

Delibera Giunta reg.le E-R. n. 23/2005

DEFINIZIONE DI REQUISITI SPECIFICI AI SENSI DELL'ART.8 C.1 DELLA L.R. 34/98, PER L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE E DEI PROFESSIONISTI DELL'EMILIA-ROMAGNA

Prot. N. (OSP/04/36327)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamata la legge regionale n. 34 del 12 ottobre 1998, recante "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, in attuazione del DPR 14 gennaio 1997" e successive modificazioni, e richiamato in particolare l'art. 8, che demanda alla Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, il compito di determinare i requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO di cui al comma 4 dell'art. 2 del DPR 14 gennaio 1997, uniformi per le strutture pubbliche e private, con riferimento alle funzioni sanitarie individuate dalla programmazione regionale per garantire i livelli di assistenza sanitaria previsti dal Piano Sanitario Nazionale;

Visto:

- che con propria deliberazione n. 327 del 23 febbraio 2004, recante "Applicazione della L.R. 34/98 in materia di autorizzazione e di accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti" e successive modificazioni, ha provveduto, al punto 2.6 del dispositivo ad approvare l'allegato n.3, nel quale sono definiti, ai sensi di quanto disposto dal comma 1 dell'art. 8 della sopracitata legge regionale, requisiti generali e specifici per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie e dei professionisti dell'Emilia-Romagna;

- che con il richiamato provvedimento, si è previsto, altresì, al punto 2.9 del dispositivo come compito della l'Agenzia sanitaria regionale, la predisposizione delle proposte per l'integrazione ed il periodico aggiornamento dei requisiti per l'accREDITAMENTO;

Preso atto che l'Agenzia sanitaria regionale, in esecuzione di quanto disposto al punto 2.9 della citata deliberazione 327/04, ha elaborato il documento allegato al presente atto, riguardante l'integrazione dei requisiti specifici già deliberati con i requisiti relativi a:

- 1 Strutture di Ortopedia e Traumatologia
- 2 Strutture di Emergenza e Urgenza

dato atto del parere di regolarità amministrativa, espresso dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali dott. Franco Rossi, ai sensi dell'art.37, quarto comma, della L.R. n.43/2001 e della propria deliberazione n. 447/2003;

acquisito il parere favorevole della Commissione Consiliare Sanità e Politiche Sociali espresso nella seduta del 12.01.2005

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

A voti unanimi e palesi

delibera

1) di approvare, ad integrazione dell'allegato n.3 della deliberazione n. 327 del 23 febbraio 2004, la declaratoria dei requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture e per l'accreditamento dei professionisti analiticamente previsti dall'Allegato n.1, quale parte integrante del presente provvedimento;

2) di pubblicare il presente provvedimento ed il relativo allegato nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

- - -

**Requisiti specifici per l'accREDITAMENTO
delle Strutture di Ortopedia e Traumatologia**

N.B. E' auspicabile una revisione dei requisiti contenuti nel presente documento entro due anni

Per quel che riguarda la dotazione di personale individuata nelle varie articolazioni in cui si configura il servizio, questa deve essere rapportata ad una lettura complessiva delle dotazioni e dell'organizzazione della struttura oggetto dell'applicazione dei requisiti.

Indice

Premessa	5
Area di degenza	6
Blocco Operativo	8
Ambulatorio ortopedico e traumatologico	12
Day Surgery	14
Ambulatorio di Pronto Soccorso Ortopedico	15
Sala Gessi	16
Acquisizione servizi	18
Clinical competence e formazione	21
Qualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali	23

Premessa

ATTIVITÀ DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Le attività delle Strutture di Ortopedia e Traumatologia sono finalizzate al massimo recupero delle funzioni lese in seguito a patologia congenita ed acquisita dell'Apparato Locomotore prevenendo le menomazioni secondarie e curando menomazioni e disabilità, per consentire alla persona le maggiori opportunità di recupero, reinserimento sociale e conseguentemente la migliore qualità di vita, attraverso i processi che rispettino tutti i passaggi/interventi necessari per un compiuto intervento sanitario.

Alle Unità Operative di Ortopedia e Traumatologia sono attribuite le seguenti funzioni generali

- **Assistenza Ospedaliera in Regime di Ricovero Ordinario, Day Hospital e Day Surgery**
 - Chirurgia di Elezione in Patologia Ortopedica, con metodiche tradizionali, artroscopiche ed endoscopiche
 - Chirurgia Traumatologica in Emergenza, Urgenza ed in Differita, con metodiche tradizionali, artroscopiche ed endoscopiche

- **Assistenza specialistica ambulatoriale Intra/Extra-ospedaliera**
 - Visite e prestazioni specialistiche Ortopedico/Traumatologiche
 - Chirurgia Ambulatoriale.
 - Attività di Pronto Soccorso Ortopedico-Traumatologico
 - Attività di consulenza intra/extra-ospedaliera rivolta alle strutture con degenza

Nell'ambito della struttura di Ortopedia e Traumatologia s'individuano i seguenti contesti:

- Area di degenza
- Day Surgery/Day Hospital
- Attività ambulatoriale di ortopedia e traumatologia
- Pronto Soccorso
- Sala Operatoria
- Sala Gessi

Area di degenza

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente il reparto di degenza della struttura di Ortopedia e Traumatologia, deve disporre di:

A) REQUISITI STRUTTURALI

I locali per visita e medicazioni devono essere adeguati al numero di posti letto, alla logistica e all'organizzazione dell'area di degenza e nel rispetto della privacy.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Nell'area di degenza devono essere disponibili, in quantità adeguata al numero dei posti letto:

- Un elettrocardiografo con possibilità di registrazione continua
- Un defibrillatore semiautomatico o manuale
- Un sollevatore manuale o elettrico
- Dispositivi per il mantenimento delle adeguate posture degli arti al letto (apparati di Zuppinger, Carter pillows, ecc.) se viene effettuata chirurgia traumatologica

Devono essere disponibili gli ausili per:

- il trasporto del paziente
- la deambulazione
- la mobilizzazione passiva continua
- Letti articolati a 3 sezioni con 2 snodi completi di adeguati accessori (almeno 20% dei pl.), di cui almeno 1 ad altezza variabile

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Deve essere assicurata la presenza del chirurgo ortopedico nelle 12h diurne feriale, 6h diurne nel prefestivo nelle strutture con reparto dedicato; presenza di un medico specialista di area chirurgica nelle strutture con area di degenza polivalente (non dedicata).

Nelle restanti fasce orarie un medico specialista ortopedico in pronta disponibilità.

Devono essere definiti criteri per garantire la consulenza medica internistica regolare su tutti i pazienti individuati secondo criteri predefiniti di eleggibilità (anziani, pluripatologie, ecc)

Devono essere definite le procedure per:

- l'individuazione precoce dei pazienti per i quali è necessaria la dimissione protetta a domicilio o presso altre strutture
- i ricoveri programmati in regime ordinario, in Day Hospital e in Day Surgery

Devono altresì essere identificati protocolli per:

- Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico
- Mobilizzazione del paziente
- Profilassi delle lesioni da decubito
- Profilassi delle complicazioni tromboemboliche

Devono essere verificati, per un confronto all'interno dell'UO, i seguenti parametri rispetto alla media regionale e alla deviazione standard del 95% (su base annua):

- Degenza media per i 10 DRG più frequenti
- Peso medio dei 10 DRG più frequenti per Unità Operativa rispetto al peso medio dei 10 DRG più frequenti dell'ortopedia a livello regionale.

Blocco Operatorio

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per il blocco operatorio, per l'attività di Ortopedia si deve disporre di:

A) REQUISITI STRUTTURALI

Sala Operatoria

Per le strutture di nuova progettazione le dimensioni della Sala operatoria ortopedica non devono essere inferiori a 45 mq di superficie con una dimensione di almeno 6 ml. In caso di ristrutturazioni è possibile una variazione del 5%.

Per le sale operatorie di nuova apertura deve essere previsto impianto centralizzato di aria compressa per strumenti chirurgici-medicali. Per le sale esistenti solo ove necessario come sorgente energetica. L'impianto di aria compressa, dove presente, deve avere una pressione minima ad ogni presa di 8 bar oppure di 4 bar più motori elettrici.

Blocco Operatorio

Il blocco operatorio deve essere dotato di locale per il deposito di attrezzature adeguato per volume e tipologia dell'attività svolta.

Dove viene effettuata chirurgia traumatologica, deve essere prevista zona/locale di dimensioni non inferiori a m² 30 finalizzata all'esecuzione di gessi in narcosi e quindi dotata dei medesimi impianti previsti per la sala operatoria.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Sala Operatoria

- Tavolo operatorio tecnologicamente adeguato alle diverse tipologie di procedure chirurgiche e di posizionamento del paziente ortopedico ed alle esigenze traumatologiche con adeguato rivestimento e possibilità di impiego di idonei presidi antidecubito
- Diafanoscopio a parete. Nelle sale di nuova apertura deve essere di dimensioni adeguate a consentire la visione contemporanea di almeno 3 radiogrammi standard
- Apparecchio di anestesia con possibilità di anestesia a circuito chiuso con flussi bassi e minimi e sistema di ventilazione manuale con possibilità di collegamento a circuiti unidirezionali adeguati e settaggi ad alta precisione per chirurgia in età pediatrica (ove praticata)
- Respiratore automatico dotato di allarmi idoneo a lavorare anche a FR, volumi e pressioni per chirurgia in età pediatrica (ove praticata)
- Carrello con materiale per anestesia pediatrica (ove praticata), comprensivo di maschere, cannule, laringoscopi, LMA, tubi oro- e nasotracheali e farmaci dedicati

- Apparecchiature per il monitoraggio dei parametri vitali PA incruenta, ECG con frequenzimetro, saturimetria e capnometria e per il monitoraggio di temperatura (chirurgia pediatrica e chirurgia maggiore) e pressioni cruenta (chirurgia maggiore)
- Pompa per infusione parenterale con funzionamento elettronico in numero adeguato

Blocco Operatorio

- Apparecchio radiologico portatile
- Amplificatore di brillantezza (per le strutture di nuova progettazione in grado di stampare immagini e radiogrammi)
- Lampada scialitica portatile (salvo presenza di lampada satellite nella Sala Operatoria)
- Sistema per raffreddamento/riscaldamento paziente in caso di chirurgia maggiore o pediatrica (ove praticate)
- Riscaldatore di fluidi
- Sistema per infusione endovenosa rapida (disponibile per chirurgia maggiore)
- Apparecchio per recupero sangue (disponibile per attività di chirurgia d'urgenza in polifratturati o altra chirurgia maggiore)
- Emogasanalisi (deve essere disponibile la prestazione)
- Dispositivo di monitoraggio della trasmissione neuromuscolare
- Dispositivo per la ricerca elettrostimolata dei nervi per esecuzione di blocchi periferici
- Stazione anestesiologicala di riserva
- La zona/locale dedicata all'esecuzione di gessi in narcosi deve disporre di apparecchio di anestesia o di rampe flussimetriche per gas medicali (ossigeno, protossido d'azoto, aria) e vaporizzatore per anestetici volatili, collegabili a circuiti di anestesia unidirezionali con dispositivi per evacuazione gas anestetici, di apparecchiature per il monitoraggio di base (PA incruenta, ECG con frequenzimetro, saturimetria), di sistemi di aspirazione collegabili all'impianto di vuoto
- Sistema movimentazione pazienti

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Sala Operatoria

L'équipe medica chirurgica deve essere rapportata alla tipologia di intervento sia in urgenza che in programmato.

L'équipe di personale rappresentata da infermieri deve essere correlata ai volumi ed alla tipologia di intervento secondo piani di lavoro predefiniti.

Deve essere prevista sempre la presenza di un infermiere strumentista.

Deve essere presente una lista operatoria giornaliera, settimanale dell'attività programmata che tenga conto della priorità dei casi.

Deve essere garantita la procedura per l'esatta identificazione del paziente in sala operatoria e, quando necessario, della sede dell'intervento

Deve esistere documentazione relativa alla valutazione anestesiologicala preoperatoria comprensiva dei consensi informati, alla preparazione del paziente per l'intervento chirurgico, all'andamento del decorso intraoperatorio, alla gestione postoperatoria del paziente comprensiva del trattamento del dolore postoperatorio.

Devono essere definite le procedure per il trasferimento del paziente dal reparto alla sala operatoria e dalla sala operatoria verso i comuni reparti di degenza o verso le Terapie Intensive e Semintensive.

Blocco Operatorio

Deve essere disponibile personale ausiliario in rapporto ai volumi di attività.

Deve esistere un programma di verifica dei risultati e miglioramento della qualità dell'assistenza fornita sia medica che infermieristica.

Devono esistere procedure analitiche dell'attività chirurgica che consentano di valutare:

- numero e tipologia degli interventi
- tipologia della tecnica anestesiologicala
- durata dell'intervento chirurgico (tempo chirurgico, tempo anestesiologicalo, occupazione della sala operatoria)
- consumi per paziente almeno dei materiali ad alto costo

La raccolta e l'elaborazione dei dati devono essere informatizzate.

Devono esistere procedure di controllo del processo di sterilizzazione validate dalla Direzione Sanitaria ed organizzate in linee guida e protocolli conformi alle leggi in materia nonché alle direttive regionali e/o aziendali.

Devono esistere protocolli, validati dalla Direzione Sanitaria, per la pulizia e la disinfezione del blocco operatorio.

Devono esistere procedure e protocolli condivisi con le altre U.O. per il controllo delle infezioni in sala operatoria.

Deve esistere un protocollo per la gestione in sala operatoria del paziente affetto da allergia al lattice.

Ambulatorio ortopedico e traumatologico

L'attività ambulatoriale di Ortopedia e Traumatologia può prevedere le seguenti attività

- prime visite
- visite di controllo
- medicazioni
- terapie mediche
- rimozione, rinnovo e confezione di immobilizzazioni (apparecchi gessati, bendaggi doccie, stecche, etc.)
- interventi ambulatoriali

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per l'Ambulatorio Medico, o per l'Ambulatorio Chirurgico, devono essere previsti i seguenti requisiti

A) REQUISITI STRUTTURALI

I locali devono essere di facile raggiungimento da parte dell'Utente che accede alla Struttura.

La Sala d'Attesa deve essere adeguata al numero dei pazienti in attesa, data la particolare "tipologia" di alcuni pazienti ortopedici (in carrozzina e/o barellati, con antibrachiali e con apparecchi gessati).

Le dimensioni della porta di accesso devono consentire il passaggio agevole di un letto se collocati in struttura con degenza, di una barella se in strutture territoriali.

L'ambulatorio ortopedico, collocato in struttura con degenza, deve essere articolato in due stanze sufficientemente ampie per svolgere in modo agevole:

- l'accettazione dell'utente che si rivolge al servizio per una prima visita, per un controllo clinico dopo indagine diagnostica, per fare piccole terapie (es.: infiltrazione)
- l'attività di sala gessi per effettuare rimozione, confezione, rinnovo di apparecchi gessati e bendaggi, medicazioni ecc. con locale/spazio per deposito materiale sala gessi

Gli ambulatori ortopedici non collocati in strutture con degenza devono avere, a secondo della tipologia delle attività, le caratteristiche dell'ambulatorio di tipo medico o chirurgico.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

attrezzature	note
- una bilancia pesa persone con misuratore di altezza	
- un tappetino antiscivolo	
- un piano lavoro in acciaio o con caratteristiche analoghe	
- un lavabo a due catini dotato di filtro di decantazione	

- un contenitore per i rifiuti ottenuti dalla lavorazione del gesso e dei bendaggi	
attrezzature	note
- un carrello attrezzato per il confezionamento di apparecchi gessati e bendaggi	
- un catino con supporto ruote	
- un reggi-poplite da tavolo	
attrezzature elettromedicali	
- diafanoscopio per la lettura dei radiogrammi	
- diafanoscopio a "spot"	
- podoscopio	
- lampada scialitica (piccola)	
- sega da gesso dotata di sistema per l'aspirazione delle polveri	

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Devono essere previsti ed a disposizione degli operatori i protocolli e le istruzioni operative per:

- gestione della documentazione ambulatoriale
- rilevazione dei volumi e tipologie delle prestazioni effettuate
- gestione delle liste d'attesa
- prenotazioni delle visite di controllo e delle prestazioni
- gestione delle richieste di visita urgente ed urgenze differibili
- informazioni all'utente al momento del congedo dall'ambulatorio

Per l'attività di interventi ambulatoriali deve essere definita una procedura per la gestione del percorso pre-post operatorio del paziente.

Devono essere definiti i percorsi diagnostico-terapeutici della qualità minerale ossea con il coinvolgimento dei professionisti interessati.

Day Surgery

Con il termine di chirurgia di giorno (Day Surgery) s'intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore di giorno, in anestesia locale, loco-regionale o generale.

Le attività di day-surgery possono essere effettuate secondo tre possibili modelli:

- *unità autonoma di day-surgery* dotata di accettazione, degenza, sale operatorie, uffici amministrativi ed altri eventuali servizi indipendenti; tale unità ha propri locali, mezzi e personale, ed è quindi autonoma dal punto di vista strutturale, amministrativo e gestionale;
- *unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare*: esclusivamente dedicata ai casi di chirurgia di giorno, all'interno di un ospedale o di una casa di cura; i pazienti possono usufruire delle sale operatorie centrali secondo orari o turni prestabiliti, oppure di sale operatorie e locali dedicati;
- *posti letto dedicati* all'interno dell'unità di degenza ordinaria di un ospedale o di una casa di cura, con attività a carattere chirurgico. I pazienti usufruiscono delle sale operatorie centrali secondo giornate o turni prestabiliti.

Oltre ai requisiti strutturali generali e specifici previsti dalla normativa vigente per l'attività di Day Surgery, indipendentemente dal suo modello organizzativo devono essere posseduti i seguenti requisiti

A) REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Sala operatoria

Devono essere posseduti gli stessi requisiti indicati alla voce blocco operatorio.

Degenza

Devono essere identificati letti e/o poltrone rispetto ai posti letto di ricovero ordinario.

Deve essere intesa come ambiente di riposo post-operatorio, deve poter permettere le routinarie manovre di controllo dei parametri del post-operatorio e una graduale ripresa delle funzioni fisiologiche e delle normali attività.

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

L'attività organizzativa di Day Surgery, sia autonoma sia all'interno di unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare, deve prevedere la disponibilità di almeno un medico specialista ortopedico all'interno della struttura e di almeno un infermiere responsabile. Nell'unità autonoma di day-surgery e nell'unità operativa di degenza monospecialistica o multidisciplinare deve essere garantito un coordinamento delle attività di assistenza.

Ambulatorio di Pronto Soccorso Ortopedico

Le attività ambulatoriali possono consistere in:

- procedure diagnostiche e terapeutiche non invasive senza necessità di ricovero
- procedure diagnostiche e terapeutiche non invasive con successivo ricovero
- procedure diagnostiche e terapeutiche invasive o seminvasive senza necessità di ricovero
- procedure diagnostiche e terapeutiche invasive o seminvasive con successivo ricovero.

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per l'ambulatorio chirurgico, devono essere previsti i seguenti requisiti.

A) REQUISITI STRUTTURALI

L'ambulatorio ortopedico dove è svolta l'attività di P.S. ortopedico, deve comprendere la funzione di sala gessi ed essere funzionalmente collegato alla struttura del Pronto Soccorso e al Servizio di Radiodiagnostica.

Se questo non risulti essere possibile deve essere individuato altro ambiente presso l'U.O. di Ortopedia dello stabilimento.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Attrezzature	note
lettino in grado di garantire: modificazioni dell'inclinazione, adeguato rivestimento	
un letto per la traumatologia	
lampada scialitica	
strumentazione chirurgica in relazione al volume e alla tipologia degli interventi in anestesia locale	
materiale per la trazione transcheletrica	
diafanoscopio a parete	
uno spot da scrivania	
carrello per medicazioni	

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

La dotazione del personale medico e infermieristico deve essere commisurata al volume di attività espletata.

Nel caso non sia prevista la guardia attiva è necessario assicurare la pronta disponibilità di un dirigente medico e un infermiere adeguatamente addestrato.

Deve risultare la documentazione relativa alla diagnosi e al successivo percorso terapeutico eseguito in ambulatorio o prescritto a domicilio (prestampati per trattamenti di routine: per es. gestione dei tutori arto superiore o inferiore).

Devono essere definite le procedure/protocolli per:

- il trasferimento dell'utente presso l'U.O. di competenza
- la dimissione dell'utente
- le visite urgenti inviate dal medico curante o da altro specialista
- l'assistenza del paziente trasferito in urgenza in sala operatoria

Sala Gessi

In una Sala Gessi sono effettuati il confezionamento e la rimozione di apparecchi gessati, bendaggi e altre immobilizzazioni.

Oltre ai requisiti previsti per l'ambulatorio chirurgico la Sala Gessi, ovunque sia collocata, deve possedere i seguenti requisiti

A) REQUISITI STRUTTURALI

L'ubicazione della Sala Gessi deve essere al di fuori del reparto di degenza, funzionalmente collegata alla radiologia, al Pronto Soccorso.

Per le strutture di nuova progettazione la metratura non deve essere inferiore ai 25 m².

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Attrezzature	note
Struttura esterna Le dimensioni della porta di accesso devono consentire il passaggio agevole di 1 letto	
Struttura interna <ul style="list-style-type: none">- un piano di lavoro in acciaio o con caratteristiche analoghe- un lavabo a due catini in acciaio dotato di filtro di decantazione- un lettino da visita regolabile in altezza- un contenitore per i rifiuti ottenuti dalla lavorazione del gesso e dei bendaggi- un carrello attrezzato per il confezionamento di apparecchi gessati e bendaggi- un catino con supporto su ruote- un reggi-poplite da tavolo- un reggi-poplite con asta di supporto al pavimento- strumentario e suppellettili necessari allo svolgimento dell'attività- un sistema di trazione a parete di Delitala- un letto per apparecchi gessati complessi tipo "schede" completo- un letto con sistema di trazione di Risser- kit per il posizionamento di una trazione transcheletrica, a zampale, a cerotto	

Attrezzature	note
Attrezzature elettromedicali: - sega da gesso dotata di sistema per aspirazione delle polveri - sega da gesso portatile alimentata a batteria ricaricabile - trapano per il posizionamento dei fili di Kirschner alimentato a batteria ricaricabile - diafanoscopio per la lettura dei radiogrammi - diafanoscopio a "spot" - lampada scialitica (piccola) - apparecchio RX portatile e/o amplificatore di brillantezza	disponibile la funzione disponibile la funzione

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Devono essere previsti almeno 1 gessista e personale in numero adeguato al volume e tipologia dell'attività svolta e deve essere garantita la supervisione da parte di personale medico.

Attività

Devono essere definite e a disposizione degli operatori protocolli/istruzioni operative per:

- la registrazione/accettazione degli utenti che accedono in sala gessi
- le informazioni all'utente al momento del congedo dalla sala gessi.

Acquisizione servizi

Una U.O. di Ortopedia, per svolgere le proprie attività, deve poter disporre di Servizi, che divengono via via più complessi qualora la Struttura disponga di un Servizio di Pronto Soccorso.

Anche per l'acquisizione di servizi debbono essere espressi i requisiti tecnici e organizzativi e il processo di fornitura va periodicamente riesaminato a fini di rilevazione delle non conformità alle specifiche stabilite o a fini di miglioramento continuo.

Anestesia e Rianimazione

Oltre al personale di supporto all'attività chirurgica, deve essere prevista attività anestesilogica anche in pronta disponibilità e deve essere concordato un percorso per l'accesso a posti letto di terapia intensiva.

Radiologia

Devono essere garantiti esami di routine secondo modalità concordate ed esami per le urgenze h. 24, 7 giorni su 7, per la radiologia convenzionale.

Gli esami ecografici devono essere disponibili di routine e in urgenza secondo modalità concordate tra le U.O. interessate.

Indagini TAC di routine e urgenti devono essere disponibili o all'interno della struttura o presso strutture di riferimento.

I tempi della richiesta e la relativa refertazione devono essere definiti con accordi interni sia per gli esami urgenti che non urgenti.

Per le attività di Angiografia, Risonanza Magnetica e di Radiologia Interventistica, deve essere individuata, ove non esistente nella stessa sede, una struttura di riferimento, tenendo conto della complessità della casistica dell'U.O. e concordati percorsi e modalità di accesso.

Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Laboratorio Microbiologia

Devono essere concordati con il Laboratorio analisi chimico cliniche di riferimento protocolli per gli esami disponibili in urgenza nelle 24 ore 7giorni/7 e per quelli eseguibili in via ordinaria, tenuto conto del livello e delle attività presenti.

Qualora sia previsto che gli esami siano eseguiti da laboratori esterni alla struttura devono essere presenti formali accordi sulle modalità di trasporto, consegna dei campioni e dei referti e tempi di risposta e devono essere garantiti i controlli di qualità e le caratteristiche organizzative previste per i laboratori interni.

Il Laboratorio deve essere in grado di eseguire indagini sierologiche per la valutazione della risposta anticorpale nei confronti dei più comuni agenti infettivi.

Qualora sia previsto che gli esami sopra riportati siano eseguiti da laboratori esterni alla struttura devono essere garantiti i controlli di qualità e le caratteristiche organizzative previste per i laboratori interni.

Il Laboratorio di Microbiologia deve essere in grado di eseguire esami colturali per l'isolamento e la tipizzazione di germi aerobici e anaerobici gram-positivi e gram-negativi, miceti e virus da ogni materiale biologico e non.

Deve essere possibile definire il profilo di sensibilità ai farmaci antibatterici e antimicotici.

Il Laboratorio di Microbiologia deve essere in grado di assicurare la conservazione del ceppo batterico per l'eventuale successiva determinazione della Concentrazione Minima Inibente (MIC) di farmaci antibatterici e anche per la valutazione del potere antibatterico del siero.

Per le richieste nelle giornate festive devono essere codificate le modalità di prelievo e di conservazione dei campioni, nel caso questi non possano essere subito inviati al laboratorio.

Qualora sia previsto che gli esami siano eseguiti da laboratori esterni alla struttura devono essere presenti formali accordi sulle modalità di trasporto, consegna dei campioni e dei referti e tempi di risposta e devono essere garantiti i controlli di qualità e le caratteristiche organizzative previste per i laboratori interni.

Medicina Fisica e Riabilitazione intensiva ed estensiva

Si deve poter disporre di una attività di Medicina Fisica e Riabilitazione che assicuri personale tecnico adeguato con particolari competenze per una precoce riabilitazione motoria, respiratoria, e dei disturbi della deglutizione e della regolazione sfinterica nella stessa sede o in sede collegata per aggregazione aziendale o per convenzione per garantire la continuità e la realizzazione del progetto riabilitativo

Servizio Immunotrasfusionale

Si deve poter contare h.24, 7 giorni su 7, di una attività Immunotrasfusionale che assicuri disponibilità di sangue e suoi derivati in caso di pazienti ricoverati con emorragie in atto o durante interventi chirurgici in urgenza ed in elezione ove siano necessarie trasfusioni.

Servizio di Cardiologia

Si deve poter disporre di competenze cardiologiche all'interno della struttura.

Specialità Chirurgiche e Specialità Mediche

Si deve poter disporre all'interno della struttura in cui opera, o a livello aziendale o a livello regionale, di competenze di natura chirurgica specialistica e di natura medica specialistica, accessibili secondo procedure concordate, sia in condizioni di elezione che in urgenza/emergenza.

Laddove si praticano interventi in emergenza/urgenza, l'U.O. di Ortopedia e Traumatologia deve avere disponibile competenze chirurgiche di natura vascolare e toracica nella stessa sede o in sede collegata per aggregazione aziendale o per convenzione.

Anatomia Patologica

Si deve poter disporre, nella stessa sede o in sede collegata per aggregazione aziendale o per convenzione, di una attività di Anatomia Patologica per la durata della sua attività programmata anche in considerazione dell'esecuzione di esami estemporanei. Il Servizio deve

soddisfare gli standard di Qualità richiesti e deve eseguire esami istologici, citologici, immunoistochimici.

Medicina Nucleare

Si deve poter disporre di una attività di Medicina Nucleare in grado di assicurare le più comuni indagini scintigrafiche diagnostiche e terapeutiche. L'attività deve essere nella stessa sede o in sede collegata per aggregazione aziendale o per convenzione.

Radioterapia

Si deve poter disporre di una Attività di Radioterapia per il trattamento preoperatorio e postoperatorio delle patologie radiosensibili. In assenza del Servizio vanno stipulati contratti che consentano tempi di attesa compatibili con le patologie da trattare.

Neurologia

Disponibilità di diagnostica neuroelettrofisiologica per la chirurgia vertebromidollare.

Clinical competence e formazione

A. Competenza individuale

Devono essere documentati i percorsi di aggiornamento e formazione del personale medico e infermieristico.

Lo sviluppo e mantenimento delle competenze deve essere programmato secondo un piano di formazione che tenga conto dei criteri e dei requisiti della E.C.M..

Per ogni ortopedico, in relazione ai livelli di complessità degli interventi, può essere individuato uno dei seguenti livelli:

Livello I: ha bisogno di training per effettuare il compito specifico

Livello II: ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico

Livello III: è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione

Livello IV: è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico

Il requisito minimo per ogni U.O. per l'accreditamento è rappresentato dalla presenza di almeno due ortopedici di cui uno in possesso del III livello e uno del IV livello.

Per i Responsabili di strutture organizzative complesse e i Responsabili di strutture organizzative semplici deve essere prevista una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale.

Il personale infermieristico di una U.O. di Ortopedia e Traumatologia, in particolare gli infermieri di Sala Gessi, deve possedere esperienza specifica oppure deve essere adeguatamente addestrato da un Tutor e seguire un periodo di affiancamento con i colleghi più esperti.

B. Competenza dell'Unità Operativa

La competenza dell'Unità Operativa deve essere valutata tramite la verifica dell'esistenza di questi due requisiti:

- 1) Predisposizione di progetto formativo
- 2) Revisione periodica documentata dell'attività clinica

C. Competenza integrata nella struttura sanitaria

La valutazione della competenza in una struttura più complessa deve essere effettuata ricercando la presenza di seguenti requisiti:

- 1) Identificazione e valutazione della produzione assistenziale e scientifica
- 2) Integrazione in ambito dipartimentale/aziendale/di rete territoriale delle singole U.O.
- 3) Attivazione di percorsi/protocolli diagnostico-terapeutici

CLINICAL COMPETENCE

Il personale medico e infermieristico deve essere in possesso dei seguenti requisiti professionali:

- gli operatori medici devono possedere esperienza nella branca di loro competenza
- il personale di sala operatoria deve possedere esperienza specifica

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA IN REGIME ORDINARIO E IN D.S.

Indicatori per la valutazione della qualità durante la fase di selezione

rapporto tra il numero dei pazienti rimandati/pianificati

rapporto non venuti/attesi: rapporto tra il numero dei pazienti che non si sono presentati e il numero di quelli chiamati dalla lista di attesa

rapporto rinunce/pazienti in lista di attesa

Congruenza del rapporto fra diagnosi di ammissione e diagnosi di dimissione

Indicatori per la valutazione della qualità durante la fase di trattamento

rioperati/operati: rapporto tra il numero di pazienti sottoposti a reintervento non programmato nei 15 giorni successivi. e il numero di pazienti operati

Nota: indicatore basato su un evento sentinella (reintervento) il cui verificarsi indica la necessità di rivedere l'elenco degli interventi o la tecnica operatoria. E' certamente ipotizzabile una correlazione tra questo indicatore e l'esperienza degli operatori

Indicatori per la valutazione della qualità durante la fase di dimissione (per gli interventi in DS)

trasferiti/operati: rapporto tra il numero di pazienti ospedalizzati nelle 24 ore successive all'intervento e pazienti operati

Nota: anche questo indicatore è fortemente significativo della necessità di rivedere le procedure. Tuttavia, esso non è sufficientemente analitico, perché non consente di distinguere tra un errore di selezione (paziente inadatto alla day surgery), un basso livello della prestazione anestesiologicala (dolore, vomito) ed un basso livello di tecnica chirurgica

1) Trauma dell'articolazione tibio-tarsica

Il trauma contusivo-distorsivo di tibio-tarsica è senz'altro uno dei traumatismi più frequenti sia nella pratica sportiva che nella vita quotidiana di relazione.

Il trattamento di un trauma articolare della tibio-tarsica deve prevedere un percorso diagnostico terapeutico appropriato.

La valutazione clinica si considera positiva per frattura in presenza di ecchimosi e dolore in corrispondenza della faccia postero o postero laterale dei malleoli peroneale e tibiale, in presenza di ecchimosi e dolore in regione di medio piede e in corrispondenza dello scafoide e/o della base del quinto metatarso o infine nel caso in cui il paziente non è in grado di caricare sull'articolazione colpita.

Pertanto deve essere previsto il seguente percorso diagnostico:

Esito di valutazione **positivo o dubbio**:

deve essere eseguita un'indagine radiologica dell'articolazione nelle due proiezioni standard (antero-posteriore e laterale).

- con radiografia che evidenzia una frattura, il trattamento deve essere chirurgico o conservativo
- con radiografia dubbia deve essere confezionato un bendaggio funzionale con divieto di deambulare oppure deambulare a tolleranza e prescrizione di adeguata profilassi antitromboembolica e controllo clinico dopo due settimane con nuovo percorso diagnostico
- con radiografia che non evidenzia fratture, in assenza di edema, deve essere confezionato un bendaggio funzionale con la possibilità di deambulare
- in presenza di edema, deve essere confezionato un bendaggio elastocompressivo con divieto di deambulare oppure deambulare a tolleranza e prescrizione di adeguata profilassi antitromboembolica.

Esito di valutazione **negativo**:

- con presenza di edema, deve essere confezionato un bendaggio elasto compressivo e/o funzionale con divieto di deambulare oppure deambulare a tolleranza e prescrizione di adeguata profilassi antitromboembolica.
- senza edema, deve essere confezionato un bendaggio funzionale con la possibilità di deambulare.

2) Trauma rachide cervicale

Il trauma del rachide cervicale è tra le lesioni più comuni di solito conseguente ad un tamponamento automobilistico oppure a microtraumi ripetuti nel tempo (lavoro e sport).

Il trattamento di un trauma al rachide cervicale (contusivo, contusivo-distrattivo, distrattivo) deve prevedere un percorso diagnostico terapeutico appropriato.

La valutazione clinica si considera positiva in presenza di dolore alla pressione sulle apofisi spinose e limitazione funzionale del rachide sui vari piani (estensione, flessione, inclinazione, rotazione), insufficienza vertebrale, radicolopatia obiettabile.

Pertanto deve essere previsto il seguente percorso diagnostico-terapeutico:

Esito di valutazione **negativo**:

- se in presenza di dolore muscolare deve essere posizionato un collare morbido per un periodo massimo di 72 ore. Per le persone al di sopra degli 80 anni il periodo di immobilità può essere superiore. Devono essere fornite le istruzioni sull'educazione sanitaria al paziente e controllo al bisogno
- se in assenza di dolore devono essere fornite le istruzioni sull'educazione sanitaria al paziente e controllo al bisogno.

Esito di valutazione **positivo o dubbio**:

deve essere eseguita un'indagine radiografica del rachide cervicale nelle due proiezioni standard (antero-posteriore e laterale).

- se la radiografia evidenzia una frattura o se esista il sospetto che la lesione sia potenzialmente instabile è necessario completare l'iter diagnostico con TC e/o RM e deve essere posizionato un tutore di immobilizzazione oppure deve essere eseguito un trattamento chirurgico
- se la radiografia è dubbia deve essere posizionato un collare morbido, mobilizzazione del rachide cervicale a tolleranza, controllo clinico a sette giorni
- se la radiografia non dimostra fratture deve essere posizionato un collare morbido per un periodo di 72 ore, mentre per le persone al di sopra degli 80 anni il periodo di immobilità sarà superiore. Devono essere fornite le istruzioni sull'educazione sanitaria al paziente e controllo al bisogno.

Può essere utile nel primo periodo prescrivere una terapia farmacologica (Fans) mentre per quanto riguarda la Fisiokinesiterapia deve essere valutata caso per caso.

Questo percorso diagnostico terapeutico non può essere considerato applicabile nei soggetti in età pediatrica.

3) Patologia vertebrale non traumatica

Le patologie del rachide risultano essere quelle per le quali la popolazione adulta più frequentemente usufruisce di prestazioni sanitarie.

I costi socio-sanitari che ne derivano sono estremamente elevati, così come è molto elevata la percentuale di casi che usufruiscono in modo improprio delle strutture sanitarie (es. P.S.).

Per un corretto approccio al problema è indispensabile un coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, così come la costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici omogenei, con la fattiva partecipazione e condivisione di quanti si occupano di patologie della colonna vertebrale.

La definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici deve avvenire tenendo conto delle evidenze scientifiche quali Linee Guida Regionali, Società Scientifiche, ecc.

L'accesso a prestazioni di alta tecnologia (T.A.C., R.M.N., Scintigrafia), con proposta diagnostica contenente motivazione con quesito specifico dovrebbe essere effettuata da parte dello specialista; o comunque con i medesimi contenuti, se prescritta da altro medico.

Prima di procedere all'applicazione di percorsi diagnostico terapeutici, deve essere esclusa ogni diagnosi di patologia non vertebrale.

La patologia vertebrale non traumatica può manifestarsi in modo acuto o cronico, se il dolore persiste da più di quattro settimane.

• **Rachialgia acuta**

Deve essere effettuata una valutazione clinica.

Se non sono rilevati segni neurologici, in presenza di rachialgia ma senza lesioni osteo-articolari sospette, il paziente deve essere rinviato al medico curante con diagnosi ed indicazione terapeutica (farmacologica e/o non farmacologica) ed eventuale necessità di controllo successivo.

Se non sono rilevati segni neurologici, in presenza di rachialgia ma si sospettano lesioni osteo-articolari in presenza di:

- precedente trauma significativo nel giovane non esaminato precedentemente
- trauma medio o lieve nell'anziano o persona con osteoporosi o in terapia cronica con steroidi
- perdita di peso negli ultimi mesi senza causa apparente
- pregressa storia di neoplasia

deve essere effettuata una radiografia del tratto interessato.

In assenza di lesioni ossee il paziente deve essere rinviato al medico curante con diagnosi ed indicazione terapeutica (farmacologica e/o non farmacologica) ed eventuale necessità di controllo successivo.

In caso di sospetto clinico di lesioni non rilevabili con la radiologia convenzionale (p.e. lombalgia acuta ricorrente, lombalgia acuta post chirurgica) può essere utile il completamento diagnostico con TC e/o RM.

In presenza di lesioni ossee si procede a ulteriore accertamento diagnostico (TAC, RMN, Scintigrafia, EMG) e alla successiva terapia del caso (conservativa, intervento chirurgico urgente o programmato).

Se sono rilevati segni neurologici minori quali: deficit ROT, anestesia sensitivo radicolare, riduzione della forza muscolare, deve essere effettuata una radiografia del tratto interessato.

In assenza di lesioni ossee, sono programmati ulteriori accertamenti diagnostici (TAC o RMN) e il controllo successivo per l'indicazione terapeutica.

In presenza di lesioni ossee si procede a ulteriore accertamento diagnostico (TAC, RMN, Scintigrafia, EMG) e alla successiva terapia del caso (conservativa, intervento chirurgico urgente o programmato).

Se sono rilevati segni neurologici importanti quali: anestesia a sella, ritenzione urinaria, coinvolgimento pluriradicolare, si procede a ricovero urgente, per gli ulteriori accertamenti diagnostici e la terapia del caso.

• **Rachialgia cronica**

Deve essere effettuata una valutazione clinica.

Se non sono rilevati segni neurologici ovvero in assenza all'anamnesi di:

- precedente trauma significativo nel giovane non esaminato precedentemente
- trauma medio o lieve nell'anziano o persona con osteoporosi o in terapia cronica con steroidi
- perdita di peso negli ultimi mesi senza causa apparente
- pregressa storia di neoplasia

il paziente deve essere rinviato al medico curante con diagnosi ed indicazione terapeutica (farmacologica e /o non farmacologica) ed eventuale necessità di controllo successivo.

Se sono rilevati segni neurologici, ovvero in presenza all'anamnesi di:

- precedente trauma significativo nel giovane non esaminato precedentemente
- trauma medio o lieve nell'anziano o persona con osteoporosi o in terapia cronica con steroidi
- perdita di peso negli ultimi mesi senza causa apparente
- pregressa storia di neoplasia

si procede seguendo il flusso delle rachialgie acute.

Il referto di visita ambulatoriale, indirizzato al medico curante, deve contenere i seguenti elementi:

- anagrafica del paziente
- tratto del rachide esaminato (cervicale, toracico, lombare)
- diagnosi
- terapia medica e /o terapia fisica
- indicazioni ad approfondimenti diagnostici (T.A.C. – R.M.N.)
- indicazioni al ricovero (urgente, programmato)

PROTESI

Devono essere definiti percorsi di valutazione dell'acquisizione del materiale protesico ai fini della efficacia clinica, della efficienza e del rapporto costi/benefici

Devono essere definiti criteri di eleggibilità e di priorità per la gestione delle liste di attesa.

4) Protesi d'anca (PTA)

Quando un'articolazione è danneggiata per una qualsiasi patologia (degenerativa, infiammatoria, post-traumatica) ed un trattamento conservativo (medico, fisioterapico, ortesico) non è più in grado di controllare il dolore e la disfunzione é necessario ricorrere ad un trattamento chirurgico.

Con la protesizzazione dell'anca, le parti usurate o danneggiate dell'articolazione saranno sostituite con elementi protesici

Il trattamento chirurgico è di norma riservato alle persone oltre i 55-60 anni anche se in casi selezionati è possibile eseguire questo tipo d'intervento a persone più giovani.

Le indicazioni all'intervento sono determinate dal dolore, se presente tutti i giorni, dalla deformità e dalla disabilità se limita il lavoro, le comuni attività quotidiane e le attività ricreative.

Un'anca artificiale non è un'articolazione normale anche se ben funzionante. L'intervento di artroprotesi può richiedere un secondo intervento (correlato a fenomeni di usura della protesi e/o altre patologie dell'osso circostante) in una percentuale di circa il 5-10% nei primi dieci anni dall'impianto. Se non sono presenti altre patologie permetterà un ritmo di vita normale ma dovranno essere limitate le attività che possono sovraccaricare l'anca operata.

Al fine di ridurre il consumo di sangue omologo, devono essere messe in atto tutte le possibili procedure, predeposito e/o recupero postoperatorio ematico con successiva autotrasfusione.

La completa guarigione normalmente richiede circa 45-90 giorni ed è importante effettuare

regolarmente gli esercizi imparati durante la riabilitazione e continuare la deambulazione. Il ritorno alle comuni attività avviene di norma dopo tre mesi dall'intervento. Di norma i controlli medici saranno a 30 gg dopo la dimissione (45 dopo l'intervento), a 3, 6 e 12 mesi dall'intervento ed infine ogni anno successivo (comunque su indicazione del medico).

Iter diagnostico

Principali indicazioni

Iter pre-operatorio

Pianificazione pre-operatoria

Consensi

Preparazione all'intervento

Iter terapeutico assistenziale post-operatorio

Protocolli Riabilitativi

Dimissione - Continuità terapeutica

Iter diagnostico

- Rx Bacino per anche
- Rx assiale anca da operare

Principali indicazioni

- Artropatie degenerative (Artrosi Primitiva e Secondaria)
- Artropatie Infiammatorie
- Osteonecrosi della testa del femore
- Fratture del collo femorale

Condizioni che aumentano il rischio operatorio	Condizioni che al momento non permettono l'intervento
Grave obesità	Recenti TVP/TEP
Pregresse infezioni	Infezioni recenti o in atto
Pregresse TVP stabilizzate	Condizioni non articolari che alterano gravemente l'attività motoria
Severe cardiopatie e /o malattie sistemiche	
Patologie cerebrovascolari	
Diabete 1° tipo scompensato	
Arteriopatia periferica	
Insufficienza venosa	

Iter pre-operatorio (Pre-ricovero o Ricovero)

- Rx Torace, ECG, profilo ematico per chirurgia maggiore, secondo linee guida, EBM
- TAC anca da operare se sono presenti distorsioni articolari di rilievo
- Valutazione anestesiologicala e specialistica secondo il caso
- Ecodoppler A/V AA.II. se flebectasie sospette o terapie antiemboliche recenti e/o arteriopatie periferiche
- Valutazione per predepositi ematici
- RMN se sospetta osteonecrosi della testa di femore

Pianificazione pre - operatoria

- Scelta via di accesso
- Scelta della protesi

- Planning pre-operatorio radiografico
- Eventuale utilizzo innesti ossei (BdO) o sostituti
- Pianificazione dell'analgesia post-operatoria, anche in funzione dell'esigenza riabilitativa

Consenso

La procedura per l'informazione e l'acquisizione di valido consenso all'effettuazione dell'intervento deve contenere la parte relativa :

- all'anestesia
- al sangue ed agli emoderivati
 - Predeposito
 - Emotrasfusione
- rapporto rischi/benefici (durata della protesi, % di reintervento, ecc)
- eventuali alternative all'intervento
- consenso all'utilizzo del materiale osseo asportato

Preparazione all'intervento

- Inserire in cartella la Scheda RIPO
- Profilassi antibiotica
- Profilassi antitromboembolica
- Preparazione del paziente secondo protocollo definito a livello di UO

Iter terapeutico-assistenziale post -operatorio

- Terapia del dolore
- Controllo dei parametri clinici
- Valutazione delle perdite ematiche post-operatorie

Protocollo Rieducativo

- Valutazione Fisiatrice
 - Protocollo post-operatorio
 - Protocollo post-dimissione (Continuità Terapeutica)

Dimissione (Continuità terapeutica)

- Informazione al Medico Curante, lettera e/o documentazione se necessaria
- Compilazione della scheda RIPO
- Richiesta Ausili
- Programmare controlli
- Dimissione protetta verso strutture di Lungodegenza, Riabilitazione intensiva, estensiva, RSA, Assistenza Domiciliare

5) Protesi di Ginocchio (PTG)

Quando un'articolazione è danneggiata per una qualsiasi patologia (degenerativa, infiammatoria, post-traumatica) ed un trattamento conservativo (medico, fisioterapico, ortesico) non è più in grado di controllare il dolore e la disfunzione é necessario ricorrere ad un trattamento chirurgico.

Con la protesizzazione del ginocchio, le parti usurate o danneggiate dell'articolazione saranno sostituite con elementi artificiali (una parte metallica sul femore ed una di polietilene e metallo sulla tibia, mentre la rotula sarà sostituita a discrezione dell'operatore).

Il trattamento chirurgico è di norma riservato alle persone oltre i 65 anni anche se in casi selezionati è possibile eseguire questo tipo d'intervento a persone più giovani.

Le indicazioni all'intervento sono determinate dal dolore, se presente tutti i giorni, dalla

deformità e dalla disabilità se limita il lavoro, le comuni attività quotidiane e le attività ricreative.

Un ginocchio artificiale non è un'articolazione normale anche se ben funzionante. L'intervento di artroprotesi può richiedere un secondo intervento (correlato a fenomeni di usura della protesi e/o altre patologie dell'osso circostante) in una percentuale di circa il 5-10% nei primi dieci anni dall'impianto. Se non sono presenti altre patologie permetterà un ritmo di vita normale ma dovranno essere abolite le attività che possono sovraccaricare il ginocchio operato.

Al fine di ridurre il consumo di sangue omologo, devono essere messe in atto tutte le possibili procedure, predeposito e/o recupero postoperatorio ematico con successiva autotrasfusione.

La completa guarigione necessita di alcuni mesi ed è importante effettuare regolarmente gli esercizi imparati durante la riabilitazione e continuare la deambulazione. Il ritorno alle comuni attività avviene di norma dopo tre-sei mesi dall'intervento. Di norma i controlli medici saranno a 30 gg dopo la dimissione (45 dopo l'intervento), a 3, 6 e 12 mesi dall'intervento ed infine ogni anno successivo (comunque su indicazione del medico)

Iter diagnostico

Principali indicazioni

Iter pre-operatorio

Pianificazione pre-operatoria

Consensi

Preparazione all'intervento

Iter terapeutico assistenziale post-operatorio

Protocolli Riabilitativi

Dimissione - Continuità terapeutica

Iter diagnostico

- Rx ginocchio destro e sinistro nelle proiezioni standard (antero e laterale)
- Rx in A-P sotto carico monopodalico dell'articolazione da operare
- Rz rotula 45C° in proiezione tangenziale

Principali indicazioni

- Artropatie degenerative (Artrosi Primitiva e Secondaria)
- Artropatie Infiammatorie

Condizioni che aumentano il rischio operatorio	Condizioni che al momento non permettono l'intervento
Pregressi accessi chirurgici	Recenti TVP/TEP
Pregresse infezioni	Gravi difetti o plastiche cutanee
Pregresse TVP stabilizzate	Infezioni recenti o in atto
Condizioni che aumentano il rischio operatorio	Condizioni che al momento non permettono l'intervento
Severe cardiopatie e/o malattie sistemiche	Condizioni non articolari che alterano gravemente l'attività motoria
Patologie cerebrovascolari	
Diabete 1° tipo scompensato	
Arteriopatia periferica	
Insufficienza venosa	
Grave deformità del ginocchio e/o della catena cinetica di arto inferiore	
Insufficiente sostegno osseo	

Iter pre-operatorio (Pre-ricovero o Ricovero)

- Rx panoramiche sottocarico arti inferiori
- TC in casi particolari
- Rx Torace, ECG, profilo ematico per chirurgia maggiore, secondo linee guida, EBM
- Valutazione anestesiologicala e specialistica secondo il caso
- Ecodoppler A/V AA.II. se flebectasie sospette o terapie antiemboliche recenti e/o arteriopatie periferiche
- Valutazione per pre-depositi ematici

Pianificazione pre-operatoria

- Scelta via di accesso
- Scelta della protesi (di superficie, semi-vincolata, vincolata)
- Planning pre-operatorio radiografico
- Bilancio legamentoso (valutazione clinica)
- Eventuale utilizzo innesti ossei (BdO) o sostituti
- Valutazione dell'utilizzo del laccio pneumatico
- Pianificazione dell'analgia post-operatoria, anche in funzione dell'esigenza riabilitativa

Consenso

La procedura per l'informazione e l'acquisizione di valido consenso all'effettuazione dell'intervento deve contenere la parte relativa :

- all'anestesia
- al sangue ed agli emoderivati
 - Predeposito
 - Emotrasfusione
- rapporto rischi/benefici (durata della protesi, % di reintervento, ecc.)
- eventuali alternative all'intervento
- consenso all'utilizzo del materiale osseo asportato

Preparazione all'intervento

- Inserire in cartella la Scheda RIPO
- Profilassi antibiotica secondo schema
- Profilassi antitromboembolica
- Preparazione del paziente secondo protocollo definito a livello di U.O.

Iter terapeutico-assistenziale post-operatorio

- Terapia del dolore
- Controllo dei parametri clinici
- Valutazione delle perdite ematiche post-operatorie

Protocollo Rieducativo

- Valutazione Fisiatrica
 - Protocollo post-operatorio
 - Protocollo post-dimissione (Continuità Terapeutica)

Dimissione (Continuità terapeutica)

- Informazione al Medico Curante, lettera al curante e/o documentazione se necessaria

- Compilazione della scheda RIPO
- Richiesta Ausili
- Programmare controlli
- Dimissione protetta verso strutture di Lungodegenza, Riabilitazione intensiva, estensiva, RSA, Assistenza Domiciliare

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONAL E	STANDAR D (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazio ni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATOR E (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIO NE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
--------------------	--	---	-----------------------	-------------------------------------	--	--------------------------	--	--

INDICATORI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Incidenza di complicazioni tromboemboliche	N° pazienti con complicazioni tromboemboliche/ Totale pazienti operati	N° pazienti con complicazioni tromboemboliche/ Totale pazienti operati per protesi d'anca e di ginocchio	Indicatore di esito		Aziendale e U.O.	SDO	Valutazione annuale	
Incidenza infezioni del sito chirurgico (classificazione CDC) stratificata per IRI, per interventi con impianto di protesi d'anca, di ginocchio e delle 2 procedure più frequenti per l'U.O.	N° pazienti con infezioni sito chirurgico per le 4 procedure in un anno/ Totale pazienti operati per le 4 procedure *100		Indicatore di esito		Aziendale e U.O.	RIPO Cartella clinica	Valutazione annuale Valutazione a campione: per 1 mese/anno	

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONAL E	STANDAR D (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazio ni)	FONTI DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATOR E (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIO NE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
--------------------	--	---	-----------------------	-------------------------------------	--	--------------------------	--	--

Degenza media dei 10 DRG più frequenti	Degenza media dei 10 DRG più frequenti rispetto alla media regionale e alla deviazione standard del 95% (su base annua):	Calcolata per ricoveri ordinari e per DH/DS	Indicatore di attività		Regionale Aziendale e U.O.	SDO	Valutazione annuale	Indicatore che monitorizza la casistica
Peso medio dei 10 DRG più frequenti	Peso medio dei 10 DRG più frequenti rispetto alla media regionale e alla deviazione standard del 95% (su base annua)	Calcolata per ricoveri ordinari e per DH/DS	Indicatore di attività		Regionale Aziendale U.O.	SDO	Valutazione annuale	Indicatore che monitorizza la casistica
% pazienti rimandati /pazienti pianificati	N° pazienti programmati cancellati dalla lista operatoria (il giorno dell'intervento)/N°pazienti programmati lo stesso giorno	a) in regime ordinario b) in regime di Day Surgery	Indicatore di processo che valuta l'efficienza dell'organizzazione e la qualità del percorso assistenziale		U.O.	Lista operatoria	Rilevazione annuale a cura dell'U.O. (registro o altro strumento)	

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONAL E	STANDAR D (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazio ni)	FONTI DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATOR E (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIO NE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
--------------------	--	---	-----------------------	-------------------------------------	--	--------------------------	--	--

% di presenza in cartella clinica del foglio di intervento completo dei codici delle etichette dei mezzi di sintesi utilizzati per interventi di protesi d'anca e ginocchio	N° pazienti con cartelle cliniche complete dei codici delle etichette dei mezzi di sintesi utilizzati/ Totale cartelle cliniche dei pazienti operati *100	Calcolato per protesi d'anca Calcolato per protesi di ginocchio	Indicatore che valuta la qualità del processo assistenziale (identificazione e rintracciabilità)		Regionale Aziendale U.O.	RIPO anca RIPO ginocchio	Rilevazione annuale	
% Reinterventi protesi d'anca e ginocchio	N° Pazienti rioperati nei 15 giorni successivi al primo intervento/N° totale pazienti operati	Calcolato per protesi d'anca Calcolato per protesi di ginocchio	Indicatore di performance dell'U.O.		Regionale Aziendale U.O.	RIPO anca RIPO ginocchio	Rilevazione annuale	Indicatore della necessità di rivedere le tecniche operatorie ortopediche e/o formazione degli operatori Può essere utilizzato per percorsi di miglioramento

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONAL E	STANDAR D (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazio ni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATOR E (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIO NE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
--------------------	--	---	-----------------------	-------------------------------------	--	--------------------------	--	--

% di sedute operatorie che rispettano il tempo complessivo previsto	N° sedute operatorie terminate 60 minuti dopo il tempo complessivo previsto /N° sedute operatorie*100	Registrazione tempi operatori (inizio preparazione del campo, fine medicazione)	E' un indicatore di processo che valuta la qualità della programmazione delle sedute operatorie		Aziendale U.O.	Registro di sala operatoria.	Rilevazione annuale	Si applica alla chirurgia di elezione
---	---	---	---	--	----------------	------------------------------	---------------------	---------------------------------------

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONAL E	STANDAR D (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazio ni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATOR E (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIO NE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
--------------------	--	---	-----------------------	-------------------------------------	--	--------------------------	--	--

DAY SURGERY								
% pazienti non venuti in DS/ Pazienti attesi in DS	N° pazienti non venuti in DS/ Totale pazienti attesi in DS		Indicatore che valuta la qualità dell'assistenza come percepita dagli utenti		Aziendale U.O.	Registro di prenotazione	Indagine annuale su tutti i pazienti prenotati	
% pazienti ospedalizzati nelle 24ore successive all'intervento in Day Surgery	N° pazienti Day Surgery ricoverati in regime ordinario per cause chirurgiche nelle 24 ore successive all'intervento/N° pazienti sottoposti ad intervento in Day Surgery *100		Indicatore che valuta la qualità della performance ortopedica		Aziendale e U.O.	SDO	Rilevazione annuale	Indicatore della necessità di rivedere le procedure ortopediche. Può essere utilizzato per percorsi di miglioramento

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONAL E	STANDAR D (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazio ni)	FONTI DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATOR E (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIO NE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
--------------------	--	---	-----------------------	-------------------------------------	--	--------------------------	--	--

PERCORSO TRAUMA TIBIO TARSICA

% pazienti clinicamente negativi che effettuano l'indagine radiografica	N° pazienti negativi alla valutazione clinica che effettuano la radiografia/Totale pazienti con valutazione clinica negativi		Indicatore che valuta la conformità del percorso assistenziale alle norme di buona pratica clinica (appropriatezza)	0%	U.O.	Registro di PS, documentazione ambulatoriale	Valutazione annuale a campione	Indicatore di appropriatezza del processo assistenziale
% pazienti con radiografia dubbia che effettuano un bendaggio funzionale	N° pazienti con radiografia dubbia con bendaggio funzionale eseguito / Totale dei pazienti con radiografia dubbia		Indicatore che valuta la conformità del percorso assistenziale alle norme di buona pratica clinica (appropriatezza)	100%	U.O.	Registro di PS, documentazione ambulatoriale	Valutazione annuale a campione	Indicatore di appropriatezza del processo assistenziale

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONAL E	STANDAR D (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazio ni)	FONTI DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATOR E (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIO NE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
--------------------	--	---	-----------------------	-------------------------------------	--	--------------------------	--	--

PRECORSO TRAUMA RACHIDE CERVICALE								
% pazienti clinicamente negativi che effettuano l'indagine radiografica	N° pazienti negativi alla valutazione clinica che effettuano la radiografia/Totale pazienti con valutazione clinica negativi		Indicatore che valuta la conformità del percorso assistenziale alle norme di buona pratica clinica (appropriatezza)	0%	U.O.	Registro di PS, documentazione ambulatoriale	Valutazione annuale a campione	Indicatore di appropriatezza del processo assistenziale
% pazienti sottoposti a intervento chirurgico per frattura del rachide cervicale con danno neurologico entro 12 ore	N° pazienti sottoposti a intervento per frattura al rachide cervicale con danno neurologico entro le 12 ore/Totale dei pazienti con frattura del rachide cervicale con danno neurologico		Indicatore di processo che valuta l'efficienza di un'organizzazione e la qualità del processo assistenziale	100%	U.O.	Cartella clinica	Valutazione annuale a campione	Indicatore della necessità di rivedere il percorso assistenziale

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONAL E	STANDAR D (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazio ni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATOR E (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIO NE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
--------------------	--	---	-----------------------	-------------------------------------	--	--------------------------	--	--

PERCORSO PATOLOGIA VERTEBRALE NON TRAUMATICA

% pazienti clinicamente negativi che effettuano l'indagine radiografica	N° pazienti negativi alla valutazione clinica che effettuano la radiografia/Totale pazienti con valutazione clinica negativi e in assenza di indicazioni specifiche		Indicatore che valuta la conformità del percorso assistenziale alle norme di buona pratica clinica (appropriatezza)	0%	U.O.	Registro di PS, documentazione ambulatoriale	Valutazione annuale a campione	Indicatore di appropriatezza del processo assistenziale
% pazienti con rachialgia cronica, senza deficit neurologici con adeguato* trattamento terapeutico *secondo Linee Guida RER/ Società Scientifiche	N° pazienti con rachialgia cronica, senza deficit neurologici con adeguato trattamento terapeutico/Totale dei pazienti trattati		Indicatore che valuta la conformità del percorso assistenziale alle norme di buona pratica clinica (appropriatezza)		U.O.	Registro di PS, documentazione ambulatoriale	Valutazione annuale a campione	Indicatore di appropriatezza del processo assistenziale

Requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Emergenza e Urgenza

N.B. E' auspicabile una revisione dei requisiti contenuti nel presente documento entro due anni

Per quel che riguarda la dotazione di personale individuata nelle varie articolazioni in cui si configura il servizio, questa deve essere rapportata ad una lettura complessiva delle dotazioni e dell'organizzazione della struttura oggetto dell'applicazione dei requisiti.

Indice

Premessa	42
Centrale Operativa	44
Postazione Territoriale 118	47
Punto di Primo Intervento	50
Pronto Soccorso Generale	53
Osservazione Breve Intensiva (OBI)	56
Medicina d'Urgenza	58
Acquisizione servizi	62
Clinical competence e formazione	63
Qualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali	67

Premessa

Il sistema di emergenza-urgenza si pone come obiettivo principale quello di assicurare un'assistenza tempestiva ed efficace nelle emergenze-urgenze, dal territorio sino alla definitiva collocazione del paziente, tramite un'organizzazione integrata, una formazione specifica ed interdisciplinare, utilizzando linee guida diagnostico-terapeutiche, in linea con quanto si afferma sul documento attuativo del PSR 1999/2001: *.....tutti i pazienti devono avere accesso ad una qualità di cura uniformemente elevata nella comunità o nell'ospedale, dovunque essi risiedano, al fine di assicurare la migliore assistenza possibile e la migliore qualità di vita. Le cure sono assicurate più vicino possibile alla residenza del paziente compatibilmente con l'alta qualità, la sicurezza e l'efficacia del trattamento che si pone come necessario.....*

Il sistema si articola in configurazione a rete:

- Emergenza Territoriale
- Centrale operativa 118, dotata di numero di accesso breve ed unico, sulla quale convergono tutti i collegamenti di allarme sanitario, in grado di coordinare il Sistema di Emergenza Territoriale
- Una rete di strutture funzionalmente differenziate ed in grado di rispondere alle necessità d'intervento in base alle loro caratteristiche strutturali ed organizzative: Punti di Primo Intervento, Strutture di Pronto Soccorso- Accettazione-Medicina d'Urgenza inserite nei diversi contesti di Stabilimento Ospedaliero, Dipartimento di Emergenza Urgenza Accettazione di I livello (DEA Spoke), Dipartimento di Emergenza Urgenza Accettazione di II livello (DEA Hub)

Entrando nel dettaglio delle strutture:

EMERGENZA TERRITORIALE

Composto dagli operatori, dai mezzi e dalle procedure che garantiscono il governo clinico dell'intervento sul territorio nella fase di avvicinamento al Pronto Soccorso di destinazione e dai Punti di Primo Intervento Territoriali.

Sigle e acronimi

BLS Basic Life Support
PBLS Pediatric Basic life Support
ALS Advanced Life Support
PTC Prehospital Trauma Care
PHTLS Prehospital Trauma Life Support
ATLS Advanced Trauma Life Support
ICLS Intermediate Cardiac Life Support

CENTRALE OPERATIVA -118

Ha contenuti prevalentemente tecnico-organizzativi. Svolge funzioni di processazione chiamate, identificazione codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, invio del mezzo più idoneo, guida fino al luogo dell'evento. Tale sistema deve garantire affidabilità assoluta rispetto alla capacità di fare intervenire nel più breve tempo possibile il mezzo più idoneo nella sede dell'evento e di fare trasportare il paziente all'Ospedale più adeguato, nei tempi più brevi, compatibili con un trattamento pre-ospedaliero aderente alle linee guida internazionali. Altre funzioni importanti sono costituite dalle attività di collegamento in rete con le altre centrali operative, con altri settori d'emergenza (VVF; Protezione Civile etc.) e coordinamento con il Sistema di Emergenza Territoriale. Gestisce i trasporti interospedalieri urgenti e programmati e può gestire i trasporti intraospedalieri programmati.

PUNTI DI PRIMO INTERVENTO

I Punti di Primo Intervento (PPI) sono postazioni sanitarie, distribuite sul territorio, dove sono disponibili mezzi di soccorso e risorse mediche ed infermieristiche.

Devono garantire una prima risposta sanitaria all'Emergenza-Urgenza sul territorio ed operare in stretto collegamento funzionale con le altre strutture complesse del Dipartimento, sulla base di comuni linee guida e protocolli operativi, per realizzare la continuità terapeutica tra il territorio e l'ambiente ospedaliero.

Per Postazione s'intende l'insieme di un qualsiasi mezzo di soccorso e delle risorse umane che lo rendono operativo in una località predeterminata.

PRONTO SOCCORSO – ACCETTAZIONE – MEDICINA D'URGENZA

Le strutture di Pronto Soccorso- Accettazione-Medicina d'Urgenza, svolgono le seguenti funzioni:

Attività di accettazione e trattamento:

- dei casi che si presentano spontaneamente e non rivestono carattere d'urgenza
- di soggetti in condizioni di urgenza differibile
- di soggetti in condizioni di urgenza indifferibile
- di soggetti in condizioni di emergenza

Possono avvalersi di

- Osservazione Breve Intensiva (OBI) per la valutazione e trattamento dei pazienti ad alta complessità ma a basso grado di criticità che necessitano di una breve osservazione e/o trattamento al fine di pervenire ad un giudizio esaustivo e rafforzare le cosiddette "capacità di filtro ai ricoveri", senza aumentare l'offerta di servizi sanitari e quindi senza posti letto aggiuntivi.

- Medicina d'Urgenza, strutturata in sezioni di degenza breve che gestiscono letti di tipo ordinario per il trattamento della fase acuta, l'inquadramento diagnostico, il superamento delle necessità di ricovero in altre strutture. In questa sede devono essere collocati un numero adeguato di letti, per la gestione dei pazienti critici ed instabili.

Centrale Operativa

A) REQUISITI STRUTTURALI

Ambienti o spazi	note
Area operativa	tale da garantire la non interferenza fra i tavoli operativi
Area per coordinamento maxi emergenza	dedicata al coordinamento delle maxi emergenze stabilmente attrezzata con tavoli di lavoro rapidamente trasformabili in tavoli operativi.
Locale tecnologico per attrezzature telefoniche, informatiche e radio	locali posti anche in zona non contigua alla centrale in luoghi non accessibili al pubblico, telesorvegliati (se posti in luogo lontano dalla centrale), sicuri in rapporto a venute d'acqua, vandalismi e accessibili 24/24 da personale tecnico di manutenzione.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Deve essere prevista alimentazione di soccorso e di continuità per tutte le componenti critiche del sistema (sistema telefonico, radio fissa di centrale, ripetitori, sistema informatico) tale da garantire la continuità di ricezione/trasmissione delle chiamate in caso di mancanza di alimentazione elettrica pubblica, per almeno 12 ore.

Attrezzature	note
Sistema telefonico.	almeno due centrali telefoniche, con funzioni di backup reciproco per ogni centrale. Il sistema deve essere stabilmente interconnesso e compatibile con la "rete telefonica regionale". Il sistema deve consentire collegamenti diretti con le altre centrali, le varie postazioni sede di ambulanze, il 115, 112, 113. Il sistema deve garantire la visualizzazione del numero di telefono chiamante e la registrazione di tutte le chiamate radio e telefoniche connesse all'attività di emergenza.
Sistema di emergenza	dedicato alla ricezione delle chiamate nel caso in cui ambedue i centralini vadano in avaria.

Attrezzature	note
<p>Sistema radio.</p> <p>Sistema di emergenza in grado di garantire il collegamento mezzi/centrale nel caso in cui il sistema radio vada in avaria.</p>	<p>Copertura minima: 85 % territorio delle zone altimetriche 1 e zone altimetriche 3 rientranti nelle Comunità montane, 95% territorio delle zone altimetriche 5 e 4 e delle zona altimetriche 3 non rientranti nelle comunità montane.</p>
<p>Sistema informatico. Ogni chiamata deve essere registrata su sistema informatico in tempo reale. Non sono ammesse registrazioni manuali con successive registrazioni informatiche. I dati di chiamata devono essere automaticamente interfacciati con i dati territoriali (toponomastica) e la disponibilità dei mezzi. Tutti i sistemi informativi in dotazione alle C.O. devono essere allineati allo stesso orario. Il sistema deve essere in grado di effettuare rapidamente il report dei casi trattati. Il sistema informatico deve essere in grado di</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrare le richieste di soccorso • Identificare con certezza il luogo in cui si è verificato l'evento (Comune, Località, Via, numero civico) verificando l'esattezza dei dati immessi (con i limiti attuali imposti dalla cartografia attualmente disponibile) • Proporre la criticità dell'evento (verde, giallo, rosso) sulla base delle informazioni raccolte • Registrare in modo univoco i tempi dell'intervento 	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificare correttamente e gestire le risorse presenti sul territorio di competenza in relazione a <ul style="list-style-type: none"> - Luogo dell'evento - Criticità dell'evento - Disponibilità delle risorse - Professionalità delle risorse • Interagire direttamente con i sottosistemi radio e telefonico al fine di dare continuità al flusso informativo, mantenendone la congruità ed impedendo la dispersione o l'errata trasmissione di informazioni necessarie <p>Cablaggio strutturato in tutta l'area di centrale</p>	

Attrezzature	note
Tavoli operativi.	<p>presente un numero di tavoli operativi con relativa attrezzatura radio-telefonica-informatica pari al numero massimo di operatori contemporaneamente presenti.</p> <p>Previsto un tavolo operativo di scorta ogni tre tavoli presenti.</p> <p>Tra i tavoli operativi deve essere previsto un sistema di separazione e/o una distanza tra gli stessi tale da garantire che i vari sistemi di collegamento utente/centrale/mezzi siano correttamente udibili e non interferenti tra di loro.</p>

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

Un medico responsabile.

Un responsabile infermieristico dedicato.

Le attività di processazione delle chiamate e di decisione in merito alla scelta del mezzo da inviare devono essere affidate a personale con qualifica di infermiere.

Minimi di sicurezza: in centrale devono essere contemporaneamente presenti almeno due infermieri.

Procedure organizzative

Devono esistere procedure per

- la registrazione informatizzata di tutte le chiamate radio e telefoniche direttamente connesse all'attività di emergenza
- per tutte le attività di centrali con particolare riguardo a:
 - ricezione smistamento delle chiamate
 - attribuzione del codice di gravità e individuazione del mezzo di soccorso da inviare
 - gestione delle maxi emergenze
 - comunicazione con le altre centrali, postazioni, strutture di emergenza
 - rapporto con gli organi di informazione
 - sistema informatico
 - black-out dei sistemi radio, telefonici e informatici

Ogni centrale operativa deve mappare il suo territorio e definire i propri standard in riferimento ad un ottimale utilizzo dei mezzi di soccorso, i tempi di arrivo e di trasporto in ospedale.

In particolare, poiché le tipologie di tali mezzi costituiscono un mix che si differenzia nei singoli territori, al fine di stabilire tipologie e modalità dei mezzi impiegati, devono essere definiti

1. procedura di attivazione per l'invio dei mezzi in funzione della criticità (codice rosso)
2. sistema di indicatori e di standard articolato su
 - a. tempo di arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso
 - b. tempo di ospedalizzazione

Devono inoltre essere considerati quali elementi di pianificazione i percorsi strutturati e i tempi di riferimento per patologie quali il politrauma, la sindrome coronarica acuta, l'arresto cardiaco (defibrillazione precoce).

Postazione Territoriale 118

I requisiti che seguono riguardano in prima fase di applicazione solo le strutture pubbliche

Le postazioni territoriali del 118 fanno parte del Sottosistema emergenza territoriale e sono sede di sosta o di partenza degli equipaggi e dei mezzi che effettuano l'attività di soccorso. Le postazioni possono essere realizzate all'interno di strutture ospedaliere, di strutture territoriali dell'AUSL, di specifiche strutture delle associazioni di volontariato o di privati ovvero realizzate per lo specifico scopo e del tutto indipendenti da altre strutture

Presso ogni postazione possono essere presenti ed operativi uno o più equipaggi di ambulanza o di automedica.

A) REQUISITI STRUTTURALI

Ambienti o spazi-	note
Presso ogni postazione devono essere presenti spazi adeguati per garantire la sosta del personale in attesa del servizio, locale per biancheria pulita, locale per biancheria sporca, spazio magazzino/farmacia, luogo per il lavaggio, disinfezione e pulizia dei mezzi. I mezzi di soccorso operativi (immediatamente disponibili al servizio) devono sostare in luogo dedicato e rapidamente collegato con la viabilità ordinaria. Nella zone altimetriche 1 e nelle zone altimetriche 3 rientranti nelle Comunità montane tali luoghi di sosta devono essere chiusi e riscaldati, ovvero coperti ma in tal caso i mezzi devono essere dotati di sistema di riscaldamento interno a veicolo fermo. Servizi igienici con doccia.	

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Attrezzature	note
Sede postazione	
<p>Sistema telefonico. Ogni postazione deve essere collegata direttamente con la centrale 118.</p> <p>Sistema radio. Ogni postazione deve essere dotata di radio fissa canalizzata e collegata al sistema radio del 118. La radio deve esser dotata di sistema di batterie atto a garantire il funzionamento per 12 ore in mancanza di alimentazione elettrica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radio portatile, cellulare e telefono fisso 	
Ambulanza (le caratteristiche si riferiscono a mezzo in servizio)	
<p>Immatricolata come Ambulanza di Tipo A</p> <p><u>Sistema radio.</u> Dotazione minima: gli equipaggi di ogni ambulanza devono avere a disposizione almeno una doppia via di comunicazione (radio e telefono) sia quando l'equipaggio si trova a bordo del mezzo sia quando si trova all'esterno dello stesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radio di bordo, radio portatile e telefono cellulare quando a bordo • Radio portatile e cellulare quando esterni al mezzo <p><u>Elettromedicali.</u> Dotazione minima: elettroaspiratore, defibrillatore semiautomatico</p> <p><u>Attrezzature sanitarie</u> Dotazione minima: zaino, materassino, barella a cucchiaio, barella spinale, set immobilizzatori, lampada a batteria, estricatori, collari</p>	
Automedica (le caratteristiche si riferiscono a mezzo in servizio)	
<p>Immatricolata come Ambulanza di Tipo A ovvero Ambulanza di Tipo B ovvero come "autoveicolo di soccorso avanzato con personale sanitario a bordo".</p> <p>Radio: come ambulanza</p> <p><u>Elettromedicali.</u> Dotazione minima: elettroaspiratore, defibrillatore semiautomatico e monitor multiparametrico</p>	

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

Ambulanza: Personale minimo: due operatori di cui un Infermiere e uno con specifica patente e corso di “guida sicura”. Nei casi in cui la centrale 118 abbia stabilito una procedura che prevede la diversificazione nell’assegnazione dei servizi in base alla criticità rilevata in fase di processazione della chiamata, il responsabile medico di centrale o il responsabile medico del servizio di emergenza territoriale (ove esistente) può formalmente autorizzare, in funzione della criticità degli interventi o l’invio dell’automedica o l’impiego di ambulanze con personale non infermieristico.

Automedica: personale minimo: 1 medico e 1 Infermiere di cui uno dei due autorizzato alla guida.

Il personale medico e infermieristico non opera esclusivamente in automedica ma deve essere integrato con il personale di PS.

Procedure organizzative

Protocolli di afferenza ospedaliera

Documento descrittivo delle manovre assistenziali e delle terapie.

Protocollo/procedure locali per l’utilizzo del personale volontario.

Punto di Primo Intervento

I requisiti che seguono riguardano in prima fase di applicazione solo le strutture pubbliche.

Hanno orario di attività articolato nell'arco delle 12/24 ore giornaliere, in rapporto al volume di attività atteso e secondo le esigenze locali. Dispongono di competenze cliniche e strumentali adeguate a fronteggiare e stabilizzare temporaneamente le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso dell'Ospedale di riferimento. Sono inoltre in grado di fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità.

Sono possibili 2 tipologie di P.P.I.:

Punti di Primo Intervento Territoriali: collocati in sedi o strutture prive di altre risorse mediche ed infermieristiche atte a garantire continuità assistenziale al PPI in caso di intervento sul territorio del personale sanitario dedicato.

Possono essere stagionali o permanenti, con orario di attività nelle 24 ore stabilito dalle esigenze locali. Attrezzatura minima come Ambulanza di tipo A.

Punti di Primo Intervento collocati in struttura ospedaliera dotata di risorse mediche ed infermieristiche che garantiscono continuità assistenziale al PPI in caso di intervento sul territorio del personale sanitario dedicato.

Sono per definizione fissi, con orario di attività nelle 24 ore stabilito dalle esigenze locali.

Non rientra in questa tipologia il Posto Medico Avanzato (PMA) riferibile alle maxi emergenze.

PUNTI DI PRIMO INTERVENTO TERRITORIALI E PUNTI DI PRIMO INTERVENTO COLLOCATI IN STRUTTURA OSPEDALIERA

A) REQUISITI STRUTTURALI

Ambienti o spazi	note
Zona di accoglienza	anche in caso di Punto di primo intervento temporaneo, quando siano prevedibili prestazioni numericamente elevate, la zona di accoglienza può prevedere un'area delimitata per attività di Triage e attesa
Locale assistenziale dotato di lavabo Area/locale per l'osservazione temporanea contigua al locale assistenziale	Si considera osservazione temporanea un ambiente attiguo all'ambulatorio in cui il paziente può essere trattenuto in attesa di completamento diagnostico/terapeutico .
Servizio igienico per il personale	anche condiviso con altri servizi contigui
Servizio igienico per i pazienti	anche condiviso con altri servizi contigui
Locale/spazio per il materiale pulito	anche condiviso con altri servizi contigui
Locale/spazio per il materiale sporco	anche condiviso con altri servizi contigui
Zona protetta per carico/scarico pazienti	

Requisiti prestazionali

L'area/locale per l'osservazione temporanea contigua al locale assistenziale deve garantire lo spazio idoneo ad accogliere una barella e consentire l'attività contemporanea di 2 operatori

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Attrezzature	note
<ul style="list-style-type: none">▪ sistema adeguato di illuminazione ambiente e paziente▪ lettino/barella▪ armadio per farmaci con serratura▪ armadio per strumenti d'emergenza con serratura	
Monitor defibrillatore manuale e semiautomatico con stimolatore transcutaneo	quando possibile sistema di trasmissione ECG 12 derivazioni
Elettrocardiografo Ossigeno Aspiratore elettrico Saturimetro Materiale di assistenza respiratoria adulto/bambino Presidi di immobilizzazione per il paziente traumatizzato Misuratore glicemico Set da suture con pinze emostatiche Otoscopio Frigorifero per la conservazione dei farmaci	almeno 4 prese di forza elettromotrice anche in uso non esclusivo

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

Punti di Primo Intervento Territoriali e in sede ospedaliera: personale sanitario minimo costituito da un medico ed un infermiere.

Procedure organizzative

Per i PPI in sede ospedaliera deve esistere una procedura di sostituzione del medico/infermiere uscito per intervento.

Registrazione di tutti gli interventi, auspicabile la registrazione informatizzata.

Collegamento telefonico dedicato o rete radio o telefonia cellulare con CO e DEA o Presidio di riferimento.

Devono esistere procedure di interfaccia/integrazione fra i punti della rete.

Le procedure per l'erogazione del servizio devono essere approvate dal Responsabile del Dipartimento di Emergenza-Urgenza o dal Responsabile di altra articolazione cui il P.P.I. afferisce.

Pronto Soccorso Generale

Il Pronto Soccorso Generale indipendentemente dalla struttura in cui è collocato, deve sviluppare le seguenti funzioni:

- assistenza di primo supporto e prima stabilizzazione delle funzioni vitali
- esecuzione di primo accertamento diagnostico
- osservazione temporanea/dimissione/ricovero

Deve possedere i supporti diagnostico-terapeutici di laboratorio, diagnostica per immagini convenzionale e specialistica, servizio trasfusionale.

Deve poter utilizzare tutti i supporti specialistici e diagnostico/strumentali dell'ospedale, secondo un piano concordato con i servizi mediante l'impiego di specifici protocolli atti a garantire la massima efficacia dell'intervento.

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente e quelli previsti per i Punti di Primo Intervento, il Pronto Soccorso Generale deve disporre dei requisiti sottoelencati intesi come "livello minimo assistenziale" da commisurare tuttavia anche ai volumi delle attività svolte.

A) REQUISITI STRUTTURALI

Devono essere disponibili i seguenti

Ambienti o spazi	note
- l'elisuperficie	secondo normativa nei PS Hub
- 2° sala urgenze	necessaria nei PS Hub. Può essere prevista come 2° postazione
- ambulatori/box visite	almeno 2
- sala osservazione temporanea	dotata di lavabo e in grado di ospitare almeno 2 barelle
- servizi igienici per gli utenti	almeno 2 di cui 1 per handicap, anche condiviso con altri servizi
- locale decontaminazione pazienti	dove è prevista la funzione

Requisiti Prestazionali

I box devono avere metratura adeguata per consentire agevoli manovre da parte di almeno tre operatori, nonché tali da fornire gli spazi di appoggio per le attrezzature e gli impianti utilizzati.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

impianti attrezzature	note
<p>Impianti</p> <ul style="list-style-type: none"> - impianto dati/ fonia - collegamento telefonico dedicato con la centrale 118 e i mezzi di soccorso - sistema di videocontrollo (casi particolari) 	<p>dove non è possibile la visione diretta da parte degli operatori sanitari</p>
<p>Attrezzature</p> <ul style="list-style-type: none"> - elettrocardiografo - cardiomonitor/defibrillatore - P.M. transtoracico - unità di monitoraggio ecg. PA, SaO₂, TC - pompe infusione - set rianimazione cardiopolmonare adulto - set rianimazione cardiopolmonare pediatrico - scaldaliquidi - riscaldatori esterni - set vena centrale - set tracheotomia - CPAP - drenaggio toracico - ventilatore meccanico - lampada scialitica - emoteca per urgenza - frigorifero per la conservazione di farmaci - armadio farmaci con settore antidoti - emogasanalizzatore 	<p>almeno 2</p> <p>almeno 2</p> <p>per 2 pazienti</p> <p>per 2 pazienti</p> <p>per almeno 3 pazienti</p> <p>per almeno 1 paziente</p> <p>nel PS Hub</p> <p>nel PS Hub</p> <p>in condivisione con PS e Medicina d'Urgenza</p> <p>illuminazione posto lavoro</p> <p>disponibile la funzione</p> <p>disponibile</p>

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Il Piano organizzativo della attività del PS deve prevedere l'erogazione dell'assistenza secondo modalità differenziate a seconda delle caratteristiche di gravità/urgenza delle patologie presentate dai pazienti.

Le modalità assistenziali debbono garantire il rispetto di alcune caratteristiche qualitative predeterminate e documentabili tramite opportuni indicatori (tempi di presa in carico in ambulatorio, rispetto dei protocolli per patologia) anche in riferimento all'attività di emergenza territoriale.

Deve essere garantita la gestione informatizzata della documentazione sanitaria.

Deve esistere un sistema di attribuzione del codice colore e di rilevazione dei tempi di attesa per codice colore.

Personale

Il PS deve garantire la presenza di 1 medico e di 2 infermieri h.24.

Deve essere disponibile personale ausiliario per trasporti (anche in condivisione).

Procedure organizzative

Le procedure di accoglienza devono specificare le modalità di invio dai Punti di Primo Intervento e dal territorio.

Devono esistere protocolli per il trasferimento dei pazienti ai centri Hub di riferimento.

Osservazione Breve Intensiva (OBI)

L'Osservazione Breve Intensiva è un'attività assistenziale svolta in aree funzionali annesse al Pronto Soccorso e/o alla Medicina d'Urgenza con finalità di rapido inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente, di norma non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24 ore, per identificare l'appropriatezza del ricovero e della sua sede o della dimissione. Le patologie di osservazione devono essere predefinite.

Le funzioni sono: valutazione diagnostica, osservazione longitudinale e terapia a breve termine di patologie urgenti; la conseguenza attesa è il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri.

A) REQUISITI STRUTTURALI

ambienti o spazi	note
- area o stanze a più letti con controllo visivo diretto/indiretto	possibile l'utilizzo flessibile dei posti letto fra PS e Medicina d'Urgenza
- zona di lavoro centrale	centralina se previsti più letti monitorizzati
- di norma 1 letto ogni 10.000 accessi	

Requisiti prestazionali

Gli accessi, i percorsi, i locali devono consentire la movimentazione dei pazienti barellati.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

impianti - attrezzature	note
Impianti - impianto dati/ fonia con PS/Medicina d'Urgenza	
Attrezzature - monitor con ECG, saturimetria, PA - defibrillatore e stimolatore - elettrocardiografo - pompa di infusione - set intubazione/RCP - misuratore glicemico/prelievi - saturimetro	anche portatile anche condivisi con PS e Medicina d'Urgenza anche condivisi con PS e Medicina d'Urgenza anche condivisi con PS e Medicina d'Urgenza anche condivisi con PS e Medicina d'Urgenza anche condivisi con PS e Medicina d'Urgenza anche condivisi con PS e Medicina d'Urgenza

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

Deve essere garantita la continuità assistenziale medica ed infermieristica per le ore di attività.

Procedure organizzative

Devono essere definiti i protocolli relativi a :

- Modalità di accesso delle patologie oggetto di OBI
- Modalità di assistenza delle patologie oggetto di OBI
- Modalità di dimissione

Deve esistere la scheda di osservazione del paziente.

Deve essere garantita la possibilità di monitoraggio del paziente che lo necessita.

La gestione informatizzata del paziente è effettuata sul supporto informatico collegato al PS.

Medicina d'Urgenza

L'area di degenza deve possedere letti di tipo ordinario e letti per la gestione dei pazienti in fase di instabilità clinica.

Possono accedervi in regime di ricovero urgente dal Pronto Soccorso o dall'OBI pazienti con patologia a valenza internistica, pazienti con patologia traumatica o chirurgica non suscettibile di trattamento chirurgico d'urgenza.

Vengono svolte funzioni di:

1. monitoraggio/stabilizzazione/trattamento della fase acuta
2. attività diagnostico/terapeutica rivolta a pazienti non immediatamente inquadrabili in senso specialistico
3. attività diagnostico/terapeutica per patologie risolvibili in un ordine di tempo compatibile con una durata della degenza media prevista di 72 ore

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti per l'area di degenza dalla normativa vigente devono essere previsti i seguenti requisiti

A) REQUISITI STRUTTURALI

Ambienti o spazi	note
<ul style="list-style-type: none">- deve essere collocata in una sede preferibilmente contigua al Pronto Soccorso.- il numero di posti letto deve essere rapportato alla dotazione complessiva dell'Ospedale- centrale di monitoraggio se sono presenti più letti monitorizzati- area ricevimento parenti	<p>per altre collocazioni debbono essere garantiti collegamenti rapidi e funzionali</p> <p>anche presso l'ambulatorio medico</p>

B) REQUISITI TECNOLOGICI

impianti - attrezzature	note
Impianti <ul style="list-style-type: none">- impianto dati/ fonìa con PS ed OBI Attrezzature <ul style="list-style-type: none">- 30% dei letti ordinari dotati di monitoraggio dei parametri vitali, preferibilmente centralizzati se presenti più stazioni di monitoraggio, in collegamento con l'area critica- monitor defibrillatore e stimolatore- elettrocardiografo- pompe di infusione- set intubazione/RCP- misuratore glicemico- saturimetri- oto/oftalmoscopio- frigorifero per farmaci ed emoderivati	

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

Organico costituito da personale medico ed infermieristico proprio della Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso.

Presenza minima di un medico 12/h diurne, anche condiviso con PS per le ore notturne; se prevista area critica presenza medica garantita h/24.

Presenza minima di 2 infermieri 24/h per area di degenza ordinaria, anche condivisi.

Deve essere disponibile personale di supporto per trasporti (anche condiviso).

Procedure organizzative

Oltre ai protocolli di ammissione e di dimissione devono essere definiti:

- Protocolli condivisi con Servizi ed altre U.O. per un rapido accesso alla diagnostica strumentale ed alle consulenze specialistiche
- Protocolli condivisi con le altre U.O. per il trasferimento dei pazienti con patologie complesse o di pertinenza specialistica o con necessità di definizione diagnostica approfondita e/o valutazione prolungata o necessità di intervento chirurgico
- Devono essere previsti percorsi diagnostici post-dimissione
- Devono essere previsti percorsi di controllo ambulatoriale post-dimissione

Deve essere disponibile la funzione di segreteria amministrativa.

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

Presenza di 1 medico h/24; nelle ore notturne la presenza medica può essere condivisa con la restante degenza del reparto di Medicina d'Urgenza.

Presenza infermieristica dedicata: 1:4 pl.

Procedure organizzative

Devono essere definite procedure di gestione delle principali patologie e procedure eseguite (monitoraggio, assistenza respiratoria).

Acquisizione servizi

Pronto soccorso

Devono essere accessibili sulla base di protocolli concordati le seguenti attività consulenziali e diagnostiche strumentali in regime di guardia attiva h 24 o pronta disponibilità e/o in una ottica di rete assistenziale.

Consulenze

anestesiologico-rianimatoria
chirurgica

Diagnostica strumentale

radiologia convenzionale
attività di POC: (Point Of Care)

Possono essere anche in pronta disponibilità e/o in un'ottica di rete assistenziale anche in altra sede le seguenti

Consulenze

cardiologica/cardiochirurgica
ortopedico/traumatologica
pediatrica
dermatologica
ostetrico-ginecologica
infettivologica
maxillo-facciale/odontoiatrica
nefrologica
neurologica/neurochirurgica
oculistica
otorinolaringoiatrica
pneumologica
psichiatrica
urologica
chirurgia vascolare

Diagnostica strumentale

TC
RMN
angiografia
ultrasonografia cardiovascolare/addominale
medicina nucleare
trasfusionale
laboratorio
endoscopia (digestiva/toracica)

Si ritiene indispensabile il collegamento telematico per quanto riguarda l'attività consulenziale neurochirurgica (invio radiografie e dati con ritorno risposta scritta).

In un'ottica di rete assistenziale devono essere previsti collegamenti con tutte le discipline d'interesse.

OBI

Deve avere accesso a tutta l'attività diagnostico-strumentale e consulenziale garantita per il PS a cui è collegata, nei tempi compatibili con il rapido percorso diagnostico – terapeutico previsto.

Medicina d'Urgenza

Deve contare su percorsi di rapida acquisizione delle procedure diagnostiche e delle consulenze secondo protocolli condivisi con le UO interessate.

Per i pazienti critici deve essere prevista la possibilità dell'acquisizione delle attività al letto del paziente.

Clinical competence e formazione

La formazione continua e il mantenimento della competenza clinica assumono particolare rilevanza per il personale sanitario delle strutture di emergenza - urgenza al fine di assicurare standards operativi omogenei e sufficienti.

L'attuale mancanza di un corso di specializzazione universitario specifico per i medici e di un percorso formativo dedicato per gli infermieri dell'emergenza, rappresenta una grave carenza per la conseguente mancanza di precisi riferimenti di settore.

Pertanto, la definizione degli obiettivi e degli indicatori del percorso formativo così come la definizione di specifiche aree di utilizzo del personale in addestramento rappresentano un momento fondamentale nell'assetto organizzativo-strutturale dell'area dell'emergenza-urgenza.

Per i Responsabili di strutture organizzative complesse e i Responsabili di strutture organizzative semplici deve essere prevista una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale.

COMPETENZA CLINICA DI BASE

Medici di Pronto Soccorso, Medicina d'Urgenza, Emergenza Territoriale

Fatti salvi i requisiti previsti per legge, si elencano i requisiti di competenza clinica che devono essere posseduti per esercitare l'attività di Medico d'Urgenza nelle Strutture di Pronto Soccorso/Medicina d'Urgenza e di Emergenza Territoriale; il percorso formativo atto ad acquisire i requisiti specifici richiesti al Medico d'Urgenza dovrebbe essere completato entro 2 anni dalla data di assunzione.

- Sapere eseguire una rianimazione cardio-polmonare di base ed avanzata, compresa la gestione delle vie aeree e degli accessi venosi centrali
- Sapere riconoscere e trattare le più frequenti situazioni peri-arresto cardiaco
- Sapere attuare una corretta gestione e stabilizzazione del trauma nei vari gradi di severità
- Sapere trattare un paziente intossicato
- Sapere leggere l'elettrocardiogramma e trattare le aritmie più importanti
- Sapere interpretare l'emogasanalisi e trattare i disturbi acido-base

L'acquisizione di tali competenze deve passare attraverso il superamento dei seguenti corsi:

- BLS
- PBL
- ALS
- PTC/PHTLS e/o ATLS

e l'acquisizione delle seguenti abilità, secondo modalità stabilite dal Responsabile:

- Avere frequentato un corso di Tossicologia di base
- Aver frequentato un corso di Elettrocardiografia o avere effettuato un audit clinico di almeno 50 tracciati ECG secondo protocolli stabiliti localmente
- Avere la certificazione da parte di un Medico esperto circa la corretta interpretazione dell'emogasanalisi o aver frequentato corsi specifici
- Affiancamento di 30 ore nell'Emergenza Territoriale per i medici neo assunti.

Devono conoscere i sistemi di comunicazione, l'organizzazione dell'EMS (sistema di emergenza territoriale), l'attribuzione del codice di gravità, modalità di allertamento della struttura ospedaliera e dell'elisoccorso, ospedalizzazione mirata e centralizzazione.

La presenza nelle strutture di PS e MU, oltre ai medici assunti mediante procedure concorsuali secondo la vigente normativa e ai medici dell'emergenza territoriale (normativa nazionale e regionale di riferimento), di medici con contratto di incarico a tempo determinato, impone una linea di indirizzo per le modalità ed i requisiti necessari per il conferimento di tali incarichi da parte delle Aziende e per i criteri di utilizzo nelle strutture dell'emergenza-urgenza.

Si ritengono indispensabili almeno i seguenti requisiti in ingresso:

- curriculum formativo con elementi attinenti alla disciplina
- colloquio attitudinale

Una volta ottenuto l'incarico tali figure devono garantire la partecipazione/superamento entro il primo anno di attività dei seguenti corsi: BLS, ACLS e nel secondo anno PALS e PTC o ATLS

Deve essere predisposto un percorso formativo e di affiancamento congruo.

Medici di Centrale Operativa 118

Devono avere conoscenza dell'organizzazione territoriale (distribuzione dei mezzi per RCP di base e avanzata e la loro modalità di attivazione), distribuzione degli ospedali e relative competenze, gestione degli eventi straordinari: maxiemergenze, catastrofi; gestione di un Posto Medico Avanzato e di un Centro Medico di evacuazione; aspetti di tecnica sanitaria; aspetti etici e legali; raccolta, trasmissione e gestione dati.

Personale infermieristico di Pronto Soccorso, Medicina d'Urgenza, Emergenza Territoriale

L'infermiere che opera presso la struttura di Emergenza-Urgenza deve acquisire entro 3 anni dall'assunzione la seguente formazione specifica :

- Corso di BLS
- Corso di PALS
- Corso di Triage
- Corso di Elettrocardiografia di base ed aritmie
- Corso sulla mobilitazione/immobilizzazione dei traumi
- Corso di informatica di base (nelle realtà informatizzate)
- Corso di PTC/PHTLS (per il 25% degli infermieri in servizio/anno)

Il personale infermieristico che opera nell'Emergenza Territoriale e/o CO 118 oltre alla formazione di base identica a quella di PS/medicina d'urgenza, deve avere un'esperienza lavorativa di almeno 6 mesi nell'area dell'emergenza-urgenza; deve conoscere le tecnologie utilizzate, tra cui sistemi di comunicazione (sistema telefonico fisso/mobile/cellulare, sistemi telefonici dedicati, reti di comunicazione sovrapposte alla rete telefonica, la comunicazione via radio). Deve conoscere i mezzi ed i presidi a disposizione, compreso l'uso di estintori, l'uso dei dispositivi di protezione individuale, le modalità di recupero di pazienti in ambienti difficili.

Personale di supporto (OTA, OSS)

Tutto il personale di supporto che opera presso le Strutture di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza ed emergenza territoriale, deve essere progressivamente formato con un Corso di B.L.S.D. ed un Corso per la corretta movimentazione dei carichi (D.Lgs 626/94).

Personale addetto alla guida

Corso di "guida sicura".

FORMAZIONE CONTINUA E MANTENIMENTO DELLA COMPETENZA CLINICA

La formazione permanente deve comprendere un programma di attività educative finalizzate all'aggiornamento continuo degli standard professionali ed al mantenimento della competenza clinica.

Il Responsabile dell'U.O. deve prevedere un piano annuale di formazione/aggiornamento per adeguare i comportamenti dei professionisti nei principali settori dell'emergenza-urgenza. Tale piano dovrà tenere conto della necessità di acquisire i crediti formativi previsti, secondo le norme ECM.

Mantenimento della competenza clinica

La competenza dei professionisti deve essere documentata in un registro che contenga l'elenco delle attività di formazione svolte all'interno dell'U.O. e che indichi il tipo di attività, il periodo e il luogo di espletamento.

Per ogni medico ed ogni infermiere deve essere pertanto predisposta una scheda personale verificata in maniera documentata dal Responsabile dell'U.O., a conclusione di ogni anno di attività, con valutazione dei seguenti indicatori:

- numero di crediti formativi/anno
- numero di aggiornamenti clinici annuali/triennali
- numero e tipologia delle procedure pratiche da acquisire
- numero e tipologia delle esperienze formative
- modalità di partecipazione ai programma di qualità aziendale

Medici

Per quanto riguarda il medico già inserito il percorso formativo va espletato entro 2 anni, salvo per gli organici superiori alle 10 unità, il cui percorso andrà completato entro 3 anni.

Procedure oggetto di addestramento

Le seguenti procedure devono essere oggetto di addestramento da eseguire con performance >80% e da acquisirsi con periodici training e retraining:

- Rianimazione cardiopolmonare: RCP esercitazioni di 3 ore/6mesi comprensive di valutazione e supporto delle funzioni vitali nelle urgenze traumatiche e non traumatiche,

cardioversione e defibrillazione elettrica, uso del PM transtoracico, uso dei farmaci in emergenza

- Gestione delle vie aeree (base e avanzata): esercitazioni di 3 ore/8 mesi, comprensivo di disostruzione delle vie aeree (mezzi non invasivi ed invasivi), cannula oro e rinofaringea, laringoscopia ed intubazione endotracheale con somministrazione di farmaci, presidi aggiuntivi (maschera laringea, combitube, etc.) cricotirotomia/jet ventilation
- Emergenze digestive: esercitazione 1/anno, comprensiva di gastrolusi, sonda di Blackmore
- Varie: drenaggio pleurico, detensione di pnx iperteso, accessi venosi periferici e centrali 3 ore/anno
- Opportunità di rotazione di almeno 1 mese/anno in settori diversi dell'emergenza, secondo una programmazione specifica
- Corso di ecografia d'urgenza per almeno il 30% dei medici/anno
- Letture ECG verificate: 30/anno
- Lettura EGA verificate: 10/anno
- Refreshing di: BLS, ALS, PTC/PHTLS/ATLS, PBLIS.

A medio termine dall'assunzione: Gestione delle vie aeree, Emergenze pediatriche (PALS), Elettrocardiografia e aritmie, Tossicologia, Equilibrio acido-base, Diselettrolitismi, Ventilazione non invasiva ed invasiva, Monitoraggio nel paziente critico, Ecografia d'urgenza (FAST) /ecocardiografia, Triage, Maxiemergenze/Medicina delle Catastrofi/Criteri di centralizzazione, Organizzazione dell'EMS

Personale infermieristico

Al fine del mantenimento delle competenze assistenziali, debbono essere previste modalità di rotazione del personale della struttura: Centrale Operativa 118, Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza.

Il mantenimento della competenza clinica del personale infermieristico avviene attraverso:

- Retraining di BLS, PBLIS e PTC/PHTLS, ICLS
- Corsi di formazione per la gestione della relazione "difficile"
- Verifica/formazione mirata sui casi di sottostima al triage
- Corso di formazione sulla gestione delle vie aeree e ventilazione assistita (C-PAP)
- Valutazione delle performance relazionali dell'operatore in relazione ai protocolli fissati nella singola Centrale e alle caratteristiche della risposta adottata sul territorio (es: politrauma, IMA, dolore toracico, addome acuto, insufficienza respiratoria acuta, shock).

Qualificazione dei processi diagnostico terapeutici e assistenziali

Devono essere monitorati alcuni indicatori essenziali come di seguito descritti.

Sono inoltre da monitorare con particolare attenzione alcuni percorsi diagnostico terapeutici assistenziali che rappresentano criticità di rilievo.

Trauma minore. In ogni Pronto Soccorso debbono essere presenti le competenze e le attrezzature per gestire in autonomia il paziente con trauma minore, compreso il trauma cranico minore e potenziando l'utilizzo del teleconsulto.

In ogni PS debbono esistere linee guida almeno per la gestione del trauma cranico minore.

Traumi maggiori ortopedico-vascolari. Nei politraumatizzati, nei pazienti con fratture instabili complesse di bacino e/o con traumi penetranti degli arti devono essere predefiniti percorsi diagnostico-terapeutici in base alla stabilità/instabilità emodinamica del paziente.

Pz.ad emodinamica instabile: questi pazienti necessitano spesso di un'angiografia diagnostico-terapeutica (embolizzazione) per cui è consigliabile la centralizzazione, dopo la stabilizzazione emodinamica/ ortopedica, in Presidi in cui è disponibile tale diagnostica.

In base alle condizioni cliniche e ai tempi si valuterà per un trasporto protetto.

- Centro Hub: diagnostica d'urgenza in PS (Rx torace, bacino, eco addome) invio in S.O. Chirurgica o ad angiografia per embolizzazione/angio intraoperatoria, se necessario
- in Centro Spoke, dopo diagnostica d'urgenza, centralizzazione in Trauma Center o DEA Hub; successiva angiografia con embolizzazione/angio intraoperatoria se necessario

Pz.ad emodinamica stabile: diagnostica di routine (Rx torace, bacino, eco addome) e se necessario angiografia con eventuale embolizzazione in Centro Hub o invio in S.O. per intervento chirurgico

Politrauma. Intendendo con tale termine il paziente con una o più lesioni, d'organo o apparato, che, o singolarmente o per effetto cumulativo, sono tali da determinare una possibile compromissione di almeno una funzione vitale.

Il percorso deve prevedere la valutazione ed il trattamento del paziente politraumatizzato che devono avvenire secondo le linee guida dell'ATLS (vedi formazione).

Ogni articolazione del sistema d'emergenza-urgenza deve conoscere i criteri di centralizzazione relativi al politrauma (secondo gli indirizzi organizzativi indicati nel documento Hub & Spoke regionale).

In Pronto Soccorso deve essere possibile la stabilizzazione emodinamica del paziente politraumatizzato instabile (attrezzatura, diagnostiche, competenza clinica, anestesista-rianimatore e chirurgo) e le procedure di riferimento debbono contenere una chiara identificazione delle responsabilità nella gestione del paziente (trauma team e trauma leader).

Il trasferimento del politraumatizzato deve avvenire secondo criteri ben definiti. Devono esistere procedure che definiscono:

- Informativa dettagliata dalla struttura inviante alla struttura accettante (telefonica) e scheda di trasferimento
- Tutte le misure atte a stabilizzare quanto più possibile il paziente (vie aeree stabilizzate, Pnx drenato ove necessario, due vie venose di grosso calibro con terapia infusiva in atto, immobilizzazione adeguata, emostasi effettuata)
- Modalità di trasporto per paziente critico

Stroke. Ogni centro deve dotarsi di un protocollo per la gestione del paziente con stroke che prevede

- l'immediata valutazione di gravità del quadro neurologico secondo le scale in uso
- le modalità e i tempi d'esecuzione della TAC nei casi d'evoluzione e aggravamento
- modalità e tempi d'esecuzione della terapia anticoagulante/trombolisi secondo quanto indicato nelle linee-guida internazionali e, per i PS senza dotazione di TC cerebrale, deve prevedere la sede e le modalità di trasferimento alla sede ospedaliera di riferimento.

Pz. neurochirurgico. Trasferimento immagini TAC cerebrale: il paziente neurochirurgico va inviato nei tempi più brevi possibili nel Centro Hub specialistico di competenza; per ridurre il therapy free interval l'evidenza clinica può indurre il medico extraospedaliero all'invio del paziente in tale sede direttamente, in presenza di trauma cranico maggiore o prevalente con GCS (Glasgow Coma Score) <9; in Pronto Soccorso deve esistere un protocollo concordato con la Radiologia e la Neurochirurgia di riferimento sulle modalità di trasferimento dei pazienti o sui tempi d'esecuzione e sulle modalità di trasmissione delle immagini TAC, sul contatto telefonico dedicato con la Neurochirurgia; sulla necessità di centralizzazione nei casi di ESA, ematoma extradurale, ematoma subdurale, emorragia cerebrale con shift della linea mediana, sospetto sanguinamento di MAV, sui tempi di trasporto protetto con accompagnamento di medico/infermiere, rianimatore, etc. e sulle modalità organizzative di allertamento della CO 118.

Mielolesioni

Le Unità Spinali costituiscono un modello assistenziale ad alta specializzazione destinato alla cura, riabilitazione ed al reinserimento della persona mielolesa. Devono esistere protocolli definiti in accordo con la CO 118 che, in base alla tipologia e severità del trauma, in presenza di lesioni midollari garantiscano il soccorso, la stabilizzazione ed il trasporto del paziente verso il Centro Traumi di riferimento.

I protocolli relativi al triage sul campo e all'assegnazione del paziente alla struttura più appropriata ricadono sotto la responsabilità e la competenza del PS, del Dipartimento di Emergenza o della Centrale Operativa. a seconda degli assetti organizzativi locali.

I protocolli dovranno prevedere la centralizzazione dei pazienti con lesioni spinali direttamente al Centro Traumi evitando il trasporto del paziente in ospedali privi di équipe dedicate alla complessità della patologia in oggetto e dovranno prevedere un utilizzo ottimale dei sistemi di trasporto rapido quale l'elisoccorso.

Dovrà essere prevista la trasmissione delle immagini digitali tra i presidi distali e il Centro Traumi.

Percorso: se è possibile una identificazione clinica della lesione spinale (deficit neurologico periferico) in presenza di stabilità emodinamica e stabilità respiratoria anche con ausili (intubazione e/o respiratore) deve essere previsto il trasporto del paziente in via primaria dal luogo dell'evento al Centro traumi di riferimento collegato o nella medesima sede dell'Unità Spinale. In caso di instabilità emodinamica o insufficienza respiratoria per mancata intubazione o inadeguata ventilazione nonostante i presidi adottati si può prevedere un accesso ad un Pronto Soccorso distale, se più accessibile come tempi del centro traumi, ove mettere in atto quelle misure idonee al trasferimento protetto da effettuarsi poi nel più breve tempo possibile.

Sindrome coronarica acuta, Angioplastica primaria

L'angioplastica primaria e la trombolisi sono le due procedure da mettere in campo in corso di infarto miocardico acuto.

L'angioplastica primaria (PTCA) nell'IMA se eseguita entro 3 ore dall'inizio dei sintomi riduce la mortalità nei pazienti ad alto rischio.

In ogni PS devono esistere dei protocolli per l'esecuzione dell'angioplastica primaria nei pazienti ad alto rischio.

La finalità di tali protocolli deve essere mirata alla rapidità e all'organizzazione del trasporto nell'ambito di modelli organizzativi per le emergenze in rete secondo il modello Hub & Spoke. Tali protocolli devono prevedere:

1. quali pazienti debbano essere sottoposti a PTCA primaria (definizione dell'alto rischio) e quali pazienti debbano essere trattati con trombolitici
2. le modalità del trasporto idonee ad ottimizzare i tempi
3. il personale (medico ed infermieristico) deputato al trasporto e la sua formazione
4. le comunicazioni tra il centro inviante e quello ricevente
5. le terapie da attuarsi durante la fase del trasporto
6. le modalità di trasmissione dei dati (telemedicina)
7. il modello organizzativo Hub & Spoke
8. Fast track del dolore toracico in PS

I protocolli devono essere redatti in collaborazione tra i sistemi coinvolti (es. il Sistema dell'Emergenza territoriale, il Pronto Soccorso, l'Unità Operativa di Cardiologia, l'emodinamica di riferimento e la Centrale Operativa di riferimento).

Percorso: identificazione dei pazienti con IMA nel territorio mediante l'esecuzione dell'ECG a 12 derivazioni da registrare già al domicilio o durante il trasporto. Sviluppo della telemedicina con la trasmissione dell'ECG alla Cardiologia o Pronto Soccorso di riferimento. Identificazione elettrocardiografica rapida mediante fast track del dolore toracico dei pazienti che si presentano spontaneamente in PS. Identificazione dei pazienti ad alto rischio in accordi con la Cardiologia di riferimento e l'emodinamica di competenza. Organizzazione del sistema di trasporto primario (dalla casa all'emodinamica) e di quello secondario (dal PS all'emodinamica) con identificazione e formazione del personale dedicato. Rapporti codificati tra il PS e la Cardiologia inviante e l'emodinamica per quello che concerne le terapie concomitanti, ed i modelli organizzativi di accettazione e di rinvio dei pazienti.

Cardiochirurgia

Le patologie di emergenza di pertinenza cardiochirurgica sono fondamentalmente le dissezioni aortiche (tipo I), le lesioni vascolari aortiche traumatiche, le disfunzioni valvolari acute e la rottura del setto.

Devono esistere protocolli idonei al trattamento dei pazienti nelle strutture definite secondo il modello Hub & Spoke.

I protocolli debbono prevedere:

- 1 le patologie da centralizzare
- 2 gli accertamenti diagnostici da espletare prima del trasferimento
- 3 le modalità organizzative del trasporto comprensive della definizione dei mezzi e del personale
- 4 le comunicazioni tra il centro inviante e quello ricevente
- 5 il modello organizzativo Hub & Spoke

I protocolli devono essere redatti in accordo tra il PS, il DEA, la Cardiologia e la Cardiochirurgia di riferimento e messi a conoscenza della CO

Percorso: identificazione delle patologie in accordi con la cardiocirurgia di riferimento. Identificazione dell'iter diagnostico adeguato, concordato tra il PS, il DEA e la Cardiocirurgia. Identificazione delle modalità organizzative (mezzi e personale) relative al trasporto protetto di tali pazienti. Modalità di comunicazione tra i centri.

Trasfusione in emergenza

L'emoteca a disposizione del PS deve avere sempre a disposizione una scorta minima di 3 sacche di sangue zero negativo.

Deve esistere una procedura, nota e condivisa, per la gestione del sangue in dotazione al PS (la procedura deve contenere le modalità di ripristino immediato della scorta, scarico delle sacche utilizzate, modalità di reso, il riferimento agli eventuali moduli utilizzati oltre che le responsabilità) in modo da avere sempre la scorta definita a disposizione e la rintracciabilità delle sacche utilizzate.

Il PS sede di DEA di II° livello deve essere provvisto di riscaldatore ematico ad alta velocità di flusso.

Devono esistere accordi con il Centro Emotrasfusionale di riferimento (che può essere dislocato anche in altra sede) per acquisire sangue in urgenza; tali accordi devono essere definiti in procedure che specifichino modalità e tempi di consegna.

Devono esistere ed essere a disposizione Linee Guida di riferimento sul "buon" uso del sangue. Gestione dei fattori di coagulazione (es. per paziente emofilico) nei PS dei DEA di II° livello

Trasporto e trasferimento del paziente critico (p.c.)

Definizione di P.C.: paziente con compromissione di una o più funzioni vitali.

Condizioni organizzative:

- a) i trasporti dei P.C. debbono avvenire nell'ambito di procedure formalizzate che prevedano il contatto diretto tra struttura inviante e struttura ricevente
- b) i trasferimenti dei P.C. devono sempre prevedere il contemporaneo invio di tutta la documentazione sanitaria acquisita
- c) per i P.C. le consulenze che non necessitano di tecnologie particolari devono essere eseguite (se nella stessa struttura) in Pronto Soccorso evitando trasporti inutili o potenzialmente pericolosi.

Tipo di trasporto	Mezzo/ accompagnamento	Materiali/ Strumenti	Procedure
Interno	<u>Pz stabile</u> : Infermiere+ O.T.A./OSS. <u>Pz instabile:</u> Medico + Infermiere+ O.T.A./OSS	<ul style="list-style-type: none"> • D.A.E. • Zaino per emergenza adulti e pediatrico • Bombola O₂ • Materiale per monitoraggio parametri vitali 	<ul style="list-style-type: none"> • Check list controllo DAE e zaini • Procedura interna per l'accompagnamento
Esterno	1)Ambulanza tipo A con Infermiere o Medico 2)Elicottero		Procedura di attivazione 118 per mezzi Procedura per l'accompagnamento

Dialisi

Il paziente in dialisi che presenta una complicanza legata al suo stato deve, di norma, essere inviato ad un centro specifico con una celerità proporzionale al livello di gravità.

Il servizio 118 deve pertanto trasportare i pazienti in Ospedali dotati di Dialisi.

Poiché, per motivi diversi, un paziente in dialisi può comunque presentarsi ad un P.S. di un Ospedale che non ha tale funzione al suo interno, o ad un P.P.I., questi devono avere come riferimento:

- un Centro Dialisi (Tel., Fax)
- un sistema di trasporto appropriato h.24 (Tel)

Le terapie da attuare/iniziare in P.S. (e da proseguire durante il trasporto) devono essere concordate con la Dialisi di riferimento.

Grandi ustioni

I pazienti ustionati, come tutti i pazienti politraumatizzati, vanno valutati e trattati secondo protocolli e linee guida riconosciute a livello internazionale (ATLS, PTC/PHTLS) che prevedono un ordine di priorità (ABCDE) da seguire sia in sede preospedaliera sia in sede intraospedaliera.

In Pronto Soccorso devono essere presenti protocolli per il trattamento dei pazienti portatori di lesioni da causa termica, da causa chimica, da causa elettrica o da radiazioni.

Le lesioni vanno classificate in base alla profondità e in base alla loro estensione.

Devono essere previsti criteri per l'Ospedalizzazione in Reparti di tipo non intensivo (Reparti Dermatologici se presenti o Reparti di Chirurgia Generale o Medicina d'Urgenza) o per il trasferimento presso un Centro Ustioni. Ogni Pronto Soccorso deve prevedere un Centro Ustioni di riferimento con cui avere concordato le indicazioni per il trasferimento.

Deve essere prevista la possibilità di effettuare un intervento di escarotomia in emergenza per ustioni circonferenziali e a tutto spessore del torace o degli arti.

In caso di trasferimento per ricovero presso un Centro Ustioni dovranno essere applicate le procedure previste per il trasporto di tutti i pazienti critici.

Agenzia Sanitaria Regionale

CENTRALE OPERATIVA 118

Tempo di processazione della chiamata	Dal momento in cui arriva la chiamata alla centrale (primo squillo) al momento di invio del mezzo		La prontezza della risposta è in relazione all'outcome e la possibilità di utilizzo del servizio da parte di altri utenti	120''	Aziendale U.O.	Sistema informativo 118	Rilevazione sistematica in automatico	
Valutazione delle sottostime	N° di chiamate con attribuzione congrua del mezzo di soccorso/N° totale delle attribuzioni		E' un indicatore di efficacia relativo all'accuratezza della valutazione iniziale del paziente.		Regionale Aziendale U.O.	Sistema informativo 118	Rilevazione a cura della C. O.	

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONAL E	STANDAR D (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazio ni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATOR E (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIO NE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, è già rilevato per altre necessità)
--------------------	--	---	-----------------------	-------------------------------------	--	--------------------------	--	--

PUNTO DI PRIMO INTERVENTO								
Attività integrata dei PPI % di trasferimenti o ricoveri	N° pazienti trasferiti - ricoverati / N° totale pazienti visitati	N° pazienti trasferiti/N° totale pazienti visitati N° pazienti ricoverati/N° totale pazienti visitati	Indicatore di processo che indica la conformità a percorsi concordati.	Non esiste riferimento regionale	Aziendale U.O.	Sistema informativo 118	Deve essere calcolato in autonomia rispetto al PS Occorrono chiare procedure/protocolli di riferimento. Va analizzato in relazione al contesto organizzativo	
Monitoraggio dei tempi	Audit dei tempi	Verifica dei tempi di <ul style="list-style-type: none"> • arrivo sul posto • trattamento sul posto • ospedalizzazi one 	L'adeguatezza dei tempi di soccorso ai protocolli stabiliti offre migliori probabilità di esiti positivi	Esistenza dei risultati dell'audit	Regionale Aziendale U.O.	Sistema informativo 118	I risultati devono essere valutati in riferimento agli specifici protocolli e al contesto geografico- organizzativo	

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONAL E	STANDAR D (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazio ni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATOR E (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIO NE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, è già rilevato per altre necessità)
--------------------	--	---	-----------------------	-------------------------------------	--	--------------------------	--	--

PRONTO SOCCORSO								
Percorso politrauma Esistenza e applicazione delle linee guida ATLS Politrauma	Audit sull'applicazione delle linee guida ATLS		E' un indicatore che valuta l'adeguatezza e la conformità del percorso assistenziale agli indirizzi del governo clinico	Esistenza linee guida e documentazion e dell' esecuzione dell'audit	U.O.	Documentazione clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O. per tramite audit clinico su campione dei casi	Fornisce informazioni sulle modalità di realizzazione del percorso clinico.
Percorso sindrome coronarica acuta Applicazione dei protocolli specifici	Audit sull'applicazione dei protocolli specifici		E' un indicatore che valuta l'adeguatezza e la conformità del percorso assistenziale agli indirizzi del governo clinico	Documentazio ne esecuzione dell'audit	U.O.	Documentazione clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O. per tramite audit clinico su campione dei casi	Fornisce informazioni su modalità di realizzazione del percorso clinico. E' un indicatore spendibile nel programma regionale IMA (PRIMA RER)

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONAL E	STANDAR D (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazio ni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATOR E (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIO NE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, è già rilevato per altre necessità)
--------------------	--	---	-----------------------	-------------------------------------	--	--------------------------	--	--

%ricoveri da PS	N° pazienti ricoverati da PS/Totale pazienti che accedono al PS		Indicatore di attività che valuta l'efficienza dell'organizzazione e la qualità del percorso assistenziale	18% ± 5	Aziendale e U.O.	Documentazione clinica	Rilevazione a cura dell'U.O. (meglio se informatizzata)	I risultati debbono essere valutati in riferimento al contesto organizzativo (OBI) e al mandato
%congruenza di attribuzione codice colore (giallo) nell'attività di Triage	Numero di pazienti con attribuzione codice colore (giallo) di diagnosi di ammissione congruente con la diagnosi di dimissione/Totale pazienti x 100		E' un indicatore di efficacia relativo all'accuratezza della valutazione iniziale del paziente.	Sovrastima 25% ± 5 Sottostima 2% ± 1 (dati benchmarking regionale 1998)	U.O.	Documentazione clinica	Rilevazione a cura dell'U.O. (meglio se informatizzata) Valutazione annuale su campione statisticamente significativo (calcolato sul volume di attività) ovvero una volta a trimestre	

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONAL E	STANDAR D (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazio ni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATOR E (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIO NE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, è già rilevato per altre necessità)
--------------------	--	---	-----------------------	-------------------------------------	--	--------------------------	--	--

% outliers di attesa codice giallo	N° pazienti con codice giallo che hanno atteso più di 20* minuti/Totale dei pazienti con codice giallo X100 *benchmarking regionale 1998 (tempo di attesa codice giallo 15 minuti ± 5)		Si tratta di pazienti in cui il fattore tempo è importante per l'outcome		U.O.	Documentazio ne clinica	Deve essere rilevato dal sistema informativo del PS	
---------------------------------------	--	--	--	--	------	----------------------------	---	--

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONAL E	STANDAR D (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazio ni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATOR E (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIO NE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, è già rilevato per altre necessità)
--------------------	--	---	-----------------------	-------------------------------------	--	--------------------------	--	--

OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA								
% dimissioni su pazienti ammessi in OBI	N° pazienti dimessi/ N° pazienti ammessi in OBI		Indicatore di performance che valuta in maniera indiretta l'appropriatezz a dei ricoveri	70%	Aziendale e U.O.	Sistema informativo di Pronto Soccorso	Rilevazione annuale, ad hoc manuale o informatizzata a cura della U.O.	
% outliers di permanenza massima in OBI	N° pazienti ricoverati in OBI con permanenza oltre le 24 h./ totale pazienti ricoverati in OBI		L'indicatore serve a monitorare l'utilizzo della funzione OBI		Regionale Aziendale U.O.	Documentazio ne clinica	Rilevazione annuale a cura della U.O.	

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONAL E	STANDAR D (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazio ni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATOR E (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIO NE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, è già rilevato per altre necessità)
--------------------	--	---	-----------------------	-------------------------------------	--	--------------------------	--	--

MEDICINA D'URGENZA								
% outliers di permanenza in Medicina d'Urgenza	N° pazienti ricoverati in Medicina d'Urgenza con permanenza oltre le 72 h./ totale pazienti ammessi in Medicina d'Urgenza x100		L'indicatore serve a monitorare l'appropriatezza dei ricoveri in Medicina d'Urgenza		Regionale Aziendale e U.O.	Documentazione clinica	Rilevazione annuale a cura della U.O.	