione del Decreto Ministeriale disciplinante la materia.

QUADRO F 1)

DOTAZIONE STRUMENTALI PER ADDESTRAMENTO					
MANICHINI	COSTO UNITARIO £.	DIP. II LIVELLO	DIP. I LIVELLO	PSA	COSTO £.
BLS	10.000.000	7	16	25	480.000.000
ALS	20.000.000	7	16	0	460.000.000
COSTO TOTALE		940.000.000			

QUADRO F 2)

CORSI DI ADDESTRAMENTO						
	N. STRUTT. A	N. ORE DIDATT. B	COSTO ORA INSEGNAMENTO C	COSTO ORA STRAORDINARIO D	N. UNITA' E	COSTO £.
DOCENTI	53	50	50.000			(AxBxC) 132.500.000
DISCENTI	53	50		20.000	20	(AxBxDxE) 1.060.000.000
COSTO TOTALE		£. 1.192.500.000				

LA STIMA SUDDETTA E' RIFERITA AL PERSONALE COINVOLTE NEL PRIMO IMPATTO CON LE URGENZE - EMERGENZE SANITARIE (PERSONALE DEI SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO DELLE STRUTTURE DEDICATE) NONCHE' AL PERSONALE DELLE CENTRALI OPERATIVE. UNICHE STRUTTURE DI NUOVA ISTITUZIONE.

VIENE INOLTRE PREVISTO UN FONDO DI £. 5.000.000.000 DA DESTINARE ALL'ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE DELLE SPECIALITA' DI AREA CRITICA (RIANIMAZIONE, UTIC ED UTIN) NONCHE' DEL PERSONALE MEDICO DELL'EMERGENZA TERRITORIALE, DA UTILIZZARE SECONDO PROTOCOLLI FORMATIVI UNIFORMI SU TUTTO IL TERRITORIO REGIONALE.