

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME SUL DOCUMENTO DI LINEE-GUIDA SUL SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA CONCERNENTE: "TRIAGE INTRAOSPEDALIERO (VALUTAZIONE GRAVITA' ALL'INGRESSO) E CHIRURGIA DELLA MANO E MICROCHIRURGIA NEL SISTEMA DELL'EMERGENZA - URGENZA SANITARIA".

GU n. 285 del 7-12-2001

ACCORDO 25 ottobre 2001

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

VISTO l'art. 2, comma 2, lettera b) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi, secondo quanto previsto dall'art. 4 del medesimo decreto legislativo;

VISTO l'art. 4, comma 1, del predetto decreto legislativo, nel quale si prevede che, in questa Conferenza, Governo, regioni e province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, possano concludere accordi al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, recante: "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza";

VISTE le "Linee-guida sul sistema dell'emergenza sanitaria" in applicazione del richiamato decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, approvate con l'atto d'intesa tra Stato e regioni, adottato nel corso della seduta dell'11 aprile 1996 di questa Conferenza e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 114 del 17 maggio 1996;

VISTA la proposta di accordo in oggetto che è stato trasmesso dal Ministro della salute il 20 aprile 2001;

CONSIDERATO che il 5 giugno 2001, in sede tecnica, i rappresentanti delle regioni hanno avanzato alcune proposte di modifica al documento contenente: "Chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria", che sono state accolte dai rappresentanti delle amministrazioni centrali;

CONSIDERATO che il 10 luglio 2001 il Ministero della salute ha trasmesso il testo nella stesura definitiva con le modifiche concordate in riunione tecnica il 26 giugno;

CONSIDERATO che con nota del 25 luglio 2001, il Ministro della salute ha confermato i contenuti della proposta di linee-guida di cui all'oggetto;

TENUTO conto che con nota del 15 ottobre 2001, il coordinamento tecnico dell'area sanità e servizi sociali a nome di tutte le regioni, ha espresso l'avviso favorevole per i documenti in oggetto;

ACQUISITO l'assenso del Governo e dei presidenti delle regioni e province autonome, espresso ai sensi dell'art. 4, comma 2 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

SANCISCE

il seguente accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nei termini sottoindicati: il Ministro della salute, i presidenti delle regioni e delle

province autonome di Trento e di Bolzano: concordano sulla opportunità di definire criteri e indirizzi uniformi su alcuni specifici aspetti del sistema di risposta all'emergenza - urgenza sanitaria, in conformità a quanto previsto dalle richiamate linee-guida del 1996; convengono che il Ministro della salute fornisca alle regioni e alle province autonome gli indirizzi ed i criteri generali contenuti nei seguenti documenti di linee-guida: triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso); chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria. I documenti di linee-guida vengono allegati al presente atto e ne costituiscono parte integrante.

Roma, 25 ottobre 2001

Il presidente: La Loggia

Il segretario: La Falce

Allegato

LINEE GUIDA SUL "TRIAGE" INTRAOSPEDALIERO PER GLI UTENTI CHE ACCEDONO DIRETTAMENTE IN PRONTO SOCCORSO.

Considerazioni generali. Il sistema di "trriage" e' uno strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi non programmati ad un servizio per acuti. Questo processo, con cui i pazienti vengono selezionati e classificati in base al tipo e all'urgenza delle loro condizioni, e' da distinguere dalla visita medica, in quanto l'obiettivo del "trriage" e' proprio la definizione della priorit  con cui il paziente verr  visitato dal medico. Il triage, come sistema operativo, pu  essere svolto con diverse modalit  a seconda dei campi in cui viene applicato: in centrale operativa, in pronto soccorso, sul territorio o nelle maxiemergenze e catastrofi. Il termine triage deriva dal verbo francese "trier" e significa scegliere, classificare e indica quindi il metodo di valutazione e selezione immediata usato per assegnare il grado di priorit , per il trattamento quando si e' in presenza di molti pazienti. Il presente documento intende affrontare specificatamente la funzione di triage a livello ospedaliero ed in particolare nelle strutture complesse di pronto soccorso, come previsto dall'atto di intesa Stato regioni sulle linee guida in materia di requisiti organizzativi e funzionali della rete di emergenza - urgenza, in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992 laddove recita "all'interno del D.E.A. deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorit  di intervento. Tale funzione e' svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo i protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio". La tendenza in crescita e comune a tutte le realt  sanitarie di ricorrere al pronto soccorso da parte di un numero sempre maggiore di cittadini crea l'esigenza di utilizzare il triage nel pronto soccorso ad elevato numero di accessi. A livello ospedaliero, la funzione di triage deve essere attivata in tutte le unit  operative di pronto soccorso - accettazione, purch  correlata al numero degli accessi. Le aziende sanitarie devono garantire le risorse per assicurare la funzione di triage. Tale funzione dovr  essere assicurata in ogni caso e continuamente in quei presidi con oltre 25.000 accessi per anno. Gli ospedali che, pur essendo al di sotto dei 25.000 accessi per anno, si trovano ad operare in condizioni di flussi periodicamente elevati ed irregolari (turismo stagionale, fiere, manifestazioni, ecc.) devono garantire la funzione di triage proporzionalmente alle necessit .

Personale.

Il triage deve essere svolto da un infermiere esperto e specificatamente formato, sempre presente nella zona di accoglimento del pronto soccorso ed in grado di considerare i segni e sintomi del paziente per identificare condizioni potenzialmente pericolose per la vita e determinare un codice di gravit  per ciascun paziente al fine di stabilire le priorit  di accesso alla visita medica. L'infermiere opera sotto la supervisione del medico in servizio, responsabile dell'attivit , e secondo protocolli predefiniti riconosciuti e approvati dal responsabile del servizio di pronto soccorso - accettazione o dipartimento di emergenza - urgenza ed accettazione (D.E.A.). Il triage e' patrimonio del pronto soccorso e, ove sussista la rotazione del personale in ambito dipartimentale, deve essere condiviso da tutto il personale infermieristico del dipartimento di emergenza - urgenza ed accettazione medesimo. Formazione del personale infermieristico. L'iter formativo deve essere rivolto al personale con diploma di infermiere professionale o diploma universitario di infermiere e con esperienza sul campo di almeno sei mesi in pronto soccorso, e deve riguardare oltre l'insegnamento di base rispetto alle funzioni di triage anche lezioni di psicologia comportamentale, di organizzazione del lavoro e di conoscenza di tecniche relazionali.

Organizzazione del lavoro.

L'attività del triage si articola in: accoglienza: raccolta di dati, di eventuale documentazione medica, di informazioni da parte di familiari e/o soccorritori, rilevamento parametri vitali e registrazione. assegnazione codice di gravità: e' opportuno che vengano attribuiti codici colore sia per criteri di praticità, omogeneità ed efficacia visiva, sia perché di immediata comprensione anche da parte dei pazienti. E' necessario inoltre che tale criterio coincida con i codici utilizzati nella fase extraospedaliera.

I codici di criticità, in analogia con i criteri definiti dal decreto del Ministero della sanità del 15 maggio 1992, articolati in quattro categorie ed identificati con colore sono: codice rosso: molto critico, priorità massima pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure; codice giallo: mediamente critico, priorità intermedia; codice verde: poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili; codice bianco: non critico, pazienti non urgenti; gestione dell'attesa: per la rivalutazione delle condizioni dei pazienti che possono mutare durante l'attesa. Per poter assicurare un livello qualitativo adeguato occorre prevedere la verifica periodica della congruità dei codici assegnati.

Strutture.

Le strutture in cui viene effettuato il triage devono consentire la raccolta dati, informazioni ed una breve semplice valutazione con rispetto della privacy anche ai sensi della normativa vigente.

Informazione

all'utenza.

E' indispensabile garantire una corretta informazione all'utenza sul sistema di triage. Tale azione deve essere sviluppata dalle aziende sanitarie attraverso il supporto di una campagna informativa rivolta alla popolazione (informazione tramite media, distribuzione opuscoli, ecc.) e con strumenti (pannelli luminosi, ecc.) da collocarsi in ogni luogo di attesa contiguo agli ambulatori di pronto soccorso.

LINEE GUIDA SULLA CHIRURGIA DELLA MANO E MICROCHIRURGIA NEL SISTEMA DELL'EMERGENZA – URGENZA SANITARIA

Premessa.

La chirurgia della mano e microchirurgia può essere definita come una "... attività di diagnosi e cura che richiede un particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale specificatamente formato ..." (art. 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595). Anche se non inserita nell'elenco delle altre specialità contenute nel decreto ministeriale 29 gennaio 1992, la chirurgia della mano e microchirurgia viene individuata nell'ambito del D.E.A. di secondo livello di cui all'atto d'intesa Stato - regioni sul sistema di emergenza sanitaria, in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. In base a tale atto, al pari di altri settori di intervento nel sistema dell' emergenza – urgenza sanitaria, occorre prevedere sul territorio nazionale una rete di presidi in grado di fornire una risposta sanitaria specialistica di chirurgia della mano e microchirurgia.

Definizione dei livelli di intervento.

Nel campo della chirurgia della mano e microchirurgia, gli interventi sono configurabili, dal punto di vista della complessità chirurgica in due distinti livelli: I livello, o a "bassa complessità", riconducibile a tutta la patologia traumatica della mano (lesioni cutanee, lesioni tendinee e capsulo – legamentose, fratture chiuse, ecc.); II livello, o ad "alta complessità", riconducibile a prestazioni di alta specialità, ovvero al trattamento di lesioni gravi, come quelle in cui sono interessati più di tre tessuti con particolare riguardo ai vasi, che, nel caso di reimpianti, garantiscono la vitalità del

segmento interessato. Dal punto di vista operativo, sono definibili ad "alta complessità" quelle situazioni che rendono necessaria l'attivazione di una seconda équipe operatoria microchirurgica, per far fronte all'emergenza.

Organizzazione della rete.

La rete dei presidi, in grado di fornire una risposta sanitaria specialistica, deve essere costituita da centri di I livello e da centri regionali o interregionali di II livello. Gli interventi di chirurgia della mano e relative tecniche microchirurgiche, configurabili dal punto di vista della complessità chirurgica come di I livello o a "bassa complessità", sono realizzabili presso le unità funzionali chirurgiche di ortopedia e traumatologia, anche attraverso l'attività di specifici settori all'interno delle unità medesime. Tali settori di intervento sono collocati in presidi ospedalieri sedi di dipartimento di emergenza - urgenza ed accettazione di I livello (D.E.A. I livello). Gli interventi di chirurgia della mano e relative tecniche microchirurgiche, configurabili dal punto di vista della complessità chirurgica come di I livello o ad "alta complessità", sono realizzabili presso le unità funzionali di chirurgia della mano e microchirurgia collocate in presidi ospedalieri sedi di dipartimento di emergenza - urgenza ed accettazione di II livello (D.E.A. di II livello), come da atto d'intesa Stato - regioni. I centri di II livello devono assicurare la corretta pianificazione della casistica di competenza (elezione) ed il trattamento di emergenze-urgenze indifferibili e coincidenti (urgenza), dotandosi conseguentemente delle necessarie risorse umane e tecnologiche.

Le regioni e le province autonome, nell'ambito della specifica programmazione regionale, definiscono i criteri per l'accreditamento, nonché specifici indicatori per la verifica ed il controllo della qualità delle prestazioni erogate.

Modello organizzativo della rete.

Alla luce della distribuzione attuale delle unità operative presenti sul territorio nazionale, occorre organizzare una rete integrata di chirurgia della mano e microchirurgia prevedendo l'eventuale potenziamento delle strutture già esistenti, nonché l'istituzione di altre, al fine di garantire una copertura omogenea dell'intero territorio.

Sulla base dell'incidenza della patologia traumatica, delle caratteristiche orografiche del territorio e della distribuzione della popolazione occorre individuare, orientativamente ogni 4 milioni di abitanti una struttura di II livello di chirurgia della mano e microchirurgia. Per una corretta erogazione di prestazioni di chirurgia della mano e microchirurgia, le regioni e le province autonome possono programmare, in accordo con le regioni viciniori, l'individuazione di ulteriori unità funzionali e/o il potenziamento delle strutture esistenti.

Le realtà attualmente sprovviste di strutture di II livello devono attivare, sulla base di protocolli di intesa da definirsi tra regioni e province autonome limitrofe, un coordinamento interregionale per la gestione dei flussi di pazienti ed una corretta risposta sanitaria specialistica.

Indicazioni operative.

1. Per la traumatologia in particolare, la risposta sanitaria in regime d'urgenza si realizza attraverso l'utilizzo di protocolli finalizzati all'individuazione delle modalità di gestione delle urgenze indipendentemente dalla sede di provenienza dell'infortunato, nonché delle modalità di trasferimento ed accettazione presso le unità funzionali di chirurgia della mano e microchirurgia di riferimento;
2. l'efficacia degli interventi è strettamente legata all'integrazione tra il livello clinico ed il livello organizzativo dove:

3. il livello clinico e' rappresentato dall'attività sul luogo dell'evento, sui mezzi di soccorso e negli ospedali;
4. il livello organizzativo e' rappresentato dall'attività della centrale operativa "118";

3. il coordinamento per il trasferimento presso le unità funzionali di II livello con la conseguente individuazione del posto letto, viene svolto dalla centrale operativa 118 competente per territorio, sulla base di protocolli da definirsi tra regioni/province autonome limitrofe. Qualora questi ultimi accordi non fossero ancora in essere occorre far riferimento a quanto indicato al successivo punto 6);
4. i protocolli elaborati sulla base di quanto indicato nella scheda in allegato vengono adottati dalle centrali operative 118, dai pronto soccorso - accettazione - medicina d'urgenza, nonché dalle unità funzionali di I livello per l'individuazione: dei casi da indirizzare presso i centri di II livello (chirurgia della mano e microchirurgia); dei tempi di trasferimento; delle modalità di trasporto;
5. la gestione delle lesioni complesse e delle amputazioni deve prevedere la trasmissione di informazioni generali relative al paziente ed alle lesioni subite dal medesimo (modalità, cronologia e tipologia di infortunio), nonché le modalità di soccorso territoriale e di trasporto, così come descritte nell'allegato;
6. in fase transitoria, in attesa della completa attivazione del "sistema 118" sull'intero territorio nazionale ed avvalendosi del supporto delle centrali operative, possono essere utilizzati sistemi di coordinamento già operanti sulla base di esperienze già consolidate. All'interno delle strutture complesse chirurgiche (ortopedia e traumatologia e/o chirurgia plastica, ecc.), la responsabilità di settori di specifica attività di I livello può essere affidata a dirigenti medici con documentata esperienza nel campo della chirurgia della mano e delle relative tecniche microchirurgiche. La responsabilità delle unità funzionali di II livello di chirurgia della mano e' affidata ad un dirigente medico con documentata esperienza nel settore della chirurgia della mano e delle relative tecniche microchirurgiche, che abbia espletato, per almeno due anni, attività presso centri specialistici riconosciuti a livello nazionale e/o internazionale.