



## **M.E.P.Sa. WORKING PAPER SERIES**

Working Paper n°2

*Il Sistema di Emergenza-Urgenza nel Servizio  
Sanitario Nazionale: un'analisi delle  
criticità.*

Domenico Urso - Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza

A.S.L. 3 Rossano

e-mail: [mimmourso@yahoo.it](mailto:mimmourso@yahoo.it)

## **Indice**

1. Introduzione.....	2
2. Epidemiologia della patologia medica e chirurgica ad insorgenza acuta ed evoluzione rapidamente fatale e/o gravemente invalidante.....	3
3. Il Sistema di Emergenza Urgenza in Italia: riferimenti legislativi e sua implementazione.....	5
3.1. Gli aspetti organizzativi del Sistema di Emergenza Urgenza.....	6
3.2. Gli aspetti operativi del Sistema di Emergenza Urgenza.....	11
4. Le criticità nel Sistema di Emergenza Urgenza.....	13
4.1 Le criticità organizzative.....	13
4.2 Le criticità operative.....	16
5. Conclusioni.....	16
6. Bibliografia.....	18

## **1. Introduzione**

Il Sistema di Emergenza-Urgenza in Italia, costituito da un numero telefonico unico di allarme sanitario, su tutto il territorio nazionale, ha l'obiettivo di assicurare, in ambiti geografici vasti ed articolati, l'omogeneità, la continuità e la progressività degli interventi sanitari prestati in situazioni di emergenza-urgenza. Nell'aprile del 1996 sono state emanate le Linee Guida che forniscono le indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della Rete dell'Emergenza e sulle Unità Operative che compongono i Dipartimenti di Urgenza ed Emergenza (DEA) di I° e di II° livello (1). L'attuazione di tali Linee Guida, tuttavia, si è rivelato nel corso degli anni un percorso non privo di difficoltà sia sotto il profilo organizzativo che sotto il profilo operativo. Infatti, gli standard strutturali ed le dotazioni organiche della rete territoriale ed ospedaliera, l'integrazione dei diversi nodi del sistema integrato ospedale-territorio e la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici da una parte e la formazione e l'aggiornamento del personale dall'altra hanno rappresentato elementi di criticità nel percorso attuativo. Scopo di questo lavoro è l'analisi sistematica di queste criticità, a partire dalla quale formulare ipotesi di interventi atti a garantire la piena applicazione delle linee guida.

A questo scopo il lavoro risulta essere così articolato. Dopo una breve esposizione, nel secondo paragrafo, dell'epidemiologia delle patologie mediche e chirurgiche ad insorgenza acuta, nel terzo paragrafo analizzeremo i provvedimenti legislativi che hanno portato alla realizzazione del Sistema di Emergenza-Urgenza ed infine, nel quarto paragrafo, tratteremo le criticità che, sia dal punto di vista organizzativo che dal punto di vista operativo, ne hanno condizionato lo stato di attuazione ed il funzionamento in maniera omogenea sul territorio nazionale.

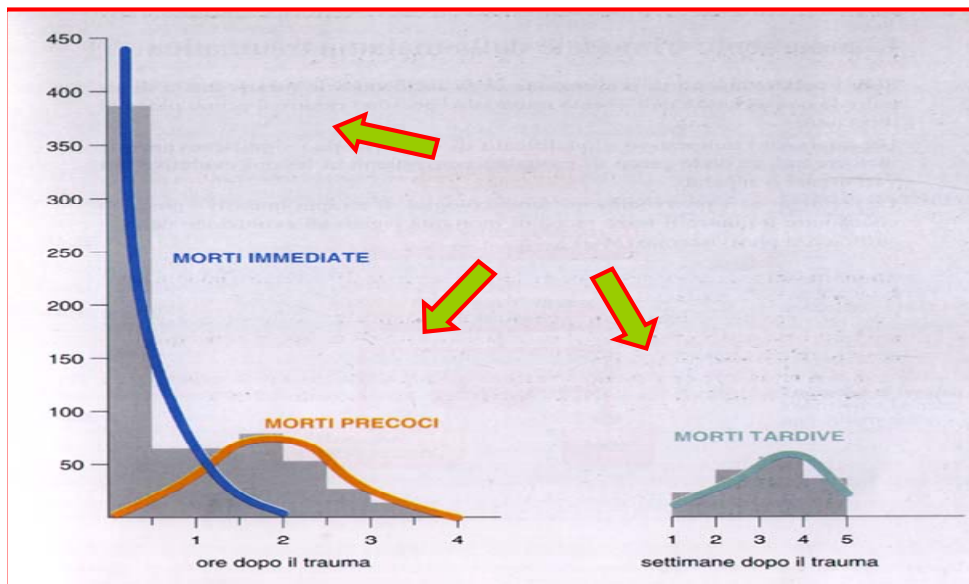
## **2. Epidemiologia della patologia medica e chirurgica ad insorgenza acuta ed evoluzione rapidamente fatale e/o gravemente invalidante**

L'infarto del miocardio, alcune forme di aritmia cardiaca, l'ictus cerebri, l'asma acuta, la grave ischemia intestinale o degli arti inferiori, le dissecazioni aortiche o gli aneurismi dell'aorta addominale in rottura, l'emoperitoneo massivo da rottura di gravidanza tubarica rappresentano solo alcune situazioni cliniche ad insorgenza acuta ed evoluzione rapidamente fatale in cui la sopravvivenza del paziente e/o la gravità degli esiti dipende dall'efficacia della risposta sanitaria. Quest'ultimo aspetto è particolarmente evidente nel paziente politraumatizzato. In Italia le statistiche ISTAT indicano che, nell'anno 2005, si sono verificati 225.078 incidenti stradali che hanno causato la morte di 5.426 soggetti ed il ferimento di 313.727 soggetti. Nello stesso anno il numero di ricoveri per trauma secondario ad incidente stradale (desumibili dalle schede di dimissione ospedaliera) sono stati 128.830 (226 ricoveri/100.000 abitanti).

La Figura 1 illustra la classica descrizione di Trunkey (2) secondo cui la mortalità per lesioni traumatiche presenta una classica distribuzione cronologica trimodale:

- il primo picco di mortalità si verifica nel giro di secondi o minuti dall'evento traumatico per lesioni gravissime ad organi nobili (cuore, SNC);
- il secondo picco avviene nel periodo che va da pochi minuti a varie ore dal trauma (ematomi cerebrali, emoperitoneo, emorragie, etc..);
- il terzo picco va da giorni a settimane dall'evento lesivo ed è connesso alle complicanze proprie del paziente trattato in U.O. di Rianimazione (sepsi, MOF);

**Figura 1. Distribuzione cronologica della mortalità per trauma**



**Fonte: Distribuzione trimodale della mortalità su 852 decessi (Trunkey DD-1989)**

Un'analisi retrospettiva di oltre 700 decessi ha evidenziato che il 52% delle morti avviene sul luogo dell'incidente o comunque prima dell'arrivo in ospedale, mentre del restante 48% delle vittime, il 23% muore entro un'ora dal trauma ed un'ulteriore 35% entro le prime 24 ore (3).

E' stato ampiamente dimostrato che una buona organizzazione del sistema sanitario per l'assistenza al traumatizzato, sia sul territorio che all'interno della struttura ospedaliera, comporta una significativa riduzione della mortalità che della gravità degli esiti invalidanti. Infatti, numerosi studi confermano che la percentuale di "morti evitabili" per trauma è significativamente più elevata quando non esistano strutture dipartimentali deputate al suo trattamento e quando non vi siano da parte degli operatori sanitari le competenze specifiche per affrontare le problematiche del politraumatizzato.

### 3. Il Sistema di Emergenza Urgenza in Italia: riferimenti legislativi e sua implementazione

Nel paragrafo analizzeremo i provvedimenti legislativi che hanno portato alla realizzazione del Sistema di Emergenza-Urgenza (Tabella 1). A tale scopo distingueremo gli aspetti organizzativi dagli aspetti operativi. Alla dimensione organizzativa attengono, infatti, gli standard strutturali e le dotazioni organiche della rete territoriale ed ospedaliera, l'integrazione dei diversi nodi del sistema e la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici mentre alla dimensione operativa attiene la formazione e l'aggiornamento del personale operante in emergenza.

**Tabella 1. Il Sistema di Emergenza-Urgenza: riferimenti legislativi**

<b>DPR 27 marzo 1992</b> "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli sanitari di emergenza"
<b>DM 15 maggio 1992.</b> "Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza"
<b>Atto di intesa tra Stato e Regioni del 17 maggio 1996</b> "Linee Guida sul Sistema di Emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992"
<b>DPR 28 luglio 2000 n. 270</b> "Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale"
<b>D.P.C.M. 8 marzo 2001</b> Criteri per la valutazione, ai fini dell'inquadramento nei ruoli della dirigenza sanitaria, del servizio prestato dagli specialisti ambulatoriali, medici e delle altre professionalità sanitarie, dai medici della guardia medica, dell'emergenza territoriale e della medicina dei servizi in regime convenzionale
<b>Accordo 25 ottobre 2001</b> "Triage intraospedaliero e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza -urgenza sanitaria".
<b>Atto n. 1711 del 22 maggio 2003</b> della Conferenza Stato-Regioni. "Linee guida su formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza"
<b>Accordo n. 220 del 3 febbraio 2005</b> della Conferenza Stato-Regione. Linee Guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero
<b>D.M. 17 febbraio 2007</b> Approvazione della Scuola di specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza

### **3.1. Gli aspetti organizzativi del Sistema di Emergenza Urgenza**

Il DPR 27 marzo 1992 (4) stabilisce che il livello di emergenza sanitario da assicurare con carattere di uniformità in tutto il territorio nazionale (ai sensi dell'art.4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412) è articolato su di :

- un sistema di allarme sanitario;
- un sistema di Accettazione e di Emergenza Sanitaria.

Il sistema di allarme sanitario è assicurato dalla Centrale Operativa (C.O.), cui fa riferimento un numero unico telefonico nazionale "118". Alla C.O. affluiscono tutte le richieste di intervento per emergenza sanitaria. Essa garantisce, attraverso i radiocollegamenti con le ambulanze e gli altri mezzi di soccorso e con i servizi sanitari del sistema di emergenza sanitaria del territorio, il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento.

Il sistema di Accettazione e di Emergenza Sanitaria assicura sia il servizio di Pronto Soccorso che il Dipartimento di Emergenza. A sua volta l'ospedale sede di Pronto Soccorso deve garantire, oltre agli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotato, almeno il primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché di garantire il trasporto protetto.

Infine il Dipartimento di Emergenza (DEA) deve assicurare, nell'arco delle 24 ore, anche attraverso le Unità Operative specialistiche di cui è dotato l'ospedale, oltre alle funzioni di Pronto Soccorso, anche interventi diagnostici e terapeutici in emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici; deve inoltre assicurare l'Osservazione Breve, l'assistenza cardiologica e rianimatoria.

Il DM 15 maggio 1992 (5) fornisce, ai sensi dell'art. 5, comma 1, del DPR 27 marzo 1992, i criteri ed i requisiti per la

classificazione degli interventi di emergenza attraverso un modello di codifica uniforme su tutto il territorio nazionale. Il sistema di codifica comprende la messa in nota della chiamata dell'utente alla C.O. 118; risposta dell'operatore alla richiesta pervenuta, con particolare riguardo alla tipologia del mezzo di soccorso attivato; intervento degli operatori del mezzo di soccorso; esito dell'intervento di soccorso;

In applicazione del DPR 27 marzo 1992 sulla G.U. n. 114 Serie Generale del 17 maggio 1996 è stato pubblicato l'Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle Linee Guida sul Sistema di Emergenza Sanitaria (1) che si propone di fornire indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza tenendo conto dell'evoluzione legislativa (Decreti Legislativi n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni (6) e del PSN 1994-1996) (7). L'Atto di intesa tra Stato e Regioni prevede che il Sistema Sanitario di Emergenza-Urgenza sia costituito da un sistema di allarme sanitario, da un sistema territoriale di soccorso e da una rete di servizi e presidi ospedalieri. Il Sistema di Emergenza-Urgenza, nello specifico, è costituito da un sistema di allarme sanitario, da un sistema territoriale di soccorso e da una rete di servizi e presidi ospedalieri.

Il sistema di allarme sanitario è un numero telefonico di accesso breve e universale, il 118, che mette l'utente in comunicazione con la Centrale Operativa. Le funzioni fondamentali della C.O. comprendono la ricezione delle richieste di soccorso, la valutazione del grado di complessità dell'intervento da attivare e l'attivazione e coordinamento dell'intervento stesso. Il Responsabile di C.O. deve possedere la qualifica di dirigente medico di I° o di II° livello, e preferibilmente dovrebbe trattarsi di un anestesista, con comprovata esperienza nell'area dell'emergenza sanitaria.

Il sistema territoriale di soccorso si avvale di un insieme di mezzi di soccorso distinti sulla base dell'equipaggio a bordo (Tabella 2).



**Tabella 2. Sistema Territoriale di Soccorso**

<b>Automezzo</b>	<b>Equipaggio</b>
Ambulanza di base	Autista soccorritore, Infermiere
Ambulanza di soccorso avanzato	Autista soccorritore, Infermiere, Medico
Centro Mobile di Rianimazione	Autista soccorritore Anestesista-Rianimatore Infermieri (2)
Eliambulanza	Pilota, Anestesista-Rianimatore Infermiere

Infine, il Sistema di Emergenza-Urgenza, comprende la rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati. La Tabella 3 illustra il suo funzionamento.

**Tabella 3. Rete e Servizi Ospedalieri**

Punto di Primo Intervento	Stabilizzazione del paziente e trasferimento nell'ospedale idoneo
Pronto Soccorso Ospedaliero	Stabilizzazione del paziente e trasferimento in grado di fornire prestazioni specialistiche
Dipartimento di Emergenza di I° livello	Osservazione e Breve Degenza Rianimazione Chirurgia Generale Ortopedia e Traumatologia Cardiologia e Terapia Intensiva Cardiologica
Dipartimento di Emergenza di II° livello	Osservazione e Breve Degenza Rianimazione Chirurgia Generale Ortopedia e Traumatologia Cardiologia e Terapia Intensiva Cardiologia Neurochirurgia Chirurgia Toracica Cardiochirurgia Terapia Intensiva Neonatale

La modalità di risposta all'emergenza-urgenza, in ambito ospedaliero, si articola sui seguenti quattro livelli di operatività:

**Punti di Primo Intervento (P.P.I.):** Fissi o mobili sono attrezzati per effettuare interventi medici minori, stabilizzare il paziente e/o garantirne il trasferimento verso l'ospedale idoneo.

**Pronto Soccorso Ospedaliero:** strutture idonee a garantire la stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un

ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate in condizioni di urgenza differibile, indifferibile e di emergenza. Il personale medico operante nel servizio, adeguatamente formato, può essere previsto anche a rotazione dai reparti, mentre il personale infermieristico deve essere preferenzialmente dedicato.

Al Dipartimento di Emergenza, Urgenza ed Accettazione (DEA) appartengono le unità operative (U.O.) che fanno parte esclusivamente del DEA (Servizi di Accettazione e Pronto Soccorso, l'U.O. di Osservazione e Breve Degenza, l'U.O. di Rianimazione con moduli di Terapia Intensiva e Subintensiva, la Medicina d'Urgenza) nonché le U.O. che, pur appartenendo ad altri Dipartimenti entrano a far parte della "funzione urgenza" attraverso la condivisione di modelli operativi definiti da protocolli e linee guida. Sono distinti in base alla disponibilità di servizi:

Dipartimento di Emergenza, Urgenza ed Accettazione (DEA) di I° livello che deve garantire le funzioni di Pronto Soccorso ed Accettazione, di Osservazione e di Breve Degenza, di Rianimazione e contemporaneamente deve assicurare interventi diagnostico terapeutici di Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia, Cardiologia e di Terapia Intensiva Cardiologia (UTIC).

Dipartimento di Emergenza, Urgenza ed Accettazione (DEA) di II° livello che deve garantire, oltre che le funzioni proprie del DEA di I° livello, anche la Neurochirurgia, la Cardiochirurgia, la Chirurgia Toracica e la Terapia Intensiva Neonatale. Nel DEA di II° livello devono essere collocabili Unità per i Grandi Ustionati e le Unità Spinali.

Un notevole progresso sugli aspetti organizzativi del Sistema di Emergenza-Urgenza è rappresentato dall'Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome, del 25 Ottobre 2001, riguardante il "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria"(9) che da un lato stabilisce la necessità di prevedere sul territorio nazionale una

rete di presidi, distinti in strutture di I° livello o a bassa complessità e di II° livello o ad alta complessità, in grado di fornire una risposta sanitaria specialistica di chirurgia della mano e di microchirurgia e dall'altro, concordando sull'opportunità di definire criteri ed indirizzi uniformi su alcuni specifici aspetti del sistema di risposta all'emergenza urgenza sanitaria, stabilisce le linee guida sul triage intraospedaliero (valutazione della gravità del paziente all'ingresso in Pronto Soccorso). La funzione di triage, come momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità d'intervento, deve essere assicurata in quei presidi il cui numero di accessi è superiore a 25.000/anno (o negli ospedali il cui flusso è inferiore a 25.000 accessi/anno ma che si trovino ad operare in condizioni di flussi periodicamente elevati ed irregolari) e deve essere svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo i protocolli stabiliti dal Responsabile del Servizio. I codici di criticità, in analogia con i criteri stabiliti dal DM 15 maggio 1992 (5), sono articolati in quattro categorie (Tabella 4) ed identificati con colore rosso (priorità massima in paziente con compromissione delle funzioni vitali), giallo (paziente mediamente critico), verde (prestazione differibile) e bianco (paziente non urgente). L'organizzazione ed il potenziamento dei Servizi di Emergenza-Urgenza costituisce uno dei dieci progetti per la strategia del cambiamento che il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 (10) si propone di raggiungere attraverso una serie di obiettivi strategici tra i quali la riorganizzazione strutturale dei Pronto Soccorso e dei Dipartimenti d'Emergenza e d'Accettazione, l'integrazione del territorio con l'Ospedale e l'integrazione della rete delle alte specialità nell'ambito dell'emergenza per la gestione del malato critico e politraumatizzato.

Infine l'Accordo Stato-Regioni n. 2200 del 3 Febbraio 2005 stabilisce le Linee guida per l'organizzazione del soccorso sanitario in elicottero (11).

**Tabella 4. Il Triage**

Colore rosso	Priorità massima in paziente con compromissione delle funzioni vitali
Colore giallo	Paziente mediamente critico
Colore verde	Paziente in cui la prestazione differibile
Colore bianco	Paziente non urgente

### **3.2. Gli aspetti operativi del Sistema di Emergenza**

#### **Urgenza**

Unitamente agli aspetti organizzativi del Sistema di Emergenza-Urgenza 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 (1), da un punto di vista operativo, individua e distingue il personale medico del Sistema di Emergenza in Medici addetti alla C.O., che svolgono compiti di supervisione del personale infermieristico della centrale per garantire la corretta risposta alle richieste di soccorso, e Medici addetti all'Emergenza Territoriale che svolgono compiti assistenziali in ambito extraospedaliero (Medici di Guardia Medica che abbiano superato un apposito corso di formazione ed ottenuto l'attestato di idoneità) (8) La formazione e l'aggiornamento del personale medico, sia esso dipendente dal SSN, sia esso in convenzione (guardia medica addetta all'emergenza) nonché del personale infermieristico sono definiti dal Responsabile di C.O. in accordo con il Responsabile del DEA. Inoltre il D.P.C.M. 8 marzo 2001 consente ai medici dell'Emergenza territoriale che abbiano maturato un'anzianità di cinque anni in regime convenzionale l'inquadramento nei ruoli dirigenziali del SSN (12). L'Accordo Stato-Regioni del 22 maggio 2003 (13) si concentra sugli aspetti operativi del Sistema di Emergenza-Urgenza prevedendo che i programmi di aggiornamento e formazione del personale medico, infermieristico e non infermieristico, dipendente o convenzionato

con il S.S.N. abbiano una fisionomia unitaria al fine di garantire un'omogeneità del Sistema di Emergenza-Urgenza. Infatti costituiscono obiettivi specifici delle linee guida la definizione dei destinatari dei percorsi formativi, la definizione dei percorsi formativi, la definizione di un livello di formazione di base specifica e la definizione di un livello di formazione permanente e aggiornamento nonché l'inserimento della formazione del personale dell'Emergenza-Urgenza nel programma di Educazione continua in medicina (ECM), secondo quanto convenuto nell'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 13 marzo 2002.

Per quel che concerne il personale medico il documento ritiene che, per la peculiarità e per la specificità delle competenze richieste, è opportuno prevedere una formazione specialistica specifica sull'emergenza come avviene per le altre specialità. I medici che operano nel Sistema di Emergenza-Urgenza sono rappresentati da medici dipendenti del S.S.N. e da medici convenzionati per l'Emergenza territoriale (9). Le linee guide individuano percorsi formativi simili sia per i Medici dipendenti del SSN sia per i Medici convenzionati per l'Emergenza territoriale (D.P.R. 28 luglio 2000 n. 270). Al fine di garantire una tempestiva, efficace e appropriata risposta del Sistema dell'Emergenza-Urgenza sanitaria, indipendentemente dal livello formativo già acquisito, il personale medico deve ricevere una formazione di base specifica ed una formazione permanente. Il livello di formazione di base specifica ha lo scopo di raggiungere da un lato obiettivi clinico-assistenziali tra i quali la conoscenza e la gestione delle procedure di triage intra ed extraospedaliero, il sostegno di base ed avanzato delle funzioni vitali nell'età adulta e pediatrica, il trattamento di base e avanzato nella fase pre-ospedaliera e ospedaliera del paziente traumatizzato nell'età adulta e pediatrica; la conoscenza e la capacità di attuare i percorsi clinici che garantiscono la continuità delle cure e dall'altro obiettivi

organizzativi tra i quali la conoscenza dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale e dell'organizzazione del Sistema di Emergenza Urgenza nonché dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici in situazioni di emergenza-urgenza e degli aspetti medico-legali nell'urgenza ed emergenza. L'iter normativo che ha come obiettivo la qualificazione del personale medico operante nel Sistema di Emergenza-Urgenza si è concluso con l'istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza (14)

## **4. Le criticità nel Sistema di Emergenza Urgenza**

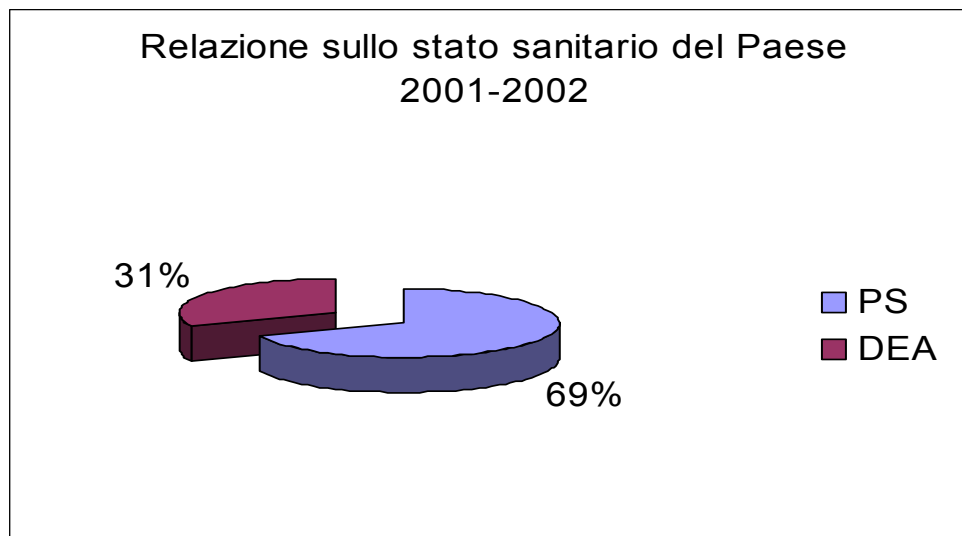
Nell'ultimo decennio nonostante che, da un punto di vista normativo, sia stato fatto un notevole sforzo per la realizzazione del Sistema di Emergenza-Urgenza non esistono che pochi documenti che ne valutino il reale attuazione sia da un punto di vista organizzativo che da un punto di vista operativo. La scarsità dei dati disponibili sul Sistema di Emergenza-Urgenza e l'importanza degli stessi ai fini della programmazione sanitaria, ha fatto sì che il Pronto Soccorso ed il 118 venissero inseriti nel Progetto Mattoni del SSN di sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario con l'obiettivo di definire linee guida per l'armonizzazione e l'interoperabilità dei sistemi 118 (15).

### **4.1 Le criticità organizzative**

La Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002 (16) indica che, nel 2001, in circa l'83% degli ospedali è presente il Pronto Soccorso, che solo il 37,7% degli ospedali è dotato di Dipartimento di Emergenza (senza tuttavia specificare se di I° o di II° livello) e circa la metà di essi sono dotati di una U.O. di Rianimazione. La disponibilità di posti letto è di 6,7 per 100.000 abitanti per la terapia intensiva, di 2,3 per 1.000 nati vivi per la terapia intensiva neonatale e di 4,6 per 100.000 abitanti per

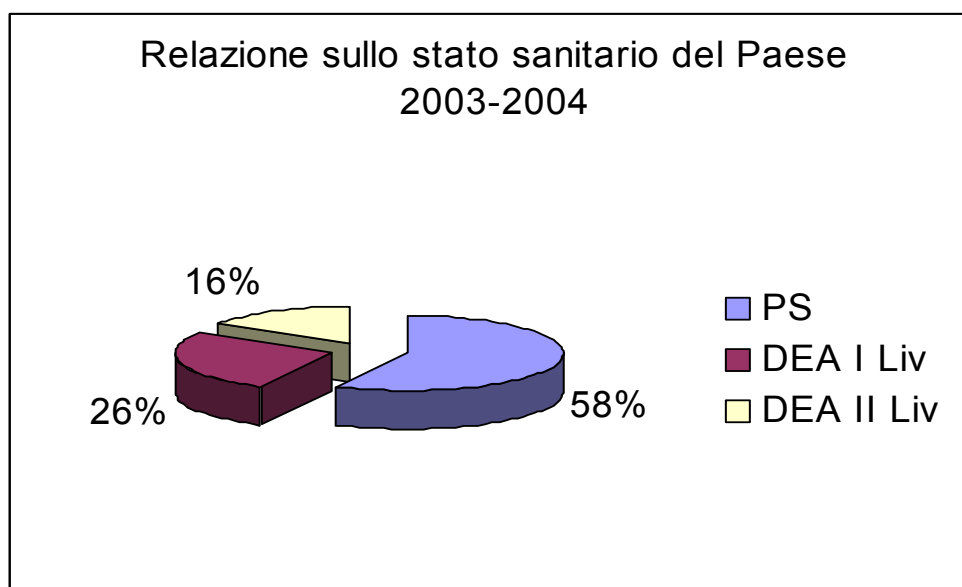
l' Unità Coronarica. Il numero di accessi in Pronto Soccorso è di 4 per 10 abitanti con un tasso di ricovero del 21,4%.

**Figura 2. Ospedali provvisti di PS-DEA**



La Relazione sullo stato sanitario del Paese 2003-2004 (17) indica che, nell'anno 2003, erano presenti 602 ambulanze di soccorso avanzato con medico a bordo (1,05 per 100.000 ab.) e 650 centri mobili di rianimazione (1,13 per 100.000 ab.). Il numero di accessi al Pronto Soccorso è di 3,48 per 10 ab. con percentuali di ricovero del 19,7%. La rete di servizi e presidi è costituita da 742 ospedali di cui il 57,6% è dotato di Pronto Soccorso, il 26,4% di DEA di I° livello e il 16 % di DEA di II° livello.

**Figura 3. Ospedali provvisti di PS-DEA**



Altre considerazioni, sugli aspetti organizzativi, sono desumibili dalla Relazione conclusiva dell'Inchiesta sul Sistema di Emergenza-Urgenza approvata dalla Commissione Parlamentare nella seduta n. 28 del 6 Aprile 2005, la quale attraverso un'indagine campionaria in 30 Aziende Sanitarie Locali (ASL), ha cercato di precisare quantitativamente lo stato di realizzazione e di funzionamento del Sistema Integrato di Emergenza esplicitandone le dimensioni organizzative ed operative allo scopo di verificare se è garantita, su tutto il territorio nazionale, "la giusta assistenza per il giusto paziente nel giusto ospedale e nel tempo giusto". Dall'indagine è emerso che il sistema è efficiente a livello operativo per quegli aspetti organizzativi che possono ricondursi alla base del sistema ma appare difforme come se ognuno abbia ideato un proprio Sistema di Emergenza con percorsi formativi ed organizzativi diversi. La variabilità è riscontrata sia a livello della medicalizzazione delle postazioni che dei mezzi d'intervento e del personale utilizzato. Tutti i Pronto Soccorso delle ASL campionate sembrano rispettare in maniera adeguato le attività richieste per l'intervento di urgenza e per gli accertamenti diagnostici ambulatoriali di vario tipo come previsto dalle linee guida 1996. In tutte le aree geografiche, i DEA sono affetti da problemi di natura strutturale; in alcuni di essi non si dispone di aree per l'osservazione breve né di letti di osservazione breve intensiva e nel 24% dei DEA non si seguono specifiche linee guida per il trattamento delle patologie di maggiore impegno. La mancata disponibilità dei sistemi informativi esclude ogni possibilità di verifiche comportamentali e gestionali che rende non realizzabile il processo di standardizzazione e di unificazione. Il quadro complessivo è quello di un territorio che, sebbene esprima realtà di eccellenza ed una complessiva crescita di sensibilità, di competenze gestionali e specialistiche, si muove in "disordine sparso" rispetto ai modelli organizzativi, alla creazione dei sistemi informativi ed in modo davvero critico



alla creazione di protocolli di comunicazione fra le realtà coinvolte nel sistema integrato.

## **4.2 Le criticità operative**

A tutt'oggi, nonostante che l'Accordo Stato-Regioni del 22 maggio 2003 (13) si proponesse quale obiettivo di uniformare la formazione e l'aggiornamento del personale operante nel Sistema di Emergenza Urgenza, l'iter formativo di base ed avanzato del personale medico nonché il rapporto contrattuale con il SSN rimane piuttosto disomogeneo. I medici che operano all'interno delle C.O. e sui mezzi di soccorso territoriali sono medici, convenzionati con il SSN (o dipendenti dal SSN secondo le modalità stabilite dal D.P.C.M. 8 marzo 2001), in possesso dell'Attestato di idoneità per l'Emergenza Territoriale la cui formazione è consistita nel superamento un corso della durata di 4 mesi (o di 300 ore) in cui hanno appreso le principali tecniche dell'urgenza medica e chirurgica secondo quanto stabilito dall'allegato P del D.P.R. 28 luglio 2000 n. 270 (8). I medici che operano all'interno delle strutture ospedaliere ( Pronto Soccorso e DEA di I° e di II° livello), sono medici, dipendenti del SSN, in possesso di una specializzazione di area medica o chirurgica che è affine od equipollente alla Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza secondo quanto previsto dalla disciplina concorsuale per l'accesso ai ruoli dirigenziali del SSN(18,19).

## **5. Conclusioni**

Nonostante la scarsità di dati a disposizione la fotografia del Sistema di Emergenza-Urgenza che si delinea, a distanza di più di dieci anni dall'attivazione, evidenzia la presenza di modelli eterogenei di Sistema di Emergenza-Urgenza caratterizzati da elevata variabilità intra ed interregionale. Sebbene non esistano dubbi nella risposta in emergenza sul codice/colore di invio del

mezzo di soccorso, sul rispetto dei tempi di arrivo sul luogo dell'evento acuto e sul trasferimento del paziente nell'ospedale più idoneo alcuni problemi rimangono aperti. Da un punto di vista organizzativo sarebbe opportuno prevedere un sistema di verifica e di controllo degli standard strutturali e delle dotazioni organiche nella componente territoriale ed ospedaliera del Sistema. Altro importante aspetto organizzativo è rappresentato dall'integrazione dei nodi del Sistema che, unitamente alla previsione di percorsi diagnostico-terapeutici appropriati per le principali patologie acute, potrebbe migliorare l'efficacia della risposta sanitaria: quest'ultimo approccio è stato realizzato con successo in alcune Regioni con la creazione dei Trauma Centers per garantire una risposta all'emergenza traumatologica (20). Da un punto di vista operativo sono stati fatti, almeno sotto il profilo normativo, notevoli progressi. La formazione del personale operante nel Sistema di Emergenza-Urgenza è stata subordinata alle linee di indirizzo fornite dal Responsabile di C.O. di riferimento con una conseguente disomogeneità nel livello di qualificazione professionale degli operatori. L'istituzione, nel maggio 2006, della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza, prevede un percorso formativo specifico per i medici che operano nel Sistema di Emergenza-Urgenza allo scopo di creare il nuovo professionista dell'emergenza.

Ulteriori valutazioni sugli aspetti organizzativi e sugli aspetti operativi del Sistema di Emergenza-Urgenza saranno possibili quando verranno resi noti dati del Progetto Mattoni Pronto Soccorso e Sistema 118.

## **6. Bibliografia**

1. "Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle Linee Guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992" G.U. n. 114 del 17 maggio 1996 Serie Generale Repubblica Italiana;
2. Trunkey DD. Trauma, pathogenesis and treatment. Oxford: Stephen Westaby 1989;
3. Meislin H, Criss EA, Judkins D, Berger R, Conroy C, Parks B, et al. Fatal trauma. The modal distribution of time to death is a function of patient demographics and regional resources. J Trauma 1997; 43:433-440;
4. DPR 27 marzo 1992. Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli sanitari di emergenza. G.U. n. 76 del 31/03/1992 Serie Generale;
5. DM 15 maggio 1992 Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza G.U. n.121 del 25/05/1992 Serie Generale;
6. D.L.ivo 30 dicembre 1992 n. 502 Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421;
7. D. P. R. 1 marzo 1994. Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996 G. U. 23 luglio 1994, n. 171, Serie Generale;
8. Repubblica Italiana. DPR 28 luglio 2000, n. 270 Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. G.U. n. 230 del 02/10/2000;
9. Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano Accordo 25 ottobre 2001 G.U. n. 285 del 7/12/2001 "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza -urgen-za sanitaria";

- 10.D.P.R. 23 maggio 2003. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. G.U. del 18 Giugno 2003 n. 139 Serie Generale;
- 11.Accordo n. 220 del 3 febbraio 2005 della Conferenza Stato-Regione. Linee Guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero;
- 12.D.P.C.M. 8 marzo 2001 Criteri per la valutazione, ai fini dell'inquadramento nei ruoli della dirigenza sanitaria, del servizio prestato dagli specialisti ambulatoriali, medici e delle altre professionalità sanitarie, dai medici della guardia medica, dell'emergenza territoriale e della medicina dei servizi in regime convenzionale. G.U. 5 maggio 2001 n.103;
- 13.Atto n. 1711 del 22 maggio 2003 della Conferenza Stato-Regioni. Linee guida su formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza;
- 14.D.M. 17 febbraio 2007 Approvazione della Scuola di specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza G.U. del 23 maggio 2006 n. 118;
- 15.Atto n. 1895 del 10 dicembre 2003 della Conferenza Stato-Regioni Progetto Mattoni;
- 16.Ministero della Salute Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002;
- 17.Ministero della Salute Relazione sullo stato sanitario del Paese 2003-2004;
- 18.D.M 30 Gennaio 1998 Tabelle relative alle discipline affini previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al II livello dirigenziale per il personale di ruolo del Servizio Sanitario nazionale;
- 19.D.M. 31 Gennaio 1998 Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al II livello dirigenziale per il personale di ruolo del Servizio Sanitario nazionale;

20. Chiara O. Sistema integrato per l'assistenza al trauma maggiore e valutazione di un modello organizzativo. Consiglio Superiore di Sanità. Ministero della Salute. Roma 2004.