

Deliberazione della Giunta Regionale 22 marzo 2010, n. 59-13644

**Coordinamento e funzioni della rete dell'Emergenza-Urgenza nell'integrazione ospedale-territorio.**

A relazione dell'Assessore Artesio:

L'Intesa tra lo Stato e le Regioni del 23 marzo 2005, atto rep. n. 2271, sancita ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5.6.2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30.12.2004, n. 311, all'art. 4 prevedeva una serie di adempimenti relativamente alla razionalizzazione ed all'utilizzo della rete ospedaliera.

In particolare prevedeva, in funzione di tale obiettivo, di realizzare condizioni di integrazione fra assistenza ospedaliera ed assistenza distrettuale.

Specificatamente all'art. 7 la suddetta Intesa impegna le Regioni a definire i rapporti tra l'ospedale e il territorio, prevedendo il coinvolgimento costante e permanente dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta per una reale integrazione assistenziale tra cure primarie e ospedaliere, anche attraverso l'individuazione di percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi e la condivisione di interventi di prevenzione.

La DGR 2-944 del 27-9-2005, nell'accogliere le indicazioni della citata Intesa Stato-Regioni, confermava integralmente la necessità di integrazione tra cure primarie ed ospedaliere, richiamando anche la D.G.R. del 20.12.2004 n. 72-14420 "Percorso di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente".

In quest'ultima deliberazione erano previsti, fra gli altri, percorsi di dimissione diretta dal PS in continuità assistenziale verso il domicilio o posti letto dedicati in RSA.

Poiché il sistema dell'Emergenza-Urgenza, già di per sè composto da una componente territoriale e da una componente ospedaliera cooperanti fra di loro, si pone esattamente al punto di intersezione fra l'area dei servizi distrettuali e quella ospedaliera, addirittura con proiezioni sull'area della prevenzione e della promozione della salute, è necessario definirne meglio funzioni ed organizzazione.

La DGR n. 48-8609 del 14.04.08 "Linee Guida per la revisione dei sistemi di emergenza-urgenza sanitaria" assumeva, come obiettivi, sia l'individuazione di un coordinamento regionale dei DEA e di integrazione col Servizio di Emergenza Territoriale, SET, 118 (a livello regionale e territoriale), che la realizzazione di forme di cooperazione fra il sistema dell'emergenza ed il sistema dell'assistenza distrettuale territoriale ed il complesso delle strutture e dei servizi dei presidi ospedalieri, onde contrastare il fenomeno dell'affollamento del pronto soccorso, fornire prestazioni tempestive e limitare il ricorso ai ricoveri in urgenza.

Tale problematica deve essere affrontata in termini prioritari a partire dalle esigenze determinate nel pronto soccorso dall'aumento progressivo della domanda di prestazioni in condizioni di urgenza (+2-3 % in media annuale negli ultimi 20 anni con oscillazioni spesso imprevedibili), che richiede in primo luogo una risposta sempre più appropriata, qualificata e graduata, a fronte di crescenti difficoltà per le ASR nella copertura degli organici con specialisti in medicina d'emergenza urgenza.

Per ovviare a tale carenza senza incremento totale di organico le ASR dovranno provvedere alla copertura degli organici di medicina e chirurgia di accettazione ed urgenza già istituiti all'interno del DEA, favorendo prioritariamente il trasferimento interno dei dirigenti medici delle specialità precedentemente coinvolte nelle turnazioni in pronto soccorso-DEA.

In caso di ulteriore carenza gli organici di medicina e chirurgia di accettazione ed urgenza in questione saranno coperti mediante la trasformazione di posti di dirigente medico resisi vacanti

nelle specialità precedentemente coinvolte nelle turnazioni in pronto soccorso-DEA, stante le necessità delle singole strutture.

Nello stesso tempo poichè le scelte regionali, ed anche governative, tendono a consolidare le competenze dei servizi territoriali di base nell'offrire una risposta alla quota verosimilmente inappropriata di pazienti che oggi si rivolgono al pronto soccorso, appare indispensabile avviare tempestivamente misure operative, che rendano coerenti a tale premessa i rapporti con l'assistenza distrettuale.

Le basi di questo provvedimento trovano riscontro in tutti i fondamentali atti programmatori, generali e settoriali, assunti dalla Giunta regionale in materia di emergenza sanitaria, di definizione dei contesti territoriali di coordinamento delle attività sanitarie, di integrazione fra assistenza territoriale e ospedaliera.

In questo ambito la DGR n. 60-2532 del 03.04.06, nel ridisegnare gli ambiti territoriali delle ASL realizzando l'accorpamento di alcune di esse, definisce i contesti territoriali delle Aree Funzionali Sovrazionali della Regione Piemonte, ai fini dell'integrazione dei servizi sanitari e della costruzione delle reti assistenziali.

La Legge Regionale 06.08.07 n. 18 di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale indica all'art. 23 nelle Aree di Coordinamento Sovrazonale l'ambito all'interno del quale alcune funzioni, anche sanitarie, possono essere espletate in forma coordinata e demanda alla Giunta regionale l'individuazione di tali funzioni sanitarie da espletarsi a livello di area.

Il Piano Socio-sanitario Regionale, approvato con DCR 137-40212 del 24 ottobre 2007, nell'Allegato A, Paragrafo 2.1, "L'assetto istituzionale ed organizzativo del governo del SSR", così recita:

"A livello sovra-aziendale" è previsto:

"il superamento delle funzioni programmatiche dei Quadranti, anche in relazione alla prevista ridefinizione degli ambiti territoriali delle ASL, e l'assegnazione di compiti gestionali interaziendali a unità funzionali sovrazionali da definire.....; lo sviluppo del coordinamento funzionale delle Aziende, mediante la strumento delle reti (per aree di problemi, al fine di garantire la continuità assistenziale e l'adozione di percorsi assistenziali condivisi) e degli accordi generali (in particolare fra ASL e ASO, al fine di garantire il controllo nei livelli di domanda e di integrare le rispettive attività).....; la nuova organizzazione della rete ospedaliera pone come punto di riferimento di un territorio omogeneo ("centrale" dal punto di vista funzionale e non solo geografico), un presidio ospedaliero (o talora più presidi) destinati alla diagnosi e cura di alta specializzazione e complessità per acuti, emergenza intensiva, patologie rare.....; i casi di emergenza e/o di complessità diagnostica e terapeutica particolarmente elevata fanno riferimento al presidio ospedaliero di riferimento centrale, o tramite i sistemi di monitoraggio informatico oppure con il trasporto assistito.....; all'interno del sistema così configurato viene riorganizzata la rete dell'emergenza ospedaliera, stabilendo una gerarchia di afferenza fra i DEA di secondo livello e i DEA di primo livello e gli altri punti di pronto e primo soccorso..."

La citata DGR n. 48-8609 del 14.04.08 nel confermare, in termini innovativi (accorpamento funzionale di più DEA), la rete dei DEA, pone fra gli obiettivi fondamentali, come già menzionato, la sua integrazione col sistema territoriale per l'emergenza e definisce le linee di intervento per raggiungere tali obiettivi sia a livello regionale che territoriale (da intendersi sia come ASR che come Aree di Coordinamento Sovrazonale, così come definite dalla citata DGR 60-2532 del 03.04.06), come condizione necessaria per assicurare forme di coordinamento più vaste con i servizi distrettuali e le strutture e servizi ospedalieri.

Al riguardo, confermando nella sostanza quanto stabilito dalla DGR n. 48-8609 del 14.04.08, con il presente atto si intende modificare le aree di riferimento sovrazonale indicate all'allegato 3 della medesima come "Futura evoluzione della rete regionale dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione" rendendole conformi al modello che prevede la presenza di un DEA sovrazonale, II

livello, in ogni area, come specificato nella tabella A allegata alla presente deliberazione per farne parte integrante.

Si intende inoltre istituire formalmente il coordinamento regionale della rete dei DEA della Regione Piemonte, al fine di facilitare l'adozione di modelli organizzativi omogenei e coerenti con la pluricitata DGR n .48-8609 del 14.04.08 e in grado di interagire con il servizio di emergenza territoriale 118, con il sistema assistenziale distrettuale, con le strutture generali dei presidi ospedalieri.

Tale coordinamento è attribuito alla Direzione Sanità della Regione che lo esplica mediante un apposito Gruppo di lavoro costituito dai sei coordinatori dei Gruppi di lavoro attivati per analoghe finalità a livello delle tre aree sovrazonali periferiche e dei tre Poli per l'Area di Torino, dal responsabile del Dipartimento interaziendale 118 e integrato da cinque esperti del settore individuati dalla Direzione Sanità medesima, dei quali uno operante nell'ambito della gestione dell'emergenza urgenza pediatrica ed un'operatore infermieristico operante presso un DEA.

Il gruppo di lavoro regionale esplica le funzioni allo stesso attribuite dalla programmazione regionale e locale con particolare riferimento a:

- 1) favorire la realizzazione di modelli organizzativi e professionali omogenei nei PS dei DEA;
- 2) realizzare più solide forme di integrazione dei vari nodi della rete (DEA, PS, PPI) e con il sistema territoriale d'emergenza (trasporto assistito) ai fini della migliore realizzazione dei percorsi clinici del paziente (rete delle patologie complesse: trauma, IMA, ictus, emergenze cardiovascolari, ostetrico-ginecologiche, pediatriche, etc.);
- 3) definire criteri generali per attuare forme efficaci di collaborazione con il territorio al fine di limitare il fenomeno degli accessi impropri al PS e di assicurare forme di continuità assistenziale;
- 4) definire criteri generali per la gestione più corretta dei ricoveri e dei percorsi diagnostico-terapeutici attraverso un pieno coinvolgimento e corresponsabilizzazione dell'intera organizzazione ospedaliera;
- 5) fornire il supporto di competenza al progetto per collegare in rete informatica i DEA fra di loro e con le Centrali Operative "118" (progetto "Il paziente giusto all'ospedale giusto nel tempo giusto" ex D.G.R. n. 10-11335 del 14.05.09);
- 6) coordinare i comportamenti aziendali circa l'utilizzazione dei Medici del 118 e dei DEA in PS e sul territorio, mantenendo i rispettivi ambiti di responsabilità (del Direttore DEA e del Direttore di CO) nelle due diverse modalità operative (PS e postazioni di soccorso "118");
- 7) evidenziare nelle Aziende dell'ACS, sulla base dei nuovi omogenei modelli organizzativi, il fabbisogno di operatori medici ed il carattere prioritario dell'assunzione del personale dedicato all'emergenza.

Il gruppo di coordinamento regionale, per l'espletamento delle funzioni assegnategli, può avvalersi di sottogruppi di lavoro costituiti da membri interni ed anche esterni al gruppo di coordinamento stesso.

Il coordinamento delle attività e delle funzioni delle Aree , come individuate nella tabella Allegato A, è assicurato mediante l'attivazione di un Gruppo di lavoro sovrazonale nel quale è prevista la partecipazione di un Responsabile di DEA, di un Responsabile di Struttura di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, di un Direttore Sanitario di Presidio, di un Direttore di Distretto, di un rappresentante dei MMG, di un operatore esperto nella gestione dell'emergenza urgenza pediatrica ed un operatore infermieristico di un DEA.

Il Coordinatore designato dal Gruppo, scelto fra il Responsabile di DEA e il Responsabile di Struttura di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza andrà a far parte del Gruppo di lavoro regionale.

Il Gruppo di lavoro stabilisce rapporti di coordinamento con la CO 118 competente per il territorio dell'area di riferimento.

Fermo restando che tutte le strutture mantengono le funzioni e competenze definite nella propria organizzazione aziendale, al Gruppo è demandata l'espressione di pareri, proposte e suggerimenti

nei confronti delle Direzioni aziendali e del Gruppo regionale in ordine alle questioni inerenti l'emergenza ed i rapporti con i servizi distrettuali e ospedalieri generali, con particolare riferimento alle funzioni sotto esplicitate.

Il Gruppo di lavoro esplica le funzioni attribuite alla AFS dalla programmazione regionale e locale con particolare riferimento a:

- a. raggiungimento obiettivi comuni a più DEA con particolare riguardo all' integrazione dei vari nodi della rete (DEA, PS, PPI) in funzione della definizione dei percorsi clinici relativi alle patologie complesse;
- b. gestione delle urgenze mediante la realizzazione di programmi di cooperazione di area anche in campo specialistico, garantendo la disponibilità delle prestazioni in caso di sovraccarico su un punto della rete o di indisponibilità temporanea, sulla base di criteri oggettivi, dei servizi di diagnosi o di ricovero;
- c. realizzazione di forme di collaborazione con il territorio, al fine di limitare il fenomeno degli accessi impropri al PS e di assicurare forme di continuità assistenziale;
- d. gestione più corretta dei ricoveri e dei percorsi diagnostico-terapeutici attraverso un pieno coinvolgimento e corresponsabilizzazione dell'intera organizzazione ospedaliera;
- e. la fornitura di farmaci rari, ad es. antidoti, farmaci da utilizzare in urgenza per emofilici o per altre patologie poco frequenti;
- f. gestione del sistema qualità mediante l'assunzione di obiettivi comuni, quali l'adozione di metodologie omogenee di triage, la realizzazione di progetti di accoglienza e umanizzazione, l'applicazione di forme assistenziali nuove in regime di osservazione, la gestione del rischio clinico, l'applicazione della D.G.R. n. 72-14420 del 20.12.04 sulla continuità assistenziale, la realizzazione degli obiettivi posti ai Direttori Generali (attinenti il coinvolgimento dell'intero ospedale sui percorsi dell'urgenza), così come previsto da apposite delibere regionali.

L'attivazione del Gruppo di lavoro è demandata per ogni area di coordinamento sovrazonale ACS al Direttore Generale di ASR, ove insiste il DEA con maggior numero di accessi e dotato del maggior numero di servizi clinici e diagnostici dedicati al Pronto Soccorso, che vi provvederà entro 60 giorni dall'assunzione del presente provvedimento.

Alle riunioni del Gruppo possono essere invitati a partecipare rappresentanti delle Istituzioni, del Volontariato, delle professioni e responsabili di singole strutture ogni qualvolta vengano trattati argomenti di interesse comune.

Alla Direzione Sanità sono demandati l'istituzione del gruppo regionale, il coordinamento e la verifica generale dei DEA, anche mediante l'utilizzo degli indicatori già approvati con D.G.R. n. 48-8609 del 14.04.08.

Ciò premesso e condividendo le argomentazioni del relatore, a voti unanimi espressi nei modi di legge, la Giunta Regionale  
vista la

D.G.R. 2-944 del 27-9-2005

D.G.R. n. 60-2532 del 03.04.06;

D.G.R. n. 48-8609 del 14.04.08;

D.G.R. n. 83-6614 del 30.07.07;

D.G.R. n. 1-10802 del 18.02.09;

D.G.R. n. 10-11335 del 4.05.09;

*delibera*

- di istituire, per le motivazioni e le funzioni in premessa indicate, il coordinamento regionale e sovrazonale della Rete dell'Emergenza-Urgenza della Regione Piemonte, secondo le aree di riferimento sovrazonali, definite nella tabella allegata alla presente deliberazione per farne parte integrante (Allegato A);

- di demandare alla Direzione Sanità l'istituzione del gruppo regionale, il coordinamento e la verifica generale del sistema, anche mediante l'utilizzo degli indicatori già approvati con D.G.R. n.

48-8609 del 14.04.08 e la verifica di coerenza con l'obiettivo di integrazione con i servizi generali ospedalieri e con l'assistenza distrettuale;

- di impegnare i Direttori Generali delle aree di riferimento sovrazonali ad attivare i Gruppi di lavoro di coordinamento sovrazonale nella composizione e per l'espletamento delle funzioni in premessa esplicitate;

- di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 della Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(omissis)

Allegato