

PARTE I

ATTI DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO

DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO Ad ACTA 29 settembre 2010, n. 73.
Rete Assistenziale dell’Emergenza.

LA PRESIDENTE In Qualità di Commissario ad Acta

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, con la quale la Presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, è stata nominata Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

VISTO che la citata Deliberazione del Consiglio dei Ministri prevede, in capo al Commissario ad Acta l’attuazione delle linee di intervento già previste dal Piano di rientro ed, in particolare al punto h), il riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate;

DATO ATTO, altresì, che con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17 ottobre 2008 il dr. Mario Morlacco è stato nominato Sub Commissario per l’attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri dell’11 luglio 2008;

VISTO il Decreto del Ministero della Sanità del 29 gennaio 1992 “Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l’esercizio delle attività di alta specialità”;

VISTO il DPR 27 marzo 1992 recante “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria e di emergenza” ed il successivo atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992 (pubblicato sulla GU n. 114 del 17 maggio 1996);

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 e s.m.e i., con il quale sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA);

VISTO l’Accordo 25 ottobre 2001 della Conferenza Stato Regioni ed in particolare il documento di linee guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: “Triage intraospedaliero e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell’emergenza – urgenza sanitaria”;

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n.311 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)” ed in particolare l’art.1, comma 180 che ha previsto per le regioni interessate, qualora si verificasse una situazione di squilibrio economico – finanziario, l’obbligo di procedere ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore al triennio;

VISTA l’Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 che in attuazione della Legge Finanziaria dello Stato pone in capo alla Regione:

- l’impegno ad adottare provvedimenti in ordine alla razionalizzazione della rete ospedaliera con l’obiettivo, tra l’altro, del raggiungimento degli standard nazionali relativi alla dotazione di posti letto per mille abitanti e al tasso di ospedalizzazione (art. 4);
- l’obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi sull’indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l’equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l’anno di riferimento (art. 6);
- la stipula - in relazione a quanto disposto dall’art.1 comma 180 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 - con i Ministri dell’Economia e della Salute di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art. 8);

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato – Regioni il 3 dicembre 2009 con il quale, all’art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all’entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l’assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

CONSIDERATO che il nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede la necessità per le Regioni di adottare misure di razionalizzazione della rete ospedaliera e di miglioramento dell’appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri ed in particolare, all’articolo 6, la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, non superiore a 4 posti letto

per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici;

VISTA la DGR n.66 del 12 febbraio 2007 concernente: “Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004”;

VISTA la DGR n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: “Preso d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro” ed in particolare gli obiettivi:

- 1.1.2 Definizione dei requisiti per l’ autorizzazione
- 1.1.3 Modalità e termini per l'adeguamento ai requisiti autorizzativi
- 1.1.4 Ulteriori requisiti per l’accreditamento
- 1.2.2 Ridimensionamento di reparti con bassa performance organizzativa.
- 1.2.4 Riorganizzazione della rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l’emergenza urgenza e l’elezione
- 1.2.5 Organizzazione delle prestazioni di alta specialità secondo il modello basato su centri di riferimento e strutture satellite

VISTA la Deliberazione del Consiglio Regionale 11 maggio 1994, n. 1004 “Sistema di emergenza sanitaria Lazio Soccorso 118”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale 8 luglio 1997, n. 4238 “Legge 18 luglio 1996, n. 382 – Piano di ristrutturazione della rete ospedaliera regionale nel triennio 1997/99” ed in particolare l’allegato 1), punto F);

VISTA la DGR n. 1729/02 recante “Piano Sanitario Regionale 2002/2004. Sfida Prioritaria Emergenza. Protocollo sul trasferimento interospedaliero del paziente critico in emergenza in continuità di soccorso”;

VISTA la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la DGR n. 424 del 14 luglio 2006: “Legge Regionale 3 marzo 2003 n. 4 “Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all’esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie” e s.m.e i.;

RITENUTO opportuno modificare la DGR n. 424 del 14 luglio 2006: “Legge Regionale 3 marzo 2003 n. 4 “Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all’esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie” nella sezione “1.1. Sistema Emergenza” dell’allegato documento, per cui i seguenti capoversi:

Gli ospedali sede di D.E.A. di I° livello devono essere dotati di unità operative delle seguenti specialità:

- *medicina generale;*
- *chirurgia generale;*
- *ostetricia e ginecologia;*
- *pediatria;*
- *cardiologia con U.T.I.C.;*
- *ortopedia e traumatologia;*
- *centro di rianimazione;*
- *terapia subintensiva neonatale;*
- *terapia intensiva polivalente.*

Gli ospedali sede di D.E.A. di II° livello, oltre alle unità operative previste per i D.E.A. di I° livello, presentano obbligatoriamente le seguenti unità specialistiche:

- *oculistica;*
- *otorinolaringoiatria;*
- *urologia;*
- *nefrologia ed emodialisi;*
- *psichiatria;*
- *neonatologia e terapia intensiva neonatale;*
- *cardiochirurgia e/o neurochirurgia e/o chirurgia vascolare e/o chirurgia toracica;*
- *diagnostica di alta ed altissima specializzazione: neuroradiologia e/o radiologia vascolare (T.A.C. e/o R.M.N.);*
- *riabilitazione intensiva del malato post-acuzie con opportuna e idonea struttura di ricovero in misura non inferiore al 5% dei posti letto di degenza;*
- *unità di trattamento neurovascolare o stroke unit.*

sono sostituiti da:

Gli ospedali sede di D.E.A. di I° livello devono essere dotati di unità operative delle seguenti specialità:

- *medicina generale;*
- *chirurgia generale;*
- *ostetricia e ginecologia;*
- *cardiologia con U.T.I.C.;*
- *ortopedia e traumatologia;*
- *centro di rianimazione;*

- *terapia subintensiva neonatale;*
- *terapia intensiva polivalente.*

Gli ospedali sede di D.E.A. di II° livello, oltre alle unità operative previste per i D.E.A. di I° livello, presentano obbligatoriamente le seguenti unità specialistiche:

- *pediatria*
- *oculistica;*
- *otorinolaringoiatria;*
- *urologia;*
- *nefrologia ed emodialisi;*
- *psichiatria;*
- *neonatologia e terapia intensiva neonatale;*
- *cardiochirurgia e/o neurochirurgia e/o chirurgia vascolare e/o chirurgia toracica;*
- *diagnostica di alta ed altissima specializzazione: neuroradiologia e/o radiologia vascolare (T.A.C. e/o R.M.N.);*
- *riabilitazione intensiva del malato post-acuzie con opportuna e idonea struttura di ricovero in misura non inferiore al 5% dei posti letto di degenza;*
- *unità di trattamento neurovascolare o stroke unit.*

VISTA la DGR 946/07 “Introduzione dell’Osservazione Breve Intensiva nel Lazio dal 1° gennaio 2008. Adempimento rif.1.3.3 del piano di rientro DGR 66/07 e DGR 149/07”;

VISTA la DGR n.420/07, recante, nell’ambito della ridefinizione della rete e dell’offerta dei servizi ospedalieri, linee guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità e di emergenza;

VISTA la DGR n.169/08, con la quale sono state definite le linee attuative per la costituzione e lo sviluppo delle reti assistenziali di alta specialità e di emergenza;

RITENUTO opportuno confermare il ruolo di DEA di II livello per l’Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata previsto dalle citate Deliberazioni n. 4238/1997, n. 420/07 e n. 169/08;

VISTA la DGR n. 821/09 recante “Interventi per il miglioramento della efficacia ed efficienza nelle attività di Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri della Regione Lazio. Individuazione delle funzioni del “Facilitatore dei processi di ricovero e dimissione”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 17/2010 “Atto ricognitivo di cui al Decreto Commissariale 96/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell’art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009 recante “Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 – 2012”;

CONSIDERATO che il citato decreto prevede, per specifici ambiti assistenziali, un’organizzazione in rete dell’offerta al fine di garantire una migliore qualità dell’assistenza ed ottimizzare il fabbisogno di servizi ospedalieri e territoriali e l’allocazione delle relative risorse sul territorio regionale;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta del 31 maggio 2010, n. 48 “ Piano degli interventi per la riconduzione dell’offerta ospedaliera per acuti, riabilitazione post acuzie e lungodegenza medica agli standard previsti dal Patto per la Salute 2010 – 2012” nelle parti in cui suddivide il territorio regionale in macro aree e prevede l’attivazione di reti assistenziali;

RITENUTO NECESSARIO prevedere una razionalizzazione ed una ottimizzazione della rete dell’emergenza prevista dalla DGR n. 420/07, alla luce delle indicazioni del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 e della suddivisione in n. 4 macroaree contenuta nel Decreto del Commissario ad acta n. 48/2010;

VISTE le comunicazioni di Laziosanità ASP prot. 10704/ASP/DG del 30/7/2010, prot. 11140/ASP/DG del 12/8/2010 e prot. 12673/ASP/DG del 23/09/2010, con le quali è stato trasmesso l’Allegato documento predisposto da Laziosanità ASP “La Rete dell’Emergenza” contenente l’elaborato “La Rete della Regione Lazio per l’assistenza in emergenza a pazienti adulti” che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO opportuno prevedere, inoltre, interventi specifici al fine di garantire un servizio di emergenza-urgenza articolato per macro aree regionali, autosufficienti sotto il profilo organizzativo e funzionale, tra cui:

- Attivazione progressiva di punti di primo intervento collegati con le postazioni dell’ARES 118;
- Riorganizzazione del trasporto primario attraverso la riduzione delle ambulanze medicalizzate (e conseguente trasformazione in ambulanze con infermiere) e attivazione di auto mediche per la gestione dei soccorsi sul territorio regionale;
- Attivazione di nuovi elisuperfici e basi nonché riqualificazione di alcune di quelle esistenti per il funzionamento h24;
- Riclassificazione del livello di complessità dei nodi della rete dell’emergenza così come indicato nella sezione 5.1 dell’allegato documento “La Rete della Regione Lazio per l’assistenza in emergenza a pazienti adulti” che costituisce parte integrante del presente provvedimento;
- Attivazione del Pronto Soccorso presso il Campus Biomedico con contestuale attivazione di 10 unità di OBI, ravvisandosi l’opportunità di prevedere posti letto aggiuntivi di Medicina Generale dedicati al PS nell’ambito del Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera
- Adeguamento degli ospedali Pol. Tor Vergata, Belcolle di Viterbo e del futuro nuovo ospedale di Frosinone (DEA di I livello ai sensi del presente piano) ai requisiti minimi autorizzativi per i DEA di II livello ex DGR 424/06 e s.m.i. per l’assistenza in acuzie e mantenimento degli stessi per l’Ospedale S.Maria Goretti

di Latina, prevedendo a partire dal 2011 la destinazione di adeguate risorse nei provvedimenti annuali di finanziamento dei maggiori costi per le attività di urgenza e di emergenza delle strutture ospedaliere, al fine di riclassificare le dette strutture a partire dal 1 gennaio 2012 in DEA di II Livello, previa verifica dei requisiti;

- Riclassificazione come Punti di Primo Intervento (PPI) degli ospedali: Civile di Acquapendente, Marzio Marini di Magliano Sabina, Civile di Bracciano, Santissimo Gonfalone di Monterotondo, Civile di Anagni, Angelucci di Subiaco, Pasquale Del Prete di Pontecorvo.
- Attivazione di 205 unità di Osservazione Breve Intensiva nei PS/DEA, secondo lo schema riportato in Allegato, e contestuale disattivazione dei posti letto di Breve Osservazione (codice 51) nelle strutture in cui si attiva l'OBI fino a concorrenza delle unità da assegnare in OBI, nel rispetto dei requisiti minimi fissati dalla DGR 424/06 in funzione del livello di complessità e nel rispetto per i policlinici universitari degli accordi definiti con la Regione .
- Rimodulazione complessiva dei posti letto di Breve Osservazione (codice 51), con la disattivazione di 68 posti letto, secondo lo schema riportato nell'allegato al documento "La Rete della Regione Lazio per l'assistenza in emergenza a pazienti adulti" che forma parte integrante del presente provvedimento;
- Attivazione di 111 posti letto per acuti nella specialità di medicina generale (codice 26): 96 posti letto nella Macroarea 2 (in particolare nell'Asl Roma B) e 15 posti letto nella Macroarea 3 la cui allocazione sarà definita nel complessivo Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera.

CONSIDERATO che è necessario prevedere una organizzazione del sistema dei servizi deputati all'emergenza/urgenza pediatrica per la fascia di età uguale od inferiore a 14 anni;

VISTE le comunicazioni di Laziosanità ASP prot. 10704/ASP/DG del 30/7/2010, prot. 11140/ASP/DG del 12/8/2010 e prot. 12673/ASP/DG del 23/09/2010, con le quali è stato trasmesso l'Allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "La Rete dell'Emergenza" contenente l'elaborato "Rete dell'emergenza pediatrica" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO necessario integrare l'IRCCS Bambino Gesù all'interno della rete dell'emergenza pediatrica della Regione Lazio nonostante i posti letto della suddetta struttura non siano collocabili nell'ambito della offerta sanitaria regionale, a causa del carattere extraterritoriale della struttura, al fine di:

- garantire all'ospedale Bambino Gesù il mantenimento di tutte le attività di diagnosi e cura in regime di emergenza-urgenza anche al fine di consentire la prosecuzione delle attività di ricerca connesse al carattere di IRCCS;
- contenere i costi legati alla realizzazione di strutture regionali dedicate alla gestione delle emergenze pediatriche;

TENUTO CONTO della necessità, al fine di migliorare l'assistenza ai soggetti in età pediatrica, di prevedere una rete assistenziale per l'emergenza/urgenza pediatrica organizzata secondo il modello Hub and Spoke che consenta:

- di indirizzare i pazienti pediatrici verso strutture di emergenza idonee ad assistere condizioni di diversa complessità, promuovendo la massima concentrazione verso gli Hub solo per condizioni di elevata severità;
- promuovere l'Osservazione Breve Intensiva Pediatrica come alternativa al ricovero ordinario;
- garantire a ciascun bambino in condizioni cliniche di urgenza/emergenza adeguati ambienti dedicati e spazi idonei anche per la presenza dei genitori;
- definire protocolli per il trasferimento primario e secondario dei pazienti pediatrici;
- organizzare per casi di elevata complessità clinica un servizio di trasporto pediatrico dedicato;

RITENUTO di approvare gli allegati documenti predisposti da Laziosanità ASP "La Rete della Regione Lazio per l'assistenza in emergenza a pazienti adulti" e "Rete dell'emergenza pediatrica" che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

TENUTO CONTO che tutti gli erogatori dovranno comunicare, entro la tempistica indicata dal documento allegato, alla Direzione Regionale competente il possesso dei requisiti autorizzativi ex DGR 424/06 relativi al livello di complessità previsto dal piano contenuto nel documento "La Rete della Regione Lazio per l'assistenza in emergenza a pazienti adulti" che forma parte integrante del presente provvedimento;

TENUTO CONTO che tutti gli erogatori dovranno comunicare, entro la tempistica indicata nel documento allegato, alla Direzione Regionale competente il possesso dei requisiti autorizzativi ex DGR 424/06 relativi al livello di complessità previsto dal piano contenuto nel documento "La Rete della Regione Lazio per l'emergenza pediatrica" che forma parte integrante del presente provvedimento;

RILEVATO che, come già previsto nella DGR 169/08, eventuali accordi interaziendali volti ad acquisire la conformità ai requisiti, per quanto concerne l'offerta di pediatria e ostetricia ginecologia, devono essere formalizzati ed allegati alla autocertificazione per la relativa autorizzazione regionale;

TENUTO CONTO che, in caso di mancata conformità ai requisiti indicati nei precedenti capoversi, la Direzione Regionale competente dovrà decidere se disporre il relativo adeguamento o ridefinire il livello di complessità in quello per cui risultano soddisfatti i requisiti;

CONSIDERATO che i dati riportati nel documento "La Rete della Regione Lazio per l'assistenza in emergenza a pazienti adulti", che forma parte integrante del presente provvedimento non costituiscono a nessun titolo il riconoscimento di attività sanitarie che non siano formalmente autorizzate e accreditate secondo la normativa vigente;

RITENUTO di affidare a Laziosanità ASP il compito di effettuare il monitoraggio e la valutazione continua dell'attuazione della rete oggetto del presente decreto e di proporre alla Direzione Regionale competente, nel corso del tempo, eventuali interventi migliorativi;

RITENUTO di precisare che le Direzioni Regionali competenti dovranno predisporre i provvedimenti attuativi per la realizzazione di quanto contenuto nell'allegato "La Rete della Regione Lazio per l'assistenza in emergenza a pazienti adulti" e nell'allegato "Rete dell'emergenza pediatrica" che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO opportuno affidare il coordinamento regionale della rete dell'emergenza per adulti e della rete dell'emergenza/urgenza pediatrica alla Direzione Regionale competente, con il supporto tecnico scientifico di Laziosanità ASP;

RITENUTO di riservarsi ogni definitiva determinazione in ordine alla dotazione dei posti letto in sede di predisposizione del complessivo riordino della rete ospedaliera;

RITENUTO OPPORTUNO abrogare tutti i provvedimenti precedenti in materia nelle parti non compatibili con il presente provvedimento;

CONSIDERATO che il presente atto ha carattere programmatico e a contenuto generale ai sensi dell'art. 3 e 13 della Legge n. 241 del 7 agosto 1990 recante oggetto "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";

CONSIDERATO che il presente provvedimento non è soggetto alle procedure di concertazione con le parti sociali;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano,

di approvare l'Allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "La Rete dell'Emergenza" contenente gli elaborati "La Rete della Regione Lazio per l'assistenza in emergenza a pazienti adulti" e "Rete dell'emergenza pediatrica" che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di approvare gli interventi previsti nell'Allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "La Rete dell'Emergenza" contenente gli elaborati "La Rete della Regione Lazio per l'assistenza in emergenza a pazienti adulti" e "Rete dell'emergenza pediatrica" che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di approvare la riorganizzazione della rete di cui trattasi e la definizione dei centri e la dotazione di posti letto secondo quanto previsto nell'Allegato documento predisposto da Laziosanità ASP "La Rete dell'Emergenza" contenente gli elaborati "La Rete della Regione Lazio per l'assistenza in emergenza a pazienti adulti" e "Rete dell'emergenza pediatrica" che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di affidare a Laziosanità ASP il compito di effettuare il monitoraggio e la valutazione continua dell'attuazione della rete oggetto del presente Decreto e di proporre alla Direzione Regionale competente, nel corso del tempo, eventuali interventi migliorativi;

di modificare la DGR n. 424 del 14 luglio 2006: “Legge Regionale 3 marzo 2003 n. 4 “Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all’esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie” nella sezione “1.1. Sistema Emergenza” dell’allegato documento relativamente al requisito della pediatria per i DEA di I e II livello così come indicato nelle premesse;

che le Direzioni Regionali competenti dovranno predisporre i provvedimenti attuativi per la realizzazione di quanto contenuto nell’Allegato documento predisposto da Laziosanità ASP “La Rete dell’Emergenza” contenente gli elaborati “La Rete della Regione Lazio per l’assistenza in emergenza a pazienti adulti” e “Rete dell’emergenza pediatrica” che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di affidare il coordinamento regionale della Rete della Emergenza per adulti e pediatria alla Direzione Regionale competente, con il supporto tecnico scientifico di Laziosanità ASP;

di riservarsi ogni definitiva determinazione in ordine alla dotazione dei posti letto in sede di predisposizione del complessivo riordino della rete ospedaliera;

di abrogare tutti i provvedimenti precedenti in materia nelle parti non compatibili con il presente provvedimento.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

La Presidente
Renata Polverini

Piano di riorganizzazione delle reti ospedaliere

La Rete dell'emergenza

INDICE

La Rete per l'Assistenza in Emergenza a Pazienti Adulti

INDICE	
1 ANALISI DELL'OFFERTA	
1.1 Fase di allarme e risposta territoriale	
1.2 Risposta ospedaliera	
2 IL MODELLO ORGANIZZATIVO	
3 ANALISI DELL'ATTIVITÀ	
3.1 Servizio 118	
3.2 Pronto Soccorso	
4 CRITICITÀ ED OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO DELLA RETE DELL'EMERGENZA	
4.1 Analisi preliminare della conformità dei PS/DEA ai requisiti minimi autorizzativi relativamente alle specialità di ricovero presenti	
4.2 Analisi comparativa dell'attività dei PS/DEA per Macroarea	
4.3 Analisi della disponibilità di posti letto per i PS/DEA	
4.4 Analisi dell'attività dei PS generali con meno di 25.000 accessi l'anno	
5 INTERVENTI PREVISTI	
5.1 Riconfigurazione dei livelli di complessità dei Pronto Soccorso della Regione Lazio e delle aree di afferenza dei DEA di II livello della rete dell'emergenza	
6 PROGRAMMA DI ATTIVAZIONE PROGRESSIVA DELLA NUOVA RETE DELL'EMERGENZA	
7 COORDINAMENTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	
8 BIBLIOGRAFIA	
9 ALLEGATI	
9.1 Stima del fabbisogno di posti letto per l'emergenza per PS/DEA aggiuntivi rispetto all'attuale dotazione complessiva dell'ospedale	
9.2 Metodo per l'individuazione del numero massimo di unità di Osservazione Breve Intensiva da attivare nel 2010 nei Pronto Soccorso della Regione Lazio	
9.3 Rimodulazione dell'offerta dei posti letto di Breve Osservazione (codice 51)..... Posti letto di Osservazione Breve (codice 51) per presidio di PS - Fonte Dati Nsis 2010..... Risultati	
9.4 Schede di attività dei PS con meno di 25 mila accessi l'anno	

La Rete per l’Emergenza Pediatrica

Premessa	
1. Dati epidemiologici dell’offerta e domanda nel Lazio	
2. Razionale del modello organizzativo	
3. Caratteristiche dei centri della rete	
3.1 Centro Spoke	
3.2 Centro Hub	
4. Modalità di accesso e trasferimento nella rete	
4.1 Trasporto Pediatrico Dedicato.....	
5. Organizzazione della rete	
6. Tempi di realizzazione e coordinamento della rete	
7. Impatto del provvedimento	
8. Bibliografia	
Allegati	
Allegato 1 - Tabelle commentate nel capitolo 1.....	
Allegato 2 - Elenco di quadri clinici destinati ad essere trattati in OBI Pediatrica.....	
Allegato 3 – Indicazioni cliniche all'utilizzo dell'ECMO.....	

1 ANALISI DELL'OFFERTA

Per far fronte alla richiesta di prestazioni di emergenza, il Sistema dell'Emergenza Sanitaria si costituisce di una fase di allarme e di due fasi di risposta, quella territoriale e quella ospedaliera.

1.1 Fase di allarme e risposta territoriale

Nella regione Lazio l'ARES118 gestisce le fasi di allarme e di risposta di emergenza sanitaria territoriale attraverso 6 Centrali Operative Provinciali – COP- (situate in ogni capoluogo di provincia), 1 Centrale operativa regionale (COR) ed un servizio di elisoccorso.

Le Centrali operative dell'ARES 118 provvedono alla gestione delle chiamate della provincia di appartenenza (ad eccezione della COP di Roma capitale che risponde alle chiamate di Roma e della provincia di Roma), all'assegnazione del relativo livello di urgenza e all'invio sul posto dei mezzi di soccorso necessari. Le CCOOPP coordinano 139 postazioni di soccorso, dislocate su tutto il territorio regionale e 186 mezzi di soccorso su ruota così articolati:

- Mezzi Sanitari di Base (MSB), con equipaggio costituito da autista, barelliere ed infermiere (n.142);
- Mezzi Sanitari Avanzati (MSA), con equipaggio costituito da autista, barelliere, infermiere e medico (n.29);
- Centri Mobili di Rianimazione (CMR) con equipaggio costituito da autista, barelliere, infermiere e medico anestesista-rianimatore (n.2);
- Auto Mediche (AM) con equipaggio costituito da infermiere e medico (n.13).

TABELLA - OFFERTA SISTEMA DI EMERGENZA TERRITORIALE ARES118

	CENTRALI OPERATIVE PROVINCIALI - CCOOPP						TOTALI REGIONE
	Roma	Provincia di Roma	Frosinone e Provincia	Latina e Provincia	Rieti e Provincia	Viterbo e Provincia	
POSTAZIONI TERRITORIALI PER COP PER TIPO DI RAPPORTO							
GESTIONE DIRETTA	26	35	14	7	6	11	99
CONVENZIONATE (CRI, altre assoc.volont.)	13	7	0	13	5	2	40
TOTALE	39	42	14	20	11	13	139
di cui Postazioni medicalizzate	10	10	5	11	1	3	40
TIPOLOGIA MEZZI DI SOCCORSO							
Mezzo Sanitario di Base (MSB)	50	41	17	11	12	11	142
Mezzo Sanitario Avanzato (MSA); Centro Mobile Rianimazione (CMR)*	8	4	5	12	0	2	31
Auto Medica	2	6	1	0	1	3	13
TOTALE	60	51	23	23	13	16	186

* 2 CMR afferiscono a COP di Roma

Le CCOOPP interagiscono con gli ospedali di destinazione, via telefonica, per il pre-allertamento dell'arrivo di pazienti considerati critici per condizioni patologiche. I mezzi di soccorso sono in contatto con le CCOOPP con canali di comunicazione punto-punto e telefonici (mediante telefonia mobile). Con il sistema di geolocalizzazione è possibile verificare in tempo reale il loro posizionamento. Ad oggi il sistema di comunicazione punto – punto e di geolocalizzazione è sviluppato parzialmente (copertura totale Roma, parziale della Provincia di Roma e delle Province). Le CCOOPP provvedono, laddove possibile, al trasferimento secondario dei pazienti critici in continuità di soccorso con il supporto della COR che si pone a raccordo tra ospedale trasferente e ospedale inviante come previsto dalla DGR n.1729/02.

L'ARES 118 provvede, mediante la COR, all'emergenza neonatale in collegamento con il sistema STEN, al trasporto sanguigno, al trasporto degli organi, nonché alla gestione dei posti letto in area critica (terapie intensive, UTIC, TIN) e al raccordo con le attività svolte dai medici addetti alla continuità assistenziale (ex guardia medica). Il servizio di elisoccorso dell'ARES118 si svolge su 3 basi operative (1 Roma, 1 Viterbo, 1 Latina) con tre elicotteri.

La provincia di Rieti è coperta in parte dalla base di Roma ed in parte da quella di Viterbo. Il recente trasferimento, giugno 2010, della base romana da Ciampino a Monterotondo ha consentito di ridurre i tempi di intervento nelle aree più a nord da 40 a circa 15 minuti. La provincia di Frosinone è invece coperta dalla Base di Latina e da quella di Roma ma i tempi di intervento possono superare i 30 minuti.

Ambedue le province presentano nel loro territorio ampie aree montuose, che determinano difficoltà ulteriori per gli operatori del soccorso soprattutto con eliambulanza. Al momento, le missioni di recupero con verricello possono essere tuttavia svolte solo dall'elicottero con base a Viterbo, con penalizzazione dell'area montuosa di Frosinone (comprendente un'ampia parte del Parco Nazionale dell'Abruzzo) che risulta difficilmente raggiungibile.

Infine, la copertura della provincia di Latina risulta carente nei periodi estivi per l'aumento della popolazione che risiede nelle località turistiche, isole pontine incluse, soprattutto nelle ore notturne.

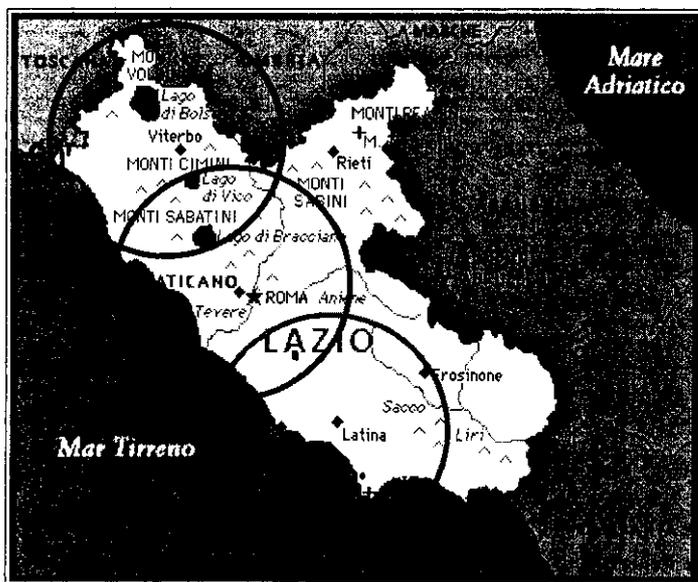
Le piazzole di atterraggio a servizio delle strutture sanitarie sede di DEAI e DEAI livello e degli ulteriori presidi sanitari regionali sono 24 e risultano carenti sia dal punto di vista del numero che delle condizioni strutturali che dell'effettiva possibilità di utilizzo. Le elisuperfici certificate ENAC per il volo diurno e notturno rappresentano solamente un terzo del totale. In alcuni casi al posto delle piazzole vengono utilizzati campi sportivi o parcheggi.

Nel Lazio esistono solo 2 ospedali sede di DEA II livello con elisuperficie funzionante H24: AO S.Camillo Forlanini e Pol. Gemelli.

Ulteriori elisuperfici saranno attivate in prossimità delle strutture sanitarie nei comuni di Acquapendente, Amatrice, Ostia, Formia e Terracina in attuazione di quanto previsto dal Decreto 65/2010.

ATTUALE COPERTURA TERRITORIALE BASI ELICOTTERO

Raggio di intervento di 20 minuti

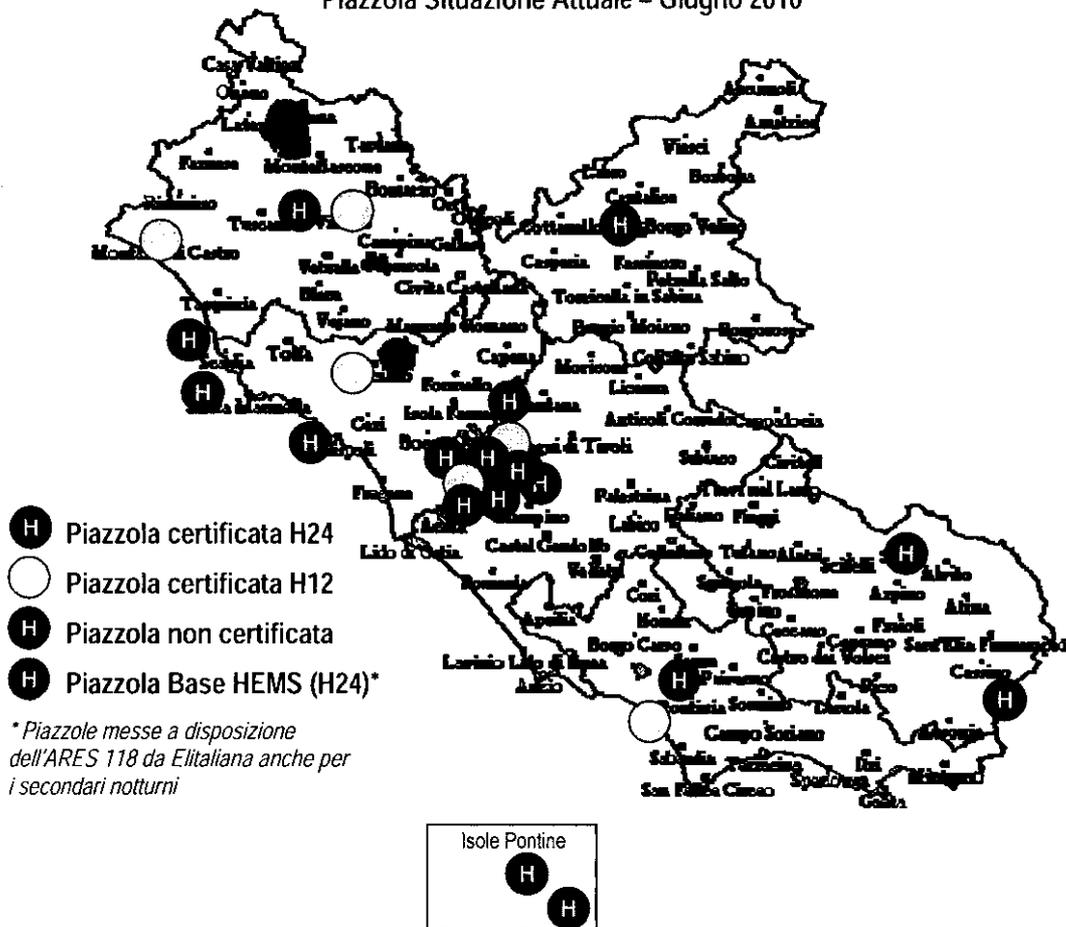


- Base Viterbo(H12)
- Base Roma (H24)
- Base Latina (H12)

Copertura notturna



LE PIAZZOLE REGIONALI CERTIFICATE ENAC A SERVIZIO DEI PRESIDII SANITARI
 Piazzola Situazione Attuale - Giugno 2010



<p>Piazzole H12:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viterbo Osp. Belcolle • Montalto di Castro Casa della salute • Roma Villa S. Pietro • Roma S. Filippo Neri • Frosinone base Agusta • Latina Osp Goretti • Bracciano Osp (<i>predisposta H24 ma non idonea</i>) 	<p>Piazzole H24:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarquinia Base Elitaliana • Roma Base Elitaliana • Latina Base Elitaliana • Viterbo Base Elitaliana • Civitavecchia Osp • Ladispoli Poliambulatorio • Rieti Osp • Roma Pertini • Roma Gemelli • Roma S. Camillo • Roma Tor Vergata • Roma Aurelia Hospital • Roma CTO • Aprilia • Cassino Osp • Sora Osp • Ponza • Ventotene
--	---

1.2 Risposta ospedaliera

La fase di risposta ospedaliera è costituita dai nodi della rete dell'emergenza della Regione Lazio che il complessivo quadro normativo in vigore (DCR 1004/94, DGR 3250/95, DGR 4238/97, DGR 424/06, DGR 420/07, DGR 169/08, Nota n. 64922_/4J 15 della Direzione Regionale Programmazione Sanitaria¹, determine della Direzione Regionale della Tutela della salute e sistema sanitario regionale dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio, atti aziendali) definisce attribuendo il relativo livello di complessità assistenziale: Pronto Soccorso (PS), Dipartimento di Emergenza e Accettazione di I livello (DEA I) e di II livello (DEA II).

Al 30 giugno 2010, la rete dell'emergenza della Regione Lazio è costituita da 53 PS/DEA (di cui 3 PS specialistici², 26 PS generali, 17 DEA di I livello³, 6 DEA di II livello, 1 DEA di II livello specialistico⁴). I DEA di II livello rappresentano il centro di riferimento per la rete delle strutture di emergenza di livello inferiore di un'area geografica definita e coincidente con il bacino di uno o più DEA di I livello (che costituiscono la struttura di base ed il perno organizzativo del sistema) e dei relativi Pronto Soccorso afferenti.

Il Decreto 5/2009 ("Ratifica intese con i soggetti privati accreditati erogatori di prestazioni per acuti definite ai sensi dei decreti commissariali 25/08 e 43/08") ha ratificato una proposta di riconversione della Casa di Cura Santa Famiglia con il mantenimento di 54 posti letto per acuti profilo monospecialistico Ostetrico-Ginecologico associati ad attività di pronto soccorso ostetrico. Nello stesso decreto si prevedeva che l'adeguamento ai requisiti organizzativi e strutturali di cui alla L.R. 4/2003 si sarebbe dovuto complessivamente concludere entro il 30 giugno 2009. La ASL RME ha tuttavia comunicato con nota 2398/C/SIOS del 26 ottobre 2009 che "la struttura non è dotata di un pronto soccorso strutturato ed inserito nella rete dell'emergenza 118 ma assicura la funzione di accettazione ostetrica h24 e relativa funzionalità del blocco parto e della sala operatoria" e che "non ha fornito alcun riscontro rispetto all'obbligo di comunicare, progressivamente, il possesso dei nuovi requisiti strutturali ed organizzativi ai sensi della nuova normativa alla ASL territorialmente competente".

Il Decreto 48/2010 ha infine previsto entro la fine del 2010 il trasferimento ad altro presidio pubblico della stessa ASL dell'attività per acuti degli ospedali di Amatrice e di Gaeta.

¹ "Attuazione DGR n. 169/08" del 30 maggio 2008

² G. Eastman (odontoiatrico), Regionale Oftalmico (oculistico) e I.C.O.T. (ortopedico)

³ Considerando che S.Eugenio e C.T.O. della ASL RMC costituiscono ad oggi insieme un DEA di I livello (DGR 420/07) fino all'attuazione di quanto previsto dal DPCA 43/08.

⁴ Bambino Gesù (pediatrico)

2 IL MODELLO ORGANIZZATIVO

Il modello per la gestione del paziente, attualmente in vigore ai sensi della DGR 420/07 e riportato nei flussi allegati, definisce i criteri di identificazione:

1. dell'ospedale di destinazione del trasporto da parte dell'ARES 118 nella fase preospedaliera in funzione di:
 - tipologia del mezzo di soccorso
 - localizzazione geografica
 - differibilità del trattamento del paziente soccorso dal 118 sulla base del triage preospedaliero
 - patologia e condizioni cliniche del paziente che possono richiedere il trattamento tempestivo presso un centro specializzato
 - affollamento, al momento del soccorso, del PS/DEA di destinazione naturale del trasporto del 118
 - volume di soccorsi simultanei che può essere determinato da una maxi-emergenza.
2. dell'ospedale di destinazione per eventuale trasferimento in emergenza in funzione di:
 - patologia e condizioni cliniche del paziente che possono richiedere il trattamento tempestivo presso un centro specializzato
 - reale disponibilità di posto letto nel DEA di riferimento, al momento del trasferimento e nello specifico reparto di specialità richiesto
 - presenza o assenza nel DEA di riferimento della specialità di reparto necessaria per il trattamento del paziente.

In linea generale i mezzi di soccorso dell'ARES 118 senza medico a bordo trasportano, a meno di necessità di stabilizzazione del paziente presso un punto di primo intervento, i pazienti al Pronto Soccorso generale più vicino della rete dell'emergenza generale. I mezzi con medico a bordo assistono il paziente e lo trasportano alla struttura assistenziale del livello di complessità più adeguato competente per area territoriale. Il pronto soccorso e i DEA di I livello indirizzano poi l'eventuale trasferimento dei pazienti alla struttura di emergenza di riferimento gerarchico superiore (DEA I per PS, DEA II per DEA I). Il DEA I può trasferire al DEA II di riferimento solo i pazienti che eccedano le sue competenze assistenziali..

Il DEA di II livello che riceve un paziente ha sempre l'obbligo di prenderlo in carico senza ulteriori trasferimenti.

L'ARES 118 può comunque, in casi eccezionali (in coincidenza di calamità, di altri eventi straordinari o di soccorso con elicottero), disporre il trasferimento del paziente mediante elicottero in DEA II livello diversi da quello competente per area territoriale⁵. E' possibile inoltre prevedere nei singoli protocolli operativi intra-area per specifiche tipologie di pazienti e con l'accordo di tutti gli attori coinvolti, il trasferimento non al DEA di II livello di riferimento ma a un DEA di I livello della stessa area dotato di peculiari specialità di ricovero o capacità assistenziali. A tali ospedali alternativi di destinazione si trasferisce parimenti l'obbligo di prendere in carico il paziente senza ulteriori trasferimenti.

Per specifiche patologie (patologie cardiologiche, ictus cerebrale acuto e trauma grave), la Regione Lazio ha definito a partire dalla DGR 420/07 reti di specialità, basate sul modello di centri di riferimento e strutture satellite Hub & Spoke. Il modello Hub & Spoke nei servizi sanitari è un modello organizzativo a reti integrate, caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza (centri hub) supportati da una rete di servizi ospedalieri o di soccorso 118 sul territorio (centri spoke) cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio a centri di riferimento, esclusivamente quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata.

Il modello integrato di gestione del paziente in emergenza stabilisce inoltre che l'ospedale di destinazione/trasferimento possa variare al verificarsi delle seguenti determinate condizioni:

⁵ Prerogativa già prevista dalla DGR 4238/97.

Fase di trasporto preospedaliero

1. Quando il trattamento ospedaliero del paziente soccorso dal 118 è differibile, sulla base del triage effettuato sul posto, il 118 verifica se l'area di intervento appartiene ad un azionamento predefinito per limitare il numero di accessi nei Pronto Soccorso che insistono sulle aree territoriali più popolate dirottandoli verso strutture limitrofe.
2. Quando il trattamento ospedaliero del paziente soccorso dal 118 non è differibile e la patologia e le condizioni cliniche del paziente richiedono il trattamento in un centro specializzato, secondo quanto definito da un Percorso Clinico Assistenziale in Emergenza PreOspedaliero (PCAE-PO), il paziente può essere trasportato direttamente alla struttura di competenza definita nella relativa Rete di centri specialistici.
3. Quando il trattamento ospedaliero del paziente soccorso dal 118 non è differibile, se la patologia e le condizioni cliniche del paziente non richiedono il trattamento in un centro specializzato, se l'ambulanza è medicalizzata o può comunicare con un medico di Centrale Operativa e se è noto che il PS/DEA di destinazione presenta un rilevante numero di triage rossi e gialli in attesa/trattamento⁶, il 118 può dirottare il mezzo verso un PS/DEA limitrofo di cui è nota la disponibilità ricettiva in pronto soccorso.

Fase di trasferimento interospedaliero

1. Quando la patologia e le condizioni cliniche del paziente richiedono il trattamento in un centro specializzato, secondo quanto definito da un Percorso Clinico Assistenziale in Emergenza in Continuità di Soccorso (PCAE-CS), il paziente può, in alternativa al DEA di II livello di riferimento per le emergenze generali, essere trasferito ad una struttura di competenza definita nelle Reti di centri specialistici allegate al presente piano o identificata da accordi tra singole Aziende del Lazio e formalizzati dalla Regione.
2. Quando il DEA competente non ha disponibilità di posto letto al momento del trasferimento ed esiste un protocollo di ricerca e certificazione della disponibilità di posto letto della stessa specialità nella Regione, il trasferimento viene orientato secondo protocollo.
3. Quando il DEA competente non ha la specialità di ricovero necessaria per il trattamento del paziente, se è stato definito un protocollo che identifica per quella specifica specialità un diverso DEA di II livello di riferimento (by-pass), il trasferimento avviene verso quest'ultimo altrimenti viene attivata una ricerca di posto letto dal PS/DEA trasferente.

Per la gestione del trasferimento del paziente critico nella rete dell'emergenza generale, la Regione Lazio ha approvato sia i criteri clinico-organizzativi (DGR 458/2002 "Criteri clinico-organizzativi per il trasferimento del paziente critico nella rete dell'emergenza") che i protocolli organizzativi (DGR n. 1729/02 "Protocolli organizzativi per il trasferimento del paziente critico nella rete dell'Emergenza").

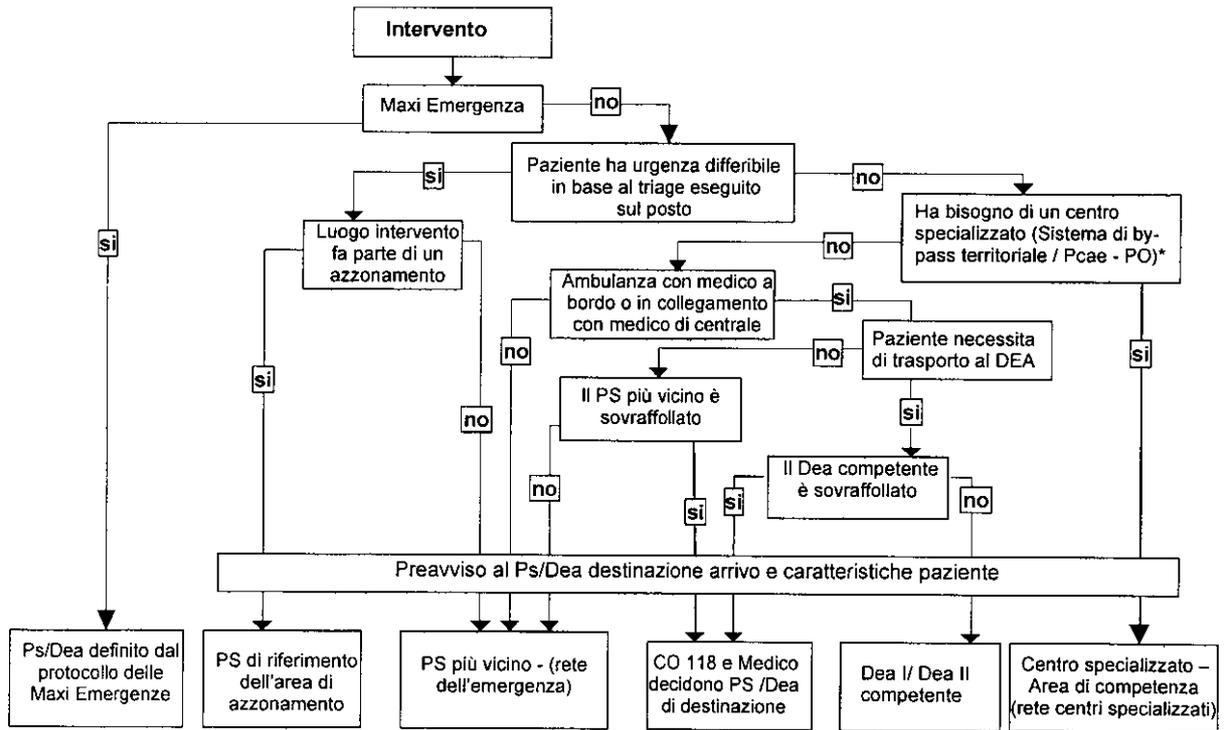
Per la gestione dei pazienti con alcune patologie critiche (infarto miocardico acuto, ictus cerebrale, trauma grave), Laziosanità, in accordo con le Società Scientifiche e l'ARES118, ha ulteriormente elaborato a partire dal 2005, attraverso la revisione sistematica delle prove scientifiche e la graduazione delle raccomandazioni per Livelli di Prova di Efficacia (I-VI) e Forza delle Raccomandazioni (A - E), i Percorsi Clinici Assistenziali in Emergenza (PCAE), successivamente formalizzati e resi operativi dalla DGR 420/07, e oggetto di continua revisione sulla base delle evidenze scientifiche.

I PCAE riportano raccomandazioni prevalentemente diagnostiche e terapeutiche per la gestione del paziente critico dal territorio al primo contatto ospedaliero (preospedaliero PCAE-PO) e, laddove necessario, per il suo trasferimento interospedaliero (in continuità di soccorso PCAE-CS) al fine di facilitare il trasporto dei pazienti critici presso il luogo di cura appropriato e quindi il trattamento più idoneo.

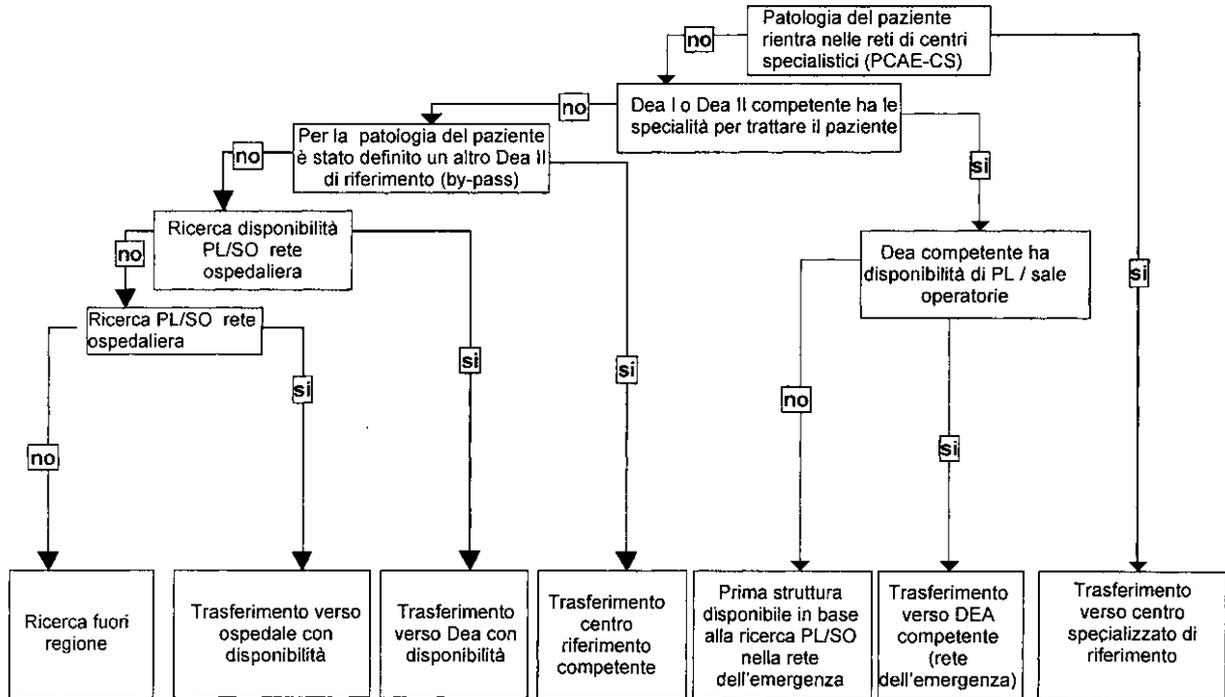
Tali raccomandazioni sono poi contestualizzate a livello di singola area da protocolli operativi redatti dai centri hub di riferimento e condivisi con i centri spoke afferenti e con l'ARES 118.

⁶ Il sistema GIPSE On Line di Laziosanità trasmette attualmente alla Centrale Operativa di Roma lo stato di affollamento di 13 PS/DEA di Roma, tra cui tutti i DEA di II livello della Capitale

Modello organizzativo - fase di trasporto preospedaliero



Modello organizzativo - fase di trasferimento interospedaliero



3 ANALISI DELL'ATTIVITÀ

3.1 Servizio 118

Nella Regione Lazio, nell'anno 2009, le chiamate gestite dalle centrali operative 118 sono state 2.688.847⁷ e di queste 1.466.870 sono state effettuate dai cittadini per richiesta di soccorso, pari a 264 chiamate ogni 1000 abitanti residenti. Alle richieste di soccorso sono seguiti 333.188 interventi corrispondenti a 345.821 missioni svolte dai mezzi di soccorso gestiti da ARES 118 (ambulanze, auto mediche, elicotteri), pari a 62 interventi ogni 1000 abitanti residenti e 1 interventi ogni 4 chiamate al 118 da parte del cittadino. Le chiamate che non sono esitate con invio del mezzo di soccorso hanno richiesto consigli telefonici (soprattutto nelle ore del giorno in cui i medici di medicina generale non sono disponibili) o sono esitate nella trasmissione della richiesta alla continuità assistenziale. Le chiamate e le missioni sono state gestite per il 70% dalle centrali operative di Roma e Roma provincia, per il 20% da Frosinone e Latina e 10% da Rieti e Viterbo.

TABELLA - DOMANDA SODDISFATTA SISTEMA DI EMERGENZA TERRITORIALE ARES118

	CENTRALI OPERATIVE PROVINCIALI - CCOOPP						TOTALI REGIONE
	Roma	Provincia di Roma	Frosinone e Provincia	Latina e Provincia	Rieti e Provincia	Viterbo e Provincia	
Popolazione Lazio a dicembre 2008 (fonte asp: http://demo.istat.it/bil2008)	2.724.347	1.385.688	496.917	545.217	159.018	315.523	5.626.710
Territorio coperto (Km2)	1.285	4067	3.244	2.251	2.749	3.612	17208
Numero di chiamate 118 totali	1.765.993		344.537	300.035	127.290	150.992	2688847
Numero di chiamate 118 da cittadino	870.026		243.181	187.825	80.405	85.433	1466870
Numero di interventi emergenza urgenza (soccorsi primari)	177.491	75.972	24.477	30.035	11.004	14.209	333188
Numero di missioni emergenza urgenza (più mezzi su uno stesso intervento)	180.611	79.903	24.485	31.007	11.112	18.703	345821
Rapporto Numero di interventi per chiamata da cittadino	5	11	10	6	7	6	4

Per quanto riguarda gli interventi, la "casa" e la "strada" sono stati i luoghi dell'evento più frequenti rispettivamente con il 50% e 29% dei casi. I soccorsi sul posto hanno riguardato per il 30% traumi, 10% patologie cardiocircolatorie, 7% patologie respiratorie e 5% patologie neurologiche. Nel 63 % dei casi il codice di criticità presunta assegnato dal personale di Centrale operativa è stato "giallo", nel 23% "verde", nel 11% "rosso", nel 3% "bianco". Il 52% dei pazienti soccorsi è stato di sesso maschile. Il 3% del totale dei pazienti soccorsi ha avuto età fino a 14 anni, il 40% tra 15 e 64 anni ed il 57% più di 65 anni.

I soccorsi sono stati effettuati nell'85% dei casi da Mezzi di Soccorso di Base. Nel 2% dei casi è stato effettuato un rendez vous con mezzo medicalizzato, con un ampio range tra l'area di Roma 0,62% e quella di Viterbo 17%.

Le missioni esitate con trasporto in ospedale sono state 205.396 di cui 201.913 presso PS/DEA interni alla Regione Lazio.

I trasporti secondari di pazienti critici in continuità di soccorso, nel 2009, sono stati circa 9000 svolti per il 60% dalla COP di Latina, il 37% dalla COP di Frosinone e il 3% dalla COP di Rieti e COP di Viterbo. Tali trasporti sono avvenuti prevalentemente nell'ambito della stessa provincia di competenza per quanto riguarda la COP di Latina, mentre il 17% dei trasporti gestiti dalla COP di Frosinone sono stati diretti verso il Policlinico Umberto I.

⁷ Fonte ARES 118

Il servizio di elisoccorso è stato attivato per circa 1600 richieste di soccorso di cui il 33% per trasporto secondario interospedaliero. Il 48% ha riguardato pazienti con patologie traumatiche, di cui il 20% con politrauma, il 13% con patologia cardiaca e il 12% con patologia neurologica (prevalentemente ictus emorragici). Il codice di gravità all'arrivo sul posto è risultato "rosso" per il 53% dei casi, "giallo" per il 37%, "verde" per il 2%, "bianco" per l'1%. Nel 7% dei casi all'arrivo è stato trovato un paziente già deceduto. Gli ospedali di destinazione dei trasferimenti secondari sono stati prevalentemente il Pol. Gemelli (30%), il Pol. Umberto I (23%) e l'AO S.Camillo Forlanini (11%).

La COR nel 2009 ha gestito e portato a termine complessivamente 12.000 richieste di posti letto in area critica ed ha inoltre contribuito alla gestione di 2000 trasferimenti neonatali nell'ambito delle TIN.

3.2 Pronto Soccorso

Nella Regione Lazio, nell'anno 2009, sono stati registrati 2.134.953⁸ accessi in pronto soccorso di cui 1.979.674 (92,7%) di residenti (tasso grezzo 351 accessi in PS per 1000 abitanti).

Circa il 50,4% (1.077.060 accessi) dei pazienti che accedono in Pronto Soccorso è di sesso maschile. La fascia d'età più frequente per entrambi i sessi è quella tra 15 e 44 anni (42,8%), seguita dalla fascia 65+ (21,4%), dalla fascia 45-64 anni (20,2%) e infine dalla fascia tra 0-14 anni (15,7%).

In circa il 12,4% degli accessi l'utenza ha fatto ricorso al servizio di soccorso dell'ARES 118 (ambulanza 118 – 10,9%, ambulanza pubblica 1,5%) mentre la modalità più frequente è stata quella dell'arrivo con mezzo proprio (83,2%).

La distribuzione dei codici colore assegnati al triage indica che il 19% degli accessi ha presentato un'alta urgenza (rosso 1,3%, giallo 17,7%), il 71,9% una urgenza differibile (verde) e l'8,4% nessuna urgenza (bianco).

La patologia più frequente diagnosticata in Pronto Soccorso è rappresentata dai "traumatismi ed avvelenamenti" (29,5%), seguita da "sintomi, segni e stati morbosi mal definiti" (19,1%), "malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo" (6,7%), "malattie del sistema nervoso e organi di senso" (6,5%), "malattie dell'apparato respiratorio" (5,7%), "malattie del sistema circolatorio" (5,1%).

Il 69% dei pazienti viene dimesso a domicilio, il 15,5% viene ricoverato nell'ospedale del PS/DEA, il 1,7% viene trasferito in altro ospedale, il 6,3% rifiuta il ricovero, mentre il 7,2% si allontana dal Pronto Soccorso prima di aver concluso l'iter assistenziale.

⁸ Fonte Sistema Informativo Emergenza Sanitaria (SIES) – Laziosanità ASP

4 CRITICITÀ ED OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO DELLA RETE DELL'EMERGENZA

L'analisi dell'attività di emergenza dai dati dei sistemi informativi sanitari regionali (fonte Laziosanità-ASP e ARES 118) ed il confronto con gli operatori del settore hanno evidenziato i seguenti punti di attenzione nell'ambito di un processo di riorganizzazione del sistema dell'emergenza:

- frequente ricorso del cittadino al sistema 118 anche in casi di non "emergenza" sia per scarsa conoscenza delle finalità del sistema sia per mancata risposta da parte della medicina generale e degli altri servizi distrettuali, con conseguente impegno degli operatori sanitari a gestire tali tipologie di chiamate che ritardano la risposta a richieste di reale emergenza;
- scarso ricorso al sistema 118 da parte di pazienti affetti da patologie critiche (infarto miocardico, ictus, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria ecc.), attribuibile almeno in parte al mancato riconoscimento della condizione di gravità da parte del cittadino, con conseguente difficoltà di indirizzare immediatamente l'assistito verso i centri specializzati;
- bassa medicalizzazione dei soccorsi a pazienti critici (rosso-gialli) in quanto la flotta di mezzi di soccorso di terra è costituita per l'87% da Mezzi di Soccorso di Base. I 44 mezzi medicalizzati dell'ARES 118 costituiscono il 13% dell'intera flotta dei mezzi di soccorso). Tale circostanza determina inoltre difficoltà anche per effettuare trasferimenti in continuità di soccorso da Pronto Soccorso ai DEA di I o II livello quando la presenza del medico è indispensabile;
- la disattivazione dell'attività per acuti presso presidi ospedalieri che, per collocazione geografica, potrebbero comunque mantenere una funzione di punto di primo intervento;
- la disomogenea distribuzione dei punti di offerta di PS/DEA rispetto alla distribuzione attuale e prospettica della popolazione residente con particolare riferimento alla Macroarea 2 individuata dal Decreto 48/2010 (ASL RMB, ASL RMC, AS RMH distretti 1,2,3,5);
- i tempi di intervento per l'elicottero nella province di Frosinone e Rieti per insufficiente copertura dalle attuali basi di elisoccorso ed insufficiente e disomogenea distribuzione sul territorio laziale delle elisuperfici a servizio delle strutture ospedaliere;
- sosta dei mezzi di soccorso ben oltre i tempi definiti "fisiologici" (30 minuti) presso alcuni PS/DEA della zona nord – est della capitale che impedisce agli stessi di intervenire per lungo tempo su altri interventi sguarnendo al tempo stesso le zone di competenza⁹;
- la presenza di diversi PS con volume di attività inferiore ai 25.000 accessi annui¹⁰;
- la mancanza di conformità di alcuni DEA di I livello e di II livello rispetto ai requisiti autorizzativi di cui alla DGR 424/06;
- la mancata attivazione a livello regionale delle Osservazioni Breve Intensive di cui alla DGR 946/07;
- la carenza di posti letto, soprattutto di area medica, che determina per alcuni Pronto Soccorso:
 - la necessità di trasferimenti sistematici verso case di cura accreditate
 - lo stazionamento (*boarding*) in barella all'interno dei PS/DEA di quote consistenti di pazienti che necessitano di ricovero oppure il loro ricovero sempre in barella e sempre in ambito di PS/DEA;

⁹ nel 2009 a Roma circa 60.000 soccorsi hanno richiesto una sosta delle ambulanze in Pronto Soccorso superiore ai 30 minuti, stabilito come limite massimo dall'Ordinanza del Presidente della Regione Lazio n. 20011 del 04/11/2009. Ciò ha causato più di 200.000 ore di "fermo ambulanza" in pronto soccorso, durante le quali le ambulanze non hanno potuto essere impiegate per i soccorsi sul territorio. Gli ospedali con più di 10.000 ore di sosta "non fisiologica" sono risultati essere l'ospedale S.Pertini, Policlinico Casilino, Policlinico Umberto I.

¹⁰ Nell' Accordo del 25/10/2001 tra il Ministero della Salute, le regioni e le province autonome sul documento di Linee-guida sul sistema di Emergenza sanitaria Concernente: "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria" (G.U. N. 285 del 7.12.2001) si stabilisce che a livello ospedaliero la funzione di triage deve essere attivata in tutte le unità operative di pronto soccorso - accettazione ed in ogni caso e continuamente in quei presidi con oltre 25.000 accessi per anno. Nella DGR 424/06 si stabilisce che qualora un PS abbia più di 25000 accessi il numero di medici presenti deve essere pari a quelli di un DEA di I livello.

- la necessità di garantire ai Pronto Soccorso un ruolo concreto nel governo della disponibilità dei posti letto del complesso ospedaliero in accordo con le Direzioni Sanitarie dando piena attuazione a quanto già previsto dalla DGR 821/2009 ("Interventi per il miglioramento dell'efficacia ed efficienza nelle attività di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri della Regione Lazio. Individuazione delle funzioni del <Facilitatore dei processi di ricovero e dimissione>");
- le difficoltà di accesso ai posti letto di terapia intensiva (specialità codice 49);
- la difficoltà nell'individuare gli attori e le risorse necessarie a garantire i trasferimenti dalle strutture satellite verso i centri di riferimento ed il back transport (Rientro dei pazienti) dai centri di riferimento verso i centri satellite dopo l'effettuazione della procedura di alta specialità;
- la necessità di assicurare ai DEA di II livello il mandato di governare la propria area di riferimento attraverso la definizione di protocolli di rete condivisi e l'accesso continuo ai dati sullo stato di occupazione dei posti letto e dello stato di affollamento dei Pronto Soccorso;
- l'opportunità che alcuni DEA di I livello, in special modo quelli non situati a Roma e Provincia, garantiscano analogamente al S.Maria Goretti di Latina un'offerta equivalente a quella prevista dai requisiti minimi autorizzativi ex DGR 424/06 e s.m.i. di un DEA di II livello¹¹, anche in considerazione delle difficoltà già illustrate di effettuazione dei trasferimenti secondari in continuità di soccorso;
- la necessità di implementare un sistema di monitoraggio continuo e di valutazione dell'efficacia del trattamento sanitario in pronto soccorso;
- l'esigenza di garantire la presenza di adeguate risorse sia nei PS/DEA di Roma che di Provincia ed una formazione continua al personale di Pronto Soccorso;
- l'opportunità di attivare attraverso la piattaforma informatizzata regionale GIPSE la visibilità incrociata tra PS/DEA relativamente ai pazienti oggetto di trasferimento interospedaliero;
- la necessità di garantire, anche attraverso l'interscambio di personale, una concreta sinergia tra i centri di riferimento e le strutture satellite di ciascuna macroarea;
- l'assenza di una rete specialistica per l'assistenza ai pazienti pediatrici (29gg-14 anni);

Relativamente alle criticità elencate si riportano alcuni approfondimenti relativamente a

- analisi preliminare della conformità dei PS/DEA ai requisiti minimi autorizzativi relativamente alle specialità di ricovero presenti, nelle more del processo di nuova autorizzazione ex L.R. 4/2003 e DGR 424/06 e s.m.i.;
- analisi comparativa dell'attività dei PS/DEA per macroarea;
- analisi della disponibilità di posti letto per i PS/DEA;
- analisi dell'attività dei PS con meno di 25.000 accessi l'anno;

¹¹ fatta eccezione per quanto già regolamentato con il Decreto 56/2010.

4.1 Analisi preliminare della conformità dei PS/DEA ai requisiti minimi autorizzativi relativamente alle specialità di ricovero presenti

I requisiti minimi autorizzativi per le strutture afferenti alla rete dell'emergenza sono attualmente definiti dalla DGR 424/06 ("Legge regionale 3 marzo 2003 n. 4 Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e sociosanitarie") e successive modificazioni e integrazioni.

Ai sensi della DGR 424/06 le strutture deputate all'emergenza-urgenza sono articolate secondo le seguenti tipologie:

- Pronto Soccorso ospedaliero (PS);
- Dipartimento di Emergenza e Accettazione di I livello (DEA I)
- Dipartimento di Emergenza e Accettazione di II livello (DEA II)
- Concorrono inoltre alla rete dell'emergenza i Punti di Primo Intervento.

Un'analisi incrociata tra i dati NSIS (agg. 30 giugno 2010) ed i requisiti relativi alla presenza di specifiche specialità di ricovero ha evidenziato, in riferimento ai livelli di complessità di cui alla DGR 169/08 e successivi provvedimenti attuativi tra cui la Nota n. 64922_J4J 15 della Direzione Regionale Programmazione Sanitaria, quanto di seguito riportato:

- l'assenza del reparto di pediatria (requisito per DEA di I livello¹²) presso S.Giovanni Calibita, Vannini, S. Spirito, Aurelia Hospital, S. Giovanni, S. Filippo Neri;
- l'assenza del reparto di UTIC (requisito per DEA di I livello) presso l'ospedale Paolo Colombo di Velletri;
- l'assenza del reparto di cardiocirurgia (requisito parziale per DEA di II livello) presso il S.Maria Goretti, il S.Giovanni ed il S. Filippo Neri¹³;
- l'assenza del reparto di chirurgia toracica (requisito parziale per DEA di II livello) presso il S.Maria Goretti ed il S.Giovanni;
- l'assenza del reparto di nefrologia presso il S.Filippo Neri e il S.Giovanni¹⁴;
- l'assenza del reparto di terapia intensiva neonatale presso il S.Maria Goretti la cui attivazione è stata tuttavia già prevista dal DPCA 56/2010;
- la presenza di soli posti letto diurni delle specialità di psichiatria presso il Pol. Gemelli e di riabilitazione al Polo Latina Nord.

Da una survey preliminare effettuata a luglio 2010 presso le Aziende Sanitarie del Lazio risulta la presenza della radiologia vascolare in tutti i DEA di II livello e della neuroradiologia in tutti i DEA di II livello ad eccezione del Pol. Umberto I.

La stroke unit risulta presente in tutti i DEA di II livello e per la numerosità della dotazione andrà fatto riferimento a quanto previsto dallo specifico Piano regionale di riorganizzazione della Rete per l'assistenza ai pazienti con ictus cerebrale

Ulteriori valutazioni potranno essere effettuate a seguito del completamento della verifica dei dati NSIS di cui al decreto 63 del 14 luglio 2010. Peraltro per la conferma della presenza della terapia intensiva polivalente sarà necessaria la classificazione dell'attuale offerta di posti letto di specialità codice 49.

I dati riportati nel presente piano non costituiscono a nessun titolo il riconoscimento di attività sanitarie che non siano formalmente autorizzate e accreditate secondo la normativa vigente.

¹² L'atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992, pubblicato sulla GU 114 del 17 maggio 1996, stabilisce che quanto riguarda l'ostetricia-ginecologia e la pediatria nei DEA di I livello gli interventi possono essere garantiti anche attraverso dipartimenti interospedalieri o interaziendali. A tal riguardo va fatto riferimento a quanto previsto dallo specifico Piano di riorganizzazione della Rete dell'emergenza pediatrica.

¹³ Specialità di ricovero soppressa dal DPCA 43/2008.

¹⁴ Presso il S.Giovanni risulta tuttavia attivo il centro dialisi (fonte Rapporto anno 2008 – Registro dialisi Lazio)

Dotazione delle Specialità necessarie per un DEA di I livello (e di II livello) come da DGR 424/06 e s.m.i. - fonte NSIS al 30 giugno 2010

ASL	Codice	Istituto	Comune	Livello di Emergenza - ex DGR 163/06 ¹⁵	Macro area	Specialità						
						Medicina Generale	Chirurgia generale	Ostetricia e Ginecologia	Pediatria	Cardiologia con UTIC	Ortopedia e Traumatologia	Terapia Intensiva
101	07200	San Giovanni Calibita - FBF	Roma	DEA I	1	x	x	x		x	x	x
102	26700	Sandro Pertini	Roma	DEA I	2	x	x	x	x	x	x	x
103	06600	Sant' Eugenio - CTO	Roma	DEA I	2	x	x	x	x	x	x	x
103	07600	Madre Giuseppina Vannini	Roma	DEA I	2	x	x	x		x	x	x
104	06100	Giovanni Battista Grassi	Roma	DEA I	3	x	x	x	x	x	x	x
105	02600	Santo Spirito	Roma	DEA I	4	x	x	x		x	x	x
105	07100	San Pietro - FBF	Roma	DEA I	4	x	x	x	x	x	x	x
105	18000	Aurelia Hospital	Roma	DEA I	4	x	x	x		x	x	x
106	04500	San Paolo	Civitavecchia	DEA I	4	x	x	x	x	x	x	x
107	05300	San Giovanni Evangelista	Tivoli	DEA I	1	x	x	x	x	x	x	x
108	04300	Generale Provinciale	Anzio	DEA I	3	x	x	x	x	x	x	x
108	05400	Civile di Velletri	Velletri	DEA I	2	x	x	x	x	no utic	x	x
108	27100	Belcolle	Viterbo	DEA I	4	x	x	x	x	x	x	x
110	01900	San Camillo de Lellis	Rieti	DEA I	4	x	x	x	x	x	x	x
111	20601	Duino Svizzero	Formia	DEA I	3	x	x	x	x	x	x	x
112	21600	Umberto I	Frosinone	DEA I	1	x	x	x	x	x	x	x
	22800	Gamma de Bosis	Cassino	DEA I	1	x	x	x	x	x	x	x
111	20001	S. Maria Goretti	Latina	DEA II	3	x	x	x	x	x	x	x
901	90100	San Camillo - Forlanini	Roma	DEA II	3	x	x	x	x	x	x	x
902	90200	San Giovanni	Roma	DEA II	2	x	x	x		x	x	x
903	90300	San Filippo Neri	Roma	DEA II	4	x	x	x		x	x	x
905	90500	A. Gemelli	Roma	DEA II	4	x	x	x	x	x	x	x
906	90600	Policlinico Umberto I	Roma	DEA II	1	x	x	x	x	x	x	x

¹⁵ e successivi provvedimenti attuativi

Dotazione delle Specialità necessarie per un DEA di II livello come da DGR 424/06 e s.m.i. - fonte NSIS al 30 giugno 2010

Codice	Istituto	Comune	Livello di Emergenza - ex DGR 169/08 ¹⁶	Macro Area	Specialità											
					Cardiologia	Chirurgia Toracica	Chirurgia Vascolare	Nefrologia	Neonatalogia	Neurochirurgia	Oculistica	Otorinolaringoiatria	Psichiatria	Terapia Intensiva Neonatale	Urologia	Riabilitazione (Codice 56)
200	Santa Maria Goretti	Latina	DEA II	3			x	x	x	x	x	x	x	x ¹⁷	x	x (dh)
901	San Camillo-Forlanini	Roma	DEA II	3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
902	San Giovanni	Roma	DEA II	2			x	F ¹⁸	x	x	x	x	x	x	x	x
903	San Filippo Neri	Roma	DEA II	4	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
905	A. Gemelli	Roma	DEA II	4	x	x	x	x	x	x	x	x	x (dh)	x	x	x
906	Policlinico Umberto I	Roma	DEA II	1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

¹⁶ e successivi provvedimenti attuativi¹⁷ attivazione prevista dal Decreto 56/2010¹⁸ presente centro dialisi

4.2 Analisi comparativa dell'attività dei PS/DEA per Macroarea

In tabella si riporta l'analisi dei dati di attività per adulti (età > 14 anni), per ciascuna Macroarea e per singolo soggetto erogatore, effettuata sulla base di specifici indicatori:

- Numero di accessi in PS pesati per codice triage. Tale indicatore descrive il carico assistenziale in base sia ai volumi di attività che all'urgenza della casistica, di cui il triage rappresenta una misura proxy affidabile. I pesi (Rosso= 6, Giallo=2, Verde=1, Bianco=0.25, Non eseguito=0) sono stati individuati in funzione delle tariffe di remunerazione dell'attività di emergenza di cui alla DGR 175/2008;
- Rapporto tra il numero di trasferimenti effettuati verso altri PS/DEA della rete dell'emergenza e numero di arrivi a seguito di trasferimento da altro PS/DEA della rete dell'emergenza. Tale indicatore rappresenta un indice di attrazione e descrive, al di là del livello di complessità normativo, il ruolo effettivo di riferimento e di filtro per gli altri nodi della rete dell'emergenza;
- Peso medio DRG dei ricoveri effettuati a pazienti provenienti dalla rete dell'emergenza (da proprio pronto soccorso o da pronto soccorso di altro PS/DEA). Tale indicatore descrive la complessità della casistica in emergenza tratta in regime di ricovero ospedaliero.

Dall'analisi si possono trarre le seguenti considerazioni:

Macroarea 1

- Il Policlinico Umberto I presenta il più alto volume di accessi pesati, il migliore indice di attrazione ed la più elevata complessità per i ricoveri in emergenza;
- L'ordinamento decrescente per volume di accessi pesati per triage corrisponde al livello di complessità fissato dalla DGR 169/08;
- Tra i DEA di I livello il S. Giovanni Calibita presenta una complessità dei ricoveri in emergenza inferiore a quella di molti PS della stessa macroarea;
- I PS di Monterotondo e Palestrina presentano indici di fuga molto elevati.

Macroarea 2

- Il S. Pertini presenta un volume di accessi pesati di poco più elevato del DEA di II livello che insiste nella stessa Macroarea, pur disponendo della metà dei posti letto di degenza;
- Il S. Giovanni Addolorata presenta un volume di accessi pesati superiore al S. Eugenio ed una paragonabile complessità dei ricoveri in emergenza;
- Sia il Pol. Casilino che il Pol. Tor Vergata, che sono classificati come PS, presentano un volume di accessi superiore a quelli del Vannini (DEA di I livello);
- Il Pol. Tor Vergata presenta un elevato peso medio di ricovero in emergenza;
- L'ospedale Paolo Colombo di Velletri, pur essendo classificato come DEA di I livello, presenta il più basso volume di accessi pesato della macroarea ed un elevato indice di fuga.

Macroarea 3

- Il S. Camillo Forlanini presenta il più alto volume di accessi pesati, il migliore indice di attrazione e la più elevata complessità per i ricoveri in emergenza;
- L'ordinamento decrescente per volume di accessi pesati per triage corrisponde al livello di complessità fissato dalla DGR 169/08;
- I PS di Terracina e Aprilia presentano indici di fuga molto elevati.

Macroarea 4

- Il Pol. Gemelli presenta il più alto volume di accessi pesati, il migliore indice di attrazione e la seconda più elevata complessità per i ricoveri in emergenza dopo il S. Andrea;

- L'ordinamento decrescente per volume di accessi pesati per triage corrisponde al livello di complessità fissato dalla DGR 169/08, fatta eccezione per il S.Filippo Neri (DEA II) che presenta un volume pesato inferiore sia al S.Andrea (PS) che a Belcolle di Viterbo (DEA I);
- Il PS di Bracciano presenta un indice di fuga particolarmente elevato;
- Il Cristo Re presenta, unico a Roma, un volume di accessi inferiore ai 25.000 annui con un basso peso medio DRG dei ricoveri dall'emergenza (0.73), dati condizionati dalla vocazione ostetrico-ginecologica dell'ospedale.

Indicatori di attività di emergenza (età > 14 anni) - anno 2009

Macroarea 1							
ASL	CODICE	ISTITUTO	Livello di Emergenza - ex DGR 169/08	Accessi	Accessi pesati per triage	Trasferimenti verso ps_dea/arrivi da ps_dea	Peso medio DRG dall'emergenza
906	906	Policlinico Umberto I (Roma)	DEA II	104.524	114.752	0,1	1,16
112	216	Umberto I (Frosinone)	DEA I	44.900	59.220	0,4	0,85
107	053	San Giovanni Evangelista (Tivoli)	DEA I	32.690	47.684	1,9	0,95
101	072	San Giovanni Calibita - FBF (Roma)	DEA I	39.064	46.334	1,5	0,78
112	228	Gemma de Bosis (Cassino)	DEA I	32.023	37.394	1,6	0,95
107	046	Parodi Delfino (Colleferro)	PS	26.716	33.494	0,7	0,89
107	051	Coniugi Bernardini (Palestrina)	PS	25.645	32.372	42,4	0,88
112	226	Santissima Trinita' (Sora)	PS	24.661	32.272	4,4	0,89
101	034	George Eastman	PS	25.347	24.835	4,0	0,73
107	049	Santissimo Gonfalone (Monterotondo)	PS	22.198	24.258	73,5	0,87
112	217	San Benedetto (Alatri)	PS	20.093	22.192	4,0	0,76
112	225	Pasquale Del Prete (Pontecorvo)	PS	14.923	17.076	0,9	0,90
112	218	Civile di Anagni (Anagni)	PS	12.723	15.998	0,4	0,84
107	052	Angelucci (Subiaco)	PS	9.794	12.439	1,2	0,98

Macroarea 2							
ASL	CODICE	ISTITUTO	Livello di Emergenza - ex DGR 169/08	Accessi	Accessi pesati per triage	Trasferimenti verso ps_dea/arrivi da ps_dea	Peso medio DRG dall'emergenza
102	267	Sandro Pertini (Roma)	DEA I	67.649	82.035	1,9	1,10
902	902	San Giovanni Addolorata (Roma)	DEA II	65.789	81.906	0,4	1,11
103	066	San' Eugenio (Roma)	DEA I	53.126	62.829	1,0	1,13
920	920	Policlinico Tor Vergata (Roma)	PS	50.002	62.777	1,1	1,46
102	165	Policlinico Casilino (Roma)	PS	54.597	61.783	2,8	1,08
103	076	Madre Giuseppina Vannini (Roma)	DEA I	41.197	51.674	0,5	1,07
108	04401	San Giuseppe (Albano Laziale)	PS	30.447	39.521	3,4	0,85
103	058	C.T.O. (Roma)	DEA I	33.065	34.769	0,9	1,27
108	047	San Sebastiano Martire (Frascati)	PS	27.436	33.709	2,8	0,94
108	054	Paolo Colombo (Velletri)	DEA I	25.293	33.650	12,5	0,95

Macroarea 3							
ASL	CODICE	ISTITUTO	Livello di Emergenza - ex DGR 169/08	Accessi	Accessi pesati per triage	Trasferimenti verso ps_dea/arrivi da ps_dea	Peso medio DRG dall'emergenza
901	901	San Camillo- Forlanini (Roma)	DEA II	78.779	100.476	0,2	1,27
111	200	Polo Latina Nord (Latina)	DEA II	68.086	70.996	0,3	1,02
104	061	Giovanni Battista Grassi (Roma)	DEA I	47.293	67.961	3,9	0,96
111	20601	Dono Svizzero (Formia)	DEA I	35.018	44.393	*	*
108	043	Generale Provinciale (Anzio)	DEA I	34.714	42.478	5,7	1,07
111	215	Citta' di Aprilia (Aprilia)	PS	31.815	38.131	21,3	0,83
111	20401	A. Florini (Terracina)	PS	29.033	34.657	**	**
108	134	Sanf Anna (Pomezia)	PS	23.298	24.339	8,1	0,98
111	20402	San Giovanni di Dio (Fondi)	PS	19.893	19.423	**	**
111	21201	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	PS	15.332	14.467	0,1	1,06
111	20602	Civile di Gaeta (Gaeta)	PS	11.476	10.088	*	*

* Per il polo Formia-Gaeta il rapporto "Trasferimenti verso PS/DEA su Arrivi da PS/DEA" è pari a 0.2 mentre il peso medio DRG dall'emergenza è pari a 1.11.

** Per il polo Terracina-Fondi il rapporto "Trasferimenti verso PS/DEA su Arrivi da PS/DEA" è pari a 50.7 mentre il peso medio DRG dall'emergenza è pari a 0.87.

Macroarea 4							
ASL	CODICE	ISTITUTO	Livello di Emergenza - ex DGR 169/08	Accessi	Accessi pesati per triage	Trasferimenti verso ps_dea/arrivi da ps_dea	Peso medio DRG dall'emergenza
905	905	A. Gemelli (Roma)	DEA II	63.356	81.482	0,2	1,18
105	919	S.Andrea (Roma)	PS	44.562	56.158	3,5	1,34
109	271	Belcolle (Viterbo)	DEA I	41.422	55.734	0,5	1,10
903	903	San Filippo Neri (Roma)	DEA II	37.223	53.796	0,2	1,13
110	019	San Camillo de Lellis (Rieti)	DEA I	33.277	44.541	***	***
105	071	San Pietro - FBF (Roma)	DEA I	41.166	43.880	0,7	0,78
106	045	San Paolo (Civitavecchia)	DEA I	27.094	36.892	1,3	0,88
105	026	Santo Spirito (Roma)	DEA I	36.021	36.873	0,1	1,07
105	180	Aurelia Hospital (Roma)	DEA I	24.998	34.271	0,1	1,04
105	030	Regionale Oftalmico	PS	39.520	33.385	2,7	0,77
105	073	San Carlo di Nancy (Roma)	PS	25.598	30.107	8,9	1,05
106	059	Civile di Bracciano (Bracciano)	PS	17.267	19.520	24,1	0,90
109	007	Civile di Tarquinia (Tarquinia)	PS	15.523	17.693	1,7	0,86
109	003	Andosilla (Civitacastellana)	PS	15.481	17.268	2,0	0,97
105	074	Cristo Re (Roma)	PS	15.432	16.318	0,5	0,73
110	01902	Marzio Marini (Magliano Sabina)	PS	6.771	8.403	***	***
109	002	Civile di Acquapendente (Acquapendente)	PS	5.793	5.934	0,8	0,97
110	01903	Francesco Grifoni (Amatrice)	PS	3.077	3.239	***	***

*** Per il polo integrato di Rieti il rapporto *Trasferimenti verso PS/DEA su Arrivi da PS/DEA* è pari a 1.7 mentre il peso medio DRG dall'emergenza è pari a 1.01.

4.3 Analisi della disponibilità di posti letto per i PS/DEA

L'analisi della dotazione di posti letto per acuti ordinari per Macroarea evidenzia una disomogenea distribuzione degli stessi.

Macroarea ex DPCA 48/2010	Posti letto NSIS (30 giugno 2010) acuti ordinari presso PS/DEA	Popolazione ISTAT al 1 gennaio 2009	Rapporto per 1000 abitanti
1	3.191	1.455.872	2,19
2	3.019	1.566.730	1,93
3	2.561	1.302.151	1,97
4	5.133	1.301.957	3,94
Totale	13.904	5.626.710	2,47

La carenza di posti letto, in particolare nelle Macroaree 2 e 3 e specificamente per l'area medica, determina la necessità continua di trasferimento dei pazienti verso altri presidi di ASL e case di cura accreditate senza Pronto Soccorso, con conseguente disagio sia per il paziente che per gli operatori di PS.

Diversi studi effettuati negli anni hanno infatti evidenziato che in alcuni ospedali del Lazio vi sia un fabbisogno aggiuntivo di posti letto dedicati all'emergenza non reperibili dalla riduzione dell'offerta già esistente per l'elezione ma da aggiungersi all'attuale dotazione complessiva di posti letto.

Si è pertanto identificato, attraverso il metodo riportato in Allegato del presente piano di riorganizzazione, un fabbisogno di 111 posti letto per acuti¹⁹: 96 posti letto nella Macroarea 2 e 15 posti letto nella Macroarea 3 la cui allocazione sarà definita nel complessivo Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera.

Si rappresenta che tale fabbisogno rappresenta il numero minimo di posti letto da attivare e che ulteriori interventi potranno essere adottati nell'ambito del piano per il riequilibrio territoriale dell'offerta ospedaliera previsto dal Decreto 48/2010.

Il Decreto 5/2009 ha inoltre ratificato l'intesa di riconversione per la Casa di Cura Salus di Viterbo prevedendo la riduzione dei posti letto per acuti dagli attuali 48 a 20 con la contestuale attivazione di 5 posti letto di hospice. Il Decreto specifica inoltre tuttavia che tale riduzione, da attuarsi entro il 31 dicembre 2009, sarebbe rimasta sospesa fintanto che i posti letto della Casa di Cura fossero rimasti funzionali all'Ospedale di Belcolle che, ai sensi di convenzioni stipulate dalla ASL competente, utilizza tali posti letto in parte come medicina generale.

Analizzando i dati del reparto di Medicina Generale emerge che nel 2009 sono state registrate 512 dimissioni per un totale di 10328 giornate di degenza, di cui il 91.6% proveniente da PS. Assumendo un indice di occupazione del 90% si calcola pertanto un fabbisogno di posti letto di Medicina Generale per l'Ospedale di Belcolle pari a 28 unità, da attivarsi presso l'ospedale di Belcolle contestualmente all'interruzione della convenzione stipulata.

4.4 Analisi dell'attività dei PS generali con meno di 25.000 accessi l'anno

Il documento di Linee-guida sul sistema di Emergenza sanitaria Concernente: "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria" (G.U. N. 285 del 7.12.2001) stabilisce che a livello ospedaliero la funzione di triage deve essere attivata in tutte le unità operative di pronto soccorso - accettazione ed in ogni caso e continuamente in quei presidi con oltre 25.000 accessi per anno. Nella DGR 424/06 si stabilisce inoltre che qualora un PS abbia più di 25000 accessi il numero di medici presenti deve essere pari a quelli di un DEA di I livello.

L'analisi dei dati di attività dei PS con meno di 25.000 accessi complessivi registrati nel 2009 è stata effettuata sulla base di specifici indicatori:

¹⁹ la suddetta dotazione è da intendersi dedicata esclusivamente alle richieste di ricovero provenienti da Pronto Soccorso e non utilizzabile per attività di elezione. I posti letto attivati vanno accorpati a reparti preesistenti. In virtù delle suddette attivazioni non è possibile inoltre per i 5 ospedali indicati ridurre la disponibilità per il Pronto Soccorso dei posti letto pre-esistenti.

- volume di accessi;
- % di accessi in PS con esito ricovero;
- % codici bianchi sul totale degli accessi (rappresenta indirettamente una misura della quota parte di attività direttamente gestibile dai servizi di medicina di base);
- tempo medio di permanenza in PS (rappresenta indirettamente una misura della capacità di risposta del pronto Soccorso in termini complessivi di tempo di attesa, di trattamento e di ricerca del posto letto per i pazienti bisognosi di ricovero);
- % pazienti che non risponde alla chiamata da parte del medico con esclusione dei codici bianchi (rappresenta indirettamente la capacità di risposta in termini di tempo di attesa ad esclusione dei casi non urgenti);
- % ricoveri suggeriti dal PS rifiutati dal paziente (rappresenta indirettamente una misura della qualità percepita da parte del paziente della struttura di ricovero);
- rapporto tra accessi in PS con esito ricovero e totale delle dimissioni acuti in regime ordinario (rappresenta indirettamente una misura della capacità di filtro al ricovero del pronto Soccorso);
- % dei ricoveri da PS a rischio di inappropriatazza²⁰ (rappresenta indirettamente una misura della capacità di filtro al ricovero del pronto Soccorso).

Dall'analisi si possono trarre le seguenti evidenze:

- Il Civile di Acquapendente e il Marzio Marini di Magliano Sabina presentano bassi volumi ridotti di attività (inferiori ai 10.000 accessi annui), ulteriormente ridotti se si escludessero dall'analisi gli accessi con triage bianco;
- la più alta percentuale di pazienti che non rispondono alla chiamata del medico si registra al Santissimo Gonfalone di Monterotondo (4.9%) ed a seguire al Civile di Bracciano (4.2%);
- un alto tempo medio di permanenza in PS (oltre 2 ore) si registra al Santissimo Gonfalone di Monterotondo, all'Angelucci di Subiaco, al Civile di Bracciano, al Cristo Re di Roma;
- il più alto volume di accessi per cui il PS suggerisce il ricovero ma che viene rifiutato dal paziente si registra il SS Gonfalone di Monterotondo (52.1%), l'Angelucci di Subiaco (45.5%), il Civile di Bracciano (39,1%), il Civile di Anagni (35%) e il S.Giovanni di Dio di Fondi (33.6%);
- una percentuale elevatissima di ricoveri provenienti dal PS si registra presso il Civile di Bracciano (95.2%), il Civile di Acquapendente (93.2%), Andosilla di Civitacastellana (88.6%), S.Benedetto di Alatri (86.6%);
- una rilevante percentuale di ricoveri da PS a rischio di inappropriatazza (oltre 25%) si registra presso il S.Benedetto di Alatri (32.1%), il Pasquale del Prete di Pontecorvo (29.7%), il Civile di Anagni (28.5%), il S.Giovanni di Dio di Fondi (27.6%), il Civile di Acquapendente (27.4%) ed il Civile di Bracciano (26,1%).

²⁰ Individuate utilizzando i criteri di selezione del metodo APPRO di cui alla DGR 864/02 ed al Decreto 58/2009

Indicatori di attività dei PS generali con meno di 25.000 accessi l'anno - anno 2009

Codice	Istituto	ASL	Macroarea	Accessi in PS 2009	% Accessi in PS seguiti da ricovero	% Codice bianco	% non risponde a chiamata senza codice bianco	Tempo medio in PS (minuti)	% ricoveri suggeriti dal PS rifiutati dal paziente	% ricoveri ordinari provenienti da PS	% ricoveri da PS a rischio di inapproprietezza
002	Civile di Acquapendente	VT	4	6.240	28,5	7,3	0,3	44	20,6	93,3	27,4
003	Andosilla	VT	4	16.880	17,6	3,9	1,0	87	22,5	88,6	15,7
007	Civile di Tarquinia	VT	4	18.076	16,7	8,5	1,7	86	18,2	79,2	20
01902	Marzio Marini	RI	4	7.316	18,6	9,0	0,0	73	28,5	75,8	22
049	Santissimo Gonfalone	RM G	1	24.853	6,9	8,7	4,9	175	52,0	66,1	14,6
052	Angelucci	RM G	1	11.001	16,8	3,4	2,3	135	45,3	72,6	17,8
059	Civile di Bracciano	RM F	4	19.432	13,7	4,1	4,2	137	39,0	95,6	26,1
074	Cristo Re	RM E	4	17.001	16,1	7,3	2,4	134	15,2	41,6	13,4
20402	S. Giovanni di Dio	LT	3	24.242	15,1	16,5	0,0	66	33,6	80,9	27,6
217	San Benedetto	FR	1	24.912	19,2	3,2	1,1	59	25,0	86,7	32,1
218	Civile di Anagni	FR	1	13.575	21,0	0,6	3,4	85	35,0	75,8	28,5
225	Pasquale Del Prete	FR	1	16.234	19,9	7,4	0,9	82	20,9	70	29,7

Per ognuno di questi Pronto Soccorso è stata predisposta una scheda analitica riportata in allegato.

Complessivamente emerge un quadro di insieme per cui diversi Pronto Soccorso di provincia presentano bassi volumi di attività che rendono quindi possibile la riclassificazione come punti di primo intervento: Civile di Acquapendente, Marzio Marini di Magliano Sabina, Civile di Bracciano, Santissimo Gonfalone di Monterotondo, Civile di Anagni, Angelucci di Subiaco, Pasquale Del Prete di Pontecorvo.

5 INTERVENTI PREVISTI

Gli interventi previsti nel presente piano mirano alla razionalizzazione e all'ottimizzazione della rete dell'emergenza avviando contestualmente i primi indifferibili interventi volti a garantire a livello regionale l'autonomia delle 4 macroaree individuate dal DPCA 48/2010:

- Macroarea 1 (pop. 1.455.872): ASL RM A, ASL RM G, ASL Frosinone, Policlinico Umberto I
- Macroarea 2 (pop. 1.566.730): ASL RM B, ASL RM C, ASL RM H (Distretti 1, 2, 3, 5), S.Giovanni Addolorata, Policlinico Tor Vergata, Campus Biomedico
- Macroarea 3 (pop. 1.302.151): ASL RM D, ASL RM H (Distretti 4, 6), ASL Latina, S. Camillo Forlanini
- Macroarea 4 (pop. 1.301.957): ASL RM E, ASL RM F, ASL Viterbo, ASL Rieti, Policlinico Gemelli, S. Filippo Neri, S. Andrea
-

Il presente piano prevede l'identificazione di un unico DEA di II livello per ciascuna Macroarea, il quale è responsabile

- del coordinamento della stessa;
- della predisposizione dei protocolli operativi intra-area ivi inclusa l'integrazione con le reti regionali di specialità;
- della garanzia di ricovero del paziente critico non trattabile nei DEA di I livello afferenti;
- della collaborazione con l'ARES 118 per la risoluzione di problematiche relative all'attività di soccorso in emergenza-urgenza nella propria macroarea di riferimento;
- di svolgere la funzione di DEA di I livello per quei PS per cui rappresenta il DEA più facilmente raggiungibile;
- di qualsiasi altra competenza attribuita ai DEA di II livello dalla normativa previgente nazionale e regionale.

Si rappresenta contestualmente la necessità che alcuni DEA di I livello (Pol. Tor Vergata, Viterbo, Frosinone e Latina) siano in grado di garantire una superiore funzione di filtro, anche per casistica complessa, in quanto rappresentano il punto di riferimento di aree particolarmente popolate e distanti dai DEA di II livello di riferimento e tenendo conto delle difficoltà nell'organizzazione dei trasferimenti secondari. Si ravvisa pertanto l'esigenza di adeguare alcuni DEA di I livello ai requisiti minimi autorizzativi di un DEA di II livello ex DGR 424/06 e s.m.i. per l'assistenza in acuzie. Il livello di complessità di tali erogatori, in caso di effettivo e completo adeguamento ai requisiti autorizzativi e sulla base del monitoraggio del ruolo effettivo svolto nell'ambito della rete dell'emergenza in particolare sulla disponibilità dell'ospedale verso il proprio Pronto Soccorso e verso gli altri nodi della rete per garantire l'accesso al ricovero ai pazienti, saranno riclassificati a partire dal 1 gennaio 2012 in DEA di II livello, con conseguente adeguamento a tutti i requisiti minimi autorizzativi. Le relative aree di afferenza nell'ambito della macroarea di riferimento saranno identificate con proprio atto dalla competente Direzione Regionale.

Complessivamente si prevede dunque di attuare le seguenti variazioni nella configurazione della rete dell'emergenza:

- Attivazione progressiva di punti di primo intervento collegati con le postazioni dell'ARES 118 con particolare riferimento agli ospedali sede di PS la cui attività per acuti sarà trasferita ai sensi del Decreto 48/2010;
- Riorganizzazione del trasposto primario attraverso la riduzione delle ambulanze medicalizzate (e conseguente trasformazione in ambulanze con infermiere) e attivazione di auto mediche per la gestione dei soccorsi sul territorio regionale;
- Attivazione di nuovi elisuperfici e basi nonché riqualificazione di alcune di quelle esistenti per il funzionamento h24;
- Riclassificazione del livello di complessità dei nodi della rete dell'emergenza così come indicato nella sezione 5.1;
- Attivazione del Pronto Soccorso presso il Campus Biomedico con contestuale attivazione di 10 unità di OBI, ravvisandosi l'opportunità di prevedere posti letto aggiuntivi di Medicina Generale dedicati al PS nell'ambito del Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera;

- Adeguamento degli ospedali Pol. Tor Vergata, Belcolle di Viterbo e del futuro nuovo ospedale di Frosinone (DEA di I livello ai sensi del presente piano) ai requisiti minimi autorizzativi per i DEA di II livello ex DGR 424/06 e s.m.i. per l'assistenza in acuzie e mantenimento degli stessi per l'Ospedale S.Maria Goretti di Latina, prevedendo a partire dal 2011 la destinazione di adeguate risorse nei provvedimenti annuali di finanziamento dei maggiori costi per le attività di urgenza e di emergenza delle strutture ospedaliere;
- Riclassificazione come Punti di Primo Intervento (PPI) degli ospedali: Civile di Acquapendente, Marzio Marini di Magliano Sabina, Civile di Bracciano, Santissimo Gonfalone di Monterotondo, Civile di Anagni, Angelucci di Subiaco, Pasquale Del Prete di Pontecorvo;
- Attivazione di 205 unità di Osservazione Breve Intensiva nei PS/DEA, secondo lo schema riportato in Allegato, e contestuale disattivazione dei posti letto di Breve Osservazione (codice 51) nelle strutture in cui si attiva l'OBI fino a concorrenza delle unità da assegnare in OBI, nel rispetto dei requisiti minimi fissati dalla DGR 424/06²¹ in funzione del livello di complessità e nel rispetto per i policlinici universitari degli accordi definiti con la Regione²²;
- Rimodulazione complessiva dei posti letto di Breve Osservazione (codice 51), secondo lo schema riportato in allegato con la disattivazione di 68 posti letto;
- Attivazione di 111 posti letto per acuti²³ nella specialità di medicina generale (codice 26): 96 posti letto nella Macroarea 2 (in particolare nell'Asl Roma B) e 15 posti letto nella Macroarea 3 la cui allocazione sarà definita nel complessivo Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera.

Per quanto riguarda la rimodulazione dell'offerta per l'emergenza pediatrica si rimanda allo specifico piano di riorganizzazione.

5.1 Riconfigurazione dei livelli di complessità dei Pronto Soccorso della Regione Lazio e delle aree di afferenza dei DEA di II livello della rete dell'emergenza

Macroarea 1

ASL	ISTITUTO	COMUNE	LIVELLO DI EMERGENZA	Livello superiore di riferimento
RMA	San Giovanni Calibita - FBF	Roma	DEA I	Pol. Umb. I
RMA	G. Eastman	Roma	PS odontoiatrico	Pol. Umb. I
RMG	Coniugi Bernardini	Palestrina	PS	S.G.Evangelista
RMG	Parodi Delfino	Colleferro	PS	S.G.Evangelista
RMG	San Giovanni Evangelista	Tivoli	DEA I	Pol. Umb. I
FR	Santa Scolastica	Cassino	DEA I	Pol. Umb. I
FR	San Benedetto	Alatri	PS	Umberto I
FR	Santissima Trinità	Sora	PS	Umberto I
FR	Umberto I	Frosinone	DEA I	Pol. Umb. I
906	Policlinico Umberto I	Roma	DEA II	

²¹ 16 posti letto di Osservazione Breve (OB) per i DEA II, 10 posti letto di Osservazione Breve (OB) per i DEA I.

Si ravvisa l'opportunità dell'attivazione di due posti letto OBI presso i presidi di Subiaco ed Acquapendente.

²² Nota protocollata UC 1120 del 24/09/2010 dell'Ufficio del Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio.

²³ la suddetta dotazione è da intendersi dedicata esclusivamente alle richieste di ricovero provenienti da Pronto Soccorso e non utilizzabile per attività di elezione. I posti letto attivati vanno accorpati a reparti preesistenti. In virtù delle suddette attivazioni non è possibile inoltre per i 5 ospedali indicati ridurre la disponibilità per il Pronto Soccorso dei posti letto pre-esistenti.

Macroarea 2

ASL	ISTITUTO	COMUNE	LIVELLO DI EMERGENZA	Livello superiore di riferimento
RMB	Sandro Pertini	Roma	DEA I	S.Giovanni
RMB	Policlinico Casilino	Roma	DEA I	S.Giovanni
RMC	Campus Biomedico	Roma	PS ²⁴	S.Eugenio
RMC	Madre Giuseppina Vannini	Roma	DEA I	S.Giovanni
RMC	CTO	Roma	PS ortopedico	S.Giovanni
RMC	Sant' Eugenio	Roma	DEA I	S.Giovanni
RMH	San Giuseppe	Albano Laziale	PS	PTV
RMH	San Sebastiano Martire	Frascati	PS	PTV
RMH	Civile di Velletri	Velletri	PS	PTV
920	Pol. Tor Vergata	Roma	DEA I	S.Giovanni
902	San Giovanni	Roma	DEA II	

Macroarea 3

ASL	ISTITUTO	COMUNE	LIVELLO DI EMERGENZA	Livello superiore di riferimento
RMD	Giovanni Battista Grassi	Roma	DEA I	S.Camillo
RMH	Generale Provinciale	Anzio	DEA I	S.Camillo
RMH	Sant'Anna	Pomezia	PS ²⁵	Generale Provinciale
LT	Città di Aprilia	Aprilia	PS	S. Maria Goretti
LT	A. Fiorini	Terracina	PS	Dono Svizzero
LT	San Giovanni di Dio	Fondi	PS	Dono Svizzero
LT	Dono Svizzero	Formia	DEA I	S.Camillo
LT	ICOT	Latina	PS ortopedico	S. Maria Goretti
LT	S. Maria Goretti	Latina	DEA I	S.Camillo
901	San Camillo- Fortanini	Roma	DEA II	

Macroarea 4

ASL	ISTITUTO	COMUNE	LIVELLO DI EMERGENZA	Livello superiore di riferimento
VT	Andosilla	Civitacastellana	PS	Belcolle
VT	Civile di Tarquinia	Tarquinia	PS	Belcolle
VT	Belcolle	Viterbo	DEA I	Pol.Gemelli
RI	S.Camillo De Lellis	Rieti	DEA I	Pol.Gemelli
RME	San Carlo di Nancy	Roma	PS	S.Filippo Neri
RME	Cristo Re	Roma	PS ostetrico-ginecologico	S.Filippo Neri
RME	Regionale Oftalmico	Roma	PS oftalmico	Santo Spirito
RME	Santo Spirito	Roma	DEA I	Pol.Gemelli
RME	Aurelia Hospital	Roma	DEA I	Pol.Gemelli
RME	San Pietro - FBF	Roma	DEA I	Pol.Gemelli
RMF	San Paolo	Civitavecchia	DEA I	Pol.Gemelli
905	San Filippo Neri	Roma	DEA I	Pol. Gemelli
919	S.Andrea	Roma	DEA I	Pol.Gemelli
905	Pol. Gemelli	Roma	DEA II	

Extraterritoriale

904	Bambino Gesù	Roma	DEA II	
-----	--------------	------	--------	--

²⁴ una volta che siano state concluse tutte le formali procedure di autorizzazione ed accreditamento previste dalla normativa vigente

²⁵ nei limiti di quanto stabilito dalla Determina Regionale di autorizzazione D2797 del 12 agosto 2008.

In considerazione della necessità, prevista dal presente piano, che i DEA di Latina e Frosinone (una volta attivato il nuovo ospedale) mantengano o acquisiscano la conformità ai requisiti minimi autorizzativi ex DGR 424/06 di un DEA di II livello per l'assistenza in acuzie, andranno specificati nei protocolli intra-area a cura del DEA di II livello quali pazienti vadano trasferiti dai DEA di Formia e Cassino rispettivamente a Latina e Frosinone e quali indirizzati direttamente al DEA di II livello di riferimento.

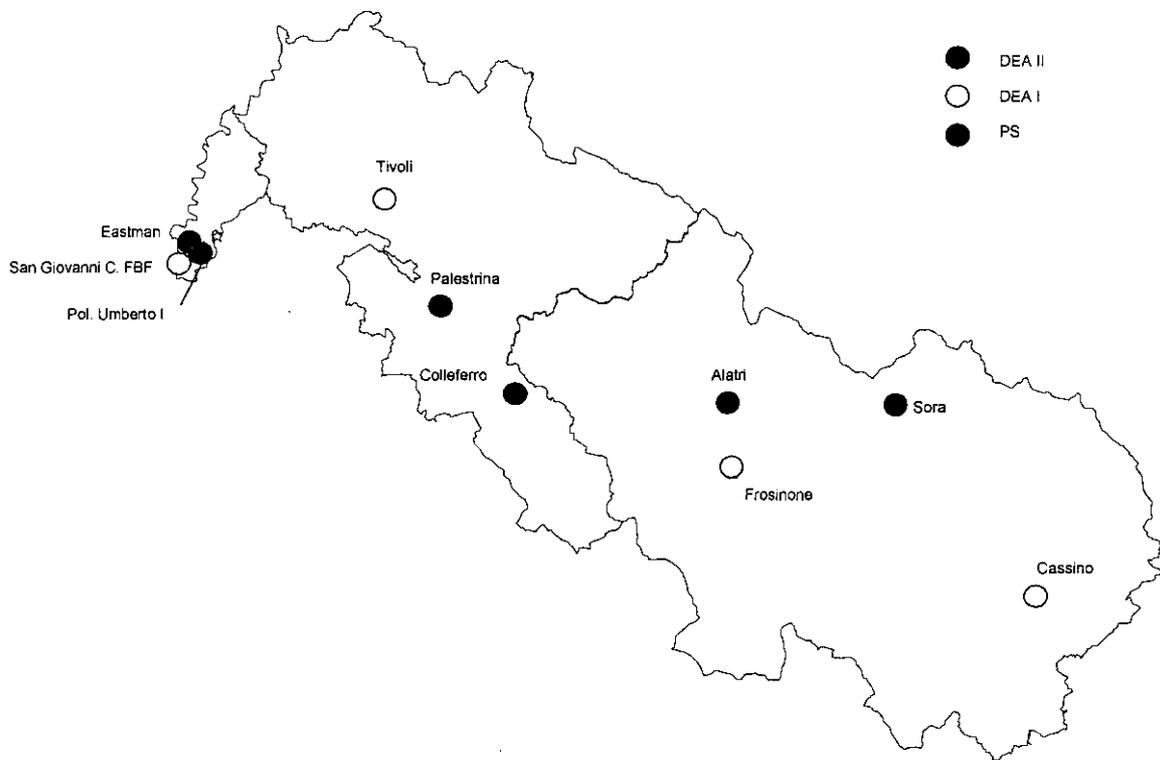
Tutte le Aziende Ospedaliere e le Aziende Sanitarie Locali (per i PS/DEA che insistono nel proprio territorio di competenza) dovranno comunicare, entro il 30 giorni dall'approvazione del presente piano di riorganizzazione, alla Direzione Regionale competente il possesso o meno dei requisiti autorizzativi ex DGR 424/06 relativi al livello di complessità previsto dal presente piano. Così come già previsto dalla DGR 169/08, eventuali accordi interaziendali volti ad acquisire la conformità ai requisiti, per quanto concerne l'offerta di pediatria e ostetricia-ginecologia, devono essere formalizzati dalle rispettive aziende ed allegati alla suddetta comunicazione per la relativa autorizzazione da parte della Regione. Sulla base della conformità o meno ai suddetti requisiti e sulla base di considerazioni costo-beneficio, la Regione Lazio deciderà se disporre il relativo adeguamento o riclassificare la struttura ad un livello inferiore di complessità per cui comunque risultino già soddisfatti i relativi requisiti.

Confronto tra offerta attuale ed offerta prevista dal presente piano

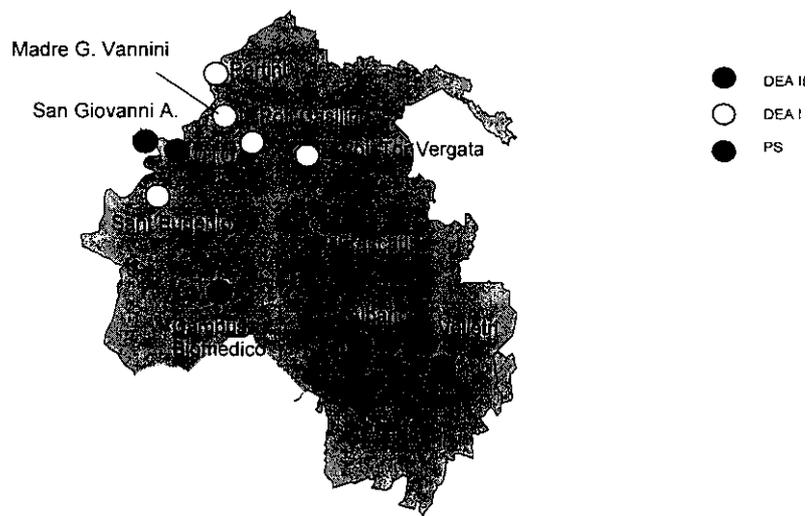
Macroarea	PS Spec	Offerta attuale			Interventi previsti			
		PS	DEA I*	DEA II	PS Spec	PS	DEA I	DEA II
1	1	8	4	1	1	4	4	1
2	0	4	4	1	1	4	5	1
3	1	5	3	2	1	4	4	1
4	1	9	6	2	2	3	8	1
Extra-area				1				1
Totale	3	26	17	7	5	15	21	5

*considerando nella Macroarea 2 Cto e S. Eugenio insieme come un unico Dea I livello.

MACROAREA 1

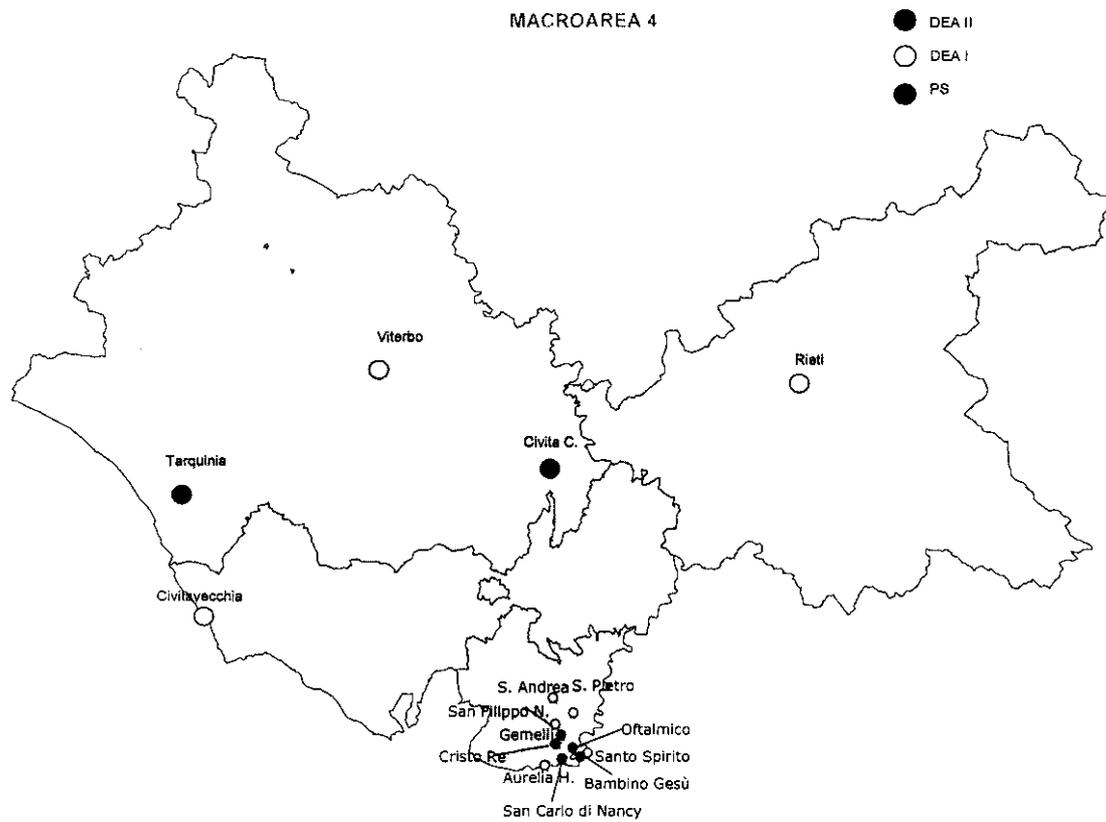


MACROAREA 2



MACROAREA 3





6 PROGRAMMA DI ATTIVAZIONE PROGRESSIVA DELLA NUOVA RETE DELL'EMERGENZA

Azioni previste	Attori	Scadenza
Riorganizzazione dell'offerta		
Attivazione operativa nuovi livelli di complessità ed aree di afferenza DEA di II livello	Regione	Nuova organizzazione attiva dal 1 gennaio 2011
Predisposizione di un piano di riorganizzazione dei mezzi di soccorso 118 su ruota	ARES 118	31 dicembre 2010
Adeguamento di Pol. Tor Vergata, Belcolle di Viterbo e Umberto I di Frosinone ai requisiti ex DGR 424/06 e s.m.i. di un DEA di II livello per l'assistenza in acuzie e mantenimento degli stessi per l'Ospedale S.Maria Goretti di Latina	ASL Viterbo, Asl Frosinone, ASL Latina, Pol. Tor Vergata, Regione	PTV e Belcolle entro 31 dicembre 2010, Frosinone al momento dell'attivazione del nuovo ospedale
Attivazione del Pronto Soccorso presso il Campus Biomedico	Regione, Campus Biomedico	31 dicembre 2010
Attivazione delle unità di OBI	Regione, Aziende	31 dicembre 2010
Rimodulazione complessiva dei posti letto di Breve Osservazione (codice 51).	Regione, Aziende	31 dicembre 2010
Riclassificazione come Punti di Primo Intervento (PPI) degli ospedali: Civile di Acquapendente, Marzio Marini di Magliano Sabina, Civile di Bracciano, Santissimo Gonfalone di Monterotondo, Civile di Anagni, Angelucci di Subiaco, Pasquale Del Prete di Pontecorvo.	Regione, ASL RMF, SL RMG, ASL Viterbo, ASL Rieti, Asl Frosinone	31 dicembre 2010
Formazione continua del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza	Laziosanità, ARES 118	Attività continua
Riorganizzazione dell'assistenza in fase preospedaliera		
Ridefinizione dei bacini di afferenza per il trasporto primario del Pronto Soccorso individuati dal presente piano di riorganizzazione, con definizione di azionamenti nelle aree più popolate della Regione a partire dalla zona Nord-Est di Roma	Regione, ARES 118	31 dicembre 2010
Predisposizione dei protocolli operativi intra-area in fase preospedaliera ai fini dell'approvazione regionale entro il 31 dicembre 2010	DEA II livello, ARES 118	30 novembre 2010
Campagna di informazione al cittadino per favorire il ricorso al servizio di soccorso 118 per specifici sospetti diagnostici	ARES 118 - Laziosanità	Attività continua
Estensione progressiva della copertura del sistema GIPSE On Line a tutti i PS/DEA della Regione Lazio ed attivazione di un collegamento telematico permanente tra Laziosanità e le CO ARES118 delle province del Lazio ed i DEA di II livello per la trasmissione dello stato di affollamento dei PS/DEA	Laziosanità, ARES 118	Attività continua
Aggiornamento dei protocolli per le maxi-emergenze	ARES 118	31 dicembre 2010
Riorganizzazione dell'assistenza in fase ospedaliera		
Definizione dei protocolli di By-pass per il trasferimento in continuità di soccorso di PS/DEA afferenti a DEA di II livello carenti di specifiche specialità di ricovero	DEA II livello, ARES 118	31 dicembre 2010
Predisposizione dei protocolli operativi intra-area in fase ospedaliera ai fini dell'approvazione regionale entro il 31 dicembre 2010	DEA II livello, PS/DEA afferenti, ARES 118	30 novembre 2010

7 COORDINAMENTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Il Coordinamento Regionale della rete dell'emergenza è affidato alla Direzione competente dell'Assessorato alla Sanità, con il supporto tecnico-scientifico di Laziosanità-ASP. Fra i compiti del coordinamento regionale della rete c'è quello di elaborare, se necessari, eventuali interventi di rimodulazione dell'offerta sia rispetto ai livelli di complessità dei singoli nodi (PS, DEA I, DEA II) sia rispetto alla dotazione di posti letto dedicati.

Il Coordinamento Regionale ha anche il compito di sovrintendere alla predisposizione dei protocolli operativi intra-area. Entro il 30 novembre 2010 ciascun Dea di II livello deve inviare alla regione per la relativa approvazione i protocolli per la propria area di riferimento già condivisi con i centri spoke dell'area (DEA I livello, PS, PPI) e con l'ARES 118. La Direzione competente dell'Assessorato alla Sanità, sentita l'ASP e dopo aver provveduto a verificare la compatibilità dei protocolli con le linee di programmazione sanitaria, approverà i suddetti protocolli entro il 31 dicembre 2010 affinché entrino in vigore prima dell'attivazione della nuova rete.

La funzione di monitoraggio e valutazione della rete è affidata a Laziosanità-ASP che periodicamente presenta una relazione tecnica alla Direzione competente dell'Assessorato alla Sanità.

La valutazione ed il monitoraggio mediante specifici indicatori verteranno in via prioritaria sul ruolo effettivo che ciascun PS/DEA svolge nell'ambito della rete dell'emergenza ed in particolare sulla disponibilità dell'ospedale verso il proprio Pronto Soccorso e verso gli altri nodi della rete per garantire l'accesso al ricovero ai pazienti.

8 BIBLIOGRAFIA

1. DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE 11 MAGGIO 1994, n. 1004. Sistema di Emergenza Sanitaria Lazio Soccorso 118.
2. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 19 Aprile 1995, n. 3250. Riequilibrio della Rete Ospedaliera.
3. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 Dicembre 1996, n. 10930. Sistema di Emergenza Sanitaria – Linee guida per la gestione dei casi d'emergenza e per il riferimento dei pazienti al DEA di 2° livello.
4. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 08 Luglio 1997, n. 4238. Piano di ristrutturazione della rete ospedaliera regionale nel triennio 1997-1999.
5. ACCORDO 25/10/2001 tra il Ministero della Salute, le regioni e le province autonome sul documento di Linee-guida sul sistema di Emergenza sanitaria Concernente: "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria" (G.U. N. 285 del 7.12.2001).
6. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 Aprile 2002, n. 458. Approvazione delle Linee Guida sul trasferimento del paziente critico nella Rete dell'Emergenza.
7. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 Dicembre 2002, n. 1729. Piano Sanitario Regionale 2002/2004 – Sfida Prioritaria Emergenza – Protocollo sul trasferimento interospedaliero del paziente critico in emergenza in continuità di soccorso.
8. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 Luglio 2006, n. 424. Legge regionale 3 marzo 2003 n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie.
9. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 Giugno 2007, n. 420. Individuazione Organizzazione e Funzionamento di Reti assistenziali nella Regione Lazio.
10. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE del 23 Novembre 2007, n. 946. Introduzione dell'Osservazione Breve Intensiva nel Lazio dal 1 gennaio 2008. Adempimento rif. 1.3.3 del piano di rientro deliberazione Giunta regionale n. 65/2007 e deliberazione Giunta regionale n. 149/2007.
11. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE del 21 Marzo 2008, n. 169. Linee attuative per la costituzione e lo sviluppo delle reti assistenziali di alta specificità e di emergenza (intervento 1.2.5. Piano di Rientro).
12. DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE del 3 novembre 2009, n. 821. Interventi per il miglioramento della efficacia ed efficienza nelle attività di Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri della Regione Lazio. Individuazione delle funzioni del "Facilitatore dei processi di ricovero e dimissione".
13. AA.VV. Gli indicatori sanitari, Epidemiologia e Prevenzione, 1983.
14. Beccastrini S, Gardini A, Tonelli S. Piccolo dizionario della Qualità. Centro Scientifico Editore Torino.
15. Focarile F. Indicatori di Qualità nell'assistenza sanitaria. Centro Scientifico Editore Torino.
16. Ministero della salute. Commissione per il miglioramento del sistema urgenza-emergenza. Documento sulle problematiche della rete ospedaliera.
17. HRRRC Hospital Report Research Collaborative. Hospital Report EMERGENCY DEPARTMENT CARE 2007. Ontario Hospital Association Government of Ontario;
18. HRRRC Hospital Report 2007: Emergency Department Care System Integration and Change Technical Summary. Ontario Hospital Association Government of Ontario

19. England - NHS Performance Ratings. 2002/03, "Acute trusts, specialist trusts, ambulance trusts, mental health 2001/02" [ft]
20. Department of Health. 2002, "NHS Performance Indicators", *British J Healthc Comp and Inf Man*; 19(5):18-20 [ab]
21. Bagust A, Place M, Posnett JW. Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. *BMJ* 1999; 319: 155 – 8.
22. Bazzoli GJ, Brewster LR, Liu G, Kuo S. Does U.S. hospital capacity need to be expanded?. *Health Aff. November/December 2003*; 22 (6): 40 – 54.
23. Blatchford O, Capewell S. Emergency medical admissions: taking stock and planning for winter. *BMJ* 1997; 315: 1322 – 3.
24. Capewell S. The continuing rise in emergency admissions. *BMJ* 1996; 312: 991 – 2.
25. Cooke MW, Wilson S, Halsall J, Roalfe A. Total time in English accident and emergency departments is related to bed occupancy. *Emerg Med J* 2004; 21: 575 – 6.
26. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med.* January 2000; 35: 63 – 8.
27. G. Lori, S. Genio, F. Biagetti, F. Serio, A. De Luca, G. Guasticchi. "A set of performance indicators to evaluate the hospitals response to the Emergency Department overcrowding during the winter time in Rome (Italy)". Poster presentato al congresso "The fourth mediterranean emergency medicine congress (MEMC IV)", Sorrento 15 – 19 settembre 2007.
28. S. J. Weiss, R. Derlet, J. Arndahl, A. A. Ernst, J. Richards, M. Fernandez-Frankelton, R. Schwab, T. O. Stair, P. Vicellio, D. Levy, M. Brautigan, A. Johnson, T. G. Nick. Estimating the Degree of Emergency Department Overcrowding in Academic Medical Centers: Results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Acad Emerg Med.* 2004; 11:38–50.
29. S. J. Weiss, A. A. Ernst, T. G. Nick. Comparison of the National Emergency Department Overcrowding Scale and the Emergency Department Work Index for Quantifying Emergency Department Crowding. *Acad Emerg Med.* 2006; 13:513–518.
30. Caprara A, Scelsi S, Borgia P, Carlè P, Jessica M, De Luca A, Polenta A, Scanzano P, Teodori M, Guasticchi G. Piano di formazione del personale operante nel sistema emergenza-urgenza della Regione Lazio. Roma: Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Febbraio 2004.
31. Gruppo "Triage Lazio". Il Triage Ospedaliero. Consultazione rapida dell'attribuzione del codice colore. Monografia Laziosanità-ASP, novembre 2007.
32. Gruppo "Triage Lazio". Il Triage Ospedaliero. Il Triage Ospedaliero. Monografia Laziosanità-ASP, Monografia Laziosanità-ASP, novembre 2007.
33. Introduzione dell'osservazione breve intensiva nel Lazio dal 1 gennaio 2008: adempimento rif.1.3.3 del piano di rientro DGR 65/2007 e DGR 149/07". Identificazione di un elenco di quadri clinici destinati ad essere trattati in OBI.
http://www.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/emergenza_new/emergenza_obi.php?menu=s42&emergenza=obi

9 ALLEGATI

- Studio per l'individuazione del numero minimo di posti letto per la rete dell'emergenza
- Metodo per l'individuazione del numero massimo di posti letto di Osservazione Breve Intensiva da attivare nel 2010 nei Pronto Soccorso della Regione Lazio
- Rimodulazione dell'offerta dei posti letto di Breve Osservazione (codice 51)
- Schede di attività dei PS con meno di 25 mila accessi l'anno

9.1 Stima del fabbisogno di posti letto per l'emergenza per PS/DEA aggiuntivi rispetto all'attuale dotazione complessiva dell'ospedale

Diversi studi effettuati negli anni dall'ASP hanno evidenziato che in alcuni ospedali del Lazio vi sia un fabbisogno aggiuntivo di posti letto dedicati all'emergenza non reperibili dalla riduzione dell'offerta già esistente per l'elezione ma da aggiungersi all'attuale dotazione complessiva di posti letto.

Si può infatti verificare il caso in cui, nonostante l'ospedale sia adeguato per trattare il paziente sulla base delle proprie capacità di cura, non vi sia al momento della richiesta di ricovero disponibilità di posti letto nella specialità di reparto a cui il paziente deve essere destinato e ciò può rendere necessario il trasferimento dello stesso verso un'altra struttura ospedaliera. Tale eventualità di mancata accessibilità al ricovero costituisce un disagio organizzativo non solo per il Pronto Soccorso, ma anche per l'assistito ed i suoi familiari in considerazione del probabile aumento di distanza tra la residenza dell'assistito e la struttura di ricovero.

Tale circostanza diviene più frequente nei periodi di forte incremento delle richieste di ricovero da pronto soccorso ed in particolare in corrispondenza dell'epidemia stagionale di sindromi influenzali tipiche del periodo invernale quando si verifica storicamente un consistente volume di trasferimenti per indisponibilità di posto letto dai PS/DEA generali di Roma verso i reparti di altri ospedali accreditati pubblici o privati.

Poiché tuttavia l'indisponibilità che determina il trasferimento può essere determinata sia da una carenza strutturale della dotazione di posto letto sia da un'allocazione degli stessi per i ricoveri in elezione, il volume di trasferimenti non è sufficiente da solo a misurare compiutamente il fenomeno descritto se non è correlato ad una valutazione dell'attitudine delle strutture ospedaliere della rete dell'emergenza a mettere a disposizione del Pronto Soccorso in via preferenziale i posti letto dei reparti.

L'obiettivo del presente studio è la definizione di specifici indicatori di performance volti a valutare contestualmente sia la capacità di ricovero sia la disponibilità al ricovero di ciascun PS/DEA della Regione Lazio per individuare, sulla base dei dati storici osservati, le strutture sede di pronto soccorso effettivamente deficitarie di posti letto a fronte della richiesta.

Metodi

Sono stati esaminati i dati 2009 del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e i dati NSIS aggiornati al 1 gennaio 2010.

Per ciascun PS/DEA sono state quindi calcolate:

- il totale delle giornate di degenza dei ricoveri acuti in regime ordinario erogabili teoricamente sulla base dei posti letto disponibili secondo i dati NSIS 2010 (A);
- il totale di giornate di degenza erogate a pazienti provenienti dal proprio Pronto Soccorso (B);
- il totale delle giornate di degenza erogate nelle strutture ospedaliere di destinazione, non dotate di PS/DEA, a pazienti trasferiti dai PS/DEA (C);
- il totale di giornate di degenza per ricoveri ordinari ed acuti non erogate a pazienti provenienti dal proprio pronto soccorso ma non comprimibili (ricoveri di pazienti oncologici²⁶ o provenienti per trasferimento da altri PS/DEA della Regione) (D).

Saranno dunque definiti per ciascun PS/DEA i seguenti indicatori di performance:

- *capacità di ricovero da pronto soccorso*: rapporto tra i giorni di degenza dei pazienti ricoverati nella struttura sede di pronto soccorso ed il totale dei giorni di degenza in seguito a ricovero o trasferimento ($B/(B+C)$).
Un valore dell'indicatore pari al 100% indica che la struttura ospedaliera è in grado di far fronte in modo completamente autosufficiente alla richiesta di ricovero dal proprio pronto soccorso.
- *la disponibilità al ricovero da pronto soccorso*: rapporto tra i giorni di degenza dei pazienti ricoverati provenienti dal pronto soccorso della regione ed il totale dei giorni di degenza teorica ($(B+D)/A$).
Un valore dell'indicatore pari al 100% indica che la struttura ospedaliera destina completamente la propria dotazione di posti letto alla richiesta di ricovero della rete del pronto soccorso.

²⁶ nota 008541/4J 06 del 23 Gennaio 2008 del Direttore del Dipartimento Sociale

Le giornate di degenza non soddisfatte da ciascun PS/DEA e non recuperabili attraverso la compressione dell'attività in elezione sono calcolate pari a:

$GG = C - (p \cdot A - B - D)$ dove p è posto pari a 0,70²⁷.

I posti letto corrispondenti a tali giornate di degenza non soddisfatte sono calcolati assumendo un indice di occupazione pari al 90% ed escludendo le giornate di degenza a rischio di inappropriata individuata secondo il metodo APPRO²⁸.

Risultati

La stima del fabbisogno di posti letto per l'emergenza aggiuntivi è complessivamente pari a 111 posti letto, di cui 96 posti letto nella Macroarea 2 (in particolare nell'Asl Roma B) e 15 posti letto nella Macroarea 3.

²⁷ Misura pari al valore che l'Assessorato alla Sanità ha indicato come percentuale di offerta di ricovero da mettere a disposizione dell'emergenza durante il periodo invernale 2007-2008.

²⁸ Individuate utilizzando i criteri di selezione del metodo APPRO di cui alla DGR 864/02 ed al Decreto 58/2009.

ASL	Codice	Istituto	Capacità	Disponibilità	A	B	C	D
109	120002	Civile di Acquapendente	100,0	53,1	20.805	11.047	0	-
109	120003	Andosilla	99,9	77,4	29.930	23.154	15	-
109	120007	Civile di Tarquinia	100,0	46,7	34.310	16.015	4	-
110	120019	San Camillo de Lellis	99,9	68,9	132.495	90.366	97	934
105	120026	Santo Spirito	98,8	48	95.995	45.001	559	1.122
105	120030	Regionale Oftalmico	100,0	80,2	5.475	4.390	0	-
101	120034	George Eastman	100,0	12,1	7.300	886	0	-
108	120043	Generale Provinciale	98,4	60,3	55.845	33.476	548	173
108	120044	S.Giuseppe (Albano)	88,3	74,6	54.020	39.052	5171	1.235
106	120045	San Paolo	99,8	76,8	52.925	40.622	94	-
107	120046	Parodi Delfino	99,9	50,3	56.940	27.592	33	1.050
108	120047	San Sebastiano Martire	91,2	71,6	44.165	31.639	3065	-
108	120048	San Giuseppe (Marino)	95,5	36,3	35.040	10.544	498	2.183
107	120049	Santissimo Gonfalone	86,4	47,3	26.280	12.409	1948	22
107	120051	Coniugi Bernardini	93,9	50,2	38.325	19.242	1254	-
107	120052	Angelucci	99,5	100	17.520	18.278	84	-
107	120053	San Giovanni Evangelista	99,5	60,7	79.570	48.260	234	-
108	120054	Civile di Velletri	84,2	50,6	56.940	27.977	5251	854
103	120058	C.T.O.	95,4	57	66.795	31.609	1526	6.488
106	120059	Civile di Bracciano	99,7	87	23.725	20.636	63	-
104	120061	Giovanni Battista Grassi	92,0	74,3	87.965	62.666	5456	2.702
103	120066	Sant' Eugenio	93,3	58,6	137.970	70.325	5065	10.511
105	120071	San Pietro - FBF	98,9	56,1	131.035	69.413	741	4.039
101	120072	San Giovanni Calibita - FBF	96,4	50,3	97.820	41.381	1529	7.828
105	120073	San Carlo di Nancy	84,5	29,7	63.875	18.816	3464	126
105	120074	Cristo Re	99,4	28,4	71.540	17.554	101	2.741
103	120076	Madre Giuseppina Vannini	96,1	66,4	81.030	53.841	2198	1
102	120165	Policlinico Casilino	72,2	68,8	73.730	44.354	17112	6.407
105	120180	Aurelia Hospital	99,2	64,7	73.730	47.737	379	-
111	120200	Polo Latina Nord	99,9	83,2	144.905	119.300	138	1.322
111	120204	Polo Latina Centro	99,4	81,7	52.560	42.943	242	-
111	120206	Polo Latina Sud	99,8	53,8	64.970	32.421	63	2.530
111	120212	I.C.O.T.	99,9	15,3	90.155	12.225	11	1.547
111	120215	Citta' di Aprilia	98,9	47	47.450	22.203	249	86
112	120216	Umberto I	99,9	69,1	91.615	57.055	68	6.273
112	120217	San Benedetto	99,5	58	32.850	18.481	98	583
112	120218	Civile di Anagni	99,9	58,6	23.360	12.786	7	895
112	120225	Pasquale Del Prete	99,8	64,4	34.310	19.422	30	2.687
112	120226	Santissima Trinità	100,0	59,8	63.145	33.300	12	4.454
112	120228	Gemma de Bosis	100,0	71,5	56.940	38.875	7	1.829
102	120267	Sandro Pertini	78,6	62,7	127.020	79.156	21603	525
109	120271	Belcolle	99,9	73,1	117.530	84.228	122	1.662
901	120901	San Camillo- Forlanini	95,5	58,6	302.585	170.286	8097	7.077
902	120902	San Giovanni	99,6	56	239.440	125.561	516	8.423
903	120903	San Filippo Neri	99,2	64,1	175.565	102.700	862	9.919
904	120904	Bambino Gesu'	100,0	36,2	219.365	54.803	18	24.529
905	120905	A. Gemelli	99,2	39	556.990	197.259	1530	19.965
906	120906	Policlinico Umberto I	98,8	52,1	409.165	199.332	2454	13.896
919	120919	S.Andrea	91,3	60,3	139.065	72.565	6930	11.320
920	120920	Policlinico Tor Vergata	87,2	40,9	140.160	50.794	7430	6.560

9.2 Metodo per l'individuazione del numero massimo di unità di Osservazione Breve Intensiva da attivare nel 2010 nei Pronto Soccorso della Regione Lazio

Scopo del lavoro

Il presente lavoro identifica un metodo di stima del numero massimo di unità di OBI da attivare per promuovere l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri riducendo i ricoveri brevi, così come previsto dalla DGR 946/07 di attuazione del piano di rientro, e per ridurre le dimissioni precoci da PS.

Metodi

Per l'individuazione del numero di unità di OBI per adulti da attivare devono essere considerati i seguenti parametri di riferimento:

1. Il rapporto tra unità di OBI (**PLMAX_1**) e volume di accessi annui in PS deve essere compatibile con le indicazioni previste dalla DGR 946/07 (massimo 1 posto letto ogni 4000 accessi per gli adulti²⁹).

Per il calcolo sono stati selezionati, a partire dall'archivio del Sistema Informativo dell'Emergenza (SIES) e relativamente all'anno 2009, gli accessi in PS dei pazienti in base all'età (oltre i 14 anni per gli adulti).

2. Il numero di unità di OBI (**PLMAX_2**) deve essere tale da non determinare, dopo l'osservazione in OBI, un volume atteso di ricoveri superiore al volume attuale di quei ricoveri che si ritiene l'introduzione della OBI possa in parte filtrare. Considerando la durata massima del tempo di osservazione in OBI (36 ore pari a 1,5 giorni), un tasso di occupazione stimato dei unità del 90%, ed una percentuale di ricoveri dopo osservazione pari al 30%³⁰.

Per la stima del numero di ricoveri filtrabili dalla OBI:

- sono stati selezionati, a partire dall'archivio del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e relativamente all'anno 2009, i ricoveri acuti ordinari a carico del Sistema Sanitario Nazionale con degenza breve (durata della degenza 0 -1 giorni) e con DRG medico effettuati da PS nella medesima struttura ospedaliera sede del PS, e conclusi con esito "a domicilio"
- sono stati inoltre selezionati, a partire dagli archivi del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) relativamente all'anno 2009, i ricoveri acuti ordinari a carico del Sistema Sanitario Nazionale con degenza breve (di durata 0 -1 giorni) con DRG medico effettuati in altre strutture dopo trasferimento dal PS della struttura ospedaliera in esame, e conclusi con esito "a domicilio". Per la selezione di tali ricoveri sono state considerate tutte le dimissioni con invio "trasferito da PS di altro istituto" o "trasferito da altro ospedale" con modalità di ricovero "urgente".

3. Il numero di unità di OBI previsto dalla DGR 424/06 deve garantire, per i PS/DEA³¹ con più di 40.000 accessi totali/anno, un rapporto minimo di 1 posto letto / 7000 accessi di pazienti adulti o frazioni (**PLMIN**).

Il numero di unità di OBI attivabili nel 2010 (**PL**) è quindi dato da:

- valore minimo tra **PLMAX_1** e **PLMAX_2** se tale valore è superiore al valore **MIN** oppure
- **MIN** se uno tra **PLMAX_1** e **PLMAX_2** è inferiore al valore di **MIN**.

²⁹ La DGR n.946/07 indica che per il servizio OBI è necessario che vi siano spazi dedicati in contiguità con il Pronto Soccorso o la Breve Osservazione attrezzati con 1 letto tecnico ogni 4.000-7.000 accessi in PS o frazioni e 1 posto letto ogni 5.000 accessi in PS per l'OBI pediatrica.

³⁰ Tale quota si riferisce all'indicatore "% dimessi a domicilio dopo il periodo di osservazione in OBI sul totale dei pazienti osservati (standard > 70%)", riportato nella DGR n.946/07 tra gli indicatori per il monitoraggio delle attività svolte.

³¹ Esclusi specialistici oftalmici, odontoiatrici, traumatologici

ASL	Codice	Istituto	Comune	Accessi in PS - anno 2009					PL OBI Adulti			PL OBI
				A = Accessi adulti	P = Accessi pediatrici	Totale ³² = A + P	Totale > 40.000 accessi	B = Accessi in PS con ricovero breve	PLMAX1 = A / 4000	PLMAX2 = (B*1,5)/(0,9*365,25*0,3)	PLMIN=A / 7000 se totale > 40.000 accessi	
RM A	072	San Giovanni Calibita - FBF	Roma	39.064	1.063	40.127	si	250	10	4	6	6
RM B	165	Policlinico Casilino	Roma	54.597	4.202	58.799	si	56	14	1	8	8
RM B	267	Sandro Pertini	Roma	67.648	11.414	79.063	si	268	17	4	10	10
RM C	066	Sant' Eugenio	Roma	53.126	7.953	61.079	si	97	13	1	8	8
RM C	076	Madre Giuseppina Vannini	Roma	41.197	3.535	44.732	si	543	10	8	6	6
RM D	061	Giovanni Battista Grassi	Roma	47.293	11.763	59.056	si	125	12	2	7	7
RM E	026	Santo Spirito	Roma	36.021	712	36.733	no	441	9	7		7
RM E	071	San Pietro - FBF	Roma	41.166	9.535	50.701	si	188	10	3	6	6
RM E	073	San Carlo di Nancy	Roma	25.598	1.073	26.671	no	69	6	1		1
RM E	180	Aurelia Hospital	Roma	24.998	1.239	26.237	no	158	6	2		2
RM F	045	San Paolo	Civitavecchia	27.094	4.453	31.547	no	452	7	7		7
RM F	059	Civile di Bracciano	Bracciano	17.267	2.144	19.411	no	179	4	3		3
RM G	046	Parodi Delfino	Colferro	26.716	5.072	31.788	no	394	7	6		6
RM G	049	Santissimo Gontalone	Monterotondo	22.198	2.632	24.830	no	31	6	0		0
RM G	051	Coniugi Bernardini	Palestrina	25.645	8.242	33.887	no	34	6	1		1
RM G	052	Angelucci	Subiaco	9.794	1.206	11.000	no	19	2	0		0
RM G	053	San Giovanni Evangelista	Tivoli	32.890	6.870	39.760	no	74	8	1		1
RM H	043	Generale Provinciale	Anzio	34.714	8.351	43.065	si	67	9	1	5	5
RM H	044	San Giuseppe	Albano Laziale	30.447	2.118	32.565	no	225	8	3		3
RM H	047	San Sebastiano Martire	Frascati	27.436	2.432	29.868	no	127	7	2		2
RM H	054	Civile di Velletri	Velletri	25.293	6.231	31.524	no	34	6	1		1
VT	271	Belcolle	Viterbo	41.422	7.473	48.895	si	358	10	5	6	6
VT	002	Civile di Acquapendente	Acquapendente	5.793	447	6.240	no	132	1	2		1
VT	003	Andosila	Civitacastellana	15.481	1.399	16.880	no	211	4	3		3
VT	007	Civile di Tarquinia	Tarquinia	15.523	2.549	18.072	no	296	4	5		4
RI	01901	San Camillo de Lellis	Rieti	33.277	5.296	38.573	no	237	8	4		4
RI	01902	Marzio Marini	Magliano Sabina	6.771	545	7.316	no	25	2	0		0
LT	200	Polo Latina Nord	Latina	68.086	10.897	78.983	si	402	17	6	10	10
LT	20401	A. Fiorini	Terracina	29.033	3.320	32.353	no	67	7	1		1
LT	20402	S. Giovanni di Dio	Fondi	19.893	4.341	24.234	no	90	5	1		1
LT	206	Polo Latina Sud	Formia	35.018	7.180	42.198	si	163	9	3	6	6
LT	215	Citta' di Aprilia	Aprilia	31.815	3.241	35.056	no	15	8	0		0
FR	216	Umberto I	Frosinone	44.500	8.510	53.010	si	488	11	7	6	7

³² con esclusione degli accessi di pazienti di età non correttamente registrata nel Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria SIES

ASL	Codice	Istituto	Comune	Accessi in PS - anno 2009					PL OBI Adulti			PL OBI
				A = Accessi adulti	P = Accessi pediatrici	Totale ²² = A + P	Totale > 40.000 accessi	B = Accessi in PS con ricovero breve	PLMAX1 = A / 4000	PLMAX2 = (B*1,5)/(0,9*36 5,25*0,3)	PLMIN-A / 7000 se totale > 40.000 accessi	
FR	217	San Benedetto	Alatri	20.093	4.819	24.912	no	120	5	2	2	
FR	218	Civile di Anagni	Anagni	12.723	847	13.570	no	133	3	2	2	
FR	225	Pasquale Del Prete	Ponteorvo	14.923	1.310	16.233	no	31	4	0	0	
FR	226	Santissima Trinita'	Sora	24.661	3.835	28.496	no	50	6	1	1	
FR	228	S. Scolastica	Cassino	32.023	5.444	37.467	no	157	8	2	2	
RM D	901	San Camillo- Forlanini	Roma	78.779	18.352	97.131	si	316	20	5	11	
RM A	902	San Giovanni	Roma	65.789	4.787	70.576	si	269	16	4	9	
RM E	903	San Filippo Neri	Roma	37.223	1.354	38.577	no	468	9	7	7	
RM E	905	A. Gemelli	Roma	63.356	12.238	75.594	si	644	16	10	9	
RM A	906	Policlinico Umberto I	Roma	104.524	33.374	137.898	si	731	26	11	15	
RM E	919	S. Andrea	Roma	44.562	9.497	54.059	si	94	11	1	6	
RM B	920	Policlinico Tor Vergata	Roma	50.002	3.145	53.147	si	43	13	1	7	
Totale				1.605.673	256.440	1.862.113		9.371				205

Risultati

In base alla stima effettuata, il numero massimo di unità in OBI attivabili nel 2010 è pari a 205. Escludendo dal calcolo le strutture per cui è stata proposta la riclassificazione come Punti di Primo Intervento il numero è pari a 200.

Poiché tuttavia nella Regione Lazio la OBI viene introdotta nell'ambito di un processo di rimodulazione dell'offerta sanitaria determinata in buona parte dalle necessità imposte dal piano di rientro ed è pertanto ipotizzabile che in attesa che venga concluso detto processo, coinvolgente la totalità dei servizi sanitari, l'introduzione di una nuova modalità assistenziale subisca la pressione dei servizi contigui, il numero di unità di OBI per ciascun PS/DEA potrà comunque essere rivalutato nel 2011 sulla base dell'analisi dell'attività svolta che sarà effettuata attraverso gli indicatori definiti dalla DGR 946/07.

Si sottolinea che in riferimento a quanto stabilito dalla DGR 946/07 gli erogatori dovranno procedere, contestualmente all'attivazione dei unità di OBI, alla disattivazione di posti letto di Breve Osservazione (codice 51), secondo quanto riportato nell'allegato relativo.

In tale contesto si ritiene opportuno comunque precisare che:

1. le disattivazioni di posti letto dai reparti di Breve Osservazione dovranno garantire che la dotazione residua non scenda al di sotto dei requisiti minimi autorizzativi, definiti dalla DGR 424/06, relativi al livello di complessità della struttura (10 per i DEA I, 16 per i DEA II);
2. per quanto attiene alla dotazione di personale dedicato all'OBI, che la DGR 946/07 prevede in condivisione con quello del Pronto Soccorso e della Breve Osservazione, è opportuno che preliminarmente all'istituzione della OBI o successivamente, per quelle ad oggi già informalmente avviate, sia effettuata da parte delle Aziende Sanitarie una valutazione dell'adeguatezza numerica del personale di emergenza attualmente operante anche in base ai carichi di lavoro per valutare la necessità di effettuare mobilità interne isorisorse;
3. le Direzioni Generali delle ASL che desiderano attivare un numero maggiore di unità OBI rispetto a quanto risulta dal suddetto calcolo, disattivando contestualmente un numero equivalente di unità per acuti, possono farne richiesta alla competente Direzione Regionale.

Elenco quadri clinici trattabili in OBI

Al fine di promuovere l'appropriatezza dell'attività di OBI, la DGR 946 ha affidato a Laziosanità-Asp l'incarico di identificare, anche attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare, un elenco di quadri clinici destinati ad essere trattati in OBI.

È stato pertanto identificato da parte del gruppo di lavoro, all'interno del documento "Monitoraggio e sviluppo delle attività DGR 946/07 "Introduzione dell'osservazione breve intensiva nel Lazio dal 1 gennaio 2008: adempimento rif.1.3.3 del piano di rientro DGR 65/2007 e DGR 149/07". Identificazione di un elenco di quadri clinici destinati ad essere trattati in OBI", un elenco indicativo di quadri sintomatologici sia per l'ambito pediatrico che per gli adulti rispetto ai quali l'attivazione dell'OBI può consentire di promuovere l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri riducendo i ricoveri brevi (come previsto dalla DGR 946/07 di attuazione del piano di rientro) e di ridurre le dimissioni precoci da PS.

Il documento è stato trasmesso alla Regione Lazio con nota prot. 5013/ASP/GdO il 10 giugno 2009 ed è stato pubblicato sul sito di Laziosanità-Asp, alla pagina dedicata all'Emergenza – Osservazione Breve Intensiva http://www.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/emergenza_new/emergenza_obi.php?menu=s42&emergenza=obi

Di seguito si riporta la tabella relativa ai quadri clinici destinati ad essere trattati in OBI per i pazienti adulti.

**Identificazione di un elenco di quadri clinici destinati
ad essere trattati in OBI adulti
(DGR 946/07: adempimento del piano di rientro DGR 65/2007 e DGR 149/07)**

Documento elaborato da un gruppo di esperti Dec.n.197/2008
del Direttore Generale di Laziosanità-ASP

PATOLOGIE INDICATE PER RICOVERO IN OBI (ADULTI)

Condizione	Definizione operativa	Razionale	Criteri inclusione	Criteri esclusione
Asma	493.92 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta	Risoluzione delle crisi asmatiche non gravi e non complicate, dimissione	Crisi non severe di asma bronchiale SpO2 compresa tra 91 e 95%	Quadro clinico grave SpO2 <=90 PO2 <60 mmHg (Livello grave secondo classificazione GINA per gradi delle riacutizzazioni asmatiche)
Dolore addominale acuto	789.0 dolore addominale	Definizione eziologica del dolore addominale acuto	Dolore addominale acuto di incerta origine	Instabilità emodinamica
Colica renale	788.0 colica renale	Dimissione di tutti i casi non complicati dopo idoneo trattamento	Colica renale che necessita di trattamento antalgico > 6h e/o idronefrosi di 2° grado	Presenza di complicanze: pielonefrite, IRA, uropatia ostruttiva (idronefrosi di 3° e 4° grado)
Sindromi vertiginose	780.4 stordimento e capogiro	Effettuazione esami diagnostici e dimissione	Sindromi vertiginose acute con i caratteri della vertigine periferica	Anamnesi e/o sintomatologia positiva per patologie cardio/cerebrovascolari
Cefalea	7840 cefalea	Inquadramento clinico, trattamento sintomatico, dimissione a risoluzione della crisi ed eventuale programmazione follow-up ambulatoriale	Cefalea con obiettività neurologica negativa Cefalea recidivante e refrattaria al trattamento Primo episodio refrattario a terapia analgica	Esclusione gravi patologie sottostanti (ESA, meningite)
Epilessia	345.90 epilessia, non specificata, senza menzione di epilessia non trattabile	Rivalutazione con lo specialista neurologo ed eventuale modifica terapeutica	Crisi convulsiva in paziente con epilessia nota	Traumatismi maggiori Primo episodio

Condizione	Definizione operativa	Razionale	Criteri inclusione	Criteri esclusione
Intossicazioni	960-979 (avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici) 305 abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool) 980-989 effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)	Risoluzione dell'episodio	Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope, altre sostanze tossiche Dimissibilità prevedibile entro le 36 ore in relazione alla quantità di sostanza assunta ed alla sua emivita	Ingestione sostanze caustiche Instabilità emodinamica Patologie internistiche concomitanti o preminenti. Pazienti con evidente volontà autolesiva Stato di agitazione Traumatismo evidente GCS <= 11
Reazioni anafilattiche	995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici	Trattamento sintomatico e, a risoluzione, affidamento a centro allergologico per il follow-up	Reazioni anafilattiche con manifestazioni respiratorie non risolubili con terapia entro 6 ore in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate
Aritmie	427.0 tachicardia parossistica sopraventricolare 427.31 fibrillazione atriale	Riconversione tramite terapia farmacologica od elettrica delle aritmie ad insorgenza inferiore a 48 ore e dimissione	Fibrillazione atriale parossistica, tachicardia parossistica sopraventricolare	Instabilità emodinamica Fibrillazione atriale non databile Aritmie ad insorgenza maggiore a 48 ore
Trauma toracico chiuso	contusione della parete toracica (922.1) distorsioni e distrazioni del torace (847.1) traumatismi superficiali del tronco (911)	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma toracico minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica
Trauma addomino-pelvico chiuso	contusione della parete addominale (922.2) distorsioni e distrazioni dell'anca e della coscia (843), regione	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma addominale minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica

Condizione	Definizione operativa	Razionale	Criteri inclusione	Criteri esclusione
	sacro-iliaca (846), lombare (847.2), del sacro (847.3), del coccige (847.4) traumatismi superficiali del tronco (911)			
Trauma cranico minore	850.0 concussione con nessuna perdita di coscienza 8501 concussione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica superiore a 6 ore	Trauma cranico minore con GCS = 15	Fattori di rischio preesistenti al trauma: intossicazione da alcool e droga, coagulopatie e trattamenti anticoagulanti, storia di epilessia, età > 65 anni Fattori conseguenti al trauma: cefalea diffusa ingravescente, perdita di coscienza (..), vomito, amnesia, crisi convulsiva post-traumatica, dinamica del trauma, frattura cranica
Pre-sincope e Sincope	780.2 sincope e collasso	Definizione eziologica di sincope di dubbia dinamica Individuazione sincopi di origine cardiogena non identificate alla prima valutazione	Pre-sincope e Sincope a valutazione iniziale negativa per cardiopatia	- Malattia cardiaca sospetta o nota; - Anomalie all'ECG patognomoniche di aritmie vedi Tab. 2.3 (ESC pag. 479) - Sincope durante esercizio fisico; - Sincope che causa trauma grave ; - Storia familiare di morte improvvisa; - Altro: sincope preceduta da palpitazione, sincope in posizione supina, pazienti con episodi ricorrenti (ESC 2004 pag 514) OESIL Score > = 2
Turbe metaboliche e disidratazione	276.1 ipoosmolarità e/o iponatriemia 276.0 ipersmolarità e/o ipernatriemia	Definizione eziologica Correzione dello squilibrio	Ipo/ipernatriemia, ipo/iperkaliemia, ipo/ipercalcemia, ipo/iperiperglicemia	Instabilità emodinamica Chetoacidosi Iperosmolarità marcata

Condizione	Definizione operativa	Razionale	Criteri inclusione	Criteri esclusione
	276.8 ipopotassemia 276.7 iperpotassemia 275.41 Ipocalcemia 275.42 ipercalcemia 250 Diabete mellito 251.2 ipoglicemia non specificata 276.51 disidratazione	metabolico e successiva gestione ambulatoriale		Alterazione dello stato di coscienza Alterazioni elettrolitiche non correggibili in 36 ore Patologie causali di rilievo (es. Addison, insufficienza renale, sindrome da inappropriata secrezione ADH, insufficienza cardiaca, cirrosi epatica,...)
Dolore toracico acuto	dolore toracico: 786.5	Definizione eziologica del dolore toracico acuto	Dolore toracico acuto ad eziologia sconosciuta	Instabilità emodinamica TIMI Risk > 3
Urgenza ipertensiva	401.1 ipertensione essenziale benigna	Risoluzione della crisi, ed affidamento a struttura ambulatoriale per la diagnostica o aggiustamento terapeutico	Crisi ipertensiva non complicata da danno d'organo, non risolvibile con il trattamento medico entro le 6 h (o tale da suggerire la necessità di eseguire una osservazione >6h)	Manifestazioni di danno d'organo Gravidanza
Sanguinamento gastro-intestinale delle alte vie digestive	578.0 ematemesi 578.1 melena	Effettuazione accertamenti diagnostici per eventuale dimissione	Sanguinamento gastro-intestinale delle alte vie digestive, riferito (melena, ematemesi)	Instabilità emodinamica Scala Rockall >= 2
Etilismo acuto	305.00 abuso di alcool non specificato	Risoluzione dell'episodio	Etilismo acuto occasionale	Stato di agitazione Traumatismo evidente GCS <= 11

9.3 Rimodulazione dell'offerta dei posti letto di Breve Osservazione (codice 51)

All'attivazione delle unità di Osservazione Breve Intensiva (OBI) corrisponde la disattivazione dei posti letto dai reparti di Breve Osservazione (BO - codice 51), nel rispetto dei requisiti minimi autorizzativi, definiti dalla DGR 424/06, relativi al livello di complessità della struttura (10 posti letto di BO per i DEA I, 16 posti letto di BO per i DEA II). Complessivamente gli interventi di rimodulazione dell'offerta di posti letto di Breve Osservazioni si articolano in:

- Disattivazione dei posti letto di BO presso il Regina Apostolorum di Albano e il CTO di Roma in virtù dell'organizzazione della rete dell'emergenza di cui al presente piano.
- Disattivazione nei PS/DEA di posti letto di BO negli ospedali in cui si attiva l'OBI, fino a concorrenza dell'unità di OBI da assegnare, nel rispetto dei requisiti minimi autorizzativi, definiti dalla DGR 424/06 in funzione del livello di complessità e nel rispetto per i policlinici universitari degli accordi definiti con la Regione.
- Attivazione di posti letto di BO nei DEA di I livello e II livello che risultano sprovvisti dei posti letto minimi secondo quanto indicato dal NSIS 2010 (San Pietro FBF, San Camillo dei Lellis-Polo di Rieti, Polo Latina Sud di Formia, Sant'Andrea, San Giovanni)

Nella tabella seguente si riporta il dettaglio per singolo istituto.

Posti letto di Osservazione Breve (codice 51) per presidio di PS - Fonte Dati Nsis 2010

Azienda	Codice	Ospedale	Livello di Complessità Previsto	Comune	Posti Letto Ordinari cod 51	Posti letto minimo Previsti*	Unità OBI da attivare	Dotazione finale posti cod 51	Impatto
101	072	S.Giovanni Calibita -FBF	DEA I	Roma	12	10	6	10	-2
102	165	Policlinico Casilino	DEA I	Roma	20	10	8	12	-8
102	267	Sandro Pertini	DEA I	Roma	16	10	10	10	-6
103	058	CTO	-	Roma	31	0	0	0	-31
103	066	Sant' Eugenio	DEA I	Roma	24	10	8	16	-8
103	076	Madre Giuseppina Vannini	DEA I	Roma	25	10	6	19	-6
104	061	G. B. Grassi	DEA I	Roma	19	10	7	12	-7
105	026	Santo Spirito	DEA I	Roma	19	10	7	12	-7
105	071	S. Pietro-Fbf	DEA I	Roma	0	10	6	10	10
105	180	Aurelia Hospital	DEA I	Roma	16	10	2	14	-2
106	045	San Paolo	DEA I	Civitavecchia	5	10	7	10	5
106	059	Padre Pio Di Bracciano	PS	Bracciano	1	0	0	0	-1
107	046	Parodi Delfino	PS	Colleferro	4	0	6	0	-4
107	053	S. Giovanni Evangelista	DEA I	Tivoli	10	10	1	10	0
108	043	Generale Provinciale	DEA I	Anzio	4	10	5	10	6

Azienda	Codice	Ospedale	Livello di Complessità Previsto	Comune	Posti Letto Ordinari cod 51	Posti letto minimo Previsti	Unità OBI da attivare	Dotazione finale posti cod 51	Impatto
108	044	San Giuseppe	PS	Albano Laziale	6	0	3	3	-3
108	047	S. Sebastiano Martire	PS	Frascati	4	0	2	2	-2
108	070	Regina Apostolorum	-	Albano Laziale	8	0	0	0	-8
109	002	Civile di Acquapendente ³³	PS	Acquapendente	3	0	2	0	-3
109	003	Andosilla ³⁴	PS	Civita Castellana	4		4	0	-4
109	007	Civile di Tarquinia	PS	Tarquinia	4		4	0	-4
109	271	Belcolle	DEA I	Viterbo	9	10	6	10	1
110	019	San Camillo de Lellis	DEA I	Rieti	0	10	4	10	10
111	200	Santa Maria Goretti	DEA I	Latina	14	10	10	10	-4
111	206	Dono Svizzero	DEA I	Formia	0	10	6	10	10
112	216	Umberto I	DEA I	Frosinone	9	10	7	10	1
112	226	Santissima Trinità ³⁵	PS	Sora	2		2	0	-2
112	228	Santa Scolastica	DEA I	Cassino	8	10	2	10	2
901	901	San Camillo-Forlanini	DEA II	Roma	32	16	11	21	-11
902	902	San Giovanni	DEA II	Roma	0	16	9	16	16
903	903	S. Filippo Neri	DEA I	Roma	18	10	7	11	-7
905	905	Policlinico Gemelli	DEA II	Roma	10	16	10	16	6
906	906	Policlinico Umberto I	DEA II	Roma	34	16	15	19	-15
919	919	S. Andrea	DEA I	Roma	0	10	6	10	10
920	920	Policlinico Tor Vergata	DEA I	Roma	20	10	7	20	0
				Totale	391	274	196	323	-68

Risultati

Il saldo complessivo degli interventi di attivazione e di disattivazione di BO per singolo istituto è di 68 posti letto da disattivare.

³³ Ravvisandosi l'opportunità di attivare nel Civile di Acquapendente due unità di OBI.

³⁴ Al fine di evitare che la dotazione di BO sia di un solo posto letto si attivano nell'ospedale Andosilla di Civita Castellana quattro unità di OBI.

³⁵ Al fine di evitare che la dotazione di BO sia di un solo posto letto si attivano nell'ospedale Santissima Trinità di Sora due unità di OBI.

9.4 Schede di attività dei PS con meno di 25 mila accessi l'anno

Civile di Acquapendente

L'ospedale di Acquapendente è un ospedale della Asl di Viterbo dotato di Pronto Soccorso generale con una dotazione di circa 50 posti letto distribuiti su 4 specialità (Chirurgia generale, Medicina Generale, Ostetricia e Ginecologia, Breve Osservazione).

L'analisi dei dati di attività 2009 del Pronto Soccorso evidenzia quanto segue:

- Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati sempre registrati meno di 25.000 accessi, volume che rappresenta uno spartiacque tra Pronto Soccorso minori e maggiori. Nel 2009 gli accessi registrati in Pronto Soccorso sono stati 6.240. Il 28,5% degli accessi ha esitato in ricovero in reparto di degenza.
- L'11% (contro il 12,5% a livello regionale) degli accessi giunge con ambulanza mentre l' 82,5% giunge autonomamente.
- La percentuale di codici bianchi, rappresenta indirettamente una misura della quota parte di attività direttamente gestibile dai servizi di medicina di base, è del 7,3% .
- La percentuale di pazienti che non risponde alla chiamata da parte del medico con esclusione dei codici bianchi, che rappresenta indirettamente la capacità di risposta in termini di tempo di attesa ad esclusione dei casi non urgenti, è pari a 0,3% e ciò rappresenta un buon indicatore di accessibilità alle cure.
- Il tempo medio di permanenza in PS, che rappresenta indirettamente una misura della capacità di risposta del pronto Soccorso in termini complessivi di tempo di attesa, di trattamento e di ricerca del posto letto per i pazienti bisognosi di ricovero, è inferiore all'1 ora (44 minuti);
- La percentuale di accessi per diagnosi aspecifica (Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti) è elevato (24,3% contro un valore regionale del 19,2%).
- La percentuale di ricoveri suggeriti dal PS rifiutati dal paziente, che rappresenta indirettamente una misura della qualità percepita da parte del paziente della struttura di ricovero, è pari al 20,6% e ciò significa che 1 paziente su 5 non mostra fiducia verso il ricovero ospedaliero nel Civile di Acquapendente.
- Il rapporto tra accessi in PS con esito ricovero e totale delle dimissioni acuti in regime ordinario è pari al 93,3% e la percentuale dei ricoveri provenienti da Pronto Soccorso a rischio di inappropriata è pari al 27,4%. Questi due parametri rappresentano una insufficiente capacità di filtro al ricovero del pronto Soccorso.

Andosilla di Civita Castellana

L'ospedale di Andosilla è un ospedale della Asl di Viterbo dotato di Pronto Soccorso generale con una dotazione di circa 90 posti letto distribuiti, a valle dei provvedimenti già emanati nel 2010, su 6 specialità (Chirurgia generale, Medicina Generale, Ortopedia e traumatologia, Terapia Intensiva, Breve Osservazione e Oculistica).

L'analisi dei dati di attività 2009 del pronto Soccorso evidenzia quanto segue:

- Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati sempre registrati meno di 25.000 accessi, volume che rappresenta uno spartiacque tra Pronto Soccorso minori e maggiori. Nel 2009 gli accessi registrati in Pronto Soccorso sono stati 16.880. Il 17,6% degli accessi ha esitato in ricovero in reparto di degenza.
- Il 13,5% (contro il 12,5% a livello regionale) degli accessi giunge con ambulanza mentre lo 85,5% dei pazienti giunge autonomamente.
- La percentuale di codici bianchi, che rappresenta indirettamente una misura della quota parte di attività direttamente gestibile dai servizi di medicina di base, è del 3,85% .
- La percentuale di pazienti che non risponde alla chiamata da parte del medico con esclusione dei codici bianchi, che rappresenta indirettamente la capacità di risposta in termini di tempo di attesa ad esclusione dei casi non urgenti, è pari all'1% e ciò rappresenta un indicatore medio di accessibilità alle cure.
- Il tempo medio di permanenza in PS, che rappresenta indirettamente una misura della capacità di risposta del pronto Soccorso in termini complessivi di tempo di attesa, di trattamento e di ricerca del posto letto per i pazienti bisognosi di ricovero, è di 1 ora e 27 minuti;
- La percentuale di accessi per diagnosi aspecifica (Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti) pari al 19,3% è in linea con il valore regionale del 19,2%;
- La percentuale di ricoveri suggeriti dal PS rifiutati dal paziente, che rappresenta indirettamente una misura della qualità percepita da parte del paziente della struttura di ricovero, è pari al 22,5% e ciò significa che quasi un paziente su 5 non mostra fiducia verso il ricovero ospedaliero nell'ospedale di Andosilla;
- Il rapporto tra accessi in PS con esito ricovero e totale delle dimissioni acuti in regime ordinario è pari al 88,6% e la percentuale dei ricoveri provenienti da Pronto Soccorso a rischio di inappropriately è pari al 15,7%. Questi due parametri rappresentano una insufficiente capacità di filtro al ricovero del pronto Soccorso.

Civile di Tarquinia

L'ospedale di Tarquinia è un ospedale della Asl di Viterbo dotato di Pronto Soccorso generale e con una dotazione di circa 100 posti letto distribuiti, a valle dei provvedimenti già emanati nel 2010, su 6 specialità (Chirurgia generale, Medicina Generale, Ortopedia e traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Breve Osservazione, Pediatria solo in regime diurno).

L'analisi dei dati di attività 2009 del pronto Soccorso evidenzia quanto segue:

- Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati sempre registrati meno di 25.000 accessi, volume che rappresenta uno spartiacque tra Pronto Soccorso minori e maggiori. Nel 2009 gli accessi registrati in Pronto Soccorso sono stati 18.076. Il 16,7% degli accessi ha esitato in ricovero in reparto di degenza.
- L'11% (contro il 12,5% a livello regionale) degli accessi giunge con ambulanza mentre lo 88,4% dei pazienti giunge autonomamente.
- La percentuale di codici bianchi, che rappresenta indirettamente una misura della quota parte di attività direttamente gestibile dai servizi di medicina di base, è del 8,5% .
- La percentuale di pazienti che non risponde alla chiamata da parte del medico con esclusione dei codici bianchi, che rappresenta indirettamente la capacità di risposta in termini di tempo di attesa ad esclusione dei casi non urgenti, è pari all'1,7% e ciò rappresenta un indicatore medio di accessibilità alle cure.
- Il tempo medio di permanenza in PS, che rappresenta indirettamente una misura della capacità di risposta del pronto Soccorso in termini complessivi di tempo di attesa, di trattamento e di ricerca del posto letto per i pazienti bisognosi di ricovero, è di 1 ora e 26 minuti;
- La percentuale di accessi per diagnosi aspecifica (Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti) pari al 20,8% è superiore al valore regionale del 19,2%;
- La percentuale di ricoveri suggeriti dal PS rifiutati dal paziente, che rappresenta indirettamente una misura della qualità percepita da parte del paziente della struttura di ricovero, è pari al 18,2% e ciò significa che quasi un paziente su 5 non mostra fiducia verso il ricovero ospedaliero nell'ospedale di Tarquinia;
- Il rapporto tra accessi in PS con esito ricovero e totale delle dimissioni acuti in regime ordinario è pari al 79,2% e la percentuale dei ricoveri provenienti da Pronto Soccorso a rischio di inappropriatazza è pari al 20%. Questi due parametri rappresentano una insufficiente capacità di filtro al ricovero del pronto Soccorso.

Marzio Marini di Magliano Sabina

L'ospedale Marzio Marini di Magliano Sabina è uno stabilimento del polo ospedaliero di Rieti con una dotazione di circa 50 posti letto distribuiti in 5 specialità (Chirurgia generale, Medicina Generale, Ortopedia e traumatologia; Ostetricia e Ginecologia e Oculistica solo posti in DH)

L'analisi dei dati di attività 2009 del pronto Soccorso evidenzia quanto segue:

- Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati sempre registrati meno di 25.000 accessi, volume che rappresenta uno spartiacque tra Pronto Soccorso minori e maggiori. Nel 2009 gli accessi registrati in Pronto Soccorso sono stati 7.316. Il 18,6 % degli accessi ha esitato in ricovero in reparto di degenza.
- Il 10% (contro il 12,5% a livello regionale) degli accessi giunge con ambulanza mentre lo 88,9% dei pazienti giunge autonomamente.
- La percentuale di codici bianchi, che rappresenta indirettamente una misura della quota parte di attività direttamente gestibile dai servizi di medicina di base, è del 9%.
- La percentuale di pazienti che non risponde alla chiamata da parte del medico con esclusione dei codici bianchi, che rappresenta indirettamente la capacità di risposta in termini di tempo di attesa ad esclusione dei casi non urgenti, è pari a 0 e ciò rappresenta un buon indicatore di accessibilità alle cure.
- Il tempo medio di permanenza in PS, che rappresenta indirettamente una misura della capacità di risposta del pronto Soccorso in termini complessivi di tempo di attesa, di trattamento e di ricerca del posto letto per i pazienti bisognosi di ricovero, è di 1 ora e 13 minuti;
- La percentuale di accessi per diagnosi aspecifica (Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti) pari al 20,37% è superiore al valore regionale del 19,2%;
- La percentuale di ricoveri suggeriti dal PS rifiutati dal paziente, che rappresenta indirettamente una misura della qualità percepita da parte del paziente della struttura di ricovero, è pari al 28,5% e ciò significa che quasi un paziente su 3 non mostra fiducia verso il ricovero ospedaliero nell'ospedale Marzio Marini;
- Il rapporto tra accessi in PS con esito ricovero e totale delle dimissioni acuti in regime ordinario è pari al 75,8% e la percentuale dei ricoveri provenienti da Pronto Soccorso a rischio di in appropriatezza è pari al 22%. Questi due parametri rappresentano una insufficiente capacità di filtro al ricovero del pronto Soccorso.

SS Gonfalone di Monterotondo

L'ospedale SS Gonfalone di Monterotondo è un ospedale collocato nella ASL RMG dotato di Pronto Soccorso Generale con una dotazione di circa 80 posti letto distribuiti su 4 specialità (Chirurgia generale, Medicina Generale, Ortopedia e traumatologia, Ostetricia e Ginecologia).

L'analisi dei dati di attività 2009 del pronto Soccorso evidenzia quanto segue:

- Per due volte nel corso degli ultimi 5 anni si sono registrati meno di 25.000 accessi, volume che rappresenta uno spartiacque tra Pronto Soccorso minori e maggiori. Nel 2009 gli accessi registrati in Pronto Soccorso sono stati 24.853. Il 6,9 % degli accessi ha esitato in ricovero in reparto di degenza.
- Il 17% (contro il 12,5 % a livello regionale) degli accessi giunge con ambulanza mentre il 79,1% dei pazienti giunge autonomamente.
- La percentuale di codici bianchi, che rappresenta indirettamente una misura della quota parte di attività direttamente gestibile dai servizi di medicina di base, è del 8,73 % .
- La percentuale di pazienti che non risponde alla chiamata da parte del medico con esclusione dei codici bianchi, che rappresenta indirettamente la capacità di risposta in termini di tempo di attesa ad esclusione dei casi non urgenti, è pari al 4,9% e ciò identifica una criticità nell'accessibilità alle cure.
- Il tempo medio di permanenza in PS, che rappresenta indirettamente una misura della capacità di risposta del Pronto Soccorso in termini complessivi di tempo di attesa, di trattamento e di ricerca del posto letto per i pazienti bisognosi di ricovero, è di quasi 3 ore (175 minuti);
- La percentuale di accessi per diagnosi aspecifica (Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti) pari al 16,9% è inferiore al valore regionale del 19,2%;
- La percentuale di ricoveri suggeriti dal PS rifiutati dal paziente, che rappresenta indirettamente una misura della qualità percepita da parte del paziente della struttura di ricovero, è pari al 52,5% e ciò significa che più di 1 paziente su 2 non mostra fiducia verso il ricovero ospedaliero nell'ospedale di Monterotondo;
- Il rapporto tra accessi in PS con esito ricovero e totale delle dimissioni acuti in regime ordinario è pari al 66,1% e la percentuale dei ricoveri provenienti da Pronto Soccorso a rischio di inappropriatelyzza è pari al 14,6%. Questi due parametri rappresentano una migliorabile capacità di filtro al ricovero del pronto Soccorso.

Angelucci di Subiaco

L'ospedale Angelucci di Subiaco è un ospedale collocato nella Asl RMG dotato di Pronto Soccorso generale e con una dotazione di circa 90 posti letto distribuiti in 6 specialità (Chirurgia generale, Geriatria, Medicina Generale, Ostetricia e Ginecologia, Psichiatria e Terapia Intensiva).

L'analisi dei dati di attività 2009 del pronto Soccorso evidenzia quanto segue:

- Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati sempre registrati meno di 25.000 accessi, volume che rappresenta uno spartiacque tra Pronto Soccorso minori e maggiori. Nel 2009 gli accessi registrati in Pronto Soccorso sono stati 11.001. Il 16,8% degli accessi ha esitato in ricovero in reparto di degenza.
- Il 12 % (contro il 12,5 % a livello regionale) degli accessi giunge con ambulanza mentre lo 86,7 % dei pazienti giunge autonomamente.
- La percentuale di codici bianchi, che rappresenta indirettamente una misura della quota parte di attività direttamente gestibile dai servizi di medicina di base, è del 3,4 % .
- La percentuale di pazienti che non risponde alla chiamata da parte del medico con esclusione dei codici bianchi, che rappresenta indirettamente la capacità di risposta in termini di tempo di attesa ad esclusione dei casi non urgenti, è pari al 2,3% e ciò identifica una qualche criticità nell'accessibilità alle cure considerando lo scarso volume di accessi.
- Il tempo medio di permanenza in PS, che rappresenta indirettamente una misura della capacità di risposta del pronto Soccorso in termini complessivi di tempo di attesa, di trattamento e di ricerca del posto letto per i pazienti bisognosi di ricovero, è di 2 ore e 15 minuti;
- La percentuale di accessi per diagnosi aspecifica (Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti) pari al 21,59% è superiore al valore regionale del 19,2%;
- La percentuale di ricoveri suggeriti dal PS rifiutati dal paziente, che rappresenta indirettamente una misura della qualità percepita da parte del paziente della struttura di ricovero, è pari al 45,3% e ciò significa che quasi un paziente su 2 non mostra fiducia verso il ricovero ospedaliero nell'ospedale Angelucci;
- Il rapporto tra accessi in PS con esito ricovero e totale delle dimissioni acuti in regime ordinario è pari al 72,6 % e la percentuale dei ricoveri provenienti da Pronto Soccorso a rischio di inappropriatelyzza è pari al 17,8 %. Questi due parametri rappresentano una incompleta capacità di filtro al ricovero del pronto Soccorso.

Padre Pio di Bracciano

L'ospedale Padre Pio di Bracciano è un ospedale collocato nella Asl RMF con una dotazione di circa 80 posti letto distribuiti su 6 specialità (Chirurgia generale, Medicina Generale, Ortopedia e traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Terapia intensiva e Breve Osservazione).

L'analisi dei dati di attività 2009 del pronto Soccorso evidenzia quanto segue:

- Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati sempre registrati meno di 25.000 accessi, volume che rappresenta uno spartiacque tra Pronto Soccorso minori e maggiori. Nel 2009 gli accessi registrati in Pronto Soccorso sono stati 19.432. Il 13,7% degli accessi ha esitato in ricovero in reparto di degenza.
- Il 15% (contro il 12,5% a livello regionale) degli accessi giunge con ambulanza mentre lo 83% dei pazienti giunge autonomamente.
- La percentuale di codici bianchi, che rappresenta indirettamente una misura della quota parte di attività direttamente gestibile dai servizi di medicina di base, è del 4,1% .
- La percentuale di pazienti che non risponde alla chiamata da parte del medico con esclusione dei codici bianchi, che rappresenta indirettamente la capacità di risposta in termini di tempo di attesa ad esclusione dei casi non urgenti, è pari al 4,2% e ciò identifica una qualche criticità nell'accessibilità alle cure anche in considerazione del volume di accessi registrato.
- Il tempo medio di permanenza in PS, che rappresenta indirettamente una misura della capacità di risposta del pronto Soccorso in termini complessivi di tempo di attesa, di trattamento e di ricerca del posto letto per i pazienti bisognosi di ricovero, è di 2 ore e 17 minuti;
- La percentuale di accessi per diagnosi aspecifica (Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti) pari al 18,4% è inferiore al valore regionale del 19,2%;
- La percentuale di ricoveri suggeriti dal PS rifiutati dal paziente, che rappresenta indirettamente una misura della qualità percepita da parte del paziente della struttura di ricovero, è pari al 39% e ciò significa che più di un terzo dei pazienti non mostra fiducia verso il ricovero nell'ospedale di Bracciano;
- Il rapporto tra accessi in PS con esito ricovero e totale delle dimissioni acuti in regime ordinario è pari al 95,6% e la percentuale dei ricoveri provenienti da Pronto Soccorso a rischio di inappropriatelyzza è pari al 26,1%. Questi due parametri rappresentano una scarsa capacità di filtro al ricovero del pronto Soccorso.

S.Giovanni di Dio di Fondi

L'ospedale di Fondi è uno stabilimento del polo ospedaliero Latina Centro, insieme all'ospedale di Terracina, dotato di Pronto Soccorso generale con una dotazione di circa 80 posti letto per acuti distribuiti in 5 specialità di ricovero (Chirurgia Generale, Medicina Generale, Ostetricia e Ginecologia a cui corrispondono 988 parti nel 2009, Pediatria, Pneumologia solo in regime diurno).

L'analisi dei dati di attività 2009 del pronto Soccorso evidenzia quanto segue:

- Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati sempre registrati meno di 25.000 accessi, volume che rappresenta uno spartiacque tra Pronto Soccorso minori e maggiori. Nel 2009 gli accessi registrati in Pronto Soccorso sono stati 24.242. Il 15,1% degli accessi ha esitato in ricovero in reparto di degenza.
- Solo il 6% (contro il 12,5% a livello regionale) degli accessi giunge con ambulanza mentre il 94% giunge autonomamente.
- La percentuale di codici bianchi, che rappresenta indirettamente una misura della quota parte di attività direttamente gestibile dai servizi di medicina di base, è elevata (16,5% pari a 3.995 accessi).
- La percentuale di pazienti che non risponde alla chiamata da parte del medico con esclusione dei codici bianchi, che rappresenta indirettamente la capacità di risposta in termini di tempo di attesa ad esclusione dei casi non urgenti, è pari a zero e ciò rappresenta un buon indicatore di accessibilità alle cure.
- Il tempo medio di permanenza in PS, che rappresenta indirettamente una misura della capacità di risposta del pronto Soccorso in termini complessivi di tempo di attesa, di trattamento e di ricerca del posto letto per i pazienti bisognosi di ricovero, è di circa 1 ora (66 minuti);
- La percentuale di accessi per diagnosi aspecifica (Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti) è elevata (22,5% contro un valore regionale del 19,2%). Il 10,8% degli accessi (2.615 accessi) registra una diagnosi con Codice V per la maggior parte per visite di controllo in ambito ostetrico-ginecologico.
- La percentuale di ricoveri suggeriti dal PS rifiutati dal paziente, che rappresenta indirettamente una misura della qualità percepita da parte del paziente della struttura di ricovero, è pari al 33,6% e ciò significa che 1 paziente su 3 non mostra fiducia verso il ricovero ospedaliero nello stabilimento di Fondi.
- Il rapporto tra accessi in PS con esito ricovero e totale delle dimissioni acuti in regime ordinario è pari al 80,9% e la percentuale dei ricoveri provenienti da Pronto Soccorso a rischio di inappropriatelyzza è pari al 27,6%. Questi due parametri rappresentano una insufficiente capacità di filtro al ricovero del pronto Soccorso.

San Benedetto di Alatri

L'ospedale San Benedetto di Alatri è un collocato nella Asl di Frosinone con una dotazione di circa 110 posti letto distribuiti su 6 specialità (Chirurgia generale, Medicina Generale, Ortopedia e traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria e Terapia Intensiva).

L'analisi dei dati di attività 2009 del pronto Soccorso evidenzia quanto segue:

- Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati sempre registrati meno di 25.000 accessi, volume che rappresenta uno spartiacque tra Pronto Soccorso minori e maggiori. Nel 2009 gli accessi registrati in Pronto Soccorso sono stati 24.912. Il 19,2% degli accessi ha esitato in ricovero in reparto di degenza.
- Il 6% (contro il 12,5% a livello regionale) degli accessi giunge con ambulanza mentre il 91,4 % dei pazienti giunge autonomamente.
- La percentuale di codici bianchi, che rappresenta indirettamente una misura della quota parte di attività direttamente gestibile dai servizi di medicina di base, è del 3,21% .
- La percentuale di pazienti che non risponde alla chiamata da parte del medico con esclusione dei codici bianchi, che rappresenta indirettamente la capacità di risposta in termini di tempo di attesa ad esclusione dei casi non urgenti, è pari al 1,1% e ciò rappresenta un buon indicatore nell'accessibilità alle cure.
- Il tempo medio di permanenza in PS, che rappresenta indirettamente una misura della capacità di risposta del pronto Soccorso in termini complessivi di tempo di attesa, di trattamento e di ricerca del posto letto per i pazienti bisognosi di ricovero, è di 59 minuti;
- La percentuale di accessi per diagnosi aspecifica (Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti) pari al 20,18% è superiore al valore regionale del 19,2%.
- La percentuale di ricoveri suggeriti dal PS rifiutati dal paziente, che rappresenta indirettamente una misura della qualità percepita da parte del paziente della struttura di ricovero, è pari al **25%** e ciò significa che 1 paziente su 4 non mostra fiducia verso il ricovero ospedaliero nell'ospedale di Alatri;
- Il rapporto tra accessi in PS con esito ricovero e totale delle dimissioni acuti in regime ordinario è pari al 86,7% e la percentuale dei ricoveri provenienti da Pronto Soccorso a rischio di inappropriatelyzza è pari al 32,1%. Questi due parametri rappresentano una scarsa capacità di filtro al ricovero del pronto Soccorso.

Civile di Anagni

L'ospedale Civile di Anagni è collocato nella Asl di Frosinone ed ha una dotazione di circa 90 posti distribuiti su 7 specialità (Cardiologia, Chirurgia generale, Medicina Generale, Ortopedia e traumatologia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Unità Coronarica).

L'analisi dei dati di attività del pronto Soccorso evidenzia quanto segue:

- Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati sempre registrati meno di 25.000 accessi, volume che rappresenta uno spartiacque tra Pronto Soccorso minori e maggiori. Nel 2009 gli accessi registrati in Pronto Soccorso sono stati 13.575. Il 21% degli accessi ha esitato in ricovero in reparto di degenza.
- Il 17% (contro il 12,5 % a livello regionale) degli accessi giunge con ambulanza mentre il 82,6 % dei pazienti giunge autonomamente.
- La percentuale di codici bianchi, che rappresenta indirettamente una misura della quota parte di attività direttamente gestibile dai servizi di medicina di base, è dello 0,6%.
- La percentuale di pazienti che non risponde alla chiamata da parte del medico con esclusione dei codici bianchi, che rappresenta indirettamente la capacità di risposta in termini di tempo di attesa ad esclusione dei casi non urgenti, è pari al 3,4% e ciò identifica una qualche criticità nell'accessibilità alle cure soprattutto in considerazione del contenuto numero di accessi.
- Il tempo medio di permanenza in PS, che rappresenta indirettamente una misura della capacità di risposta del pronto Soccorso in termini complessivi di tempo di attesa, di trattamento e di ricerca del posto letto per i pazienti bisognosi di ricovero, è di 1 ora e 25 minuti;
- La percentuale di accessi per diagnosi aspecifica (Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti) pari al 24,4% è superiore al valore regionale del 19,2%;
- La percentuale di ricoveri suggeriti dal PS rifiutati dal paziente, che rappresenta indirettamente una misura della qualità percepita da parte del paziente della struttura di ricovero, è pari al 35% e ciò significa che più di un 1 paziente su 3 non mostra fiducia verso il ricovero ospedaliero nell'ospedale di Anagni;
- Il rapporto tra accessi in PS con esito ricovero e totale delle dimissioni acuti in regime ordinario è pari al 75,8% e la percentuale dei ricoveri provenienti da Pronto Soccorso a rischio di inappropriatelyzza è pari al 28,5%. Questi due parametri rappresentano una insufficiente capacità di filtro al ricovero del pronto Soccorso.

Pasquale del Prete di Pontecorvo

L'ospedale Pasquale del Prete di Pontecorvo è un ospedale collocato nella Asl di Frosinone dotato di Pronto Soccorso generale e con una dotazione di circa 120 posti letto distribuiti su 8 specialità (Chirurgia generale, Geriatria, Medicina Generale, Oculistica solo in regime diurno, Otorinolaringoiatria, Psichiatria, Gastroenterologia e Pneumologia).

L'analisi dei dati di attività 2009 del pronto Soccorso evidenzia quanto segue:

- Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati sempre registrati meno di 25.000 accessi, volume che rappresenta uno spartiacque tra Pronto Soccorso minori e maggiori. Nel 2009 gli accessi registrati in Pronto Soccorso sono stati 16.234. Il 19,9% degli accessi ha esitato in ricovero in reparto di degenza.
- L' 11% (contro il 12,5% a livello regionale) degli accessi giunge con ambulanza mentre il 88,2% giunge autonomamente.
- La percentuale di codici bianchi, rappresenta indirettamente una misura della quota parte di attività direttamente gestibile dai servizi di medicina di base, è del 7,4% .
- La percentuale di pazienti che non risponde alla chiamata da parte del medico con esclusione dei codici bianchi, che rappresenta indirettamente la capacità di risposta in termini di tempo di attesa ad esclusione dei casi non urgenti, è pari al 0,9% e ciò rappresenta un buon indicatore nell' accessibilità alle cure.
- Il tempo medio di permanenza in PS, che rappresenta indirettamente una misura della capacità di risposta del pronto Soccorso in termini complessivi di tempo di attesa, di trattamento e di ricerca del posto letto per i pazienti bisognosi di ricovero, è di 1 ora e 22 minuti;
- La percentuale di accessi per diagnosi aspecifica (Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti) pari al 19,4% è in linea con il valore regionale del 19,2%;
- La percentuale di ricoveri suggeriti dal PS rifiutati dal paziente, che rappresenta indirettamente una misura della qualità percepita da parte del paziente della struttura di ricovero, è pari al 20,9% e ciò significa che un 1 paziente su 5 non mostra fiducia verso il ricovero ospedaliero nell'ospedale di Pontecorvo;
- Il rapporto tra accessi in PS con esito ricovero e totale delle dimissioni acuti in regime ordinario è pari al 70% e la percentuale dei ricoveri provenienti da Pronto Soccorso a rischio di inappropriata è pari al 29,7%. Questi due parametri rappresentano una insufficiente capacità di filtro al ricovero del pronto Soccorso.

Rete dell'emergenza pediatrica

PREMESSA

L'ambito di interesse riguarda l'organizzazione dei servizi deputati all'urgenza/emergenza pediatrica per la fascia di età uguale od inferiore a 14 anni.

Dal punto di vista assistenziale, vanno distinte due condizioni: emergenza ed urgenza. L'emergenza riguarda quelle condizioni cliniche insorte improvvisamente che possono compromettere almeno una delle funzioni vitali (respiratoria, cardiaca, neurologica), sempre in grado di mettere in pericolo, in tempi rapidi, la vita del bambino. Tali condizioni richiedono quindi l'assoluta improcrastinabilità del trattamento con l'utilizzo di tutte le risorse di base e specialistiche a disposizione, senza possibilità di orientare l'attività di assistenza all'individuazione delle cause che hanno determinato l'alterazione. L'urgenza si riferisce invece a condizioni cliniche gravi ma senza alterazione dei parametri vitali tale da richiedere interventi immediati atti ad evitare il peggioramento clinico. Il bambino con un quadro sintomatologico "urgente", pur avendo funzioni e parametri vitali nella norma, non è a priori esente dal pericolo, ma può giungere a questa eventualità in un tempo successivo dipendente dal livello di urgenza. Tutte quelle condizioni non definibili né come urgenza né come emergenza (soggetti con funzioni e parametri vitali nella norma e sintomatologia non rilevante o ad insorgenza non acuta) possono essere valutate in percorsi alternativi anche extra-ospedalieri³⁶

L'assistenza in emergenza/urgenza alla popolazione in età pediatrica, è caratterizzata da specificità cliniche, epidemiologiche e sociali, la cui complessità richiede risposte specifiche. La complessità di cura della popolazione in età pediatrica infatti è caratterizzata dal fatto che il bambino ha caratteristiche anatomiche, fisiologiche, fisiopatologiche e psicologiche specifiche, che complicano la fase di anamnesi e l'effettuazione di esami obiettivi accurati. E' poi necessario disporre di spazi idonei per garantire la presenza costante dei genitori.

Esiste un quadro di riferimento normativo sia nazionale che regionale per la rete dell'urgenza/emergenza pediatrica. Il decreto 29 gennaio 1992 del Ministero della Sanità definisce i requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità. Esso stabilisce inoltre che le strutture di alta specialità devono prevedere per il trattamento dell'emergenza pediatrica un bacino d'utenza effettivo di 8-10 milioni di abitanti. Nel 2000, con il Progetto Obiettivo Materno-Infantile (POMI) vengono individuati alcuni parametri importanti per la rete pediatrica dell'urgenza/emergenza. Nel documento si evidenzia la necessità di concentrare all'interno di aziende ospedaliere di rilievo regionale le funzioni di coordinamento e di formazione-aggiornamento del personale medico e infermieristico impegnato in misura preponderante nell'urgenza-emergenza pediatrica. Il POMI stabilisce che tali strutture dovrebbero essere nella misura di una ogni 2-3 milioni di abitanti e che all'interno di esse dovrebbe essere identificata un'area di Terapia Intensiva Pediatrica (TIP).

Il "Piano per il miglioramento del sistema di emergenza-urgenza" approvato dalla Commissione Consultiva del Ministero della Salute nella seduta del 9 maggio del 2005, identifica tre categorie di strutture dedicate all'emergenza pediatrica ospedaliera, funzionalmente integrate al Dipartimento d'Emergenza.

Anche a livello regionale esistono numerosi provvedimenti di programmazione sul tema. La DGR 946/2007 introduce nella Regione Lazio la Osservazione Breve Intensiva (OBI), descrivendone le caratteristiche e funzioni. Le Delibere regionali DGR 4238 del 1997 e DGR 420 del 2007 definiscono i criteri per l'organizzazione della rete dell'Emergenza-Urgenza. La DGR 169 del 2008 stabilisce le linee attuative per la costituzione e lo sviluppo delle reti assistenziali di alta specialità e di Emergenza.

Sulla base dei dati epidemiologici di offerta e domanda disponibili, l'attuale organizzazione del sistema dell'emergenza-urgenza per pazienti pediatrici evidenzia alcune criticità.

- Eccessivo ricorso al Pronto Soccorso di codici bianchi e verdi per mancanza di filtro da parte dei servizi territoriali ed ambulatoriali ospedalieri (91% nel Lazio 2009). Questi due codici, non definibili né come urgenza né come emergenza, vengono "assegnati ai pazienti con funzioni e

³⁶ Linee Guida Società Italiana Medicina d'Urgenza Pediatrica

parametri vitali nella norma e sintomatologia non rilevante o ad insorgenza non acuta che possono per la gran parte essere valutati in percorsi alternativi anche extra-ospedalieri".

- Eccessivo ricorso ai trasferimenti secondari da strutture non idonee ad assistere il bambino verso quelle con disponibilità di cure pediatriche, in parte a causa della scarsa funzione di filtro del Pediatra di Libera Scelta ed in parte perché, mancando una rete, il servizio ARES 118 utilizza come unico criterio per il trasporto del bambino quello della vicinanza geografica.
- Scarsa attenzione per i bisogni dei pazienti pediatrici dovuta all'assenza di ambienti dedicati: nella fascia di età prescolare l'11% degli accessi in pronto soccorso avviene in Istituti senza reparto di pediatria ed una quota altrettanto ampia di bambini viene ricoverata e sottoposta ad intervento chirurgico in Ospedali senza area pediatrica. Tale carenza fa sì che gli accessi pediatrici in PS/DEA senza consulenza pediatrica hanno una probabilità di essere trasferiti in un altro Istituto circa tripla (2,4%) rispetto a quelli in PS/DEA con consulenza pediatrica (0,9%).
- Offerta di prestazioni di Chirurgia Pediatrica dispersa in cinque Unità. Alcune fra queste non dispongono di una guardia chirurgica pediatrica h24, hanno una percentuale di DRG chirurgici molto bassa e non assistono tutti i casi pediatrici chirurgici urgenti che accedono nell'ospedale.
- Non efficiente collocazione dell'offerta di Terapia Intensiva Pediatrica e Chirurgia Pediatrica, laddove in due situazioni, rispettivamente, è presente un reparto di Chirurgia Pediatrica senza TIP e una TIP senza Chirurgia Pediatrica per l'emergenza.

Il documento è esplicitamente orientato alla rete ospedaliera, non affronta quindi il ruolo importante che nella rete dell'urgenza/emergenza svolgono i servizi territoriali e nello specifico i Pediatri di Famiglia nella loro funzione di filtro per quelle condizioni che possono essere trattate adeguatamente fuori dall'ospedale. Questo ambito dovrà essere oggetto di un provvedimento successivo nel quale definire sia protocolli diagnostici/terapeutici per le condizioni di bassa-media severità, che prevedere forme innovative di medicina di gruppo inserite in una rete di servizi diagnostici a bassa soglia di accesso.

1. DATI EPIDEMIOLOGICI DELL'OFFERTA E DOMANDA NEL LAZIO

La rete dell'urgenza-emergenza

Nel 2009, nel Lazio, le strutture che disponevano di un Pronto Soccorso o DEA di I o II livello erano 57: 33 hanno un PS, 17 un DEA di I livello e 7 un DEA di II livello (tra cui il Bambino Gesù). Fra gli Istituti con un PS/DEA, escluso il Bambino Gesù, 25 avevano un reparto di ricovero di pediatria. I PS pediatrici sono quattro, presenti presso il Bambino Gesù, l'Azienda Universitaria Policlinico Umberto I, l'Azienda Ospedaliera San Camillo e il presidio di ASL Umberto I di Frosinone.

La tabella 1 (vedi allegato 1) mostra i 54 Istituti con PS/DEA (anno 2009), con reparto di Chirurgia generale o Chirurgia pediatrica per presenza di reparto ostetrico/neonatale e/o posti letto ordinari di Pediatria. Tra i 17 DEA di I livello, 5 non dispongono di un reparto di Pediatria (San Giovanni Calibita – FBF, CTO, M.G.Vannini, Santo Spirito e Aurelia Hospital), requisito richiesto dalla DGR 424/2006, e hanno un volume di accessi in PS mediamente basso (<3500 accessi/anno). In queste strutture si sono verificati il 3% di tutti gli accessi ed il 9% degli accessi occorsi nei DEA di I livello del Lazio. L'unico DEA di II livello a non disporre di un reparto di Pediatria, così come richiesto dalla DGR 424/2006, è l'Azienda Ospedaliera San Giovanni (4787 accessi nel 2009). Il 17% del totale degli accessi si è verificato nei 28 istituti senza reparto di pediatria.

Nel 2009, nel Lazio, si sono stati registrati 335.763 accessi nelle strutture di emergenza (PS/DEA) nella classe di età 0-14 anni (15,7% di tutti gli accessi in PS) esclusi quelli per ricovero programmato. Del totale degli accessi, il 64% è rappresentato da bambini in età prescolare (0-5 anni). Le percentuali di accesso in PS diminuiscono all'aumentare dell'età: la percentuale più alta si osserva per i bambini di 0 anni (14,1%), scende al 13,6% per quelli di 1 anno, 10,3% per i bambini di 2 anni fino ad assumere valori al di sotto del 10% per le età superiori (4,5% a 14 anni). Circa il 57% dei bambini che accedono in Pronto Soccorso è di sesso maschile.

I tassi più alti di accesso in PS per 1000 residenti più alti si osservano a zero ed un anno (tasso complessivo 801‰), diminuiscono progressivamente fino ai 14 anni (279‰).

Circa il 4% degli accessi è arrivato con ambulanza, mentre la modalità più frequente è stata quella dell'arrivo con mezzo proprio (87,7%). Solo l'1% è inviato dal Medico di Base, dalla guardia medica o dallo specialista.

La distribuzione dei codici colore assegnati al triage indica che il 9% degli accessi era in condizioni di emergenza/urgenza (rosso 0,3%, giallo 8,7%), mentre l'90,7% sono risultati non urgenti o non appropriati (verde 82,8%, bianco 7,9%). La percentuale di accessi con triage rosso e giallo è maggiore nella classe di età 0-5 anni (10,1%), mentre diminuisce sensibilmente nella classe 6-14 anni (7,5%).

Il 79% dei bambini viene dimesso a domicilio, per circa il 10% viene richiesto il ricovero in reparto di degenza, l'1,1% viene trasferito in altro istituto mentre l'8% rifiuta il ricovero o non risponde a chiamata (rispettivamente il 4,4% e il 3,9%). Il 65% degli accessi con codice rosso è stato ricoverato ed il 20% è stato trasferito in altro istituto; fra gli accessi con codice di triage bianco o verde il tasso di ricovero era rispettivamente pari a 2% e 8%.

Rispetto al giorno della settimana, la percentuale media di accessi è stata pari al 13% fra il lunedì ed il venerdì, aumenta al 16-17% il sabato e la domenica. Complessivamente, il 75% degli accessi in PS è avvenuto nei giorni feriali nella fascia oraria 8-20. Il tasso di ricovero nei giorni feriali (lun-ven) nella fascia oraria diurna (8-20) è stato pari al 10%, mentre scende all'8,2 di sabato e 7,2% di domenica. Nella fascia oraria notturna (20-08), invece, non si riscontrano differenze nei tassi di ricovero tra giorni feriali e sabato/domenica (10%).

Sul totale dei codici bianchi e verdi (n=304.637), il 50% è avvenuto nei giorni feriali nella fascia oraria 8-20, a dimostrazione che una maggiore continuità assistenziale va realizzata non solo nel week end o nelle ore notturne.

La tabella 2 (vedi allegato 1) mostra una sintesi dell'attività delle 57 strutture di emergenza del Lazio presenti nel 2009.

Nella tabella 3 (vedi allegato 1) vengono riportati i dati relativi alle dimissioni di età 0-14 anni per Istituto e reparto di chirurgia pediatrica e neurochirurgia. Non sono presentati i dati relativi all'attività dei tre reparti di Terapia Intensiva Pediatrica (Bambino Gesù, Policlinico Gemelli e Policlinico Umberto I) in quanto l'archivio delle schede di dimissione ospedaliera sottostima le giornate "prevalenti" in TIP nel caso in cui il bambino sia accettato o dimesso da altra tipologia di reparto.

Nei quattro istituti con *chirurgia pediatrica* (codice reparto "11"), i ricoveri in regime ordinario sono stati 2.554 a fronte di un'offerta di posti letto (PL) pari a 36 (NSIS, 1 gennaio 2010), a questi si aggiungono le 3.142 dimissioni del Bambino Gesù (PL=58). L'indice di occupazione (I.O.) regionale è del 68,5% con il valore più basso presso l'AO del Sant'Andrea (42,3%) e il più alto al Bambino Gesù (73,1%). In totale, nei Reparti di Chirurgia Pediatrica, il 49% dell'attività in regime ordinario aveva un DRG chirurgico ed il 43% delle dimissioni si sono verificate in modalità di urgenza. Solo due Istituti hanno un volume di attività di DRG chirurgico (in ricovero ordinario e DH) superiore a 1500/anno e garantiscono una guardia chirurgica pediatrica per le emergenze h24 (S. Camillo e Bambino Gesù).

Nel 2009 l'offerta di neurochirurgia pediatrica (codice 76) è stata garantita da due Istituti (Policlinico Gemelli e Ospedale Pediatrico Bambino Gesù), solo in regime ordinario, per un totale di 592 dimissioni e 15 posti letto (Fonte NSIS 01/01/2010) con un I.O. totale pari al 101%. La percentuale di ricoveri in urgenza è risultata essere pari al 38%, mentre è stata del 63% la percentuale di dimissioni con DRG chirurgico.

2. RAZIONALE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

Esistono diverse realtà nazionali e internazionali per le quali sono stati stabiliti i criteri per l'assistenza in regime di emergenza-urgenza pediatrica. A titolo di esempio, la regione Piemonte ha deliberato nel 2008 le Linee guida per la gestione dell'emergenza-urgenza pediatrica nelle quali vengono messi in evidenza i punti critici da prendere in considerazione per organizzare in modo efficiente la rete dell'emergenza-urgenza. Nella rete del Piemonte vengono identificati due momenti differenti, fase preospedaliera, nella quale ha un ruolo centrale il Pediatra di Libera Scelta e fase ospedaliera. I nodi della rete ospedaliera sono: i PS ospedalieri, i DEA I livello con UO di Pediatria, i DEA di II livello con Pronto Soccorsi e Reparti di Pediatria d'Urgenza, e le Terapie Intensive Pediatriche. Un'altra regione, il Veneto, ha recentemente (fine 2009) disegnato la rete dell'emergenza pediatrica nella quale sono identificati tre livelli di intensità delle cure per i nodi della rete: il Polo di I livello prevede la presenza di attività di pediatria in Pronto Soccorso; di un reparto di Pediatria ed uno di Ostetricia; il Polo di II Livello, oltre ai requisiti del I Livello, deve avere anche attività di Pronto Soccorso Pediatrico in spazi dedicati, attività di chirurgia pediatrica, erogazione di cure intensive neonatali, attività di emergenza urgenza pediatrica per patologie complesse che non necessitano di terapia intensiva; il Polo di III Livello deve avere, oltre ai requisiti del II Livello, anche un volume di ricoveri pari o superiore a 2000 l'anno, attività di Pronto Soccorso Pediatrico in struttura dedicata, presenza di Terapia Intensiva Pediatrica, presenza di Chirurgia e Neurochirurgia Pediatrica, erogazione di tutte le prestazioni specialistiche pediatriche, supporto all'attività di trasporto neonatale e pediatrico.

Facendo riferimento alle criticità riportate in premessa, alla normativa nazionale e regionale esistente ed al contesto regionale dell'offerta di strutture pediatriche e del loro livello di complessità, è auspicabile prevedere una rete disegnata su due livelli assistenziali : centro Spoke e Hub. Il centro Spoke (I livello), collocato in un PS/DEA che garantisce in urgenza/emergenza la consulenza pediatrica h24, ha un'area di Osservazione Breve Intensiva (OBI) pediatrica dedicata, un area pediatrica per il ricovero ordinario che accetta anche bambini sottoposti a trattamenti chirurgici effettuati dall'equipe di chirurgia generale. Il centro Hub (II livello), collocato in un DEA di II livello con area dedicata pediatrica è caratterizzato, oltre che dai requisiti dei centri Spoke, dalla presenza di un reparto di specialità pediatrica medica o chirurgica h24 .

Obiettivi della rete

- Migliorare l'assistenza ai soggetti in età pediatrica per condizioni che richiedano una valutazione e cura urgente.
- Indirizzare i pazienti pediatrici verso le strutture di emergenza idonee ad assistere condizioni di diversa complessità, promuovendo la massima concentrazione verso gli Hub solo per quelle condizioni di elevata severità.
- Promuovere l'Osservazione Breve Intensiva Pediatrica come alternativa al ricovero ordinario.
- Garantire a ciascun bambino in condizioni cliniche di urgenza/emergenza adeguati ambienti dedicati e di spazi idonei anche per la presenza dei genitori.
- Definire protocolli per il trasferimento primario e secondario dei pazienti pediatrici.
- Organizzare per casi di elevata complessità clinica un servizio di trasporto pediatrico dedicato.

3. CARATTERISTICHE DEI CENTRI DELLA RETE

Il modello di rete disegnato è di tipo Hub e Spoke nel quale ad ogni struttura di II livello (Hub) sono funzionalmente collegate più strutture di I livello (Spoke). Un livello superiore deve possedere, oltre agli standard che lo caratterizzano, anche quelli indicati per il livello inferiore. Ove non indicati, si intendono quindi sempre richiesti per il livello superiore i requisiti riportati nel livello inferiore. In attuazione del presente provvedimento, la presenza del reparto di pediatria costituisce requisito solo per il DEA di II livello, ad integrazione e modifica di quanto previsto dalla DGR 424/2006.

3.1 Centro Spoke

E' collocato presso Ospedale sede di PS/DEA con un Reparto di Pediatria e di Chirurgia Generale. Dispone di un servizio di Guardia Pediatrica h24, di Guardia anestesiologicala h24 e di guardia radiologica h24. Il pediatra deve poter sempre intervenire nella prima valutazione del paziente, garantire e gestire le multidisciplinarietà e il coordinamento degli interventi con protocolli condivisi. Il personale del centro Spoke partecipa alle attività formative organizzate dal centro Hub.

Deve essere dotato di una OBI pediatrica in area "dedicata" per la stabilizzazione, diagnosi e terapia, con degenza massima di 36 ore. Possono essere di competenza dell'OBI pediatrica: patologie acute che possono essere rapidamente stabilizzate (esempio asma bronchiale, laringospasmo, vomito incoercibile, diarree acute con modica disidratazione, etc.); patologie di media gravità o non chiaramente definite ma che necessitano di ripetute valutazioni (sospetta appendicite, dolore toracico, trauma cranico moderato/politrauma lieve nel bambino <3-5 anni, cefalea/emicrania, convulsioni e/o recidive in bambino con epilessia, sospetta assunzione impropria farmaci/tossici, etc.); situazione di disagio socioeconomico/emarginazione. Sono inoltre di competenza dell'OBI quelle situazioni per le quali è incerta la compliance alle misure terapeutiche o difficile la rivalutazione del paziente nei giorni immediatamente successivi. In allegato 2 è riportato un elenco dettagliato delle condizioni cliniche appropriate per l'OBI pediatrica.

I posti di OBI pediatrica sono ottenuti dalla chiusura di PL di ricovero della UO di pediatria (DGR 946/2007).

Condizioni cliniche di competenza del centro Spoke

Tutte le condizioni non di competenza del centro Hub, senza compromissione delle funzioni vitali, possono essere completamente gestite dal centro Spoke, ivi incluse quelle di seguito elencate :

- EMERGENZE RESPIRATORIE: asma grave
- EMERGENZE CARDIACHE: scompenso cardiaco, miocarditi, pericarditi
- EMERGENZE NEUROLOGICHE: sospette meningiti ed encefaliti; convulsioni e stato di male epilettico
- VARIE: squilibri metabolici

3.2 Centro Hub

E' collocato in ospedali regionali, universitari o pediatrici sede di DEA di II livello con Reparto di Terapia Intensiva Pediatrica e/o Chirurgia Pediatrica h24 e/o Neurochirurgia Pediatrica h24. Deve avere una caratterizzazione polispecialistica³⁷ sia di reparti assistenziali (cardiologia, cardiocirurgia, neurochirurgia, ortopedia, infettivologia, oncologia, ematologia, broncopneumologia, nefrologia e dialisi, endocrinologia, otorinolaringoiatria, oculistica) che di servizi diagnostici (diagnostica per immagini, anatomia patologica, biochimica clinica e genetica). Deve inoltre avere reparto di Terapia Intensiva Neonatale (TIN).

Requisiti/Funzioni indispensabili per il primo intervento e la continuità delle cure:

- Reparto di Terapia Intensiva Pediatrica dotato di apparecchiature per l'assistenza dei bambini con patologie d'organo ad alto rischio derivante da patologia acuta, da trauma o da condizioni a rischio programmato (postoperatorio), situazioni per le quali sono indispensabili supporti ad alta tecnologia, compresa la ventilazione meccanica, il monitoraggio invasivo, tecniche extracorporee dialitiche e di supporto alla funzione cardiaca e respiratoria, nonché l'alimentazione parenterale.
- Equipe anestesiologicala pediatrica dedicata h24.
- Funzione formativa verso i Centri Spoke finalizzata principalmente alla: definizione e condivisione di protocolli assistenziali; condivisione delle condizioni cliniche di accesso al centro Hub e Spoke; identificazione di condizioni predittive di cure speciali o intensive ed al trattamento in emergenza di patologie pediatriche. In particolare, organizza stage formativi del personale dei centri Spoke presso la propria sede, invia formatori nei centri spoke e favorisce la periodica discussione su effettiva operatività della rete.
- Coordinamento sistema trasporto pediatrico.

³⁷ Nel caso di Specialità che non hanno rilevanza nella gestione ordinaria del bambino e che possono essere sporadicamente coinvolte nell'Emergenza, deve essere stipulata una convenzione con Università o Ospedale per la pronta reperibilità dello Specialista o, se necessario, dell'équipe specialistica. Per la Specialità Grandi Ustionati, deve essere stipulata una convenzione con il centro Hub che definisca la presenza del consulente medico durante la gestione del paziente pediatrico in TIP e del consulente rianimatore dopo il trasferimento nel Centro Grandi Ustionati.

Condizioni cliniche di competenza del centro Hub

EMERGENZE RESPIRATORIE:

- (1) epiglottiditi
- (2) croup
- (3) bronchiolite nel neonato con $PsO_2 < 90\%$ e/o con "fatica respiratoria" e sopore
- (4) aspirazione di corpo estraneo
- (5) insufficienza respiratoria acuta
- (6) gravi infezioni polmonari
- (7) recente tracheotomia
- (8) acuto o grave barotrauma delle basse vie respiratorie potenzialmente rischiose per la vita e/o che richiedono necessità di ventilazione meccanica (anche potenziale)
- (9) necessità di alta supplementazione di ossigeno ($FiO_2 \geq 0.5$) con $PaO_2 \leq 90$ mmHg (rapporto $PaO_2/FiO_2 \leq 200$)

EMERGENZE CARDIACHE:

- aritmie cardiache "maligne"
- necessità di impiantare un pacemaker temporaneo
- scompenso cardiaco congestizio instabile con o senza necessità di ventilazione meccanica
- cardiopatie congenite con instabilità cardiorespiratoria
- assistenza post-operatoria per procedure cardiovascolari intratoraciche ad alto rischio
- necessità di monitoraggio emodinamico cruento "avanzato"

EMERGENZE TRAUMI:

1. trauma toracico con fratture costali multiple
2. politrauma
3. pneumo-emo-torace
4. contusioni polmonari
4. lesioni traumatiche degli organi addominali

EMERGENZE NEUROLOGICHE:

- convulsioni non rispondenti a terapia e/o necessitanti di infusione continua di farmaci antiepilettici
- alterazioni gravi del sensorio ed insorte acutamente in cui sia difficile stabilire l'entità del danno neurologico e/o stato di coma pericoloso per il driving respiratorio
- assistenza post-operatoria per procedure invasive neurochirurgiche necessitanti anche di monitoraggio invasivo
- meningiti ed encefalomieliti con grave depressione neurologica
- gravi alterazioni metaboliche od ormonali
- grave compromissioni respiratorie ed emodinamiche o grave possibilità di insorgenza di ipertensione endocranica
- trauma cranico con $GCS \leq 13$ e/o con segni di lato e/o con perdita di 2 punti del GCS in due valutazioni successive e/o con fattori di rischio aggiuntivi (pregresso intervento neurochirurgico, terapia anticoagulante in atto, epilessia)
- assistenza preoperatoria neuro traumatologica in caso di grave progressiva compromissione neurologica
- patologia progressiva neuromuscolare con o senza alterazione del sensorio ma richiedente monitoraggio o assistenza intensiva respiratoria
- condizioni di compressione midollare o rischio di essa
- malfunzionamento di drenaggio ventricolare (interno ed esterno)

EMERGENZE EMATOLOGICHE/ONCOLOGICHE:

- indicazione alla plasmaferesi o leucaferesi in condizioni cliniche di grave instabilità
- grave coagulopatia a rapida progressione

- grave anemia comportante compromissione emodinamica e/o respiratoria
- inizio di una terapia comportante una rapida sindrome da lisi tumorale
- tumori o masse che esercitano compressione su organi vitali (vasi, vie aeree, organi)

EMERGENZE ENDOCRINE/METABOLICHE:

- chetoacidosi diabetica con stato di coma
- gravi anomalie elettrolitiche quali:
 - ipo/ipernatriemie
 - ipo/ipercalcemie
 - ipo/iperglicemie necessitanti di monitoraggio intensivo
 - acidosi metaboliche richiedenti infusioni di bicarbonato e monitoraggio intensivo o comunque interventi complessi
 - errori congeniti del metabolismo richiedenti assistenza respiratoria, dialisi, emoperfusione, trattamento di ipertensione endocranica o di supporto isotropo.

EMERGENZE GASTRO-INTESTINALI:

- emorragie gastro-intestinali gravi ed acute comportanti instabilità emodinamica e respiratoria (shock emorragico)
- insufficienza epatica acuta e stato di coma con instabilità emodinamica e respiratoria

SITUAZIONI POST-OPERATORIE PER CHIRURGIA MAGGIORE RICHIEDENTI MONITORAGGI FREQUENTI E POTENZIALMENTE TRATTAMENTI INTENSIVI:

- chirurgia cardiovascolare
- chirurgia toracica
- neurochirurgia
- chirurgia otorinolaringoiatrica
- chirurgia cranio-facciale
- chirurgia ortopedica e del rachide
- ogni chirurgia generale comportante instabilità emodinamica o respiratoria
- trapianti d'organo
- politrauma con o senza instabilità cardiovascolare
- gravi perdite ematiche sia durante l'atto chirurgico che nel post-operatorio

EMERGENZE NEFROLOGICHE

- insufficienza renale acuta con necessità di emodialisi e/o CVVH
- dialisi peritoneale o comunque altre terapie alternative alla funzione renale in soggetti in grave instabilità
- rabdomiolisi con insufficienza renale

EMERGENZE VARIE:

- ingestione/inalazione di sostanze tossiche/farmaci con il rischio di scompensi metabolici acuti per lesioni degli organi maggiori
- sindrome di disfunzione multi organo (MOF)
- ipertermia maligna sospettata o documentata
- elettrocuzioni
- ustioni superiori al 10% della superficie corporea (per questi pazienti va attivata, attraverso protocolli operativi formalizzati, la collaborazione con il Centro Grandi Ustionati Regionale per tutto il tempo di degenza in TIP)
- near miss-SIDS

4. MODALITÀ DI ACCESSO E TRASFERIMENTO NELLA RETE

Come criterio generale, il bambino può rimanere presso il centro Spoke se possiede la competenza diagnostico-terapeutica appropriata per gestire la malattia e le condizioni cliniche del paziente. In una situazione di urgenza/emergenza il trasferimento fra centro Spoke e centro Hub va effettuato dopo la stabilizzazione del bambino.

Sono di competenza del centro Hub e Spoke tutte le condizioni cliniche riportate nel Capitolo 3 per le due tipologie di centro.

Il paziente pediatrico che arriva autonomamente in uno PS/DEA non Spoke (mancanza del reparto di pediatria) può essere trattato per tutte quelle condizioni cliniche non descritte nel Capitolo 3, altrimenti, a seconda delle condizioni cliniche, va trasferito o al centro Hub competente o al centro Spoke individuato dall'Hub.

Il trasferimento, in continuità di soccorso per procedure diagnostiche o cure non effettuabili dall'Ospedale richiedente, da un PS/DEA non Spoke verso un centro Spoke o Hub e da un centro Spoke ad un centro Hub non può essere negato per mancanza di posto letto.

All'interno della rete va raccomandato il back-transport verso l'ospedale trasferente o di prossimità, nel caso in cui il bambino, una volta conclusi i trattamenti di esclusiva competenza dell'Hub, debba completare, in regime di ricovero ordinario, il percorso assistenziale.

Le modalità e condizioni per il trasferimento vanno elaborate e comunicate dall'Hub, in accordo con l'ARES 118, a tutti i centri Spoke e PS/DEA non Spoke dell'Area.

4.1 TRASPORTO PEDIATRICO DEDICATO

Dai dati della letteratura un trasporto pediatrico effettuato da una équipe non esperta in terapia intensiva pediatrica è gravato da un più significativo aumento del rischio di mortalità e morbilità.

Di seguito viene presentata l'organizzazione del trasporto pediatrico dedicato inter-ospedaliero (ambulanza attrezzata per il bambino di età superiore a 28 giorni con personale medico formato), coordinato dal centro Hub e esclusivamente utilizzato per bambini in condizioni di grave instabilità dei parametri vitali che necessitano di trasferimento urgente per mancanza di risorse diagnostico-terapeutiche non disponibili nell'istituto che lo ha accolto ovvero con età inferiore a sei anni.

Il rationale che pone il Servizio di Trasporto dell'Emergenza Pediatrica (STEP) tra le componenti essenziali della rete dell'emergenza, è molto simile a quello dello STEN (Servizio di Trasporto dell'Emergenza Neonatale).

Attualmente, il trasporto verso un Centro di II livello è a carico del trasferente, ovvero del Centro che non dispone di competenze assistenziali ed apparecchiature adeguate al bambino, con incremento del rischio di danni secondari durante il trasporto.

Questa situazione configura un "paradosso", così come nel passato lo era stato il trasporto del neonato che non veniva effettuato da chi possedeva esperienza e competenza clinica, bensì dalla struttura che lo trasferiva perché non in grado di garantire le migliori e tempestive cure di cui necessitava.

Con l'istituzione dello STEP si assicura il trasporto interospedaliero di emergenza attribuendo all'ARES 118 la gestione degli aspetti logistici ed organizzativi. In questo modello, è a carico del Centro Hub redigere i protocolli per il primo trattamento e per la stabilizzazione del paziente pediatrico ed addestrare l'équipe sanitaria dei Centri Spoke a loro afferenti.

Al centro Hub spetta il compito di mantenere il rapporto operativo con l'ARES 118 e con l'Assessorato alla Sanità, gestire il sistema informativo, elaborare Linee Guida diagnostico-assistenziali, controllare la qualità delle cure erogate, monitorare l'adeguatezza dei mezzi di trasporto e gestire la formazione e l'aggiornamento teorico e pratico del personale del Servizio, produrre periodicamente dati su indicatori di struttura, processo ed esito in collaborazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP).

Il Centro Hub:

- 1- riceve tutte le richieste di trasferimento dei pazienti pediatrici afferenti alla propria area ed effettua una prima consulenza telefonica per definirne il triage
- 2- concorda con il Collega trasferente i primi provvedimenti da prendere.
- 3- Attiva, attraverso il 118, il mezzo di un altro Hub in caso di necessità (chiamate in contemporanea, problema meccanico al mezzo, ecc)
- 4- gestisce un sistema informativo "OCCUPAZIONE POSTI LETTO IN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA – OPTIP" sul modello di quello adottato dallo STEN (OPTIN).

5. ORGANIZZAZIONE DELLA RETE

La rete è stata definita tenendo conto della domanda di assistenza per singola struttura e delle caratteristiche degli Istituti in termini di presenza di PS/DEA e di reparto di specialità pediatrica e non pediatrica. Oltre a queste caratteristiche, la classificazione dei centri in Hub e Spoke deve essere subordinata alla verifica dei requisiti/funzioni riportati nel capitolo 3 (vedi capitolo 6- tempi di realizzazione della rete).

Un elemento essenziale per il funzionamento della rete è la definizione di percorsi informativi e formativi promossi dal centro Hub per tutto il personale.

La classificazione clinica dei pazienti pediatrici da inviare ai centri Hub e Spoke presentata nei paragrafi 3.1 e 3.2 è di supporto alla realizzazione di appropriati percorsi sia extraospedalieri che interospedalieri.

Fermo restando che il centro Hub deve sempre garantire il trattamento del paziente, indipendentemente dalla disponibilità di posti letto nell'area intensiva medica e chirurgica pediatrica, risulta funzionale alla rete l'attivazione di un sistema regionale di rilevazione in tempo reale dell'effettiva disponibilità dei posti letto specialistici (quali ad esempio T.I.; Rianimazione, Neurochirurgia).

Considerata l'opportunità di non realizzare un reparto di Pediatria nei 5 DEA di I livello che ne sono attualmente privi, a causa del basso volume di accessi in PS, si intende annullato per il DEA di I livello il requisito del reparto di Pediatria previsto dalla DGR 424/2006.

Data la raccomandazione del Progetto Obiettivo Materno Infantile che stabilisce un centro di alta specialità per l'Emergenza Pediatrica ogni 2-3.000.000 di abitanti e la raccomandazione della Unione Europea degli Specialisti Medici (UEMS) e della British Association of Paediatric Surgeons, che prevedono un Centro di chirurgia pediatrica ogni 2.500.000 di abitanti, si identificano 3 centri Hub per l'emergenza/urgenza Medica Pediatrica, due centri Hub per l'emergenza/urgenza Chirurgica Pediatrica e due centri Hub per l'emergenza/urgenza Neurochirurgica Pediatrica.

Da un punto di vista organizzativo, risulta opportuno accorpare le 4 macroaree previste nel DCA 48/2010, in due aree vaste:

		0-5 anni	6-14 anni	totale
Area 1	macroaree 1 e 4	151.636	219.092	370.728
Area 2	macroaree 2 e 3	174.346	239.979	414.325

Per ciascuna Area è riportato in tabella l'elenco dei centri per :

- livello (Hub e Spoke)
- livello ostetrico/neonatologico previsto nel DCA 56/2010
- livello PS/DEA come da proposta rete emergenza
- numero minimo posti di OBI pediatrica previsti, applicando lo standard di 1 posto ogni 5000 accessi in PS (DGR 946/2007) e di almeno 1 posto per gli Istituti con meno di 5000 accessi in PS;
- numero di posti letto ordinari di pediatria residui (da offerta NSIS 1/1/2010)

AREA 1 (Territorio MacroArea 1 e 4 da DCA 48/2010)

Sono previsti tre Hub e 12 Spoke. Un Hub per l'emergenza/urgenza Medica e Neurochirurgica Pediatrica, uno per l'emergenza/urgenza Chirurgica Pediatrica ed uno per l'emergenza/urgenza Medica Pediatrica.

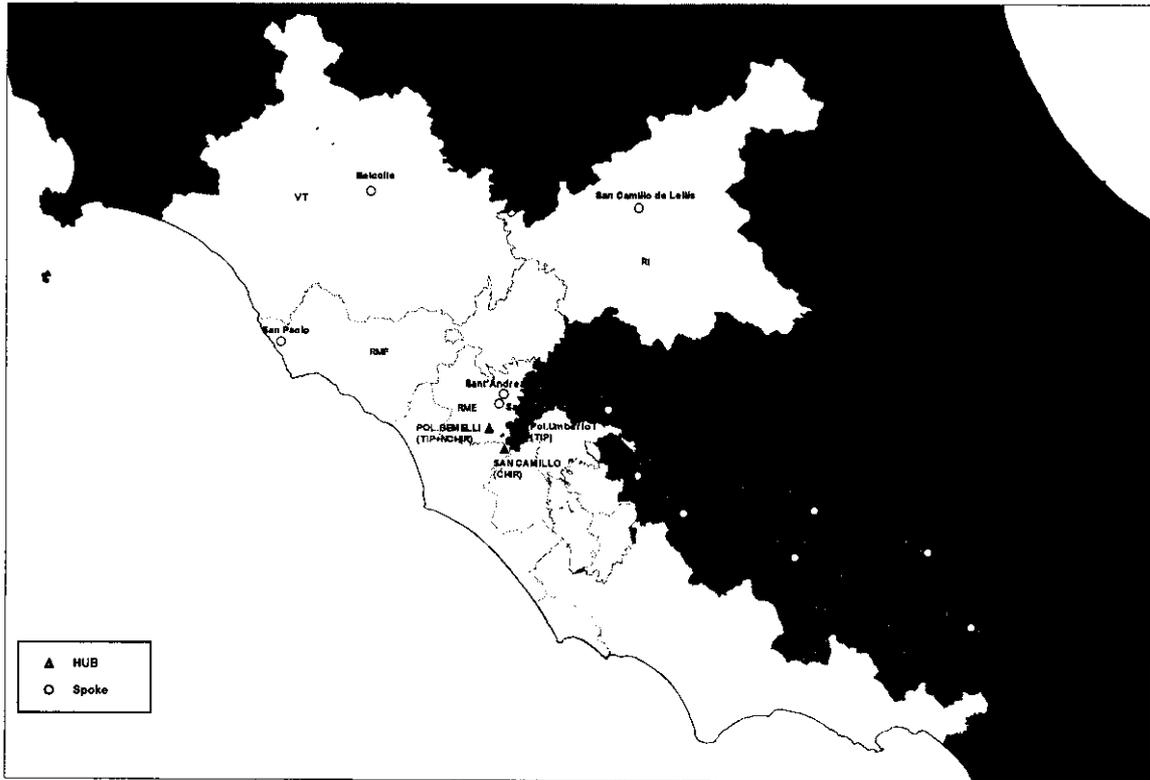
- Il Policlinico Gemelli ha funzione di Hub per la MacroArea 4 per Terapia Intensiva Pediatrica e per la MacroArea 1 e 4 per la Neurochirurgia Pediatrica.
- L'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini ha funzione di Hub per la MacroArea 1 e 4 per la Chirurgia Pediatrica. Per qualificare questa funzione vengono attivati due posti letto di Terapia Intensiva Pediatrica di supporto, la cui funzionalità può essere garantita anche attraverso convenzione con una delle TIP presenti nelle due Aree (Area 1 e 2).
- L'Azienda Universitaria Policlinico Umberto I ha funzione di Hub per la MacroArea 1 per la Terapia Intensiva Pediatrica.
- La funzione di centro Spoke pediatrico assegnata all'Ospedale di Alatri è subordinata alla verifica del mantenimento del reparto di pediatria e dell'attività di Pronto Soccorso, visto il basso Indice di Occupazione del reparto (IO 61 %) e del numero di accessi totali inferiore a 25.000 (questo volume minimo viene richiesto dall'Accordo Stato-Regioni del 25 ottobre 2001 per assicurare la funzione di triage). La funzione di centro Spoke pediatrico assegnata all'Ospedale di Colferro è subordinata alla decisione di mantenere il reparto di pediatria dove non è più prevista un'area di assistenza ostetrico/neonatologica. (DCA 56/2010).

Elenco Centri Spoke e Hub, per ASL di appartenenza, PS/DEA, livello Ostetrico/neonatologico e numero posti di OBI e PL ordinari

ISTITUTO	Azienda	COMUNE	PS/DEA (proposta rete emergenza)	LIVELLO OST/NEO (DCA 56/2010)	Proposta Hub-Spoke	Numero minimo Posti di OBI previsti dopo chiusura PL ordinari	PL ordinari residui	riferimento per emergenza medica	riferimento per emergenza chirurgica	riferimento per emergenza neurochirurgica	Totale (OR)*
<i>Policlinico A. Gemelli</i>	AU	Roma	DEAll	III	Hub	2	29		AO S Camillo		31
<i>San Camillo Forlanini</i>	AO	Roma	DEAll	III	Hub	4	12	Pol Umb. I		Pol. Gemelli	16
<i>Policlinico Umberto I</i>	AU	Roma	DEAll	III	Hub	7	19		AO S Camillo	Pol. Gemelli	26
<i>San Giovanni Evangelista</i>	RMG	Tivoli	DEAI	II	Spoke	1	12	Pol Umb. I	AO S Camillo	Pol. Gemelli	13
<i>Coniugi Bernardini</i>	RMG	Palestrina	PS	I	Spoke	2	8	Pol Umb. I	AO S Camillo	Pol. Gemelli	10
<i>Parodi Delfino</i>	RMG	Colferro	PS	I	Spoke	1	9	Pol Umb. I	AO S Camillo	Pol. Gemelli	10
<i>Umberto I</i>	FR	Frosinone	DEAI	II+	Spoke	2	16	Pol Umb. I	AO S Camillo	Pol. Gemelli	18
<i>Santa Scolastica</i>	FR	Casano	DEAI	II	Spoke	1	9	Pol Umb. I	AO S Camillo	Pol. Gemelli	10
<i>Santissima Trinità</i>	FR	Sora	PS	I	Spoke	1	11	Pol Umb. I	AO S Camillo	Pol. Gemelli	12
<i>San Benedetto</i>	FR	Alatri	PS	I	Spoke	1	14	Pol Umb. I	AO S Camillo	Pol. Gemelli	15
<i>San Pietro - FBF</i>	RME	Roma	DEAI	III	Spoke	2	17	Pol. Gemelli	AO S Camillo	Pol. Gemelli	19
<i>Sant'Andrea</i>	AO	Roma	DEAI		Spoke	2	8	Pol. Gemelli	AO S Camillo	Pol. Gemelli	10
<i>Belcolle</i>	VT	Viterbo	DEAI	II+	Spoke	1	13	Pol. Gemelli	AO S Camillo	Pol. Gemelli	14
<i>San Camillo de Lellis</i>	RI	Rieti	DEAI	II	Spoke	1	12	Pol. Gemelli	AO S Camillo	Pol. Gemelli	13
<i>San Paolo</i>	RMF	Civitavecchia	DEAI	I	Spoke	1	4	Pol. Gemelli	AO S Camillo	Pol. Gemelli	5

*N.SIS 01/09/2010

Area 1 - Centri Hub e Spoke



AREA 2 (Territorio MacroArea 2 e 3 da DCA 48/2010)

- E' previsto un Hub presso l'Ospedale Bambino Gesù (con PL di TIP nella sede di Roma e Palidoro e con attività di primo soccorso nella sede di Palidoro) con reparto di terapia intensiva pediatrica, chirurgia pediatrica e neurochirurgia pediatrica.
- Sono previsti 11 Spoke, di cui uno di nuova attivazione presso l'AO San Giovanni che attualmente non possiede un'area per il ricovero pediatrico come invece previsto dai requisiti della DGR 424/2006 per i DEA di II livello. In tale Istituto sono previsti 8 PL di ricovero ordinario e almeno 1 posto di OBI.
- Si conferma la funzione di Spoke pediatrico per gli Ospedali di Marino e Genzano dove sono collocati sia il reparto ostetrico-neonatologico di I livello (DCA 56/2010) che il reparto di pediatria; data la decisione dell'Azienda USL Roma H di chiusura del Pronto Soccorso generale nei due presidi, potrà essere valutata con provvedimento successivo l'opportunità di spostare la funzione di Spoke nei due presidi ospedalieri USL di Albano Laziale e Frascati, trasferendo sia l'area perinatale (reparto ostetrico/neonato logico) che quella pediatrica.
- La funzione di centro Spoke pediatrico assegnata all'Ospedale di Fondi è subordinata alla verifica del mantenimento del reparto di pediatria e dell'attività di Pronto Soccorso, visto il basso Indice di Occupazione del reparto (I.O. 61%) e del numero di accessi totali inferiore a 25.000 (questo volume minimo viene richiesto dall'Accordo Stato-Regioni del 25 ottobre 2001 per assicurare la funzione di triage).

Elenco Centri Spoke e Hub, per ASL di appartenenza, PS/DEA, livello Ostetrico/neonatologico e numero posti di OBI e ordinari previsti.

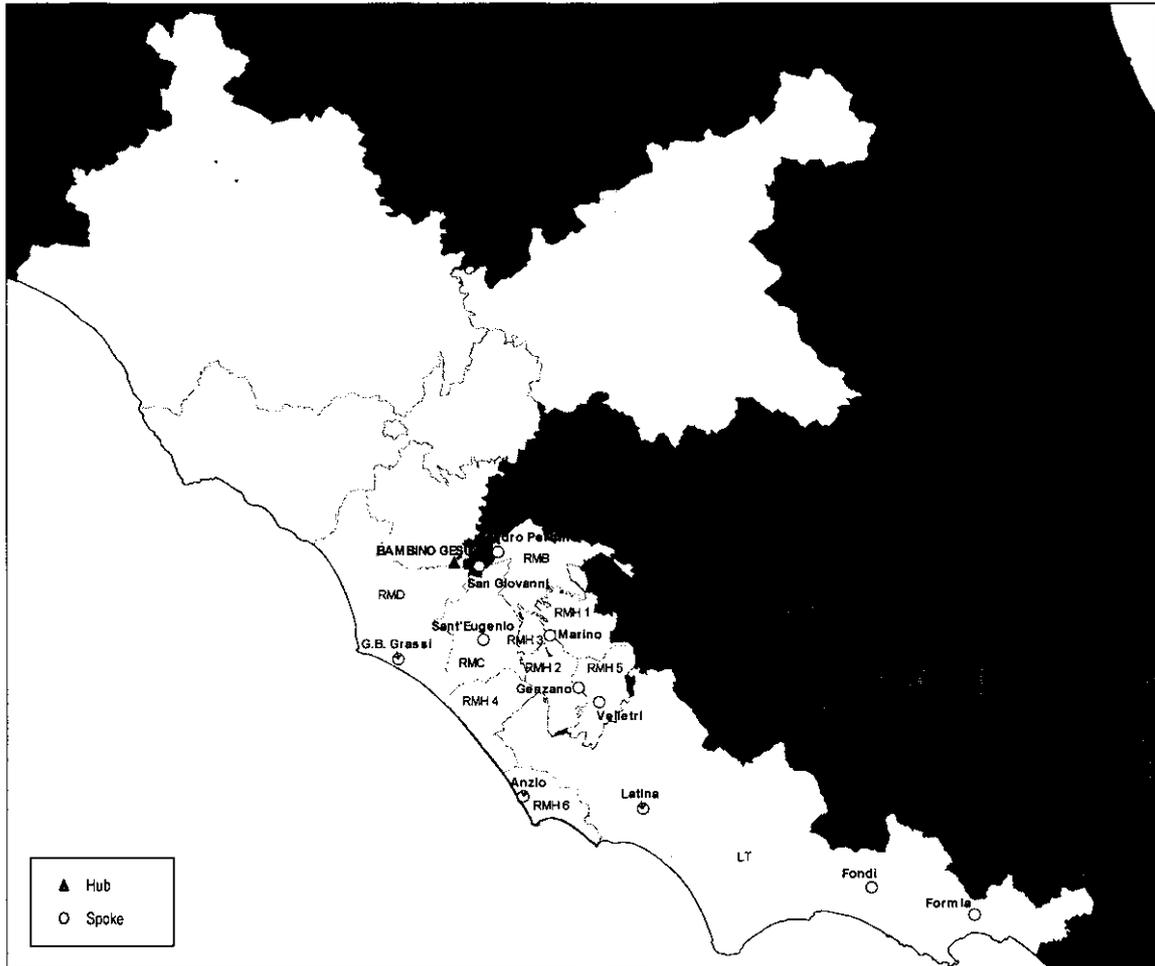
ISTITUTO	Azienda	COMUNE	PS/DEA (proposta rete emergenza)	LIVELLO OST/NEO (DCA 56/2010)	CENTRO	Numero minimo Posti di OBI previsti dopo chiusura PL ordinari	PL ordinari residui
<i>Bambino Gesù</i>	IRCCS	Roma	DEAII		Hub x emergenza medica, chirurgica e neurochirurgica	§	40
Sandro Pertini	RMB	Roma	DEAI	II	Spoke	2	9
Sant'Eugenio	RMC	Roma	DEAI	II+	Spoke	2	9
San Giovanni	AO	Roma	DEAII	III	Spoke	1	8
Civile Paolo Colombo	RMH	Velletri	PS	I	Spoke	1	9
P.O. Albano-Genzano Stab. Genzano#	RMH	Genzano		I	Spoke	1	9
San Giuseppe#	RMH	Marino		I	Spoke	1	11
Giovanni Battista Grassi	RMD	Roma	DEAI	II	Spoke	2	9
P.O. Anzio-Nettuno Stab. Anzio	RMH	Anzio	DEAI	I	Spoke	2	8
P.O. Latina Nord-Stabilimento Latina	LT	Latina	DEAI	III	Spoke	2	10
P.O. Latina Centro-Stabilimento Fondi	LT	Fondi	PS	I	Spoke	1	6
P.O. Latina Sud-Stabilimento Formia	LT	Formia	DEAI	I	Spoke	1	7

§ Dal 1 luglio è operativa nel DEA II del Bambino Gesù - Roma Gianicolo una OBI con 12 posti

* NSIS 01/01/2010

Chiuso PS con Prot.79999 del 16/11/09- ASL RM H- dalla data del 01/07/2009 Accettazione ordinaria ed urgenza esclusivamente per le specialità materno infantile(Ostetricia-Ginecologia e Pediatria- dalla data del 01/09/2009 non effettuano accettazioni mediante GIPSE)

Area 2 - Centri Hub e Spoke



CENTRO ANTIVELENI

Coprono l'intero territorio regionale i seguenti centri :

- Policlinico Umberto I
- Policlinico Gemelli
- Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Il centro dispone di software aggiornato sui tossici, laboratorio analisi di I e II livello per dosaggio in liquidi biologici di farmaci e sostanze chimiche, telefono "dedicato" H24 con registrazione delle chiamate e gestione di un Registro Regionale delle intossicazioni in età pediatrica.

CENTRO ECMO

Un Centro ECMO pediatrico e neonatale (vedi allegato 3) può soddisfare le richieste da parte di tutti i centri Hub e Spoke della Regione .

Il centro di riferimento regionale è collocato presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù – Roma Gianicolo, dotato di Cardiocirurgia Pediatrica e Terapia Intensiva Pediatrica

CENTRO USTIONI

Per il bambino con ustioni gravi il centro di riferimento regionale è rappresentato dal Centro Ustioni dell'Ospedale S. Eugenio di Roma (come identificato nel documento "Rete assistenza di chirurgia plastica").

6. TEMPI DI REALIZZAZIONE E COORDINAMENTO DELLA RETE

Il livello delle cure attribuito ai centri Spoke e Hub deve essere verificato all'interno del processo istituzionale di autorizzazione/accreditamento previsto dalla LR n. 4/2003 e provvedimenti successivi. Attraverso un processo di verifica da parte delle istituzioni competenti, nel caso di mancata corrispondenza tra gli standard definiti nel documento e quelli effettivamente esistenti, il rappresentante legale della struttura dovrà effettuare gli interventi di adeguamento entro e non oltre il 31 dicembre 2010 con la seguente tempistica:

- entro il 31 ottobre 2010, il rappresentante legale del centro Hub/Spoke invia alla Regione una attestazione del possesso dei requisiti previsti ovvero un "Piano di adeguamento" da realizzare entro il 31 dicembre 2010;
- entro il 30 novembre 2010, prima verifica del possesso dei requisiti da parte della Direzione regionale competente;
- entro il 31 dicembre, conclusione del processo di adeguamento ivi inclusa l'attivazione di posti di OBI pediatrica .

Il Coordinamento Regionale della rete dell'Emergenza Pediatrica è affidato alla Direzione regionale competente, con il supporto tecnico scientifico di Laziosanità-ASP e dei centri Hub. Fra i compiti del coordinamento della rete c'è quello di elaborare, se necessari, eventuali interventi di rimodulazione dell'offerta sia rispetto alla collocazione dei centri Spoke che degli Hub. La funzione di monitoraggio e valutazione della rete è affidato a Laziosanità-ASP, che periodicamente presenta una relazione tecnica alla Direzione regionale competente dell'Assessorato alla Sanità. La valutazione di esiti di salute derivanti dall'applicazione del modello di rete sono effettuati attraverso l'uso dei Sistemi Informativi Sanitari correnti, avvalendosi anche di metodologie già sperimentate nello studio Pre.Val.E.

7. IMPATTO DEL PROVVEDIMENTO

La rete dell'emergenza pediatrica si colloca all'interno dell'offerta più complessiva dei centri ospedalieri con reparto pediatrico che dovrà essere programmata con provvedimento successivo. In base agli standard assistenziali che saranno elaborati per i reparti di pediatria, il documento di programmazione della rete pediatrica potrà avere un impatto sul presente provvedimento, anche attraverso l'eventuale ulteriore riduzione dei centri Spoke di emergenza pediatrica.

L'offerta di PL di specialità pediatrica presente nei quattro Hub (Bambino Gesù, Policlinico A. Gemelli, AO San Camillo e Policlinico Umberto I) rispettivamente per la TIP (N=36 PL), la Chirurgia Pediatrica (N=94) e la Neurochirurgia Pediatrica (N=15) risulta adeguata al fabbisogno complessivo (emergenza ed elezione) contenuto nel DCA 17/2010.

La riorganizzazione prevede l'attivazione di posti di OBI pediatrica, oltre che nei centri Hub, in ciascun centro Spoke (DGR 946/2007) per un totale minimo di 45 unità da attivare attraverso la chiusura di pl ordinari di pediatria. I posti di OBI pediatrica risultano pari a 29 per l'Area 1 e a 16 per l'Area 2 con una riduzione del numero di posti letto ordinari di pediatria, che passano da 222 a 193 nell'Area 1 e da 102 a 95 nell'Area 2. La riduzione di 7 posti letto nell'Area 2 è comprensiva dell'attivazione di 8 PL ordinari presso l'AO San Giovanni.

Le modifiche più importanti riguardano l'attivazione presso l'AO S Camillo-Forlanini di due posti letto di TIP e l'attivazione di un'area pediatrica presso l'Azienda Ospedaliera San Giovanni in quanto DEA di II livello (requisito della DGR 424/2006).

AREA	N. Hub	N. Spoke previsti	N. PL NSIS 01/01/2010	Posti di OBI pediatrica previsti	PL ricovero ordinario residui dopo attivazione PL OBI
AREA 1	3	12	222	29	193
AREA 2	1	11	102*	16**	95
TOTALE	4	23	324	45	288

*Non includono i PL dell'IRCCS Bambino Gesù.

**Non includono i posti di OBI del Bambino Gesù

8. BIBLIOGRAFIA

- Decreto Ministeriale del 29 gennaio 1992 - "Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità"
- Decreto Ministeriale del 24 aprile 2000 - "Progetto Obiettivo Materno-infantile"
- Commissione Consultiva del Ministero della Salute "Piano per il miglioramento del sistema di emergenza-urgenza" 9 maggio del 2005
- DGR 4238/1997 "Requisiti per la classificazione delle Unità di Assistenza Perinatale"
- DGR 420/2007 - "La Rete dell'Emergenza della regione Lazio"
- DGR 169/2008 "Linee attuative per la costituzione e lo sviluppo delle reti assistenziali di alta specialità e di Emergenza"
- Linee Guida della Società Italiana Medicina d'urgenza Pediatrica
- DGR 48-8609/2008 Regione Piemonte - Linee guida per la gestione dell'emergenza-urgenza pediatrica nella Regione Piemonte.
- DGR 946/2007 "Introduzione dell'osservazione breve intensiva nel Lazio dal 1 gennaio 2008: adempimento rif.1.3.3 del piano di rientro DGR 65/2007 e DGR 149/07".
- Sito dell'Unione Europea degli Specialisti Medici: <http://www.uems.net/>
- British Association of Paediatric Surgeons. Paediatric Surgery: standards of care. May 2002
- Royal College of Paediatrics and Child Health. Services for Children in Emergency Departments. April 2007
- Emergency Care Framework for Children and Young People in Scotland
<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/09/19153348/11>
- Brousseau DC, Bergholte J, Gorelick MH : The effect of prior interactions with a primary care provider on nonurgent pediatric emergency department use. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004;158(1):78-82.
- Williams A, O'Rourke P, Keogh S.: Making choices: why parents present to the emergency department for non-urgent care. Arch Dis Child. 2009; 94(10):817-20.
- Farchi S, Polo A, Franco F, Di Lallo D, Guasticchi G. Primary paediatric care models and non-urgent emergency department utilization: an area-based cohort study. BMC Fam Pract. 2010; 3;11:32.
- American Academy of Pediatrics. Guidelines for referral to Pediatric Surgical Specialists. 2002
- Praveen Khilnani, Rajiv Chhabra "Transport of Critically ill Children: How to utilize resources in the developing world" Indian J of Pediatrics 2008;75:591-8
- C J Gregory et al "Comparison of Critically ill and Injured Children transferred from referring hospitals versus in-house admissions" Pediatrics 2008;121:e906-11.
- Decreto del Commissario ad *acta* n. 17 del 9 marzo 2010. Atto ricognitivo di cui al Decreto Commissariale U0096/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003.
- Decreto del Commissario ad *acta* n. 56 del 12 luglio 2010. Rete dell'Assistenza Perinatale.
- Monitoraggio e sviluppo delle attività DGR 946/07 "Introduzione dell'osservazione breve intensiva nel Lazio dal 1 gennaio 2008: adempimento rif.1.3.3 del piano di rientro DGR 65/2007 e DGR 149/07". Identificazione di un elenco di quadri clinici destinati ad essere trattati in OBI.
http://www.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/emergenza_new/emergenza_obi.php?menu=s42&emergenza=obi

ALLEGATI

ALLEGATO 1

TABELLE COMMENTATE NEL CAPITOLO 1

Tabella 1. Elenco dei PS/DEA per presenza di Livello Ostetrico/Neonatalogico, posti letto (ordinari) di Pediatria e Indice di Occupazione, presenza di reparto di Chirurgia Generale, per macro area (DCA48/2010). Lazio, 2009.

	Azienda	Istituto	Comune	PS/DEA 2009	Livello Ostetrico/Neonatalogico (DCA56/2010)	PL Ped. Ord.	Rep. Chir. Gen.
MACRO AREA 1 (25,6%)	AU	Policlinico Umberto I	Roma	DEAII	III	26	SI +Chir.Ped. No h 24
	RMA	George Eastman	Roma	PS		-	SI
	RMA	San Giovanni Calibita - FBF	Roma	DEAI	III	-	SI
	RMG	Conugi Bernardini	Palestrina	PS		10	SI
	RMG	Parodi Delfino	Colleferro	PS	I	10	SI
	RMG	Santissimo Gonfalone	Monterotondo	PS	I	-	SI
	RMG	Angelucci	Subiaco	PS		-	SI
	RMG	San Giovanni Evangelista	Tivoli	DEAI	II	13	SI
	FR	Umberto I	Frosinone	DEAI	II+	18	SI
	FR	San Benedetto	Aiatri	PS	I	15	SI
	FR	Civile di Anagni	Anagni	PS		-	SI
	FR	Civile di Ceccano#	Ceccano	PS		-	SI
	FR	Pasquale del Prete	Ponteconvo	PS		-	SI
	FR	Santissima Trinità	Sora	PS	I	12	SI
FR	Santa Scolastica	Cassino	DEAI	II	10	SI	
MACRO AREA 2 (16,4%)	RMB	Sandro Pertini	Roma	DEAI	II	11	SI
	RMB	Polclinico Casilino	Roma	PS	III	-	SI
	AU	Tor Vergata	Roma	PS		-	SI
	RMC	Centro Traumatologico Ortopedico	Roma	DEAI		-	SI
	RMC	San'Eugenio	Roma	DEAI	II+	11	SI
	RMC	M. G. Varmini - Figlie di San Camillo	Roma	DEAI	I	-	SI
	AO	San Giovanni	Roma	DEAII	III	-	SI
	RMH	P.O. Albano-Genzano Stab. Albano	Albano Laziale	PS		-	SI
	RMH	P.O. Albano-Genzano Stab. Genzano*	Genzano di Roma	PS	I	10	SI
	RMH	San Sebastiano Martire	Frascati	PS		-	SI
	RMH	San Giuseppe*	Marino	PS	I	12	SI
	RMH	Civile Paolo Colombo	Velletri	DEAI	I	10	SI
MACRO AREA 3 (21,9%)	AO	San Camillo-Forlanini	Roma	DEAII	III	16	SI +Chir.Ped. H24
	RMD	Giovanni Battista Grassi	Roma	DEAI	II	11	SI
	RMH	P.O. Anzio-Nettuno Stab. Anzio	Anzio	DEAI	I	10	SI
	RMH	San'Anna	Pomezia	PS		-	SI
	LT	P.O. Latina Nord-Stabilimento Latina	Latina	DEAII	III	12	SI
	LT	P.O. Latina Centro-Stabilimento Terracina	Terracina	PS		-	SI
	LT	P.O. Latina Centro-Stabilimento Fondi	Fondi	PS	I	7	SI
	LT	P.O. Latina Sud-Stabilimento Formia	Formia	DEAI	I	8	SI
	LT	P.O. Latina Sud-Stabilimento Gaeta#	Gaeta	PS		-	SI
LT	Città di Aprilia	Aprilia	PS	I	-	SI	
MACRO AREA 4 (19,7%)	AU	Policlinico A. Gemelli	Roma	DEAII	III	31	SI +Chir.Ped. No h 24
	RME	P.O. Santo Spirito	Roma	DEAI	I	-	SI
	RME	San Pietro - Fatebenefratelli	Roma	DEAI	II	19	SI
	RME	San Carlo di Nancy	Roma	PS		-	SI
	RME	Cristo Re	Roma	PS	II	-	SI
	RME	Aurelia Hospital	Roma	DEAI	I	-	SI
	AO	San Filippo Neri	Roma	DEAII	II+	-	SI
	AO	San'Andrea	Roma	PS		10	SI +Chir.Ped. No h 24
	RMF	San Paolo	Civitavecchia	DEAI	I	5	SI
	RMF	Padre Pio	Bracciano	PS		-	SI
	VT	Civile di Acquapendente	Acquapendente	PS		-	SI
	VT	Andosilla	Civitacastellana	PS		-	SI
	VT	Civile di Tarquinia	Tarquinia	PS		-	SI
	VT	Belcolle	Viterbo	DEAI	II+	14	SI
	RI	San Camillo de Lellis	Rieti	PS	II	13	SI
RI	Marzio Marini	Magliano Sabina	PS		-	SI	
(16,5%)	904	Bambino Gesù	Roma	DEAII	III	40	SI +Chir.Ped. H24

*Chiuso PS con Prot.79999 del 16/11/09- ASL RM H- dalla data del 01/07/2009 Accettazione ordinaria ed urgenza esclusivamente per le specialità materno infantile/Ostetricia-Ginecologia e Pediatria- dalla data del 01/09/2009 non effettuano accettazioni mediante GIPSE)

Da riconvertire in Presidio di Assistenza Distrettuale ai sensi del DCA n.48/2010

Tabella 2 - Accessi in PS per istituto e triage età 0-14 e totale accessi (tutte le età). Lazio, 2009.

	ASL	Istituto	Comune	PS/DEA 2009	Età 0-14 anni							Totale accessi	Accessi con triage glia/crosso		Tutte le età
					% Accessi * macro area	TRIAGE (%)					% esito ricovero		% esito trasferiti		
						Rosso	Giallo	Verde	Bianco	Non eseguito					
MACRO AREA 1 (25,6%)	AU/RMA	Policlinico Umberto I	Roma	DEAI	38,9	0,2	7,9	85,6	6,3	0,0	33374	30,4	4,5	137.898	
	RMA	George Eastman	Roma	PS	2,8	0,0	0,0	97,6	2,2	0,1	2425	0,0	0,0	27.772	
	RMA	San Giovanni Calibita - FBF	Roma	DEAI	1,2	0,3	8,7	67,2	9,3	14,6	1063	10,5	9,5	40.127	
	RMG	Coniugi Bemardini	Palestrina	PS	9,6	0,3	9,9	83,6	5,7	0,5	8242	25,3	3,9	33.887	
	RMG	Parodi Delfino	Colleferro	PS	5,9	0,4	17,7	80,0	2,0	0,0	5072	29,0	3,2	31.788	
	RMG	Santissimo Gonfalone	Monterotondo	PS	3,1	0,0	3,3	93,0	3,6	0,2	2632	1,1	29,9	24.830	
	RMG	Angiucci	Subiaco	PS	1,4	0,1	9,3	85,2	5,3	0,2	1206	0,9	11,5	11.000	
	RMG	San Giovanni Evangelista	Tivoli	DEAI	8,0	0,4	44,1	55,0	0,5	0,0	6870	16,2	1,2	39.560	
	FR	Umberto I	Frosinone	DEAI	9,9	0,1	5,0	87,0	7,7	0,2	8510	45,2	2,3	53.410	
	FR	San Benedetto	Alatri	PS	5,6	0,1	2,2	97,1	0,7	0,0	4819	67,0	6,4	24.912	
	FR	Civile di Anagni	Anagni	PS	1,0	0,1	7,3	92,2	0,1	0,2	847	4,8	30,2	13.570	
	FR	Civile di Cascano	Cascano	PS	0,2	0,5	7,0	89,4	2,5	0,5	199	0,0	60,0	30.18	
	FR	Pasquale del Prete	Ponteconco	PS	1,5	0,2	4,2	88,1	7,4	0,2	1310	5,3	38,6	16.233	
	FR	Santissima Trinità	Sora	PS	4,5	0,3	43,2	53,5	1,9	1,1	3835	32,2	0,4	28.496	
	FR	Santa Scolastica	Cassino	DEAI	6,3	0,1	6,9	88,0	3,9	0,9	5444	48,2	3,4	37.467	
			Totale		100,0	0,2	12,1	82,6	4,8	0,4	85848	26,6	3,4	523968	
MACRO AREA 2 (16,4%)	RMB	Sandro Perùni	Roma	DEAI	20,8	0,4	6,6	84,6	8,4	0,0	11414	25,5	11,7	79.063	
	RMB	Policlinico Casilino	Roma	PS	7,6	0,4	9,6	88,9	0,9	0,2	4202	4,5	17,2	58.799	
	AU/RMB	Tor Vergata	Roma	PS	5,7	0,4	23,6	69,6	2,8	3,6	3145	3,6	7,7	53.147	
	RMC	Centro Traumatologico Ortopedico	Roma	DEAI	5,0	0,0	13,6	80,8	5,7	0,0	2738	14,6	2,2	35.803	
	RMC	Sant'Eugenio	Roma	DEAI	14,5	0,2	6,9	91,2	1,6	0,2	7953	21,7	15,8	61.079	
	RMC	M. G. Vanini - Figlie di San Camillo	Roma	DEAI	6,4	0,3	9,8	89,1	0,8	0,0	3535	3,4	7,0	44.732	
	AO/RMC	San Giovanni	Roma	DEAI	8,7	0,4	7,0	86,7	5,8	0,1	4787	9,0	22,0	70.576	
	RMH	P.O. Albano-Genzano Stab. Albano	Albano Laziale	PS	3,9	0,6	15,4	80,0	4,0	0,0	2118	11,8	14,8	32.565	
	RMH	P.O. Albano-Genzano Stab. Genzano	Genzano di Roma	PS	6,4	0,1	9,9	80,0	10,1	0,0	3512	34,2	3,7	14.674	
	RMH	San Sebastiano Martire	Frascati	PS	4,4	0,5	6,4	89,9	3,2	0,0	2432	2,4	36,1	29.868	
	RMH	San Giuseppe	Marino	PS	5,3	0,1	8,4	89,0	2,4	0,0	2902	41,7	6,1	9.978	
	RMH	Civile Paolo Colombo	Velletri	DEAI	11,3	0,1	9,1	89,7	1,1	0,0	6231	32,9	4,5	31.524	
			Totale		100,0	0,3	9,3	85,9	4,2	0,2	54969	17,5	11,1	521808	
MACRO AREA 3 (21,9%)	AO/RMD	San Camillo-Forlanini	Roma	DEAI	25,0	0,1	1,3	91,5	7,1	0,0	18352	35,1	6,5	97.131	
	RMD	Giovanni Battista Grassi	Roma	DEAI	16,0	0,6	12,7	72,5	13,9	0,3	11763	15,5	1,2	59.056	
	RMH	P.O. Anzio-Nettuno Stab. Anzio	Anzio	DEAI	11,4	0,2	8,0	90,8	1,0	0,1	8351	14,0	7,7	43.065	
	RMH	Sant'Anna	Pomezia	PS	3,0	0,1	2,4	91,8	5,3	0,5	2206	18,5	22,2	25.504	
	LT	P.O. Latina Nord-Stabilimento Latina	Latina	DEAI	14,9	0,1	3,1	88,0	8,8	0,0	10697	49,4	4,0	78.983	
	LT	P.O. Latina Centro-Stabilimento Terracina	Terracina	PS	4,5	0,4	14,5	71,1	14,1	0,0	3320	5,9	9,9	32.353	
	LT	P.O. Latina Centro-Stabilimento Fondi	Fondi	PS	5,9	0,0	3,0	90,6	6,3	0,0	4341	37,9	3,8	24.234	
	LT	P.O. Latina Sud-Stabilimento Formia	Formia	DEAI	9,8	0,1	9,6	84,2	6,0	0,0	7180	26,3	1,4	42.198	
	LT	P.O. Latina Sud-Stabilimento Gaeta	Gaeta	PS	2,2	0,1	1,0	81,2	17,7	0,0	1637	5,6	44,4	13.113	
	LT	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico	Latina	PS	2,8	0,1	0,8	94,8	4,3	0,0	2081	60,0	0,0	17.413	
	LT	Città di Aprilia	Aprilia	PS	4,4	0,1	2,8	93,8	3,5	0,0	3241	9,7	19,4	35.056	
			Totale		100,0	0,2	5,7	86,1	7,9	0,1	73369	20,5	4,7	468106	
MACRO AREA 4 (19,7%)	AU/RME	Policlinico A. Gemelli	Roma	DEAI	18,5	0,9	16,0	82,4	0,5	0,1	12238	32,1	0,1	75.594	
	RME	P.O. Santo Spirito	Roma	DEAI	1,1	0,1	1,0	85,5	10,7	2,7	712		50,0	36.733	
	RME	Regionale Oftalmico	Roma	PS	6,4	0,0	3,6	88,7	7,6	0,0	4250	5,2	1,9	43.770	
	RME	San Pietro - Fatebenefratelli	Roma	DEAI	14,4	0,1	1,2	96,5	2,0	0,2	9535	60,3	9,5	50.701	
	RME	San Carlo di Nancy	Roma	PS	1,6	0,2	4,2	94,1	1,5	0,0	1073	6,4	21,3	26.671	
	RME	Cristo Re	Roma	PS	2,4	0,1	2,6	89,5	7,8	0,0	1966	2,4	21,4	16.998	
	RME	Aurelia Hospital	Roma	DEAI	1,9	0,2	13,0	86,4	0,4	0,0	1239	14,0	5,5	26.237	
	AO	San Filippo Neri	Roma	DEAI	2,0	1,0	22,8	75,2	0,5	0,4	1354	5,3	5,3	38.577	
	AO	Sant'Andrea	Roma	PS	14,4	0,5	5,5	93,2	0,6	0,1	9497	34,6	7,6	54.059	
	RMF	San Paolo	Civitaavecchia	DEAI	6,7	0,4	25,8	70,2	3,0	0,6	4453	18,0	2,3	31.547	
	RMF	Padre Pio	Bracciano	PS	3,2	0,5	7,7	83,6	2,0	6,2	2144	4,5	20,5	19.411	
	VT	Civile di Acquapendente	Acquapendente	PS	0,7	0,0	3,1	88,4	7,6	0,9	447		42,9	6.240	
	VT	Andosilla	Civita Castellana	PS	2,1	0,1	3,7	92,7	3,3	0,1	1399	5,6	35,2	16.880	
	VT	Civile di Tarquinia	Tarquinia	PS	3,9	0,0	5,3	88,9	5,3	0,6	2549	3,6	21,9	18.072	
	VT	Belcolle	Viterbo	DEAI	11,3	0,3	6,9	91,9	0,5	0,5	7473	43,6	2,4	48.895	
	RI	San Camillo de Lellis	Rieti	PS	8,0	0,4	12,2	83,8	3,5	0,1	5286	40,9	1,8	38.573	
	RI	Marzio Marini	Magliano Sabina	PS	0,8	0,2	3,5	90,6	5,7	0,0	545	0,0	30,0	7.316	
	RI	Francesco Grifoni	Amatrice	PS	0,5	0,0	3,0	89,6	7,5	0,0	335	0,0	50,0	3.412	
			Totale		100,0	0,4	9,1	87,7	2,3	0,4	66105	27,4	4,2	548958	
Non Territoriale (16,5%)	IROCS	Bambino Gesù	Roma	DEAI		0,4	6,4	69,7	23,4	0,1	55472	71,1	0,2	58.237	
			Totale			0,3	8,7	82,8	7,9	0,3	335763	29,9	4,7	2116059	

Tabella 3 - Dimissioni 0-14 anni per Istituto e Reparto di Chirurgia e Neurochirurgia Pediatrica. Lazio, 2009

CHIRURGIA PEDIATRICA (codice reparto 11)

Istituto	Comune	PS/DEA	Tutte RO			Dim. DH			PL (OR)*	I.O (%)	Urgenza (RO)			
			N.OR	Ggdeg 2009	% chirurgici	N.	Accessi	% chirurgici			N.	Ggdeg 2009	%	% DRG chirurgico
San Camillo-Forlanini	Roma	DEAll	820	3065	67,0	1122	2694	90,7	13	64,6	539	1645	65,7	64,0
Bambino Gesù - Roma	Roma	DEAll	1896	12191	51,2	1989	2653	16,1	58	73,1	782	6751	41,2	40,5
Bambino Gesù - Palidoro	Palidoro	DEAll	1246	3288	37,2	1607	2453	27,4			247	821	19,8	28,7
Policlinico A. Gemelli	Roma	DEAll	743	2451	45,6	-	-	-	10	67,1	373	1164	50,2	28,4
Policlinico Umberto I	Roma	DEAll	799	1893	43,8	181	299	43,1	9	57,6	374	1042	46,8	12,0
Sant'Andrea	Roma	DEAll	192	618	63,5	-	-	-	4	42,3	112	316	58,3	43,8
			5696	23506	49,1	4899	8099	37,9	94	68,5	2427	11739	42,6	38,4

*NSIS al 01/01/2010

NEUROCHIRURGIA (codice reparto 76)

Istituto	Comune	PS/DEA	Tutte		PL*	I.O (%)	Urgenza			
			N.	Ggdeg 2009			N.	Ggdeg 2009	%	% DRG chirurgico
Bambino Gesù - Roma	Roma	DEAll	168	1313	4	89,9	68	523	40,5	45,6
Policlinico A. Gemelli	Roma	DEAll	424	4221	11	105,1	155	1407	36,6	52,3
			592	5534	15	101,0	223	1930	37,7	50,2

*NSIS al 01/01/2010

ALLEGATO 2**ELENCO DI QUADRI CLINICI DESTINATI AD ESSERE TRATTATI IN OBI PEDIATRICA**

(DGR 946/07: adempimento del piano di rientro DGR 65/2007 e DGR 149/07- Documento elaborato da un gruppo di lavoro di Laziosanità-ASP, Decisione n.197/2008)

PATOLOGIE INDICATE PER RICOVERO IN OBI (PAZIENTI PEDIATRICI)

Condizione	Definizione operativa	Razionale	Criteri inclusione	Criteri esclusione	Osservazioni
Polmonite	486 polmonite, agente non specificato	Esecuzione accertamenti ematologici e radiologici per inquadramento diagnostico Inizio terapia antibiotica con valutazione risposta	Di media entità, in relazione allo stato generale del bambino, alla saturazione, all'aspetto radiografico		Di base
Laringite	4640 laringite acuta	Trattamento della crisi con adrenalina e/o cortisone per aerosol e/o cortisone per via sistemica Monitoraggio nelle ore successive della risposta alla terapia.	Di media gravità secondo lo score di Westley (valori compresi tra 4 e 7) Età > 1 anno	Stridori inspiratori di altra etiologia	Di base
Convulsioni febbrili semplici	780.31 convulsioni febbrili (semplici), non specificate	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali accertamenti ematochimici, Esclusione infezioni SNC. Trattamento patologia febbrile	Primo episodio o successivo, di convulsioni febbrili semplici Età > 1 anno	Convulsioni febbrili complesse Stato di male febbrile	Di base
Febbre	780.6 febbre	Inquadramento diagnostico non effettuabile in PS Eventuale inizio terapia specifica	Di non chiara eziologia in bambini con età > 3 mesi		Di base
Ingestione di corpi estranei	9330 corpo estraneo nel faringe 9351 corpo estraneo nell'esofago 9352 corpo estraneo nello stomaco 936 corpo estraneo nell'intestino tenue e nel colon	Rimozione in endoscopia del corpo estraneo Osservazione transito se arresto nello stomaco del corpo estraneo	Ingestione di sostanze estranee che per forma, dimensioni o composizione possano arrecare lesioni alle mucose		Presenza o reperibilità dell'endoscopista

Condizione	Definizione operativa	Razionale	Criteri inclusione	Criteri esclusione	Osservazioni
Inalazione di corpo estraneo	934 corpo estraneo nella trachea, nei bronchi e nei polmoni	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Studio radiologico Broncoscopia diagnostica con rimozione del corpo estraneo Valutazione nelle ore successive di completa remissione della sintomatologia	Inalazione o sospetta inalazione di corpo estraneo	Distress respiratorio grave	Presenza o reperibilità di endoscopista delle vie aeree
Infezione delle vie urinarie	599.0 infezione del sistema urinario, sito non specificato	Inquadramento diagnostico mediante esami ematologici ed urinari, Ecografia apparato urinario Inizio terapia con valutazione risposta	Età >6 mesi		
Linfoadenopatia	7856 linfoadenomegalia	Inquadramento diagnostico non effettuabile in PS con esami ematochimici ed ecografia Eventuale inizio terapia specifica	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore		
Bronchiolite	4661 bronchiolite acuta	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Ricerca VRS su aspirato nasale Terapia farmacologica e somministrazione ossigeno Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia	Di media entità con SaO ₂ > 92% e di età > 3 mesi	Associazione con fattori di rischio (prematurità, cardiopatia, basso livello socio-economico,...)	Di base
Asma	493.92 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali esami ematologici e radiologici Terapia dell'attacco acuto Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia	Broncospasmo e dispnea grado medio (durata della dispnea <1 giorno), non risolta al primo trattamento in PS Età >2 anni SpO ₂ compresa tra 91 e 95%	Quadro clinico grave SpO ₂ ≤90 (Livello grave secondo classificazione GINA per gradi delle riacutizzazioni asmatiche)	Di base

Condizione	Definizione operativa	Razionale	Criteri inclusione	Criteri esclusione	Osservazioni
Sintomatologia dolorosa (dolori addominali, colica renale, dolori toracici, ferite, esecuzione di manovre ortopediche cruenti...)	7865 dolore toracico 788.0 colica renale 789.0 dolore addominale 33811 dolore acuto da trauma	Inquadramento diagnostico dell'etiologia del dolore mediante esami mirati Consulenze specialistiche Trattamento della patologia specifica Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore	Instabilità emodinamica	Di base Presenza di Pain service in caso di sedazione moderata con chetamina o protossido d'azoto
Sindrome vertiginosa	7804 stordimento e capogiro	Inquadramento clinico	Paziente con vertigine in atto		Neurologo ORL RMN
Cefalea	7840 cefalea	Inquadramento clinico Esami diagnostici (monitorizzazione PA, studio trombofilia, fundus, TC, RMN); Consulenza neurologica, trattamento sintomatico, dimissione a risoluzione della crisi ed eventuale programmazione follow-up ambulatoriale	Cefalea con obiettività neurologica negativa Cefalea recidivante e refrattaria al trattamento Primo episodio refrattario a terapia antalgica	Bambini con severa cefalea ad insorgenza acuta o cefalea cronica con segni d'allarme Esclusione gravi patologie sottostanti (ESA, meningite)	TC Neurologo
Epilessia	345.90 epilessia, non specificata, senza menzione di epilessia non trattabile	Monitorizzazione parametri vitali e trattamento crisi, se in atto. Esecuzione esami specifici (EEG, RMN), dosaggio ematico farmaco utilizzato, Consulenza neurologica, Valutazione trattamento	In paziente con epilessia già nota	Primo episodio	EEG Neurologo Dosaggio farmaci antiepilettici

Condizione	Definizione operativa	Razionale	Criteri inclusione	Criteri esclusione	Osservazioni
Intossicazioni	960-979 (avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici) 305 abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool) 980-989 effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)	Monitorizzazione parametri vitali e trattamento del sintomo Trattamento di allontanamento della sostanza tossica o diminuzione dell'assorbimento Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza Esecuzione di ricerche tossicologiche Trattamenti con antidoti specifici Monitorizzazione clinica e valutazione della risposta alla terapia	Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope, altre sostanze tossiche Dimissibilità prevedibile entro le 36 ore in relazione alla quantità di sostanza assunta ed alla sua emivita	Ingestione sostanze caustiche Instabilità emodinamica Patologie internistiche concomitanti o preminenti. Pazienti con evidente volontà autolesiva Stato di agitazione Traumatismo evidente PGCS<=11	Di base
Reazioni anafilattiche	995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici	Stabilizzazione e monitorizzazione dei parametri vitali Terapia con adrenalina, cortisonici, antistaminici ev Valutazione decorso clinico	Reazioni anafilattiche con manifestazioni respiratorie non risolubili con terapia entro 6 ore in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	
Aritmie	4270 tachicardia parossistica sopraventricolare 42731 fibrillazione atriale	Stabilizzazione e monitorizzazione dei parametri vitali Terapia con mezzi fisici e farmacologici per normalizzazione del ritmo; monitoraggio pazienti dopo cardioversione elettrica Esclusione nelle ore successive di comparsa di recidive	TPS in paziente con precedenti crisi Fibrillazione atriale già in trattamento Previsione di dimissibilità entro le 36 ore	Altre aritmie Instabilità emodinamica	Cardiologo
Trauma toracico chiuso	contusione della parete toracica (922.1) distorsioni e distrazioni del torace (847.1) traumatismi superficiali del tronco (911)	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma toracico minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Presenza o reperibilità dell'ortopedico e del neurochirurgo TC

Condizione	Definizione operativa	Razionale	Criteri inclusione	Criteri esclusione	Osservazioni
Trauma addomino-pelvico <i>chiuso</i>	contusione della parete addominale (922.2) distorsioni e distrazioni dell'anca e della coscia (843), regione sacro-iliaca (846), lombare (847.2), del sacro (847.3), del coccige (847.4) traumatismi superficiali del tronco (911)	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma addominale minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Presenza o reperibilità dell'ortopedico e del neurochirurgo TC
Trauma cranico minore	850.0 concussione con nessuna perdita di coscienza 8501 concussione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica superiore a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Dimissibile se non insorgenza di disturbi neurologici	GCS \geq 14, sintomatico (cefalea, vomito, amnesia, sonnolenza, cefaloematoma in zone non a rischio) con EO neurologico negativo Dinamica del trauma banale	Fattori di rischio concomitanti	TC
Sincope	780.2 sincope e collasso	Monitorizzazione parametri vitali Esecuzione ECG e consulenza cardiologica. Eventuali ulteriori accertamenti specifici (visita neurologica, TC, RMN....)	Di dubbia dinamica	Sincope cardiologica Sincope vasovagale	Cardiologo Neurologo TC EEG
Disidratazione	276.51 disidratazione	Stabilizzazione e monitorizzazione parametri vitali Esecuzione esami ematologici Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico Monitorizzazione dei sintomi clinici	Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio non migliorati con reidratazione per os e/o con alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico Età > 1 anno	Instabilità emodinamica	Di base

ALLEGATO 3 INDICAZIONI CLINICHE ALL'UTILIZZO DELL'ECMO

L'ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation) è una tecnica di supporto cardiopolmonare che si è dimostrata efficace nel ridurre la mortalità nei pazienti con insufficienza cardiaca e/o respiratoria acuta grave potenzialmente reversibile ma refrattaria al trattamento medico e farmacologico convenzionale massimale.

E' indicata nei pazienti con insufficienza cardiaca acuta non rispondente ad un supporto inotropo massimale e/o con insufficienza respiratoria non rispondente alle modalità di ventilazione meccanica "tradizionale", comunque reversibili, trattate senza successo in successione con la sequenza: Ossido Nitrico (NO), ventilazione oscillometrica ad alta frequenza (HFOV), anche con NO, è indicato un supporto extra-corporeo che sostituisca le funzioni cardiache e/o polmonari per un periodo variabile da qualche giorno fino a 3-4 settimane, consentendo il recupero funzionale dell'organo compromesso oppure come bridge per il trattamento sostitutivo (trapianto di cuore e/o di polmone)³⁸.

L'ECMO, con approccio veno-arterioso e veno-venoso, rappresenta una tecnica ad elevata complessità gestionale realizzabile solo in rianimazioni pediatriche e neonatali con competenze multidisciplinari (cardiochirurgo, cardioanestesista, rianimatore pediatrico, neonatologo, perfusionista, infermiere dedicato alla terapia intensiva).

Le condizioni cliniche che rientrano nel quadro generale sopra descritto con indicazione all'ECMO nel bambino e nel neonato sono:

- Cardiopatie congenite
- Aritmie maligne
- ARDS (polmonite interstiziale, emorragia polmonare massiva, aspirazione massiva da meconio, ...)
- Ipertensione polmonare neonatale farmaco resistente
- Ernia diaframmatica congenita

Il fabbisogno di ECMO per pazienti con cardiopatia è di circa 15-20/anno, non si hanno invece stime affidabili regionali per quanto riguarda l'età neonatale e la patologia respiratoria.

Il centro regionale deve elaborare un protocollo da illustrare e condividere con tutti i Responsabili delle TIP e TIN del Lazio sui criteri di inclusione ed esclusione e sui trattamenti ventilatori e farmacologici da effettuare prima della chiamata al centro ECMO. In caso di dubbio sulla corretta indicazione al trattamento con supporto extracorporeo, il centro deve garantire il videat di un proprio rianimatore entro 4 ore dalla chiamata.

In caso di richiesta appropriata, il bambino deve essere trasferito con ambulanza ECMO-attrezzata e con équipe del Centro ECMO composta da cardiochirurgo, perfusionista, rianimatore pediatrico o neonatale.

• ³⁸ Meurs KV. *Ecmo: Extracorporeal Cardiopulmonary Support in Critical Care. Extracorporeal Life Support Organization; 3rd edition (January 2005)*