



INCREMENTARE LO SVILUPPO ORGANIZZATIVO DEL SISTEMA  
DI URGENZA – EMERGENZA TRAMITE LA RIORGANIZZAZIONE  
DELLE RISORSE UMANE IN DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE  
FUNZIONALE TERRITORIO –OSPEDALE

## **PROGETTO PILOTA PER IL BACINO DI MESSINA**

**Dott. Vincenzo Picciolo**  
**Referente Urgenza**  
**Emergenza 118 ASP Messina**



## INDICE

RIASSUNTO .....	3
DEFINIZIONE DEL PROBLEMA.....	5
STRATEGIA .....	12
OBIETTIVO .....	22
PIANO OPERATIVO.....	26
COSTI E RISORSE .....	30
GESTIONE DEL RISCHIO.....	31
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE.....	33
CONCLUSIONI.....	36
BIBLIOGRAFIA .....	37
SITOGRAFIA .....	40
ALLEGATI .....	41



## RIASSUNTO

L'organizzazione dell'assistenza nell'area dell'urgenza-emergenza deve avere come obiettivo un modello finalizzato al reale coordinamento dei professionisti, delle strutture e dei servizi, superando il concetto di gestione statica e compartimentale della allocazione delle risorse. Tale principio, oltre ad elevare la qualità delle attività erogate, permette di ottimizzare complessivamente, in ciascun ambito, l'impiego delle risorse, trasformando il sistema in una reale rete assistenziale.

La rete dell'urgenza - emergenza, così come delineata dal D.P.R. del 92, ha sicuramente portato al miglioramento della risposta ed aumentato la cultura e l'attenzione sia da parte degli operatori sanitari che dei cittadini fruitori di tale sistema. L'articolazione della rete, che integra i servizi territoriali e ospedalieri, vista la complessità delle competenze delle varie figure professionali che vi operano, si concretizza nella erogazione di prestazioni composite. Componenti principali di tale Sistema sono il SUES-118 e il Pronto Soccorso/DEA. Il Sistema territoriale è costituito dalle centrali operative 118, dai mezzi mobili di soccorso e dalle eliambulanze, opera nella fase di "allarme", ed assicura 24 ore al giorno, l'intervento più appropriato nel più breve tempo possibile, in ogni punto del territorio, trasferendo il paziente alla struttura più appropriata. Il sistema Ospedaliero, funzionalmente differenziato e gerarchicamente organizzato, è rappresentato da Ospedali sede di Pronto Soccorso/DEA. Tra le diverse reti assistenziali quella dell'urgenza-emergenza rappresenta uno dei primi esempi di percorso assistenziale che tende alla integrazione, e riveste un ruolo particolare per le sue interconnessioni con le altre reti ad alta complessità (trauma, cardiologica, cerebrovascolare ecc.).

Negli anni passati lo sforzo maggiore è stato quello di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza mirata ai singoli servizi, mentre in questi ultimi anni molto si sta facendo per realizzare l'integrazione tra i servizi, al fine di garantire la continuità assistenziale in tutto il percorso del paziente. In tale contesto è bene ricordare che il sistema di emergenza territoriale rappresenta comunque un servizio giovane con un'organizzazione eterogenea, sia in abito Nazionale che Regionale, che ci porta ad una riflessione organizzativa per una sua rivisitazione/aggiornamento per renderlo più efficiente ed omogeneo in linea con quanto necessario ai nuovi bisogni assistenziali.

Le due componenti del sistema dell'urgenza-emergenza, quello ospedaliero e quello territoriale, devono essere in grado di affrontare tutti i problemi connessi. Nell'attesa di un intervento legislativo, che miri ad un sistema integrato che possa meglio rispondere ai bisogni assistenziali. Il modello organizzativo che si intende proporre, pone l'attenzione alle risorse umane, ed è finalizzato alla "Continuità delle cure" in un sistema integrato SUES 118 e PS/DEA. L'obiettivo è



di realizzare, in una logica di rete, l'integrazione delle strutture, dei servizi, delle figure professionali e delle professionalità del sistema di emergenza in modo da fornire una risposta completa ed efficiente al cittadino per una presa in carico globale della persona. Tale modello si potrebbe identificare nella istituzione di un "Dipartimento funzionale territorio ospedale del sistema dell'urgenza-emergenza sanitaria", che trova riscontro nel "*Documento metodologico per la riorganizzazione del Sistema di rete dell'emergenza-urgenza*" allegato 1 al D.A. n.22 del 11/02/2019 pubblicato sulla GURS n. 6 del 8/02/2019 S.O. n.1 "*Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015, n.70*" prevede anche la "*organizzazione delle medesime discipline ad elevata complessità in ragione dei diversi ambiti assistenziali anche per il tramite di integrazioni interaziendali secondo il modello Hub e Spoke*".



## DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

A seguito dell'emanazione del D.P.R. 27 marzo 1992 e delle linee Guida 1/96, l'Emergenza sanitaria sul territorio si è trasformata da "Servizio", che prevedeva il semplice invio dell'ambulanza sul luogo dell'evento ed il successivo trasporto del paziente al Pronto Soccorso più vicino ("Scoop and Run" = prendi e corri), ad un vero e proprio "Sistema di soccorso", che consiste nell'integrazione delle fasi di soccorso con l'invio del mezzo meglio attrezzato per il così detto trattamento extraospedaliero ("Stay and Play" = rimani e lavora), così da incidere sull'intervallo di tempo in cui la vittima rimane senza adeguata terapia prima del trasporto all'ospedale più idoneo, migliorando il follow-up di numerosi pazienti coinvolti sia in eventi traumatici che colti da malore. A distanza di 20 anni dall'istituzione in Sicilia del SUES-118, accanto ad elementi di novità di livello europeo e di livello nazionale, l'istituzione del nuovo numero unico di emergenza "112", la definizione degli standard europei dei mezzi di soccorso, l'organizzazione delle maxiemergenze, l'istituzione della nuova scuola di specializzazione in Medicina d'emergenza-urgenza nonché l'avanzamento della tecnologia (rete per la trasmissione delle immagini), sono emersi anche elementi di riflessione che ci inducono ad una rivisitazione del "sistema".

In tale contesto è bene ricordare che dal punto di vista temporale il sistema dell'emergenza territoriale nasce successivamente alla revisione del Titolo V della Costituzione, tale riforma ne ha condizionato la modalità organizzativa non rendendola omogenea su tutto il territorio nazionale. Le Regioni, nella organizzazione del servizio territoriale, non hanno tenuto conto di quanto già esistente nella rete ospedaliera, intervenendo con atti legislativi riferiti al solo contesto territoriale, generando sia una parcellizzazione delle competenze nell'emergenza territoriale che sistemi differenti su scala nazionale. In entrambi i casi, non si è avuta alcuna attenzione della integrazione con l'esistente. In alcune realtà, si è arrivati alla costituzione di una azienda autonoma che si occupa esclusivamente dell'emergenza territoriale, trascurando inevitabilmente la continuità assistenziale tra territorio e ospedale. Tale modello organizzativo provoca da parte del singolo operatore la difesa della propria attività, che si ferma alla competenza di area, che in assenza di condivisione di processi gestionali intra ed extraospedalieri, la semplice creazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici di Assistenza, per quanto condivisi, non sono sufficienti a garantire una reale condivisione dell'assistenza che inevitabilmente passa dalla empatia degli operatori. Il capitale umano è la risorsa più preziosa all'interno del sistema dell'emergenza. Già a livello nazionale l'emergenza territoriale è sottoposta a processi di revisione e verifica dell'organizzazione e nei prossimi anni dovrà necessariamente promuovere percorsi che stabiliscano tipologie e competenze del personale, attivare competenze avanzate in



emergenza coerenti con il contesto operativo esistente e con l'evoluzione del sistema, cercare di integrarsi col sistema ospedaliero traendone da questo forza grazie alla rotazione del personale e infine, sapere cogliere le opportunità di operare in maniera motivata.

In atto in ambito regionale, il sistema della emergenza sanitaria territoriale è disciplinato:

"Nuove linee guida generali sul funzionamento del Servizio di Urgenza Emergenza Sanitaria Regionale "S.U.E.S. - 118", D.A. del 25 marzo 2009 pubblicate sulla GURS n.18 del 24 Aprile 2009;

"Linee Guida – Protocolli e Procedure – Servizio SUES 118 – Sicilia" D.A. del 30 Aprile 2010 pubblicato nella GURS - S.O. n.24 del 21/05/2010, che prevedono:

*"L'Azienda unità sanitaria locale competente per territorio, sentito il responsabile della Centrale operativa, provvederà ad assicurare un contingente di medici di emergenza sanitaria territoriale congruo alle necessità"*

L.R. n.5 del 17 aprile 2009 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale" Art. 24 *Rete dell'emergenza – urgenza sanitaria:*

*1. Il sistema regionale di emergenza-urgenza è articolato in:*

*a) sistema territoriale di emergenza: postazioni di soccorso territoriale, punti territoriali di emergenza, servizi di continuità assistenziali;*

*b) sistema ospedaliero: pronto soccorso ospedaliero, dipartimento di emergenza-urgenza.*

*2. Il sistema di emergenza-urgenza:*

*a) assicura il coordinamento delle attività connesse ai prelievi ed ai trapianti di organi in raccordo con il Centro regionale trapianti;*

*b) assicura il trasporto di emergenza neonatale ed il trasporto anche secondario della rete dell'infarto miocardico acuto;*

*c) favorisce l'integrazione con i servizi di continuità assistenziale;*

*d) si raccorda con la Protezione civile;*

*e) collabora con gli altri servizi pubblici addetti all'emergenza, con le Prefetture ed i dipartimenti di prevenzione e di tutela dei luoghi di lavoro;*

*f) partecipa alla stesura di piani di intervento sanitario delle maxi-emergenze.*

*3. Al fine di svolgere le attività di cui al comma 2, nonché allo scopo di effettuare il coordinamento del servizio e di ricevere ed autorizzare le richieste per missioni di ambulanze e/o elisoccorso primario e secondario, valutandone la criticità ed il grado di complessità in relazione alla tipologia dell'emergenza, operano quattro Centrali operative, corrispondenti a quelle già esistenti.*

*4. Le Centrali operative effettuano il coordinamento del servizio nei rispettivi ambiti di riferimento, ricevendo le richieste di intervento, valutandone la criticità ed il grado di complessità in relazione alla tipologia dell'emergenza ed autorizzando le missioni di autosoccorso e/o elisoccorso primario e secondario.*



5. Ciascuna Centrale Operativa deve essere dotata, oltre che del necessario personale di supporto, di personale esclusivamente dedicato avente requisiti professionali secondo la normativa vigente in materia, reclutato tra il personale medico dell'area di emergenza-urgenza e tra il personale infermieristico che oltre a specifica formazione di base abbia superato adeguati percorsi formativi e di addestramento rivolti anche alla conoscenza e all'acquisizione di competenza nelle procedure per la valutazione dello scenario, di riconoscimento e gestione dell'emergenza, di esecuzione delle manovre di supporto alle funzioni vitali, di sviluppo del coordinamento con le strutture della rete dell'emergenza e degli altri servizi pubblici addetti all'emergenza.

6. L'articolazione organizzativa del sistema di emergenza-urgenza, completata l'informatizzazione del servizio, potrà essere rimodulata con decreto dell'Assessore regionale per la sanità previo parere della competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana.

7. Il personale medico ed infermieristico da utilizzare nel Servizio Emergenza Urgenza 118 è scelto da una graduatoria regionale, regolamentata con successivo provvedimento dell'Assessore regionale per la sanità, composta da soggetti in possesso dei requisiti formativi e di addestramento previsti dalla normativa vigente relativa ai servizi di emergenza-urgenza e in via prioritaria dal personale in servizio già utilizzato nelle ambulanze medicalizzate attive nel territorio regionale ed in possesso dei requisiti previsti.

8. Al fine di assicurare omogeneità di intervento, continuità assistenziale ed efficienza operativa è istituito, senza oneri aggiuntivi a carico del Servizio sanitario nazionale né del bilancio della Regione, il Comitato regionale per l'emergenza-urgenza, presieduto dall'Assessore regionale per la sanità, o da un suo delegato, composto dai responsabili delle Centrali operative del Servizio Emergenza Urgenza 118, dai direttori sanitari delle Aziende sedi di Centrali operative, nonché dai referenti provinciali per il Servizio 118 individuati dai direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali che non siano sede di Centrali operative.

9. Con decreto dell'Assessore regionale per la sanità, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono determinate le modalità di funzionamento del Servizio emergenza-urgenza 118 e le procedure per l'adozione di protocolli operativi finalizzati a promuovere la qualità, l'efficienza e l'uniformità del servizio nell'intero territorio della Regione e a garantire il coordinamento tra le centrali operative e con la rete assistenziale, nonché le linee guida per la formazione e l'aggiornamento del personale.

10. L'espletamento delle attività afferenti al Servizio di emergenza-urgenza 118 per l'intero territorio regionale, diverse da quelle di cui al comma 4 espletate dalle Centrali operative, può essere assolto anche avvalendosi, nel rispetto dei principi fissati dalla normativa comunitaria e nazionale in materia di





*concorrenza, di organismi a totale partecipazione pubblica che esercitino la propria attività esclusivamente nei confronti della Regione siciliana e nel relativo ambito territoriale”.*

Nonostante il comma 1 lettera a e b dell'articolo 24 della L.R. n.5, reciti che il sistema regionale di emergenza-urgenza è articolato in un *sistema territoriale di emergenza: postazioni di soccorso territoriale, punti territoriali di emergenza, servizi di continuità assistenziali ed un sistema ospedaliero: pronto soccorso ospedaliero, dipartimento di emergenza-urgenza*, di fatto la norma organizza solo il sistema territoriale, demando la organizzazione dei PS/DEA al funzionigramma della rete ospedaliera, enunciandone una sola attività di coordinamento che di fatto non è in linea alle esigenze del servizio. È quindi chiaro che la normativa, finalizzando la propria attività solo ad alcuni aspetti organizzativi, ed escludendone altri, porta a delle azioni settoriali nonostante si operi in area critica e si trattino le medesime patologie. Per logica conseguenza, avendo dei riferimenti legislativi differenti a seconda che si tratti di territorio od ospedale è chiaro che negli anni si è prodotta una spiccata propensione alle competenze solo del proprio ambito, garantendone la massima efficienza gestionale per area, a seconda si tratti di territorio od ospedale, non tenendo conto dell'intero percorso assistenziale. È chiara la necessità di mettere al centro il percorso assistenziale, solo successivamente stabilirne il ragionamento assistenziale, che deve avere come riferimento il percorso del paziente. Pertanto il contesto regionale, riferito alla popolazione residente è che il 24,2% della popolazione della Sicilia, pari a 1.224.093 abitanti risiede nei tre principali comuni della Sicilia Palermo, Catania e Messina. La provincia di Messina conta 108 Comuni ha una superficie di 3.247,34 Km<sup>2</sup> ed una popolazione di 636.653 con una densità abitativa 195,2 Km<sup>2</sup> per abitante. La principale rete viaria è rappresentata dall' A18 sul versante ionico e l'A20 nel versante tirrenico. Il collegamento con i comuni dell'entroterra è garantito da un reticolo di strade provinciali e statali non più idoneo ai moderni sistemi di collegamento.





<b>Provincia</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Superficie</b>	<b>Densità</b>	<b>Comuni</b>
<b>MESSINA</b>	<b>653.737</b>	<b>3.247,34 Kmq</b>	<b>195,2/Kmq</b>	<b>108</b>

Il D.A n. 22 del 11/01/2019 pubblicato sulla GURS n. 6 08 /02/ 2919 S.O. n.1 "Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015, n. 70" prevede quattro bacini organizzativi riconducibili all'area emergenza-urgenza, identificando la provincia di Messina quale terza area metropolitana in ordine di grandezza insieme a Catania e Palermo. In ciascun bacino è presente la C.O. del SUES-118 che per il bacino di Messina è ubicata presso il Papardo. In tale contesto il bacino di Messina coincide con la Provincia, ora città metropolitana.



## Organizzazione del bacino n.2 di Messina – D.A. 22/2019

La Rete Ospedaliera

### Bacino 2 - MESSINA

Dea II		Presidio di Base	
Messina	AOUPMESSINA	Messina	P.O. "BaroneRomeo" di Patti
			P.O. "Cutroni Zodda" di Barcellona P.G.
			P.O. "Generale" di Sant'Agata di Militello

Dea I		PS Zona Disagiata	
Messina	P.O. "Generale" di Milazzo	Messina	P.O. "Civile" di Lipari
	P.O. "San Vincenzo" di Taormina		P.O. "S. Salvatore" di Mistretta
	A.O. Bonino Pulejo-Piemonte		
	A.O. Papardo		

Bacino di Messina			
Organico personale area urgenza-emergenza			
Azienda	Medici PS/DEA	Medici Emergenza Sanitaria Territoriale	Infermieri
<b>A.S.P. Messina</b>	<b>72</b>	<b>163+5 (MSA C.O.118)</b>	<b>144</b>
<b>A.O.U. G.Martino</b>	<b>18</b>		<b>34</b>
<b>Bonino-Pulejo</b>	<b>21</b>		<b>41</b>
<b>A.O. Papardo</b>	<b>19</b>		<b>32</b>
<b>C.O. 118 Presso A.O. Papardo</b>	<b>MSA C.O.118</b>		<b>24</b>
<b>totale</b>	<b>130</b>	<b>168</b>	<b>175</b>

Il Documento metodologico per la riorganizzazione del Sistema di rete dell'emergenza-urgenza allegato al D.A. n.22/2019 recita: "l'integrazione del percorso di presa in carico del paziente tra contesto territoriale di riferimento e



*ospedale, presenta oggi qualche criticità che sarà superata migliorando i livelli di raccordo tra strutture ospedaliere e sistema urgenza-emergenza 118”.*

È quindi necessario, alla luce di quanto sopra descritto, ridefinire i principali obiettivi strategici ed operativi e riprogettare i processi sanitari, condividendoli con tutti gli stakeholders.

In modo semplice ed esaustivo, di seguito si riporta una analisi dettagliata che valuta i vari punti di vista, necessari ad affrontare la problematica in oggetto.

### Swot Analysis

<p style="text-align: center;"><b>Punti di forza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Unica Direzione gestionale;</li> <li>– Ruolo unico del personale che è indistinto fra territorio ed ospedale;</li> <li>– Comunione di risorse umane;</li> <li>– Ottimizzazione risorse tecnologiche;</li> <li>– Ottimizzazione risorse economiche;</li> <li>– Rapido controllo del sistema;</li> <li>– Facile copertura delle carenze improvvise;</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Punti di debolezza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Personale poco incline al cambiamento nell'afferire al Ruolo Unico territorio - ospedale;</li> <li>– Difficoltà degli operatori che lavorano in ospedale a svolgere servizio sul territorio;</li> <li>– Difficoltà iniziale nella organizzazione del lavoro;</li> <li>– Scarsa attitudine alla integrazione con gli altri operatori;</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Opportunità</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Presa in carico indistinta fra territorio ed ospedale;</li> <li>– Stesura di protocolli in continuità fra territorio ed ospedale;</li> <li>– Rapida condivisione dei protocolli;</li> <li>– Rimuovere e appianare i conflitti di competenza tra le due figure (medico ospedaliero e medico convenzionato territoriale) quotidianamente preposte alla gestione dell'emergenza, avvalendosi della commistione dei ruoli e dell'inevitabile "empatia sinergica" tra i professionisti, che scambiano e condividono lo stesso percorso;</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Rischi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Scarsa attenzione alla nuova organizzazione del lavoro da parte degli operatori;</li> <li>– Visione critica degli operatori nel condividere una parte della struttura ospedaliera con un'unità "terza";</li> <li>– Scarsa attenzione ai programmi di verifica;</li> <li>– Ostacoli politici a causa di una diversa visione organizzativa del sistema di urgenza-emergenza;</li> </ul>



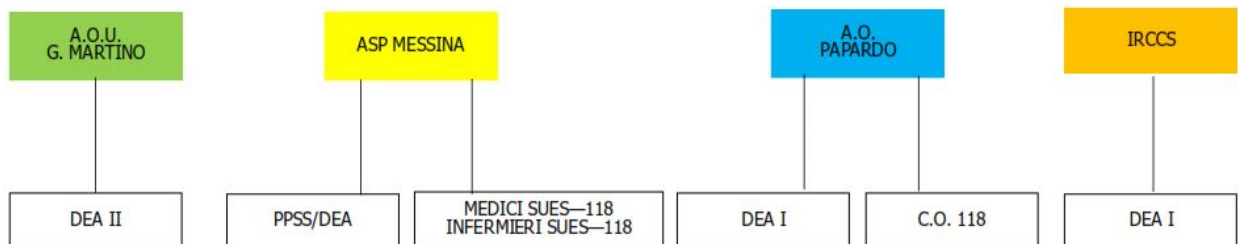
## STRATEGIA

La previsione della organizzazione dei bacini della emergenza-urgenza, così come previsto dal D.A. 22/2019, è una modalità organizzativa per la erogazione dell'assistenza per aree omogenee, ma ancora non risulta sufficiente ad armonizzare il sistema in una visione di continuità territorio – ospedale. Nello stesso riordino nel *“Documento metodologico per la riorganizzazione del Sistema di rete dell'emergenza-urgenza”* si prevede la costituzione di Dipartimenti Interaziendali. *Nell'organizzazione delle Aziende di più elevato livello assistenziale (DEA II livello), per le quali il D.M. 70/2015 prevede modelli organizzativi di sempre maggiore specializzazione e percorsi assistenziali ad elevata complessità a volte non presenti nello stesso DEA di II livello (vedasi neurochirurgia o cardiocirurgia), è utile garantire le necessità assistenziali con l'istituzione dei Dipartimenti Interaziendali che rappresentano lo strumento per la concentrazione, nella fase ospedaliera, della casistica per omogeneità con conseguente ottimizzazione dei costi per il Sistema Sanitario Regionale, rendendo possibile:*

- a. il dimensionamento delle unità operative più adeguate al perseguimento di obiettivi di qualità ed all'individuazione di punti di eccellenza;*
- b. il raggiungimento della casistica necessaria a mantenere la competenza e l'efficienza operativa e a rendere l'assistenza efficace ed economicamente sostenibile;*
- c. la razionalizzazione dell'allocazione e dell'utilizzo di tecnologie costose e sofisticate, con la realizzazione di economie di scala;*
- d. la distribuzione appropriata delle prestazioni per la popolazione del bacino di riferimento, grazie anche alla migliore programmazione dell'offerta ed al migliore utilizzo delle risorse, con prevedibili effetti positivi sulla gestione della domanda di prestazioni;*
- e. la definizione di modelli organizzativi ed elaborazione di linee guida e percorsi assistenziali, finalizzati a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni;*



## STAKEHOLDERS



*Sulla scorta di tali principi i Direttori Generali delle Aziende interessate provvederanno a costituire, tramite protocolli interaziendali i Dipartimenti interaziendali funzionali, necessari a garantire le esigenze assistenziali dei DEA di II livello. Tali protocolli operativi, contenenti il dettaglio delle modalità di funzionamento del dipartimento interaziendale, dovranno essere definiti e trasmessi all'Assessorato alla Salute entro 30 gg. dalla pubblicazione del decreto di approvazione del documento di programmazione "l'integrazione del percorso di presa in carico del paziente tra contesto territoriale di riferimento e ospedale, presenta oggi qualche criticità che sarà superata migliorando i livelli di raccordo tra strutture ospedaliere e sistema urgenza-emergenza 118". "Il sistema di rete, rivolto al trattamento nell'emergenza si concretizza nell'individuazione di un percorso assistenziale che supera le logiche organizzative per singola Azienda integrando la rete dei servizi territoriali con le rete ospedaliera aggregando le risorse disponibili delle singole Aziende che diventano patrimonio comune (v. dipartimenti interaziendali)".*

In attuazione di quanto previsto nel documento regionale di riordino della rete ospedaliera il coordinamento delle attività, coinvolgendo il personale che vi opera, permetterebbe una reale integrazione dei vari sistemi, mediante una reale condivisione di risorse umane o tecnologiche. Tale organizzazione sarebbe in grado di garantire, su tutto il territorio della provincia di Messina, l'omogeneità e la continuità assistenziale tra i Pronto Soccorso e/o Dipartimenti Emergenza Urgenza e Accettazione e l'emergenza Territoriale 118 che operano nel bacino n.2 e che rappresentano le componenti essenziali del complesso sistema dell'emergenza sanitaria tra loro integrati e cooperanti.



Per tale finalità, è necessario un percorso che guardi all'intero processo di governo, superando il concetto di sovrapposizione normativa, senza una reale visione di insieme nell'area di interesse, pertanto si prevede:

- Creazione di un dipartimento funzionale interaziendale dell'emergenza territorio ospedale costituito da tutte le aziende del sistema sanitario regionali afferenti al bacino di Messina la cui attività di coordinamento, avendo una visione d'insieme dell'intero territorio, è affidata all'Azienda Sanitaria Provinciale;
- La valorizzazione delle risorse umane promuovendo l'attività professionale secondo le nuove modalità organizzative in modo da favorirne l'attuazione.

Tale modello garantirebbe:

- l'unitarietà del percorso di cura;
- l'uniforme crescita professionale degli operatori;
- l'ottimizzazione delle risorse;
- la inversione dei ruoli degli operatori nei vari setting (C.O. 118, PS, Ambulanza);
- l'omogeneizzazione delle capacità di intervento del sistema attraverso l'attribuzione di specifici ruoli e livelli di erogazione delle prestazioni;
- trasferimenti secondari urgenti a carico del Dipartimento, non più di pertinenza del singolo ospedale;
- criteri anche di alternanza temporale di assistenza che tengano conto delle capacità assistenziali dei nodi;

L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello ordinario di gestione operativa delle attività a cui fare riferimento in ogni ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la cui finalità è di assicurare la buona gestione, nonché dare concreta attuazione alle politiche di governo clinico. Il dipartimento offre infatti l'architettura organizzativa che meglio risponde alle esigenze correlate alla complessità dei processi sanitari, alle innovazioni, al governo delle tecnologie, alla gestione dell'ampio spettro di professionalità e competenze, allo sviluppo di efficacia ed efficienza dei servizi offerti. Tale organizzazione è costituita dalle unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti. Le unità operative così determinate sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico.

Tale tipologia organizzativa, favorendo il coordinamento dell'intero percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, costituisce l'ambito privilegiato nel quale contestualizzare le attività di Governo Clinico nelle sue principali estensioni, ovvero la misurazione degli esiti, la



gestione e la promozione della sicurezza del paziente, l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici e la formazione continua.

Le finalità perseguite dall'organizzazione dipartimentale possono essere così schematizzate:

- 1 Sinergie per l'efficacia. L'integrazione ed il coordinamento delle diverse professionalità, che possono utilizzare risorse da loro scelte ed organizzate, aumentano la probabilità della efficacia nell'assistenza.
- 2 Valutazione dell'outcome. La misura degli esiti dei trattamenti assicura i risultati migliori in termini di salute.
- 3 Implementazione e la manutenzione sistematica di linee guida/PDTA ecc.
- 4 Continuità delle cure. Percorsi assistenziali, con la presenza di professionisti che hanno condiviso scelte organizzative e diagnostico-terapeutiche prese in carico del paziente da parte delle diverse unità operative, che condividono gli stessi percorsi, favoriscono l'integrazione e la continuità delle cure.
- 5 Formazione unitarietà ed omogeneizzazione dei percorsi formativi con l'aggiornamento su obiettivi specifici con verifiche collegiali delle esperienze;
- 6 Integrazione inter-disciplinare. L'elaborazione condivisa di percorsi assistenziali e linee guida favorisce la reciproca conoscenza e valorizzazione dei professionisti delle diverse discipline, incrementando di conseguenza l'efficacia e l'efficienza.
- 7 Sicurezza dei pazienti. La progettazione di strutture e percorsi integrati, l'impostazione interdisciplinare e multi professionale della cura, l'integrazione ed il coordinamento delle risorse sono componenti fondamentali di un sistema volto alla sicurezza del paziente.
- 8 Valorizzazione lo sviluppo delle risorse umane La crescita professionale e la gratificazione degli operatori sanitari sono sostenute dal confronto sistematico delle esperienze e dalla condivisione delle conoscenze attraverso l'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici.
- 9 Ottimizzazione delle risorse. La gestione comune di personale, spazi ed apparecchiature facilita l'acquisizione e la più alta fruizione di tecnologie sofisticate e costose.
- 10 Implementazione delle conoscenze nella pratica clinica. Rappresenta il contesto ideale per il trasferimento delle conoscenze scientifiche nella pratica clinica, favorendo i cambiamenti comportamentali degli operatori e l'utilizzo gli strumenti più efficaci messi a disposizione dalla ricerca.

Fra le varie ipotesi organizzative, il Dipartimento può essere strutturale, funzionale o interaziendale.

Il Dipartimento strutturale è una aggregazione funzionale e fisica caratterizzato dalla omogeneità delle attività, ha la responsabilità gestionale piena e diretta delle risorse assegnate, in particolare delle risorse umane.





Il Dipartimento funzionale coinvolge le strutture che ne fanno parte al fine di migliorare la pratica clinico-assistenziale, favorire l'acquisizione ed il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate e definire percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali, affinché si riducano le difformità nelle pratiche clinico-assistenziali che caratterizzano le diverse articolazioni delle organizzative afferenti.

Il Dipartimento interaziendale è l'aggregazione di unità appartenenti ad aziende sanitarie diverse e rappresenta lo strumento per la concentrazione e la omogeneità gestionale.

Nella provincia di Messina si è già iniziato un percorso di condivisione, con le aziende sanitarie presenti sul territorio e con il SUES-118, di procedure interaziendali territorio-ospedale quali:

PROTOCOLLO PROVINCIALE DEL SISTEMA DI RETE DELL'URGENZA-EMERGENZA PS/DEA S.U.E.S. 118–RETI OSPEDALIERE, approvato con Delibera Aziendale n° 1574/DG del 30/06/2015. Con tale procedura si è disciplinato l'invio dei pazienti soccorsi dal SUES- 118 al PS/DEA in base alla patologia prevalente stabilita dal D.M. 118 del 17/12/2008. La stessa procedura ha inoltre dato delle regole comuni sui trasferimenti secondari urgenti a carico del SUES-118. Il tavolo per la stesura del protocollo è composto dai: Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie, Responsabili del PS/DEA, Referenti delle reti tempo dipendenti, Referente ASP dell'emergenza-urgenza -118, Direttore della C.O. del SUES-118.

PROCEDURA ATTIVAZIONE RETE IMA IN VIA SPERIMENTALE MACROAREA MESSINA, approvata con delibera n. 2787 del 19/11/2015.

PROTOCOLLO OPERATIVO 118 PER LA GESTIONE DELL'ICTUS CEREBRALE IN FASE ACUTA, approvato con Delibera Aziendale n° 1123DG del 6/05/2015.

Nell'ipotesi del progetto è che l'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina, è l'azienda che promuove la creazione del dipartimento funzionale aggregando i PS/DEA afferenti al bacino di Messina e il SUES-118 nella sua componente sia territoriale, le ambulanze, che la C.O. 118, coordinandone le relative attività.

Compiti del Dipartimento sono:

- attività di coordinamento fra tutte le strutture;
- atti di indirizzo;
- assicurarsi della uniforme applicazione delle procedure su tutto il territorio di competenza;
- la verifica dei risultati;
- la verifica degli esiti;
- emanare le nuove disposizioni;
- la gestione delle attività fra bacini confinanti;

Sotto l'aspetto organizzativo si avrebbe:

- 1 Unica direzione gestionale del sistema;



- 2 Reale continuità territorio ospedale;
- 3 Personale indistinto nei ruoli ospedale/territorio;
- 4 Unificazione gestionale ed operativa della emergenza territoriale ed ospedaliera;
- 5 Facile compensazione di eventuali carenze di personale;
- 6 Gestione unica in ambito di bacino;
- 7 Esemplificazione dei processi di mobilità del personale il cui riferimento non sarà la sede di lavoro ma il bacino;
- 8 Maggiore flessibilità di programmazione dei servizi per esigenze organizzative stagionali/programmate;
- 9 Rimozione dei conflitti di competenza tra le due figure (medico ospedaliero e medico convenzionato territoriale) quotidianamente preposte alla gestione dell'emergenza, che avvalendosi della commistione dei ruoli e dell'inevitabile "empatia sinergica" tra i scambiano e condividono lo stesso percorso.
- 10 Riconoscere le reciproche difficoltà di attività con differenti prerogative;
- 11 Invertire i ruoli nello svolgere la medesima attività;
- 12 utilizzare risorse già adeguatamente formate per l'esecuzione dei trasferimenti secondari, sia programmati che in urgenza;
- 13 Presa in carico dei codici minori presso il PS/DEA e riprogrammazione sul territorio.

Lo sviluppo organizzativo delle risorse umane

Il cambiamento verso un'organizzazione dipartimentale, è facilitato e raggiunge i livelli più avanzati, laddove gli operatori recepiscono tale organizzazione come strumento di rafforzamento culturale e di crescita professionale. Il modello di integrazione, avvalendosi della commistione dei ruoli e dell'inevitabile "empatia sinergica" tra i professionisti, che scambiano e condividono lo stesso percorso, potrebbe rimuovere e appianare i conflitti di competenza tra chi opera in ospedale e chi sul territorio. La valorizzazione delle risorse umane in ambito sanitario è una delle leve strategiche alla base della crescita delle organizzazioni: l'operatore sanitario ha una responsabilità diretta, è coinvolto in prima persona nella formulazione dei processi decisionali aziendali e soprattutto deve autodeterminarsi ("empowerment") rispetto al proprio ruolo e alla propria autonomia professionale. Tale visione si rafforza nel caso del professionista che opera in emergenza-urgenza, come operatore "front line" che deve prendere decisioni immediate e agire in modo autonomo ed efficace. Il professionista dell'emergenza non può fermarsi al sapere e al saper fare, ma andare sul terreno del saper essere e del saper divenire, comprendendo anche la capacità di lavorare in squadra. La creazione del dipartimento permette una maggiore integrazione tra i due sistemi, territorio-ospedale, facilitando la reale attuazione del cosiddetto "ruolo unico" dell'emergenza. Il Ruolo unico permetterebbe di accomunare i linguaggi, abbandonando una certa "settorialità" di atteggiamenti.



Questa politica organizzativa porterebbe ad una circolarità del servizio all'interno di un'unica realtà dell'emergenza, con possibile riduzione dei conflitti da sempre esistenti tra le due posizioni.

Il modello di integrazione con riferimento alle risorse umane porterebbe:

1. Riconoscere le reciproche difficoltà di attività con differenti prerogative;
2. Invertire i ruoli nello svolgere la medesima attività;
3. Rendere flessibile le ore di impiego;
4. Garantire una reale continuità territorio ospedale;
5. sopperire ai temporanei ed imprevedibili vuoti di organico che si verificano a vario titolo;
6. evitare il ricorso all'attribuzione di incarichi di sostituzione a tempo determinato mantenendo il rispetto del limite imposto per tali incarichi con contestuale riduzione dei costi;
7. utilizzare risorse già adeguatamente formate per l'esecuzione dei trasferimenti secondari, sia programmati che in urgenza.

Al fine di avere uno strumento di verifica della organizzazione del sistema, per meglio comprendere le dinamiche organizzative relative al metodo di lavoro ed agli eventuali conflitti in atto esistenti, si è deciso di introdurre un questionario anonimo (all. 1). Tale questionario ha la finalità di fotografare la percezione della tipologia del sistema ad oggi, quindi prima della istituzione del dipartimento, dopo sei mesi dalla istituzione e dopo un anno sempre dalla istituzione.

Di seguito, con l'ausilio di rappresentazione grafica utilizzando il metodo di Ishikawa, vengono analizzate le cause che portano ad una gestione statica e compartimentale del sistema di urgenza-emergenza. In tale contesto, e grazie alla pesatura espressa in percentuale delle varie cause del problema, con l'ausilio del diagramma di Pareto si evidenzia come le risorse umane condizionino il sistema organizzativo.



## UTILIZZO RISORSE UMANE (MEDICI E INFERMIERI) DEL DIPARTIMENTO

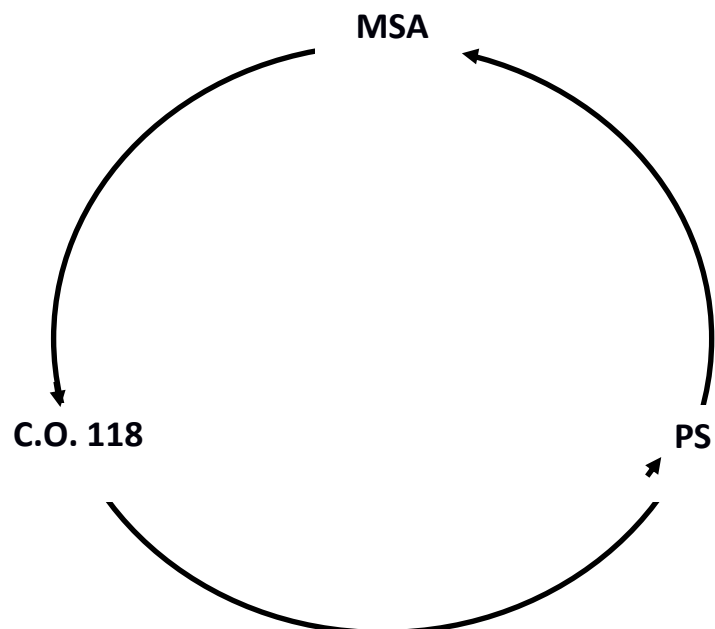
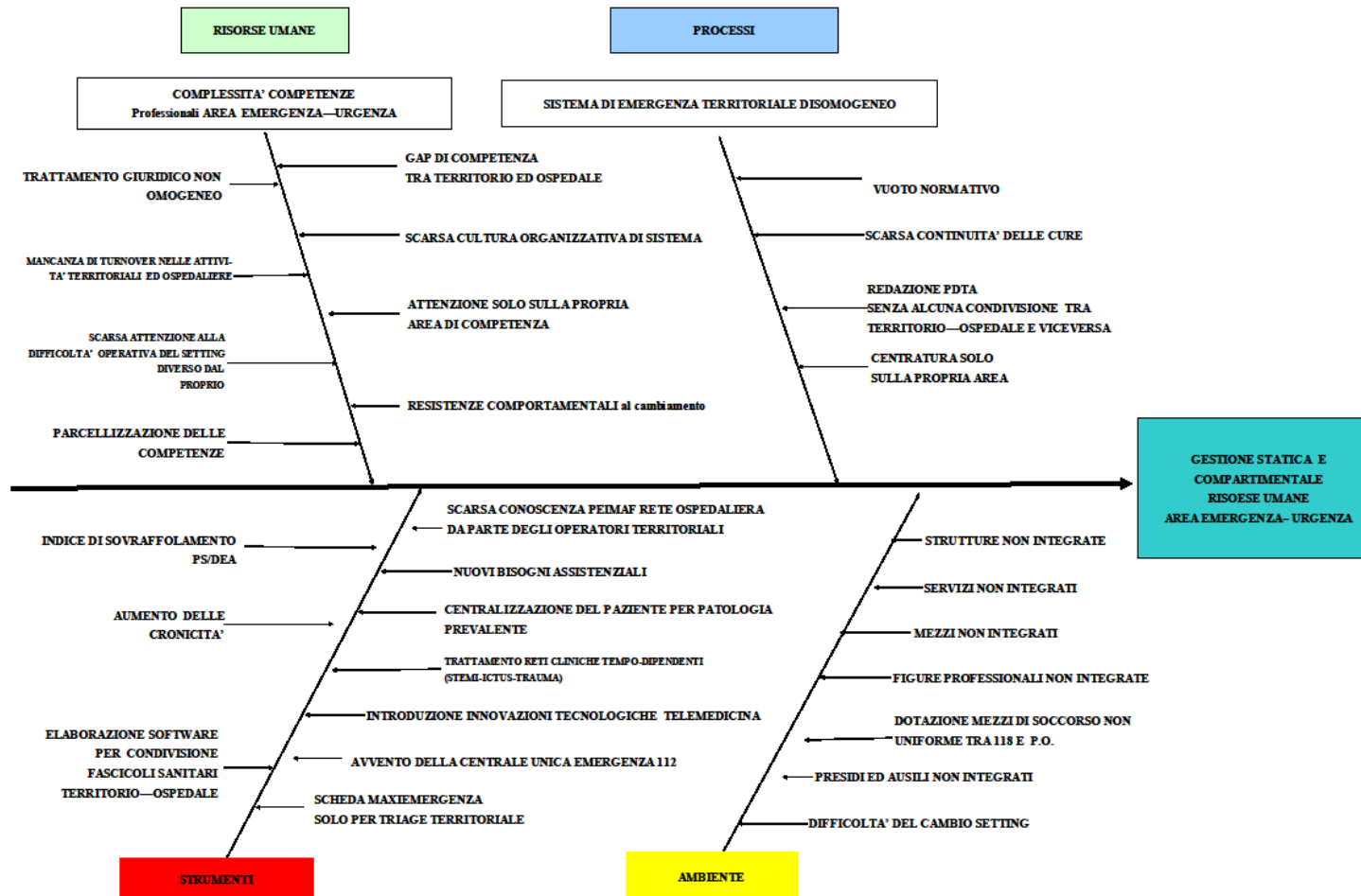




DIAGRAMMA DI ISHIKAWA

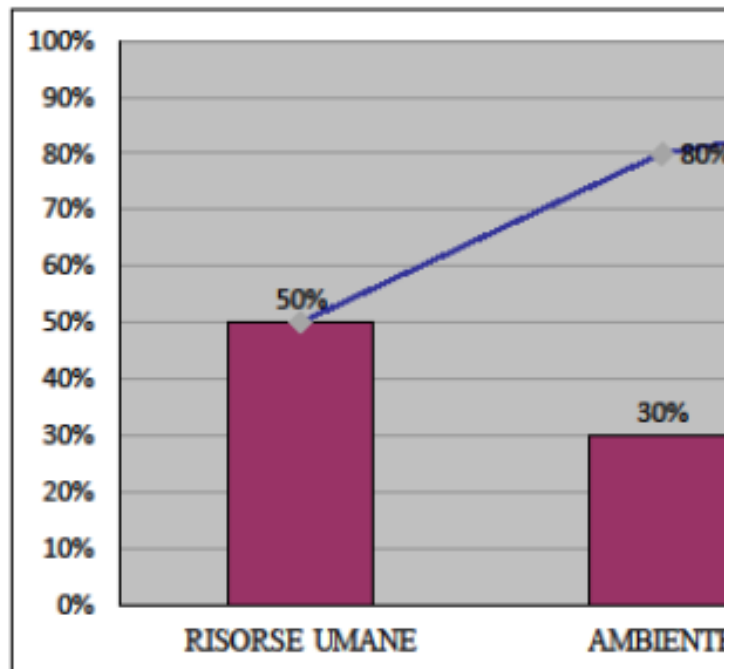


Dott. Vincenzo Picciolo Referente ASP Messina SUES - 118



I

CAUSA	N.	% incidenza	% cumula
RISORSE UMANE	50	50,00%	50,0
AMBIENTE	30	30,00%	80,0
PROCESSO	10	10,00%	90,0
STRUMENTI	10	10,00%	100,0
Totale	100	100,00%	100,0



Dott. Vincenzo Picciolo Referente ASP Messina SUES - 118



## OBIETTIVO

L'obiettivo è realizzare un modello di integrazione nell'ambito dell'urgenza-emergenza che attivi una sinergia funzionale tra ospedale e territorio, in una logica di sistema che coinvolga le strutture ed i professionisti impegnati nella gestione dell'emergenza, promuovendone al contempo una "empatia sinergica" tra gli operatori del setting territorio-ospedale. Tale modello permetterebbe di avere una più efficace risposta al fabbisogno organizzativo e la valorizzazione delle risorse disponibili, umane e tecnologiche. Il modello si identifica in una "Rete Clinica" del "Sistema di Urgenza Emergenza Sanitaria" organizzata in un "Dipartimento funzionale territorio ospedale" nel bacino n.2 di Messina con il coinvolgimento dei PS/DEA e il SUES-118 in tutte le sue componenti" (vedi all.2,3,4). Il dipartimento, avendo un'unica direzione a cui afferirebbero tutte le risorse, rappresenterebbe, in modo chiaro ed inconfutabile, un unico sistema gestionale in continuità territorio - ospedale. Tale organizzazione è in linea con quanto previsto nel DM.70, *"Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*, che al punto al punto 9 "Rete dell'emergenza-urgenza" unifica in una sola area le Centrali Operative 118, la rete territoriale del soccorso e la rete ospedaliera, con quanto previsto nei LEA *"...il S.S.N. garantisce in situazioni di emergenza-urgenza in ambito territoriale extraospedaliero interventi sanitari territoriali tempestivi e finalizzati alla stabilizzazione del paziente, assicurando il trasporto in condizioni di sicurezza al Presidio Ospedaliero più appropriato"*, e con quanto previsto nel D.A.22 del 11/01/2019. Il modello proposto supera il concetto di semplice coordinamento realizzando una reale integrazione dei professionisti impegnati nella gestione dell'emergenza, in modo da avere una più efficace risposta al fabbisogno organizzativo, promuovendo al contempo fra operatori dell'area di emergenza-urgenza la riduzione della percezione di "settorialità" dei setting territorio - ospedale.

La organizzazione dipartimentale consentirebbe di:

- Realizzare il "Ruolo Unico" tra Emergenza pre-ospedaliera e ospedaliera, assicurando una presa in carico unica e completa del paziente in fase critica;
- Promuovere una "empatia sinergica" tra gli operatori del setting territorio-ospedale, riducendone la settorialità operativa;
- Favorire la rotazione del personale nelle varie articolazioni (medici/infermieri che operano in Pronto Soccorso/Ambulanza e C.O. 118);
- Facilitare la condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici in tutte le fasi del soccorso dal domicilio all'ospedale;

**Dott. Vincenzo Picciolo Referente ASP Messina SUES - 118**





- Omogeneizzare la formazione in percorsi territorio-ospedale specifici e uniformi.
- Redigere PDTA rivolgendosi ad una sola area;
- Programmare, con relativa diminuzione dei costi, i trasferimenti non urgenti;
- Migliorare la performance assistenziale delle reti tempo-dipendenti, in quanto fattori determinanti sugli esiti;
- Condividere con tutti gli stakeholders il miglioramento organizzativo ed assistenziale nei diversi setting assistenziali;
- Trasferire i pazienti, secondari urgenti, a carico della rete delle ambulanze del soccorso territoriale;

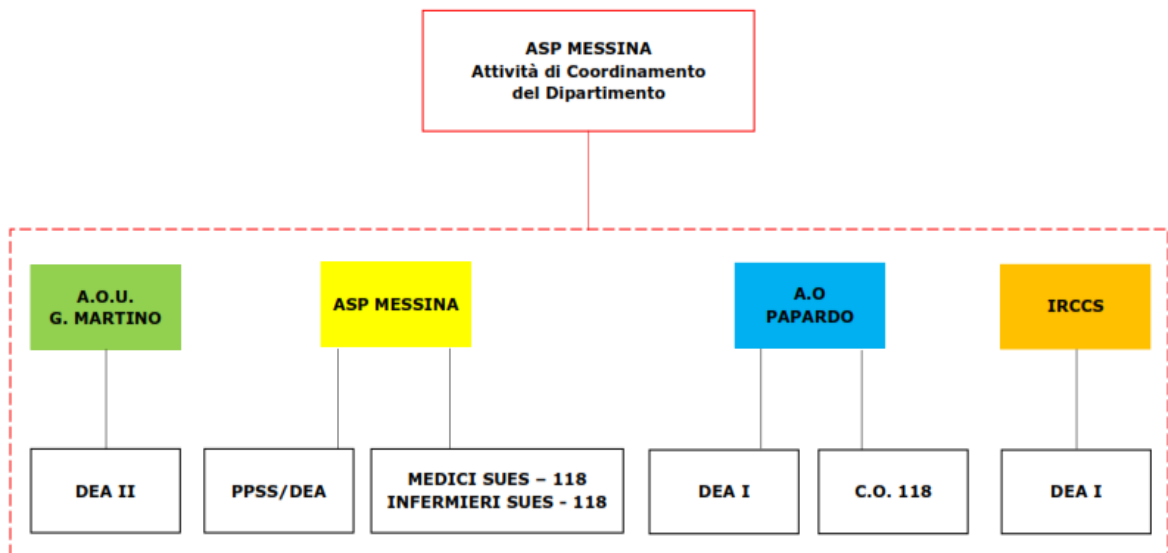
Riguardo i trasferimenti secondari urgenti, l'organizzazione del SUES-118, che già funge da cerniera sarebbe direttamente connessa alla rete ospedaliera facendosi carico del trasferimento dei pazienti sia in autopresentazione ai PS/DEA che dopo trattamento. Tale organizzazione, trasforma l'emergenza territoriale in un modello virtuoso di assistenza sia alla popolazione che alla rete ospedaliera per i trasferimenti secondari urgenti dai presidi ospedalieri, pone quindi l'accento ad un nuovo modello alla cui attività principale, la chiamata del cittadino, si affiancherà la "chiamata" della rete ospedaliera per i trasferimenti secondari urgenti. Tale organizzazione presuppone un correttivo per il numero dei mezzi presenti nel bacino e la relativa medicalizzazione che chiaramente non potrà essere rapportata al territorio di competenza ma anche all'HUB di riferimento ed al maggior carico di lavoro derivante dai trasferimenti secondari urgenti. Diventa imprescindibile la medicalizzazione delle ambulanze in numero sufficiente tale a garantire sia il soccorso primario che il secondario urgente (All 5).



<b>OBIETTIVO</b>			
<b>Istituzione sperimentale entro il 2020, nel bacino di Messina del dipartimento interaziendale funzionale territorio-ospedale, per il miglioramento della gestione della emergenza-urgenza.</b>			
	<b>AZIONE</b>	<b>COMPETENZA</b>	<b>TEMPISTICA</b>
<b>1</b>	Individuazione del gruppo di lavoro del bacino 2 di Messina per l'istituzione del dipartimento interaziendale.	Asp Messina	Entro 60 giorni dall'adozione dell'atto aziendale
<b>1.1</b>	Redazione del funzionigramma del Dipartimento interaziendale funzionale territorio – ospedale del bacino 2 di Messina.	Gruppo di lavoro	120 giorni dall'insediamento del gruppo di lavoro
<b>1.2</b>	Recepimento delle Aziende del bacino di Messina, del dipartimento interaziendale funzionale territorio-ospedale del bacino di Messina.	Aziende di Bacino	210 giorni dall'insediamento del gruppo di lavoro
<b>2</b>	Formazione del 100% del personale medico e infermieristico delle UU.OO afferenti al dipartimento sulle nuove procedure organizzative del neo dipartimento funzionale territorio ospedale del bacino di Messina.	Aziende di Bacino	Entro 5 mesi dalla istituzione del dipartimento
<b>3</b>	Riduzione entro il 2021 del 50% della percezione di "settorialità" dei setting territorio e ospedale, negli operatori dell'area di emergenza-urgenza.	Aziende di Bacino	Entro 14 mesi dalla istituzione del dipartimento



**ORGANIGRAMMA DEL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE  
FUNZIONALE TERRITORIO OSPEDALE**





## PIANO OPERATIVO

<b>OBIETTIVO</b>				
Istituzione sperimentale nel bacino di Messina del dipartimento interaziendale funzionale territorio-ospedale, per la gestione delle emergenza-urgenza, al fine di migliorare l'assistenza riducendone la settorialità di setting esistente negli operatori				
<b>AZIONI</b>	<b>ATTIVITA'</b>	<b>TEMPISTICA</b>	<b>RESPONSABILITA'</b>	<b>COORDINAMENTO</b>
<b>1</b>	Attivazione procedure con la richiesta alle aziende sanitarie per la individuazione dei componenti del gruppo di lavoro per la redazione del funzionigramma	60 giorni dalla adozione dell'atto aziendale	ASP Messina	ASP Messina
<b>1.1</b>	Individuazione componenti	Entro 15 giorni dal ricevimento della nota	Aziende Sanitarie di Bacino	ASP Messina
<b>1.2</b>	Insediamiento gruppo di lavoro interaziendale	Entro 15 giorni dal ricevimento della nota	ASP Messina	ASP Messina
<b>1.3</b>	Stesura del documento	Entro 90 giorni dall'insediamento del gruppo di lavoro	Gruppo di lavoro	ASP Messina
<b>1.4</b>	Adozione funzionigramma del dipartimento	Entro 15 giorni dalla fine dei lavori	Aziende Sanitarie di Bacino	ASP Messina
<b>1.5</b>	Istituzione del Dipartimento da parte delle singole Aziende Sanitarie	Entro 60 giorni dalla adozione del funzionigramma	Aziende Sanitarie di Bacino	ASP Messina



<b>Formazione del personale</b>				
<b>2</b>	Convocare uffici di formazione	Entro 30 giorni dalla istituzione del Dipartimento	Aziende Sanitarie di Bacino	ASP Messina
<b>2.1</b>	Inizio Corsi di formazione al personale per la diffusione della nuova organizzazione	Entro 60 giorni dalla istituzione del Dipartimento	Aziende Sanitarie di Bacino	ASP Messina
<b>2.2</b>	Completamento corsi di formazione con il raggiungimento del 100% degli operatori	Entro 90 giorni dall'inizio dei corsi	Aziende Sanitarie di Bacino	ASP Messina
<b>3</b>	Somministrazione questionario	0-7-14 mesi	Aziende Sanitarie di Bacino	ASP Messina



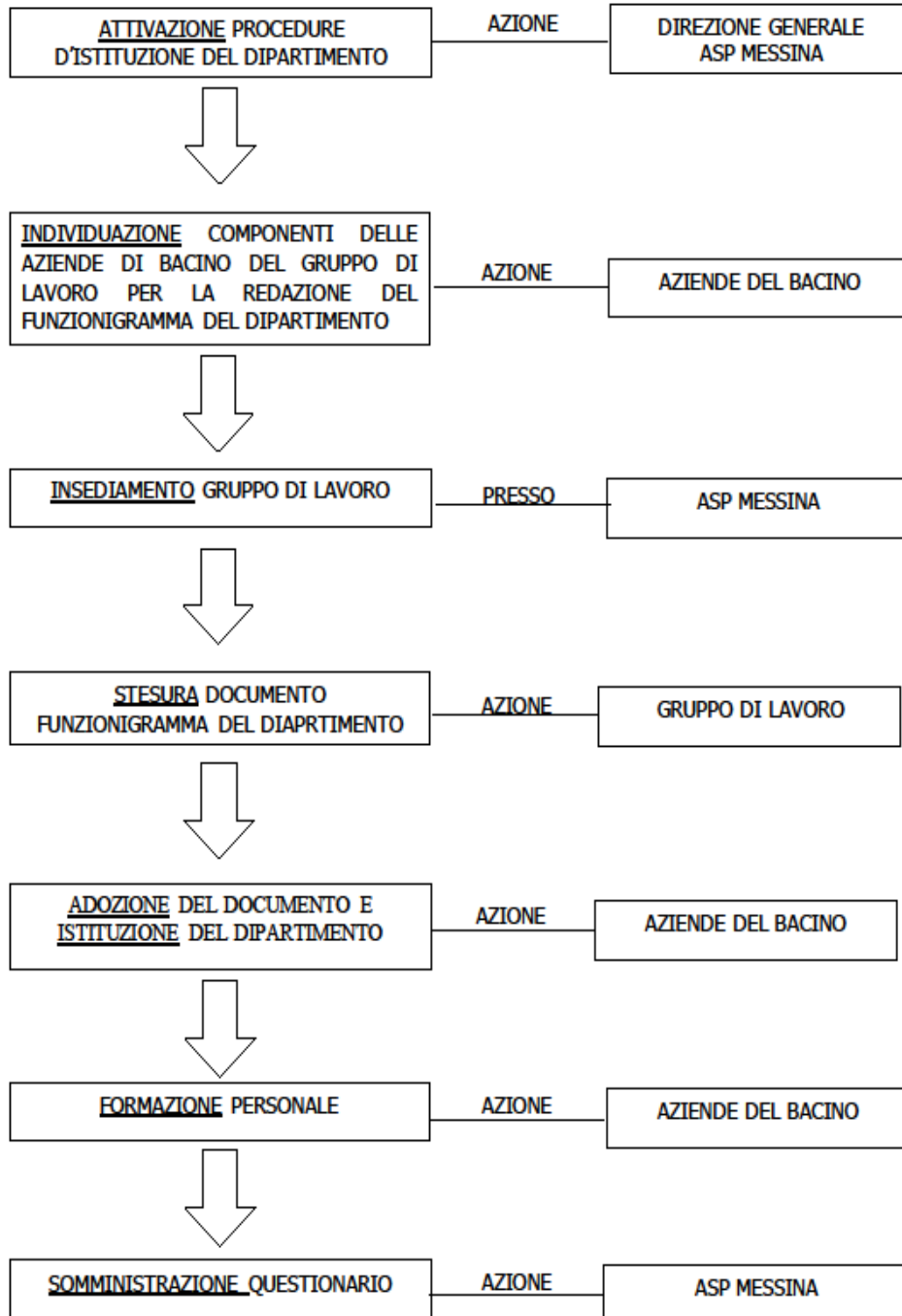
### Cronogramma

Attività	Tempi in mesi														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>1 Attivazione procedure</b>	■	■													
<b>2 Individuazione componenti</b>			■												
<b>3 Insediamento componenti</b>			■												
<b>4 Stesura del documento</b>				■	■	■									
<b>5 Adozione del funzionigramma del dipartimento</b>							■								
<b>6 Istituzione del Dipartimento da parte delle singole Aziende Sanitarie</b>								■	■						
<b>7 Convocazione uffici formazione</b>										■					
<b>8 Inizio corsi</b>										■	■				
<b>9 Fine dei corsi</b>												■	■	■	
<b>10 Somministrazione questionario</b>	■							■							■
<b>11 Monitoraggio e valutazione</b>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■



## Azioni e Responsabilità

### ISTITUZIONE DEL DIPARTIMENTO DELLA RETE CLINICA DEL SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA – EMERGENZA SANITARIA BACINO DI MESSINA







## COSTI E RISORSE

Il sistema organizzativo proposto, per quanto definisca un modello dipartimentale, nel merito è solo una diversa aggregazione delle risorse che già operano nel sistema. Con particolare riferimento ai costi da sostenere per la istituzione del bacino, viste le varie figure professionali coinvolte nella stesura del documento organizzativo, riconducibili a vari livelli dirigenziali, non è possibile prevedere la spesa effettiva, pertanto il calcolo è stato fatto tenendo in considerazione le ore lavoro necessarie alla istituzione del dipartimento. Stesso metodo è stato usato riferito alla formazione del personale, visti i diversi accordi di categoria che interessano il personale che in atto opera nel sistema. Si presume invece, una riduzione della spesa per i trasferimenti secondari urgenti, che saranno di totale competenza dei mezzi mobili di soccorso che operano già sul territorio.

ATTIVITA'	EVENTI	ORE EVENTO	ORE TOTALI
Insedimento gruppo di lavoro interaziendale	1	2	2
Incontri gruppo di lavoro interaziendale	8	4	32
Attività amministrativa relativa alle convocazioni e redazione atti deliberativi di Adozione del funzionigramma ed istituzione del dipartimento	3	3	9
<b>Le spese relative alla istituzione del dipartimento, considerate le varie figure professionali coinvolte, prevedono un costo medio di 50,00 €, sono pertanto determinate in 2.150,00 € per singola Azienda di bacino. Considerate che le Aziende di bacino sono 4 e che ciascuna azienda impiega nelle varie fasi della costituzione una sola unità, il costo complessivo è di 8.600,00 €.</b>			
Corsi di formazione al personale per la diffusione della nuova organizzazione			
Riunioni personale uffici di formazione	2	3	6
Ore di docenza totale	19	4	76
Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale n. 168		4	672
Medici PS/DEA n. 130		4	520
Infermieri PS/DEA n. 175		4	700
<b>Tali spese, prevedendo un costo orario medio di 35,00 € si determinano in 69.090,00€.</b>			
Elaborazione questionario	3	5	15
<b>Tali spese, prevedendo un costo orario medio di 25,00 € si determinano in 1.725,00€.</b>			

## GESTIONE DEL RISCHIO

Dott. Vincenzo Picciolo Referente ASP Messina SUES - 118



Il modello organizzativo deve garantire equità e tempestività di accesso alle cure affinché si conseguano i migliori risultati in termini di qualità ed umanizzazione dell'assistenza cure erogata ai cittadini con conseguente maggiore soddisfacimento dei bisogni di salute. Deve essere basato sull'analisi dei fabbisogni dei bacini di utenza e comprendere la precisa descrizione dei nodi e delle componenti della Rete, i cui criteri di individuazione devono tener conto della tempistica dei trasporti, al fine della capillare copertura territoriale e delle risorse disponibili. Per l'effettiva implementazione del modello dipartimentale, sono fondamentali il consenso del Management delle aziende di bacino, che in via prioritaria potrebbero rappresentare un ostacolo, solo in via subordinata e comunque successivamente alla costituzione del dipartimento i possibili rischi, legati al personale, potrebbero essere:

- timore verso le novità ed i cambiamenti di modalità e di articolazione del lavoro;
- scarsa diffusione delle necessarie competenze organizzative utili per partecipare attivamente ai processi di programmazione, gestione e valutazione;
- mancanza/carenza di una cultura partecipativa;
- abitudine a lavorare secondo schemi rigidi e regole imposte e/o prefissate;
- comportamenti routinari dettati dall'abitudine e dalla tradizione;
- opinione che l'atto medico sia un processo individuale;
- scarsa abitudine al coordinamento ed all'integrazione con gli altri operatori;
- preoccupazione del venir meno di un ruolo o di una posizione acquisita;
- difficoltà da parte dei dirigenti di motivare gli operatori e di assicurarne il coinvolgimento;
- mancata integrazione dell'organizzazione dipartimentale con gli accordi di categoria;
- l'assenza di un sistema di rete integrato con costituzione di un fascicolo sanitario elettronico che parte dal territorio, per la gestione costante e aggiornata dei dati sanitari;
- la formazione permanente degli operatori coinvolti nel sistema secondo il livello di intervento richiesto ad ognuno;
- il mancato aggiornamento degli indicatori e l'assenza di verifiche per la valutazione del servizio, in termini di risposte organizzative e delle procedure seguite, nonché in termini di esiti sanitari degli interventi effettuati;



<b>Attività</b>	<b>Evenienza</b>	<b>Causa</b>	<b>Probabilità</b>	<b>Danno</b>	<b>Indice di rischio</b>	<b>Prevenzione/ rimedio</b>	<b>Costi aggiuntivi</b>
<b>Gruppo di lavoro</b>	<b>Scarsa adesione di alcuni componenti</b>	<b>Resistenza al cambiamento per timore di perdere competenze nell'area di interesse</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>Azioni persuasive sul Management Aziendale dei componenti di riferimento</b>	<b>10 ore lavoro</b>
<b>Adozione del funzionigramma del dipartimento e relativa istituzione del dipartimento</b>	<b>Ritardo nella adozione degli atti necessari da parte delle singole Aziende</b>	<b>Resistenza del management Aziendale</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>Azioni di intervento dell'Assessorato regionale</b>	<b>4 ore lavoro</b>
<b>Formazione del personale sanitario</b>	<b>Scarsa motivazione</b>	<b>Resistenza al cambiamento</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>Rendere obbligatori i corsi</b>	<b>12 ore per aumento del numero delle edizioni</b>



## MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Il monitoraggio e la valutazione delle attività svolte dalla rete devono avere come primo obiettivo il monitoraggio del raccordo tra operatori e strutture coinvolte elemento cardine per il buon funzionamento del sistema. Tale attività deve consentire di misurare i risultati e mettere in evidenza eventuali aree di criticità, a cui vanno rivolte le azioni di miglioramento. In tale contesto è necessario verificare la percezione della qualità del servizio reso ai cittadini. In fase di istituzione del dipartimento, considerando che è necessario misurare, oltre il grado di efficacia della rete, soprattutto il grado di soddisfacimento degli operatori verso il nuovo modello organizzativo, si è deciso di introdurre un questionario sulla qualità percepita, che sarà somministrato agli stakeholders prima della istituzione del dipartimento, dopo sette mesi dalla istituzione ed a 14 mesi dalla istituzione.

In modo esemplificato di seguito vengono elencati, in base agli obiettivi prefissi nel progetto, i relativi indicatori con le specifiche di cui sotto.

Relativamente all'andamento della rete e della sua performance, devono essere misurati con un idoneo sistema di raccolta dati finalizzato alla corretta valutazione e al monitoraggio dei livelli di efficienza, di efficacia, di qualità e sicurezza delle attività svolte.

Gli indicatori utilizzati e i relativi standard di riferimento, in quanto elementi di natura dinamica, devono essere aggiornati con cadenza almeno biennale. Per la complessità del sistema si prevede di introdurre:

- *indicatori di primo livello*, direttamente implementabili sulla base dei flussi informativi correnti e con l'uso integrato degli stessi, sono utilizzati anche ai fini del monitoraggio delle reti;
- *indicatori di secondo livello*, il cui obiettivo è la valutazione della rete con parametri comparati dei diversi setting assistenziali al fine di esportare in setting diversi le buone pratiche.

### **Indicatori di primo livello**

- Flussi informativi codici gravità/patologia con cadenza trimestrale;
- Check list per la valutazione dei PDTA cadenza mensile;
- Setting assistenziale della rete. I flussi informativi devono essere coerenti agli indicatori utilizzati.

Con riferimento alle Reti tempo dipendenti, è necessario lo stretto monitoraggio della organizzazione dei passaggi di e/o di esecuzione di alcune procedure.



### **Indicatori di performance:**

- tempo di arrivo del mezzo di soccorso dalla chiamata all'arrivo sul target;
- percentuale di pazienti soccorsi su territorio e trasferiti per patologia prevalente -DM 118- al P.O. provvisto della relativa specialità;
- n. di casi di ictus/sui casi attesi per bacino centralizzati all' HUB - Stroke Unit di II livello;
- per i casi di ictus, il tempo dal target all'arrivo all'HUB - Stroke Unit di II livello;
- Ima STEMI, la percentuale dei pazienti, sui casi attesi, centralizzati all'HUB;
- Ima STEMI, la percentuale dei pazienti soccorsi, centralizzati all'HUB e trattati entro i 90 minuti dalla esecuzione dell'ECG;
- tempo di necessario per le reti tempo dipendenti alla esecuzione degli esami/trattamenti dall'arrivo del paziente sia in autopresentazione che con Ambulanza;
- Audit di rete;

### **Indicatori di secondo livello**

- Verifica dell'effettiva realizzazione delle condizioni favorevoli le connessioni tra i nodi di Rete.
- Raggiungimento degli obiettivi assegnati dall'attività di monitoraggio e valutazione degli indicatori di primo livello.

Le risultanze delle attività di monitoraggio e valutazione dovranno essere rese disponibili attraverso la redazione della relazione annuale che deve fare esplicito riferimento alle criticità ed alle soluzioni adottate.



Obiettivo	Indicatore	Data di verifica	Valore atteso	Fonte dei dati
<b>1</b>	Costituzione gruppo di lavoro Valore 0= no Valore 1= Si	60 giorni dalla adozione dell'atto aziendale	1	Note di individuazione dei componenti
<b>1.1</b>	<u>n. di incontri effettuati</u> n. di incontri previsti	120 giorni dalla costituzione del gruppo di lavoro	1	Verbali degli incontri
<b>1.2</b>	Recepimento del funzionigramma Valore 0= no Valore 1= Si	210 giorni dall'insediamento del gruppo di lavoro	1	Delibere di adozione del dipartimento
<b>2</b>	<u>n. personale formato</u> n. personale da formare	Entro 5 mesi dalla adozione del Dipartimento	0,8	Registro presenze
	<u>n. corsi realizzati</u> n. corsi programmati	Entro e mesi dalla adozione del Dipartimento	1	Piano formativo
<b>3</b>	Scostamento risultati questionari sulla percezione della settorialità, da parte degli operatori, del setting assistenziale. Punteggio Medio risultati test uscita / punteggio medio test di entrata	Sette mesi dalla istituzione del dipartimento	0,5	Analisi quantitativa sul numero dei questionari compilati



--	--	--	--	--





## CONCLUSIONI

Il sistema dell'urgenza-emergenza sanitaria è una rete clinico-assistenziale il cui modello organizzativo assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa. La rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini.

La riorganizzazione dei processi di cura nel disegno di rete presuppone la collocazione del paziente al centro del sistema, in un continuum assistenziale che snodandosi lungo un percorso diagnostico-terapeutico tarato sui bisogni assistenziali, richiede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti e servizi diversi.

La standardizzazione dei percorsi di cura all'interno delle Reti Cliniche del sistema di urgenza-emergenza organizzato in un modello dipartimentale, si traduce nell'incremento della tempestività e dell'appropriatezza degli interventi terapeutico-assistenziali, realizzando il complessivo incremento della qualità e della sicurezza delle cure accompagnato al contenimento dei costi correlati. È di tutta evidenza che, all'interno di uno scenario caratterizzato dalla scarsità di risorse economiche e finanziarie, la riorganizzazione delle Reti Cliniche che interessano l'area della emergenza-urgenza indistinta territorio ospedale strutturata in dipartimento, offre la possibilità di attuare un buon livello di efficientamento del sistema, accentrando le tecnologie più costose e le prestazioni a maggior complessità assistenziale nei poli di eccellenza e riallocando le tecnologie e gli interventi a minore complessità presso gli ospedali di base. Il coordinamento dei processi gestionali intra ed extraospedalieri, non sono sufficienti a garantire una reale integrazione dell'assistenza che inevitabilmente passa dalla empatia degli operatori. Il capitale umano è la risorsa più preziosa che esiste all'interno del sistema dell'emergenza, la inversione dei ruoli e l'appartenenza ad un unico sistema gestionale, territorio ospedale permetterebbe quella reale empatia, che non potrà avere, come già in atto previsto dalle norme che disciplinano il servizio, il solo riferimento nella condivisione dei percorsi, ma sarebbe necessario avere in ogni bacino un'unica gestione con un unico personale.



## BIBLIOGRAFIA

### MINISTERO DELLA SALUTE

Dipartimento della qualità - direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III *"morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)"* raccomandazione n. 11, Gennaio 2010 – Governo Clinico;

Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza. (G.U. Serie Generale n. 76 del 31 marzo 1992);

Atto d'intesa tra Stato e Regioni MINISTERO DELLA SANITA' Gazzetta Ufficiale N. 114 Serie Generale del 17 maggio 1996 "Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992";

D.M. 15 maggio 1992 Gazzetta Ufficiale n. 121 del 25/5/92 Serie Generale "Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza";

Decreto Assessorato alla Sanità 25 marzo 2004 "Linee guida relative alla formazione del personale medico operante nel Servizio Urgenza Emergenza Sanitaria – S.U.E.S.118";

Decreto Assessorato alla Sanità 08 gennaio 2001, n. 10337, "Linee guida per l'organizzazione funzionale dei presidi territoriali di emergenza e della rete dell'emergenza-urgenza";

Decreto Assessorato alla Sanità 25 marzo 2004 "Linee guida relative alla formazione del personale medico operante nel Servizio Urgenza Emergenza Sanitaria – S.U.E.S.118";

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (G.U. 4 giugno 2015, n. 127);

Ministero della Salute progetto mattoni Mattone 11 - Pronto soccorso e sistema 118;

D.A. 25 marzo 2009. Nuove linee guida sul funzionamento del servizio di urgenza-emergenza sanitaria regionale S.U.E.S.-118. PALERMO - VENERDÌ 24 APRILE 2009 - N. 18;



D.A. 30 aprile 2010. Linee guida - Protocolli e procedure Servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana (p. I) n. 24 del 21 maggio 2010 (n. 22);

Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Siciliana n. 329 del 14 settembre 2018.

"Riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 2 aprile 2015 n. 70 – Approvazione";

Decreto Assessorato alla Sanità 23 dicembre 2002 "Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche contenute nelle schede di dimissione ospedaliera";

L. R. 11 aprile 1995, n. 34 "Individuazione delle aziende ospedaliere a gestione diretta del servizio sanitario nazionale nel territorio della Regione. Modifiche alle leggi regionali 3 novembre 1993, n. 30, e 20 agosto 1994, n. 33. Variazione di destinazione somme";

L. R. 03 novembre 1993, n. 30 "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali.";

Decreto Assessoriale 30.12.2010, n. 3254 "Programma operativo 2010-2012 per la prosecuzione del Piano di contenimento e riqualificazione del sistema sanitario regionale 2007-2009, richiesta ai sensi dell'art. 11 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito nella legge 30 luglio 2010, n. 122" (Pubblicato sulla Gazz. Uff. Reg. sic. 28 gennaio 2011, n. 5, S.O. n. 2). Azione 6.5: Programma regionale per l'adeguamento dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private;

ACN di Medicina Generale 270 aprile 2000;

AIR medici Emergenza Sanitaria Territoriale 2007;

Monitor trimestrale AGENAS elementi di analisi e osservazione del sistema salute;

L.R. n. 5 del 14-04-2009 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale" GURS n. 17 del 17 aprile 2009 S.O.

Decreto Assessorato alla Sanità 23 dicembre 2002 "Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche contenute nelle schede di dimissione ospedaliera";

Circolare n. 1066 del 27 marzo 2002 "Ticket Pronto Soccorso";

Decreto dell'Assessore alla Sanità n. 34276 del 27 marzo 2001;

L. R. 11 aprile 1995, n. 34 "Individuazione delle aziende ospedaliere a gestione diretta del servizio sanitario nazionale nel territorio della Regione. Modifiche alle leggi regionali 3 novembre 1993, n. 30, e 20 agosto 1994, n. 33. Variazione di destinazione  
somme";



L. R. 03 novembre 1993, n. 30 "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali."

BARJIS J., Healthcare Simulation and its Potential Areas and Future Trends, SCS M&S Magazine, 2011.

BELLINI P., BRAGA M., REBBA V., RODELLA S., VENDRAMI E., Definizione di un set di indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'attività sanitaria, Commissione per la Garanzia dell'Informazione Statistica, Rapporto di ricerca, 2002.

BISELLI D., L'Organizzazione del Sistema Sanitario Italiano, Breve Esposizione dai Fondamenti Teorici ai Numeri Reali, Febbraio 2013.

BURRONI L., BIANCIARDI C., GUERCINI J., BRACCI L., Lean Thinking in Sanità: da scelta strategica a modello operativo, 2014.

CIBINEL G. A. (Presidente nazionale Simeu), Pronto soccorso, ricetta Simeu per gestire l'assalto al faro, [www.sanità.ilsole24ore.com](http://www.sanità.ilsole24ore.com), 2015.

DRUMMOND A. J., "No room at the inn: overcrowding in Ontario's emergency departments", Canadian Journal of Emergency Medicine, 2000.

GARDELLINI A., NARDI R., ARIENTI V., PANUCCIO D., BERNARDI R., PEDONE V., Invecchiamento della popolazione, gestione dei pazienti, posti letto e sovraffollamento in ospedale, Gli anziani in Pronto Soccorso, 2009

IANNONE R., LAMBIASE A., MIRANDA S., RIEMMA S., SARNO D., Modelling Hospital Materials Management Processes, HMM process model, Aprile 2013

ISTAT, Rapporto annuale 2015 – La situazione del Paese, La varietà dei territori: condizioni di vita e aspetti sociali, Capitolo 5, 2015.

MINISTERO DELLA SALUTE, Pronto Soccorso e sistema 118, Milestone 1.3 – Definizione del sistema di valutazione dei pazienti (triage PS e 118), Il sistema triage in PS: modello globale, Metodologia del sistema triage globale in PS, Progetto Mattoni SSN, 2007.

RUSSO P., Gli sprechi in ospedale costano 4 miliardi l'anno, La Stampa, pagg. 5-6, 21 ottobre 2014.

SCHULL M., GUTTMANN A., LEAVER C. A., VERMEULEN M., HATCHER C. M., ROWE B., ZWARENSTEIN M., ANDERSON G. M., Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidence-based quality of care indicators, CJEM, pag. 300-309, 2011.

SPADONE P., TESIO M., La creazione del valore nelle aziende sanitarie pubbliche, Nuovi scenari economici, 2009.



## **SITOGRAFIA**

[www.prontosoccorso.it](http://www.prontosoccorso.it)

[www.ilsole24oresanita.com](http://www.ilsole24oresanita.com)

[www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it)

[www.Agenas.it](http://www.Agenas.it)

[www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)





## Allegato 2

### Presidi Ospedalieri numeri di accessi al 2017 - D.A. 1584/2018

<b>A.O.U. Policlinico "G.Martino"</b>	<b>DEA II</b>	<b>41.605</b>
<b>A.S.P. - MILAZZO "G.Fogliani"</b>	<b>DEA I</b>	<b>35.103</b>
<b>A.O. - "Papardo"</b>	<b>DEA I</b>	<b>32.495</b>
<b>A.S.P. - PATTI "Barone Romeo"</b>	<b>PS di Base</b>	<b>22.539</b>
<b>A.S.P. - TAORMINA " S.Vincenzo"</b>	<b>DEA I</b>	<b>22135</b>
<b>I.R.C.C.S. - Bonino Pulejo</b>	<b>DEA I</b>	<b>20.887</b>
<b>A.S.P. - S.AGATA M.</b>	<b>PS di Base</b>	<b>19.197</b>
<b>A.S.P. - BARCELLONA "C. Zodda"</b>	<b>PS di Base</b>	<b>17.625</b>
<b>A.S.P - MISTRETTA</b>	<b>PS Zona Disagiata</b>	<b>4.244</b>
<b>A.S.P. - LIPARI</b>	<b>PS Zona Disagiata</b>	<b>5.636</b>



### Allegato 3

#### Mezzi di Soccorso Avanzato - BACINO DI MESSINA

POSTAZIONE	TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	INDIRIZZO	COMUNE
BARCELLONA P.G.	MSA	ME 03	Via Risorgimento, 12	Barcellona Pozzo Di Gotto
BROLO	MSA-PTE	Delta 25	Via Kennedy	Brolo
CAPO D'ORLANDO	MSA -PTE	Delta 26	Via Mancini	Capo D'Orlando
CESARO'	MSA	Delta 49	P.Zza Papa Giovanni XXIII	Cesaro'
FALCONE	MSA-PTE	Delta 23	Via Stazione	Falcone
FRANCAVILLA DI SICILIA	MSA - PTE	Delta 14	Via Dei Mulini, 1	Francavilla Di Sicilia
GIARDINI NAXOS	MSA	Delta Bravo 39	Via Cannizzoli (Trappitello) - Loc. Com	Giardini Naxos
LETOJANNI	MSA	Delta 12	Via V. Emanuele, 236	Letojanni
LIPARI	MSA	Delta Bravo 81	Pianoconte - Via Santa Croce	Lipari
ME - EX OSP. MARGHERITA	MSA -PTE	Delta 06	V.Le Giostra	Messina
ME - GAZZI (ex Policlinico)	MSA	Delta 09	C.Da Fondo Fucile Pal. B/42 N. 2	Messina NORD
ME - OSP. PAPARDO	MSA – C.O. 118	ME 2	C.Da Papardo	Messina
ME - OSP. PIEMONTE	MSA	ME 1	V.Le Europa	Messina

Dott. Vincenzo Picciolo Referente ASP Messina SUES - 118





<b>MESSINA SUD</b>	<b>MSA - PTE</b>	<b>Delta 08</b>	<b>Via A. Saffi Ang. Via Dei Mille</b>	<b>Messina</b>
<b>MILAZZO</b>	<b>MSA</b>	<b>Delta 22</b>	<b>Via Madonna Delle Grazie</b>	<b>Milazzo</b>
<b>NOVARA DI SICILIA</b>	<b>MSA -PTE</b>	<b>Delta 43</b>	<b>Via Calcagni, 20</b>	<b>Novara di Sicilia</b>
<b>PATTI</b>	<b>MSA</b>	<b>Delta 24</b>	<b>Via Mazzini</b>	<b>Patti</b>
<b>SALINA</b>	<b>MSA - PTE</b>	<b>Delta 80</b>	<b>Via Risorgimento</b>	<b>Santa Marina Salina</b>
<b>SAN PIERO PATTI</b>	<b>MSA - PTE</b>	<b>Delta 44</b>	<b>Via Gioacchino Scaglione, 1</b>	<b>San Piero Patti</b>
<b>SANTA TERESA RIVA</b>	<b>MSA - PTE</b>	<b>Delta 11</b>	<b>Via Lungomare</b>	<b>Santa Teresa Di Riva</b>
<b>SANT'AGATA DI MILITELLO</b>	<b>MSA</b>	<b>ME 4</b>	<b>Via Cosenz</b>	<b>Sant'Agata Di Militello</b>
<b>SANTO STEFANO CAMASTRA</b>	<b>MSA - PTE</b>	<b>Delta 29</b>	<b>Via L. Grassi, 1</b>	<b>Santo Stefano Camastra</b>
<b>SAPONARA</b>	<b>MSA</b>	<b>Delta 20</b>	<b>Via Kennedy</b>	<b>Saponara</b>
<b>SCALETTA ZANCLEA</b>	<b>MSA - PTE</b>	<b>Delta 10</b>	<b>Via Salita Itala</b>	<b>Itala</b>
<b>TAORMINA</b>	<b>MSA</b>	<b>Delta 13</b>	<b>Via G. Marconi</b>	<b>Giardini Naxos</b>
<b>TORREGROTTA</b>	<b>MSA -PTE</b>	<b>Delta 21</b>	<b>Via Verga</b>	<b>Torregrotta</b>
<b>TORTORICI</b>	<b>MSA - PTE</b>	<b>Delta 46</b>	<b>Via Livatino</b>	<b>Tortorici</b>



#### Allegato 4

<b>Mezzi di Soccorso di Base - BACINO DI MESSINA</b>			
<b>POSTAZIONE</b>	<b>TIPOLOGIA</b>	<b>CODICE</b>	<b>COMUNE</b>
<b>LONGI</b>	<b>MSB</b>	<b>DELTA BRAVO 51</b>	<b>Longi</b>
<b>CAPIZZI</b>	<b>MSB</b>	<b>DELTA BRAVO 54</b>	<b>Capizzi</b>
<b>UCRIA</b>	<b>MSB</b>	<b>DELTA BRAVO 48</b>	<b>Ucria</b>
<b>FLORESTA</b>	<b>MSB</b>	<b>DELTA BRAVO 45</b>	<b>Floresta</b>
<b>BOCSETTA</b>	<b>MSB</b>	<b>DELTA BRAVO 07</b>	<b>Messina</b>
<b>FIUMEDINISI</b>	<b>MSB</b>	<b>DELTA BRAVO 37</b>	<b>Fiumedinisi</b>
<b>MONTALBANO ELICONA</b>	<b>MSB</b>	<b>DELTA BRAVO 53</b>	<b>Montalbano Elicona</b>

#### Allegato 5

<b>Fabbisogno mezzi di soccorso</b>
<p>Considerato che la tipologia del soccorso deve tenere conto non soltanto dall'area di popolazione da soccorrere, ma il riferimento dell'HUB per il trattamento delle patologie tempo-dipendenti (IMA, ICTUS e TRAUMA) e dei trasferimenti secondari urgenti, per il calcolo delle ambulanze medicalizzate MSA- Mezzo di Soccorso Avanzato – Medico infermiere autista e soccorritore si dovrà fare riferimento alla seguente formula:</p> <p>1 ambulanza ogni (60.000 abitanti/ 350 Kmq.) + (1 MSA ogni 7 comuni) = calcolo totale delle MSA;</p> <p>Da tale calcolo rimangono escluse le aree disagiate e le isole minori.</p>