

L'organizzazione ed articolazione dei servizi di emergenza-urgenza sul territorio, rappresentavano, dunque, "la maglia strutturale" sul quale doveva essere attuata la ristrutturazione della rete ospedaliera, che doveva portare ad una precisa caratterizzazione della funzione degli ospedali stessi, gerarchizzati a seconda della complessità funzionale dell'attività diagnostica e terapeutica, correlata alla presenza e al numero di specialità ed alte specialità e delle relative dotazioni tecnologiche, nonché delle funzioni assegnate nel campo dell'emergenza-urgenza. La necessità di arrivare ad un Atto di Intesa tra lo Stato e le Regioni sui problemi dell'emergenza-urgenza, dunque, era nata dal riconoscimento dell'opportunità di congiungere in un unico Atto normativo ben tre opportunità:

1. configurare un quadro nazionale di riferimento per la ristrutturazione della rete ospedaliera in considerazione della cessazione di efficacia della normativa nazionale ospedaliera di riferimento di cui alla legge n. 132 del 12 febbraio 1968 ed ai relativi decreti delegati del 27 marzo 1969, così come previsto all'articolo 4, comma 10 del decreto legislativo n. 517 del 1993: "*In ciascuna regione, a decorrere dalla entrata in vigore della disciplina di riorganizzazione ospedaliera di cui al presente articolo, e comunque entro un triennio dall'entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, cessano di avere efficacia le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132, e al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, nonché le disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129*";
2. inserire la rete dei servizi di emergenza-urgenza nella nuova ristrutturazione della rete ospedaliera così da consentire alle regioni la caratterizzazione gerarchica e funzionale degli ospedali prima citata.
3. promuovere lo sviluppo di un settore sanitario, ora non solo riconosciuto e richiesto dalla popolazione ma settore, quello dell'Emergenza-Urgenza sanitaria, il cui livello di sviluppo è stato elevato dalla comunità internazionale a indicatore del livello di civilizzazione di una popolazione.

In questa ottica, quindi, l'organizzazione del sistema dell'emergenza previsto nell'Atto di intesa è più articolata rispetto al DPR del 27 marzo 1992, in quanto ne costituisce in pratica il regolamento di attuazione e consiste di:

- a) un sistema di allarme sanitario;
- b) un sistema territoriale;
- c) una rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati.

Il fulcro dei sistemi di allarme sanitario e territoriale è rappresentato dalla Centrale Operativa 118, che raccorda le strutture sul territorio e quelle ospedaliere e stabilisce collegamenti con le altre centrali operative e con le istituzioni pubbliche e private che sono coinvolte nel settore.

Secondo le linee guida, i principali obiettivi che ogni regione doveva prefiggersi per garantire l'organizzazione del sistema erano:

1. la predisposizione del Piano regionale dell'emergenza, con particolare riguardo alle esigenze delle diverse aree relativamente alle condizioni orografiche del territorio, allo stato della viabilità, al grado di dispersione

della popolazione, agli insediamenti abitativi e produttivi, alle infrastrutture, alle attività lavorative, ai flussi di traffico ed ai flussi turistici;

2. la riorganizzazione ed il potenziamento dei posti letto delle unità operative di rianimazione e terapia intensiva e delle altre terapie specializzate (unità di terapia intensiva cardiologica-UTIC, terapia intensiva neonatale, centri ustione, etc.), portando il parametro tendenziale dei posti letto al 3% dei posti letto totali, garantendo nel contempo una articolazione su due livelli per assicurare posti letto di terapia subintensiva in numero almeno pari a quelli di terapia intensiva: ciò per permettere di affrontare in modo adeguato non solo i problemi legati all'emergenza ed urgenza ma anche quelli derivanti dalle attività chirurgiche e di prelievo e trapianto d'organi;
3. l'identificazione delle sedi più idonee per la gestione dell'emergenza-urgenza, tenendo conto dei diversi ambiti territoriali e garantendo il minor tempo di accesso ai pazienti del bacino di utenza interessato in relazione al tipo e al grado della patologia;
4. la previsione di un Comitato regionale sanitario per l'emergenza con compiti di programmazione e coordinamento delle attività del settore con particolare riguardo alla:
 - collaborazione alla definizione del piano regionale per l'emergenza,
 - predisposizione del piano per le maxiemergenze, coordinandosi con il Dipartimento della protezione civile,
 - definizione della tipologia e della dislocazione dei mezzi di soccorso sul territorio,
 - elaborazione dei protocolli operativi per il coordinamento degli interventi tra le strutture centrali e periferiche,
 - formulazione di proposte per la formazione e per l'aggiornamento degli operatori,
 - promozione delle attività di verifica e valutazione del sistema regionale dell'emergenza.

Per quanto riguarda il sistema di allarme sanitario, sono definite, nelle linee guida dell'Atto di intesa, le modalità per la individuazione delle centrali operative che, per province di dimensioni ridotte, possono essere sovraprovinciali. Le funzioni alle stesse affidate comprendono, oltre alla ricezione e valutazione delle richieste, l'attivazione e il coordinamento della risposta che, a sua volta, dipende dalla conoscenza della disponibilità dei posti letto ospedalieri, delle postazioni di Guardia Medica, dei Punti di Primo Intervento e di Pronto Soccorso Ospedaliero, dei Dipartimenti di Emergenza-urgenza ed Accettazione di primo e secondo livello, nonché della dislocazione dei mezzi di soccorso sul territorio. Per assolvere a tali funzioni la Centrale Operativa deve garantire i collegamenti con le altre Centrali Operative regionali, le postazioni dei mezzi di soccorso e di guardia medica, i punti di Primo Intervento e le altre componenti ospedaliere. Più in dettaglio, i compiti delle Centrali Operative prevedono di fornire i consigli più appropriati agli utenti, coinvolgere la guardia medica, inviare i mezzi di soccorso, ma esse possono anche svolgere attività di trasporto urgente di sangue e atti-

vità connesse ai trapianti e prelievi d'organo. Sono stabilite, altresì, le caratteristiche del personale che opera nelle centrali operative, definendone ruoli e competenze. Un aspetto importante è legato alla possibilità di utilizzare tra i medici assegnati alla centrale anche i medici di guardia medica, titolari, che abbiano frequentato l'apposito corso regionale ai sensi dell'art. 66 del decreto del Presidente della Repubblica n. 484/1996, od anche i medici di guardia medica non titolari, purché in possesso dei medesimi requisiti.

Per quanto riguarda, in particolare, la localizzazione delle postazioni di Guardia Medica, si prevede l'accorpamento, ove possibile, con i servizi di Pronto Soccorso ospedaliero o di Primo Intervento più vicini, sia per favorire i rapporti di collaborazione tra i medici di guardia medica ed i servizi sia per garantire la sicurezza del personale operante nelle postazioni di guardia medica.

Secondo quanto previsto nell'Atto di intesa, i mezzi di soccorso sono così distinti:

1. ambulanza di tipo B, con un autista soccorritore e un infermiere;
2. ambulanza di tipo A, con autista soccorritore, ove possibile in grado di partecipare a un intervento di emergenza sanitaria, ed un infermiere professionale;
3. automezzo di soccorso avanzato con personale medico e infermieristico a bordo, per il trasporto delle tecnologie necessarie al supporto vitale;
4. centro mobile di rianimazione o terapia intensiva, con due infermieri professionali, un autista-soccorritore e un medico anestesista-rianimatore;
5. eliambulanza con un anestesista-rianimatore e un infermiere professionale o altro personale qualificato.

La definizione del numero e del tipo dei mezzi di soccorso è affidata al responsabile della Centrale Operativa, mentre le sedi di postazione dei mezzi sono identificate dal responsabile della centrale operativa, sentiti i Direttori Sanitari delle aziende sanitarie competenti per territorio, nel rispetto dei tempi di percorrenza previsti.

Le risorse tecnologiche della Centrale Operativa comprendono:

1. un sistema di telefonia per i collegamenti con le postazioni di guardia medica, con i dipartimenti di emergenza-urgenza ed accettazione e con altri servizi pubblici di emergenza (Vigili del Fuoco, Carabinieri, Polizia, etc.);
2. un sistema informativo che consenta di disporre di dati aggiornati e tempestivi sugli ospedali di riferimento, sulla dislocazione dei Punti di Primo Intervento, sulle postazioni di Guardia Medica, sui mezzi disponibili, e che permetta di valutare la qualità e l'appropriatezza dei problemi affrontati per consentire interventi correttivi;
3. un sistema di radiocollegamenti tra le varie centrali operative e tra queste ed i mezzi mobili di soccorso attraverso le 30 coppie di frequenze, canalizzate 12,5 Khz, ricadenti sulla banda 450 Mhz (banda UHF) assegnate dal Ministero delle poste e telecomunicazioni al Servizio sanitario nazionale.

Le modalità di risposta all'emergenza-urgenza previste nelle linee guida sono articolate su quattro livelli:

- i Punti di Primo Intervento;
- i Pronto Soccorso ospedalieri;

- i Dipartimenti di Emergenza-urgenza ed Accettazione di primo livello;
- i Dipartimenti di Emergenza-urgenza ed Accettazione di secondo livello.

I Punti di Primo Intervento sono distinti in ospedalieri e non ospedalieri. I primi sono localizzati in presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali, che, dopo la ristrutturazione della rete ospedaliera, non rientrano tra i presidi sede di pronto soccorso, mentre i secondi sono distinti in fissi e mobili e sono organizzati per esigenze stagionali, turistiche od altre occasioni. Le funzioni principali sono relative alla stabilizzazione del paziente ed all'attivazione del trasporto presso l'ospedale vicino più idoneo.

I Pronto Soccorso ospedalieri, che svolgono anche funzioni di accettazione, garantiscono la risposta in emergenza-urgenza e sono organizzati secondo le indicazioni della programmazione regionale. In particolare, i servizi di Pronto Soccorso e di Accettazione svolgono:

- attività di accettazione per i casi elettivi e programmati,
- attività di accettazione per i casi che si presentano spontaneamente e non rivestono carattere di emergenza-urgenza,
- attività di accettazione di soggetti in condizioni di urgenza differibile,
- attività di accettazione di soggetti in condizioni di urgenza indifferibile,
- attività di accettazione di soggetti in condizioni di emergenza.

La organizzazione delle attività affidate al Pronto Soccorso è demandata alle aziende sanitarie, che devono prevedere le modalità di accettazione dei malati, la diversificazione di queste rispetto a quelle di emergenza-urgenza, promuovendo anche una migliore utilizzazione degli ambulatori e del day hospital.

I Dipartimenti di Emergenza-urgenza ed Accettazione (DEA) sono definiti come aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la loro autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza, adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare una risposta rapida e completa. Fanno parte esclusivamente del DEA i servizi di Accettazione e Pronto Soccorso, l'unità di Osservazione e breve degenza, l'unità operativa di Rianimazione con moduli di terapia intensiva e subintensiva e le unità operative di Medicina d'urgenza, ove previste dalla programmazione regionale, mentre le unità operative di altri dipartimenti entrano a fare parte della funzione di emergenza secondo protocolli operativi concordati.

I DEA, ai quali spettano i compiti di organizzare tutte le attività dell'emergenza-urgenza a livello ospedaliero, sono distinti in DEA di primo e secondo livello. Un DEA di primo livello deve essere dotato di un servizio autonomo di Accettazione e Pronto Soccorso, con area di Osservazione e breve degenza, una unità operativa di Anestesia e Rianimazione, e deve assicurare gli interventi di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con Unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) e medicina d'urgenza, ove prevista dalla programmazione regionale. Nelle unità operative di medicina d'urgenza può essere individuato un numero di posti letto, da

valutare secondo le esigenze locali, da destinare a soggetti bisognosi di assistenza e terapia intensiva, ma non in condizioni tali da richiedere interventi propri nelle unità di rianimazione.

I DEA di secondo livello, invece, oltre alle attività sopra elencate, debbono garantire le funzioni più complesse sul piano tecnologico, come la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica, secondo le indicazioni della programmazione regionale.

Più in generale sono obiettivi dei DEA:

- a) assicurare adeguati livelli di assistenza anche mediante l'utilizzo di protocolli diagnostico-terapeutici verificati ed aggiornati,
- b) assicurare i collegamenti tecnico-organizzativi con gli altri ospedali sedi di DEA e pronto soccorso situati nel territorio di riferimento,
- c) organizzare e gestire un sistema continuo di valutazione e promozione della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza della utilizzazione delle risorse,
- d) favorire l'aggiornamento del personale,
- e) contribuire all'educazione dei cittadini per un corretto uso dei servizi di emergenza-urgenza,
- f) predisporre i piani di emergenza interna (antincendio, evacuazione).

Particolare rilievo viene dato, nelle linee guida, a temi quali l'organizzazione delle unità spinali, la localizzazione dei centri ustioni e dei centri per la microchirurgia e chirurgia della mano, l'emergenza pediatrica, le funzioni di triage, le maxi emergenze e le funzioni di accettazione.

L'unità spinale è definita come un modello assistenziale ad alta specializzazione, espressamente destinato alla cura, alla riabilitazione ed al reinserimento della persona mielolesa, che opera nel contesto di una organizzazione dipartimentale, preferibilmente in un ospedale sede di Dea di secondo livello, nel quale dovrebbero essere accolte anche le attività dei centri ustione e dei centri di microchirurgia e chirurgia della mano. Per l'emergenza pediatrica sono definiti gli aspetti essenziali organizzativi in ambito territoriale ed ospedaliero, prevedendo un maggiore coinvolgimento dei pediatri di libera scelta per la gestione delle situazioni di primo intervento, con particolare riferimento, nei casi più gravi, ai Centri individuati agli articoli 1, 3 e 5 del decreto ministeriale 29 gennaio 1992 sull'*"Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità"*. Per garantire una maggiore efficacia degli interventi in caso di eventi catastrofici, e cioè nelle maxi emergenze, sono definite le procedure da attivare, oltre a quanto già garantito dalla Protezione civile, comprendenti l'archiviazione computerizzata dei dati delle risorse nazionali, regionali, pubbliche e private disponibili, la formazione costante degli operatori e la predisposizione degli strumenti amministrativi straordinari. Anche per le funzioni di triage sono fornite indicazioni relative alle figure professionali da coinvolgere, alla loro formazione ed alla loro attività, per meglio definire le modalità di prima accoglienza e valutazione dei pazienti che accedono ai servizi di pronto soccorso. In ultimo, sono trattate, nelle linee guida, le funzioni di accettazione, che debbono essere, per quan-

to possibile, organizzate distintamente dalle attività di pronto soccorso, controllo clinico e certificazione medico-legale.

Per l'importanza di alcuni dei temi sopra citati, erano previsti degli allegati all'Atto di intesa riguardanti:

- ⇒ le linee guida per la gestione dell'emergenza pediatrica, con particolare riferimento al trasporto neonatale,
- ⇒ l'individuazione ed organizzazione dei centri ustioni,
- ⇒ l'individuazione ed organizzazione delle unità spinali,
- ⇒ la definizione degli indirizzi sulle modalità di formulazione del regolamento dei Dipartimenti di emergenza-urgenza ed accettazione, nonché sulle funzioni e la composizione del Comitato di dipartimento,
- ⇒ le linee guida sulla formazione e sull'aggiornamento del personale medico, infermieristico e di supporto, anche volontario,
- ⇒ la definizione delle modalità di organizzazione del triage, con riferimento anche alla trasmissione delle informazioni relative ai pazienti eventualmente non identificabili,
- ⇒ le linee guida per l'integrazione delle unità operative di chirurgia della mano nel sistema dell'emergenza-urgenza.

Il tema dei servizi di emergenza urgenza è trattato anche nel Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 di *"Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"*, nel quale sono riportati i requisiti minimi del pronto soccorso ospedaliero e delle rianimazioni e terapie intensive. Il pronto soccorso è definito come di seguito: *"l'unità organizzativa deputata all'emergenza deve assicurare gli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotata la struttura, deve poter eseguire un primo accertamento diagnostico-strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione dell'utente. Deve garantire il trasporto protetto"*. Per il pronto soccorso sono definiti i requisiti strutturali, che comprendono almeno un locale visita, un locale osservazione, un locale attesa distinto per utenti deambulanti e barellati, i servizi igienici e spazi per la registrazione/segreteria/archivio dei dati. I requisiti tecnologici prevedono la dotazione minima di un elettrocardiografo, cardiomonitore e defibrillatore e attrezzature per la rianimazione cardiopolmonare. I requisiti organizzativi si riferiscono esclusivamente alla dotazione di personale medico ed infermieristico *"rapportata alla tipologia della struttura e al volume delle prestazioni"* con la presenza di almeno un infermiere e un medico nelle 24 ore.

Per quanto riguarda i mezzi di soccorso, il D.Dirig. 5 novembre 1996, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 15 novembre 1996, n. 268, nel classificare gli automezzi di soccorso, e nell'individuare le caratteristiche degli *"autoveicoli destinati al trasporto delle attrezzature necessarie al primo soccorso con personale medico ed infermieristico a bordo"*, definendoli come tali, quindi stabilendone le caratteristiche tecniche generali e costruttive ed i segni distintivi, di fatto istituisce gli autoveicoli di soccorso avanzato.

L'istituzione di questo nuovo mezzo di soccorso, noto nella prassi come AUTOMEDICA, è andato a integrare la procedura iniziale di semplice soccorso di base.

Questo Decreto ha conferito la possibilità di un soccorso di più alto livello, costituito da medici e tecnologie, portato sull'evento da automezzo istituzionalmente preordinato con equipaggio e dotazioni tecnologiche in grado di fare il soccorso avanzato.

Il soccorso di base non solo era dotato di minori possibilità di intervento ma anche il trasporto del paziente poteva essere fatto solo nell'ospedale più vicino (e non nel più idoneo come invece solo la professionalità medica durante il soccorso avanzato poteva garantire e come l'Atto di Intesa Stato Regioni chiedeva).

Nella pratica alcune regioni hanno anche esteso la procedura del soccorso avanzato ad alcune ambulanze di tipo A, con problemi subito evidenti di rapporto costo-beneficio tra le enormi 'ore medico' necessarie ed il risultato ottenuto con questi investimenti

Un' 'AUTOMEDICA' con un medico a bordo può servire 4-5 ambulanze dislocate, con benefici sulla popolazione di fatto sovrapponibili a quelli di medicalizzazione delle autoambulanze, nel territorio delle città, delle campagne e delle colline. Altre considerazioni anche per l'automedica comportano le necessità delle aree montane e delle isole minori, in cui frequentemente la tempestività di un soccorso avanzato si deve misurare con realtà orografiche, con accesso reso difficile da eventi meteorologici avversi.

Inoltre il D.M. 20 novembre 1997, n. 487, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 gennaio 1998, n. 14 disciplina le autoambulanze di soccorso per **emergenze speciali** vale a dire gli autoveicoli "adibiti al trasporto, al trattamento di base e al monitoraggio dei pazienti". Intende per 'emergenze speciali' gli eventi che sono complicati dalle condizioni di un avvicinamento possibile solo attraverso mezzi su terra, perché luoghi all'interno delle città con vie particolarmente strette.

Il Decreto è stato pensato per il soccorso all'interno dei Centri Storici, ricchezza del nostro paese; esso autorizza l'immatricolazione di autoambulanze di particolari piccole dimensioni per il soccorso e il trattamento degli infermi, sia di base che avanzato.

Viene comunemente chiamato decreto per la 'MI-NIAMBULANZA'.

Conformemente a quanto previsto nelle linee guida del 1996, il Ministro della Salute, le regioni e le province autonome, con l'accordo del 25-10-2001 pubblicato nella Gazz. Uff. del 7 dicembre 2001, n. 285, definiscono gli indirizzi ed i criteri generali riguardanti:

- il triage intraospedaliero (valutazione della gravità all'ingresso),
- chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria.

Il sistema di "trriage" è uno strumento di classificazione finalizzato alla gestione ed organizzazione degli accessi non programmati dei pazienti, infatti "l'obiettivo del triage è proprio la definizione delle priorità con cui il paziente verrà visitato dal medico" e s'intende per tale termine "il metodo di valutazione e selezione immediata usato per assegnare il grado di priorità per il trattamento

quando si è in presenza di molti pazienti". Il triage deve essere svolto da personale infermieristico qualificato, esperto e specificatamente formato, "secondo protocolli predefiniti riconosciuti e approvati dal responsabile del servizio di pronto soccorso - accettazione o dipartimento di emergenza - urgenza ed accettazione (D.E.A.)". L'attività del triage è caratterizzata dalle seguenti fasi:

- accoglienza (raccolta dati/informazioni e rilevamento parametri vitali),
- assegnazione codice di gravità (codice rosso, molto critico, codice verde, poco critico, codice bianco, non critico),
- gestione dell'attesa.

L'atto di intesa Stato-regioni sul sistema di emergenza sanitaria individua nell'ambito del D.E.A. di secondo livello la chirurgia della mano e microchirurgia, in applicazione del D.PR. 27 marzo 1992 e ne classifica gli interventi sulla base della complessità chirurgica "in due distinti livelli:

I livello, o a bassa complessità, riconducibile a tutta la patologia traumatica della mano (lesioni cutanee, lesioni tendinee e capsulo-legamentose, fratture chiuse, ecc.);

Il livello, o ad alta complessità, riconducibile a prestazioni di alta specialità, ovvero al trattamento di lesioni gravi, come quelle in cui sono interessati più di tre tessuti con particolare riguardo ai vasi, che nel caso di reimpianti, garantiscono la vitalità del segmento interessato". Gli interventi di I livello sono realizzabili presso le unità funzionali chirurgiche di ortopedia e traumatologia, mentre quelli di II livello presso le unità funzionali di chirurgia della mano e microchirurgia collocate in presidi ospedalieri sedi di D.E.A. di II livello, secondo quanto previsto nell'atto di intesa Stato-regioni.

In applicazione delle linee guida del 1996, il Ministro della Salute, le regioni e le province autonome, con l'accordo del 4-4-2002 pubblicato nella Gazz. Uff. del 24 giugno 2002, n. 146, definiscono le linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesioni, fornendo "indicazioni atte a garantire l'organizzazione di un adeguato percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo, una indispensabile continuità terapeutica e una tempestiva presa in carico da parte delle strutture di riabilitazione sanitaria dei pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesioni, rimandando a una successiva trattazione le problematiche organizzative ed assistenziali relative alle gravi lesioni midollari e cerebrali di natura non traumatica". Il modello organizzativo considerato più appropriato per il trattamento di questi pazienti è quello rete, "il Sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati (SIAT)", con il quale s'intende "il sistema organizzativo e operativo che garantisce, per il territorio di competenza e sulla base di protocolli condivisi, il collegamento in rete dei servizi e delle strutture sanitarie, ospedaliere ed extraospedaliere, al fine di assicurare una risposta complessiva ed appropriata a tutti i pazienti traumatizzati". I componenti essenziali della rete sono:

- la Centrale operativa 118 con la funzione di coordinamento del sistema territoriale di soccorso;
- il DEA di II livello che, "in quanto collocato in presidi

in grado di assicurare tutte le funzioni di alta specialità legate all'emergenza, costituisce il fulcro del Sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati";

- i presidi ospedalieri afferenti al SIAT;
- i presidi riabilitativi ospedalieri: l'unità operativa ospedaliera di medicina fisica e riabilitativa, l'Unità spinale unipolare (USU) e l'Unità gravi cerebrolesioni (UGC);
- il Centro traumi che *"si configura come un'aggregazione funzionale di unità operative che, sulla base di protocolli concordati e attraverso l'interdisciplinarietà, l'integrazione di competenze, professionalità e risorse, si pone l'obiettivo di fornire la risposta più appropriata in acuzie ai pazienti con traumi maggiori provenienti dal territorio di afferenza al SIAT"*.

Conformemente a quanto previsto nelle linee guida del 1996, il Ministro della Salute, e il Ministero delle Telecomunicazioni hanno emanato il Decreto interministeriale DM 6 ottobre 1998 per la distribuzione delle coppie di radiofrequenze.

Per quanto riguarda la categoria professionale dei medici dedicati al sistema dell'emergenza, il D.PR 10/12/97 n. 484 e n. 483, art. 4 p.to 13 istituisce la nuova figura professionale, e quindi PREVEDE ISTITUZIONALMENTE L'IDENTITÀ DEL MEDICO DEDICATO AL SISTEMA DELL'EMERGENZA-URGENZA, denominandolo "MEDICO CHIRURGO D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA".

Lo stesso DPR, colloca la relativa disciplina "Medicina e Chirurgia di accettazione e d'urgenza" nell'area medica e delle specialità mediche, definendone le modalità di espletamento dei concorsi per l'accesso alla Dirigenza Medica e per il conferimento di incarichi di Direttore di Struttura Complessa. Il D.M. 30 gennaio 1998 pubblicato nella Gazz. Uff. del 14 febbraio 1998, n. 37 stabilisce altresì le discipline equipollenti (con riferimento tanto ai servizi quanto alle scuole) per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale.

Con l'Accordo tra il Ministro della Salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 22-5-2003, pubblicato nella Gazz. Uff. del 25 agosto 2003, n. 196, sono state definite le linee-guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza. In particolare, le linee-guida di cui sopra stabiliscono la destinazione dei percorsi formativi, ne definiscono i destinatari, definiscono due livelli di formazione, uno di base specifica ed uno di formazione permanente e di aggiornamento. È altresì previsto l'inserimento della formazione del personale dell'emergenza/urgenza nel programma di educazione continua in medicina (ECM).

Considerata la diversità tanto delle tipologie dei percorsi formativi quanto dei contenuti, dei programmi e dell'articolazione dei corsi, è previsto che, a livello regionale, vengano individuati i criteri per la validazione dei percorsi formativi di base e permanenti, per tutto il personale che opera nel sistema dell'emergenza/urgenza che risulta, inoltre, differenziato per estrazione, formazione ed esperienza.

Un altro tema trattato dalla normativa più recente e secondo quanto previsto dall'Atto di intesa, è quello delle maxiemergenze.

L'Atto di Intesa tra Stato e Regioni, a tale riguardo, prevedeva che *"la corretta gestione degli eventi complessi impone la collaborazione di tutte le strutture deputate all'emergenza sanitaria e non-sanitaria, attraverso i collegamenti organizzati e diretti secondo precise linee di responsabilità prefissate"*. Ciò significa che l'efficacia dell'intervento sanitario complessivamente inteso dipende dalla capacità del sistema di intervento straordinario per maxiemergenze di integrarsi ed interagire con i sistemi operativi non sanitari già consolidati. Si ricorda, inoltre, che l'atto di intesa prevedeva l'istituzione di un Comitato regionale sanitario per l'emergenza con il compito di predisporre il piano per le maxiemergenze coordinandosi con il Dipartimento della protezione civile e cercando di operare piani che con un linguaggio comune coordinino le diverse forze a disposizione per le grandi calamità.

Il tema delle maxiemergenze è disciplinato dal D.M. 13-2-2001, pubblicato nella Gazz. Uff. del 6 aprile 2001, n. 81 "Adozione dei criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi".

In particolare, sono descritte le modalità e le procedure per la definizione di un "piano di emergenza" a vari livelli (Piano nazionale, Programma regionale, Piano provinciale, Piano comunale). *"Un piano per le operazioni di emergenza è un documento che:*

- *descrive come saranno coordinate le azioni e le relazioni fra organizzazioni;*
- *descrive in che modo protegge le persone e la proprietà in situazioni di emergenza e di disastri;*
- *identifica il personale, l'equipaggiamento, le competenze, i fondi e altre risorse disponibili da utilizzare durante le operazioni di risposta;*
- *identifica le iniziative da mettere in atto per migliorare le condizioni di vita degli eventuali evacuati dalle loro abitazioni"*.

Sono individuate, inoltre, le attività che devono essere programmate in un piano di emergenza, distinte in:

- attività di primo soccorso ed assistenza sanitaria,
- interventi di sanità pubblica,
- attività di assistenza psicologica e di assistenza sociale alla popolazione.

"La Centrale operativa sanitaria 118, con la sua organizzazione funzionale di dimensioni provinciali o sovraprovinciali, raccordata con le strutture territoriali ed ospedaliere e con le istituzioni pubbliche e private che cooperano nella risposta dell'emergenza ... costituisce l'interlocutore privilegiato in campo sanitario". È considerato indispensabile, soprattutto in fase di pianificazione, il coinvolgimento di altri soggetti, tra i quali i rappresentanti di:

- Assessorato regionale alla sanità,
- Aziende sanitarie locali,
- Aziende ospedaliere,
- Laboratorio di sanità pubblica del Dipartimento di prevenzione delle AA.SS.LL., Agenzia Regionale Protezione Ambiente (ARPA), Istituto Zooprofilattico Sperimentale,
- Croce Rossa Italiana, Associazioni di volontariato,
- Ordini professionali di area sanitaria.

Nel documento sono definite le procedure e le modalità

di risposta di soccorso sanitario, distinte in risposta rapida, “*data dagli organi territoriali sulla base delle risorse locali immediatamente disponibili*” e in risposta differita, “*che si andrà ad articolare nelle ore successive all’evento con l’apporto degli aiuti che giungeranno dall’esterno all’area interessata*” e sono descritti gli interventi in relazione a due tipologie di maxiemergenze:

- l’evento catastrofico ad effetto limitato, che è caratterizzato dalla “*integrità delle strutture di soccorso esistenti nel territorio in cui si manifesta, nonché dalla limitata estensione nel tempo delle operazioni di soccorso valutata, su criteri epidemiologici di previsione, a meno di 12 ore*”;
- l’evento catastrofico che travalica le potenzialità di risposta delle strutture locali.

Lo studio della normativa vigente porta a concludere che siano state definite nella loro essenza le direttive lungo le quali le regioni devono organizzare i servizi di emergenza urgenza.

Il riconoscimento, nel settore della Prevenzione dello stato di avanzamento dello sviluppo del sistema di Emergenza-Urgenza, è avvenuto anche attraverso la nomina della Commissione Interdisciplinare presso dall’Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro.

Essa aveva il mandato di identificare i ‘requisiti per gli interventi di prevenzione relativi alla sicurezza e all’igiene del lavoro nelle Strutture di Pronto Soccorso’ in applicazione del decreto Legislativo 626/1994 per il settore Ospedaliero.

Anche presso le sedi istituzionali della Prevenzione l’interesse per la sicurezza del Pronto Soccorso è apparso secondario solo alle Sale Operatorie.

La Commissione specifica ha concluso i lavori, che oggi sono il riferimento istituzionale per gli interventi strutturali, organizzativi tecnici e tecnologici delle strutture di Pronto Soccorso e Medicina d’Urgenza italiane, nonché Punti di Primo Intervento, DEA di I e di II livello.

Indicazioni operative

La normativa italiana antinfortunistica sul lavoro, dal settore istituzionale della Prevenzione, nel declinare il Decreto Legislativo n. 626/1996 per ciò che concerne la formazione degli addetti alla sicurezza delle imprese produttrici ha riconosciuto i progressi fatti dal ‘sistema di emergenza-urgenza del SSN’.

Infatti il Legislatore con l’art. 3 del DM n. 388 del 2003 dispone che la formazione riferita alle pratiche di pronto soccorso per i lavoratori delle imprese che producono il reddito nazionale, sia fatta dal medico ‘ove possi-

bile in collaborazione con il sistema di emergenza-urgenza del servizio sanitario nazionale’. Il medico dell’emergenza può avvalersi anche della collaborazione del personale infermieristico.

Viceversa per tutti gli aspetti di soccorso, di diagnosi e di terapia in urgenza, l’architettura organizzativa del Sistema Italiano di Emergenza Urgenza sanitaria affronta l’infortunistica sul lavoro analogamente a tutte le emergenze sanitarie con una indicazione di tempo di Soccorso rispetto alla chiamata che prevede l’arrivo di un soccorso qualificato entro 8 minuti per l’area ad alta densità abitativa e 20 minuti per la campagna la montagna e le aree a bassa densità residenziale.

La dislocazione di Mezzi di Soccorso nei pressi di cantieri di particolare rischio infortunistico, è possibile, e deve essere valutata caso per caso: la richiesta deve essere posta al responsabile della Centrale Operativa 118.

Il sistema di Emergenza che sta ‘dietro’ a questo numero è organizzato in modo tale da garantire l’assistenza più idonea all’infortunato, così come al paziente non infortunato, attraverso la rete delle priorità ed i sistemi ‘ub and spoke’.

Si tratta dei protocolli operativi di centralizzazione razionalizzata, riferita alla patologia in atto: vale a dire l’assistenza più idonea al paziente ‘giusto’. Con questa organizzazione è stato superato il concetto di assistenza ‘più vicina’ ed è stato abbracciata l’idea organizzativa e concreta di assistenza ‘più adeguata’.

Questo tipo di assistenza resa possibile dalla normativa, non organizzata attraverso la presenza dei medici sul territorio in tutte le regioni.

Tuttavia questi medici sul posto del sinistro sono indispensabili perché il medico è l’unica figura istituzionale che ha la cultura operativa e la capacità giuridica di decidere il trasporto un infortunato in un ospedale a volte anche lontano, ma più idoneo per il tipo di lesioni riportate.

Altre figure professionali potrebbero solo trasportare il paziente, o l’infortunato, nell’ospedale più vicino, che per le lesioni gravi solo raramente è il più idoneo.

Anche tutto il segmento della formazione rivolto agli addetti alla sicurezza degli impianti può essere, nei limiti consentiti dalla normativa ‘personalizzato’ in riferimento alla tipologia del rischio lavorativo specifico dell’area produttiva.

Analogamente alla dislocazione particolare dei Mezzi di soccorso le richieste di formazione per rischi specifici devono essere concordate con i responsabili delle strutture interessate; nello specifico questi responsabili sono il Direttore della Struttura di Pronto Soccorso, il Direttore della Centrale Operativa 118 oppure il Direttore del Dipartimento di Emergenza-Urgenza.