



REGIONE BASILICATA

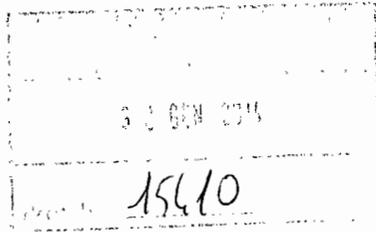
DIPARTIMENTO SALUTE,
SICUREZZA E SOLIDARIETA'
SOCIALE, SERVIZI ALLA
PERSONA E ALLA COMUNITA'

Ufficio Pianificazione Sanitaria e Verifica
degli Obiettivi
Via V. Verrastro, 9
85100 POTENZA

Potenza, li 27 GEN. 2014

Protocollo 12765/FCAB

DG
DS
Maie



AI DIRETTORI GENERALI
AZIENDE SANITARIE
POTENZA - MATERA

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA OSPEDALIERA SAN CARLO
POTENZA

AL DIRETTORE DEL DIRES
BASILICATA SOCCORSO
VIA Potito Petrone
POTENZA

*De SS LL
infra di numero di
requisiti per
At SS. Sanv per la
me nt assoluta -
5.2.2014*

Oggetto: Direttiva attuativa vincolante, ai sensi del PSR 2012-2015 per la rete assistenziale e la presa in carico dei traumi maggiori

Si trasmette, unitamente alla presente, copia della DD 72AB.2014/D.00013 del 17 gennaio 2014 con cui si è approvato la rete regionale del Trauma, specificatamente sollecitata dalla Commissione Nazionale di verifica ai fini del superamento degli Adempimenti LEA.

Le SS.LL, entro i prossimi tre mesi, provvederanno a recepire formalmente il programma adottando, in accordo con il direttore del DIRES e delle UU.OO. interessate gli specifici protocolli, dandone notizia allo scrivente Ufficio.

IL DIRIGENTE
(dott. Giuseppe MONTAGANO)

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE



REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SALUTE, SICUREZZA E
SOLIDARIETA' SOCIALE, SERVIZI ALLA
PERSONA E ALLA COMUNITA'

**UFFICIO PIANIFICAZIONE SANITARIA
E VERIFICA DEGLI OBIETTIVI**
72AB

STRUTTURA PROPONENTE	COD.
N° 72AB.2014/D.00013	DEL 17/1/2014

Codice Unico di Progetto:

OGGETTO

DIRETTIVA ATTUATIVA VINCOLANTE, AI SENSI DEL PIANO SANITARIO REGIONALE 2012 - 2015, PER LA RETE ASSISTENZIALE E LA PRESA IN CARICO DEI TRAUMI MAGGIORI

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

IMPEGNI

Num. Impegno	Bilancic	Missione. Programma	Capitolo	Importo Euro	Atto	Num. Drenotazione	Anno	Num. Impegno Derante

LIQUIDAZIONI

Num. Liquidazione	Bilancic	Missione. Programma	Capitolo	Importo Euro	Num. Impegno	Atto	Num. Atto	Data Atto

VARIAZIONI/DISIMPEGNI/ECONOMIE

Num. Registrazione	Bilancic	Missione. Programma	Capitolo	Importo Euro	Num.	Atto	Num. Atto	Data Atto

ACCERTAMENTO

Importo da accertare

Note

Visto di regolarità contabile

IL DIRIGENTE

DATA

Allegati N.

Atto soggetto a pubblicazione Integrale Per oggetto Per oggetto + Dispositivo

IL DIRIGENTE

VISTO il D.L.vo 30 marzo 2001, n. 165 recante: “ Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche Amministrazioni”;

VISTE

- la L.R. 02.03.1996 n. 12 e successive modificazioni ed integrazioni, recante: “Riforma dell’organizzazione amministrativa regionale”;
- le deliberazioni della Giunta Regionale: 13 gennaio 1998 n. 11 (individuazione degli atti di competenza della Giunta) e 13 dicembre 2004 n. 2903 (disciplina dell’iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta), nonché la D.G.R. n. 539/08 di modifica della D.G.R. n. 637/06;
- la D.G.R. 23 maggio 2005 n. 1148 (denominazione e configurazione dei Dipartimenti Regionali relativi alle aree istituzionali della Giunta e della Presidenza della Giunta) come integrata dalla D.G.R. 5 luglio 2005 n. 1380 e la successiva D.G.R. n. 2017 del 5 ottobre 2005 (Dimensionamento ed articolazione delle strutture e delle posizioni dirigenziali dei dipartimenti dell’area istituzionale della Presidenza e della Giunta. Individuazione delle strutture e delle posizioni dirigenziali individuali e declaratoria di compiti loro assegnati) come modificata dalla D.G.R. 1729 del 13.11.2006;

VISTO l’Accordo Stato Regioni del 4 aprile 2002 sulle “linee guida per l’organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati da mielolesioni e/o cerebrolesioni” che ha individuato la necessità di sistemi integrati extra-intraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo (detti Sistemi Integrati per l’Assistenza al Trauma maggiore, SIAT) imperniati su strutture ospedaliere specificamente competenti nella cura del trauma definite “Centri Trauma” e sui centri di Riabilitazione;

PREMESSO

che il PSR 2012-2015 prevede lo sviluppo di una rete regionale integrata ed un percorso ad organizzazione specifica per i traumi maggiori, con la partecipazione delle strutture e delle funzioni deputate alla cura dei traumi minori, secondo un modello di rete integrata Hub e spoke;

che detta rete regionale integrata comprende n. 4 ospedali sede di PSA (Melfi, Villa d’Agri, Lagonegro e Policoro), 1 ospedale sede di DEA di I livello (ospedale di Matera che è anche sede di DEA), e 1 ospedale sede di DEA di II livello (AOR San Carlo, anche DEA di I livello)

che il governo degli interventi per eventi traumatici sul territorio regionale è in capo alla Centrale Operativa (CO) del 118;

che sul territorio regionale opera il Servizio di Elisoccorso con due aeromobili presso le basi HEMS di Potenza e Matera coordinati con la CO 118;

RITENUTO NECESSARIO

avviare la formalizzazione di uno specifico percorso regionale per il paziente con trauma nell’ottica che questo possa comportare innegabili vantaggi tanto sul piano clinico-assistenziale quanto su quello dell’efficienza, prevedendo un modello di assistenza inclusivo, caratterizzato dalla attivazione di un sistema di risposta che vede la partecipazione di tutte le strutture che già operano quindi su un determinato territorio. In tale ambito la funzione HUB – trauma center è svolta dall’Azienda ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza che è idonea per erogare assistenza al trauma grave, in rete con altri presidi ospedalieri collegati funzionalmente (SPOKE), avvalendosi anche della telemedicina per la trasmissione di indagini TAC.

rinvviare ad atti successivi la definizione dei protocolli tecnici operativi specifici da adottarsi entro i prossimi tre mesi di concerto tra le direzioni delle UU.OO. della AOR San Carlo di Potenza, delle Aziende Sanitarie regionali e del DIRES 118;

DETERMINA

Per quanto in premessa che si intende integralmente riportato e trascritto di :

approvare la rete regionale del trauma che, secondo un modello integrato di HUB E SPOKE, vede in funzione di HUB e quindi di Trauma Center, la AOR San Carlo di Potenza, già DEA di II livello, che , è idonea ad erogare assistenza al trauma grave, in rete con altri presidi ospedalieri collegati funzionalmente (SPOKE), avvalendosi anche della telemedicina per la trasmissione di indagini TAC, come definito nella direttiva vincolante allegata, parte integrante e sostanziale della presente determinazione;

stabilire che le Direzioni Aziendali, le direzioni delle UU.OO. e del DIRES 118, entro i prossimi tre mesi, definiscano e recepiscano gli specifici protocolli operativi coerenti con le indicazioni contenute nella presente Direttiva Vincolante.

L'ISTRUTTORE _____

IL RESPONSABILE P.O. **Maria Luisa Zullo** _____

IL DIRIGENTE **Giuseppe Montagano** _____

La presente determinazione è firmata con firma digitale certificata. Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della determinazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

Direttiva attuativa vincolante, ai sensi del Piano Sanitario Regionale 2012- 2015 per la Rete assistenziale e di la presa in carico dei traumi maggiori

Introduzione

Il trauma è la conseguenza dell'applicazione di energia cinetica al corpo umano tale da determinare lesioni ai suoi organi ed apparati.

Nei paesi occidentali la traumatologia è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari ed i tumori ed è la prima causa di morte nella popolazione al di sotto dei 45 anni con un evidente impatto socio-economico derivante particolarmente dalle sequele negative legate al trauma .

La Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità, su indicazione del Ministero della Salute, ha preso in esame, nel luglio 2004, la problematica della complessa assistenza al trauma maggiore individuando le condizioni necessarie per garantire assistenza adeguata in tutte le fasi del soccorso ovvero:

- **la necessità di un primo inquadramento generale dell'infortunato sul campo con riconoscimento preliminare delle lesioni e delle priorità terapeutiche (TRIAGE pre-ospedaliero);**
- **la capacità di istituire sul campo e durante il trasporto le eventuali manovre di supporto, anche avanzato, della funzione respiratoria e circolatoria (Stabilizzazione avanzata);**
- **l'avvio del paziente alla struttura ospedaliera più adeguata, in grado di offrire un trattamento efficace e definitivo delle lesioni, non necessariamente la più vicina (Centralizzazione);**
- **la connessione operativa dei servizi impegnati nella gestione in fase acuta del trauma e la precoce prosecuzione delle prestazioni necessarie presso le strutture riabilitative, allo scopo di assicurare, secondo un principio di continuità terapeutica, la rapida presa in carico del paziente da parte dei sanitari deputati alla sua riabilitazione.**

Tali aspetti erano stati affrontati anche nell'ambito dell'Accordo del 4 aprile 2002 con cui la Conferenza Stato Regioni ha adottato le " linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati da mielolesioni e/o cerebrolesioni" che ha individuato la necessità di sistemi integrati extra-intraospedalieri di assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo (detti Sistemi Integrati per l'Assistenza al Trauma Maggiore, SIAT), imperniati su strutture pre-ospedaliere ospedaliere e su Centri di Riabilitazione.

Premessa

Nell'ottica di quanto sopra descritto il Piano Sanitario Regionale 2012-15 ha programmato la realizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti con trauma grave, basato sul principio "Hub e Spoke" e coerente con la logica della gestione di reti cliniche, di cui si dirà nelle successive sezioni del presente documento.

La centralizzazione dei pazienti comporta innegabili vantaggi tanto sul piano clinico-assistenziale quanto su quello economico, considerando rispetto ai requisiti "strutturali" del sistema che sebbene

importanti, non possono prescindere dalle ancor più rilevanti modalità di funzionamento, dei meccanismi di integrazione/cooperazione e della revisione di qualità dei processi e degli esiti.

Dati epidemiologici

Si stima che su tutto il territorio della Regione Basilicata ogni anno si verifichino 270-300 traumi gravi, pari al 5% circa della totalità dei traumatismi che determinano un ricovero ospedaliero.

Fra i vari organi coinvolti, il traumatismo cranico presenta l'incidenza più elevata (interessando più del 50% dei traumi gravi), seguito dalle lesioni addominali maggiori, dal trauma toracico e dalle lesioni mieliche del rachide.

Criteri organizzativi

Le caratteristiche epidemiologiche e del decorso clinico dei traumi (distribuzione territoriale disomogenea legata più al traffico, agli insediamenti produttivi, alla presenza di zone turistiche, che alla densità della popolazione), l'occorrenza di eventi critici in momenti specifici, (in larga parte prevedibili) oltre i requisiti di qualità (efficacia ed efficienza) che devono essere posseduti dai servizi per fornire risposte assistenziali adeguate, rendono necessario prevedere un modello organizzativo multidisciplinare per la presa in carico del paziente traumatizzato.

Il PSR 2012-2015, predetto, prevede lo sviluppo di una rete regionale integrata ed un percorso ad organizzazione specifica per i traumi maggiori, con la partecipazione delle strutture e delle funzioni deputate alla cura dei traumi minori, secondo un modello di rete integrata Hub e spoke.

Detta rete regionale integrata comprende:

n. 4 ospedali sede di PSA (Melfi, Villa d'Agri, Lagonegro e Policoro), che oltre agli interventi diagnostico-terapeutici d'urgenza, compatibili con le specialità di cui sono dotati, sono in grado di stabilizzare il paziente e garantire l'eventuale trasporto protetto,

n. 1 ospedale sede di DEA di I livello (ospedale di Matera che è anche sede di PSA),

n.1 ospedale sede di DEA di II livello (AOR San Carlo, anche PSA).

Le predette strutture sono funzionalmente chiamate alla presa in carico del paziente nelle sotto indicate situazioni:

traumi ortopedici , chirurgici ed ostetrici > strutture sedi di PSA, DEA di I e di II livello;

traumi interessanti gli organi di senso, vascolare ed urologico strutture sedi di DEA di I livello e di II livello;

politrauma complesso, DEA di II livello, avendo la possibilità di intervenire in ambito: neurochirurgico, cardiocirurgico, chirurgia toracica, chirurgia maxillo -facciale, chirurgia della mano, radiologia interventistica, chirurgia vascolare, chirurgia urologica.

I grandi ustionati vengono presi in carico nell'ambito della rete extra regionale nelle strutture delle Regioni viciniori di Puglia e Campania. Allo stesso modo traumi complessi interessanti l'età pediatrica sono presi in carico nell'ambito della rete, stabilizzati presso il DEA di II livello, e trasferiti, secondo quanto previsto dal protocollo individuato con il Bambin Gesù di Roma con il quale la regione ha una convenzione per lo sviluppo dell'assistenza pediatrica presso l'Ospedale San Carlo.

Il governo degli interventi per eventi traumatici sul territorio regionale, è in capo alla Centrale Operativa Unica Regionale (CO) del 118 , i cui operatori applicano come criterio di invio dei mezzi di soccorso il dispach situazionale di dinamica maggiore.

L'arrivo sul posto di un mezzo di soccorso, che contempla sempre e comunque la presenza di una figura sanitaria, prevede che con la CO vengano condivise:

1. valutazione clinica dei parametri vitali, delle lesioni anatomiche evidenziate ed il rischio specifico del soggetto (età, stato di gravidanza, handicaps e patologie preesistenti note o desumibili) per la conferma del codice di invio dell'evento;
2. in osservanza al principio della "Golden Hour", l'applicazione delle strategie di rientro più opportuna "scoop and run" o di "stay and play" eventualmente richiedendo, se necessario, il rendez-vous con altri mezzi di soccorso avanzati medicalizzati applicando criteri di centralizzazione del paziente traumatizzato verso l'ospedale più adeguato.

A tale proposito, la CO coordina anche il Servizio Regionale di Elisoccorso che comprende due aeromobili presso le basi HEMS di Potenza e Matera, sedi ospedaliere dei DEA individuati.

Pertanto, secondo condizioni meteorologiche o di disponibilità di luce, gli elicotteri sono in grado di raggiungere ogni punto della regione in un tempo medio non superiore a 25 minuti dopo l'allertamento.

La CO costantemente monitorizza la disponibilità dei posti letto di terapia intensiva su tutto l'ambito regionale e pertanto è in grado ed è responsabile sia nell'attività routinaria che nei grandi eventi di organizzare lo Strategy Transfert dei pazienti stabilizzati presso unità di terapia intensiva e sub-intensiva periferiche rispetto ai posti presenti nell'HUB San Carlo DEA di II livello. Tali trasferimenti non necessitano di autorizzazione di accoglienza nelle sedi periferiche.

Tutte le Aziende Sanitari Locali hanno comunque un Dipartimento di Area Omogenea per l'Emergenza, pertanto i Dirigenti incaricati sono tenuti al rispetto di quanto sopra definito e sono responsabili dell'attuazione dei Piani di Emergenza e di Massiccio Afflusso dei feriti, già validati e condivisi in ambito aziendale.

Ovviamente, il sistema regionale di emergenza – urgenza si occupa direttamente anche della presa in carico dei traumatizzati che dovessero giungere con mezzi propri presso le strutture ospedaliere, coordinando i trasporti secondari urgenti , sia via terra che con elicottero, previa una diagnosi di massima e dopo la necessaria stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente.

La programmazione regionale privilegia, in tal modo, un modello di assistenza inclusivo, caratterizzato dalla attivazione di un sistema di risposta che vede la partecipazione di tutte le strutture che già operano quindi su un determinato territorio e sono in possesso dei requisiti necessari per assicurare interventi tempestivi continui e appropriati nelle diverse fasi assistenziali (emergenza-urgenza, acuzie, post-acuzie, riabilitazione intensiva ed, eventualmente, estensiva). La disponibilità attorno al paziente di tutte le competenze mediche e chirurgiche necessarie rappresenta la condizione per attuare il modello. Tali competenze provengono da tutti i centri ospedalieri dell'area di riferimento.

In tale ambito **la funzione HUB – trauma center è svolta dall'Azienda ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza** che è idonea per erogare assistenza al trauma grave, in rete con altri presidi ospedalieri collegati funzionalmente (SPOKE), avvalendosi anche della telemedicina per la trasmissione di indagini TAC.

Requisiti strutturali ed operativi

In considerazione del fatto che pazienti ricoverati in ospedale a causa di trauma hanno come prima causa di morte il dissanguamento, ovvero l'emorragia interna od esterna che sia, a cui non si riesce a mettere rimedio, o per la gravità delle lesioni o per l'incapacità del sistema a rimediarvi mentre la seconda causa di morte è la lesione cerebrale ovvero conseguente direttamente al traumatismo primario od iniziale e/o alle lesioni secondarie a questi, le professionalità cliniche che devono essere presenti nella sede del **"Trauma Center" (HUB) San Carlo** sono:

- **Medicina di urgenza e P.S.**
- **Anestesia e Rianimazione**
- **Chirurgia Generale**
- **Neurochirurgia**
- **Radiologia**

La presenza di tali professionalità dovrà essere assicurata non necessariamente attraverso la presenza di unità operative, ma attraverso la presenza di professionisti con adeguata expertise che garantiscano una capacità di intervento per 24 ore al giorno tutto l'anno.

Tali professionalità devono essere supportate dalla presenza h 24 di un Laboratorio per gli esami ematochimici di urgenza e dalla presenza di un servizio di immunoematologia che possa garantire la disponibilità di sangue in emergenza ed in quantità necessaria al supporto dei gravi emorragici (il cui trattamento può richiedere anche 15-20 unità di emazie concentrate nella prima ora dall'arrivo in Pronto Soccorso per paziente).

Altre professionalità reperibili come servizio di Pronta disponibilità (arrivo in Ospedale) sono le seconde squadre di Anestesia e Rianimazione, Chirurgia generale e Neurochirurgia per interventi chirurgici contemporanei su più pazienti traumatici (dovranno essere garantiti anche i trasporti assistiti tra Ospedali con assistenza rianimatoria).

Per la Chirurgia Ortopedica traumatologica, in particolare per la chirurgia traumatica vertebrale, è necessaria una reperibilità h24 in pronta disponibilità, e dovendo i traumatizzati vertebrali mielici, che giungono precocemente all'Hub, essere sottoposti ad intervento chirurgico urgente non differibile, sarebbe auspicabile che tale attività venisse svolta assieme da ortopedici e neurochirurghi.

Relativamente alla Radiologia interventistica, che ha una funzione salvavita per quei pazienti (quali i traumi pelvici complessi) che, se non trattati, muoiono dissanguati in poche ore deve essere garantita nell'HUB di Potenza..

La Chirurgia toracica e la chirurgia vascolare devono essere presenti come competenza anche se le casistiche chirurgiche di tali interventi sono ridotte (nei case mix europei).

La Chirurgia maxillo-facciale, che svolge un ruolo fondamentale nei traumatismi complessi cranio-facciali nell' Hub deve connotarsi come una chirurgia da eseguirsi precocemente.

La Chirurgia ORL ed Oculistica sono necessarie e sono già diffusamente presenti come unità operative anche nelle strutture sedi di DEA di I livello e di PSA.

La competenza di Chirurgia Urologica è necessaria in quanto svolge un ruolo fondamentale, specie nei trattamenti chirurgici e conservativi dei traumi renali ed urogenitali in genere.

La funzione HUB – Trauma Center presso l'AOR San Carlo San di Potenza, nell'ambito del Dipartimento di Emergenze-Urgenza (DEU), deve disporre di guardia attiva delle Unità Operative di Medicina di Urgenza e Pronto Soccorso, Anestesia e Rianimazione, Chirurgia Generale, Neurochirurgia, Radiologia oltre che di disponibilità di un servizio di Immunoematologia e Trasfusionale e di Patologia Clinica;

Deve disporre inoltre, delle competenze del 2° team di Anestesia e Rianimazione, Chirurgia Generale e Neurochirurgia, competenze, di Traumatologia, Chirurgia Vertebrale, Radiologia Interventistica, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Maxillo facciale, Chirurgia Plastica, Chirurgia Pediatrica, Chirurgia Urologica, Chirurgia Oculistica, Chirurgia ORL, Cardiochirurgia, attraverso pronte disponibilità situate all'interno del DEA o in rete con esso.

I presidi periferici (spoke) costituiti dagli Ospedali di Matera, Melfi, Villa d'Agri, Lagonegro e Policoro), devono disporre di:

unità Operative di Medicina di Urgenza e Pronto Soccorso, Anestesia e Rianimazione, Chirurgia Generale, Radiologia, presenza di un tecnico di laboratorio ed una reperibilità medica nel Servizio di Patologia Clinica, oltre che della possibilità di attivazione rapida di un servizio di Immunoematologia e Trasfusionale;

Attraverso pronte disponibilità situate all'interno del DEA o in rete con esso possono essere individuate i 2° team di Anestesia e Rianimazione di Chirurgia e o dell'Area Omogenea dell'Emergenza (che posso essere trasferiti secondo le specifiche valutazioni per la massima sicurezza del paziente)

Relazioni e criteri di riferimento

Quanto sopraindicato delinea, per la Regione Basilicata, i principali requisiti strutturali ed organizzativi richiesti per la struttura HUB e per quelle spoke della Rete Intensiva del Trauma (RTI). Nessun trauma maggiore sarà trattato al di fuori di questo sistema.

Come già indicato dal Piano Sanitario Regionale per il triennio 2012-2015, affinché il sistema funzioni in modo appropriato è indispensabile che ogni paziente venga indirizzato in base alla gravità ed alla tipologia del trauma presso l'Ospedale più indicato a trattarlo. Ne consegue in maniera imprescindibile che le risorse di terapia intensiva del Centro Traumi (Hub) vengano continuamente rese disponibili attraverso varie modalità, tra cui anche il rientro di pazienti

stabilizzati ai Centri di riferimento o prima afferenza (Spoke).

Per tale motivo, il coordinatore del Centro Traumi HUB e il Direttore del DIRES 118 predisporranno le attività di supervisione e concorderanno i protocolli per il funzionamento della RTI. In particolare saranno stabiliti i criteri di trasferimento per le patologie chirurgiche più frequenti anche in ottica di uno sviluppo graduale del sistema, propendendo per la centralizzazione del traumatizzato grave presso un'unica sede solo nel caso di fenomeni che richiedono una "expertise" (oltre che un assetto strutturale-organizzativo) molto specialistica.

Fasi di attuazione del sistema

Da un punto di vista operativo, l'attuazione del Sistema ipotizzato, certificando con il presente provvedimento il centro HUB e i centri SPOKE si ritiene sufficiente un tempo di tre mesi affinché le Aziende possano formalmente recepire e mettere in atto il predetto modello.

Con la stessa tempistica, il responsabile del 118, in accordo con i responsabili di U.O. dei DEA di II e di I livello e degli Spoke individua e propone i protocolli operativi per l'attuazione di quanto stabilito, anche relativamente allo spostamento dei professionisti all'interno del sistema di assistenza al paziente con trauma grave, sia dagli spoke verso l'Hub che viceversa oltre che per la creazione di Accordi interaziendali, che costituiscono la base della rete di area, e per la costituzione di Commissioni interaziendali (con capacità operative) tra le Aziende Sanitarie della rete, coordinate dall'Hub per la gestione ed il controllo dell'operatività.

Criteri per i trasferimenti in uscita dalle Terapie Intensive dell'HUB

L'efficienza di un "centro traumi" non può prescindere dalla possibilità di accettare sempre i pazienti traumatizzati maggiori del proprio bacino di utenza, al fine di giungere rapidamente alla stabilizzazione definitiva delle lesioni a rischio di vita e/o potenzialmente invalidanti.

L'ammissione di tutti i pazienti proponibili passa attraverso due potenziali "colli di bottiglia":

1. la possibilità di diagnosi e terapia immediata per più pazienti contemporaneamente in termini di risorse umane, strumentali e strutturali (sale operatorie, sale diagnostiche, ecc.). A tale proposito è stato redatto ed attuato apposito Piano per il Massiccio Afflusso di Feriti;
2. la possibilità di ricovero in reparti di Terapia Intensiva od in reparti specialistici del "Centro Traumi" dei pazienti, per un periodo sufficiente a trattare le lesioni conseguenti al danno primario e/o secondario a questi, sino al conseguimento di un livello di stabilità adeguato al trasferimento in un'altra Terapia Intensiva, in reparti Sub-intensivi a valenza più o meno riabilitativa, oppure in reparti di degenza normale dello stesso Presidio Ospedaliero di provenienza o di altri Presidi della rete.

Le Terapie Intensive dell' "Hub" sono polivalenti e non hanno, allo stato attuale, posti letto dedicati esclusivamente ai traumi, ma ricoverano sistematicamente anche pazienti con altre patologie della loro area di utenza cittadina.

Al momento, si ritiene, non sia economicamente proponibile aumentare a dismisura il numero di

posti-letto intensivi nell'"Hub". Ne consegue che il punto importante e più facilmente affrontabile, allo stato attuale, sia quello del Back Trasport dall'"Hub" dei pazienti stabilizzati o che non necessitino di Terapia Intensiva specialistica.

A tale proposito, saranno predisposti protocolli per il trasferimento di rientro, quando necessario, all'Ospedale di provenienza in Terapia Intensiva o in Reparto di Degenza (secondo necessità), senza possibilità di rifiuto da parte dello "Spoke", del paziente stabilizzato come se questi fosse ammesso attraverso il Pronto Soccorso. Sarà cura dello "Spoke" trovare il modo più opportuno di ricoverare il paziente (collaborazione degli Ospedali della rete).

In caso di emergenza, ed in assenza di alternative e se soprattutto possibile, l'Ospedale proponente il paziente acuto dovrà essere disponibile a ricoverare un altro paziente stabilizzato dell'"Hub" per il periodo necessario al trattamento del paziente più acuto (scambio di pazienti).

Questa procedura richiederà l'applicazione di un protocollo comunicazionale, ratificato anche dalle Dirigenze della Regione e Aziendali, verso i parenti e pazienti ricoverato nell' "Hub" in merito alla possibilità di trasferimento repentino di Ospedale per esigenze di ricovero di un paziente in condizioni di gravità che richiedono cure non differibili.

Per i pazienti provenienti dall'area dell'"Hub" è ipotizzabile la creazione di posti letto dedicati di terapia subintensiva, ad alta valenza riabilitativa, come tappa intermedia necessaria per poter dimettere anticipatamente i pazienti dalla terapia intensiva quando si verificano le seguenti condizioni:

- cessata ventilazione artificiale;
- stabilità emodinamica
- assenza di febbre con compromissione emodinamica
- assenza di necessità di monitoraggio PIC

Non controindicano il trasferimento la presenza di:

O2 terapia \leq 40% e/o supporto non invasivo discontinuo,

Cannula tracheostomica in sede,

Presenza di infezione in atto senza compromissione dello stato generale,

Alimentazione artificiale,

La creazione di reparti per subacuti, che possano accettare, a loro volta, i pazienti dalle aree intensive e sub-intensive evita fenomeni di blocco di trasferimento con ripercussioni "paradosse" sulle capacità di accettazione della Terapia Intensiva.

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE