

PARTE I
LEGGI REGIONALI

LEGGE REGIONALE 13 luglio 1994, n. 33.

Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 3 agosto 1993, n. 33, concernente: «Concessione di finanziamenti in conto capitale per interventi di risanamento e tutela delle sorgenti in località «Valle Martella», nonché per la realizzazione di un plesso scolastico nella medesima località».

IL CONSIGLIO REGIONALE

HA APPROVATO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

1. L'articolo 3 della legge regionale 3 agosto 1993, n. 33, è sostituito dal seguente:

«Art. 3.

Definizione degli interventi

1. Le azioni di tutela, gli interventi per il risanamento e la protezione delle sorgenti sono definite, successivamente alla delimitazione delle zone di tutela assoluta e di rispetto di cui all'articolo 2, nell'ambito di un progetto esecutivo che, previa individuazione delle possibili cause d'inquinamento delle sorgenti, definisca le opere da realizzare per la salvaguardia delle stesse e le relative priorità nelle aree precedentemente individuate dalla Regione, nonché sulle aree limitrofe, che risultino suscettibili di produrre inquinamento delle sorgenti.

2. Alla progettazione esecutiva delle opere ed alla loro realizzazione provvede il comune di Zagarolo, sul cui territorio ricadono le sorgenti».

Art. 2.

1. L'articolo 4 della legge regionale n. 33 del 1993 è sostituito dal seguente:

«Art. 4.

Progettazione e realizzazione di un plesso scolastico

1. La Regione, nell'ambito degli interventi di cui agli articoli 1, 2 e 3, al fine di favorire il completamento di servizi essenziali, autorizza il comune di Zagarolo ad utilizzare quota parte del finanziamento, fino ad un massimo di L. 1.150 milioni, previsto con la presente legge per l'anno 1993, per la progettazione e realizzazione di un plesso scolastico, nella zona di «Valle Martella, su suolo di proprietà comunale.

2. Per le finalità di cui al precedente articolo, il comune di Zagarolo è autorizzato ad utilizzare quota parte del finanziamento fino ad un massimo di L. 2.500 milioni per il riordino ed il completamento della rete idropotabile».

La presente legge regionale sarà pubblicata sul *Bollettino Ufficiale* della Regione. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Lazio.

Data a Roma, addì 13 luglio 1994

PROIETTI

Il visto del Commissario di Governo è stato apposto l'8 luglio 1994.

ATTI DEL CONSIGLIO REGIONALE

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE 11 maggio 1994, n. 1004.

Sistema di emergenza sanitaria Lazio Soccorso 118.

IL CONSIGLIO REGIONALE

Ritenuto prioritario definire, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale; le linee generali del sistema di emergenza sanitaria;

Considerato che l'emergenza sanitaria costituisce un sistema integrato ospedale-territorio per cui lo stesso si configura come sistema complesso articolato nelle due fasi — strettamente interrelate — dell'allarme sanitario e della risposta sanitaria adeguata all'evento;

Considerato che con ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 144 del 13 maggio 1992 si è dato una prima risposta di tipo organizzativo-territoriale per l'avvio della fase iniziale del sistema di emergenza sanitaria individuando gli interventi specifici connessi alla fase di allarme per quanto riguarda, in particolare, la realizzazione della Centrale operativa regionale e delle cinque centrali operative provinciali;

Viste le deliberazioni della Giunta regionale del 17 novembre 1992, n. 10229 e n. 2656 del 15 aprile 1993 con le quali sono stati approvati i progetti esecutivi delle predette Centrali operative per l'attivazione del numero unico 118 di emergenza sanitaria;

Considerato, altresì, che nella fase attuale, risultano già ultimati i lavori relativi alle Centrali operative regionali e provinciali di Roma, ubicate presso la U.S.L. RM/10, mentre sono in fase di avanzata realizzazione quelli relativi alle restanti Centrali operative provinciali;

Preso atto che sono stati definiti i progetti relativi ai collegamenti per la rete fonia per l'attivazione del numero unico 118 di emergenza sanitaria e la rete trasmissione dati tra Centrali operative, mezzi di soccorso e strutture sanitarie per la immediata individuazione della risposta più idonea alla patologia in emergenza/urgenza;

Considerato necessario al fine di garantire il funzionamento del sistema, definire la organizzazione complessiva di tutte le attività che costituiscono il sistema di emergenza sanitaria con riguardo ai seguenti orientamenti:

articolazione della rete di emergenza su vari livelli per rispondere al concetto della gradualità delle cure;

REGIONE LAZIO
SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA
LAZIO SOCCORSO «18»

- PREMESSA.

La Regione Lazio individua il Sistema emergenza sanitaria - 118 nell'articolazione di cui al presente documento.

In ambito regionale, al momento attuale, la situazione dei servizi di emergenza urgenza evidenzia una realità quanto mai composita, articolata e disomogenea sia per quanto riguarda l'area metropolitana di Roma che per le altre province, dimostrata dal ricorso pressante, talvolta insostenibile, al sistema dei pronto soccorsi ospedalieri.

È necessario, pertanto, realizzare un sistema integrato, composto di specifiche strutture territoriali ed ospedaliere che sia in grado di intervenire, in maniera efficiente, con possibilità di tempestivo intervento e che sia, nel contempo, capace di operare una indispensabile opera di filtro attraverso una precisa regolamentazione della operatività delle strutture individuate ed attraverso un collegamento funzionale del sistema nel suo complesso.

A tale scopo è istituito nella Regione Lazio il Sistema integrato territorio - ospedale per le emergenze sanitarie denominato «Lazio soccorso - 118».

Tale sistema risponde alle chiamate effettuate sul numero telefonico unico per tutto il territorio nazionale: «118»; afferiscono a tale numero tutte le chiamate relative alla emergenza ed urgenza sanitaria di interesse sanitario medico e non medico.

Tale chiamata è gratuita e garantisce l'intervento del sistema delle emergenze sanitarie nel Lazio.

L'attivazione del «118» comporta il superamento graduale di tutti gli altri numeri di emergenza sanitaria del servizio sanitario nazionale nonché degli enti ed associazioni convenzionate.

- ARTICOLAZIONE DEL SISTEMA.

Il sistema consta di due fasi operative sanitarie interconnesse di una serie di collegamenti:

- A) Fase di allarme;
- B) Fase di risposta.

1 - A) Fase di allarme, intervengono in detta fase:

1) Centrali operative con funzione di risposta alle chiamate per emergenza sanitaria medica e non medica pervenute tramite il numero unico «118». Le centrali operative sono collegate mediante sistemi di telefonia, radio ed informatici con le postazioni, i mezzi di soccorso, i medici di guardia medica e gli ospedali, al fine di garantire un soccorso rapido ed indirizzato verso le strutture sanitarie più idonee.

2) Postazioni per il trasporto sanitario in emergenza con funzioni di soccorso e trasporto sul territorio, sono dotate di mezzi di soccorso di tipologia differenziata.

B) - Fase di risposta, costituita da:

departimenti di emergenza, articolati in primo e secondo livello;
pronto soccorsi ospedalieri;
punti di primo soccorso;
servizio di guardia medica.

2 - RETE DEI COLLEGAMENTI.

Elemento determinante dell'intera organizzazione dell'emergenza è il sistema delle comunicazioni.

Tale sistema, in ambito regionale, è costituito da:

- a) rete di fonia.

La rete di fonia del sistema di emergenza «118» prevede la connessione tra tutte le centrali operative e la centrale telefonica della Regione Lazio. Detta rete che è il cuore del sistema è stata realizzata con collegamenti numerici ad alta velocità per garantire la qualità e la sicurezza delle comunicazioni.

Il collegamento sia delle strutture sanitarie del Lazio che delle guardie mediche, è stato realizzato utilizzando la rete pubblica specializzata RFD (Rete fonia dati) e circuiti diretti dedicati. L'utilizzo della rete RFD permette di utilizzare il servizio di gruppo chiuso d'utente che consentirà di effettuare la chiamata verso tutte le strutture utilizzando una numerazione ridotta e personalizzata.

Ogni centrale operativa è poi collegata con i vigili del fuoco, la pubblica sicurezza, i carabinieri, la protezione civile e la prefettura. Questi collegamenti sono realizzati con circuiti dedicati;

- b) rete di radiofrequenze dedicate.

La rete di radiofonia dovrà prevedere collegamenti:

tra centrali operative e tra centrali e ospedali sedi di pronto soccorso e D.E.A. (in caso di caduta delle linee di fonia);

tra le centrali operative ed i mezzi mobili di soccorso;

i collegamenti radio saranno effettuati attraverso ponti radio utilizzando le frequenze all'uso dedicate. Nella fase di prima attuazione verrà utilizzato cercando per quanto possibile una omogeneizzazione del sistema — quanto già esistente (frequenze già in uso dal P.I.C. di Roma integrate con la rete dei vigili urbani di Roma, frequenze in uso a Viterbo e Rieti). Per le province di Latina e Frosinone sarà ricercato — anche attraverso l'uso in via temporanea e sperimentale, di telefoni portatili, il collegamento con i mezzi mobili di soccorso;

- c) sistema informatico per l'acquisizione ed elaborazione dei dati.

Tale sistema prevede la registrazione delle attività relative alle richieste di emergenza effettuata attraverso tecnologie informatiche. Ogni operatore della centrale operativa avrà a disposizione funzioni che permetteranno costantemente di avere la visione globale di tutti i dati relativi alle risorse disponibili o impegnate in operazioni di soccorso unitamente al loro stato operativo. A tal fine tutte le strutture ospedaliere della rete regionale di emergenza saranno dotate di un personal computer collegato con la centrale operativa della rispettiva provincia, per la trasmissione in tempo reale della disponibilità dei posti letto.

3 - FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA.**3.1 - Fase di allarme.****3.1.1 - Strutture di riferimento:****1 - Centrali operative.**

Requisiti e caratteristiche strutturali:

In merito alla parte edilizia delle centrali operative si fa riferimento alla ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 144 del 14 maggio 1992 ed alle successive deliberazioni della Giunta regionale nn. 10229 del 17 novembre 1992 e n. 2656 del 15 aprile 1993.

Centrale operativa regionale.

La centrale operativa regionale ha sede presso la U.S.L. RM/10 e si avvale delle strutture tecnologiche esistenti presso la centrale operativa di Roma mediante uso modulare delle stesse.

La centrale operativa regionale provvede al coordinamento generale del sistema di emergenza sanitaria «Lazio soccorso 118».

Centrali operative provinciali.

Dette centrali operative sono organizzate su base provinciale ed insistono sulle seguenti unità sanitarie locali:

- 1) Centrale operativa provinciale di Roma - U.S.L. RM/10
- 2) Centrale operativa provinciale di Latina - U.S.L. LT/3;
- 3) Centrale operativa provinciale di Rieti - U.S.L. RI/1;
- 4) Centrale operativa provinciale di Viterbo - U.S.L. VT/3;
- 5) Centrale operativa provinciale di Frosinone - U.S.L. FR/4.

La centrale operativa raccoglie, attraverso il numero unico «118», tutte le richieste di soccorso per le emergenze-urgenze sanitarie, provenienti dai cittadini e da strutture sanitarie o da strutture, a qualsiasi titolo dedicate all'emergenza. La centrale operativa garantisce gli interventi nell'ambito territoriale di competenza attraverso l'utilizzo dei mezzi di soccorso, assicura collegamenti radio e telefonici con i servizi sanitari del sistema di urgenza ed emergenza sanitaria del territorio di competenza (dipartimenti di emergenza, servizi di pronto soccorso, servizi di anestesia e rianimazione, ecc...) su frequenze dedicate e riservate al servizio sanitario nazionale per il sistema di emergenza stesso.

Ogni centrale operativa mantiene un collegamento costante con le altre centrali del sistema regionale di emergenza. Dovrà, inoltre ricordarsi con la prefettura di ogni provincia e con le centrali operative della protezione civile, dei carabinieri, della polizia, dei vigili del fuoco e dei vigili urbani nonché con tutte le altre strutture dedicate all'emergenza.

Strumenti organizzativi tecnologici ed informatici.

Le Centrali operative hanno standard di comunicazione e di servizio compatibili tra loro e con quelli delle altre regioni; sono dotate di sistemi informatici e di sistemi di registrazione automatica delle conversazioni telefoniche.

Le centrali operative sono dotate di una sotto-rete di fonia che consente un collegamento dedicato tra i servizi di specialità similari e/o collegamenti telefonici in conferenza tra specialisti nei casi di necessità.

Le sotto-reti, a regime, saranno utilizzate nelle seguenti specialità:

chirurgia dei grossi vasi - servizi di anestesia e rianimazione - neurochirurgia - neonatologia - psichiatria - servizi emotrasfusionali - terapia intensiva neonatale;

unità di terapia intensiva cardiologica.

Dovranno inoltre essere collegati in sottorete con linee dedicate i pronto soccorsi delle strutture ospedaliere sede di D.E.A. di primo e secondo livello. Nella fase di realizzazione verranno collegate:

chirurgia dei grossi vasi - neurochirurgia - terapia intensiva neonatale.

COMPITI DELLE CENTRALI OPERATIVE

Centrale operativa regionale.

La centrale operativa regionale provvede al coordinamento generale del sistema di emergenza sanitaria «Lazio soccorso 118». A tal fine agisce d'intesa con la centrale operativa della provincia di Roma, sia per quanto attiene il collegamento operativo con le altre centrali provinciali sia per i compiti di formazione e addestramento del personale addetto al sistema. Provvede inoltre ai raccordi funzionali con le altre regioni e, nei casi di maxi-emergenza, agisce d'intesa con la protezione civile.

Centrali operative provinciali.

1) Servizio di assistenza per le emergenze-urgenze sanitarie, mediche e non mediche, funzionante 24 ore su 24 (H 24) attraverso i seguenti interventi:

- a) valutazione della chiamata;
- b) filtro telefonico secondo codifica;
- c) attivazione del mezzo di soccorso;
- d) avvio del mezzo di soccorso all'ospedale più idoneo alla patologia, previo allertamento;
- e) assistenza logistica e tecnico-sanitaria al mezzo di soccorso durante il percorso.

2) Gestione del trasporto neonatale (vedi 3.2.3).

3) Gestione del sistema di rilevazione, in tempo reale, della situazione dei posti letto nelle strutture ospedaliere, nonché della rilevazione dei servizi diagnostici (con priorità dei servizi di alta diagnostica).

4) Coordinamento degli interventi specifici da realizzare tramite conferenza telefonica tra le strutture d'alta specialità.

5) Servizio interospedaliero di trasporto infermi organizzato e coordinato con le direzioni sanitarie, trasporto sangue ed emoderivati, trasporto organi per trapianti, interventi di medicina necroscopica.

6) Indicazione dei percorsi ottimali per i mezzi di soccorso in relazione alle patologie, alla viabilità, ad eventuali segnalazioni delle altre centrali operative.

7) Collegamento tra le strutture sanitarie territoriali: postazioni per il trasporto sanitario in emergenza, guardia medica, punti di primo intervento.

8) Collegamento tra strutture a carattere medico e socio-sanitarie (pronto intervento sociale, servizi di assistenza ai tossicodipendenti, servizi di interesse socio sanitario, ecc.).

9) Collegamento con i servizi veterinari, servizi di igiene ambientale, servizi di medicina del lavoro.

10) Interazione operativa con il pronto intervento psichiatrico, presente in tutte le unità sanitarie locali.

11) Attivazione e collegamento con i sistemi di telesoccorso;

12) Informazioni generali sul funzionamento dei servizi sanitari di emergenza (territoriali ed ospedalieri) e sugli altri presidi sanitari, informazioni specifiche sulle competenze del sistema di emergenza sanitaria - 118.

13) Collegamenti con l'apparato sanitario militare per quanto attiene la organizzazione e l'eventuale impiego delle strutture dedicate all'emergenza.

14) Formazione ed aggiornamento permanente per il personale addetto alla centrale operativa d'intesa con le altre strutture sanitarie dedicate all'emergenza, in attuazione delle specifiche normative dei relativi accordi collettivi nazionali nell'ambito dei programmi generali;

15) Stesura di protocolli interni inerenti il funzionamento delle centrali operative.

16) Analisi dei dati relativi alla attività della centrale operativa necessari alla funzionalità del sistema.

17) Gestione del personale addetto alla centrale operativa ed al trasporto in emergenza;

18) Gestione dei mezzi di soccorso e delle attrezzature relative.

Modalità di funzionamento.

La centrale operativa valuta la richiesta di intervento e la eventuale gravità predisponendo, in contemporanea, l'intervento di soccorso più adeguato, secondo le seguenti tipologie:

- a) intervento non necessario;
- b) intervento indirizzato al medico di medicina generale, al pediatra;
- c) intervento indirizzato alla guardia medica;
- d) invio di un mezzo di soccorso semplice o di primo soccorso;
- e) invio di un mezzo di soccorso avanzato;
- f) invio di un mezzo di soccorso aereo.

Tutte le richieste di intervento debbono essere codificate secondo le specifiche tecniche di cui al decreto ministeriale 15 maggio 1992.

L'invio di mezzi di soccorso avanzato deve essere sempre disposto a cura di un medico della centrale operativa.

Le richieste di soccorso vengono accettate ed analizzate attraverso protocolli operativi prestabiliti e sono sottoposti a continua verifica.

2 - Postazioni.

La Regione individua in prima istanza le sedi delle postazioni dei mezzi di soccorso nel rispetto dei tempi di percorrenza previsti dalla normativa nazionale e sulla base dei criteri individuati nella deliberazione della Giunta regionale n. 11395 del 3 dicembre 1992. La rete delle postazioni dei mezzi di soccorso dovrà essere sottoposta a verifiche periodiche in ordine a criteri di funzionalità ed operatività da parte dei responsabili delle centrali operative provinciali.

Gli standard dei mezzi di soccorso dovranno essere conformi alla normativa vigente. Qualora necessarie per completare la rete di trasporto sanitario, le convenzioni con la Croce rossa italiana ed altre associazioni di volontariato o private dovranno tener conto degli standard a livello nazionale e dovranno essere stipulate dalle unità sanitarie locali sedi di centrali operative sulla base di appositi schemi tipo predisposti.

Le postazioni sono collegate con le centrali operative attraverso le reti dedicate di radio e di fonia.

3.1.2 - Modalità organizzative.

Protocolli operativi.

Il funzionamento della centrale operativa deve essere regolato da protocolli uniformi sul territorio regionale predisposti dai responsabili delle centrali operative unitamente con il coordinamento regionale del sistema di emergenza e con l'amministrazione regionale.

I protocolli dovranno essere redatti secondo le seguenti modalità:

1) protocolli interni: concordati congiuntamente tra i direttori delle centrali operative provinciali, il coordinatore regionale e una rappresentanza delle figure professionali che operano all'interno delle centrali medesime;

2) protocolli esterni:

a) protocolli non sanitari concordati con i responsabili delle altre strutture dedicate all'emergenza (112, 113, 115, C.R.I., Prefetture, ecc.);

b) protocolli sanitari: concordati unitamente ai direttori delle strutture ospedaliere del territorio, nonché con i responsabili delle strutture sanitarie, connesse all'emergenza (coordinatori del D.E.A. e responsabili delle unità operative).

I responsabili delle centrali operative provinciali dovranno inviare i protocolli di cui sopra alle strutture di riferimento di ciascuna unità sanitaria locale o/e alle strutture dedicate all'emergenza che dovranno sottoscrivere entro trenta giorni dal ricevimento.

I protocolli operativi, redatti sulla base delle specifiche normative dei relativi accordi collettivi nazionali, dovranno essere trasmessi da parte del legale rappresentante della unità sanitarie locali di riferimento, alla Regione per la verifica della congruità con le linee di programmazione regionale e saranno operativi dopo l'esame, e l'approvazione da parte della Giunta regionale.

Tali protocolli saranno sottoposti ad aggiornamento annuale.

I protocolli potranno essere oggetto di revisione globale qualora non fossero più rispondenti alle finalità operative, su richiesta dei responsabili delle centrali operative e almeno due responsabili di unità operative ospedaliere o territoriali.

3.1.3 - Mezzi di soccorso.**Tipologia.**

Il sistema di emergenza sanitaria è dotato dei seguenti mezzi di soccorso:

- a) mezzi di soccorso semplice o primo soccorso;
- b) mezzi di soccorso avanzato (comprendenti sia centri mobili di rianimazione che altre tipologie di mezzi attrezzati);
- c) mezzi di soccorso aereo (eliambulanza).

Si può prevedere, in particolari situazioni, l'utilizzo di auto medicalizzate o di altra necessaria tipologia. Le attrezzature sanitarie a bordo dei suddetti automezzi debbono essere conformi alla normativa vigente.

Personale.

Il personale addetto agli automezzi è, di norma, composto di tre unità costituite da autista, infermiere professionale, barelliere, per i mezzi di soccorso semplice; per i mezzi di soccorso avanzato e aereo, la dotazione predetta viene integrata da un medico specialista in anestesia e rianimazione.

In particolari situazioni, può essere previsto l'utilizzo di medici specialisti dell'area dell'emergenza.

In attesa di pervenire al raggiungimento degli standard di personale come sopra previsti, si ritiene che i mezzi di soccorso semplici possano funzionare con un autista-barelliere e un infermiere professionale.

3.1.4 - Personale addetto alla fase di allarme.

Il personale da adibire alla fase di allarme sanitario è costituito da:

I) Centrale operativa:

- personale medico;
- personale infermieristico;
- altro personale:
 - a) centralinisti;
 - b) amministrativi;
 - c) informatici.

II) Postazioni:

- personale medico;
- personale infermieristico;
- altro personale:
 - a) autisti;
 - b) barellieri.

3.1.5 - Compiti del personale addetto alla fase di allarme.**Centrale operativa:****Personale medico:**

Dirigente della centrale operativa.

Centrale operativa regionale.

Il coordinamento regionale del sistema di emergenza è affidato ad un dirigente medico con qualifica apicale da individuare a seguito di pubblico concorso e con comprovata esperienza nell'area dell'emergenza specifiche competenze in ambito organizzativo. Svolge le funzioni di coordinamento generale degli interventi di emergenza sanitaria secondo quanto specificato al punto 3.1.1. Il coordinatore della centrale operativa regionale assume anche le funzioni di coordinatore generale del sistema «Lazio soccorso 118» e ne ha la responsabilità.

Centrale operativa provinciale.

Il dirigente della centrale operativa delle province di Frosinone, Latina, Rieti e Viterbo deve possedere qualifica non inferiore ad aiuto ospedaliero e comprovata esperienza nell'area dell'emergenza sanitaria.

La direzione della centrale operativa di Roma è affidata ad un dirigente medico con qualifica non inferiore ad aiuto ospedaliero, preferibilmente apicale, e comprovata esperienza nell'area dell'emergenza, da individuare con apposito concorso; tale funzione non è compatibile con la contemporanea direzione di un servizio o di visione ospedaliera.

Il dirigente della centrale operativa provinciale svolge funzioni di coordinamento nell'ambito della provincia di rispettiva competenza.

Medici addetti alla centrale operativa.

I medici addetti alla centrale operativa hanno il compito di garantire la corretta procedura atta alla risoluzione delle richieste di soccorso; hanno funzioni di consulenza presso la centrale operativa. Il suddetto personale proviene dai vari settori afferenti all'area dell'emergenza, assegnato anche a rotazione alla centrale operativa, deve aver frequentato apposito corso di formazione sulle emergenze sanitarie.

Per quanto concerne la determinazione dell'organico, lo stesso verrà dimensionato, nelle diverse realtà locali, in relazione alla attività svolta dalla centrale operativa ed alle indicazioni di cui all'allegato 2 della ordinanza presidenziale n. 144/92. Per la predetta funzione sono prioritariamente utilizzati, in assenza di personale dipendente del servizio sanitario nazionale, i medici titolari di incarico nei servizi di guardia medica di cui all'art. 22 del decreto del Presidente della Repubblica n. 41/1991 che abbiano frequentato e superato il corso di formazione previsto dal predetto articolo e conformemente ai piani di studio predisposti e deliberati dalla commissione regionale di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 9652 del 10 novembre 1992.

I medici addetti alla centrale operativa esercitano le loro funzioni mediante opportuna rotazione alle dipendenze funzionali e tecnico operative del dirigente della medesima centrale operativa e sono tenuti al rispetto dei protocolli appositamente predisposti.

B) Personale infermieristico.

Ad esso è affidata la responsabilità operativa della consolle a cui è assegnato nel suo turno di lavoro nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile. Ad esso altresì, è affidato il compito di identificare per via fonica o radio il livello apparente di gravità dell'evento segnalato, in relazione al numero dei soggetti da assistere, classificando le chiamate e le risposte secondo il sistema di codificazione definito dal decreto del Ministero della sanità del 15 maggio 1992, che si intende acquisito dal responsabile della centrale operativa. L'operatore di centrale operativa, qualora ravvisi la necessità di invio di mezzi di soccorso deve consultare contestualmente il medico di appoggio della centrale operativa. L'operatore di centrale operativa, coadiuva il medico di appoggio nel tenere collegamenti con il personale di bordo, con il quale concorda sia gli interventi sanitari immediati, sia le modalità di trasporto, entrambi disposti dal medico di appoggio stesso, rapportandosi anche con i responsabili delle strutture ospedaliere non afferenti nell'area di competenza della centrale operativa. Titolo preferenziale per la assegnazione del personale infermieristico alla centrale operativa, è l'aver prestato servizio presso strutture dell'area dell'emergenza per almeno due anni.

C) Operatori alla consolle.

Detto personale svolge compiti di tipo informatico e di selezione delle chiamate. A regime, tutti gli operatori alla consolle, dovranno essere infermieri professionali con esperienza comprovata di pronto soccorso e nelle aree di emergenza.

In via transitoria, il personale addetto alle consolle, attualmente in pianta organica presso la centrale operativa di Roma che non ha la qualifica di infermiere professionale (coadiutore amministrativo) è autorizzato, ad esaurimento, ad effettuare le funzioni attuali, previo corso di aggiornamento.

D) Personale amministrativo.

Le funzioni del personale amministrativo che opera nell'ambito della centrale operativa, consistono nella gestione dei turni del personale, degli automezzi, degli interventi di manutenzione in generale e degli altri adempimenti connessi.

E) Personale informatico.

A detto personale compete la registrazione relativa ai dati operativi della centrale, la loro elaborazione e la loro analisi.

Limitatamente alla centrale operativa di Roma dovrà essere previsto personale nella relativa pianta organica mentre per le restanti centrali operative verrà utilizzato personale in organico della unità sanitaria locale.

Postazioni.**Personale medico.**

I medici attualmente in servizio sui mezzi di soccorso avanzato (denominati centri mobili di rianimazione), assegnati al servizio di emergenza sanitaria e sui mezzi di soccorso aereo sono specialisti in anestesia e rianimazione. Tali sanitari la cui dotazione, quantificata secondo le indicazioni della ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 144/92, deve essere aggiuntiva alla attuale pianta organica dei servizi di anestesia e rianimazione, devono ruotare all'interno dei servizi medesimi. E da prevedersi, in relazione alle esigenze che verranno evidenziate ed alla attivazione del sistema, compatibilmente alle risorse finanziarie, la possibilità di utilizzare su altre tipologie di mezzi di soccorso avanzato, altre figure di medici in possesso di documentata esperienza nel settore dell'emergenza e che abbiano frequentato specifico corso di formazione. Sono impiegati sui mezzi di soccorso semplici anche i medici titolari di guardia medica purché abbiano frequentato lo specifico corso.

I medici sono responsabili:

del soccorso e/o trasporto del paziente, del funzionamento delle attrezzature sanitarie, della postazione e degli automezzi ad essa assegnati.

personale di guardia medica.

Nei servizi di emergenza possono essere utilizzati i medici titolari di incarico nei servizi di guardia medica ad esaurimento, ai sensi del decreto legislativo n. 517/93, purché abbiano frequentato appositi corsi di formazione per il personale addetto alla emergenza sanitaria.

Le modalità per l'inserimento definitivo del personale di guardia medica nel sistema di emergenza sanitaria verranno disciplinate nell'ambito dell'accordo nazionale per i medici di medicina generale di cui all'art. 9 del decreto legislativo n. 517/93.

Personale infermieristico.

Gli infermieri professionali sono tenuti a verificare il funzionamento delle attrezzature sanitarie e la presenza a bordo di tutti i presidi sanitari necessari al soccorso, segnalando eventuali disfunzioni delle attrezzature, e provvedendo nel più breve tempo possibile, alla riparazione e/o sostituzione delle stesse.

Coadiuvano il medico, se a bordo di unità di soccorso avanzato; compiono gli atti necessari a garantire il soccorso del paziente, per quanto di competenza, mantenendo i contatti radio e/o contatti operativi con la centrale operativa.

Altro personale:

- a) autisti;
- b) barellieri.

2 - B) Fase di risposta.

Nel sistema di emergenza sanitaria la fase di risposta è così articolata:

2.1 - Pronto soccorso ospedaliero.

L'ospedale per essere sede di pronto soccorso, deve rispondere ai seguenti requisiti:

- a) interventi diagnostico-terapeutici di urgenza, compatibili con le specialità di cui è dotato;
- b) primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio;
- c) interventi intesi a stabilizzare le condizioni del paziente critico, garantendo, se necessario, il trasporto protetto verso il dipartimento di emergenza di appartenenza.

Il pronto soccorso ospedaliero deve comunque assicurare 24 ore su 24:

- 1) presenza di guardia attiva in anestesia e rianimazione; presenza di guardia attiva, anche interdivisionale, in medicina e chirurgia;
- 2) presenza di guardia attiva o reperibilità in cardiologia, pediatria, ostetricia-ginecologia, ove già esistente anche in ortopedia;
- 3) presenza di almeno un medico (o biologo) ed un tecnico anche con reperibilità in laboratorio analisi chimico-cliniche e articrobiologiche ed in emoteca;
- 4) presenza del radiologo e del tecnico del servizio radiologico e di diagnostica per immagini e di endoscopia digestiva anche in reperibilità. Il pronto soccorso ospedaliero deve essere in grado di garantire comunque le prestazioni su indicate nell'arco delle 24 ore.

Gli ospedali sede di pronto soccorso debbono disporre di letti tecnici di osservazione (2-4 posti letto).

Le direzioni sanitarie devono garantire il funzionamento ottimale dei servizi in base ai requisiti minimi sopraelencati.

Modalità di funzionamento.

Il servizio di pronto soccorso ospedaliero espleta le proprie attività con personale sanitario, medico e non medico, anche con l'utilizzazione di altri specialisti presenti nell'ospedale con obbligo di aggiornamento permanente.

Per quanto riguarda gli standard relativi ai locali, attrezzature e personale, si fa riferimento alla relativa scheda tecnica.

Le strutture ospedaliere di cui agli articoli 39, 41 e 42 della legge n. 833/78 e le strutture private convenzionate con il servizio sanitario nazionale, compresi i centri polivalenti di cui all'art. 11 della legge regionale 20 settembre 1993, n. 55, contribuiscono alla rete di servizi di emergenza, nell'ambito della programmazione sanitaria, purché in possesso dei requisiti di cui al presente piano.

Responsabilità organizzativo-funzionale.

Negli ospedali sedi di pronto soccorso la responsabilità delle attività generalmente realizzate in pronto soccorso, ed il collegamento delle varie competenze specialistiche sono attribuite al primario di pronto soccorso o, qualora non sia previsto il servizio autonomo,

nominativamente ad un medico con qualifica di aiuto, in possesso di documentata esperienza nella emergenza sanitaria (che abbia operato nell'ambito dei servizi di pronto soccorso-accettazione, servizi di anestesia e rianimazione e terapia intensiva polivalente per almeno due anni).

Al responsabile di pronto soccorso sono affidate, oltre alle funzioni di accettazione del paziente con patologia emergente-urgente, anche quelle relative ai pazienti con patologie d'elezione di concerto con il responsabile dei singoli reparti mediante apposito protocollo verificato dalla direzione sanitaria compatibilmente con le esigenze di pronto soccorso.

Il responsabile di pronto soccorso decide insindacabilmente delle effettive priorità dei singoli casi in ambito di emergenza/urgenza e ne fissa la destinazione, sentito il parere degli altri specialisti.

3.2.2 - Dipartimenti di emergenza e accettazione.

Definizione ed individuazione.

Il dipartimento di emergenza e accettazione è il modello organizzativo multidisciplinare che comporta l'integrazione funzionale delle divisioni e servizi sanitari atti ad affrontare i problemi diagnostici e terapeutici dei cittadini in situazioni di emergenza e/o urgenza sanitaria. Il Dipartimento di emergenza accettazione (D.E.A.) costituisce il collegamento funzionale nell'ambito del bacino di utenza e nel territorio di competenza tra i presidi territoriali ed i servizi e le divisioni dell'ospedale di riferimento comunque impegnati nell'urgenza.

Gli ospedali, sede di dipartimento di emergenza, al fine di rispondere al concetto essenziale della gradualità delle cure, sono individuati secondo i requisiti previsti dal parere tecnico del Consiglio superiore di sanità — espresso nella seduta del 12 febbraio 1992 — in rapporto alla tipologia dei servizi ospedalieri esistenti, al bacino di utenza, alla presenza di servizi territoriali, ai criteri di accesso alle strutture ed alla viabilità ed alla situazione oro-geografica del territorio.

Criteri di funzionalità degli ospedali sede di D.E.A.

A - Gli ospedali sede di dipartimento di 1° e 2° livello allo scopo di garantire la massima e tempestiva disponibilità di posti letto delle divisioni, sezioni e servizi, devono perseguire una ottimale gestione delle degenze in applicazione dei parametri previsti dalla legge di riordino della rete ospedaliera con particolare riferimento ai giorni di degenza media:

- a) area di medicina: degenza media giorni 10;
- b) area di chirurgia: degenza media giorni 7;
- c) area materno-infantile: degenza media giorni 5.

In questa fase si fa riferimento alla relativa proposta approvata con deliberazione della Giunta regionale n. 12488 del 21 dicembre 1992.

Analoga mente gli ospedali sede di D.E.A. devono, altresì, uniformarsi ai seguenti criteri di gestione:

- 1) filtro ai ricoveri in pronto soccorso e gestione mediante adeguata rete di ambulatori anche divisionali, aperti dodici ore;
- 2) servizi diagnostici e consulenze per dodici ore;
- 3) attivazione day hospital (10% posti letto degenze ad esclusione dei posti letto dei centri di rianimazione polivalenti e terapia intensiva), in attesa di specifica normativa regionale di recepimento del decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1992;
- 4) dimissione protetta nell'ambito dell'8-10% delle attuali degenze e proseguimento indagini senza ulteriore ricovero per esami programmati (ove possibile);
- 5) organizzazione dipartimentale «anche» degli altri servizi e divisioni dell'ospedale per apparati e per organo e dei servizi di diagnostica strumentale anche per obiettivi attraverso adozione di protocolli diagnostico-terapeutici per discipline e di indicatori di efficienza numerici e di qualità.

Compiti.

Il D.E.A. deve istituzionalmente:

- a) garantire il massimo livello di assistenza possibile in relazione alle risorse secondo standard prefissati;
- b) consentire gli opportuni collegamenti tecnico-organizzativi dei presidi sanitari deputati all'urgenza, situati nel territorio di riferimento;
- c) razionalizzare le risorse disponibili secondo una logica programmatoria;

d) perseguire un ottimale rapporto costi benefici, per assicurare adeguati livelli di assistenza fin dal primo intervento, anche mediante protocolli diagnostico-terapeutici opportunamente verificati ed aggiornati;

e) consentire, con opportuna programmazione, il più alto livello di addestramento del personale (dipendente, convenzionato, volontario, ecc...)

f) perseguire l'umanizzazione dei rapporti tra utenti e personale sanitario;

g) introdurre il metodo della verifica della qualità delle cure prestate con opportuno sistema di accreditamento dei servizi e di riscontro tecnico-organizzativo e culturale nel suo interno (audit medico e del restante personale sanitario);

h) contribuire alla educazione sanitaria dei cittadini per un corretto uso del sistema delle emergenze sanitarie, anche mediante corsi di informazione ed utilizzando tutti i possibili mezzi di comunicazione.

Prestazioni.

Il dipartimento di emergenza accettazione sia di primo che di secondo livello, deve garantire 24 ore su 24 le seguenti prestazioni:

a) pronto soccorso ed interventi diagnostico terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici;

b) osservazione breve;

c) assistenza rianimatoria e cardiologica;

d) prestazioni strumentali per immagini, di endoscopia digestiva e di laboratorio di analisi chimico-clinico, microbiologico e di immunoematologia;

e) funzioni di accettazione medica ed amministrativa;

f) unità specialistiche coordinate;

In tutti gli ospedali sedi di D.E.A. sia di primo che di secondo livello, deve essere comunque garantita la presenza nella sede del pronto soccorso di:

un internista di pronto soccorso;

un chirurgo;

un anestesista rianimatore;

un ortopedico-traumatologo.

L'assistenza cardiologica in pronto soccorso di cui al precedente punto c) è garantita dall'unità coronarica per il trattamento di particolari patologie cardiovascolari ad alto rischio.

Tutte le altre competenze specialistiche afferiscono al pronto soccorso su chiamata, sia se presenti in guardia attiva di 24 ore sia in pronta reperibilità.

Componenti organizzative e strutturali.

Le prestazioni di cui al precedente punto, sono attuate attraverso le seguenti unità operative strutturali e/o funzionali:

a) pronto soccorso:

medico con posti letto di osservazione breve (48/72h);

chirurgico-ortopedico-traumatologico;

ostetrico ginecologico;

pediatrico;

psichiatrico (dove è stato previsto il servizio di diagnosi e cura).

Il pronto soccorso medico e la degenza di osservazione breve sono affidati ad un organico autonomo di pronto soccorso e medicina d'urgenza (area medica) costituito dagli attuali organici del pronto soccorso, accettazione e astanteria. Le funzioni di accettazione vengono espletate dai rispettivi pronto soccorso come sopra articolati secondo le specifiche competenze. Al pronto soccorso medico, con annessa accettazione spetta, ai sensi dell'art. 14 del decreto del Presidente della Repubblica n. 128/69 l'assegnazione definitiva del posto letto nelle divisioni o servizi dell'ospedale.

b) centro di rianimazione e terapia intensiva polivalente;

c) unità di terapia intensiva coronarica (U.T.I.C.);

d) diagnostica per immagini (tradizionale, T.A.C., ecografia); diagnostica e terapia endoscopica;

e) laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche;

f) immunoematologia ed emotrasfusione;

g) guardia medica;

h) servizi convenzionati e di volontariato.

La direzione sanitaria del presidio ospedaliero sede di D.E.A. fa parte integrante della medesima struttura organizzativa con compiti di responsabilità nella certificazione dei posti letto delle terapie intensive e delle altre specialità, nonché della loro disponibilità in tempo reale (cfr. centro operativo ospedaliero);

i) piazzole atterraggio eliambulanza.

Livelli di D.E.A. e loro componenti specialistiche.

I dipartimenti di emergenza e accettazione sono articolati in primo e secondo livello, a seconda delle componenti specialistiche e organizzative, e in rapporto al bacino di utenza.

D.E.A. di primo livello:

Bacino di utenza 250.000-300.000 abitanti.

Competenze.

Gli ospedali sede di D.E.A. di primo livello, debbono essere dotati di divisioni di degenza (o servizi con letti) delle seguenti specialità:

medicina generale;

chirurgia generale;

ostetricia e ginecologia;

pediatria;

cardiologia con U.T.I.C.;

ortopedia e traumatologia;

centro di rianimazione, terapia sub-intensiva neonatale e terapia intensiva polivalente.

Nelle more della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, negli ospedali dove non sono state ancora attivate le U.T.I.C., le funzioni di assistenza al paziente cardiologico in condizioni critiche sono affidate al centro di rianimazione polivalente in collaborazione con il servizio di cardiologia.

Le altre unità specialistiche nell'ospedale devono essere coordinate con quelle strutturali, garantendo prioritariamente il ricovero di pazienti in condizioni di emergenza-urgenza. I dipartimenti di primo livello, devono essere dotati di letti di osservazione breve, riservati al monitoraggio e alle terapie indifferibili, per i pazienti che non trovano immediata collocazione nei reparti competenti, anche mediante collaborazione ed assistenza sul posto dello specialista.

I dipartimenti di emergenza di primo livello devono essere dotati di letti di osservazione breve (48-72h). Per la individuazione e la quantificazione di tali posti letto (almeno 8 + 8), si fa riferimento alla proposta di riordino della rete ospedaliera della Regione di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 12488 del 21 dicembre 1992.

I letti di osservazione breve vanno reperiti tra gli attuali letti del preesistente servizio di astanteria, tali posti letto sono portati in detrazione alle divisioni ospedaliere il cui indice di occupazione risulti inferiore allo standard medio del 75% e possibilmente collocati nei locali attigui al pronto soccorso;

Nel pronto soccorso dell'ospedale, sede di dipartimento di emergenza di primo livello, le competenze:

a) mediche: sono assicurate in pronto soccorso e nell'area di degenza di osservazione breve per il trattamento dei pazienti con patologia medica in condizioni critiche con diagnosi incerta e che necessitano comunque di cure indifferibili, da una sezione autonoma di medicina d'urgenza e pronto soccorso (area medica) dotata di un organico costituita di medici provenienti dagli attuali organici dei servizi di:

pronto soccorso;

accettazione e astanteria (vedi allegato n. 2);

b) chirurgiche ed ortopedico-traumatologiche sono assicurate dai chirurghi e dagli ortopedico-traumatologici delle rispettive divisioni, con opportuna turnazione; per le prestazioni ortopedico-traumatologiche deve essere previsto apposito locale, situato nell'ambito del pronto soccorso, adibito a sala gessi;

c) ginecologiche e pediatriche sono assicurate dagli specialisti delle rispettive divisioni;

d) di anestesia e rianimazione sono assicurate dagli anestesisti rianimatori di turno nel centro di rianimazione e terapia intensiva polivalente. La dotazione di posti letto del centro di rianimazione deve essere individuata in relazione alla articolazione per livelli di assistenza di cui alla delibera della Giunta regionale n. 12488 del 21 dicembre 1992, e comunque in rapporto alle indicazioni di cui all'art. 10 del decreto del Presidente della Repubblica n. 128/1969 (pari al 2% del posti letto attivi di degenza delle singole strutture e comunque non inferiori al 6/8 posti letto). Fermo restando la priorità dell'adeguamento dei posti letto di rianimazione polivalente, allo scopo di una più corretta gestione dei posti letto, devono essere individuati posti letto di terapia sub intensiva in rapporto ottimale di 2 a 1 rispetto ai posti letto del centro di rianimazione da individuare sia presso il medesimo centro di rianimazione sia all'interno delle divisioni di medicina, chirurgia e/o di specifiche discipline.

Negli ospedali provinciali di Latina, Frosinone, Viterbo, individuati come centri di riferimento per l'emergenza sanitaria devono essere attivati, nell'arco di vigenza del piano unità operative di terapia intensiva neonatale. Il territorio della provincia di Rieti farà riferimento alle unità operative di VT/3 per tutte le emergenze neonatali che necessitano di strutture di terapia intensiva;

e) cardiologiche: sono assicurate dagli specialisti dell'unità di terapia intensiva coronarica, laddove attiva, anche mediante opportuna turnazione di pronto soccorso qualora l'ubicazione della U.T.I.C. sia di non immediato accesso rispetto alla sede di pronto soccorso;

f) le prestazioni di diagnostica strumentale (diagnostica per immagini, radiologica tradizionale, T.A.C., ecografia) e di laboratorio analisi (chimico-cliniche e microbiologiche) sono assicurate dagli specialisti dei rispettivi servizi, per l'endoscopia digestiva le prestazioni diagnostico-terapeutiche saranno assicurate dal relativo servizio sia esso in ambito medico, chirurgico o autonomo;

g) le prestazioni fornite dal servizio di immunoematologia ed emotrasfusione devono rispondere alle esigenze del pronto soccorso e dei centri di rianimazione terapie intensive polivalenti nell'ambito della programmazione prevista dallo specifico piano di settore.

Le funzioni di accettazione, ivi comprese quelle di elezione e la gestione dei posti letto, sono attribuite di regola al pronto soccorso medico, di concerto con le direzioni sanitarie. Le direzioni sanitarie oltre ai compiti previsti dal decreto del Presidente della Repubblica n. 128/69 organizzano una struttura operativa (Centro operativo ospedaliero) per la verifica e certificazione dei posti letto delle unità operative addette all'emergenza, delle strutture di alta diagnostica e di tutti i posti letto disponibili in tempo reale, in contatto h24 tramite rete di fonia e informatica e radio con la centrale operativa e il D.E.A. di secondo livello del territorio di riferimento.

Le strutture ospedaliere convenzionate di cui agli articoli 39, 41 e 42 della legge n. 833/78 individuate come D.E.A. di primo livello dovranno adeguarsi agli standard di funzionalità di cui al presente paragrafo.

D.E.A. di secondo livello.

Il D.E.A. di secondo livello, oltre alla competenze del D.E.A. di primo livello, come precedentemente esposto, deve prevedere la presenza obbligatoria delle seguenti unità specialistiche (articolate su divisioni o servizi):

- a) oculistica;
- b) otorinolaringoiatria;
- c) urologia;
- d) nefrologia e emodialisi;
- e) psichiatria;
- f) neonatologia con terapia intensiva neonatale;
- g) cardiocirurgia e/o neurochirurgia e/o chirurgia vascolare e/o chirurgia toracica;
- h) diagnostica di alta ed altissima specializzazione: neuroradiologia e/o radiologia vascolare: T.A.C. e/o R.M.N.;
- i) riabilitazione intensiva del malato post-acuzie, con opportuna e idonea struttura di ricovero in misura non inferiore al 5% dei posti letto di degenza;
- j) stroke-unit (unità operativa per il trattamento della patologia cerebro vascolare, inserita nella divisione e/o servizio di neurologia).

Competenze.

Il dipartimento di II livello, articola le sue unità specialistiche strutturali in:

a) Area di pronto soccorso comprendente:

1) pronto soccorso medico dotato di idonei spazi per la diagnostica ed il trattamento delle emergenze - urgenze e di un numero di letti riservati all'osservazione, al monitoraggio ed alle terapie indifferibili per i pazienti che non trovano immediata collocazione nei reparti competenti, anche mediante collaborazione ed assistenza nel posto della specialità. I D.E.A. di II livello devono essere dotati di letti di osservazione breve (48/72h) in numero non inferiore a 15+15.

Il pronto soccorso medico, l'area di degenza e di osservazione breve costituiscono una divisione di medicina d'urgenza e pronto soccorso (area medica) con organico autonomo di medici costituito dagli attuali organici dei servizi di pronto soccorso accettazione e astanteria (vedi allegato n. 1).

2) pronto soccorso chirurgico e ortopedico-traumatologico deve essere in grado di disporre, oltre che di appositi spazi operativi (sale di medicazione e sala gessi), anche di utilizzo immediato di camera operatoria, per il particolare trattamento sia delle urgenze chirurgiche, sia del paziente politraumatizzato.

Le competenze del pronto soccorso in chirurgia generale devono essere assicurate dall'organico autonomo di chirurgia d'urgenza e pronto soccorso il quale ore 24 effettua tutte le prestazioni inerenti la propria disciplina ivi incluse le urgenze in sala operatoria.

Per quanto attiene le competenze ortotraumatologiche, deve essere previsto in almeno due realtà ospedaliere della Regione — il «Trauma Center», allo scopo di una corretta gestione contemporanea e multispecialistica in sede unica, di tale patologia. Il «Trauma Center» è una struttura di ricovero con annessa sala operatoria, finalizzata al trattamento del paziente politraumatizzato gestita da una équipe costituita da un chirurgo generale in funzione di coordinatore, un ortopedico traumatologo, da un anestesista rianimatore e da un neurochirurgo per garantire in tale sede l'armonia degli interventi stabilendone le priorità.

Tale struttura si avvale della collaborazione dei servizi diagnostici di alta tecnologia e delle altre competenze specialistiche presenti nella struttura, in particolare di chirurgia vascolare e chirurgia maxillo-facciale.

3) pronto soccorso ostetrico, ginecologico e pediatrico devono avere distinta e corretta collocazione in costante collegamento funzionale con le rispettive divisioni di degenza, le camere operatorie e tutti i servizi diagnostici;

4) le competenze di anestesia e rianimazione e di cardiologia devono essere garantite dagli specialisti rispettivamente del centro di rianimazione e terapia intensiva polivalente e della divisione e/o servizio di cardiologia con U.T.I.C. I cardiologi in organico a questa ultima struttura devono garantire la presenza h 24 in pronto soccorso per il trattamento di particolari patologie cardiovascolari ad alto rischio;

b) area di terapia intensiva e sub-intensiva:

È costituita da tutti i servizi presenti nell'ospedale esclusivamente destinati a pazienti con patologia di tipo generale o specialistica in condizioni critiche.

Ne fanno parte integrante, in particolare:

- 1) centro di rianimazione e terapia intensiva polivalente;
- 2) unità di terapia intensiva coronarica;
- 3) terapia intensiva neonatale, unità spinale, centro trapianti e grandi ustionati;
- 4) tutte le altre terapie intensive ad indirizzo specialistico (neurochirurgiche e cardiocirurgiche di afferenza dei servizi di anestesia e rianimazione, ai sensi del decreto ministeriale 13 settembre 1988);
- 5) terapie sub intensive se gestite dagli specialisti (stroke unit, neurochirurgia, cardiocirurgia, cardiologia, osservazione breve, ecc.).

Tutti i servizi dell'area di terapia intensiva devono far parte integrante del D.E.A.

c) pre-ospedalizzazione e area filtro.

L'area di pronto soccorso costituisce di fatto il primo filtro ospedaliero, in quanto i medici addetti, dopo aver formulato un giudizio diagnostico e prestato le prime cure, possono rinviare i pazienti alle strutture territoriali o ambulatoriali ospedaliere quando non è necessario procedere ad un ricovero che sarà sempre di urgenza.

Gli ospedali sedi di D.E.A. devono anche provvedere alla funzione di filtro dei ricoveri elettivi e alla gestione di liste di attesa in base alle esigenze delle varie unità operative specialistiche: questa funzione può essere affidata ad un servizio denominato «Preospedalizzazione-filtro», che agisce d'intesa con i reparti contemporando i ricoveri con la disponibilità dei posti letto, fatte salve, a mezzo di appositi protocolli, le esigenze dei ricoveri d'urgenza, che hanno in ogni caso la priorità.

Nell'ambito delle divisioni di chirurgia generale e specialità chirurgiche è maggiormente evidente l'esigenza dello studio del paziente in fase di pre-ricovero in tale tipo di struttura, anche articolata per specialità, sia nei D.E.A. di 1° e 2° livello.

Negli ospedali sede di D.E.A. di II livello deve essere prevista un'area destinata ad eliporto idonea all'atterraggio e decollo delle eliambulanze.

Funzionamento del dipartimento di emergenza.

In via transitoria, in attesa che la Regione Lazio ai sensi della legge n. 595/85 e del decreto legislativo n. 502/92 provveda ad emanare apposita normativa in materia di organizzazione e di funzionamento dei dipartimenti, considerata la specificità della materia oggetto del presente piano e la necessità di pervenire ad un collegamento funzionale ed integrato tra strutture ospedaliere e territoriali, si individuano le seguenti modalità di funzionamento del D.E.A.:

Organi:

- 1) consiglio di dipartimento;
- 2) comitato esecutivo;
- 3) coordinatore del dipartimento.

Composizione:**1) consiglio del D.E.A. costituito da:**

- direttore sanitario;
- primari di tutte le divisioni e/o servizi strutturalmente integrati nell'area dell'emergenza:
- pronto soccorso;
- chirurgia d'urgenza;
- rianimazione;
- cardiologia;
- ortopedia;
- radiologia-laboratorio;

aiuti ed assistenti delle medesime unità in numero non inferiore a tre;

- un rappresentante del C.S.S.A. (ausiliari);
- un rappresentante degli infermieri professionali;
- un rappresentante dei medici di guardia medica;
- un dirigente della centrale operativa nei dipartimenti sedi di centrale operativa;

2) comitato esecutivo costituito da sette membri;

- direttore sanitario;
- primario del pronto soccorso generale o suo delegato;
- aiuto o assistente nei servizi afferenti al D.E.A.;
- primario di chirurgia generale o suo delegato;
- primario del servizio di anestesia e rianimazione con annesso centro di rianimazione, o suo delegato;
- un rappresentante degli infermieri professionali dell'area critica;

3) coordinatore del D.E.A.

La funzione di coordinatore del consiglio del dipartimento è assegnato a turno ad uno dei medici con funzione apicale, preferibilmente nelle specialità di medicina d'urgenza e pronto soccorso o chirurgica d'urgenza o anestesia e rianimazione.

Compiti.**1) Compiti del consiglio di dipartimento.**

Allo scopo di rendere operativo il funzionamento del D.E.A. il consiglio di dipartimento provvede a:

- a) elaborare gli schemi organizzativi e direzionali dei vari servizi territoriali ed ospedalieri;
- b) formulare i piani di ammodernamento tecnologico e la ristrutturazione delle unità operative;
- c) formulare i piani di studio, di ricerca e di didattica;
- d) approvare le norme per la corretta utilizzazione del personale medico e paramedico, nel pieno rispetto delle reciproche professionalità e per l'istruzione di eventuali provvedimenti disciplinari;
- e) propone le tematiche specifiche per la formulazione dei piani di aggiornamento ed addestramento da sottoporre alla commissione regionale;

f) elaborare e verificare i protocolli diagnostico-terapeutici da adottare nel D.E.A. apportando tempestivamente i dovuti aggiornamenti e curandone l'applicazione con la dovuta flessibilità e nel rispetto della professionalità degli operatori;

g) elaborare i piani per la ricerca finalizzata, curandone la qualità;

h) curare i rapporti tecnico organizzativi e professionali con il restante personale medico dell'ospedale e del territorio per riceverne, tra l'altro, gli eventuali contributi scientifici ed operativi;

i) curare i rapporti con gli istituti di ricerca, il consiglio nazionale delle ricerche, l'Istituto superiore di sanità, il Ministero della sanità per gli opportuni periodici incontri al fine di incrementare la qualità e l'efficienza delle prestazioni assistenziali.

2) Compiti del comitato esecutivo.

Cura il funzionamento del D.E.A. dando attuazione ai deliberati del consiglio formula proposte operative.

3) Compiti del coordinatore del D.E.A.

Presiede il consiglio, lo convoca con apposito ordine del giorno in via ordinaria. Può convocarlo in via straordinaria in ogni momento e ne coordina l'attività.

La Regione Lazio, entro sessanta giorni dall'approvazione del presente piano, predispone uno schema tipo di regolamento per il funzionamento del D.E.A.

3.2.3 - Emergenza neonatale.**Articolazione.**

L'emergenza neonatale costituisce un sottosistema di «Lazio soccorso 118» e viene allertato dalla centrale operativa di riferimento. L'emergenza neonatale si articola in due distinte strutture operative strettamente integrate dal punto di vista funzionale:

a) strutture di ricovero:

- unità operativa di base per il trattamento della patologia neonatale, collocata nelle strutture ospedaliere sede di pronto soccorso;
- unità operativa di terapia sub-intensiva neonatale (TSN) collocata nelle strutture ospedaliere sede di dipartimento di I livello;
- unità operativa di terapia intensiva neonatale (TIN) collocata nelle strutture ospedaliere sede di dipartimento di II livello.

Gli ospedali provinciali di Viterbo, Latina e Frosinone, centri di riferimento per l'emergenza nell'ambito delle rispettive province, attualmente sedi di unità operative di terapia sub-intensiva neonatale (TSN) devono attivare una unità di terapia intensiva neonatale (TIN);

b) mezzi di trasporto neonatale:

- mezzi di soccorso avanzato (unità mobile di terapia intensiva neonatale);
- mezzi di soccorso semplice dotati di culla termostatica e di eventuale assistenza medica.

Gli ospedali provinciali di Viterbo, Latina e Frosinone dovranno essere dotati di mezzo di soccorso particolarmente avanzato (personale e attrezzature specialistiche) per le esigenze operative dal bacino di utenza del rispettivo territorio provinciale.

Le emergenze neonatali della provincia di Rieti che necessitano di ricovero in struttura dotata di terapia intensiva neonatale fanno riferimento all'ospedale provinciale di Viterbo (in considerazione del basso indice di natalità nella provincia di Rieti che non consente l'istituzione di una terapia intensiva neonatale).

Fase transitoria.

Nelle more della completa attivazione del sistema di emergenza sanitaria «Lazio soccorso 118», l'organizzazione del sottosistema delle emergenze neonatali, per quanto concerne il trasporto, viene effettuato dai centri operativi ubicati in Roma con le modalità previste dalla delibera della Giunta regionale n. 3215 del 28 aprile 1992:

a) clinica pediatrica dell'Università La Sapienza dotato di due mezzi di trasporto avanzato di cui uno in fase di acquisizione che risponde alle emergenze neonatali del versante sud del territorio regionale: province di Frosinone e Latina e delle seguenti unità sanitarie locali della provincia di Roma: RM/2, RM/3, RM/4, RM/5, RM/6, RM/24, RM/26, RM/27, RM/28, RM/29, RM/30, RM/31, RM/32, RM/34, RM/35;

b) ospedale Bambin Gesù dotato di due mezzi di trasporto avanzato che risponde all'emergenza neonatale del versante nord del territorio regionale: provincia di Rieti e Viterbo delle seguenti unità sanitarie locali della provincia di Roma: RM/1, RM/7, RM/8, RM/10, RM/11, RM/12, RM/21, RM/22.

Per quanto riguarda gli interventi intra-provinciali che non richiedono il mezzo di soccorso avanzato costituiscono centro di riferimento gli ospedali ubicati nei capoluoghi di provincia.

3.2.4 - Punti di primo soccorso.

Fermo restando che la risposta alle richieste di soccorso in emergenza-urgenza deve essere identificata nella rete dei pronto soccorsi ospedalieri e dei D.E.A. di I e II livello, secondo il criterio della gradualità delle cure, la Regione Lazio, a integrazione e completamento del sistema, individua punti di primo soccorso in alcuni casi particolari e limitati (area metropolitana ad alta densità di popolazione, agglomerati urbani e territori extra-urbani con difficoltà di accesso ai pronto soccorsi ospedalieri).

Nella fase attuale, in attesa della riorganizzazione della rete ospedaliera, gli ospedali che non abbiano i requisiti per essere sede di pronto soccorso, nonché i centri polivalenti istituiti ai sensi dell'art. 11 della legge regionale n. 55/93, a tal fine individuati nei provvedimenti attuativi della legge regionale n. 55/93 svolgono funzioni di punti di primo soccorso territoriale.

I punti di primo soccorso devono garantire le seguenti prestazioni:

1) stabilizzare il paziente in fase critica attivando tramite C.O. il trasporto presso l'ospedale più idoneo secondo protocolli definiti;

2) effettuare un primo intervento medico in caso di:

- a) patologie diagnosticate ed ingravescenti;
- b) malesseri non ben definiti;
- c) piccoli atti medico-chirurgici;
- d) diagnostica strumentale semplice.

Attività operativa.

L'orario di effettivo funzionamento è correlato alla densità di popolazione e/o al difficile accesso ai presidi ospedalieri sedi di pronto soccorso o di D.E.A. per condizioni orografiche o viarie. L'orario di attività è, di regola, di 24 ore. In quelle località ove l'afferenza della popolazione è quasi esclusiva o prevalente nelle ore diurne (aree industriali, commerciali e uffici) l'orario di attività è di dodici ore. Nelle zone ad alta densità turistica i punti di primo intervento territoriale avranno carattere stagionale e funzioneranno per dodici ore.

3.2.5 - Servizio di guardia medica.

Il servizio di guardia medica costituisce la risposta territoriale per l'urgenza domiciliare notturna, prefestiva e festiva, dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali e dalle ore 14 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo.

Il servizio di guardia medica di cui all'art. 1, comma primo, del decreto del Presidente della Repubblica n. 41/91 è collegato direttamente alle centrali operative provinciali.

Con l'attivazione delle Centrali operative si intendono gradualmente superate le centrali d'ascolto di guardia medica istituite con deliberazione della Giunta regionale n. 1618 del 27 aprile 1979 e successive modificazioni ed integrazioni, ed i relativi compiti e funzioni, pertanto, vengono espletati dalle nuove strutture al fine di realizzare l'unicità di intervento sanitario e l'integrazione dei servizi sul territorio.

La Giunta regionale procederà alla riorganizzazione dei servizi di guardia medica su tutto il territorio regionale prevedendo l'eventuale estensione del servizio, alle fasce orarie diurne al fine di assicurare le prestazioni mediche di competenza continuativamente all'arco delle 24 ore e determinando, sulla base di specifici parametri il numero e la tipologia degli operatori necessari.

4 - FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE.

La Regione Lazio individua come obiettivo prioritario ai fini del funzionamento del sistema di emergenza sanitaria, la formazione di operatori particolarmente qualificati ed addestrati ad assolvere compiti che richiedono prontezza di intervento unita ad un'alta specializzazione tecnica.

È previsto, a livello regionale, un unico polo di addestramento. Per una qualificazione uniforme e qualitativamente elevata del personale addetto all'emergenza viene individuata nella U.S.L. RM/10 la struttura nella quale realizzare l'addestramento e la formazione del personale.

L'elaborazione e la organizzazione dei corsi è affidata alla commissione tecnica regionale prevista dalla deliberazione della Giunta regionale n. 9652 del 10 novembre 1992. I corsi dovranno essere obbligatori per tutto il personale addetto al sistema, sia dipendente dal servizio sanitario nazionale che con lo stesso convenzionato, ed avranno la seguente articolazione:

a) primo livello o di base, obbligatorio per tutto il personale, indipendentemente dalle qualifiche, con contenuti di presentazione del sistema di emergenza, della funzionalità e organizzazione. Tale corso sarà limitato a uno o due giorni;

b) secondo livello, tale corso approfondirà i temi già presentati nel primo, relativi alla organizzazione, al funzionamento ed all'analisi delle componenti specifiche del sistema. Anche tale corso dovrà essere obbligatorio per tutto il personale;

c) terzo livello, con l'obiettivo di aggiornare e formare le relative competenze tecnico professionali. Per questo tale corso dovrà essere programmato per singole figure professionali e per equipe nel rispetto di quanto previsto dagli accordi collettivi nazionali.

I corsi di cui sopra dovranno, altresì, realizzare l'obiettivo di individuare protocolli di tipo operativo la cui validità sarà sottoposta a verifica periodica.

Per il funzionamento del sistema, dovrà essere garantita inoltre la formazione permanente su programmi elaborati dalla predetta commissione in collaborazione con i dipartimenti di emergenza e le centrali operative provinciali.

5 - MONITORAGGIO DEL SISTEMA.

Il sistema di emergenza individuato dal presente piano è un processo articolato le cui componenti sono principalmente quella organizzativo-strutturale e quella professionale. La verifica sarà un processo in espansione che nella fase iniziale dovrà necessariamente limitarsi agli aspetti di tipo organizzativo, per giungere in un secondo momento, ad approfondire gli aspetti connessi all'efficacia ed efficienza di tutte le prestazioni sanitarie fornite dal sistema.

Le singole componenti del sistema dovranno analizzare i dati relativi al servizio espletato: le centrali operative provinciali analizzeranno le attività di trasporto e soccorso nei confronti di malati o infortunati in situazioni di urgenza e di emergenza medica (valutazione dei tempi di trasporto, rapporto chiamate/prestazioni e/o chiamate/ricoveri, incidenza patologie prevalenti, approfondimento motivi delle chiamate, verifica localizzazione delle postazioni rispetto all'uso del mezzo di soccorso, ecc.).

I consigli di dipartimento dovranno, entro sei mesi dal loro insediamento individuare indicatori, da proporre alla Regione, per valutare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni sanitarie per l'emergenza in rapporto alla organizzazione ospedaliera della singola struttura.

Nell'ambito delle centrali operative e dei dipartimenti di emergenza ed accettazione devono essere attivati appositi nuclei di valutazione nei quali dovranno essere presenti operatori delle diverse professionalità impiegate nel sistema.

I nuclei di valutazione di cui sopra dovranno rilevare i dati necessari e verificare:

- 1) efficienza correlata all'uso razionale delle risorse;
- 2) qualità tecnico scientifica in relazione alle prestazioni professionali;
- 3) controllo dei rischi in rapporto alle prestazioni fornite;
- 4) soddisfazione dei cittadini utenti per l'assistenza e le cure ricevute.

6 - VERIFICA E ACCREDITAMENTO.

È istituita una commissione tecnica regionale per la verifica della qualità (V.R.Q.) e l'accreditamento del sistema di emergenza sanitaria, nominata con decreto del presidente della Giunta regionale. Tale commissione sarà composta da sette membri, dei quali uno designato dalla società italiana di V.R.Q., tre designati dalle società scientifiche nazionali di medicina d'urgenza e pronto soccorso, chirurgia d'urgenza e dalla associazione anestesisti e rianimatori ospedalieri italiani, due esperti designati dall'assessore alla sanità. Presidente della commissione è l'assessore alla sanità o un dirigente regionale da questi delegato. Tale commissione è integrata di volta in volta dai membri designati dalle società scientifiche nazionali delle discipline da verificare.

La commissione realizza, nell'arco di vigenza del piano (triennale), i principi della valutazione globale dei servizi per l'emergenza sanitaria (macro valutazioni) e della valutazione delle attività professionali dei gruppi per disciplina o interdisciplinari (microvalutazione), formulando piani d'intervento secondo i seguenti principi base:

- 1) norme di riferimento delle strutture dei servizi (standard);
- 2) modalità di valutazione riferite ai servizi ed agli operatori (categorie professionali);
- 3) verifica di programmi di formazione e della campagna di sensibilizzazione agli utenti;
- 4) informazioni su metodi e materiali disponibili;
- 5) programmi di ricerca finalizzata.

La commissione procede infine all'accreditamento dei servizi addetti alle emergenze sanitarie nel territorio e negli ospedali, sulla base di standard improntati ai seguenti criteri:

- I) finalità ed obiettivi;
- II) organizzazione ed amministrazione;
- III) direzione e staff;
- IV) attrezzature, equipaggiamento e forniture;
- V) obiettivi e procedure;
- VI) programma delle cure;
- VII) formazione.

La commissione, esaminata la documentazione relativa agli standard sopra elencati, è tenuta a confermare o aggiornare ogni anno l'elenco dei servizi accreditati.

7 - COMITATO ETICO.

Il sistema dell'emergenza sanitaria «Lazio soccorso 118» deve prevedere un comitato etico stabilendone le funzioni nel rispetto della dignità della persona e promozione della vita umana. Con successivo provvedimento la Giunta regionale determinerà la composizione e le modalità di funzionamento salvaguardando la componente pluralistica e multidisciplinare.

8 - INFORMAZIONE ALLA POPOLAZIONE.

È necessario che i cittadini siano informati delle istituzioni del numero unico «Lazio soccorso 118» e della corretta fruizione dello stesso.

L'istruzione della popolazione attraverso i mass-media (radio, stampa, televisione) dovrebbe essere prioritariamente finalizzata alla sensibilizzazione dell'utenza affinché la stessa fornisca risposte chiare e semplici all'operatore di centrale, sia in relazione alla tipologia ed alla gravità dell'evento che al luogo ove lo stesso si è verificato.

Le campagne informative con i suddetti contenuti essenziali saranno organizzate a cura della Regione.

Le unità sanitarie locali potranno, in merito ad analoghi contenuti, organizzare corsi di educazione sanitaria.

9 - VOLONTARIATO.

L'attività di emergenza si avvale del volontariato ove questo risulti presente ed in grado di fornire le prestazioni richieste.

Il contributo del volontariato nel sistema di emergenza sanitario e principalmente nell'ambito del trasporto sanitario dovrà essere disciplinato attraverso apposite convenzioni da stipulare con le unità sanitarie locali capofila conformemente a schemi tipo predisposti dalla Regione.

Tali convenzioni dovranno prioritariamente tener conto della disponibilità dei servizi della C.R.I. ad integrazione del sistema di emergenza sanitaria sia per quanto riguarda i punti di primo soccorso che per il trasporto sanitario.

10 - RETE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PER L'EMERGENZA - LOCALIZZAZIONE.

Come indicato nei paragrafi precedenti le tipologie di strutture ospedaliere di riferimento per l'emergenza sanitaria si articolano nei dipartimenti di primo e secondo livello e negli ospedali sedi di pronto soccorso.

La rete ospedaliera regionale risulta attualmente costituita da una pluralità di strutture delle quali circa il 20 per cento al di sotto dei 120 posti letto e con bassi indici di funzionalità. Al contrario è indispensabile procedere alla realizzazione di strutture efficienti sia nei termini di posti letto, di specialità che tecnologie avanzate finalizzando in tal senso le risorse finanziarie disponibili.

La individuazione delle strutture ospedaliere sedi di pronto soccorso e di dipartimento di primo e secondo livello nonché dei punti di primo soccorso territoriale va definita nell'ambito dei provvedimenti di riordino della rete ospedaliera previsti dalla legge regionale 20 settembre 1993, n. 55. Nell'ambito dei predetti provvedimenti verrà altresì individuato il fabbisogno di convenzioni con le strutture private, ad integrazione dei servizi pubblici, purché dotate dei requisiti previsti dal presente piano nel rispetto delle esigenze del bacino di utenza di riferimento.

ALLEGATO I

SCHEMA TECNICO RELATIVA AGLI STANDARD DEI PRONTO SOCCORSI DEI DIPARTIMENTI DI EMERGENZA - ACCETTAZIONE (D.E.A.) DI II LIVELLO.

Locali: (situati nei pressi della porta dell'ospedale, facilmente individuabili dall'esterno e con percorso preferenziale eventualmente attrezzato all'interno, siti al piano terra):

- 1) sala di attesa per il pubblico con servizi e telefoni;
- 2) sala di 1° visita, distinta in due locali separati per sesso ciascuno dei quali con almeno quattro letti, dei quali due monitorizzati;
- 3) sala di medicazione e prima osservazione separando tecnicamente almeno quattro letti per sesso, dei quali due con monitor;
- 4) locale per esami radiografici d'urgenza con sala di attesa;
- 5) locale per esame endoscopico d'urgenza;
- 6) sala gessi;
- 7) locale di sosta del personale medico con servizi;
- 8) locale di sosta del personale infermieristico con servizi;
- 9) sala per il posto di polizia;
- 10) sala per il personale amministrativo ed apparecchiature di collegamento (telefonico, radio, computer, telefax) con la CO e il DEA di I livello di riferimento;
- 11) locali di degenza per 15-30 letti, dei quali 4 monitorizzati.

Attrezzature:

- 1) monitor ECG con stampante, n. 8 (4+4);
- 2) elettrocardiografi portatili a 3 penne, n. 3;
- 3) defibrillatore (sincrono con il monitor), n. 2;

- 4) stimolatore cardiaco, n. 2;
- 5) respiratore a pressione positiva intermittente n. 2;
- 6) carrello per rianimazione cardio-respiratoria (incluso set per intubazione, pallone AMBU, set per incannulazione vena centrale, per PVC, per drenaggio toracico);
- 7) impianto erogatore di O₂ a muro (PS) testate;
- 8) armamentario chirurgico di base, n. 2;
- 9) set per sutura e medicazioni, n. 10;
- 10) set per immobilizzazione colonna ed arti, n. 8;
- 11) aspiratori, n. 2;
- 12) sfigmomanometri, n. 6;
- 13) elettroencefalografo, n. 1;
- 14) apparecchio radiologico, n. 2;
- 15) strumentario endoscopico completo, n. 1;
- 16) apparecchi laboratorio (emogasanalisi, osmometro, dosaggio elettroliti, dosaggio Hbematocrito, spettrofotometro per ciascuno, n. 1);
- 17) set per approntamento apparecchi gessati, n. 10;
- 18) farmaci: suddivisi per competenze (rianimazione cardio-respiratoria, arresto cardiaco, ustioni, gravi emorragie, intossicazioni, unito a materiale per infusione ecc.) secondo schede tecniche predisposte dal DEA.

Personale (sanitario):

medico: organico autonomo di ventiquattro medici di pronto soccorso e medicina d'urgenza coordinati da un primario o capo servizio, con compiti di pronto soccorso, accettazione-filtro ed osservazione dei degenti dell'area.

Essi vanno distribuiti in turni di sei ore (diurni) dodici ore (notturne) assicurando la presenza di almeno otto unità nei turni di giorno e di quattro unità nel turno di notte.

I medici sono addestrati alla rianimazione cardio-respiratoria e all'assistenza in urgenza chirurgo-traumatologica, coadiuvati dagli specialisti.

È prevista la presenza obbligatoria per ciascun turno in pronto soccorso dei seguenti specialisti:

- 1) chirurgo;
- 2) anestesista-rianimatore;
- 3) ortopedico-traumatologo;
- 4) cardiologo;
- 5) radiologo;
- 6) laboratorista e/o tossicologo;
- 7) pediatra;
- 8) ostetrico-ginecologo.

Altri specialisti (neurologo, neurochirurgo, cardiocirurgo, chirurgo vascolare, oculista, otiatra, psichiatra et al. tipologia ospedale sede DEA) sono funzionalmente integrati nell'area, essendo in servizio di guardia 24 ore su 24. I servizi diagnostici di alta specializzazione devono assicurare la disponibilità 24 ore su 24 (TAC, radiologia vascolare, neuroradiologia, ecc.), compresa l'endoscopia digestiva.

Infermieristico:

un capo sala per il pronto soccorso - un capo sala per le degenze, novantadue infermieri/e professionali, per assicurare sei unità per turno giornaliero (7 ore) al pronto soccorso ed accettazione e quattro unità nel turno di notte; inoltre, cinque unità per turno nelle degenze. Il personale è addestrato alla rianimazione cardio-respiratoria ed all'urgenza chirurgico ortopedico-traumatologiche.

Ausiliario: n. venti unità.

Tecnico:

- un capo tecnico radiologia;
- un capo tecnico laboratorio;
- otto tecnici radiologia;
- sei tecnici laboratorio;
- otto tecnici per radio e/o computer, telefax;
- tre tecnici di endoscopia.

ALLEGATO 2

SCHEDA TECNICA RELATIVA AGLI STANDARD DEI PRONTO SOCCORSI DEI DIPARTIMENTI DI EMERGENZA-ACCETTAZIONE (DEA) DI I LIVELLO.

Locali: (situati all'ingresso dell'ospedale, con accesso facilmente individuabile dall'esterno ed eventuale percorso preferenziale eventualmente attrezzato all'interno, al piano terra):

- 1) sala di attesa per il pubblico con servizi e telefoni;
- 2) sala di prima visita (almeno due letti), divisa per sesso;
- 3) sala di medicazione ed osservazione (almeno due letti dei quali uno con monitor);
- 4) sala per esami radiografici d'urgenza;
- 5) sala per esami endoscopici d'urgenza;
- 6) sala gessi;
- 7) locale per sosta del personale medico con servizi;
- 8) locale per sosta del personale infermieristico con servizi;
- 9) sala per il posto di polizia;
- 10) sala per il personale amministrativo ed apparecchiature di collegamento (telefonico, radio, computer) con il DEA e la CO;
- 11) locali di degenza per n. 10-20 letti, dei quali 2 monitorizzati.

Attrezzature:

- 1) monitor ECG con stampante, n. 4 (2+2);
- 2) elettrocardiografi portatili (1-3 penne), n. 2;
- 3) defibrillatore (sincrono con il monitor), n. 1;
- 4) stimolatore cardiaco, n. 1;
- 5) respiratore a pressione positiva intermittente n. 1;
- 6) carrello per rianimazione cardio-respiratoria (incluso set per intubazione, pallone ambu, set per incannulazione vena centrale, set per drenaggio toracico, set per PVC), n. 1;
- 7) impianto erogatore di O₂ a muro;
- 8) armamentario chirurgico di base, n. 1;
- 9) set per sutura e medicazioni, n. 8;
- 10) set per immobilizzazione colonna ed arti, n. 5;
- 11) sfigmomanometro, n. 3;
- 12) set per approntamento apparecchi gessati, n. 5;
- 13) farmaci: suddivisi per competenze (rianimazione cardio-respiratoria, arresto cardiaco, ustioni, intossicazioni, soluzioni per via parenterale, ecc.) secondo schede tecniche predisposte dal DEA di II livello di riferimento.

Personale:

medico: organico autonomo di quindici medici di pronto soccorso e medicina d'urgenza coordinati da un primario o capo servizio, con compiti di pronto soccorso e di sorveglianza dei degenti in osservazione. Il servizio è articolato su due turni di sei ore di giorno ed un turno di notte di dodici ore, con almeno quattro presenze nell'area di pronto soccorso per ciascun turno e due nel turno di notte.

I medici sono addestrati alla rianimazione cardio-respiratoria e all'assistenza in urgenza chirurgico-traumatologica, coadiuvati dagli specialisti.

D'obbligo, è prevista la presenza di ciascun turno di:

- 1) chirurgo;
- 2) anestesista-rianimatore;
- 3) ortopedico-traumatologo;
- 4) radiologo;
- 5) Altri specialisti reperibili (tipologia ospedale sede DEA).

Negli ospedali sede di divisioni o servizi di cardiologia e unità di terapia intensiva coronarica, deve essere predisposta una guardia cardiologica al pronto soccorso.

Infermieristico:

- un capo sala per i locali del pronto soccorso-accettazione;
- un capo sala per le degenze;

quaranta infermieri/e professionali, per le sale di pronto soccorso-accettazione e per le degenze, così da assicurare la presenza di quattro unità per turno giornaliero (7 ore) nelle sale di pronto soccorso ed accettazione e tre unità nelle degenze. Il personale infermieristico è addestrato alla rianimazione cardio-respiratoria ed alle tecniche chirurgico-traumatologiche d'urgenza.

Ausiliario: otto unità.

Tecnico:

- un tecnico di radiologia per ciascun turno;
- un tecnico di laboratorio per ciascun turno;
- un operatore radio e/o computer per ciascun turno;
- un tecnico di endoscopia.

ALLEGATO 3

**PRONTO SOCCORSI OSPEDALIERI
SCHEDA TECNICA STANDARD**

Locali: (situati alla porta dell'ospedale, con accesso facilmente individuabile dall'esterno ed eventuale percorso preferenziale attrezzato all'interno, siti al piano terra):

- 1) sala di attesa per il pubblico con servizi a telefono;
- 2) sala di prima visita (almeno due letti);
- 3) sala di medicazione ed osservazione (almeno due letti dei quali uno con monitor) con almeno sala gessi;
- 4) sala di sosta per il personale medico ed infermieristico (con servizi);
- 5) servizi igienici per il pubblico.

Attrezzature:

- 1) monitor ECG con stampante, n. 1;
- 2) elettrocardiografo portatile ad 1 e/o 3 penne n. 1+1;
- 3) defibrillatore (sincrono con il monitor), n. 1;
- 4) stimolatore cardiaco, n. 1;
- 5) carrello per rianimazione cardio-respiratoria (inclusi set per intubazione, pallone ambu, set per incannulazione vena centrale, impianto erogazione O₂, set per drenaggio toracico), n. 1;
- 6) aspiratore, n. 1;
- 7) armamentario chirurgico di base, n. 2;
- 8) set per sutura e medicazioni, n. 4;
- 9) set per immobilizzazione colonna ed arti, n. 3;
- 10) sfigmomanometro, n. 2;
- 11) farmaci: secondo schede tecniche formulate dal DEA di II livello di riferimento.

Personale:

medico: organico autonomo di pronto soccorso ove non esista (non obbligatorio). In alternativa, articolazione del servizio in due turni diurni di 6 ore ed uno notturno di dodici con i medici delle divisioni e servizi medici e chirurgici in turnazione (con addestramento in rianimazione cardio-respiratoria e tecniche di emergenza chirurgico-traumatologica) con presenza garantita in pronto soccorso H24, coordinati da un responsabile di servizio. Per ogni turno di servizio deve essere garantita la presenza di guardia attiva di anestesia e rianimazione, di guardia attiva o reperibilità in cardiologia, pediatria, ostetricia, ginecologia e reperibile - di laboratorio e di radiologia, endoscopia digestiva.

Infermieristico:

quindici unità, coordinate da un capo sala, suddivisi su due turni giornalieri di 7 ore ed uno notturno di dieci ore, tali da garantire la presenza di almeno due unità per turno. Personale addestrato alla rianimazione cardio-respiratoria e assistenza chirurgico-traumatologica d'urgenza.

ALLEGATO 4

**SCHEDA TECNICA RELATIVA AGLI STANDARD
DEI PUNTI DI PRIMO SOCCORSO**

Locali - dotazione minima:

- a) sala d'attesa;
- b) sala di visita;
- c) servizi;
- d) magazzino;
- e) spogliatoio.

Arredi:

- panche;
- sedie da attesa;
- lettino da visita medica;
- sgabelli;
- scrivanie;
- sedie;
- poltroncine.

Attrezzature:

armadi metallici con serratura per medicinali e strumenti;
 carrello da medicazione;
 lampada scialitica;
 set chirurgico;
 cardiotelefono;
 unità respiratoria (ambu);
 apparecchiatura minima per analisi di laboratorio;
 defibrillatore con monitor e stampante;
 serie di strisce reattive;
 telefono;
 radio palmare;
 personal computer;
 fax.

Personale.

Il personale operativo nei P.I. è rappresentato da:

medici;
 infermieri professionali;
 ausiliari.

Per ogni turno operativo vanno previste le seguenti unità di personale:

due unità di medici uno dei quali disponibili anche per le richieste di intervento domiciliari;
 tre unità di infermieri professionali;
 un unità di ausiliari.

ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 dicembre 1993, n. 11673.

Legge regionale 20 settembre 1993, n. 53. Università terza età. Erogazione contributi anno 1993. Spesa L. 99.682.000, cap. 44146, esercizio 1993.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'assessore al diritto allo studio;

Vista la legge urbanistica 20 settembre 1993, n. 53;

Atteso che compete alla Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare permanente, provvedere alla erogazione dei contributi previsti a sostegno delle Università della terza età iscritte all'albo regionale ci cui al comma 2 dell'art. 4 della predetta legge regionale n. 53/93;

Vista la propria deliberazione n. 10812 del 23 dicembre 1993 con la quale è stato istituito l'albo in questione e sono state iscritte le seguenti associazioni:

Unitre Civitavecchia - via G. Baccelli, 166/c - Civitavecchia (Roma);

UPTER - Cultura senza frontiere - via del Seminario, 102 - Roma;

Università di Castel Sant'Angelo - via Antonio Serra, 95 - Roma;

Università dei 50 e più - via del Melangolo, 26 - Roma;

Considerato che il Governo in sede degli adempimenti di cui all'art. 127 della Costituzione sulla legge in oggetto, ha segnalato la eccessiva genericità delle disposizioni di cui all'art. 9 per la parte relativa ai criteri fissati per l'erogazione dei contributi che risultano limitati alla sola indicazione della misura massima ammissibile per le diverse tipologie di spesa;

Ritenuto, pertanto, pur nei limiti previsti dalla citata legge regionale n. 53/93, art. 9, di individuare più analitici criteri cui far riferimento per l'erogazione dei contributi di cui trattasi;

Vista al riguardo la proposta predisposta dagli uffici, allegato A);

Constatato che, in sede di prima applicazione con nota n. 2763 del 29 ottobre 1993, dell'assessore proponente è stata indicata la data del 30 novembre 1993 quale termine ultimo per la presentazione delle domande di ammissione di contributi in questione;

Preso atto che le domande presentate dai soggetti iscritti nell'albo si sostanziano secondo quanto riportato nell'allegato B);

Valutato che a seguito della applicazione dei sopra richiamati criteri risultano assegnabili le somme riportate a fianco di ciascuna associazione nell'allegato C);

Visto il decreto legislativo 13 febbraio 1993, n. 40, così come modificato con decreto legislativo 10 novembre 1993, n. 479;

Ritenuto di dover provvedere all'impegno dei relativi fondi entro il 31 dicembre 1993, pur non potendo entro tale data acquisire il preventivo parere della competente commissione consiliare;

che occorre pertanto adottare l'atto con riserva di successiva conforme emissione ed acquisizione, subordinando ad esso l'esecuzione della decisione; all'unanimità:

Delibera:

con le condizioni di cui in premessa:

1) Di approvare i criteri di riparto dei contributi di cui alla legge regionale 20 settembre 1993, n. 53, art. 9, secondo l'allegato A) che forma parte integrante della presente deliberazione.

2) Di assegnare alle associazioni iscritte all'albo le somme a fianco di ciascuna riportate e analiticamente descritte nell'allegato C) che forma parte integrante della presente deliberazione.

3) Di stabilire che l'erogazione delle somme assegnate avvenga in due soluzioni;

la prima, pari al 70%, ad intervenuta esecutività della presente deliberazione;

il saldo, pari al restante 30%, a presentazione di copia conforme della deliberazione adottata dal competente organo collegiale con la quale si approva il rendiconto delle spese sostenute con l'indicazione della natura del creditore e dell'importo di ciascuna di esse, nonché di copia conforme dei mod. 770 e 760 presentati al competente ufficio delle imposte per l'anno 1994.

4) La spesa complessiva di L. 99.682.000, fa carico al capitolo 44146 del bilancio di previsione dell'esercizio 1993.

5) Di stabilire che la presente deliberazione sia pubblicata sul *Bollettino Ufficiale* della Regione Lazio.

Il presente provvedimento è soggetto a controllo ai sensi dell'art. 1, lettera b) del decreto legislativo 13 febbraio 1993, n. 40 e successive modificazioni ed integrazioni.

Il vice Presidente
MASTRANTONI

La Commissione di controllo sull'amministrazione regionale ha consentito l'ulteriore corso nella seduta dell'11 maggio 1994, verbale 1160/29.

dichiarazione, in data 11 aprile 1997 con la quale l'amministratore unico della s.r.l. ELILO dà il proprio assenso al cambio di destinazione d'uso da ufficio privato a ufficio pubblico dell'unità immobiliare in oggetto distinta al catasto al F/494, mapp. 4, sub. 22, cat. A/10, partita 1426180;

certificato di idoneità statica;
perizia giurata sul cambio di destinazione d'uso;
verbale di ricevimento della dichiarazione del proprietario dell'immobile di non contrarietà al cambio di destinazione dello stesso;
certificato catastale attestante che l'immobile in argomento è classificato A/10 (ufficio);

relazione descrittiva delle caratteristiche costruttive, rifiniture e impianti tecnologici;

concessione in sanatoria del comune di Roma, relativa al cambio di destinazione d'uso da abitazione ad ufficio;

progetto di costruzione della parte dell'immobile che interessa;
dichiarazione della proprietaria, attestante la disponibilità alla restituzione in futuro, alla destinazione d'uso dei locali ad ufficio «privato»;

dichiarazione attestante che i locali non sono aperti al pubblico e che gli addetti alle mansioni burocratiche, per la natura spesso del servizio svolto, non potranno essere portatori di handicap;

dichiarazione attestante che il personale che sarà impiegato è già in servizio presso la sede del servizio e che non ci sono ulteriori esigenze di parcheggio.

Dall'esame della sopra elencata documentazione si è rilevato che il Ministero degli Interni per le attività della Direzione Centrale per la polizia stradale, ferroviaria, di frontiera e postale - Servizio aereo e marittimo - direzione, che ha già la propria sede in via Urbana, 6/7, necessita di ulteriori locali per esplicare più agevolmente i compiti istituzionali del citato «servizio aereo e marittimo».

Per tale motivo detta Direzione ministeriale ha in corso la pratica di locazione delle unità immobiliari in oggetto, site al piano terra di un corpo edilizio contiguo all'attuale sede, avente accesso indipendente sia da via Urbana n. 7 che da via S. M. Maggiore n. 117, per le quali la stessa Direzione richiede il solo cambio dell'attuale destinazione d'uso da ufficio privato a ufficio pubblico.

Per detto corpo edilizio, costituito da quattro stanze, un disimpegno e due servizi (circa 106 mq.) oltre ad una terrazza (circa 125 mq.), l'attuale proprietaria, s.r.l. ELILO, ha già ottenuto concessione di sanatoria edilizia per il cambio di destinazione d'uso da abitazione ad ufficio, come risulta dall'atto comunale della XV rip. n. 132/S del 9 febbraio 1987, la cui fotocopia è compresa nella sopra elencata documentazione.

Dalle dichiarazioni del direttore dell'anzidetto «servizio aereo e marittimo» allegate alla citata nota dell'8 maggio 1997 della citata direzione Ministeriale, come si riporta testualmente, si rileva quanto segue:

«che i vani aggiuntivi di cui è in corso la pratica di locazione... non saranno aperti al pubblico e che tra gli addetti, per la specifica natura del servizio, non vi potranno essere portatori di handicap»;

«che i predetti locali saranno occupati da persone che già operano negli uffici del Servizio predetto e che quindi non sono previste esigenze di parcheggio, peraltro già soddisfatte dall'autorimessa in uso».

Stante quanto rilevato si fa presente che nel vigente P.R.G. di Roma le suddette unità immobiliari ricadono in zona «A» - centro storico - disciplinate dall'art. 4 delle N.T.A. dello stesso piano, che per tale destinazione urbanistica prevede il «vincolo di conservazione e risanamento conservativo» ma per quanto riguarda il richiesto cambio di destinazione d'uso, cioè da ufficio privato ad ufficio pubblico, dalla stessa norma si rileva che è ammesso tale mutamento. Infatti, il punto 4 del citato art. 4, specificatamente, contempla il cambio delle attuali destinazioni d'uso per la introduzione di «servizi pubblici a carattere locale (...commissariati di pubblica sicurezza...)».

È da prendere atto, inoltre, che gli immobili interessati dal richiesto cambio di destinazione d'uso non prevedono gli adeguamenti di legge in favore dei disabili per i motivi esposti dall'amministrazione statale richiedente. Tuttavia, è da prescrivere alla stessa amministrazione che dovrà realizzare detti adeguamenti, se in futuro gli stessi immobili dovessero essere aperti al pubblico o al loro interno dovessero operare disabili.

In relazione all'esame svolto sulla richiesta a carattere urbanistico-edilizio di cui all'oggetto, ed alle considerazioni sopra indicate, ritiene che il cambiamento di destinazione d'uso degli immobili in argomento, sotto l'aspetto della pianificazione comunale di competenza di questo Settore, ai sensi dell'art. 81 del D.P.R. n. 616/77 e successive modificazioni ed integrazioni, è da ritenersi ammissibile dalle previsioni urbanistico-edilizie del P.R.G. vigente del comune di Roma, tenuto conto delle precisazioni fornite dalla amministrazione statale proponente

riguardo agli spazi per parcheggi ed alle opere per il superamento delle barriere architettoniche, e salvo l'osservanza delle prescrizioni indicate nelle precedenti considerazioni.

Restano salvi ed impregiudicati tutti gli altri pareri che potranno essere espressi da terzi o da altri organi pubblici interessati dal cambiamento di destinazione d'uso indicato in oggetto.

Si rimette, per i provvedimenti di competenza di codesto Settore, l'unica copia di tutta la documentazione qui pervenuta, trattenendone fotocopia agli atti di questo Settore.

Il funzionario istruttore responsabile della sezione
ERMANNINO ZANUZZI

Il direttore dell'ufficio 1°
GIOVANNI MERLONI

Il dirigente del Settore
GIOVANNI MERLONI

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 8 luglio 1997, n. 4238.

Legge 18 luglio 1996, n. 382 - Piano di ristrutturazione della rete ospedaliera regionale nel triennio 1997-1999.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'assessore alla salvaguardia e cura della salute;

Visto l'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 che ha previsto l'adozione da parte delle regioni di provvedimenti a stralcio dei piani sanitari regionali per la ristrutturazione della rete ospedaliera, rideterminando a tal fine gli standards fissati dall'art. 10 della legge 23 ottobre 1985, n. 595 in 6 posti letto per mille abitanti, di cui lo 0,5 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 che al comma 10 dell'art. 4 richiama, quale compito delle regioni, di provvedere alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri, sulla base delle disposizioni del citato art. 4 della legge n. 412/91;

Viste le disposizioni di cui all'art. 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537 e all'art. 2, punto cinque della legge 28 dicembre 1995, n. 549 che hanno definito in 5,5 lo standard medio nazionale di posti letto per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie;

Visto il D.L. n. 280 del 17 maggio 1996 «Disposizioni urgenti nel settore sanitario» convertito nella legge 18 luglio 1996, n. 382, che prevede, tra l'altro, che le regioni procedano alla ristrutturazione dei posti letto ad un tasso non inferiore al 75 per cento in media annua, adottando lo standard di dotazione media in 5,5 posti letto per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie e con un tasso di spedalizzazione del 160 per mille. Per il raggiungimento dei parametri citati, le regioni procedono alla ristrutturazione della rete ospedaliera operando le trasformazioni di destinazio-