

# REGIONE EMILIA-ROMAGNA

## Atti amministrativi GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1206 del 17/07/2023

Seduta Num. 31

**Questo** lunedì 17 **del mese di** Luglio  
**dell' anno** 2023 **si è riunita in** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA - in modalità mista  
**la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:**

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Priolo Irene	Vicepresidente
3) Calvano Paolo	Assessore
4) Colla Vincenzo	Assessore
5) Corsini Andrea	Assessore
6) Donini Raffaele	Assessore
7) Felicori Mauro	Assessore
8) Lori Barbara	Assessore
9) Mammi Alessio	Assessore
10) Salomoni Paola	Assessore
11) Taruffi Igor	Assessore

**Funge da Segretario l'Assessore:** Corsini Andrea

**Proposta:** GPG/2023/1246 del 06/07/2023

**Struttura proponente:** SETTORE ASSISTENZA OSPEDALIERA  
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

**Assessorato proponente:** ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

**Oggetto:** LINEE DI INDIRIZZO ALLE AZIENDE SANITARIE PER LA  
RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELL'EMERGENZA URGENZA IN EMILIA  
ROMAGNA - PRIMA FASE ATTUATIVA -ANNO 2023-

**Iter di approvazione previsto:** Delibera ordinaria

**Responsabile del procedimento:** Mattia Altini

**LA GIUNTA della REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Visti:

- il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70, con il quale è stato formalizzato il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- la Legge 30 dicembre 2021, n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024", in particolare l'art. 1, comma 274, ove è previsto che con decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, si adotti un regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale;
- il Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale";
- il Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 convertito, con modificazioni, dalla L. 17 luglio 2020, n. 77;

Considerato che il vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale 28 aprile 2022:

- all'art. 4, comma 1, lettera C, prevede che attraverso l'integrazione nelle reti territoriali dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, si garantisca la continuità dell'assistenza finalizzata anche alla riduzione degli accessi al Pronto Soccorso per prestazioni non urgenti;
- all'art. 44, comma 3, prevede che le Aziende USL possano attivare, in attuazione della programmazione regionale, ambulatori di continuità assistenziale, ubicati presso una sede propria o presso un DEA di I o II livello e una maggior copertura in orario diurno con medici del ruolo unico di assistenza primaria;
- all'art. 44, il medesimo comma 3 indica, inoltre, la possibilità di prevedere una ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00-8.00);

Richiamato l'Accordo ai sensi dell'art.5, comma 12, dell'Intesa del 10 luglio 2014" Patto per la salute 2014-2016" tra Governo, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117";

Rilevato che il sistema di emergenza territoriale e il pronto soccorso ospedaliero rivestono un ruolo fondamentale ed irrinunciabile nel sistema sanitario nazionale per quanto attiene al sistema di emergenza-urgenza sanitaria;

Atteso che:

- la rete dell'emergenza ospedaliera è costituita da strutture a diversa complessità assistenziale, organizzate secondo un modello Hub e Spoke integrato e che le stesse devono essere in grado di rispondere alle necessità di intervento secondo livelli di complessità crescenti;
- il Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n. 70 individua il Pronto Soccorso come struttura organizzativa ospedaliera, definendone la mission e i relativi elementi caratterizzanti;
- l'organizzazione dell'emergenza, per garantire la presa in carico del paziente, non può prescindere dal modello a rete, che metta in relazione professionisti, strutture e servizi eroganti interventi sanitari e sociosanitari di tipologie e livelli diversi, in ogni caso nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa;

Considerato che, nel contesto attuale di Pronto Soccorso (PS), la domanda di assistenza sanitaria è caratterizzata da un numero elevato di accessi, il cui bisogno non risulta appropriato per il setting di PS, e che pertanto le risorse umane, tecnologiche e strutturali risultano spesso insufficienti, con possibili ricadute sull'offerta sanitaria;

Considerato inoltre che l'attuale contesto di demografia professionale non pare garantire la sostituzione o l'incremento di risorse umane qualificate e risulta aggravato da una limitata disponibilità, specialmente nelle discipline dell'emergenza urgenza;

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 264 del 24 febbraio 2003, la quale, tra le altre, approva le linee di indirizzo per il miglioramento delle cure urgenti e della accessibilità ed appropriatezza delle attività di pronto soccorso;
- n. 1349 del 14 luglio 2003, che, in attuazione del Piano Sanitario Regionale 1999/2001, approva linee guida per

l'organizzazione del sistema emergenza-urgenza sanitaria territoriale e centrali operative 118, secondo il modello Hub and Spoke che prevede la costituzione di un coordinamento regionale del sistema dell'emergenza-urgenza;

- n. 24 del 27 gennaio 2005 che, tra l'altro, approva linee guida regionali per la funzione di Osservazione Breve Intensiva (OBI);
- n. 1035 del 20 luglio 2009, così come modificata dalla 389/2011 recante "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR 1532/2006", che detta disposizioni in materia di erogazione di prestazioni di pronto soccorso;
- n. 2040 del 10 dicembre 2015 con la quale questa Regione ha approvato, in attuazione della legge n. 135/2012, del Patto per la Salute 2014/2016 e del Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015, le linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale;
- n. 1003/2016 di definizione delle linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale, con la quale è stato assegnato alle Aziende sanitarie, con riferimento al riordino della rete ospedaliera prevista con la delibera n. 2040/2015, l'obiettivo di predisporre un Piano operativo aziendale per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso e che con la successiva delibera n. 830/2017, oltre all'aggiornamento del Piano, alla luce delle direttive approvate su proposta del Gruppo Pronto Soccorso, è stato previsto l'obiettivo di predisporre i sistemi informativi per la rilevazione di indicatori di monitoraggio dell'iperafflusso;
- n.1827 del 17 novembre 2017, con la quale sono state fornite alle Aziende Sanitarie le linee di indirizzo per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di Pronto Soccorso della Regione, sulla base delle quali le Aziende sanitarie devono provvedere a redigere ed applicare piani particolareggiati per la gestione del sovraffollamento con l'individuazione di indicatori per la corretta rilevazione del fenomeno, la definizione delle relative soglie di criticità e di tempestive modalità di risposta, proporzionate ai livelli di criticità rilevata, atte a favorire/facilitare le fasi di processo e di ricovero evitando incongrui e disagiati stazionamenti di pazienti all'interno del PS; dette Linee, oltre ad affrontare il problema prioritario del sovraffollamento in Pronto Soccorso, richiamano la necessità di ridefinire l'organizzazione relativa ai percorsi di accesso alle prestazioni urgenti anche nell'ambito dell'assistenza territoriale;

Vista la deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 177 del 26 settembre 2018, di approvazione del Documento di Economia e Finanza regionale DEFR 2019 con riferimento alla programmazione 2019-2021, il quale individua, tra gli altri, l'obiettivo 2.3.15 "Riordino della rete ospedaliera e tempi di attesa per i ricoveri programmati", che definisce tra i risultati attesi quello del miglioramento dei percorsi di accesso in emergenza-urgenza;

Richiamata infine la propria deliberazione n. 1129/2019 "Piano di miglioramento dell'accesso in emergenza-urgenza sanitaria - Approvazione di linee di indirizzo alle aziende sanitarie" che, in attuazione del vigente Piano sociale e sanitario regionale, definisce quale intervento attuativo prioritario quello del miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza (scheda 33), ricomprendendo in tale azione tutto il sistema articolato di strutture che includono oltre ai Pronto Soccorso, i punti di primo intervento ospedalieri e territoriali, i servizi per la continuità assistenziale, nonché i centri specialistici con accesso in urgenza ed altri percorsi specifici. Per quanto riguarda l'emergenza il sistema fa riferimento alle strutture in grado di intervenire h 24-7 giorni/7, in primis dunque le strutture dell'emergenza ospedaliera (PS) e territoriale (118);

Considerato che questa Giunta ha fornito indicazioni per l'attivazione del numero unico europeo 112 con le seguenti proprie delibere:

- n.1993/2019 "Disposizioni in ordine alla realizzazione sul territorio della Regione Emilia-Romagna del servizio "Numero unico di emergenza" con la quale sono state fornite indicazioni per la realizzazione sul territorio della Regione Emilia-Romagna del Servizio "Numero Unico di Emergenza Europeo 112" ed è stato approvato un progetto di massima per la realizzazione di due Centrali Uniche di risposta collocate rispettivamente a Bologna e a Parma;
- n.2443/2019 "Disposizioni in ordine all'attuazione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 1993/2019 - assegnazione e concessione di finanziamenti all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e all'Azienda USL di Bologna"
- n.1241/2022 "Disposizioni per l'implementazione dell'attuazione del progetto NUE 112 nella Regione Emilia-Romagna" con la quale, tra l'altro, è stato istituito il coordinamento regionale per la realizzazione sul territorio dell'Emilia-Romagna del servizio "Numero Unico di Emergenza Europeo 112", con il compito di raccordo e indirizzo delle azioni aziendali per l'attuazione del progetto approvato con la propria deliberazione n. 1993 del 11/11/2019;

Considerato il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), approvato con decisione del Consiglio dell'Unione europea il 13 luglio 2021, in particolare la Missione 6 Salute, Componente 1: "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" i cui investimenti e riforme sono finalizzati a rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio;

Richiamata la propria deliberazione n. 1305/2022 "Prime indicazioni per il percorso di attuazione del D.M. n. 77 del 23 Maggio 2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" che ha stabilito che, in attuazione di quanto previsto dal DM 77/2022, la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare deve avviare un percorso di coinvolgimento e condivisione con le Aziende sanitarie, con gli enti locali e gli stakeholder più rappresentativi della comunità per pervenire alla proposta di un documento tecnico in merito all'implementazione del modello dell'assistenza territoriale nell'Emilia-Romagna;

Richiamata la propria deliberazione n. 2221 del 12/12/2022, riguardante il primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale dell'Emilia-Romagna in attuazione del D.M. n. 77 del 23 maggio 2022, con la quale la Regione si impegna a sviluppare ulteriormente la rete di strutture territoriali ampliandone la visione, i format dei servizi e i processi di interazione multiprofessionale e promuovendo ulteriormente la diffusione delle "Case della Comunità" che si qualificano come strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento del cittadino verso il SSN e i servizi territoriali locali;

Viste le problematiche relative all'elevato ricorso alle strutture di PS e il potenziamento delle Case della Comunità in tutti gli ambiti territoriali della regione è obiettivo strategico l'individuazione, nelle more della revisione nazionale del DM 70/2015, di una nuova modalità di risposta ai bisogni di assistenza e urgenza a bassa complessità presso strutture distrettuali denominate Centri di Assistenza Urgenza (CAU) in capo all'assistenza territoriale;

Richiamata da ultima la propria delibera n. 939/2023 "Approvazione dello schema di intesa tra la Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare e le Organizzazioni Sindacali dei medici di Medicina Generale per il coinvolgimento dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle strutture territoriali per urgenze a bassa complessità";

Considerato l'ordine del giorno approvato dall'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna in data 6 dicembre 2022

che impegna, tra l'altro, la Giunta regionale a predisporre il piano per ridefinire la rete dell'emergenza urgenza, al fine di superare la forte criticità esistente a causa del cronico sovraffollamento dei pronto soccorso (con particolare riferimento ai codici a bassa criticità) a cui si sono sommati gli effetti della pandemia e la grave carenza di operatori disponibili (non risolvibile in tempi brevi).

Valutate le implicazioni derivanti dalla normativa europea, nazionale e regionale relativa al Numero Unico Europeo per le Emergenze 112 (NUE) e al Numero Armonizzato Europeo per le cure non urgenti 116117 (NEA), unitamente al potenziamento del 118 conseguente ed alla implementazione della rete dei CAU;

Ritenuto ora necessario in considerazione dei soprarichiamati atti e normative:

- fornire alle Aziende Sanitarie gli elementi necessari affinché le attività di pianificazione dei servizi di Emergenza Territoriale, Emergenza Ospedaliera e Cure Primarie siano rispondenti all'evoluzione delle norme tecniche e organizzative e della più complessiva strategia dell'assistenza ai cittadini sia in emergenza-urgenza che in condizioni di non urgenza;
- individuare una nuova modalità di risposta ai bisogni di assistenza e urgenza a bassa complessità presso strutture distrettuali denominate Centri di Assistenza Urgenza (CAU) in capo alle cure primarie
- favorire lo sviluppo e l'organizzazione delle competenze professionali anche mutuando le positive esperienze (per esempio, see and treat , che dovranno essere armonizzate nell'ambito del complessivo disegno della programmazione regionale.
- promuovere la valorizzazione di tutti i professionisti che operano nell'ambito dell'Emergenza Territoriale, Emergenza Ospedaliera e Cure Primarie, in modo da facilitare l'integrazione dei rispettivi contributi, fino a delineare una strategia complessiva che valorizzi le specifiche professionalità e riconosca l'impegno e le responsabilità di coloro che garantiscono le prestazioni sanitarie in questi settori;
- promuovere l'informazione ed il coinvolgimento dei professionisti nell'intero percorso di riorganizzazione e una efficace e capillare comunicazione alla popolazione per generare una maggior adesione al cambiamento.

Considerato che il "Coordinamento Regionale per l'Emergenza-Urgenza Ospedaliera e Territoriale" istituito con Determinazione n. 3885 del 24.02.2023, in attuazione della delibera n. 221/2023,

con il compito di elaborazione di linee di indirizzo regionali per la stratificazione dei bisogni della popolazione in emergenza-urgenza ospedaliera ed extra-ospedaliera, con il coinvolgimento attivo di un ampio numero di professionisti delle Aziende Sanitarie, ha prodotto i seguenti documenti i quali costituiscono elementi di programmazione regionale:

1. "Analisi del contesto";
2. "Sviluppo e potenziamento della capacità e della qualità di risposta del sistema di soccorso preospedaliero - 118" che fornisce indicazioni per lo sviluppo ed il potenziamento della rete di emergenza-urgenza territoriale della Regione Emilia-Romagna coniugando le migliori competenze professionali sanitarie con le opportunità determinate dall'elevato grado di evoluzione tecnologica raggiunta dalla rete 118 e dalle possibilità offerte dalla attivazione del NUE 112, con l'obiettivo di assicurare uniformità delle prestazioni, standard elevati di appropriatezza e continuità clinico-assistenziale extra ed intraospedaliera;
3. "Progetto sistema di risposta sanitaria 116117 ed istituzione delle relative centrali operative" che, in particolare, descrive l'organizzazione finalizzata a fornire risposte a richieste di natura sanitaria che non abbiano carattere di emergenza tempo-dipendente attraverso la realizzazione delle centrali operative con accesso mediante il numero europeo armonizzato NEA 116117;
4. "Istituzione dei centri di emergenza urgenza (CAU) territoriali" che descrive l'organizzazione di dette strutture territoriali, afferenti organizzativamente all'assistenza primaria, che possono essere collocate all'interno di Case della Comunità, oppure presso le attuali sedi di PPI, presso gli Ospedali di prossimità sprovvisti di DEA di I e II livello e presso sedi di forme aggregative strutturate della medicina generale purché con standard organizzativi e professionali omogenei, solo a seguito della attuazione del piano organizzativo approvato dalla programmazione regionale e locale (CTSS). E' comunque opportuno, dove possibile, valutare la presenza di un CAU in prossimità di un DEA di I e II livello.

Considerato necessario procedere alla approvazione dei documenti sopra elencati, allegati al presente atto quali parti integranti e sostanziali, mirati alla ottimizzazione sia degli aspetti clinici che di quelli organizzativi della funzione di cui si tratta, dando mandato alle Aziende Sanitarie regionali di aderire progressivamente e coerentemente con le parti di loro competenza e di predisporre dei piani riorganizzativi locali di prima attuazione;



Considerato inoltre necessario in questo contesto, garantire la compartecipazione attiva e proattiva del volontariato coinvolto nel soccorso sanitario in emergenza, prevedendo l'attivazione di un tavolo permanente di confronto tra l'Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna e le rappresentanze regionali delle organizzazioni di volontariato appartenenti alle reti nazionali che svolgono attività di soccorso in emergenza.

Precisato che il monitoraggio dello stato di avanzamento dell'attuazione del piano e una verifica annuale degli esiti saranno affidati ad un tavolo appositamente costituito;

Visti:

- la l.r. 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del Servizio Sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii.;
- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e ss.mm.ii.;

Richiamate, altresì, le proprie deliberazioni:

- n. 468 del 10 aprile 2017, avente ad oggetto "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" e le Circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017, relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni, predisposte in attuazione della stessa delibera n. 468/2017;
- n. 1899 del 14 dicembre 2020 "Approvazione del "Patto per il lavoro e per il clima";
- n. 771 del 24 maggio 2021, che conferisce fino al 31/05/2024 l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) per le strutture della Giunta della Regione Emilia-Romagna e degli Istituti e Agenzie regionali, di cui all'art. 1 comma 3 bis, lett. b) della L.R. n. 43 del 2001;
- n. 325 del 7 marzo 2022 "Consolidamento e rafforzamento delle capacità amministrative: riorganizzazione dell'Ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale";

- n. 426 del 21 marzo 2022 "Riorganizzazione dell'ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale. Conferimento degli incarichi ai direttori generali e ai direttori di agenzia";
- n. 380 del 13/03/2023 "Piano integrato delle attività e dell'organizzazione 2023-2025";
- n. 474 del 27 marzo 2023 "Disciplina organica in materia di organizzazione dell'Ente e gestione del personale. Aggiornamenti in vigore dal 1° aprile 2023 a seguito dell'entrata in vigore del nuovo ordinamento professionale di cui al Titolo III del CCNL Funzioni Locali 2019/2021 e del PIAO 2023/2025";

Richiamate le seguenti determinazioni dirigenziali:

- n. 2335 del 9 febbraio 2022, recante "Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal Decreto Legislativo n. 33/2013. Anno 2022";
- n. 6229 del 31 marzo 2022 "Riorganizzazione della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare. Istituzione aree di lavoro. Conferimento incarichi dirigenziali";
- n. 7162 del 15 aprile 2022, recante "Ridefinizione dell'assetto delle Aree di lavoro dirigenziali della Direzione Generale Cura della Persona ed approvazione di alcune declaratorie";
- n. 23101 del 23 novembre 2022, recante "Conferimento di incarico dirigenziale presso la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare";

Dato atto che il responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

1. di approvare le "**Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza-Urgenza in Emilia-Romagna**" come esposte e meglio dettagliate negli allegati parti integranti e sostanziali da 1 a 4 della presente deliberazione, che qui contestualmente si approvano come segue:

- Allegato 1 - "Analisi del contesto";

- Allegato 2 - "Sviluppo e potenziamento della capacità e della qualità di risposta del sistema di soccorso ospedaliero - 118";
  - Allegato 3 - "Progetto sistema di risposta sanitaria 116117 ed istituzione delle relative centrali operative";
  - Allegato 4 - "Istituzione dei centri di emergenza urgenza (CAU) territoriali";
2. di dare mandato alle Aziende sanitarie ed agli Enti del SSR di procedere, per le parti di rispettiva competenza, alla predisposizione dei piani riorganizzativi locali di prima attuazione, che dovranno essere approvati in sede di Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria e successivamente trasmessi alla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare entro il 15 settembre 2023, tenendo in considerazione gli ambiti di confine sia tra Aziende che interregionali, al fine di ottimizzare sia gli aspetti clinici sia quelli organizzativi della funzione di cui si tratta, anche mediante l'introduzione e il rafforzamento di strumenti specifici e strutturali in via sperimentale e progressiva; tali atti dovranno comunque rispettare i rapporti con le OO.SS. in base quanto previsto nei rispettivi contratti collettivi
  3. di procedere alla revisione organizzativa del modello di continuità assistenziale attraverso la progressiva e sperimentale attivazione dei CAU, secondo una programmazione regionale e locale condivisa dalle Aziende USL e dalle CTSS provinciali;
  4. di dare mandato al Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare di costituire un tavolo permanente di confronto tra l'Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna e le rappresentanze regionali delle organizzazioni di volontariato appartenenti alle reti nazionali, che svolgono attività di soccorso in emergenza;
  5. di recepire l'Accordo ai sensi dell'art.5, comma 12, dell'Intesa del 10 luglio 2014" Patto per la salute 2014-2016" tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117";
  6. di istituire un tavolo di monitoraggio della riorganizzazione con valutazione semestrale nel primo anno di avvio e successivamente annuale. Successivamente con determinazione del direttore generale saranno definiti composizione e modalità di funzionamento del tavolo di monitoraggio. I risultati del lavoro di osservazione saranno fatti oggetto di confronto con le OO.SS.

7. di trasmettere con tempestività il presente atto deliberativo alle Aziende sanitarie e agli Enti del SSR per consentire la completa attuazione di quanto in esso disposto;
8. di stabilire che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi dell'art. 7 bis, comma 3, D.lgs. n. 33/2013, così come riportato nella propria delibera 380/2023 sopra richiamata.

# **Allegato 1**

## **Contesto**

## Contesto

La Regione Emilia-Romagna rappresenta in ambito sanitario un riferimento consolidato nel panorama nazionale, avendo costruito un Servizio Sanitario Regionale (SSR) pubblico, che nel corso dei decenni ha costantemente fornito livelli eccellenti di assistenza ai propri cittadini, come testimoniato dal posizionamento sempre ai vertici nella verifica degli adempimenti LEA (per l'anno 2019, è risultata prima nella sperimentazione del Nuovo Sistema di Garanzia).

Le numerose transizioni tipiche della nostra epoca, la nota carenza di personale sanitario e l'incremento della domanda, tuttavia contestuale alla riduzione dei casi critici, da un lato; la disponibilità di tecnologie innovative, le competenze avanzate del personale e l'avvio del sistema 112 in Regione dall'altro, rappresentano solo alcuni degli elementi basilari da considerare per lo sviluppo dei Sistemi sanitari Regionali, a cui andremo incontro nei prossimi anni.

Tra le sfide più importanti in questo si colloca certamente la Riforma del sistema dell'emergenza-urgenza, in continuità con le previsioni del PNRR e del DM 77/2022.

Tale riorganizzazione si fonda su tre grandi azioni:

- Potenziamento dell'emergenza urgenza preospedaliera-118
- Istituzione del Numero Europeo Armonizzato (NEA) e centrali 116117
- Istituzione dei centri di emergenza urgenza (CAU) territoriali

Per quanto riguarda il sistema **dell'emergenza-urgenza preospedaliera-118** in Regione Emilia-Romagna, l'esperienza trentennale del sistema 118 e i positivi risultati ottenuti consentono oggi di progettare e pianificare una riorganizzazione significativa del modello per meglio affrontare le esigenze della popolazione alla luce del mutato contesto epidemiologico, sociale e professionale.

In questo contesto, l'istituzione del **Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117** per le cure mediche non urgenti, con la programmazione di 3 Centrali operative 116117 (in stretta relazione e contiguità con le 3 Centrali 118 esistenti) ha l'obiettivo di affrontare la non emergenza non come semplice instradamento delle richieste verso operatori sul territorio, ma come razionalizzazione di interventi e di risorse.

Il modello organizzativo porterà alla valorizzazione di tutte le competenze professionali e permetterà di realizzare una rete interdipendente, diversificando anche le tipologie di risposte sociosanitarie a seconda del livello crescente di organizzazione del territorio.

Per quanto riguarda la rete dell'emergenza-urgenza ospedaliera regionale è attualmente composta da 54 strutture: 12 DEA 2, 8 DEA 1, 19 PS e 15 PPI.

Il sistema dell'emergenza-urgenza è oggetto da diversi anni di interventi normativi da parte della Regione Emilia-Romagna, che sono stati mirati al complessivo progresso delle performance dei DEA e Pronto Soccorso (DGR 1129/2019).

Tra le azioni di miglioramento, è stata prevista la definizione di percorsi alternativi all'interno dell'area ospedaliera, quali fast track, see and treat, l'apertura di ambulatori a bassa criticità/bassa complessità. Contemporaneamente sono stati adottati provvedimenti specifici quali l'introduzione di sistemi innovativi per la gestione del sovraffollamento (DGR 1827/2017), l'introduzione di un nuovo sistema di Triage (DGR 1230/2021). È inoltre stata coinvolta la medicina generale per il sostegno nell'ampliamento delle fasce orarie di accessibilità dei medici organizzati in forme associative.

Il raggiungimento degli obiettivi preposti, tuttavia, è stato ostacolato dall'impatto della pandemia Covid-19, dalla carenza di personale che affligge in particolare le categorie professionali impegnate nell'ambito dell'emergenza-urgenza e dalla risposta, a volte insufficiente e disarticolata, dell'Assistenza Primaria.

L'analisi della casistica degli ultimi 5 anni ha infatti evidenziato come la maggioranza degli accessi in Pronto Soccorso, il 63% circa, non esiti in ricovero, quindi sia potenzialmente reindirizzabile a strutture territoriali a più bassa complessità organizzativa.

La riorganizzazione dell'emergenza-urgenza territoriale e ospedaliera, anche alla luce delle nuove opportunità date dall'attuazione del DM 77/2022, si rende necessaria per decodificare la domanda di salute in crescita dei cittadini e accoglierla nel setting più appropriato rispetto al bisogno espresso, a fronte dell'ottimizzazione delle risorse disponibili.

Attualmente, infatti, la discrepanza tra le dotazioni di personale disponibili nel settore dell'emergenza-urgenza e l'aumentata pressione sui pronto soccorso, produce un disallineamento dell'offerta di servizi rispetto alla domanda della popolazione, rendendo necessaria una risposta di maggiore prossimità e sostenibilità.

La necessaria rimodulazione dei nodi della rete dell'emergenza-urgenza si basa dunque sulla separazione dei flussi e sulla ridefinizione delle strutture idonee alla gestione dei differenti bisogni: emergenze-urgenze indifferibili e urgenze differibili, progressivamente intermedie dagli operatori del Sistema 118 e del NEA 116117.

Le strutture per la gestione dell'emergenza-urgenza indifferibile, per la presa in carico delle patologie complesse e tempo dipendenti, con alto livello di complessità organizzativa e tecnologica, restano gli Ospedali con DEA II o DEA I livello H24, verso le quali l'accesso dovrà avvenire previo contatto telefonico 118 o NEA 116117, mentre l'autopresentazione senza intermediazione, appurato il carattere di non emergenza, sarà riorientata verso appropriato setting.

La risposta alle urgenze differibili di bassa complessità clinico assistenziale verrà invece garantita all'interno dei Centri di Assistenza per l'Urgenza (CAU) presenti nell'ambito della rete, collocati all'interno di Case della Comunità, oppure presso le attuali sedi di PPI, presso gli Ospedali di prossimità sprovvisti di DEA di I e II livello oppure presso sedi di forme aggregative strutturate della medicina generale purché con standard organizzativi e professionali omogenei, dove vengono impiegati medici del ruolo unico a ciclo orario e subordinatamente e volontariamente medici di ruolo unico a ciclo di scelta.

La dislocazione dei punti terrà conto della ridefinizione dei punti di continuità assistenziale, della analisi della casistica e del bacino d'utenza di riferimento in seguito alla programmazione regionale ed al confronto con le CTSS. Le funzioni dei CAU riassorbiranno integrando tutte le prestazioni che, seppur intercettando un bisogno in acuto, sono a bassa complessità clinica ed assistenziale attualmente erogate nei punti di primo intervento, pronto soccorso oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, avranno il compito di garantire una risposta appropriata e tempestiva, anche grazie ad una presenza infermieristica dedicata e delle professionalità che si renderanno necessarie in relazione alle prestazioni eseguite e ai volumi di attività.

I CAU saranno in diretto collegamento con i DEA di riferimento e si integreranno nella rete dei servizi territoriali, potranno essere ad accesso diretto favorendo tuttavia un progressivo utilizzo del NEA 116117, prevedendo anche l'erogazione di interventi domiciliari urgenti a cura di equipe medico-infermieristiche che possono operare direttamente al domicilio del paziente (UCA).

Parte integrante della riorganizzazione sarà l'adozione di piattaforme di telemedicina anche con funzione di risposta a chiamate per cure mediche e di raccordo con i servizi di continuità assistenziale e di emergenza-urgenza.

Il processo di riorganizzazione della rete di emergenza-urgenza ospedaliera e territoriale passerà attraverso una campagna di comunicazione volta ad informare i cittadini circa le nuove modalità ed i servizi erogati dalle strutture. È obiettivo della regione porre particolare enfasi sull'utilizzo del NEA 116117 in modo da garantire una più corretta e tempestiva risposta ai bisogni dei cittadini, supportando ogni decisione con evidenze scientifiche e costante analisi della reportistica dei flussi informativi regionali.



## **Allegato 2**

# **Sviluppo e potenziamento della capacità e della qualità di risposta del sistema di soccorso preospedaliero - 118**

Nell'ambito del Sistema sanitario assume particolare rilevanza il servizio di emergenza-urgenza, un apparato complesso che richiede un continuo adattamento del modello organizzativo per rispondere al bisogno di salute dei cittadini.

L'esperienza trentennale del sistema 118 e i positivi risultati ottenuti consentono oggi di progettare e pianificare una riorganizzazione significativa del modello per meglio affrontare, anche alla luce dell'esperienza della pandemia COVID, le esigenze della popolazione in termini di emergenza urgenza preospedaliero. I dati epidemiologici, l'incremento della richiesta generale, la riduzione dei casi critici, la disponibilità di tecnologie innovative, la competenza del personale, la necessità di integrazione delle reti per le patologie tempo-dipendenti, il ruolo della centrale operativa come primo anello della catena dei soccorsi, l'avvio del sistema 112 in regione, la programmazione della centrale operativa 116117 e la messa a terra delle previsioni del PNRR e del DM 77/2022 rappresentano elementi da considerare per lo sviluppo del sistema di soccorso preospedaliero dei prossimi anni.

#### VISION

Il sistema di soccorso preospedaliero della Regione Emilia-Romagna si pone come modello di riferimento per la sua capacità di innovarsi e di assicurare, sulla base delle evidenze scientifiche, i migliori standard. È riconosciuto a livello nazionale come modello per la qualità delle cure, per i positivi outcome delle patologie tempo-dipendenti e critiche, per la sicurezza degli interventi e per la soddisfazione dei cittadini.

#### MISSION

Il sistema di soccorso preospedaliero dell'Emilia-Romagna fornisce interventi di emergenza professionali e sostenibili da parte di figure sanitarie e tecniche qualificate ed adeguatamente aggiornate, con dotazioni di moderne attrezzature e corredi farmacologici allo stato dell'arte, nell'ottica di anticipare il trattamento definitivo dei pazienti in condizioni critiche portando le competenze ospedaliere sul territorio.

Lo scopo del presente documento è quello di **fornire indicazioni per lo sviluppo ed il potenziamento della rete** di emergenza-urgenza territoriale della Regione Emilia-Romagna **coniugando** le migliori competenze professionali sanitarie con le opportunità determinate dall'**elevato grado di evoluzione tecnologica raggiunta dalla rete 118** e dalle possibilità offerte dalla **attivazione del NUE 112**, con l'obiettivo di assicurare uniformità delle prestazioni, standard elevati di appropriatezza e continuità clinico-assistenziale extra ed intraospedaliera.

1	Le centrali operative 118 e il servizio di elisoccorso .....	4
1.1	Le centrali operative.....	4
1.2	Le tecnologie .....	6
1.3	Il personale delle centrali operative.....	7
1.4	L'elisoccorso .....	7
2	L'emergenza territoriale .....	9
3	I dati 118 .....	10
3.1	Gli interventi di emergenza .....	10
3.2	La flotta .....	11
3.3	I trattamenti avanzati.....	13
3.4	La centralizzazione .....	14
3.5	Rapporto tra il numero di emergenze e dei professionisti .....	16
3.6	Il benchmark con le altre Regioni .....	18
3.7	Influenza del COVID-19 sulla rete di emergenza-urgenza.....	19
4	Il Progetto di sviluppo e potenziamento della rete .....	20
4.1	Il 1° step-up: il medico di centrale operativa 118 con funzione di risposta clinica avanzata.....	20
4.2	Il 2° step-up: gli ambiti di programmazione .....	21
4.2.1	Il percorso di riorganizzazione della rete.....	21
4.2.2	La formazione .....	22
4.2.3	Il volontariato .....	23
4.2.4	Le tecnologie .....	23
4.2.5	Riorganizzazione del governo delle centrali operative.....	23
4.2.6	Piano di comunicazione e Numero Europeo Armonizzato 116117 .....	23
4.3	Il 3° step-up: l'attivazione del NUE 112 in Emilia- Romagna .....	24
4.3.1	Il NUE 112 in Italia .....	24
4.3.2	Il NUE 112 in Emilia-Romagna .....	27
4.3.3	Gli ambiti di sviluppo offerti dall'introduzione del 112 NUE .....	29

# 1 Le centrali operative 118 e il servizio di elisoccorso

## 1.1 Le centrali operative

Le chiamate di emergenza, dall'inizio degli anni '90, vengono effettuate sul numero unico nazionale di emergenza 118. **La nostra Regione è stata la prima, nel 1990, ad adottare questo numero**, tanto che la normativa nazionale è fortemente ispirata da quella regionale.

Inizialmente la consegna delle chiamate 118, organizzata per ragioni tecniche a partire dai distretti telefonici, era convogliata su 11 centrali. **Nel 1993 vengono definite le tre aree "omogenee"** regionali di aggregazione operativa (basata principalmente sull'utilizzo condiviso dell'elisoccorso) e tecnologica: Romagna, Emilia Ovest (Piacenza, Parma, Reggio) ed Emilia Est (Bologna, Ferrara, Modena).

Con deliberazione del Consiglio regionale n. 699 del 30 luglio 1997 viene concretamente avviata la realizzazione ex novo della prima centrale di area omogenea "*Romagna*" in grado di operare su più bacini provinciali con oltre un milione di abitanti.

Nel maggio 2000 la Regione avvia l'integrazione nel "*sistema radio regionale per le emergenze sanitarie*" delle reti radio in concessione ad Aziende Sanitarie. In seguito vengono adottate una serie di soluzioni che consentono la cosiddetta "*interoperabilità interprovinciale*" della flotta di ambulanze, automediche ed elicotteri sanitari: i singoli mezzi di soccorso possono spostarsi in altre province con la possibilità di mantenere attivo il contatto via radio con la centrale di riferimento.

Alla fine degli anni '90 vi è stata una grande evoluzione nei sistemi di telecomunicazione che ha mutato profondamente le abitudini dei cittadini e le modalità di offrire servizi, grazie al moltiplicarsi delle funzionalità disponibili collegate al passaggio dalla tecnologia analogica a quella digitale e al massiccio impiego di telefoni mobili.

Nel 2001 viene avviato il progetto di digitalizzazione delle linee di accesso telefoniche alle centrali operative rendendo possibile il superamento del vincolo di suddivisione territoriale per distretto telefonico, organizzando in modo più flessibile le competenze delle centrali operative sulle aree geografiche di riferimento.

Vista l'evoluzione in atto, **nel 2003 la Regione avvia un'ampia riorganizzazione tecnologica** del sistema 118 puntando a realizzare l'automatizzazione delle principali fasi della processazione della chiamata e dell'invio dei mezzi. In tale ambito viene **ripensato il dimensionamento delle centrali 118**: dalla precedente impostazione provinciale ad un nuovo concetto collegato a bacini minimi in termini di residenti e all'effettiva disponibilità di tecnologia. In base a tale indicazione si è proceduto a rafforzare l'unicità di gestione della rete telefonica regionale 118, unificare il sistema informatico per tutte le centrali e postazioni del 118 e rendere inter-operante la piattaforma radio.

Per garantire la praticabilità della proposta di ridefinizione dei bacini di riferimento delle singole centrali senza modificare gli ambiti di riferimento dei servizi di soccorso territoriali (ambulanze e automediche) con la delibera 1349/2003 sono stati realizzati due separati sistemi:

- **Centrale operativa 118: (con contenuti prevalentemente tecnico-organizzativi)** con funzioni di processazione delle chiamate, identificazione del codice di intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, invio del mezzo più idoneo, guida fino al luogo dell'evento, gestione delle

chiamate in ingresso e assegnazione ai mezzi di soccorso, formazione operatori di centrale, gestione della rete radio, telefonica e informatica

- **Emergenza territoriale - fase intraospedaliera (con contenuti prevalentemente clinico-assistenziali)** che garantisce il governo clinico dalla fase di intervento sul territorio fino all'ospedale di destinazione, la definizione della rete, la composizione e la formazione del personale dei mezzi di soccorso nonché la gestione dei contratti e accordi di fornitura con le associazioni di volontariato oltre alle funzioni di Protezione Civile

Tale schema ha consentito di aggregare i punti di consegna delle chiamate in centrali operanti su ambiti sovra-provinciali, separatamente dalle modalità di aggregazione dei mezzi di soccorso che restano organizzati a livello di ciascuna Azienda Sanitaria.

In relazione alla evoluzione della dotazione tecnologica delle centrali si è proceduto nel 2006 a consegnare alla centrale "118 Romagna" con sede a Ravenna le chiamate di emergenza provenienti dal distretto telefonico 0543 di Forlì, a cui sono seguite quelle di Cesena nel 2008 e quelle di Rimini del 2009.

L'iniziale scelta strategica di distinguere la gestione delle centrali operative rispetto alla gestione dell'emergenza territoriale, ancorché funzionalmente collegate tra loro, si è rivelata, dove applicata, una scelta estremamente positiva. In particolare, la dimensione aziendale o sub aziendale assegnata ai singoli servizi di emergenza territoriale ha consentito significative interazioni e integrazioni con la rete di emergenza ospedaliera e, in particolare, con i servizi di pronto soccorso. Inoltre, il governo amministrativo e clinico del rapporto con le strutture convenzionate (private e volontariato), restando di competenza del sistema territoriale, è stato ulteriormente sviluppato sulla base delle esigenze e delle esperienze specifiche dei singoli territori aziendali. Anche i percorsi assistenziali restano, con tale modello, programmati e gestiti a livello della singola rete.

A partire dai primi anni 2000 è stata compiuta la **scelta strategica di passare dall'utilizzo di banche dati cartografiche di tipo commerciale alla piattaforma regionale DBTR** (Data Base Topografico Regionale) caratterizzata da eccellenti gradi di dettaglio, non solo nelle zone urbane, ma anche nelle aree rurali e montane. Questa modalità, sviluppata e mantenuta nel corso degli anni sino ad oggi, ha consentito la predisposizione di una banca dati con contenuti certificati, condivisi e continuamente aggiornati da ogni ente, con caratteristiche di performance superiori ai normali prodotti commerciali attualmente disponibili sul mercato.

Nel 2014, anche grazie agli investimenti effettuati su questa piattaforma, che ha permesso agli operatori 118 di affidarsi non più alla difficile conoscenza mnemonica del territorio ma ad informazioni strutturate e sicure è stato completato il progetto di unificazione attraverso la realizzazione di 3 centrali di area omogenea con modalità operative ed informatiche strettamente interconnesse tra loro:

- **Emilia Ovest:** bacino di utenza di 1,3 milioni di abitanti, è collocata all'interno dell'AOU di Parma e ha competenza sui territori e sulla popolazione delle Aziende USL di Piacenza, Parma e Reggio Emilia
- **Emilia Est:** bacino di utenza di 2 milioni di abitanti, è collocata all'interno dell'Azienda USL di Bologna e ha competenza sui territori e sulla popolazione delle Aziende USL di Modena, Bologna, Imola e Ferrara
- **Romagna:** bacino di utenza di 1,2 milioni di abitanti, è collocata a Ravenna all'interno dell'Azienda USL Romagna e ha competenza sui territori e sulla popolazione delle aree provinciali di Ravenna, Forlì - Cesena e Rimini

Questa nuova organizzazione ha permesso di **eliminare il fenomeno dei tempi di risposta lunghi** o dell'abbandono della chiamata da parte dell'utente che si verificavano in passato nelle centrali 118 provinciali, caratterizzate dalla presenza di pochi operatori, che in frequenti occasioni non potevano rispondere alle richieste 118 in ingresso in quanto già impegnati nella ricezione/gestione di altri eventi.

È stato inoltre possibile **aumentare le capacità di risposta anche durante i picchi di telefonate riducendo contemporaneamente i tempi di migrazione delle funzionalità informatiche ad altra centrale operativa regionale in caso di fault del sistema**. Gli operatori, attraverso un idoneo programma di formazione continua, sono in grado di svolgere la propria attività in ognuna delle tre centrali operative regionali rendendole, di fatto, un unico ambiente virtuale.

## 1.2 Le tecnologie

Il modello organizzativo adottato all'interno delle sale, suddiviso in area di ricezione e gestione delle richieste, **permette in ogni momento di dedicare uno o più operatori al mantenimento del contatto telefonico con l'utente al fine di impartire istruzioni per l'esecuzione di manovre salvavita** prima dell'arrivo dei mezzi di soccorso, in particolare legate alla rianimazione cardiopolmonare (RCP) di base e all'uso del defibrillatore semiautomatico (DAE) contribuendo così al miglioramento della prognosi delle vittime di arresto cardiocircolatorio (ACC). Una ulteriore evoluzione in questo campo è stata introdotta nel 2017 con **l'app DAE RespondER**, applicazione regionale che ha lo scopo di integrare fattivamente tutti i DAE territoriali nella rete 118. Gli iscritti al 30/1/2023 sono 14.196 iscritti mentre i DAE registrati sono 7.244. Questa modalità nel periodo 1/1/2022 - 31/12/2022 ha consentito di inviare 3.377 notifiche e in 375 occasioni un soccorritore DAE RespondER è giunto sul posto (17 volte prima del 118) contribuendo al salvataggio di 5 persone.

**L'unificazione delle centrali 118 ha permesso di implementare**, con fasi veloci e successive, **i sistemi di telecomunicazione e telemedicina basati su piattaforme evolute** che hanno l'obiettivo di rendere disponibile un servizio sempre più efficiente ed efficace ai cittadini in difficoltà, permettendo a tutti gli attori del servizio di emergenza di interagire tra di loro e di avvalersi di ulteriori strumenti operativi. Ogni nuovo elemento che entra a fare parte del sistema è progettato e configurato in modo da integrarsi con l'architettura di sistema esistente, per essere fruibile automaticamente laddove serve. L'integrazione dei dati è completata dai flussi informativi da e verso gli elettromedicali e i computer di bordo dei mezzi di soccorso. L'operatore di centrale conosce in tempo reale la posizione, la velocità e lo stato di tutti i mezzi di soccorso sul territorio e interagisce con i diversi supporti utilizzando un'unica consolle di comando.

A questo scenario negli ultimi anni si è aggiunta una nuova frontiera: grazie agli investimenti effettuati sulle infrastrutture del network di comunicazione ed alla disponibilità di nuove tecnologie oggi la Regione Emilia-Romagna, tra le prime in Italia, nella pratica quotidiana ha consolidato l'uso della **trasmissione delle immagini direttamente dagli smartphone** degli utenti che chiamano il 118. Ciò consente un livello di valutazione più approfondito e rapido dello stato del paziente, di migliorare il supporto fornito agli astanti nelle operazioni di primo soccorso in attesa dell'arrivo dei mezzi 118 e, anche durante le ulteriori fasi del soccorso, di inviare in *real time* immagini ad elevata valenza sanitaria in qualsiasi punto della rete di emergenza consentendo quindi di condividere informazioni preziose che permettono, ad esempio, di eseguire teleconsulti specialistici (es. neurologo) ed anticipare gli interventi.

**Un ulteriore e innovativo passo in avanti** è stato compiuto grazie alla installazione, già su oltre 40 mezzi della flotta, di **un sistema di trasmissione immagini che permette di utilizzare più operatori telefonici contemporaneamente, aggregandone le relative bande**. Ciò consente, anche da aree in cui il segnale è

**scarso, di inviare immagini live in alta definizione** da 4 telecamere (tre collocate nel vano sanitario ed una esterna) a qualsiasi punto della rete (altri mezzi di soccorso, centrale 118, pronto soccorso, reparti specialistici).

Il personale medico e infermieristico può inoltre **verificare in tempo reale attraverso sistemi dedicati (es. monitor multi-parametrico** dotato di modulo trasmissione dati) tutte le attività erogate e lo stato di avanzamento del processo di cura dell'assistito. Oltre a ciò, è disponibile, in alcune aree, una scheda di missione integrata con gli elettromedicali di bordo che permette la condivisione di ulteriori informazioni (scheda missione).

Sulla base di queste esperienze è in atto **un'ulteriore evoluzione del sistema gestionale per giungere alla tracciabilità completa del percorso clinico assistenziale** seguito dal paziente sia nella parte extra che intra ospedaliera.

### 1.3 Il personale delle centrali operative

Il personale attualmente presente all'interno delle centrali operative è composto da:

- Dirigenti medici e infermieristici entrambi dotati di autonomia tecnico professionale ed organizzativa che, nel rispetto dei singoli ruoli, sono responsabili degli standard prestazionali definiti dalla Regione, della pianificazione delle attività, del coordinamento dei mezzi e del personale, dei percorsi formativi, delle procedure operative, delle funzioni di risk management, del controllo delle tecnologie e degli strumenti di comunicazione, della gestione dell'interfaccia con le emergenze territoriali e delle altre strutture regionali ed extra regionali coinvolte nell'emergenza, della rispondenza dei punti previsti dall'accreditamento, della definizione e applicazione dei piani di maxi emergenza, del coordinamento delle manifestazioni di massa
- Coordinatori infermieristici responsabili della gestione del personale, degli aspetti organizzativi e tecnologici, del rapporto con gli utenti esterni e interni, della produzione di documentazione sanitaria inerenti particolari eventi, della gestione dei trasporti sanitari complessi, del rapporto con la stampa per eventi di particolare rilevanza, delle attività di monitoraggio e performance
- Infermieri con funzioni specialistiche esperti di sistemi gestionali cartografici e reti radio
- Infermieri di sala emergenza dedicati alla funzione di ricezione e gestione delle chiamate nonché al coordinamento delle missioni dell'elisoccorso
- Operatori tecnici con l'incarico di prima processazione della chiamata (filtro telefonico)
- Ingegneri con il compito di governo delle tecnologie

### 1.4 L'elisoccorso

L'inizio dell'attività di soccorso diurno con gli elicotteri risale al 1986, quando venne attivata a Bologna la prima base di elisoccorso regionale, cui fecero seguito l'apertura della base di Ravenna (1987) e di Parma (1988). Nel 2000 si è aggiunta quella di Pavullo nel Frignano (Modena), caratterizzata dalla presenza di un elicottero dotato di verricello e di personale, oltre a quello sanitario, appartenente al Soccorso alpino.

L'unificazione delle centrali operative ha permesso di sviluppare una maggiore integrazione del servizio di elisoccorso con i mezzi a terra permettendo un utilizzo più intenso dell'eliambulanza, non solo per garantire le fasi di primo soccorso ma anche per accelerare il trasporto dei pazienti affetti da patologie tempo dipendenti ai centri Hub. Si è quindi passati

da **88.162' di volo nel 2013** a 130.997' di volo nel 2019, 108.166' nel 2020 (anno caratterizzato dalla pandemia Covid-19), ai **117.988' nel 2022**. Ciò è stato possibile anche in relazione all'**estensione dell'operatività H24 della base di Bologna**, avvenuta nel 2017.

L'avvio di questa nuova modalità ha coinciso con la realizzazione delle prime 17 aree idonee al decollo e all'atterraggio notturno degli elicotteri: ciò ha consentito di qualificare ancora di più il sistema di intervento per l'emergenza/urgenza, soprattutto a favore dei cittadini che vivono nelle località più decentrate e in montagna. Successivamente a questa prima fase, sono stati realizzati oltre 283 punti di atterraggio sull'intero territorio e **da 18 mesi è possibile atterrare anche in aree non illuminate e non ricognite** precedentemente dagli equipaggi, permettendo quindi il l'effettuazione del soccorso anche in zone precedentemente non raggiungibili.

Inoltre, sono oggi a disposizione **elicotteri di nuova generazione più veloci dei precedenti, dotati di maggiore autonomia e in grado di trasportare un carico utile più elevato**. Ciò rappresenta un avanzamento significativo del servizio, che colloca la **Regione Emilia-Romagna ai primi posti nel panorama italiano per capacità operativa, con potenzialità di incidere in maniera rilevante nelle modalità di effettuazione dei servizi nell'intera rete dell'emergenza-urgenza**. Nella Fig. 1 sono riportate le rotte degli interventi diurni (azzurri) e notturni (blu) effettuati nel corso del 2022. Rispetto all'anno 2021 i servizi durante la fascia notturna sono passati da 153 a 438 (+280%). I servizi complessivi hanno registrato un incremento del 19% (2437 anno 2021 – 2997 anno 2022).

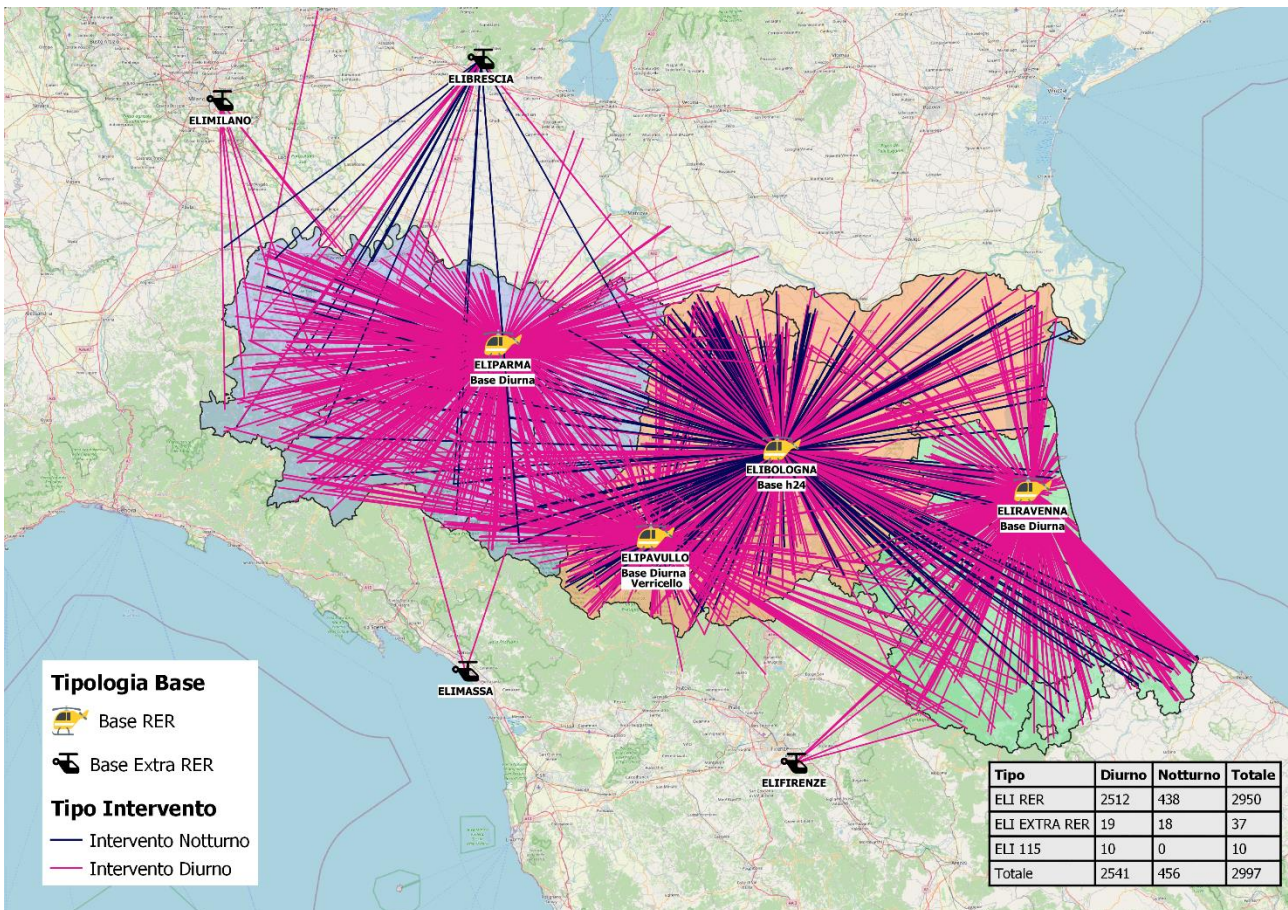


Fig. 1 Interventi elisoccorso – Rotta postazione – evento



## 2 L'emergenza territoriale

**La struttura di Soccorso/Trasporto Infermi in emergenza-urgenza è presente in ognuna delle Aziende USL e opera in stretto coordinamento con la Centrale 118 di riferimento territoriale.** I mezzi e gli operatori possono appartenere ad Aziende sanitarie, ad Enti, ad Associazioni private o al volontariato. Le postazioni territoriali del 118, sede di sosta e di partenza delle Unità Operative Mobili, sono localizzate presso specifiche strutture poste all'interno di complessi ospedalieri, strutture territoriali delle Aziende sanitarie, sedi di Associazioni di volontariato, della Croce Rossa Italiana o di privati.

Il personale attualmente presente nelle emergenze territoriali è composto da:

- Dirigenti medici e infermieristici responsabili dell'emergenza territoriale, che svolgono un ruolo di snodo per il raccordo sul territorio di competenza tra gli enti che forniscono i mezzi, gli equipaggi di soccorso e i responsabili della centrale operativa di area omogenea. Nel rispetto dei singoli ruoli sono responsabili della rispondenza dei requisiti previsti dall'accreditamento regionale, dalla pianificazione delle attività, del personale assegnato, del monitoraggio dei percorsi formativi e più in generale del governo clinico dell'emergenza territoriale. Sono inoltre responsabili, se presente, delle centrali trasporti inter-ospedalieri
- Coordinatori infermieristici responsabili della gestione del personale, degli aspetti organizzativi e tecnologici, del rapporto con gli utenti esterni e interni, della produzione di documentazione sanitaria inerenti particolari eventi, della gestione dei trasporti sanitari complessi, del rapporto con la stampa per eventi di particolare rilevanza, delle attività di monitoraggio e performance
- Medici SSR e Medici di emergenza territoriale (MET)
- Infermieri SSR e dipendenti di Enti convenzionati con le Aziende Sanitarie per l'emergenza urgenza. Questi professionisti possono svolgere attività esclusiva sui mezzi di soccorso o integrata con i dipartimenti di emergenza urgenza
- Personale tecnico dipendente SSR o di Enti convenzionati con le Aziende Sanitarie addetti alla guida dei mezzi ed al ruolo di soccorritore
- Personale volontario addetto alla guida dei mezzi ed al ruolo di soccorritore

Il servizio territoriale di emergenza-urgenza prevede, secondo il Decreto ministeriale 17/12/2008 "*Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza*", aggiornato al luglio 2020 (Disciplinare tecnico - Punto 2.7 Tracciato 2 – 118 (Intervento)-Definizione Campi), la presenza delle seguenti tipologie di automezzi, con il relativo personale a bordo:

- Mezzo di soccorso di base: soccorritore
- Mezzo di soccorso avanzato: infermiere
- Mezzo di soccorso avanzato: medico
- Mezzo di soccorso avanzato: medico e infermiere
- Auto: infermiere
- Auto: medico
- Auto: medico e infermiere
- Elicottero: medico e infermiere

La Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, con nota DGPROGS n° 0016735 del 29/05/2017 indirizzata alla Regione Emilia-Romagna, in merito alla richiesta di interpretazione autentica sui punti 9.1.1. e 9.1.3 dell'allegato 1 al DM n. 70/2015, ha specificato che:

- Il DM 70/2015 è descrittivo delle risorse a disposizione delle Centrali Operative 118 e non individua analiticamente le tipologie di mezzi di soccorso
- Lo standard riportato di un mezzo di soccorso avanzato (MSA) ogni 60.000 abitanti fa riferimento alla norma di settore, il Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008, che definisce le tipologie di mezzi di soccorso
- Rispetto a tale quadro di riferimento le Regioni, sulla base delle proprie modalità organizzative, definiscono il numero e la tipologia del mezzo di soccorso avanzato, di cui con medico o con infermiere o con entrambi i professionisti

Oltre a questi mezzi, esclusivamente deputati al servizio di emergenza ed urgenza, anche le ambulanze che svolgono attività non urgente (di norma appartenenti a soggetti convenzionati) possono essere utilizzate, se necessario, per integrare le attività di emergenza. Questa integrazione tra le due flotte consente di fronteggiare rapidamente situazioni di particolare gravità o complessità (maxi-emergenze, terremoti, ecc.).

### 3 I dati 118

#### 3.1 Gli interventi di emergenza

Le chiamate giunte su linee 118 nell'anno 2022 sono state 784.110 (+7% rispetto al 2021) ed hanno generato 489.269 (+ 4% rispetto al 2021) interventi con un **numero medio di contatti** anno con l'utente, **per ognuno dei 162 infermieri** impegnati con turnazione tra CO e territorio nelle 3 centrali operative, **pari a 3.000**. Nel processo di ricezione della chiamata (triage telefonico), le criticità maggiori si verificano quando vengono assegnati codici di priorità inferiori (= sottostima) rispetto alle condizioni del paziente. Una valutazione di sottostima può determinare ritardi nell'accesso al sistema di emergenza e ai trattamenti. L'algoritmo di suggerimento del codice colore è strutturato per sovrastimare la situazione di emergenza a maggior tutela della condizione dell'infortunato chiamante. Il professionista ha comunque la possibilità in ogni situazione di variare il codice colore suggerito stante condizioni di contesto di cui può venire a conoscenza durante l'intervento. Nel grafico 1 la percentuale del codice di gravità di invio dei mezzi. Le persone soccorse nello stesso anno sono state 489.269. Nel grafico 2 sono riportate le percentuali di gravità riscontrata da cui si evince la capacità del sistema di operare con un grado maggiore di sicurezza sovrastimando gli eventi per accelerare la presa in carico e ridurre l'intervallo libero da terapia.

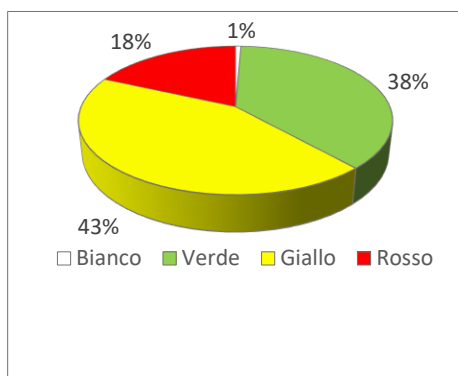


Grafico. 1 Emergenze RER % Codici di Invio – gravità presunta (anno 2022)

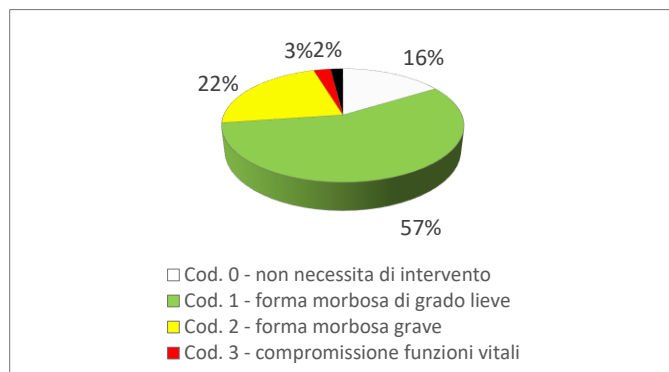


Grafico. 2 Emergenze RER % Codici di rientro – gravità riscontrata (anno 2022)

### 3.2 La flotta

Il 118 ha saputo cogliere l'opportunità di **integrare le preziose risorse messe a disposizione dalle varie associazioni di volontariato nella rete dei professionisti** permettendo, quindi, di realizzare un sistema di risposta altamente efficiente, in grado di affrontare la quotidianità dei servizi, le maxi-emergenze e le catastrofi. Al fine di rappresentare il modello organizzativo e gli ambiti di intervento, nelle figure 2, 3, 4 sono riportate le rotte dalla postazione al target relative agli interventi dell'anno 2022, suddivise per tipologia di risorsa utilizzata (base, infermieristica o medica) e per ente di proprietà/gestione del mezzo.

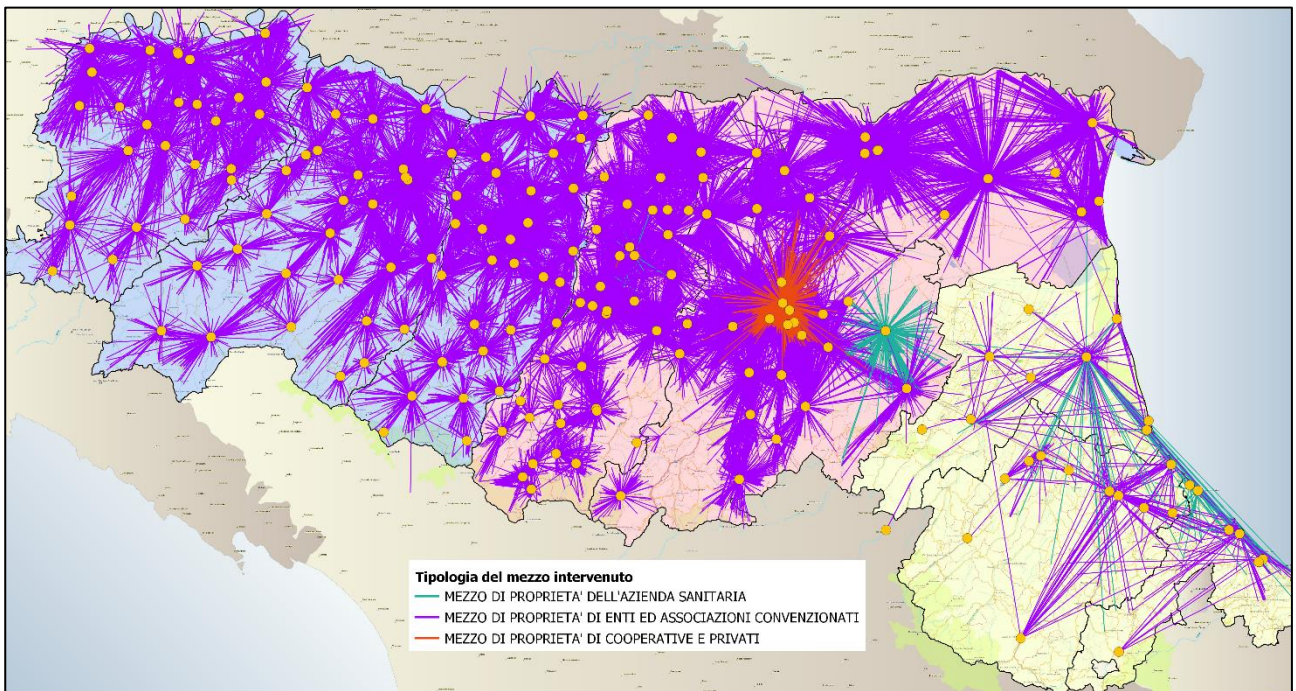


Fig. 2 Interventi mezzi di soccorso di base – Rotta postazione – evento

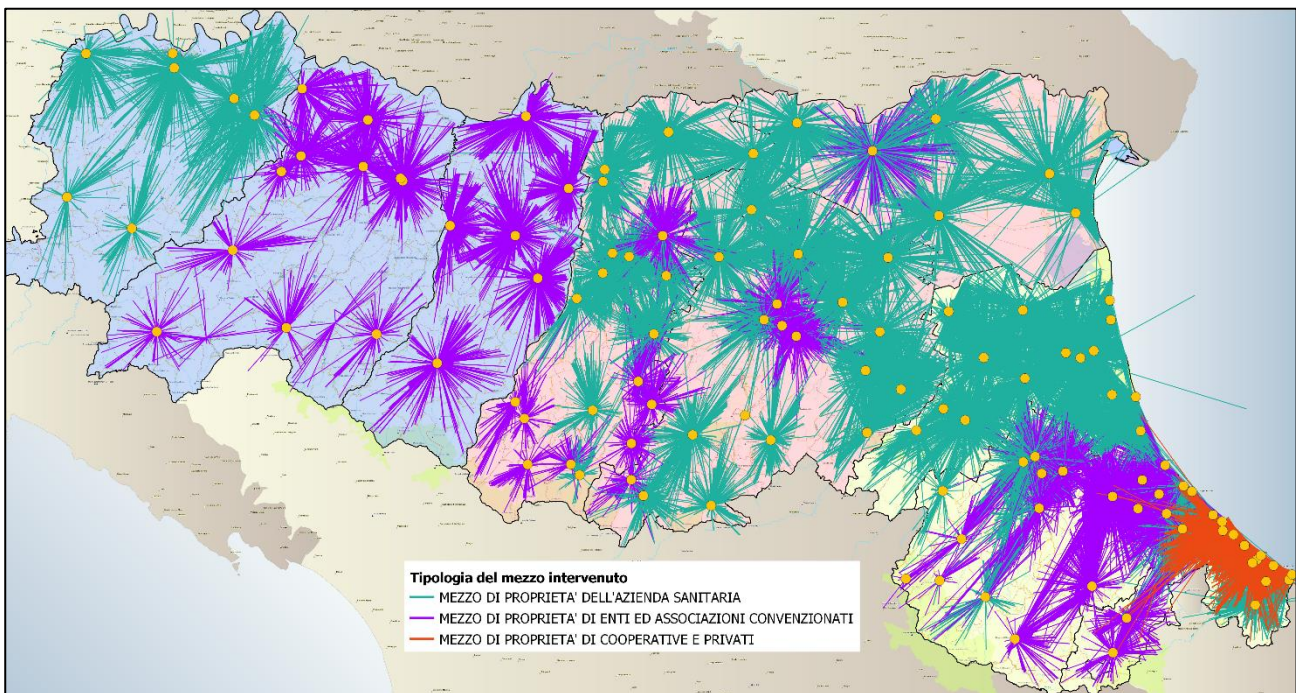


Fig. 3 Interventi mezzi di soccorso MSA a leadership infermieristica – Rotta postazione – evento

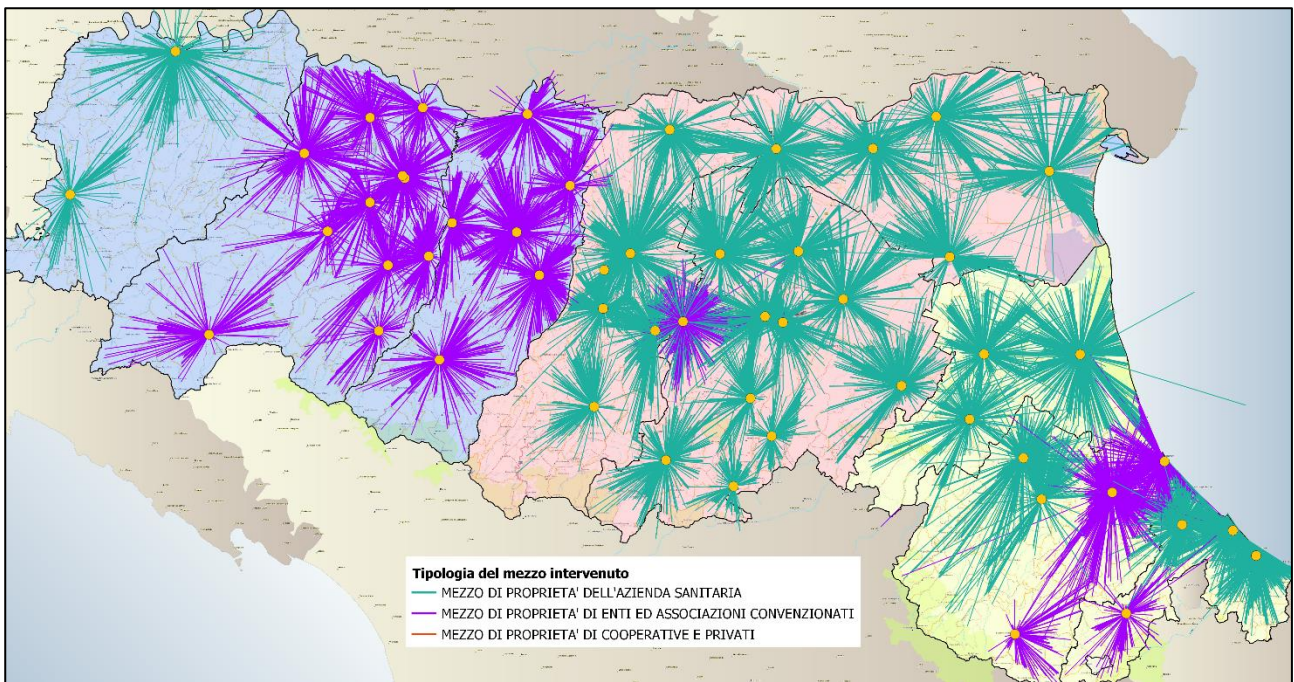


Fig. 4 Interventi mezzi di soccorso MSA a leadership medica – Rotta postazione – evento

Di seguito il numero di mezzi di soccorso a disposizione del 118 suddivisi per tipologia (secondo flusso dati EMUR-NSIS) e province (Tab.1) e il rapporto mezzi/popolazione (Tab. 2).

Mezzi su gomma Full Time Equivalent (h24) per Centrale Operativa 118				
	EMILIA OVEST	EMILIA EST	ROMAGNA	Totale RER
Mezzo di soccorso di base	77,7	42,2	0,0	<b>119,9</b>
Mezzo di soccorso avanzato a leadership infermieristica	15,5	45,0	43,5	<b>104,1</b>
Mezzo di soccorso avanzato a leadership medica	15,1	21,0	9,0	<b>45,1</b>
<b>Totale mezzi di soccorso avanzati</b>	<b>30,6</b>	<b>66,0</b>	<b>52,5</b>	<b>149,1</b>
<b>Totale mezzi di soccorso</b>	<b>108,3</b>	<b>108,2</b>	<b>52,5</b>	<b>269,1</b>

Tab. 1 Suddivisione mezzi di soccorso per capacità assistenziale e provincia (agg. febbraio 2023)

Rapporti mezzi / popolazione				
	EMILIA OVEST	EMILIA EST	ROMAGNA	Totale RER
Mezzo di soccorso di base	16.339	48.757	-	<b>37.105</b>
Mezzo di soccorso avanzato a leadership infermieristica	81.705	45.743	25.784	<b>42.770</b>
Mezzo di soccorso avanzato a leadership medica	84.147	98.043	124.621	<b>98.698</b>
<b>Totale mezzi di soccorso avanzati</b>	41.454	31.191	21.364	<b>29.839</b>
<b>Totale mezzi di soccorso</b>	<b>11.720</b>	<b>19.022</b>	<b>21.364</b>	<b>16.539</b>

Tab. 2 Rapporto mezzi/popolazione per tipologia mezzo di soccorso e provincia (agg. febbraio 2023)

La Regione Emilia-Romagna dispone di 1 MSA/29.839 abitanti, rispetto a un parametro nazionale, previsto dalla classificazione del DM 70/2015, di n. 1 MSA/60.000 abitanti.

### 3.3 I trattamenti avanzati

La tempestività, l'integrazione e l'interazione professionale, il lavoro coordinato dei team sanitari sia del setting preospedaliero che dell'intraospedaliero costituiscono i cardini del trattamento in emergenza delle patologie tempo-dipendenti e delle condizioni cliniche di criticità, con un miglioramento significativo dell'outcome dei pazienti.

La modulabilità del sistema integrato di risposta risulta fondamentale per garantire equità e ottimizzare la probabilità di sopravvivenza del paziente.

**L'obiettivo è quello di assicurare una risposta sanitaria adeguata al cittadino colto improvvisamente da patologia a carattere rapidamente evolutivo o da condizione gravemente critica e a rischio immediato per la vita, tale da richiedere un intervento sanitario immediato nella fase preospedaliera con manovre salva/vita da parte del personale sanitario.**

**Nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali il personale sanitario medico e infermieristico afferente alla rete agisce in team nel rispetto dei protocolli e delle procedure concordate.**

Nel corso degli anni, per garantire questi livelli prestazionali, sono stati effettuati **investimenti volti all'acquisizione di nuovi e aggiornati dispositivi sanitari** e alla **implementazione delle conoscenze e della capacità del personale**. In particolare, per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, è stata posta particolare attenzione **alla formazione** attraverso le **tecniche della simulazione**, anche con **l'utilizzo di manichini ad alta fedeltà** e all'applicazione delle metodologie **Crisis Resource Management (CRM)** che consentono di acquisire competenze per operare in team in ambienti complessi ed in condizioni di stress.

Oggi i trattamenti più avanzati riguardano:

- L'assistenza ai traumi gravi con l'**utilizzo del pallone aortico (REBOA)** in caso di shock emorragico grave per la gestione temporanea di emorragie in sedi non controllabili con le tecniche convenzionali disponibili in extraospedaliero (es. pelvi/retroperitoneo, arti inferiori in sede giunzionale o emorragie intraperitoneali) e come ponte per terapie definitive disponibili in ospedale (chirurgia, radiologia interventistica)
- L'utilizzo della **trasfusione preospedaliera** con l'utilizzo di emazie concentrate e altri fattori della coagulazione per la correzione precoce dell'anemia, dell'ipoperfusione e dei disturbi della coagulazione che si instaurano fin dalle prime fasi dello shock emorragico in particolare di natura traumatica (Traumatic Induced Coagulopathy)
- L'integrazione di metodiche di RCP avanzata nei casi "particolari" di ACC preospedaliero da cause "potenzialmente reversibili" refrattario alle manovre rianimatorie standard, con l'utilizzo di compressori meccanici, REBOA sulla scena e trasporto con RCP "on-going" nei centri Hub capaci di attivare **tecniche avanzate di supporto extravascolare (ECLS - Extracorporeal Life Support)** con utilizzo di ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation) e rivascolarizzazione precoce in Emodinamica
- Supporto in sede da parte di equipe con maggiori skill (es. elisoccorso con medico rianimatore) nei **casi di difficile gestione delle vie aeree** e ventilazione in situazioni in cui il rapido trasporto in ospedale non è effettuabile senza ragionevole certezza di danno anossico-ipossico cerebrale
- Trattamento e gestione di tutte le **patologie tempo-dipendenti che prevedono la centralizzazione diretta e l'interazione diretta con gli specialisti** che prenderanno incarico il paziente (es. Stroke, centralizzazione anche con strumenti di video chiamata).
- Possibilità di **interazione e coordinamento in teleconsulto** (es. telemedicina, videochiamata) da parte di **equipe specialistica avanzata di equipe infermieristiche per guidare e ottimizzare scelte e percorsi di continuità diagnostica-terapeutica** tra extra-intra-ospedale al fine di ridurre dove possibile l'intervallo libero da terapia.

L'applicazione di queste innovative tecniche e procedure esige un affiatamento dei team multi professionali che operano nel settore preospedaliero ed in quello degli Hub, per rendere gli interventi tempestivi, performanti, inclusivi e multidisciplinari (rianimazione, chirurgia, cardiologia, ecc.). **Viene quindi richiesta, per la sua complessità clinico-organizzativa, una figura medica di riferimento** capace e qualificata in grado di connettere e coordinare i vari punti della rete.

In questo quadro è utile sottolineare che, sulla base della DGR 508/2016, **il personale infermieristico applica i protocolli avanzati**, adottati sulla base dell'art. 10 del DPR 27 marzo 1992, che hanno lo scopo di diminuire il *Therapy free interval* e migliorare l'integrazione e l'interazione professionale.

### 3.4 La centralizzazione

Il sistema sanitario si caratterizza oggi per il sempre più **elevato livello di specializzazione** che necessita però **di attrezzature e tecnologie altamente complesse, competenza teorica e volumi di attività**. Solo pochi centri possono assicurare queste caratteristiche. Per garantire efficacia ed efficienza, i centri altamente specializzati devono essere competitivi nell'ambito della conoscenza e della performance ma non su quello del reclutamento dei pazienti. Questi concetti si trasferiscono in un lavoro di regole di centralizzazione tra le strutture sanitarie coinvolte. **Quando le sindromi e/o le patologie sono tempo dipendenti, il 118 ha un ruolo fondamentale** in quanto, operando su protocollazione, riduce i margini temporali di centralizzazione verso gli ospedali hub di riferimento. Il 118 può quindi essere considerato come il tessuto connettivo che lega i

diversi punti della rete avviando trattamenti avanzati direttamente sul territorio e inviando i pazienti nelle strutture identificate. Di seguito nella fig.5 il trasporto diretto dei 978 pazienti **colpiti da IMA-STEMI** nell'anno 2022 trasportati direttamente in emodinamica con un **tempo di ospedalizzazione** al 75° percentile (dalla richiesta di soccorso all'arrivo in unità operativa) pari a **73'**.

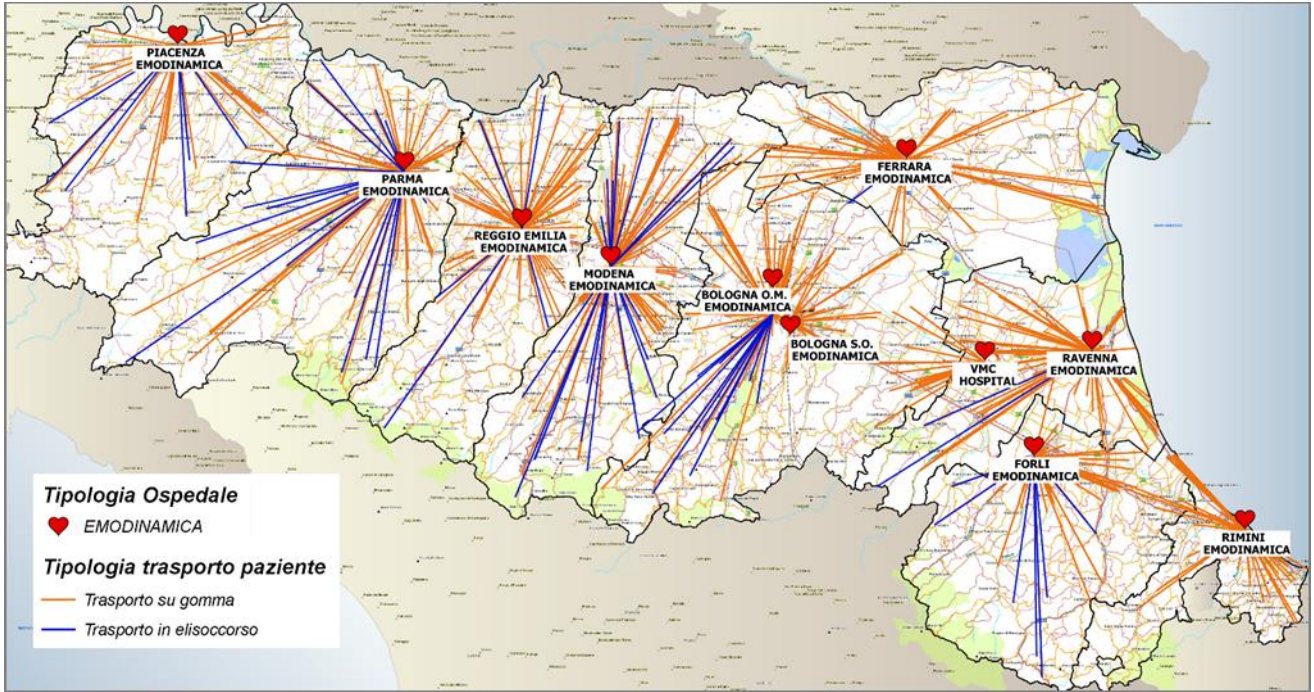


Fig. 5 Rotte evento – ospedale Patologia IMA-STEMI con accesso diretto in emodinamica (anno 2022)

Nella fig.6 il trasporto diretto nei nosocomi sede di stroke unit dei 5.312 pazienti **colpiti da ictus** nell'anno 2022 con un **tempo di ospedalizzazione** al 75° percentile (dalla richiesta di soccorso all'arrivo in pronto soccorso con pre allerta dello stroke team) pari a **66'**.

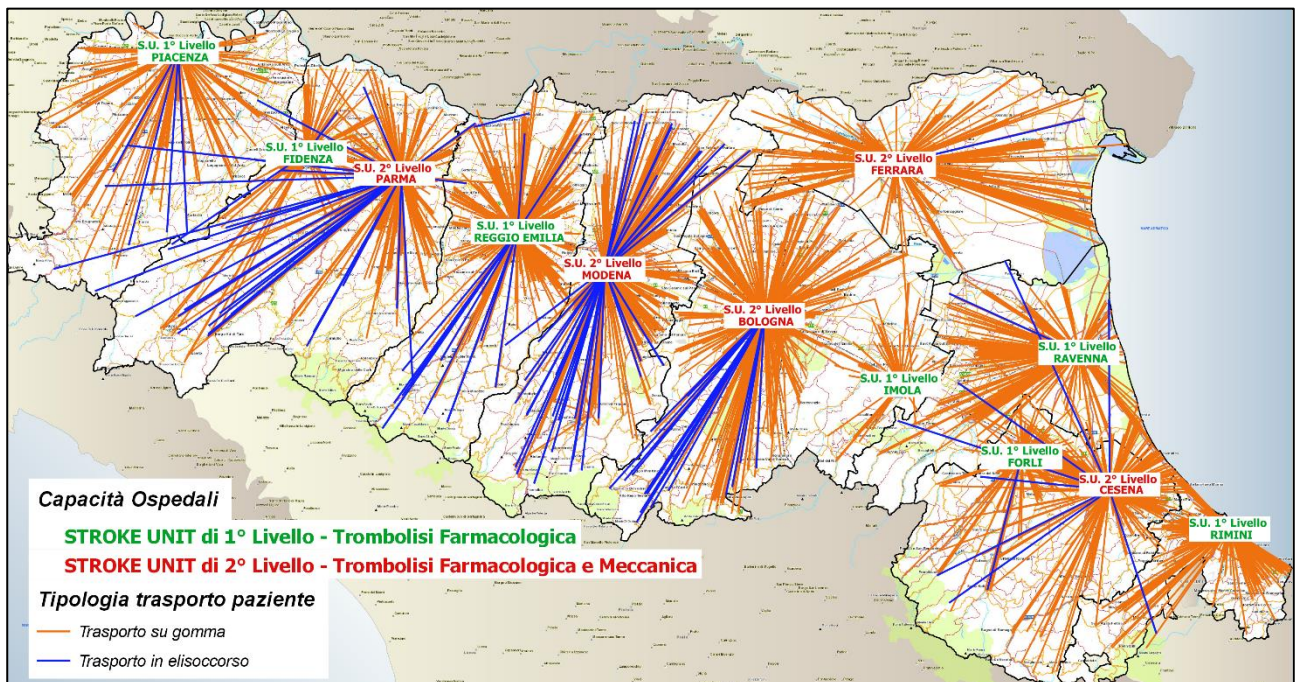


Fig. 6 Rotte evento – ospedale Patologia STROKE con accesso diretto in nosocomio con Stroke Unit (anno 2022)

Nella fig.7 il trasporto dei 1.338 pazienti che hanno subito un **traumatismo grave** con un **tempo di ospedalizzazione** al 75° percentile (dalla richiesta di soccorso all'arrivo in pronto soccorso) pari a **79'**.

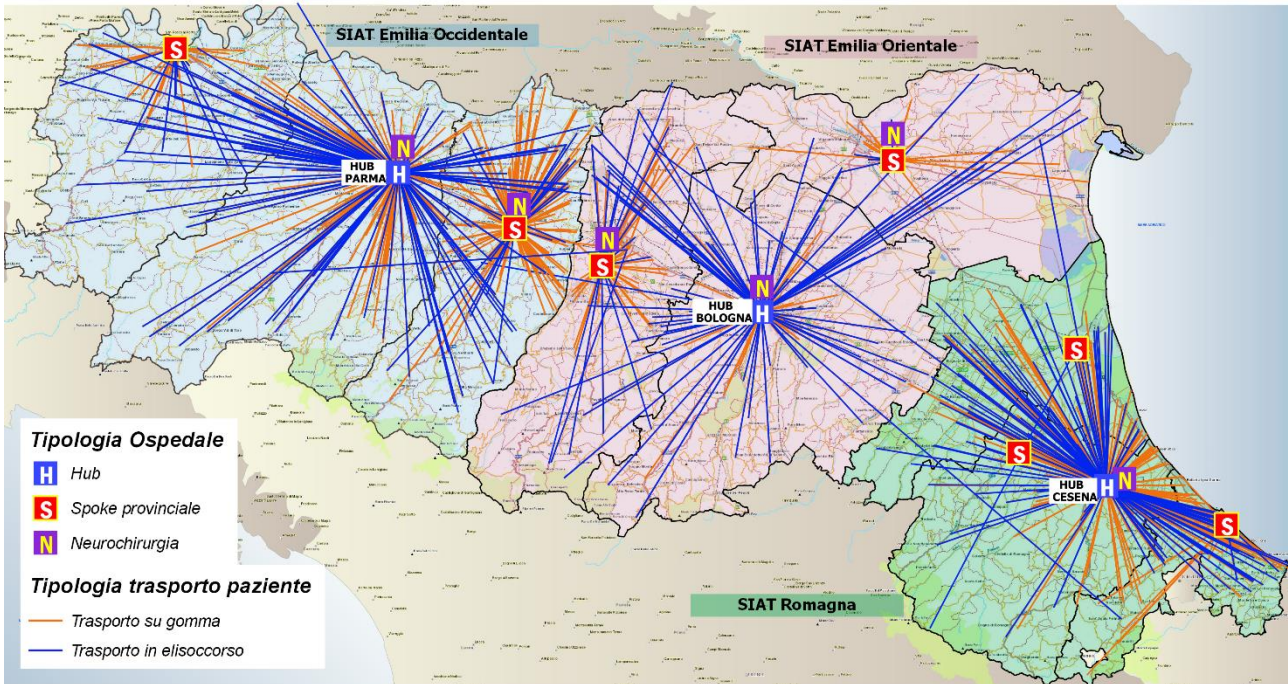


Fig. 7 Rotte evento – ospedale Patologia TRAUMA MAGGIORE (anno 2022)

### 3.5 Rapporto tra il numero di emergenze e dei professionisti

Nel grafico 3 sono riportati gli interventi dei mezzi di soccorso avanzati a leadership medica relativi all'anno 2022 suddivisi per numero medio di interventi/die.

Complessivamente **10 postazioni a leadership medica svolgono meno di 2 interventi giorno**, **10 postazioni hanno valori compresi tra 2 e 3 interventi al giorno**. **32 ne realizzano più di 3**, di queste solo quelle presenti nei principali centri urbani svolgono più di 6 interventi/die.

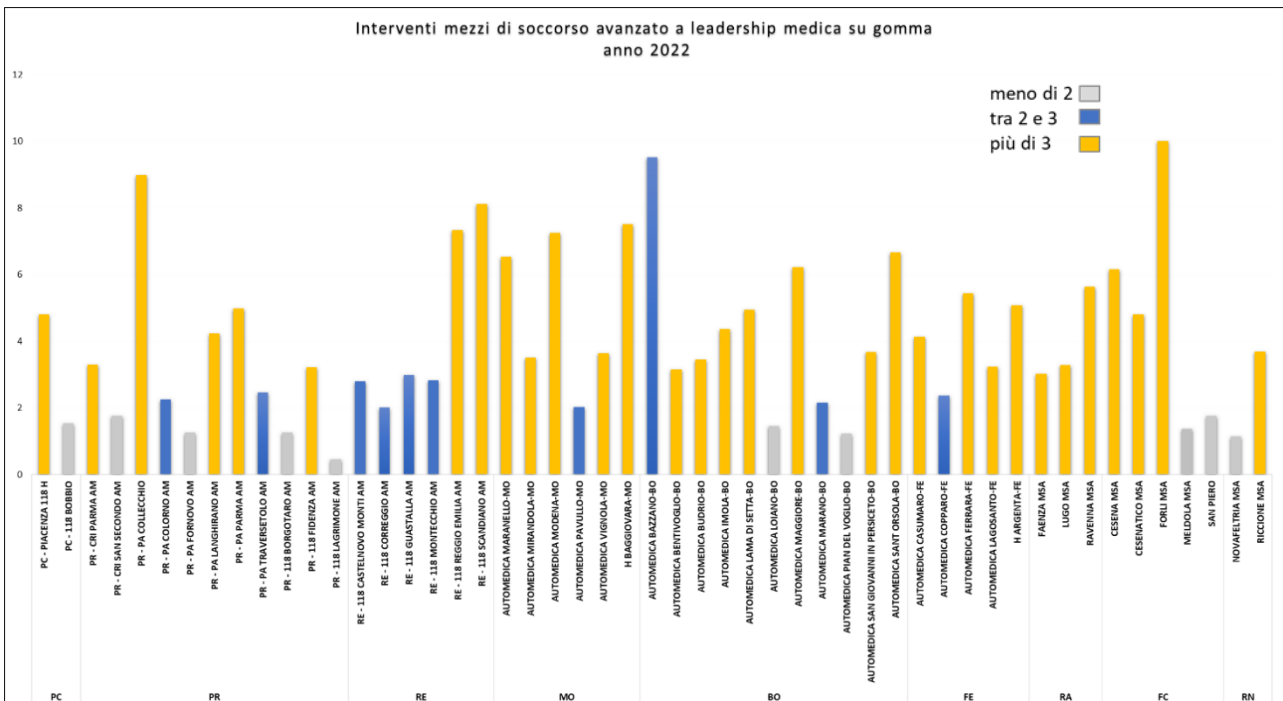




Grafico 3 N° interventi/giorno mezzi di soccorso avanzato su gomma a leadership medica

Su scala regionale nell'anno 2022:

- **Ogni medico** ha svolto mediamente **0.80 interventi al giorno** di cui il 35% classificato come codice 1 (forma morbosa di grado lieve) o codice 0 (non necessità di intervento). La media di interventi è di 15.9 per 1.000 abitanti. Il tempo di soccorso al 75° percentile dei mezzi a leadership medica è di 17'. (Grafico 4);
- **Ogni infermiere** ha svolto mediamente **1.09 interventi al giorno** di cui il 66 % classificato come codice 1 o codice 0. La media di interventi infermieristici è di 50.6 per 1.000 abitanti. Il tempo di soccorso al 75° percentile dei mezzi a leadership infermieristica è di 16'. (Grafico 5).

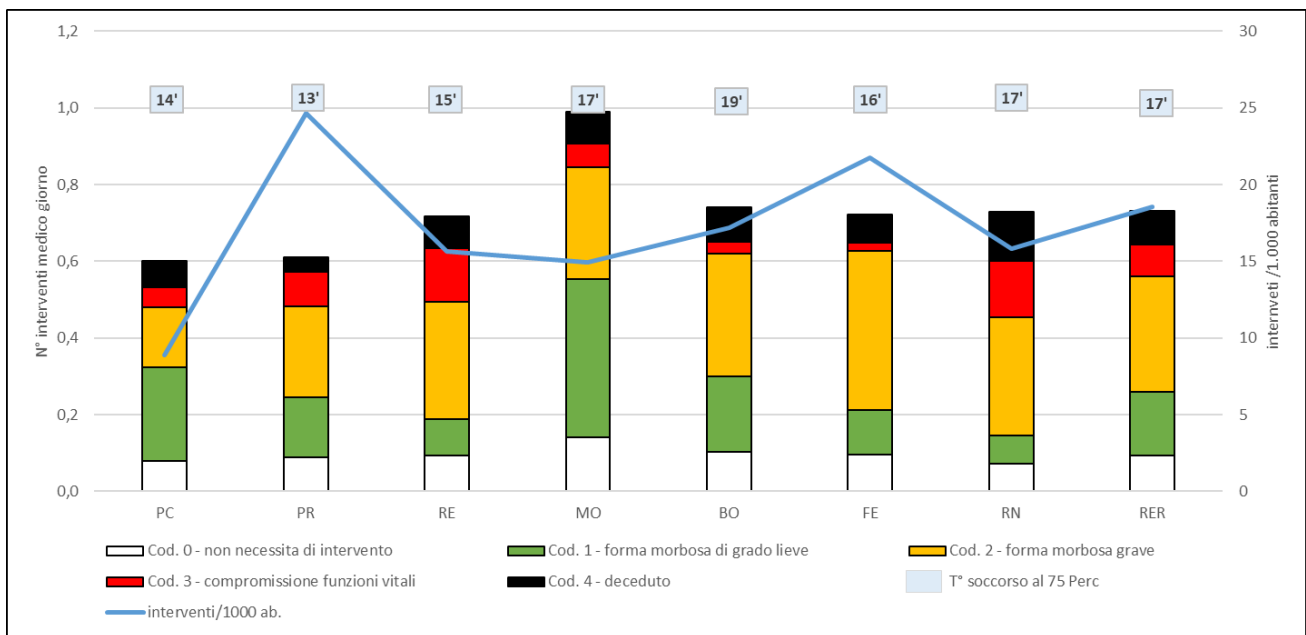


Grafico 4 N° emergenze giorno per medico vs interventi medico /1.000 ab. vs tempo di soccorso mezzi a leadership medica (anno 2022)

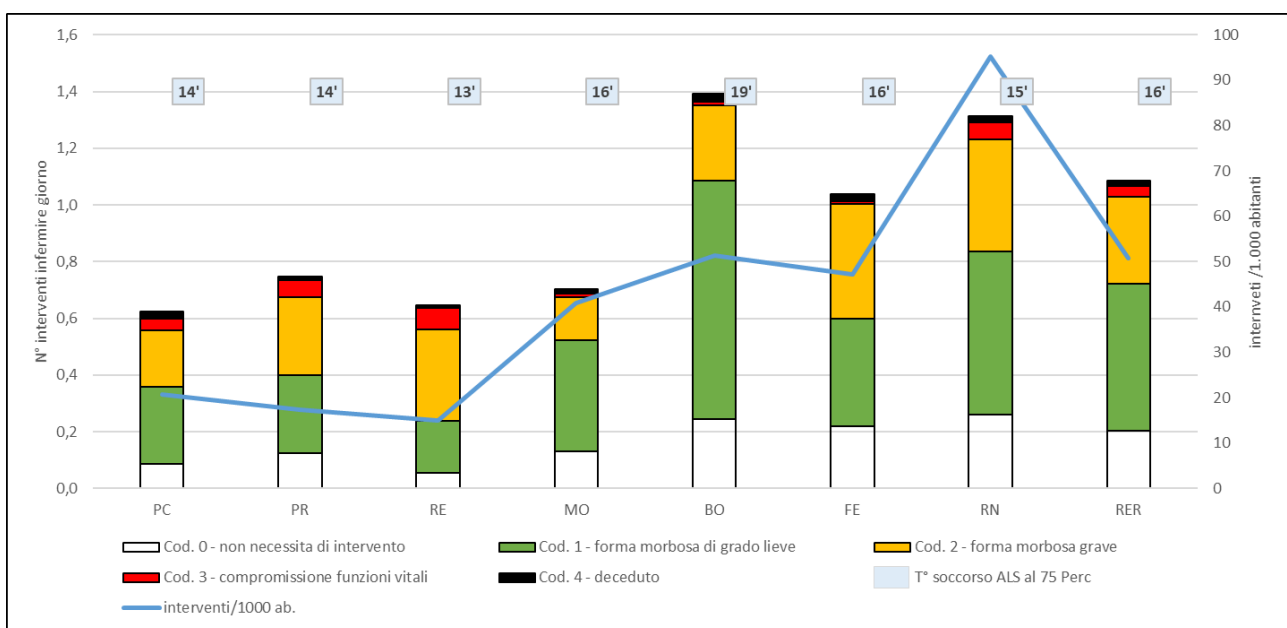


Grafico 5 N° emergenze giorno per infermiere vs interventi infermiere /1.000 ab. vs tempo di soccorso mezzi a leadership infermieristica (anno 2022)

### 3.6 Il benchmark con le altre Regioni

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) costituisce lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed è finalizzato a supportare adeguatamente le Regioni/P.A. e il Ministero della Salute nell'esercizio delle funzioni loro attribuite e, con particolare riferimento al Ministero della Salute, nella sua funzione di garante dell'applicazione uniforme sul territorio nazionale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Nell'ambito dell'attuazione dei flussi informativi con il Decreto ministeriale 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza urgenza", è stata predisposta la banca dati a cui è possibile accedere per visualizzare gli "indicatori di business"<sup>1</sup>. Di seguito il grafico 6 "Intervallo allarme-target", l'indicatore LEA, espresso in minuti, corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata da cui si evince che, a fronte di una media nazionale pari a 22', **la nostra Regione si colloca tra le prime in termini efficienza con un valore di 18'**.



Grafico 6 Intervallo allarme target – distinto per regioni- anno 2021

Sempre dalla stessa fonte dati è possibile osservare la diversità di risposta dei modelli che le regioni hanno adottato nel corso del tempo per garantire il servizio 118. Ciò è stato determinato da diversi fattori, quali cause storiche (ciò che era presente sul territorio prima della attivazione del 118), da scelte dettate da orografia, distribuzione degli abitanti, tipologia di rete ospedaliera. Una analisi effettuata su un campione di convenienza individuato tramite la selezione delle regioni confinanti con l'Emilia Romagna dimostra un differente ricorso alle varie tipologie di mezzi di soccorso su gomma (Grafico 6). Ad esempio, nel 2020, nella nostra Regione sono stati effettuati 7.305 interventi professionalizzati (medico e/o infermiere) su 100.000 abitanti contro 1.030 della Regione Lombardia, 4.887 del Veneto e 3.055 della Toscana.

<sup>1</sup> Min. Salute - Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza – Urgenza (EMUR) - INDICATORI DI BUSINESS EMUR - SISTEMA 118 E PRONTO SOCCORSO - Schede descrittive degli Indicatori per la lettura integrata dei fenomeni sanitari relativamente alle prestazioni erogate nell'ambito dell'Assistenza in Emergenza – Urgenza da parte del Sistema 118 e del Pronto Soccorso (luglio 2011).

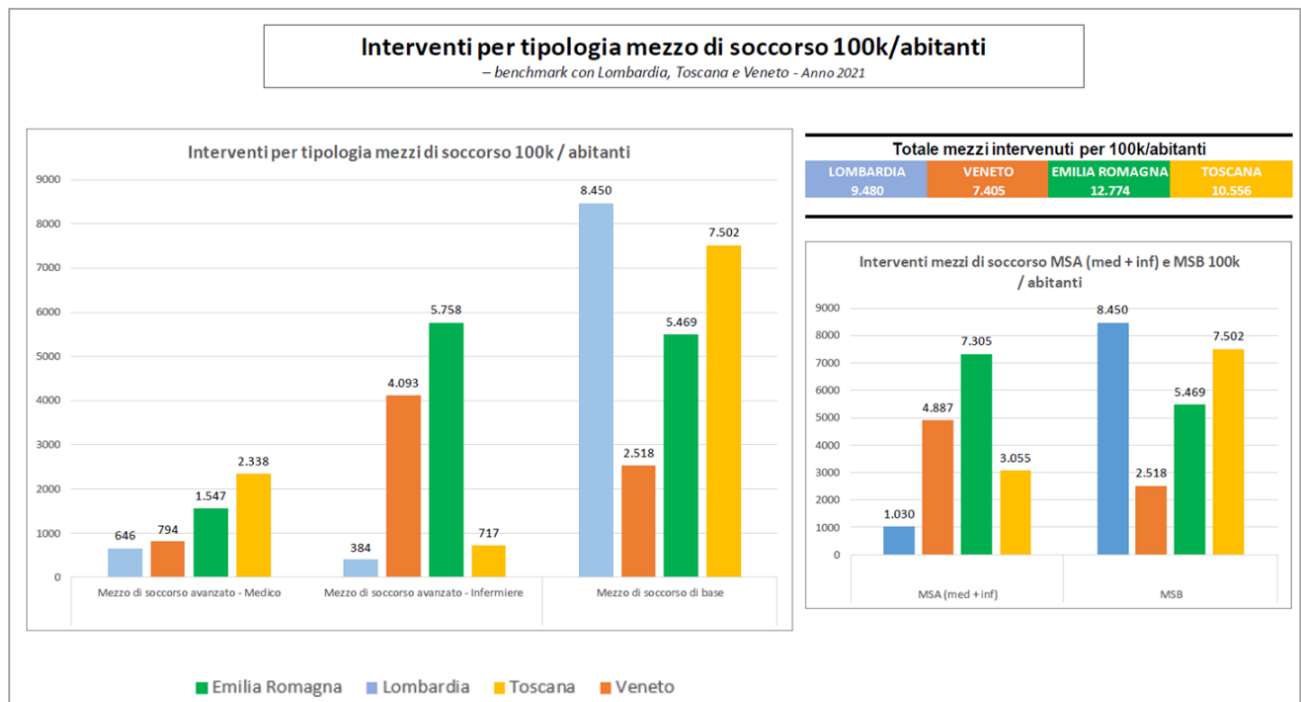


Grafico 7 N° interventi per tipologia mezzo di soccorso 100k/abitanti

Attraverso il Programma Nazionale Esiti (PNE) è possibile valutare la qualità di alcuni percorsi assistenziali, quali ad esempio la *proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni nei casi di IMA- STEMI* e la *mortalità a 30 giorni per infarto miocardico acuto* o per *ictus*. L'attribuzione dell'esito alla struttura di ricovero non implica la valutazione delle performance di quella specifica struttura, ma dell'intero percorso del paziente durante i primi 30 giorni. Tale percorso coinvolge i diversi centri di responsabilità operativi nell'articolazione di una rete integrata territorio-ospedale a partire dai servizi di prima emergenza, che sia in grado di abbattere i tempi di diagnosi e trattamento, avviando il paziente al centro ospedaliero più idoneo a garantire un'offerta assistenziale appropriata. I dati estraibili dal portale PNE relativi a questi 3 indicatori sono sovrapponibili per tutte le Regioni coinvolte nel confronto.

### 3.7 Influenza del COVID-19 sulla rete di emergenza-urgenza

Il 118 della Regione Emilia-Romagna nel corso del tempo ha affrontato numerosi eventi maggiori e situazioni critiche quali ad esempio maxi incidenti autostradali e ferroviari, terremoti, alluvioni e da ultimo la pandemia COVID-19 che ha sottoposto le centrali operative e, più in generale, tutte le strutture sanitarie ad un banco di prova davvero impegnativo. Grazie alle possibilità determinate dalla **virtualizzazione delle centrali operative e dalla capacità degli operatori di ricevere chiamate da qualsiasi punto del territorio regionale** è stato possibile rispondere a tutti gli appelli di soccorso anche nella giornata del 24/2/2020 momento in cui sono giunte circa 8.000 richieste a fronte di una media giornaliera di 2.500.

Le figure 8 e 9 forniscono una panoramica delle chiamate relative alla patologia COVID-19. Fin dalle prime fasi sono state intraprese **azioni di collaborazione ed interfaccia con gli infettivologi, la sanità pubblica, le Unità Mobili Multidisciplinari (UMM) e le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)** per fornire ai cittadini, supporto clinico e per **ridurre al massimo gli accessi impropri ai pronto soccorsi** adattando quindi il modello di risposta ai nuovi bisogni. **I risultati positivi ottenuti dal superamento di questa esperienza indirizzano le organizzazioni sanitarie verso la definizione di percorsi sempre più integrati tra i**

**professionisti**, con l'obiettivo di fornire le necessarie risposte di salute ai cittadini, senza per questo dover utilizzare risorse sanitarie pubbliche in modo improprio.

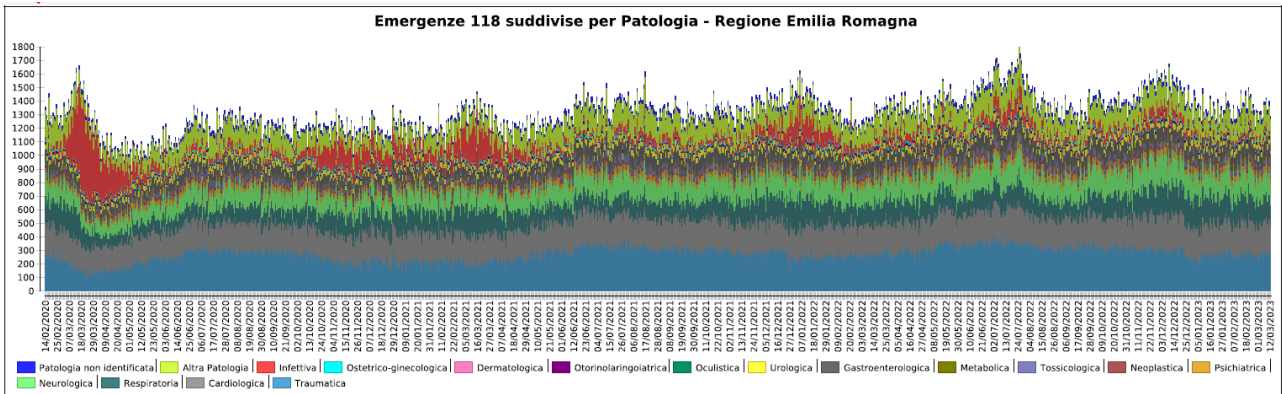


Fig. 8 Emergenze 118 suddivise per patologia (14/2/2020 – 12/3/2023)

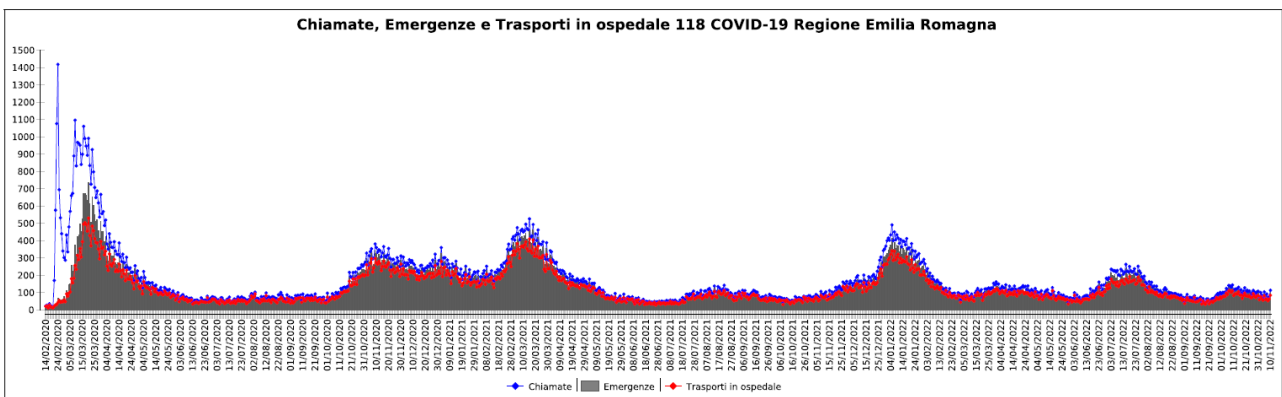


Fig. 9 Chiamate, emergenze e trasporti in ospedale 118 – Patologia Sospetta- COVID-19 (14/2/2020 – 12/3/2023)

## 4 Il Progetto di sviluppo e potenziamento della rete

### 4.1 Il 1° step-up: il medico di centrale operativa 118 con funzione di risposta clinica avanzata

Perché una rete rimanga sempre efficiente ed efficace necessita di un adattamento continuo alle sollecitazioni provenienti dal mondo in cui è inserita. La rete 118 della Regione Emilia-Romagna, fin dalla sua nascita, è stata caratterizzata da un continuo adattamento del proprio modello organizzativo, dalla crescita nell'ambito delle competenze di tutti gli operatori coinvolti e dagli investimenti effettuati nel settore tecnologico.

Il passaggio da una gestione con centrali diffuse a livello provinciale a **una concentrazione in tre poli** ha consentito un **significativo efficientamento organizzativo** superando, spesso, il limite provinciale aziendale e ha rappresentato il presupposto per portare avanti processi di **innovazione tecnologica** che oggi, oltre alle tradizionali comunicazioni radio-telefoniche, consentono di **garantire l'interazione in tempo reale** degli equipaggi di soccorso con tutti i punti della rete (centrale operativa, flotta, pronto soccorso, dipartimento di emergenza, reparti specialistici) attraverso:

- La trasmissione di **immagini live** in alta qualità dalle telecamere di bordo e dagli smartphone
- La **telemedicina** con il trasferimento dati dagli elettromedicali (es. monitor multi parametrici e tracciato ECG)

- La **scheda di missione** che contiene informazioni codificate per la valutazione e il trattamento dell'infortunato

Occorre rilevare, inoltre, l'applicazione consolidata da tempo dei **protocolli infermieristici** che, grazie al continuo impegno rivolto alla formazione profuso da tutti i professionisti della rete, consentono, in un'ottica di cooperazione e collaborazione tra gli stessi, di anticipare i trattamenti sanitari.

Ulteriore elemento di solidità del sistema è rappresentato dal **servizio di elisoccorso**, oggi capace di atterrare e decollare anche nelle ore notturne da aree non illuminate e non precedentemente conosciute. Questa modalità di esecuzione dei servizi permette un più veloce arrivo del mezzo aereo, facilitazioni all'imbarco del paziente ed un più rapido trasporto all'ospedale hub per quella determinata patologia.

Per essere in grado di **garantire i migliori esiti** attesi la configurazione della rete richiede la presenza di nodi caratterizzati da **alti livelli di specializzazione, adeguati volumi di attività - assicurati dalla concentrazione della casistica -, attrezzature con tecnologia di ultima generazione**. Il livello organizzativo raggiunto consente all'intero sistema di emergenza-urgenza ed alle equipe degli ospedali sedi di trattamento, talora situate logisticamente lontane dal luogo dell'evento, di condividere le informazioni e/o immagini video in real time delle condizioni cliniche del paziente quando è ancora in atto il soccorso, permettendo loro, al contrario di quanto accadeva in passato, di essere pronte e preparate ad affrontare la specifica emergenza.

Grazie a questi elementi - *efficienza dell'infrastruttura tecnologica e comunicativa - trattamenti sanitari avanzati effettuati da team di elevata specializzazione - maggiore capacità operativa del servizio di elisoccorso* - è **possibile delineare uno step-up evolutivo** che potenzi ulteriormente la risposta del sistema di emergenza, potenziando la funzione di **medico di centrale operativa 118**, connesso con i mezzi di soccorso e la rete ospedaliera attraverso strumenti di telemedicina (immagini, fonia e dati clinici), in grado di supportare le scelte su quadri clinici critici, fornire indicazioni sull'avvio o sulla sospensione dei trattamenti, validare specifici protocolli o percorsi clinico assistenziali, supportare gli interventi di maxiemergenza, collaborare con le risorse e le equipe dei diversi nodi della rete pre e intraospedaliera e, più in generale, partecipare al governo clinico del sistema di emergenza.

La funzione del Medico Link di Centrale è individuata tra i dirigenti medici dipendenti del SSR con comprovate competenze e continuativa esperienza professionale legate alla pratica clinica sia nel DEA che nell'emergenza territoriale, al fine di garantire un legame esperto e qualificato fra il soccorso preospedaliero ed i setting ospedalieri di afferenza dei pazienti in condizioni critiche e con patologie tempo-dipendenti, in pratica realizzando il link fondamentale tra territorio ed ospedale per garantire i migliori esiti in termini di outcome.

## 4.2 Il 2° step-up: gli ambiti di programmazione

### 4.2.1 Il percorso di riorganizzazione della rete

La tipologia, la quantificazione e la dislocazione delle risorse sanitarie di emergenza territoriale, in particolar modo dei mezzi di soccorso avanzati, devono perseguire obiettivi e logiche di appropriatezza delle risposte ai bisogni di cura tenendo in considerazione la numerosità attesa degli interventi critici, ovvero quelli sui quali le competenze sanitarie avanzate consentono di ottenere i migliori risultati in termini di beneficio per i pazienti.

A tale scopo **occorre attivare un percorso di riorganizzazione della rete per un utilizzo più appropriato delle risorse sia a leadership infermieristica che medica**, in modo particolare all'interno di aree che abbiano le medesime caratteristiche demografiche, epidemiologiche, orografiche. Si identificano quindi i seguenti ambiti:

- Urbano con alto volume di attività e tempi di intervento e di ospedalizzazione ridotti
- Extra urbano con minore volume di attività ma con facilità di accesso a punti della rete e/o a centralizzazione
- Rurale o a bassa densità abitativa, che unisce ai bassi volumi anche la distanza tra i nodi della rete e che necessitano di trasferimento verso hub, con tempi di trasporto lunghi e supporto in itinere anche di funzioni avanzate

In un'ottica di appropriatezza nell'impiego delle risorse professionali e dei soccorritori il medico di centrale operativa consente di:

- verificare l'applicazione delle procedure infermieristiche avanzate
- garantire omogeneità di impiego delle risorse e dell'assistenza durante la fase di soccorso
- individuare l'appropriata destinazione nella rete Ospedaliera Regionale
- sospendere le manovre avanzate per garantire "la dignità della persona"

Su questi presupposti le Aziende Sanitarie definiscono il modello di rete che coniughi il mantenimento dell'*expertise* e delle *skills* del personale sanitario e dei soccorritori, l'assicurazione di percorsi definiti per la formazione e l'aggiornamento, la continuità di lavoro in ambito preospedaliero ed intraospedaliero nelle aree del Dipartimento di emergenza e di terapia intensive, il rispetto dei tempi di intervento previsti nei LEA, garanzia di efficacia del soccorso anche attraverso l'uso appropriato della rete potenziata dell'elisoccorso regionale per il quale è **prevista l'introduzione del verricello e l'estensione ad H24** anche ad altre basi, oltre all'attivazione delle **rotte *Performance Based Navigation (PBN)*** che permettono di operare anche in condizioni di scarsa visibilità.

Ai fini della valutazione del mantenimento delle *skills* occorre documentare l'attività dei professionisti sanitari e garantire la turnazione dell'impiego del personale anche all'interno di DEA di II e I livello, in modo che sia garantita ai professionisti la possibilità di operare con continuità su pazienti critici.

#### 4.2.2 La formazione

Particolare attenzione deve essere rivolta al mantenimento e allo **sviluppo delle *clinical competence specifiche per funzioni e ruoli dei professionisti sanitari*** nell'area emergenza urgenza. Sono pertanto incentivate le iniziative a carattere formativo anche ricorrendo a setting di simulazione avanzata. In tale ottica i progetti formativi, basati sulla *clinical competence*, vanno finalizzati al miglioramento complessivo della performance. In particolare, rappresenta una priorità lo sviluppo di percorsi certificativi della durata di circa 100 ore per l'acquisizione di competenze avanzate infermieristiche riconosciute attraverso un piano formativo regionale, il cui programma, da attuare in maniera uniforme nelle Aziende, sarà definito su proposta del "*Coordinamento regionale per l'emergenza-urgenza ospedaliera e territoriale*", che garantirà la frequenza presso strutture ospedaliere di area emergenza e critica, nelle reti delle patologie tempo dipendenti anche con incontri di aggiornamento annuali commisurati alla numerosità degli interventi svolti nel corso del periodo di monitoraggio.

La regione promuove in collaborazione con le università, l'attivazione, degli atenei, di Corsi di Laurea Magistrale per le professioni infermieristiche ad indirizzo "Emergenza-Urgenza".

Parimenti la stessa attenzione sarà rivolta alla formazione del personale medico garantendo periodi di frequenza nei dipartimenti di emergenza ospedalieri per il mantenimento ed il consolidamento delle conoscenze e skills.

#### 4.2.3 Il volontariato

In questo contesto, considerata la compartecipazione attiva e proattiva del **volontariato nel soccorso sanitario in emergenza, deve essere garantita in modo omogeneo l'integrazione e la formazione dei soccorritori**, tenuto conto dei requisiti dell'accreditamento e della necessità di raggiungere un livello di competenze adeguato e sostenibile, a garanzia della crescita del sistema stesso. A tale scopo viene istituito un **tavolo permanente tra l'Assessorato politiche per la salute e welfare e le rappresentanze regionali delle organizzazioni di volontariato** accreditate e appartenenti alle reti nazionali che svolgono attività di soccorso in emergenza.

#### 4.2.4 Le tecnologie

Per mantenere e migliorare il sistema di emergenza **dal punto di vista tecnologico e organizzativo sono garantite, laddove necessario, ulteriori risorse da investire**, in particolar modo, sui sistemi di connessione tra territorio e rete ospedaliera, condivisione delle informazioni in *real time* e capacità di analisi delle banche dati. **Si stima che sia necessario un investimento di circa € 20.000 per ognuno dei 269 mezzi di soccorso Full Time Equivalent (FTE) della flotta regionale.**

#### 4.2.5 Riorganizzazione del governo delle centrali operative

L'evoluzione della capacità di risposta del servizio di emergenza concentra quindi sulle centrali operative elementi di elevata complessità legati alla stretta sinergia e interazione tra i professionisti, utilizzo di tecnologie avanzate, nuove frontiere di impiego servizio di elisoccorso, interfacce permanenti con enti e stakeholder esterni. Per affrontare questo nuovo scenario e contribuire a garantire al governo dell'intero sistema si prevede di introdurre, all'interno di ogni centrale operativa di area omogenea, unitamente ad incarico di struttura complessa a medico specialista in anestesia-rianimazione o medicina d'emergenza-urgenza la presenza di un professionista con **incarico di struttura complessa** a carattere organizzativo, gestionale e assistenziale, ricoperto da **dirigenti infermieristici** con consolidata esperienza maturata nel settore.

Gli obiettivi assegnati a questo incarico sono indirizzati a: promuovere azioni volte alla qualificazione del sistema nelle diverse linee di attività; favorire l'integrazione con le emergenze territoriali e le strutture ospedaliere; garantire l'applicazione dei protocolli avanzati; valorizzare i professionisti; facilitare i processi organizzativi; curare il monitoraggio degli indicatori di performance in merito alla collocazione, distribuzione e tipologia delle risorse territoriali 118 anche in relazione alle aree comprese nei territori di confine interprovinciali e interregionali; assicurare l'omogeneità operativa attraverso la normalizzazione delle banche dati cartografiche; amministrare e governare i sistemi informatici e di comunicazione presenti in centrale 118 nonché a bordo dei mezzi di soccorso.

#### 4.2.6 Piano di comunicazione e Numero Europeo Armonizzato 116117

In un quadro in cui si assiste ad **un incremento degli accessi da parte dei cittadini alle strutture di pronto soccorso**, determinato frequentemente dalla difficoltà nel ricevere una rapida risposta sanitaria, l'auto presentazione, all'interno degli stessi, riduce la probabilità di successo in termini di esiti favorevoli di cura nelle patologie tempo dipendenti. Ad esempio, una recente analisi della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Min. della Salute relativa al *“Nuovo Sistema di Garanzia – Indicatori di processo e di esito”* ha dimostrato che il **trasporto in ospedale HUB di riferimento, da parte del 118, nei soggetti colpiti da ictus, aumenta sino a 4 volte la probabilità di successo nella risoluzione completa della patologia, rispetto all'autopresentazione.** Risulta pertanto fondamentale attuare un **piano continuo di comunicazione**

**rivolto al cittadino** per informarlo costantemente sulle modalità di contatto con le strutture sanitarie avendo come criterio guida quello di facilitare l'accessibilità ai servizi, in particolar modo a quelli di emergenza urgenza, implementando contemporaneamente le funzioni previste dall'**attivazione del Numero Europeo Armonizzato NEA 116117**, servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale che, altrimenti in questa fase, gravano prevalentemente sul sistema di emergenza territoriale 118 e sulla rete dei pronto soccorsi.

La realizzazione del sistema 116117, all'interno della progettualità PNRR, è elemento prioritario di sviluppo nella risposta sanitaria ai cittadini, assumendo anche grande rilevanza nella creazione di un "polo delle centrali" congiuntamente alla centrale operativa 118.

### 4.3 Il 3° step-up: l'attivazione del NUE 112 in Emilia- Romagna

#### 4.3.1 Il NUE 112 in Italia

L'articolo 26 della Direttiva 2002/22/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 marzo 2002 sul servizio universale in materia di reti e servizi di comunicazione elettronica prevede l'obbligo per gli Stati membri di assicurare l'accesso ai servizi di soccorso digitando il numero «112» da parte di tutti gli utenti finali dei servizi di telefonia. Tale norma non prevede la sostituzione dei cosiddetti "numeri di emergenza nazionali": ogni stato membro è autorizzato ad affiancare i propri numeri con il NUE 112. La citata direttiva è stata recepita a livello nazionale con il Decreto Legislativo 1° agosto 2003, n. 259 (Codice delle Comunicazioni Elettroniche).

La realizzazione del Numero Unico di Emergenza Europeo 112 è in pieno corso e il modello delle Centrali Uniche di Risposta copre circa il 70% della popolazione.

**Il modello organizzativo cui si fa riferimento è quello della Centrale Unica di Risposta (CUR)** realizzato a partire dal 2010 in Provincia di Varese sulla base di un accordo tra Ministero dell'Interno e Regione Lombardia, e progressivamente esteso a tutto il territorio lombardo con l'attivazione di tre CUR: a Varese, Milano e Brescia. Il modello prevede una CUR di Primo Livello, detta anche Public Safety Answering Point di livello 1 (PSAP1), che riceve le chiamate destinate a tutte le numerazioni di emergenza 112, 113, 115, 118, 1530: qualunque di questi numeri il chiamante componga, la telefonata confluisce automaticamente verso la CUR del Servizio NUE 1.1.2 competente per territorio.



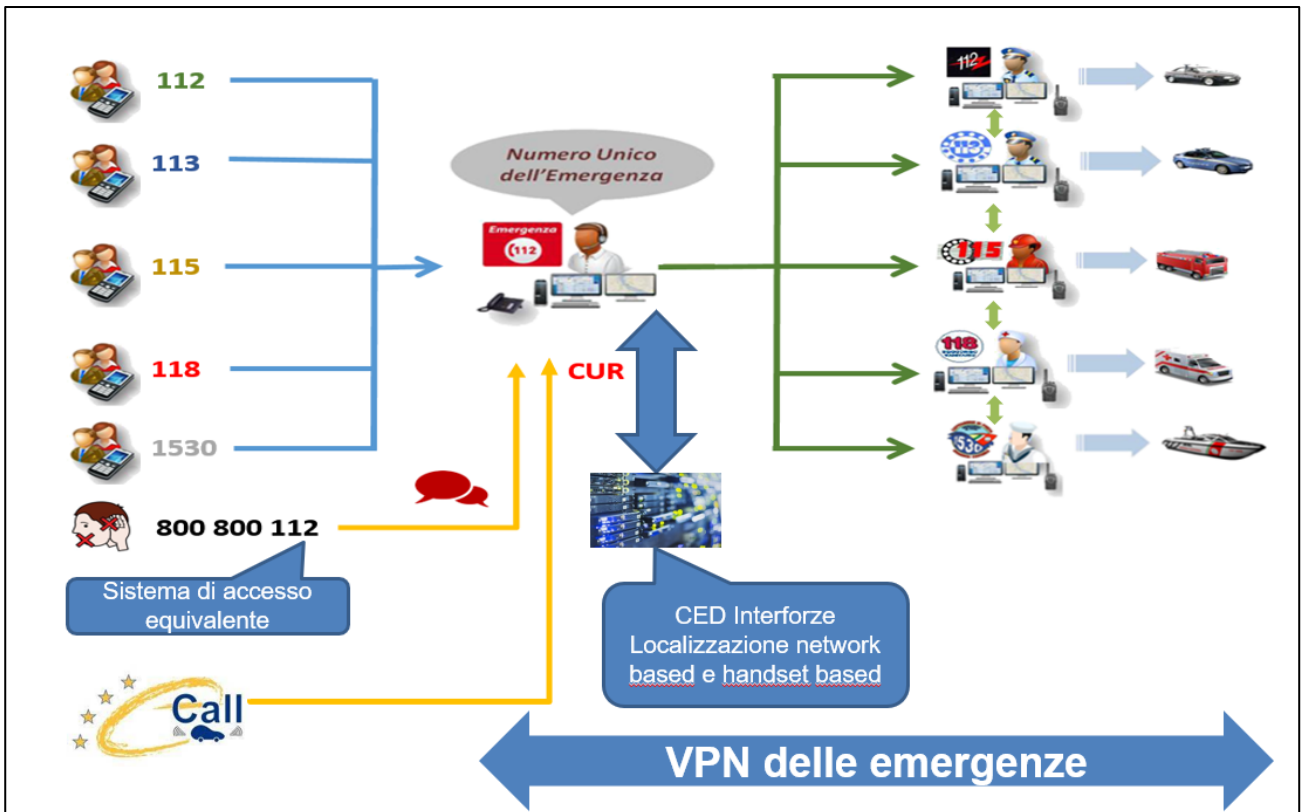


Fig. 10 Schematizzazione del modello delle Centrali Uniche di Risposta

Gli operatori NUE (1° livello) ricevono le chiamate, le localizzano e filtrano quelle improprie, permettendo di diminuire sensibilmente il carico di attività delle Centrali Operative responsabili dell'erogazione dei servizi di soccorso - Public Safety Answering Point di livello 2 (PSAP2) - Polizia di Stato, Carabinieri, Vigili del Fuoco, Soccorso sanitario e Capitaneria di Porto-Guardia Costiera - , che quindi ricevono in media circa il 50% in meno di chiamate rispetto a prima e possono così concentrarsi unicamente sulle chiamate di effettiva emergenza.

Supportati dall'applicativo informatico, gli operatori NUE individuano la PSAP2 competente per funzione e territorio cui trasferiscono sia la comunicazione in fonia sia una scheda contatto contenente l'anagrafica e i dati relativi alla localizzazione del chiamante.

In sintesi, il modello CUR del NUE 112 garantisce:

- Centralizzazione della raccolta di tutte le tipologie di chiamata di soccorso (con possibilità, quindi, di un effettivo coordinamento dei soccorsi)
- Garanzia di una risposta al chiamante
- Filtro sulle chiamate inappropriate
- Localizzazione del chiamante
- Identificazione dell'intestatario della linea per chiamate da telefono fisso
- Dialogo multilingue
- Accesso per i diversamente abili (sms e app)
- Completa gratuità del servizio
- Sicurezza e tracciabilità della chiamata
- Integrazione con l'e-Call (chiamate automatiche generate da veicoli coinvolti in incidenti stradali)

**La risposta alle chiamate di emergenza è garantita dall'operatore tecnico "laico"** che assume la qualifica di **"incaricato di pubblico servizio"**, in quanto svolge la propria attività nell'ambito del servizio pubblico di emergenza NUE 112, compreso tra i "servizi pubblici essenziali", individuati dall'art. 1 della Legge 12 giugno 1990, n. 146 (definizione data dal Ministero dell'Interno secondo quanto stabilito dall'Art 75 Bis al D.Lgs.N.259/2003). In particolare, questo professionista:

- **Riceve in tempo reale i dati** (forniti dal "concentratore interforze") relativi all'identificativo del chiamante e alla localizzazione della chiamata, che vengono inseriti nella scheda contatto
- Individua la natura dell'emergenza
- **Prende in carico la chiamata** attivando, se necessario, una audio conferenza per la gestione della conversazione in lingua straniera
- **Integra la scheda contatto con lo "tipologia dell'evento"**, secondo la classificazione già impostata nell'applicativo 112 NUE
- **Trasferisce contestualmente la chiamata** e la scheda contatto al PSAP2 competente
- **Chiude la chiamata**, se non si emergenza, ed eventualmente fornire informazioni utili a risolvere la problematica, secondo le procedure interne

**L'attuazione del modello è demandata alle Regioni**, che sono responsabili sia dell'implementazione di tutte le componenti infrastrutturali e tecnologiche sia dell'assunzione e gestione delle risorse umane impiegate nelle centrali di primo livello. **Detta attuazione è condizionata alla piena adesione al modello tecnico-organizzativo definito - a livello centrale - da parte della Commissione Consultiva istituita dal Codice delle Comunicazioni Elettroniche, inizialmente dal D.Lgs 259/2003 (art. 75bis) e confermata dal D.L. 207/2021** che, all'art. 98 vices-semel del D.L. 207/2021, indica al comma 1:

*"Al Ministero dell'Interno, di concerto con il Ministero dello Sviluppo Economico, sono attribuiti poteri di indirizzo e coordinamento per l'individuazione e l'attuazione delle iniziative volte all'istituzione su tutto il territorio nazionale del numero unico di emergenza europeo «112» attraverso l'istituzione di PSAP di primo livello da realizzare in ambito regionale, denominati Centrali Uniche di Risposta-CUR, secondo le modalità definite con appositi protocolli d'intesa tra il Ministero dell'Interno e le Regioni, ai sensi di quanto disposto dalla legge 7 agosto 2015, n.124 e dal decreto legislativo 19 agosto 2016, n.177" e, al comma 2, che "Per l'esercizio dei poteri di cui al comma 1, il Ministero dell'Interno si avvale di una Commissione consultiva costituita presso il medesimo Ministero e composta dai rappresentanti del Ministero dell'Interno, della Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche europee, dei Ministeri dell'economia e delle finanze, dello sviluppo economico, della salute e della difesa nonché dai rappresentanti designati dalla Conferenza Stato-Regioni". Inoltre, al comma 4, è indicato il termine del 23/12/2023 per il dispiegamento del servizio di cui al comma 1 sull'intero territorio nazionale.*

**La Legge 30 dicembre 2018 n. 145** ha istituito nello stato di previsione del Ministero dell'Interno il **"Fondo unico a sostegno dell'operatività del numero unico europeo 112"**, con una dotazione di 5.8 mln € per il 2019, 14.7 mln € per il 2020 (cui sono stati aggiunti ulteriori 2 mln € da destinare all'impiego del personale direttamente impiegato nell'attività di contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid-19), e di 20.6 mln € annui a decorrere dall'anno 2021. Tali **fondi sono destinati alla copertura parziale del costo sostenuto dalle Regioni e dalle Province Autonome per garantire l'operatività del Servizio NUE 112.**

#### 4.3.2 Il NUE 112 in Emilia-Romagna

La Regione ha assegnato la governance delle CUR 112 all'Assessorato Politiche per la Salute, che ha il compito di coordinare le proprie azioni con tutti gli Enti coinvolti nella gestione delle emergenze (Prefettura, Agenzia Regionale di Protezione Civile, ecc.).

Con la DGR 1993/2019 "Disposizioni in ordine alla realizzazione sul territorio della Regione Emilia-Romagna del servizio "Numero Unico di Emergenza Europeo 112" è stato siglato l'accordo per l'attivazione del NUE 112 in Emilia-Romagna che prevede la realizzazione di due Centrali Uniche di Risposta (CUR) rispettivamente a Bologna e Parma, collocate nelle immediate vicinanze delle Centrali 118 Emilia Est ed Emilia Ovest, al fine di garantire l'integrazione delle rispettive funzioni. Complessivamente la cifra finora stanziata per la realizzazione delle due CUR è di € 6.629.000 ed ha permesso la costruzione di strutture antisismiche dotate ognuna di 25 postazioni di lavoro (fig. 11), sala maxiemergenza ed idonei spazi attrezzati per ospitare tecnologie uffici e servizi. I tavoli tecnici presenti in sala sono predisposti per ospitare il sistema di risposta telefonico, l'applicativo gestionale e il modulo cartografico. Saranno inoltre presenti nelle sale video-wall informativi per il controllo dell'evoluzione del quadro emergenziale.

L'intero sistema è strutturato secondo logiche di disaster recovery che riguardano la continuità tecnologica, informatica e telecomunicativa – includendo anche le infrastrutture – e di Business Continuity, che interessano l'intera funzionalità del servizio compresi gli aspetti organizzativi, logistici e comunicativi.

Secondo tali logiche, tutti i principali componenti della dotazione di telecomunicazioni ed informatica delle CUR NUE 112 sono opportunamente protetti e ridondati al fine di evitare *single point of failure*.

**Il costo annuale previsto per le tecnologie è di circa € 0,70/abitante/anno.**



Fig. 11 layout immagine tipo sala CUR Emilia-Romagna

Il progetto di massima autorizzato con la DGR 1993/2019 prevede per ognuna della 2 CUR il seguente personale:

Tipologia	N° Operatori		
	Bologna	Parma	Totale
Operatori tecnici laici*	45	45	90
Dirigente di struttura	1	1	2
Coordinatore di struttura	1	1	2
Team ricerca e sviluppo	2	2	4
Referente delle tecnologie	1	0	1
Personale amministrativo	2	2	4
<b>TOTALE</b>	<b>52</b>	<b>51</b>	<b>103</b>

Tab. 3 N° Operatori CUR 112 Emilia-Romagna

Nell'ambito delle attività previste dal **Gruppo di Monitoraggio per l'attuazione dell'accordo per la promozione della sicurezza integrata tra Prefettura di Bologna e Regione Emilia-Romagna – Implementazione Numero Unico di Emergenza (NUE 112) nella sua funzione cabina di regia** è stata predisposta un'analisi dei flussi comunicativi in ingresso a tutte le sale operative regionali di **Carabinieri, Polizia di Stato, Vigili del Fuoco e Soccorso Sanitario** relative agli anni 2019-2020. Relativamente all'anno **2019**, ritenuto omogeneo dal punto di vista della possibilità di estrazione accurata dei dati, sono state rilevate complessivamente **3.035.707** chiamate di cui **607.150** giunte su linee **118**.

Sulla base del **"Disciplinare Tecnico Operativo standard per la realizzazione e il funzionamento della Centrale Unica di Risposta e per la funzionalità del Servizio 112 NUE"** che prevede un tempo massimo di **10"** alla risposta, **40"** come tempo di intervista e **40"** per lo sgancio alla PSAP di secondo livello e della circadiana delle chiamate rilevate nell'anno 2019 sono confermati **90 operatori FTE (1520 ore/anno)** sulle due CUR con una media di chiamate risposte pro capite annua pari a **33.730** (grafico 8).

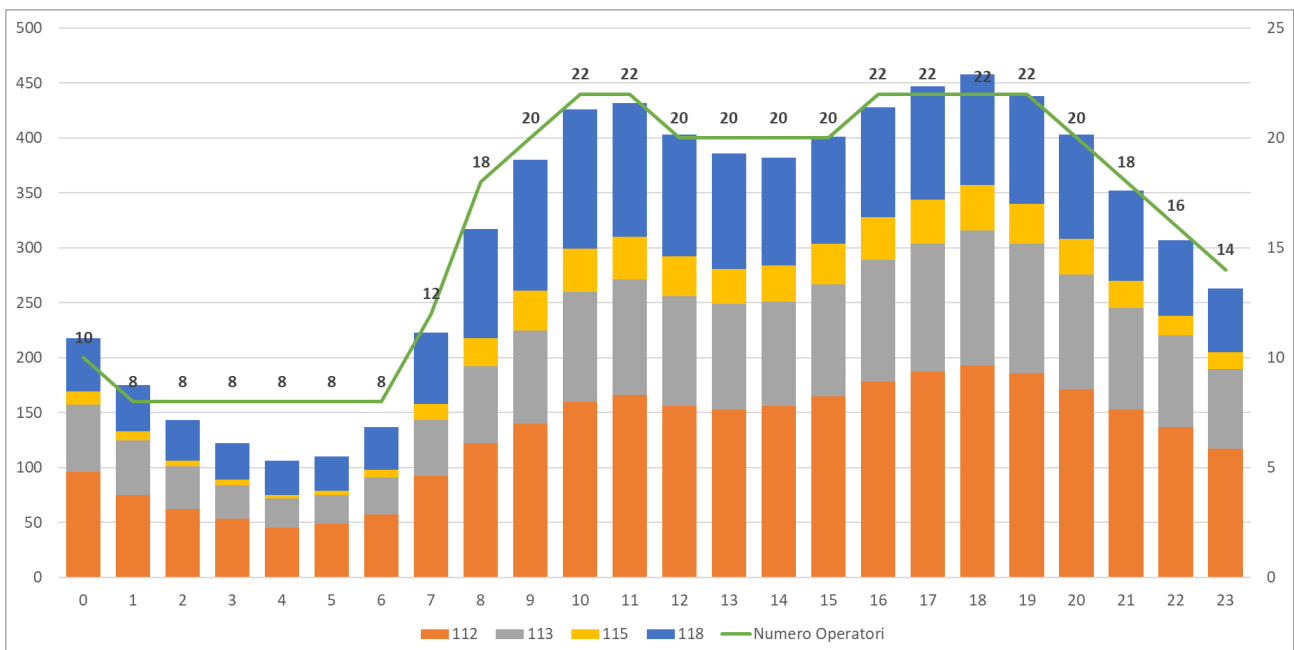


Grafico 8 N° chiamate PSAP2 RER suddivise per fascia oraria e stima numero operatori per le 2 CUR regionali

### Il costo previsto del personale è di € 0,62/abitante/anno.

Con la DGR n° 1241/2022 “Disposizioni per l’implementazione dell’attuazione del progetto NUE 112 nella Regione Emilia-Romagna” è individuata l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, sede di CUR 112, quale sede organizzativa regionale per il progetto NUE 112, con assegnazione alla medesima del compito di supporto organizzativo del servizio sull’intero territorio regionale per quanto concerne l’acquisizione e l’organizzazione del personale necessario attribuendo altresì alla stessa Azienda la gestione amministrativa del progetto. È assegnata all’Azienda USL di Bologna e all’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma la gestione economica del progetto, ognuna per le parti di propria competenza, fermo restando l’obbligo di rendicontazione in capo alle singole Aziende di cui sopra nei confronti della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare.

#### 4.3.3 Gli ambiti di sviluppo offerti dall’introduzione del 112 NUE

Come già precedentemente segnalato i **tempi di soccorso del 118 sono conformi** a quanto previsto dai LEA. **Sono tuttavia raggiungibili standard migliori** in relazione alla ulteriore automazione della localizzazione, al superamento delle funzioni attualmente svolte dall’operatore di filtro del 118 e al pre-allertamento delle postazioni.

Nel grafico 9 sono riportate le fasi temporali relative all’intervallo tra allarme e target dei soli casi di sospetto arresto cardiocircolatorio. **Il tempo di percorrenza è un fattore difficilmente comprimibile** in quanto sarebbe di problematica realizzazione l’implementazione del numero mezzi di soccorso che, per di più, a causa della epidemiologia questa patologia - prevalentemente i casi avvengono all’interno delle abitazioni - avrebbero poche possibilità di successo di giungere in qualsiasi punto del territorio garantendo una significativa riduzione del *Therapy free interval*.

È invece **possibile concentrare l’attenzione sulle prime tre fasi (ricezione della chiamata, ingaggio e partenza del mezzo di soccorso)** sfruttando le possibilità di **localizzazione automatizzata** offerta dalla piattaforma NUE, la **maggiore esperienza che l’operatore laico acquisisce nel processo di identificazione del target** in relazione al numero di eventi trattati (**33.730 interventi/anno/op. 112** vs **2.900 interventi/anno/op. 118**) e la possibilità di **pre-allertare le postazioni di soccorso** al fine di ridurre i tempi di partenza dei mezzi.

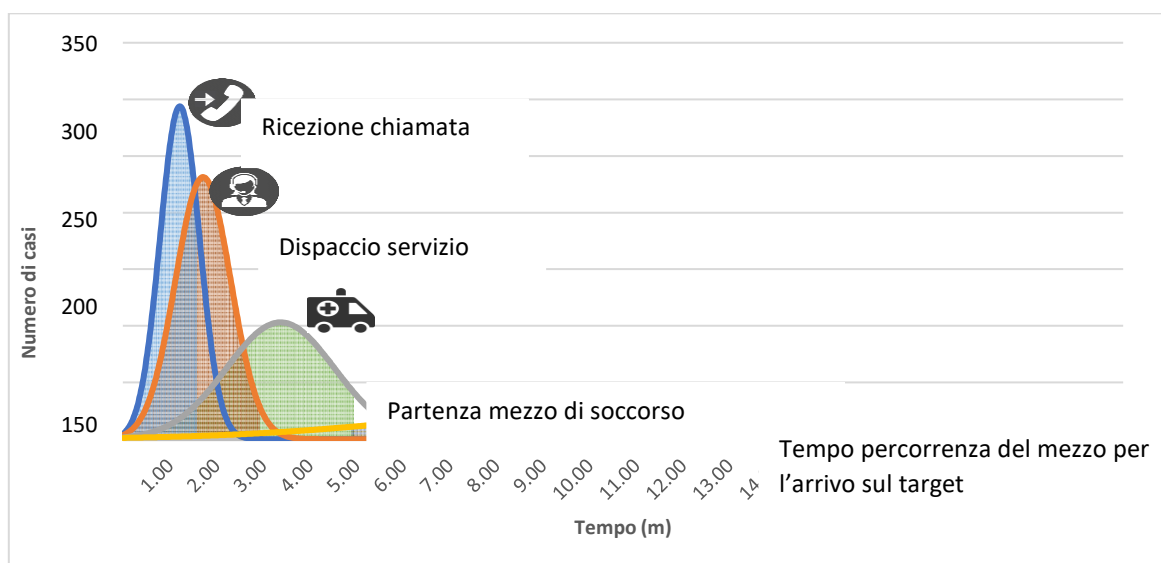


Grafico 9 Distribuzione tempi fasi del soccorso – Arresto Cardio Circolatorio – (anno 2021). La parte colorata relativa ad ognuna delle quattro curve rappresenta il 75° percentile del tempo impiegato per quella fase.

**L' introduzione del 112 NUE permette inoltre di ridurre i tempi complessivi di intervento in tutte quelle situazioni complesse in cui per soccorrere le vittime, è necessario l'intervento tempestivo e contemporaneo non solo del 118 ma dei Vigili del Fuoco e delle Forze dell'Ordine in quanto è contemplato nel disciplinare tecnico operativo (DTO) la possibilità dell'invio della scheda contatto in *real time* alle centrali operative cointeressate alla gestione dell'emergenza permettendo quindi al soccorso sanitario di intervenire in sicurezza in tempi più rapidi.**

In considerazione dell'individuazione dell'**Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma** quale sede organizzativa regionale per il NUE 112 e di assegnazione alla medesima della gestione amministrativa del progetto, nonché della necessità di coniugare le esigenze di ulteriore efficientamento del sistema di emergenza in termini di tempi di risposta, integrazione tra i servizi, elaborazione dati, in veste programmatica e gestionale, è prevista l'**istituzione** all'interno dell'Azienda stessa una **struttura complessa a carattere gestionale e organizzativo, con il compito di predisporre e attuare proposte in ordine allo sviluppo e gestione del 112**, in relazione alle diverse articolazioni che gestiscono gli aspetti organizzativi, operativi e tecnologici del 118.

In rapporto ai livelli di competenza ed **esperienza acquisiti dagli infermieri** nella gestione delle centrali 118 di area omogenea si ritiene, in via preferenziale, di **individuare quali dirigenti e coordinatori** di ognuna delle due CUR regionali, **professionisti provenienti da questo specifico ambito e categoria.**

Il personale individuato costituirà il punto di collegamento e snodo operativo rispetto al **coordinamento del 112 NUE Regione Emilia-Romagna posto in capo al Settore Assistenza Ospedaliera** della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare.

I **regolamenti** organizzativi aziendali dovranno prevedere il collocamento delle CUR all'interno degli organigrammi aziendali, in modo che sia garantita la **funzione di terzietà** di quest'ultime rispetto alle centrali operative di secondo livello (PSAP2) di Carabinieri, Polizia, Vigili del Fuoco e 118.

## Allegato 3

# Progetto sistema di risposta sanitaria 116117 ed istituzione delle relative centrali operative



## 1 Premessa

Nell'ambito della riorganizzazione regionale della rete emergenza-urgenza, lo sviluppo del sistema di risposta sanitaria 116117 riveste un ruolo prioritario per la connessione fra cittadini e servizi per patologie di bassa criticità e bassa priorità.

Realizzata la classificazione e l'omogeneizzazione delle strutture di accesso per l'emergenza-urgenza intra- ed extraospedaliera, in base a differenti livelli di bisogni, con la finalità di migliorare la risposta alle cure nella pianificazione locale e regionale, e considerata l'evoluzione della rete dell'assistenza territoriale, lo sviluppo di un sistema di risposta coordinato ed efficiente è elemento essenziale per realizzare l'efficace raccordo ospedale-territorio.

In particolare, in questo documento si descrive l'organizzazione della risposta alle richieste di natura sanitaria che non abbiano caratteri di emergenza tempo-dipendente attraverso la realizzazione delle centrali operative con accesso attraverso il Numero Europeo Armonizzato NEA 116117.

## 2 Evoluzione del sistema di risposta sanitaria 116117

L'istituzione del numero 116117 risale ad una decisione della Commissione Europea, 2007/116/CE del 15 febbraio 2007, che "riserva l'arco di numerazione nazionale che inizia con «116» a numeri armonizzati destinati a servizi armonizzati a valenza sociale"<sup>1</sup>.

In tempi più recenti la Direttiva 2009/136/CE del 25 novembre 2009, all'articolo 27 bis, riporta:

Gli stati membri:

- Promuovono i numeri specifici nell'arco della numerazione che inizia con il "116" ed incoraggiano la prestazione nel loro territorio dei servizi per cui tali numeri sono riservati
- Provvedono affinché gli utenti finali disabili possano avere un accesso più ampio possibile ai servizi forniti nell'arco della numerazione che inizia con il "116"
- Provvedono ad informare i cittadini circa l'esistenza e le modalità di utilizzo dei servizi forniti con la numerazione "116"

Nello specifico i numeri sono stati così individuati:

<b>Numero</b>	<b>Servizio</b>
116000	Linea diretta per minori scomparsi
116006	Linea diretta per vittime di reati
116111	Linea diretta di assistenza ai minori
116117	Servizio di Guardia Medica per cure non urgenti
116123	Linea diretta di sostegno emotivo

<sup>1</sup> Si riportano i passi principali della citata direttiva:

- (1) È auspicabile che i cittadini degli Stati membri, in particolare i viaggiatori e gli utenti disabili, possano accedere a determinati servizi a valenza sociale componendo numeri identici riconoscibili in tutti gli Stati membri. Attualmente negli Stati membri sono utilizzati vari sistemi di numerazione differenti e non esiste un sistema di numerazione unico che riservi a tali servizi numeri di telefono identici nell'intera Comunità. È pertanto necessario un'azione comunitaria in materia.
- (2) È necessario armonizzare le risorse di numerazione per far sì che gli utenti finali possano accedere a questi servizi forniti in differenti Stati membri componendo lo stesso numero. L'abbinamento "stesso numero-stesso servizio" garantirà che un determinato servizio sia sempre associato a un dato numero dell'intera comunità, indipendentemente dallo Stato membro nel quale è fornito. Ciò assicurerà al servizio un'identità paneuropea a vantaggio del cittadino europeo che saprà che lo stesso numero darà accesso allo stesso tipo di servizio nei vari Stati membri. Questo provvedimento promuoverà lo sviluppo di servizi paneuropei.



Il 24 novembre 2016 viene sottoscritto l'“Accordo, ai sensi dell'articolo 5 comma 12 dell'Intesa del 10 luglio 2014 (rep. Atti n. 82/CSR) “Patto per la Salute 2014-2016” tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117»”.

Riprendendo da quanto riportato nell'Accordo Stato – Regioni:

*“Il numero 116117 è un numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti ed altri servizi sanitari; concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità. L'attivazione del numero 116117 non è legata solo alla sostituzione dei numeri di Continuità Assistenziale, ma anche al raccordo con il servizio di emergenza-urgenza dalle ore 24 alle ore 8, in linea con il documento integrativo all'atto di indirizzo della medicina convenzionata approvato dal comitato di settore, comparto regioni sanità, nella riunione del 13 aprile 2016, e all'implementazione dei servizi h24 secondo i contenuti dell'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 e del patto per la salute 2014-2016, con particolare riferimento alle funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità”*

In particolare, il numero 116117 (Numero Europeo Armonizzato – NEA 116117) risponde alle seguenti caratteristiche:

- È uno strumento di comunicazione che si rivolge a tutti i cittadini, italiani e stranieri, senza obbligo di registrazione preventiva
- Il numero è unico in Italia ed in Europa
- È numero a chiamata rapida e non necessita di prefisso
- Il numero è disponibile H24 per 7 giorni alla settimana
- Fornisce assistenza e/o informazioni
- Il servizio non è limitato nel tempo
- Non è richiesto all'utente alcun pagamento per la chiamata
- Le chiamate possono essere effettuate da qualunque apparecchio
- I dati personali vengono trattati nel rispetto della privacy secondo la normativa vigente
- La struttura organizzativa del servizio può avere delle variazioni da regione a regione

La pandemia COVID-19 ha fatto emergere l'importanza di avere un punto di ascolto per i bisogni di salute dei cittadini fornendo risposte pronte, anche alla richiesta di informazioni.

L'articolo 1, comma 8, del DL 34/2020, convertito dalla Legge 17 luglio 2020 n. 77, prevede che per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali così come implementate nei piani regionali, le Regioni e le Province Autonome provvedono all'attivazione di centrali operative regionali, che svolgono le funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) comprende la Missione 6 – Salute, che si articola in due componenti:

- *Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale* – Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli ospedali di Comunità), il rafforzamento dell’assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari
- *Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale* – Le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l’ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio del Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica ed a favorire il trasferimento tecnologico oltre che a rafforzare le competenze ed il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale

Il DM 77 del 23 maggio 2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” descrive il ruolo della centrale operativa 116117 come sistema per facilitare l’accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza-urgenza, con le Centrali Operative Territoriali – COT e con altri servizi previsti da ciascuna Regione o Provincia Autonoma.

Nella programmazione regionale Emilia Romagna si possono dettagliare alcuni obiettivi generali per comprendere il modello del sistema di risposta 116117:

- Continuità ospedale-territorio in una logica di continuità delle cure e di utilizzo appropriato dell’ospedale: la riorganizzazione della rete ospedaliera è insufficiente senza adeguato potenziamento delle strutture territoriali
- Integrazione funzionale tra territorio ed ospedale, fondamentale per la regolazione dei flussi sia in entrata che in uscita dall’ospedale
- Collegamento dell’ospedale ad una centrale di continuità posta sul territorio per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero

L’assistenza territoriale rappresenta uno dei cardini fondamentali del servizio sanitario regionale: oltre ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta, una rete di professionisti opera nei servizi territoriali e garantisce risposte di prossimità.

Il potenziamento dei servizi già esistenti si abbina ad ulteriori progetti innovativi:

- Sviluppo e completamento della rete delle Case della Comunità
- Istituzione delle Centrali Operative Territoriali – COT (DM 77/2022) che hanno come mission il coordinamento della presa in carico della persona raccordando servizi territoriali e professionisti coinvolti
- Attivazione dei centri di assistenza e urgenza – CAU nell’ottica di una riorganizzazione della risposta ai bisogni urgenti differibili, della copertura medica territoriale h. 24 e della riduzione del sovraffollamento del pronto soccorso dovuto a patologie a bassa criticità/priorità

### 3 Riorganizzazione della rete regionale emergenza-urgenza

Il problema del sovraffollamento del pronto soccorso e delle criticità che ne conseguono è noto da tempo e le soluzioni finora proposte ed implementate non hanno conseguito i risultati attesi.

L’analisi dei dati di accesso al pronto soccorso della Regione Emilia Romagna consente di evidenziare che il 76% degli accessi avviene in autopresentazione; la restante parte (24%) con ambulanza del sistema di soccorso preospedaliero (“118”).

Il 66% (i due terzi) dei cittadini che accedono autonomamente al pronto soccorso viene classificato come codice bianco o verde ed il 96% di questi non genera un ricovero ospedaliero, con dimissione ospedaliera in una gran parte dei casi solo con la prestazione di visita del medico senza ulteriore esecuzione di esami di laboratorio o radiologici. Ne consegue che si tratta di cittadini che possono trovare risposte ai loro bisogni in strutture a più bassa complessità organizzativa rispetto ad un pronto soccorso presso un DEA di I o II livello.

Nella riorganizzazione regionale della rete dell’emergenza-urgenza sono previsti due percorsi di cure differenziati:

#### **Percorso 1 – Emergenze tempo-dipendenti**

È caratterizzato da:

- Tempestività di intervento
- Qualificazione ed expertise professionale
- Dotazione territoriale idonea

Si fa riferimento alle reti tempo-dipendenti con accesso ad ospedali sedi di DEA di I e II livello e servizi specialistici (anche con accesso diretto dal territorio, come ad esempio laboratorio di emodinamica in caso di infarto miocardico acuto).

#### **Percorso 2 – Urgenze a bassa criticità/priorità, non tempo-dipendenti e procrastinabili**

È caratterizzato da:

- Presa in carico tempestiva
- Prossimità di cure
- Riduzione dei tempi di attesa

La risposta è erogata in diversi setting: CAU, ospedali di prossimità, case di comunità, UCA (unità di continuità assistenziale) per interventi domiciliari.

## 4 Un sistema per la risposta sanitaria: la centrale operativa

L'introduzione di un numero unico per la risposta ad un bisogno del cittadino come il 112, il 118, il 116117, presuppone l'organizzazione di un "sistema di risposta".

In modo più estensivo, si tratta di realizzare un modello organizzativo complesso, costituito da un insieme di parti e di relazioni tra parti (interdipendenza), che tende al raggiungimento degli obiettivi dati dalla programmazione regionale.

Le parti stesse vengono a costituire dei "sottosistemi" come, ad esempio, la centrale operativa a cui giunge la prima chiamata del cittadino.

Il termine "centrale operativa" indica un sistema di che svolge diverse funzioni, e non semplicemente ed in via esclusiva, un centralino ovvero una risorsa umana o tecnologica che mette in comunicazione telefonicamente due (o più) interlocutori.

Le funzioni si possono riportare in modo sintetico:

- Pianificazione e coordinamento degli interventi
- Raccolta e classificazione del bisogno e/o del problema di salute
- Attivazione delle risorse più indicate per fornire la risposta adeguata
- Raccolta costante dei dati di attività ai fini della valutazione della qualità ed implementazione di interventi di miglioramento



## 5 Centrale Operativa 116117: modello operativo

In coerenza con quanto illustrato, si descrive il modello operativo della centrale 116117, con attenzione alle diverse funzioni che deve assolvere.

In particolare, si delinea il ruolo all'interno della programmazione regionale della rete emergenza- urgenza.

I servizi erogati dalla centrale operativa 116117 si distinguono in:

- Servizi erogabili obbligatori
- Servizi erogabili aggiuntivi opzionali

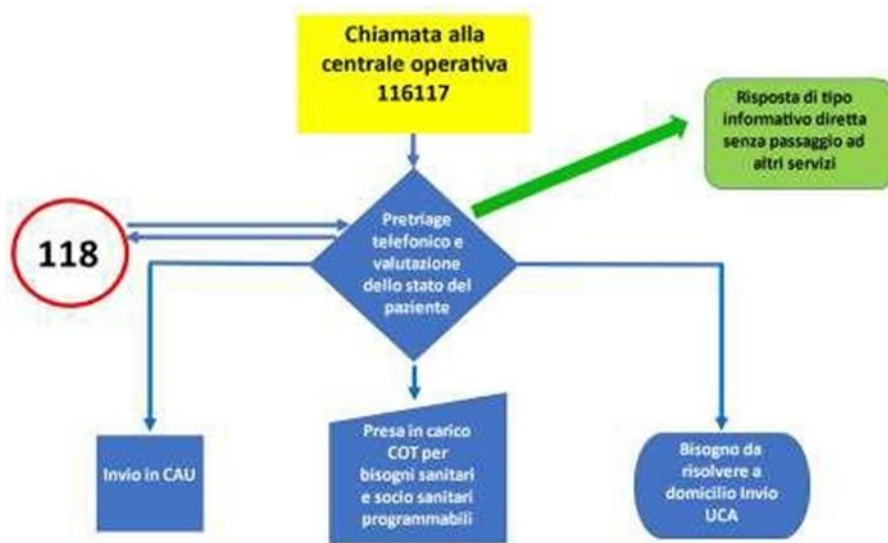
Tali servizi si possono ulteriormente classificare secondo due tipologie di risposta:

- A. Risposta di tipo **informativo** tramite:
  - *l'utilizzo di schede informative* presenti nell'applicativo del Centro di Risposta 116117.
  - *Il trasferimento della chiamata* al servizio in gradi di fornire l'informazione
- B. Risposta di tipo **operativo**, tramite trasferimento della chiamata al servizio in grado di erogare la prestazione.

Nella tabella che segue i servizi erogati dalla centrale 116117 in Emilia Romagna con la classificazione della tipologia di risposta:

Tipo di servizio erogato	Obbligatorio	Consigliato (aggiuntivo opzionale)
Prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di continuità assistenziale	B	
Modalità di accesso al MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento	A	B
Consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di CA e dopo l'orario di chiusura, con eventuale inoltro della chiamata al 118 se appropriato	A	B
Individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente di emergenza territoriale 118	B	
Modalità di accesso alla guardia medica turistica	A	B
Connessione con Centrali Operative Territoriali - COT	A,B	
Programmazione accessi ai Centri di Assistenza e Urgenza (CAU)	A,B	
Trasporti sanitari	A	B

Lo schema generale di risposta della centrale operativa 116117 e di inoltro a servizi che erogano servizi territoriali è il seguente:



La chiamata del cittadino viene risposta da un operatore tecnico (come descritto successivamente nel modello organizzativo) che attraverso un algoritmo di intervista definito determina l'esigenza ed il bisogno di risposta sanitaria.

Si identificano i seguenti percorsi di risposta:

### Risposta di tipo informativo

Viene fornita una risposta di tipo informativo al cittadino che non esprime un bisogno sanitario urgente e comunque non richiede una prestazione sanitaria

### Reindirizzamento della chiamata alla centrale operativa 118 in caso di emergenza sanitaria

Qualora dall'intervista iniziale risulti che il bisogno del chiamante riguarda una risposta ad una emergenza di natura sanitaria, la richiesta viene passata alla centrale 118 per la processazione secondo gli algoritmi in essere. Può accadere che la richiesta, una volta processata non soddisfi i criteri dell'emergenza: in tal caso la risposta verrà erogata da altro servizio diverso dal soccorso preospedaliero. A tal proposito è necessaria la stretta integrazione fra le due centrali, anche nella direzione e nella progettazione comune

### Programmazione accesso ai CAU

In funzione del bisogno, di urgenza differibile, procrastinabile, l'operatore invia il chiamante al CAU attraverso una indicazione del setting in cui troverà la risposta ed indicando lo slot orario nel quale il cittadino potrà accedere al servizio, limitando pertanto picchi di afferenza nelle strutture e limitando al minimo i tempi di attesa nelle stesse.

### Connessione con le Centrali Operative Territoriali - COT

In relazione alla tipologia di risposta fornita dai servizi territoriali, l'operatore inoltra alle COT la presa in carico dei cittadini con bisogni sanitari e socio-sanitari che hanno una risposta programmabile senza urgenza.

Riprendendo il DM 77/2022, la Centrale Operativa Territoriale – COT è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

#### **Intervento Unità di Continuità Assistenziale - UCA**

Se emergono specifiche necessità di intervento domiciliare, l'operatore ricorre ad un filtro infermieristico presente all'interno della centrale 116117 per meglio definire la presenza di criteri che indicano l'invio a domicilio dell'UCA, con la presenza di medico ed infermiere che hanno il compito di trattare la persona, evitando inappropriati accessi ai pronto soccorso.

## **6 Sistema di risposta sanitaria 116117: il modello organizzativo**

La risposta sanitaria della centrale operativa 116117 come delineata nel paragrafo precedente è garantita attraverso la realizzazione di un modello organizzativo che si basa su alcuni principi:

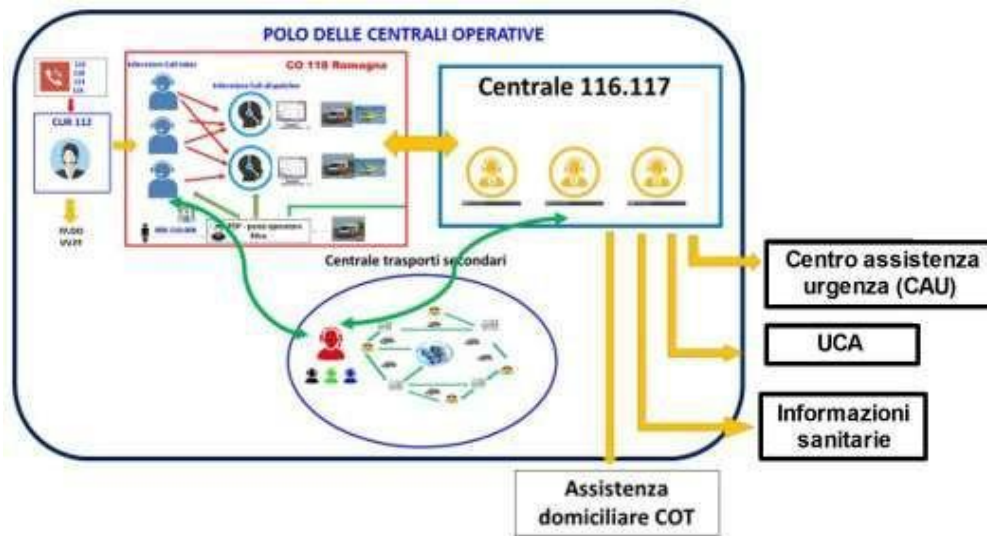
- Integrazione stretta fra le centrali operative 118 e 116117
- Interoperabilità dei sistemi informativi tra centrale operativa 118, 116117, CAU, DEA, COT
- Direzione medica ed infermieristica unica della centrale operativa 118 e centrale operativa 116117

L'integrazione delle due centrali è necessaria per garantire un governo degli accessi alle reti dell'emergenza ed ai setting di risposta alle urgenze differibili assicurando che, laddove vi siano chiamate inappropriate all'una o all'altra centrale vi siano sistemi di passaggio che portino all'invio di un mezzo di soccorso preospedaliero laddove necessario e che non venga inviato tale mezzo laddove il bisogno non sia per una patologia tempo-dipendente.

Un secondo livello di valutazione del percorso idoneo per il paziente può essere effettuato dal personale di soccorso preospedaliero con indirizzamento del paziente verso un CAU anziché verso un pronto soccorso.

Inoltre, laddove al CAU arrivi un paziente che presenti condizioni che richiedono un più appropriato invio al pronto soccorso è indicato che venga presa in carico un trasporto sanitario con ambulanza, del servizio di soccorso preospedaliero o dei servizi di trasporto "interospedalieri".

Per tali motivi viene descritto il modello generale di “polo delle centrali”, come di seguito rappresentato:



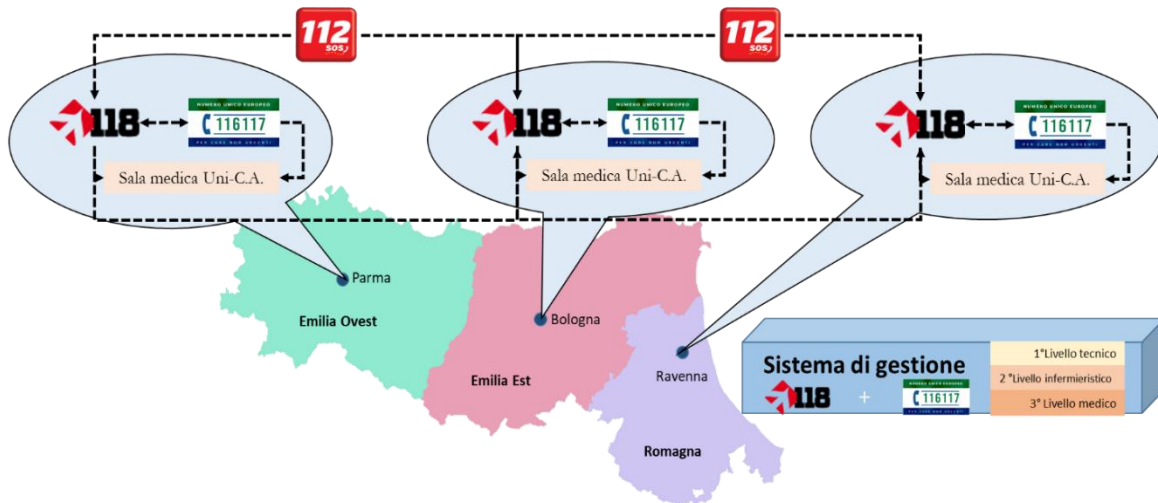
In questo modello organizzativo i punti di forza sono:

- Creazione di un “polo delle centrali” con governo unificato delle centrali funzionalmente connesse nell’attività ordinaria ed emergenziale, ovvero centrale 118 per la risposta all’emergenza sanitaria, centrale dei trasporti sanitari per gli interospedalieri, da/per domicilio (ADI) nell’ambito della rete dei presidi ospedalieri della “Rete hub and spoke” ed altre strutture sanitarie del territorio (CAU, Ospedali di comunità, OSCO, RSA)
- Governo unico delle centrali 118 e 116117 che assicura un coordinamento omogeneo e che massimizza l’efficienza della risposta all’utente, per situazioni di emergenza ed urgenza
- Solida interfaccia tra la richiesta, anche con servizio di interpretariato in caso di persone che non parlano italiano, e la struttura in grado di fornire la risposta, anche indiretta, alle esigenze dell’utente
- Possibilità di fornire una risposta sanitaria h24 e non solo limitata alle ore di presenza della continuità assistenziale
- Sviluppo sinergico di collaborazione tra sistema dell’emergenza e medicina territoriale attraverso l’interfaccia del sistema 116117 con centrali operative territoriali – COT basati su protocolli e procedure condivisi
- Possibilità di sviluppare sistemi di raccolta dati che dialogano e consentono di avere risposte pronte a specifici quesiti come di predisporre report periodici sull’attività svolta e la qualità degli interventi
- Infrastruttura tecnologica comune che consente una uniforme raccolta dati, base per analisi dei servizi erogati



Dal modello generale discende lo specifico modello regionale:

## Il nuovo modello organizzativo del sistema di accesso ai servizi di emergenza-urgenza e non urgenza



## 7 Sistema di risposta sanitaria 116117: il modello organizzativo

### 7.1 Personale centrale operativa 116117

Il personale presente comprende:

#### Operatore tecnico di centrale

L'operatore tecnico di centrale operativa 116117 è in possesso di attestato conseguito al termine di specifico percorso formativo stabilito a livello regionale. Ha il compito di rispondere e gestire le richieste di accesso a prestazioni sanitarie non urgenti, Utilizzando uno strumento informativo dedicato e seguendo algoritmi di risposta predefiniti e con percorsi univoci è in grado di indirizzare correttamente il cittadino al servizio in grado di erogare la risposta idonea o di fornire informazioni richieste.

Qualora vi siano casi particolari non previsti dagli algoritmi di centrale o situazioni che non siano chiaramente ricomprese negli algoritmi stessi, l'operatore tecnico può inoltrare la chiamata all'infermiere presente nella stessa centrale.

#### Infermiere

È prevista la presenza di infermiere di centrale con esperienza nel sistema di risposta di emergenza e conoscenza dell'organizzazione di risposta sanitaria territoriale. La funzione dell'infermiere è gestire le richieste del cittadino che non trovano risposta da parte dell'operatore tecnico, con specifico obiettivo di valutare se il cittadino vada indirizzato verso la centrale 118 o se debba essere indirizzato ad altro servizio sanitario. In casi di particolare complessità l'infermiere si può avvalere del supporto del medico di centrale.

## Medico di centrale

È prevista la presenza di un medico con esperienza e competenza nel settore della medicina territoriale e/o della continuità assistenziale. La funzione medica è di supporto all'infermiere per caso a bassa incidenza che non trovano risposta nei passaggi precedenti e non rientrano agli algoritmi per gli operatori tecnici e gli infermieri. Per quanto attiene la tipologia di risposta, il medico decide quali servizi attivare per l'erogazione della risposta.

## 7.2 Dimensionamento della centrale operativa

Con l'obiettivo di risposta che il sistema 116117 deve garantire, sono state effettuate delle simulazioni basate sulla popolazione dell'ambito di afferenza delle chiamate, sul numero di accessi al pronto soccorso in autopresentazione con assegnazione di codice verde e bianco che non hanno generato ricoveri, sul numero di chiamate alla continuità assistenziale e sul numero di interventi di mezzi di soccorso 118 che hanno trasportato pazienti a bassa intensità e complessità.

In particolare, il dimensionamento previsto per le centrali 116117, in numero di 3 (una per ogni area vasta) in termini di personale e spazio è il seguente:

	EMILIA OVEST	EMILIA EST	ROMAGNA
Abitanti	1.250.000	2.050.000	1.150.000
postazioni di lavoro operatori tecnici	9-11	12-14	9 - 11
postazioni di lavoro infermieri	1-2	2-4	1 - 2
postazioni di lavoro medico	1-2	1-2	1 - 2
Area stimata comprensiva di locali tecnici	350-400 m <sup>2</sup>	450-500 m <sup>2</sup>	350 - 400 m <sup>2</sup>

In termini complessivi si può prevedere la dotazione organica complessiva:

Tipologia	Unità personale
Tecnici di centrale	65
Infermieri	24
Medici	20
Coordinatore di centrale	6
Personale amministrativo	3
TOTALE	118

Per quanto attiene la direzione è prevista una direzione medica ed infermieristica unica con la centrale operativa 118.

### 7.3 Tecnologia e software

La centrale operativa 116117 per la sua piena funzionalità necessita di dotazione tecnologica e software dedicata con garanzia di stabilità di funzione in termini di accesso per il cittadino e di collegamento per i servizi che erogano risposte.

In particolare, si prevedono le seguenti dotazioni:

Piattaforma Telefonica
Piattaforma Registrazione
Linea Fonia e Dati
Piattaforma di Networking
Piattaforma FireWalling, Security e monitoraggio
Piattaforma Informatica, Storage e Servizi (dominio, posta, antispam)
Sistema gestionale comprensivo di device esterni (tablet)

# **Istituzione dei centri di emergenza urgenza (CAU) territoriali**

**Requisiti Strutturali tecnologici, organizzativi,  
tipologia di casistica, percorso di transizione**

## Sommario

1	Premessa.....	3
2	Definizione .....	3
3	Standard Strutturali tecnologici, organizzativi e di personale .....	3
3.1	Requisiti strutturali.....	3
3.2	Standard tecnologici.....	4
3.2.1	Attrezzature.....	4
3.2.2	Diagnostica/strumentazione sanitaria .....	4
3.2.3	Ulteriori dotazioni.....	4
3.3	Standard organizzativi.....	4
3.3.1	Procedure .....	4
3.3.2	Articolazione oraria .....	5
3.3.3	Accesso Utenza.....	5
3.3.4	Prestazioni .....	5
3.3.5	Conclusione dell'accesso .....	5
3.3.6	Personale .....	6
4	Tipologia di casistica .....	6
4.1	Criteri di accesso .....	6
4.2	Criteri di centralizzazione presso un DEA.....	6
5	Necessità formative .....	7
6	Fase di transizione .....	8
7	Comunicazione e Informazione .....	8

## 1 Premessa

Per la realizzazione efficace degli obiettivi descritti nell'allegato 1 -si ritiene indispensabile la individuazione di due canali distinti:

- a) Urgenze sanitarie a bassa complessità clinico assistenziale, in capo alla rete assistenziale delle cure primarie
- b) Emergenze-urgenze sanitarie a medio-elevata complessità, in capo ai servizi di Accettazione ed Emergenza Urgenza Ospedaliera (118, PS, DEA).

Questo documento, pur tenendo conto della necessaria integrazione e coordinamento con i servizi dedicati alle Emergenze-urgenze sanitarie a medio-elevata complessità (Punto b), fornisce indicazioni per un progressivo sviluppo dei Centri di assistenza e urgenza (CAU), strutture territoriali destinate alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico assistenziale (Punto a).

## 2 Definizione

I CAU, afferenti alla rete assistenziale delle cure primarie, pur nella loro natura sperimentale rappresentano un modello di applicazione del DM77 per gli aspetti relativi alla Continuità Assistenziale previsti nelle Case della Comunità; sono strutture territoriali destinate alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico assistenziale che garantiscono, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, prestazioni non complesse attualmente erogate nei Punti di Primo Intervento e nei Pronto Soccorso.

I CAU possono essere collocati all'interno di Case della Comunità, oppure presso le attuali sedi di PPI, presso gli Ospedali, di prossimità sprovvisti di DEA di I e II livello; è comunque opportuno, dove possibile, valutare la presenza di un CAU in prossimità di un DEA di I e II livello. Anche una forma aggregativa strutturata di medicina generale, organizzata e idonea, potrà essere sede di tali setting assistenziali.

I CAU hanno come riferimento un Ospedale Polispecialistico o distrettuale (secondo traiettorie variabili a seconda della casistica considerata) con garanzia di accessibilità e tempestività di cure e continuità dei percorsi assistenziali; dispongono di competenze clinico-assistenziali e strumentali in grado di fornire risposta ai problemi e ai bisogni di carattere acuto di modesta entità e alle situazioni di minore criticità e bassa complessità.

Costituiscono punto di riferimento dei servizi territoriali in una ottica di prossimità e capillarità e mantengono modalità ed interfacce organizzative con le COT, le UCCP e le AFT dei MMG, dei PLS, degli specialisti ambulatoriali interni, le UCA e con i DEA di I e II livello.

## 3 Standard Strutturali tecnologici, organizzativi e di personale

I CAU devono soddisfare le seguenti caratteristiche strutturali, tecnologiche ed organizzative **minime**.

### 3.1 Requisiti strutturali

- **Area dedicata all'accoglienza** dotata di un punto di accesso/accoglienza e un'area per l'attesa
- **Ambulatorio / Ambulatori con i requisiti dell'ambulatorio medico previsti** dalla normativa vigente per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie
- **Area** attigua all'ambulatorio in cui il paziente può essere trattenuto in attesa di completamento diagnostico/terapeutico o per la rivalutazione post-trattamento

I servizi igienici ed i locali per materiale sporco e pulito possono essere condivisi con servizi contigui.

## 3.2 Standard tecnologici

Oltre ai requisiti previsti per gli ambulatori medici dalla normativa vigente per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie nei CAU devono essere presenti le seguenti dotazioni

### 3.2.1 Attrezzature

- sistema adeguato di illuminazione ambiente e paziente
- sedute
- lettino/barella
- armadio per farmaci con serratura
- armadio per strumentazione sanitaria
- frigorifero per la conservazione dei farmaci
- postazioni lavoro medico e infermiere

### 3.2.2 Diagnostica/strumentazione sanitaria

- kit strumentario (per esempio, otoscopio, dermatoscopio, oftalmoscopio)
- materiale per sutura chirurgica e medicazione, materiali per medicazioni, kit per lavaggio oculare, materiale per fleboclisi e terapia intramuscolare
- dotazione farmacologica minima standardizzata
- diagnostica strumentale di primo livello (ECG, pulsiossimetro, POCT, ecografo)
- defibrillatore e kit per emergenza

### 3.2.3 Ulteriori dotazioni

- Dotazione software/hardware

Applicativo registrazione delle prestazioni effettuate - la rendicontazione dell'attività avverrà per mezzo del Flusso regionale di Pronto Soccorso

A regime i CAU devono inoltre disporre della seguente dotazione:

- interconnessioni e interoperabilità dei sistemi informativi (per esempio, SOLE, 116117-118-COT)
- sistema di rilevazione in tempo reale dell'attività, con possibilità di prenotazione da parte degli operatori 116117
- sistema informatico in grado di assolvere le funzioni di accesso al FSE e condivisione dei dati con i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta del territorio.
- Sistema CUP con agenda per accesso a percorsi di prenotazione
- Strumentazione tecnologica per il teleconsulto/telerefertazione/televisita che consentano ai medici di contattare direttamente gli specialisti per valutare congiuntamente le situazioni cliniche ed eventualmente condividere percorsi di gestione dei pazienti oppure, in caso di bisogno, prevedere l'invio presso i DEA di riferimento

## 3.3 Standard organizzativi

### 3.3.1 Procedure

Per il funzionamento corretto dei CAU le Aziende, secondo linee di indirizzo omogenee regionali, devono definire progressivamente procedure per:

- Accoglienza/Spot check
- Criteri di inclusione ed esclusione sulla casistica in accesso

Procedure di interfaccia/integrazione fra i punti della rete comprese le modalità di accesso ai reparti ospedalieri per acuti. Ogni Azienda dovrà pertanto definire il percorso di gestione e di centralizzazione dei pazienti in autopresentazione con caratteristiche cliniche diverse da quelle identificate nei criteri di accesso ai CAU, per garantire la presa in carico nel setting più appropriato.

- Collegamento con:
  - o MMG/PLS
  - o COT
  - o DEA di riferimento
  - o Case della Comunità, UCCP/AFT
- Accesso ai percorsi di approfondimento clinico
- Trasporto secondario e/o 118

### **3.3.2 Articolazione oraria**

I CAU sono attivi per tutta la settimana, con una copertura oraria da definire in rapporto al volume di attività atteso, secondo le esigenze locali e gli indirizzi regionali, tenendo in considerazione l'accessibilità della popolazione nelle aree interne/montane ed eventuali flussi turistici. I CAU garantiscono, di norma, la copertura oraria sulle 24 ore

Resta ferma la motivata possibilità di articolare orari di apertura diversi nel rispetto delle necessità assistenziali territoriali e comunque non inferiori alle 12 ore.

### **3.3.3 Accesso Utente**

L'accesso dell'utente ai CAU avviene:

- tramite invio del 116117
- in seguito a valutazione da parte di MMG/PLS
- su invio delle sedi di CA eventualmente rimaste attive
- su autopresentazione (anche se si ritiene preferibile che l'accesso sia filtrato dalla valutazione della centrale operativa 116117)

### **3.3.4 Prestazioni**

I CAU possono erogare le seguenti prestazioni:

- Visita medica
- Certificazioni
- Trattamento farmacologico al bisogno
- Prescrizione di terapia per patologie di nuova insorgenza o terapie essenziali
- Procedure chirurgiche minori (per esempio, suture, medicazioni)
- Prelievo per indagini di laboratorio - POCT
- Osservazione post-trattamento
- Attivazione di percorsi/prestazioni a completamento dell'iter diagnostico

### **3.3.5 Conclusione dell'accesso**

La conclusione o la prosecuzione del percorso del paziente del CAU può avvenire con le seguenti modalità:

- Conclusione intervento sanitario
- Invio per presa in carico da parte di:
  - o MMG/PLS
  - o COT
  - o Infermiere di comunità



- ADI
- Ospedale di Comunità
- Prescrizione e prenotazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale
- Trasferimento al Pronto Soccorso di riferimento

### 3.3.6 Personale

La dotazione minima di personale prevede la presenza di una équipe formata da un medico e un infermiere; l'impegno orario e l'eventuale attivazione di ulteriori professionisti sono in funzione dei volumi e della tipologia di attività.

A titolo esemplificativo, la tabella seguente riporta, in funzione del numero di accessi attesi nelle 12 ore, una indicazione del personale da prevedere:

Numero di accessi nelle 12 ore	Personale
0-40	1 medico ed 1 infermiere
41-69	1 medico e 2 infermieri
>70	2 medici e 2 infermieri

I medici impiegati afferiscono alla componente del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria e, in via subordinata e volontaria, a quella a ciclo di scelta; gli infermieri sono individuati dalle Aziende USL tra il proprio personale, con modalità di riconoscimento contrattuale compatibili con la tipologia di attività svolta e nella logica della valorizzazione professionale

## 4 Tipologia di casistica

I CAU sono orientati al trattamento ed alla risoluzione di situazioni di urgenza clinica non a carattere di emergenza con necessità di una valutazione tempestiva.

### 4.1 Criteri di accesso

I criteri d'accesso sono riconducibili ad **almeno** due delle seguenti categorie:

- paziente autonomo deambulante
- dolore NRS<sup>1</sup> < 7 (lieve 0-3, moderato 4-6, severo 7-10)
- Bassa criticità del motivo principale di presentazione e bassa complessità del percorso clinico-diagnostico assistenziale che si stima essere conclusivo presso gli ambulatori del CAU (prestazioni di primo livello, per esempio: ECG, profilo esami biochimici di base, EGA, ecografia, Diagnostica per immagini dove è prevista) e nell'ambito dei percorsi che possono essere attivati dai CAU

### 4.2 Criteri di centralizzazione presso un DEA

Motivo di presentazione con indicazioni ad un percorso in emergenza urgenza es.:

- Dolore toracico
- Dispnea acuta
- Dolore addominale con NRS >6
- Cefalea intensa e inusuale
- Sintomi riconducibili ad un disturbo neurologico acuto

<sup>1</sup> Numerical Rating Scale - NRS (Downie, 1978; Grossi, 1983). Si tratta di una scala numerica unidimensionale quantitativa di valutazione del dolore a 10 punti; la scala prevede che l'operatore chieda al malato di selezionare il numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore, da 0 a 10, in quel preciso momento.

## Principale casistica di riferimento CAU<sup>2</sup>

Casistica
Acutizzazione di stati ansiosi
Cefalea emicrania
Coliche renali
Congiuntivite
Contrattura muscolare
Corpo estraneo congiuntivale (se supportato da specialista)
Corpo estraneo nell'orecchio esterno (se supportato da specialista)
Corpo estraneo oculare (se supportato da specialista)
Diarrea acuta non ematica
Disturbi anorettali
Disturbi del visus
Dolore addominale
Dolore articolari non traumatici
Dolore oculare
Ecchimosi periorbitale senza disturbi della funzione visiva
Emorragia sottocongiuntivale
Epistassi
Febbre / iperpiressia
Infezioni del tratto urinario inferiore/difficoltà alla minzione
Irritazione da lenti a contatto
Lombalgia (solo deambulanti)
Medicazioni e rimozioni punti (turisti/studenti fuori sede/assistiti privi di MMG/PLS)
Nausea e/o vomito ripetuto
Occhio rosso con secrezioni
Odontalgia
Ostruzione/sostituzione di catetere vescicale (paziente autonomo)
Otalgia/tappo di cerume
Otite esterna
Piccole ferite, traumi lievi senza impotenza funzionale
Problemi post-estrazione dentaria
Prurito, arrossamento/tumefazione della cute e annessi cutanei
Punture di insetto/pesce/morso di animale
Torcicollo
Tosse / congestione/sintomatologia vie aeree superiori
Variazione parametri pressori
Variazione parametri glicemici
Vertigini di lieve entità
Ustioni minori / solari

## 5 Necessità formative

I CAU hanno la finalità di trattare appropriatamente urgenze non tempo dipendenti garantendo un servizio più prossimo alla popolazione; la loro accettazione da parte della popolazione è direttamente collegata al loro funzionamento e alla loro capacità di fornire risposte efficaci ed appropriate ai bisogni espressi dalla popolazione.

<sup>2</sup> Per definire la casistica appropriata d'accesso ai CAU il Gruppo di Lavoro Regionale ha proceduto ad un'elencazione delle urgenze minori compatibile con i livelli 4 e 5 della classificazione in gradi di severità delle emergenze "ESI\_4", rappresentativi di minima gravità e consumo di una o nessuna risorsa diagnostica o assistenziale.

Successivamente le casistiche sono state confrontate e selezionate con i risultati dell'analisi degli accessi dai flussi di Pronto Soccorso, si è poi provveduto a stratificare la casistica di pazienti con triage all'ingresso con codice colore bianco o verde e le prestazioni erogate a questi ultimi, con lo scopo di individuare le casistiche a maggior prevalenza e a più bassa complessità clinica e organizzativa.

Per garantire questo l'offerta dei CAU deve essere arricchita, oltre che con una dotazione diagnostica di base di personale con competenze specifiche.

La formazione deve mettere i professionisti nelle condizioni di gestire le principali condizioni patologiche in urgenza secondo la casistica descritta in precedenza.

La formazione sarà di norma di 60 ore complessive, organizzata in maniera modulare, ossia il professionista una volta eseguita la valutazione (auto e colloquio di orientamento), avrà la possibilità di frequentare i moduli con i contenuti che sono necessari per acquisire le competenze attese.

Essa dovrà prevedere tuttavia obbligatoriamente per il profilo medico e infermieristico il possesso di certificazione o sua acquisizione di:

- BLS e PBLSD
- Il personale infermieristico dovrà essere a conoscenza di elementi di accoglienza e presa in carico correlati alla casistica delle strutture territoriali per urgenze sanitarie a bassa complessità

Il percorso formativo deve prevedere momenti teorici, anche con l'utilizzo della FAD, e di formazione sul campo.

## 6 Fase di transizione

La attuale progettazione del percorso di riorganizzazione della rete di emergenza-urgenza a livello regionale prevede una progressiva implementazione dei CAU secondo la programmazione regionale e locale attraverso il confronto con le CTSS, caratterizzata da una fase di transizione in attesa della attivazione completa delle Centrali operative 116117 e del pieno sviluppo della rete di emergenza-urgenza.

In questa prima fase le Aziende sanitarie:

- programmano l'ubicazione dei CAU e la loro progressiva attivazione sul territorio, secondo gli indirizzi regionali e locali attraverso il confronto con le CTSS alla luce delle indicazioni di dotazione tecnologica, strutturale e relative alle professionali, dandone adeguata comunicazione alla Regione. Il termine ultimo per il completamento della attivazione dei CAU non coincide necessariamente con la data di avvio delle Centrali operative 116117, ma può estendersi anche oltre
- avviano, in collaborazione con la Direzione generale cura della persona, salute e welfare, la progressiva razionalizzazione delle sedi di CA ferma restando la possibilità di mantenerne attive alcune in considerazione delle caratteristiche geografiche e demografiche (densità abitativa);
- avviano progressivamente l'attività delle UCA, alle quali affidare attività domiciliare—secondo le finalità e le indicazioni organizzative previsti dal DM 77
- Pongono particolare attenzione per garantire un efficace collegamento con la rete dei trasporti primari e secondari

## 7 Comunicazione e Informazione

La presenza di una campagna informativa e la diffusione dei criteri di accesso rivolta alla popolazione assistita delle zone in cui vengono realizzate queste strutture è di fondamentale importanza per la riuscita del progetto. La stessa ha il duplice scopo di informare della presenza della struttura territoriale per urgenze sanitarie a bassa complessità della sua ubicazione, della tipologia di accesso e della casistica che può essere in esso trattata, e allo stesso tempo evidenziare quelle casistiche sanitarie che necessitano invece di accesso direttamente ai servizi propri dell'emergenza.

La Regione Emilia-Romagna, sin da subito, attiverà e coordinerà una campagna informativa, multimediale, e con periodici richiami durante l'anno, rivolta alla totalità della popolazione per comunicare in maniera omogenea e non mediata:

- Le finalità della riorganizzazione:
- Le caratteristiche della nuova rete
- La tempistica di attivazione
- La casistica che può recarsi ai CAU in urgenza
- Il funzionamento delle strutture, i bisogni ai quali danno risposta e cosa possono aspettarsi, precisando che non sostituiscono in nessun modo il rapporto fiduciario instaurato con il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA  
Atti amministrativi  
GIUNTA REGIONALE

Mattia Altini, Responsabile di SETTORE ASSISTENZA OSPEDALIERA esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 468/2017 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2023/1246

IN FEDE

Mattia Altini

REGIONE EMILIA-ROMAGNA  
Atti amministrativi  
GIUNTA REGIONALE

Fabia Franchi, Responsabile di SETTORE ASSISTENZA TERRITORIALE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 468/2017 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2023/1246

IN FEDE

Fabia Franchi

REGIONE EMILIA-ROMAGNA  
Atti amministrativi  
GIUNTA REGIONALE

Luca Baldino, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 468/2017 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2023/1246

IN FEDE

Luca Baldino

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

**Atti amministrativi**

**GIUNTA REGIONALE**

Delibera Num. 1206 del 17/07/2023

Seduta Num. 31

OMISSIS

---

L'assessore Segretario

Corsini Andrea

---

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi