

L'Istituto nazionale della previdenza sociale, verifica il rispetto del limite massimo di trentasei mesi nell'arco del quinquennio previsto dalla vigente normativa, con particolare riferimento ai periodi di fruizione del trattamento ordinario di integrazione salariale, concessi per contrazione o sospensione dell'attività produttiva determinata da situazioni temporanee di mercato.

Con decreto ministeriale 17 aprile 1996, in favore dei lavoratori dipendenti dalla S.r.l. Inse macchine utensili, con sede in Brescia e unità di Brescia, è prorogata la corresponsione del trattamento straordinario di integrazione salariale dal 15 marzo 1996 al 9 luglio 1996.

L'Istituto nazionale della previdenza sociale, è autorizzato a provvedere al pagamento diretto del trattamento straordinario di integrazione salariale ai lavoratori interessati, nonché all'esonero dal contributo addizionale di cui all'art. 8, comma 8-bis, della legge n. 160/1988.

L'Istituto nazionale della previdenza sociale, verifica il rispetto del limite massimo di trentasei mesi nell'arco del quinquennio previsto dalla vigente normativa, con particolare riferimento ai periodi di fruizione del trattamento ordinario di integrazione salariale, concessi per contrazione o sospensione dell'attività produttiva determinata da situazioni temporanee di mercato.

Con decreto ministeriale 17 aprile 1996, e accertata la permanenza della condizione di cui all'art. 35, terzo comma, legge n. 416/1981, relativamente al periodo dal 1° luglio 1995 al 28 febbraio 1996, della ditta S.r.l. Reda gruppo federconsorzi con sede in Roma e unità di Roma.

A seguito dell'accertamento di cui sopra, è prorogata la corresponsione del trattamento straordinario di integrazione salariale in favore dei lavoratori dipendenti dalla S.r.l. Reda gruppo federconsorzi, con sede in Roma e unità di Roma, per il periodo dal 1° luglio 1995 al 31 dicembre 1995, esclusi i lavoratori giornalisti.

L'Istituto nazionale della previdenza sociale e l'Istituto nazionale della previdenza dei giornalisti italiani, sono autorizzati a provvedere al pagamento diretto del trattamento straordinario di integrazione salariale ai lavoratori interessati.

Con decreto ministeriale 17 aprile 1996, a seguito dell'accertamento delle condizioni di crisi aziendale, intervenuto con il decreto ministeriale del 16 marzo 1995, e prorogata la corresponsione del trattamento straordinario di integrazione salariale in favore dei lavoratori dipendenti dalla S.c.a.r.l. Coop. Libera stampa, con sede in Roma e unità di Roma, per il periodo dal 14 febbraio 1995 al 13 maggio 1995.

Con decreto ministeriale 17 aprile 1996, ai sensi dell'art. 4, comma 2) del decreto-legge 2 aprile 1996, n. 180 è concessa in favore di massimo 140 lavoratori interessati dipendenti dalla S.p.a. Società pneumatici Pirelli, unità produttiva in Tivoli (Roma), la proroga del trattamento straordinario di integrazione salariale per il periodo dal 6 dicembre 1995 al 5 giugno 1996.

È altresì concessa, una ulteriore proroga del trattamento di cui sopra per il periodo dal 6 giugno 1996 al 5 dicembre 1996.

L'erogazione del trattamento di cui sopra, per i periodi successivi alla sua concessione, è subordinata all'effettivo impegno dei lavoratori al progetto dei lavori socialmente utili.

Con decreto ministeriale 17 aprile 1996, ai sensi dell'art. 4, comma 2) del decreto-legge 2 aprile 1996, n. 180, è concessa in favore di massimo 264 lavoratori interessati dipendenti dalla S.p.a. Industrie cavi sud, Azienda Alfacavi T.L.C., dal 1° settembre 1993 Pirelli cavi S.p.a., unità di Airola (Benevento), la proroga del trattamento straordinario di integrazione salariale per il periodo dall'11 gennaio 1996 al 10 luglio 1996.

È altresì concessa, una ulteriore proroga del trattamento di cui sopra per il periodo dall'11 luglio 1996 al 10 gennaio 1997.

L'erogazione del trattamento di cui sopra, per i periodi successivi alla sua concessione, è subordinata all'effettivo impegno dei lavoratori al progetto dei lavori socialmente utili.

Con decreto ministeriale 17 aprile 1996, ai sensi dell'art. 4, comma 2) del decreto-legge 2 aprile 1996, n. 180, è concessa in favore di massimo 428 lavoratori interessati dipendenti dalla S.p.a. Società pneumatici Pirelli, unità di Villafranca Tirrena (Messina), la proroga del trattamento straordinario di integrazione salariale per il periodo dal 6 dicembre 1995 al 5 giugno 1996.

È altresì concessa, una ulteriore proroga del trattamento di cui sopra per il periodo dal 6 giugno 1996 al 5 dicembre 1996.

L'erogazione del trattamento di cui sopra, per i periodi successivi alla sua concessione, è subordinata all'effettivo impegno dei lavoratori al progetto dei lavori socialmente utili.

96A2961

MINISTERO DELLA SANITÀ

Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992.

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 recante «Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza»;

Visto il decreto del Ministro della sanità 15 maggio 1992, recante «Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza»;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, recante il riordino della disciplina in materia sanitaria;

Visto, in particolare, l'art. 1, comma 7, del citato decreto legislativo che prevede l'elaborazione di apposite linee guida per l'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore,

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 1° marzo 1994 di approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994 - 1996, recante i livelli di assistenza da assicurare, in condizioni di uniformità, a tutti i cittadini;

Visto, in particolare, il capitolo 4, paragrafo B, del Piano sanitario nazionale che individua tra le priorità di intervento del Servizio sanitario nazionale l'attivazione e l'organizzazione delle strutture e delle attività di emergenza;

Ritenuta l'opportunità di definire criteri ed indirizzi uniformi sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza, tenendo conto della recente evoluzione legislativa nonché dell'esperienza fin qui maturata da numerose regioni;

Visto l'art. 12, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Visto l'art. 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241.

Lo Stato, nella persona del Ministro della sanità, e le regioni, nella persona del presidente della Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome, nel corso della seduta dell'11 aprile 1996 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano,

Adottano la seguente intesa

Sono approvate le linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992

SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA

LINEE DI GUIDA N. 1/1996

(in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992)

Obiettivi

Il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 «Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 31 marzo 1992, n. 76, individua le condizioni per assicurare queste attività uniformemente su tutto il territorio nazionale, attraverso un

complesso di servizi e prestazioni di urgenza ed emergenza, adeguatamente articolate a livello territoriale ed ospedaliero, con il coordinamento della Centrale operativa.

Questo documento si propone di fornire indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza, tenendo conto della recente evoluzione legislativa nonché dell'esperienza fin qui maturata da numerose regioni.

L'attribuzione alle regioni di maggiori competenze e responsabilità nell'ambito della pianificazione e della organizzazione dei servizi sanitari, l'avvio delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le nuove modalità di gestione e la riorganizzazione della rete ospedaliera, impongono, anche nel sistema dell'emergenza, una rivalutazione critica dei risultati sin qui raggiunti ed un aggiornamento degli indirizzi organizzativi, in coerenza con le indicazioni dei decreti legislativi n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, con il Piano sanitario nazionale 1994-1996 e con quanto previsto nella legge n. 549 del 28 dicembre 1995, all'art. 2, comma 5. In questo contesto, devono, inoltre, essere considerate la attuale disomogeneità dell'articolazione della rete ospedaliera sul territorio nazionale e le differenze nello stato di attuazione del riordino previsto dal decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

Obiettivo generale della riorganizzazione della rete ospedaliera è di adeguare il numero di posti letto attualmente esistenti ai parametri previsti dalla normativa vigente e di ricondurre gli ospedali per acuti alle funzioni proprie, con una più precisa definizione ed una netta separazione della funzione di assistenza a lungo termine intra ed extra ospedaliera. Questo processo, che comporterà una concentrazione in un numero minore di sedi delle attività di assistenza ospedaliera per acuti, dovrà necessariamente accompagnarsi alla istituzione di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza postacuzie in ambito ospedaliero, secondo i parametri previsti dalla legge n. 537/1993 (1 p.l./1000 ab). Pertanto, se da un lato appare indispensabile garantire una costante riqualificazione degli ospedali per acuti, dall'altro vi è la necessità di prevedere un nuovo assetto organizzativo per i servizi extraospedalieri. In questo contesto si pone il problema delle strutture ospedaliere riconvertite o da riconvertire in altre funzioni sanitarie.

La riorganizzazione della rete ospedaliera rappresenta il contesto ed il punto di riferimento della pianificazione della articolazione territoriale del sistema di servizi per l'emergenza-urgenza, che comporta altresì una definizione delle funzioni dei servizi territoriali, compreso il servizio di guardia medica, e dei suoi rapporti con la struttura ospedaliera.

Le regioni e le province autonome, tenendo conto delle indicazioni fornite con il presente documento promuovono, nell'ambito dei propri programmi di riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi di emergenza-urgenza, tutte le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi concordati, finalizzati al miglioramento qualitativo e ad una maggiore omogeneità funzionale dei servizi, su base nazionale.

Organizzazione del sistema di emergenza.

Il sistema sanitario per l'emergenza-urgenza è costituito da.

1. un sistema di allarme sanitario, dotato di numero telefonico di accesso breve e universale in collegamento con le centrali operative;
2. un sistema territoriale di soccorso;
3. una rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati.

Le modalità di risposta all'emergenza-urgenza si articolano su quattro livelli di operatività:

1. punti di primo intervento,
2. pronto soccorso ospedaliero;
3. dipartimenti di emergenza, urgenza ed accettazione di primo livello;
4. dipartimenti di emergenza, urgenza ed accettazione di secondo livello

L'attivazione della centrale operativa, la sua organizzazione funzionale, il suo raccordo con le strutture territoriali ed ospedaliere, con i mezzi di soccorso, con le altre centrali operative e con le istituzioni pubbliche e private che cooperano nella risposta dell'emergenza, costituiscono, insieme all'attivazione dei dipartimenti ospedalieri di

emergenza-urgenza ed accettazione, il fulcro per l'organizzazione del sistema. In particolare la centrale operativa deve essere collegata con le altre centrali provinciali e sovraprovinciali, con gli altri servizi pubblici deputati all'emergenza (Vigili del fuoco, Carabinieri, Prefettura, Polizia, etc.) e con le associazioni di volontariato.

Le regioni, nel procedere alla riorganizzazione della rete ospedaliera:

predispongono il Piano regionale per l'emergenza, identificando le differenti esigenze delle aree territoriali regionali con particolare riguardo agli insediamenti abitativi, produttivi, alle infrastrutture, alle attività lavorative, ai flussi di traffico e turistici ed alle attività sportive,

individuano le sedi idonee di Pronto soccorso ospedaliero organizzando i dipartimenti di emergenza urgenza ed accettazione negli ospedali idonei a svolgerne le funzioni, secondo le indicazioni del presente documento;

procedono alla riorganizzazione e al potenziamento dei posti letto delle unità operative di rianimazione e terapia intensiva e delle altre terapie intensive specializzate (UTIC, terapia intensiva neonatale, centri ustione, etc.). I posti letto di terapia intensiva, attualmente stimabili complessivamente attorno allo 1,5% del totale dei posti letto disponibili, dovrebbero raggiungere gradualmente il parametro tendenziale del 3% dei posti letto totali, garantendo una articolazione in due livelli, come previsto dal Piano sanitario nazionale, così da assicurare la presenza di posti letto di terapia subintensiva in numero almeno pari a quelli di terapia intensiva. Questo incremento e la relativa organizzazione permettono di affrontare in modo adeguato non solo i problemi legati all'emergenza ed urgenza, ma anche quelli derivanti dalle attività chirurgiche e di prelievo e trapianto di organi.

Questi interventi di riorganizzazione sono effettuati nelle sedi ritenute idonee e, nei diversi ambiti territoriali, privilegiando quelle che garantiscono il minor tempo medio di accesso ai pazienti del bacino di utenza interessato.

A questo scopo, le regioni possono prevedere la istituzione di un Comitato regionale sanitario per l'emergenza, con compiti di programmazione ed indirizzo delle attività svolte nel sistema di emergenza. In particolare:

- collabora alla definizione del piano regionale per le emergenze,
- predispone il piano per le maxiemergenze, coordinandosi in particolare con il Dipartimento della protezione civile;
- definisce tipologia e dislocazione sul territorio dei mezzi di soccorso;
- elabora protocolli operativi per il coordinamento degli interventi tra le strutture centrali e periferiche;
- formula proposte per la formazione e l'aggiornamento degli operatori utilizzati nel sistema dell'emergenza-urgenza;
- promuove attività di verifica e valutazione del sistema regionale dell'emergenza-urgenza.

Il Comitato regionale sanitario per l'emergenza, presieduto dall'assessore regionale alla sanità, ovvero da persona da questi delegata, potrebbe essere preferibilmente composto da:

1. il/i responsabili dei DEA di secondo livello;
2. i direttori sanitari delle aziende ospedaliere e degli ospedali di rilievo nazionale;
3. una rappresentanza dei responsabili delle centrali operative
4. un rappresentante della Croce rossa italiana,
5. un rappresentante delle associazioni di volontariato operanti nel sistema di emergenza in regime convenzionale;
6. altre figure responsabili di servizi di particolare rilevanza nell'area territoriale di pertinenza;
7. un rappresentante del Comitato regionale di Protezione civile

Centrale operativa.

Alla Centrale operativa fanno capo tutte le richieste telefoniche di urgenza ed emergenza convogliate attraverso il numero unico 118, che a regime dovrà sostituire tutti i precedenti numeri di soccorso sanitario

Compito della Centrale operativa è di garantire il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento e di attivare la risposta ospedaliera, 24 ore su 24. Il sistema di emergenza-urgenza afferente ad una Centrale operativa è stato finora organizzato di norma, anche se non obbligatoriamente, su base provinciale. L'esperienza maturata negli anni ha dimostrato che, per province di dimensioni ridotte, risulta più funzionale l'istituzione di Centrali operative sovraprovinciali o addirittura regionali. È in ogni caso opportuna una collocazione all'interno dell'area ospedaliera sede di DEA di secondo livello.

Le regioni, tenendo conto delle indicazioni contenute nel presente documento, stabiliscono le modalità per il coordinamento delle varie Centrali operative istituite a livello regionale o sovraprovinciale.

Funzioni della centrale operativa.

Le funzioni fondamentali della Centrale operativa comprendono:

- ricezione delle richieste di soccorso;
- valutazione del grado di complessità dell'intervento da attivare;
- attivazione e coordinamento dell'intervento stesso.

Per poter assolvere a questi compiti la Centrale operativa deve essere a conoscenza della dislocazione e della tipologia dei mezzi di soccorso sul territorio, delle postazioni di guardia medica, della disponibilità dei posti letto dei DEA, con particolare riferimento a quelli relativi alle Unità operative di terapia intensiva generale e specialistica, quali quelle di cardiocirurgia, centro ustioni, neurochirurgia, chirurgia toracica e vascolare e terapia intensiva neonatale.

La Centrale operativa deve, inoltre, essere a conoscenza della disponibilità dei posti letto di terapia intensiva e di alta specialità, di cui al decreto ministeriale 29 gennaio 1992, anche se collocati al di fuori del proprio ambito territoriale.

A tal fine deve essere garantito un sistema di collegamento tra la Centrale operativa e:

- le altre centrali operative regionali;
- le postazioni dei mezzi di soccorso ed i mezzi stessi;
- le postazioni di guardia medica,
- i punti di primo intervento
- le componenti ospedaliere deputate all'emergenza del proprio territorio.

La Centrale operativa deve poter definire, con la massima precisione possibile il grado di criticità e complessità dell'evento accaduto, e, conseguentemente, attivare l'intervento più idoneo utilizzando tutte le risorse a disposizione.

In particolare, i compiti della Centrale operativa prevedono di:

fornire i consigli più appropriati, eventualmente indirizzando il paziente al proprio medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta (nelle ore diurne, per patologie che non rivestono caratteristiche di emergenza né di urgenza) o ai servizi di guardia medica territoriale, non inserita nel sistema di emergenza-urgenza, oppure ai punti di primo soccorso territoriale, indicandone l'ubicazione;

coinvolgere la guardia medica territoriale, non inserita nel sistema di emergenza urgenza,

inviare mezzi di soccorso con o senza medico a bordo, organizzando l'eventuale trasporto in struttura idonea, precedentemente allertata.

Alla Centrale operativa possono essere attribuite anche le seguenti funzioni:

- l'attività di trasporto urgente di sangue;
- l'attività connessa ai trapianti e prelievi d'organo

Nel caso di Centrali operative con bacino di utenza sovraprovinciale o regionale, sembra opportuno istituire delle centrali o unità di gestione mezzi per la gestione dei trasporti secondari assistiti.

Alla Centrale operativa sono affidati, inoltre, il coordinamento delle competenze mediche di appoggio, in particolare del personale di guardia medica addetto all'emergenza, la formazione e l'aggiornamento del personale operante in Centrale.

Per il corretto espletamento dell'attività della Centrale operativa, devono essere stabiliti protocolli operativi interni, che dovranno essere resi noti alle diverse istituzioni coinvolte nel sistema dell'emergenza-urgenza.

I protocolli di valutazione di criticità dell'evento devono utilizzare codifiche e terminologie standard non suscettibili di ambiguità interpretative e devono essere sottoposti a periodica valutazione e revisione. Tali protocolli, quale il Sistema di Dispatch, sperimentato e riconosciuto a livello internazionale, dovranno essere concordati a livello regionale dai coordinatori delle varie Centrali, con l'obiettivo di rendere omogenea la risposta all'emergenza sul territorio nazionale e periodicamente aggiornati, tenendo conto della evoluzione scientifica e tecnologica e delle eventuali linee di guida elaborate dalle Società scientifiche.

Tutti i protocolli di cui sopra saranno oggetto di valutazione ai fini del rispetto dei requisiti minimi di cui al D Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni

Risorse tecnologiche.

La Centrale operativa dovrà essere dotata di apparato di telefonia, sistema informatico e sistema di radiocollegamenti

Sistema di telefonia.

La rete telefonica della Centrale operativa prevede una serie di collegamenti che consentono di

«cappare» la chiamata effettuata dai normali apparecchi telefonici e «intradarla» verso le linee 118;

utilizzare la rete telefonica in RFD o ISND per le comunicazioni con le strutture sanitarie della guardia medica;

utilizzare linee telefoniche dedicate, per le comunicazioni con i DEA e gli altri servizi pubblici deputati alle emergenze (Vigili del Fuoco, Carabinieri, Prefettura, Polizia, etc.).

Sistema informativo

La Centrale operativa dovrà essere dotata di un sistema informativo che permetta di disporre di dati aggiornati e tempestivi relativamente agli ospedali di riferimento, alla dislocazione dei punti di primo intervento, delle postazioni di guardia medica e dei mezzi disponibili, nonché di informazioni relative alle località sedi dell'evento (riferimenti cartografici e di viabilità, etc.), utili alla gestione dell'intervento.

Tale sistema deve, inoltre, permettere la rilevazione delle attività svolte, anche ai fini di valutarne la qualità e l'appropriatezza rispetto ai problemi affrontati, onde consentire interventi correttivi.

Appare indispensabile che venga assicurata la compatibilità tra le diverse reti regionali, anche per consentire la gestione integrata delle attività di emergenza su base sovraprovinciale. A tale proposito dovrebbe essere costituito, in sede di Conferenza Stato-regioni, un gruppo di lavoro per la verifica delle condizioni per il raggiungimento di tale compatibilità.

Sistema di radiocollegamenti

La rete di radiofonia deve prevedere collegamenti tra:

le varie Centrali operative;

Centrali operative, unità di gestione dei mezzi e gli stessi mezzi mobili di soccorso. A questo proposito, è in corso la pianificazione delle 30 coppie di frequenze, canalizzate 12,5 KHz, ricadenti sulla banda 450 Mhz (banda UHF) assegnate dal Ministero delle poste e telecomunicazioni al SSN.

A tale riguardo le radiofrequenze si fa riferimento al documento elaborato dalla Facoltà di ingegneria dell'Università degli studi di Roma «La Sapienza» sui criteri per la pianificazione ed armonizzazione delle 30 coppie di frequenze su tutto il territorio nazionale, in funzione delle esigenze di traffico e coperture radio delle singole regioni. La scelta del sistema unico nazionale sarà rimandata ad un successivo atto ministeriale.

Personale della Centrale operativa.

La scelta del personale e l'attribuzione delle funzioni devono essere compatibile con le indicazioni del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 (art. 4). A tale fine il personale medico è costituito da:

Responsabile della Centrale operativa.

Il responsabile della Centrale operativa deve possedere la qualifica di dirigente medico di primo livello, o di secondo livello, preferibilmente anestesista, con comprovata esperienza nell'area dell'emergenza sanitaria, così come è stato indicato nel decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. Al responsabile della Centrale operativa compete l'organizzazione generale per quanto attiene la definizione degli aspetti tecnici che regolano i rapporti con le altre strutture di emergenza non sanitaria e con gli enti convenzionati; la definizione dei protocolli operativi interni; la definizione e la conduzione di programmi per la verifica e la promozione della qualità dell'assistenza prestata, la gestione del personale della Centrale, inclusa la guardia medica addetta all'emergenza; il coordinamento operativo dei mezzi e la definizione di linee di indirizzo per la formazione e l'aggiornamento dello stesso. Il responsabile della Centrale operativa promuove, inoltre, la collaborazione con la guardia medica territoriale e con le altre figure professionali interessate all'emergenza.

Si ritiene che il responsabile medico della centrale, qualora abbia la qualifica di secondo livello, non possa essere contemporaneamente responsabile di una unità operativa.

Personale medico.

I medici assegnati alla Centrale si distinguono in:

1) Medici dipendenti, fissi o a rotazione, provenienti dai vari settori afferenti all'area dell'emergenza, assegnati alla centrale operativa dopo un appropriato periodo di formazione sull'emergenza sanitaria.

2) Medici di guardia medica, titolari, che abbiano frequentato l'apposito corso regionale ai sensi dell'art. 22 comma 5 del decreto del Presidente della Repubblica n. 41/1991 ed i successivi programmi di formazione permanente.

Nell'ambito della programmazione regionale, qualora non risulti sufficiente il personale di cui ai punti precedenti, possono essere utilizzati anche i medici di guardia medica, non titolari, che operano nei servizi di emergenza alla data di pubblicazione delle presenti linee guida, purché in possesso dei requisiti di cui al comma precedente.

I medici di guardia medica non in possesso dei requisiti sopra menzionati, e quindi non utilizzati nella Centrale operativa, continuano a svolgere le funzioni previste dagli accordi convenzionali.

Operativamente, tenendo conto della disponibilità del personale medico, è possibile distinguere i medici assegnati alla Centrale in:

- 1) medici addetti alla Centrale operativa;
- 2) medici addetti all'emergenza territoriale.

I medici assegnati alla C.O. svolgono opera di supervisione dell'attività del personale infermieristico della centrale per garantire la corretta risposta alle richieste di soccorso, mentre i medici addetti all'emergenza territoriale svolgono compiti assistenziali in ambito extraospedaliero. In particolare, per ammalati ad alto grado di criticità, i medici addetti all'emergenza territoriale operano la scelta dell'ospedale di destinazione, nel rispetto dei protocolli concordati tra il responsabile della Centrale operativa ed i responsabili dei DEA.

Nel caso in cui nell'organizzazione regionale non sia previsto il medico addetto alla Centrale operativa, le funzioni di supervisione sono garantite dal medico di guardia dell'Unità operativa di pronto soccorso del DEA di riferimento.

Le regioni, al fine di consentire il necessario scambio di informazioni tra Centrale operativa, sistema territoriale e rete ospedaliera, promuovono un più diretto coinvolgimento dei medici di medicina generale, di guardia medica e dei pediatri di libera scelta nell'organizzazione dell'intervento sanitario in emergenza e urgenza a livello extraospedaliero. Per il raggiungimento di questo obiettivo, previsto dalle convenzioni per la medicina generale e per la pediatria di libera scelta, è opportuno prevedere che una parte dell'aggiornamento obbligatorio sia dedicato all'emergenza e che venga svolto in collaborazione con i responsabili delle Centrali operative.

Personale infermieristico.

È composto da infermieri professionali con esperienza nell'area critica, o che abbiano seguito corsi di formazione nel settore dell'emergenza. Al personale infermieristico è attribuita responsabilità nell'ambito dei protocolli della Centrale e svolge funzioni di ricezione, registrazione e selezione delle chiamate, determinazione dell'apparente criticità dell'evento segnalato, codificazione delle chiamate e delle risposte secondo il sistema delle codifiche definito dal decreto del Ministro della sanità del 15 maggio 1992. Contestualmente, nelle situazioni critiche, consultano il medico assegnato alla centrale, e gli forniscono gli elementi necessari ad assumere le decisioni negli interventi complessi, mantenendo i collegamenti con il personale di bordo dei mezzi di soccorso.

L'organico del personale infermieristico deve essere costituito da unità in parte fisse ed in parte soggette a rotazione nell'ambito del DEA.

Altro personale.

La Centrale operativa può avvalersi anche di personale appartenente alle associazioni di volontariato, ai sensi del comma 3 dell'art. 5 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, che stabilisce che, ai fini dell'attività di soccorso, le regioni e le province autonome, possono avvalersi del concorso di enti e di associazioni pubbliche e private, in possesso dell'apposita autorizzazione sanitaria sulla base dello schema di convenzione già definito dalla Conferenza Stato-regioni e approvato nella seduta del 25 marzo 1993.

Aggiornamento e formazione del personale.

I programmi di aggiornamento e formazione del personale medico dipendente dal SSN, della guardia medica addetta all'emergenza e del personale medico eventualmente messo a disposizione dalle associazioni ed enti del volontariato, nonché del personale infermieristico nella Centrale, sono definiti dal responsabile della Centrale operativa, in accordo con il responsabile del dipartimento di emergenza, urgenza ed accettazione (ovvero con il referente nominato dai responsabili dei vari DEA, se in più d'uno presenti).

Tali programmi dovranno essere riferiti in particolare, alle seguenti aree:

- 1) attività clinico-assistenziale relativa all'emergenza/urgenza, con particolare riferimento alla preparazione in tema di primo soccorso di base, soccorso vitale avanzato, soccorso vitale avanzato-traumatologico e pediatrico;
- 2) utilizzo di linee guida e protocolli elaborati dalla Centrale operativa per la gestione dell'emergenza/urgenza;
- 3) coordinamento con gli altri servizi pubblici addetti alle emergenze;
- 4) utilizzo degli specifici strumenti informatici, di fonìa, radiocomunicazione ed orografici;
- 5) modalità di rapporto con l'utenza, soprattutto nei casi ad alta criticità.

Al fine di garantire a livello nazionale una fisionomia unitaria dei diversi programmi di formazione ed aggiornamento si rimanda ad un ulteriore documento che verrà successivamente predisposto. Ove la Centrale operativa non fosse attivata, i programmi di formazione previsti ed i livelli di preparazione raggiunti, sono verificati ed attestati dal Direttore sanitario dell'azienda unità sanitaria locale o azienda ospedaliera di competenza. Tale verifica deve essere periodicamente ripetuta al fine di controllare il mantenimento del livello di preparazione teorico-pratica. Al fine di contribuire alla corretta, tempestiva ed efficace utilizzazione del sistema di emergenza sanitaria si ritiene inoltre opportuno avviare programmi per l'educazione alla salute dei cittadini anche mediante attività di informazione attraverso i mezzi di comunicazione di massa.

*Sistema territoriale.**Mezzi di soccorso.*

Fermo restando quanto previsto dal decreto ministeriale n. 553 del 17 dicembre 1987 relativo alla tipologia dei mezzi di soccorso (ambulanze di tipo A e B), ed in attesa della determinazione degli standard relativi alla dotazione ed al tipo dei mezzi di soccorso e dei

requisiti professionali del personale di bordo, così come previsto dal comma 2 dell'art. 5 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, si ritiene opportuno individuare le seguenti modalità di risposta, al fine di differenziare il livello di intervento in base alla tipologia di richiesta, tenendo anche conto del personale e dei mezzi a disposizione:

1) ambulanza di soccorso di base e di trasporto (tipo B ex decreto ministeriale n. 553/1987): automezzo il cui equipaggio minimo è costituito da un autista soccorritore e da un infermiere (o soccorritore/volontario) a bordo, con preparazione idonea ad operare nel sistema dell'emergenza;

2) ambulanza di soccorso, e di soccorso avanzato (tipo A ex decreto ministeriale n. 553/1987): automezzo attrezzato per il supporto vitale, di base ed avanzato, il cui equipaggio minimo è costituito da un autista soccorritore (ove possibile in grado di partecipare ad un intervento di emergenza sanitaria) ed un infermiere professionale con preparazione specifica verificata dal responsabile della Centrale operativa.

La eventuale presenza del medico nelle ambulanze dislocate nei punti di primo intervento, è stabilita dalla programmazione regionale;

3) automezzo di soccorso avanzato con personale medico ed infermieristico a bordo, per il trasporto delle tecnologie necessarie al supporto vitale, condotto da una delle due figure citate. Il personale medico impegnato è indicato fra i medici assegnati alla Centrale operativa;

4) centro mobile di rianimazione (o di terapia intensiva): ambulanza attrezzata come piccolo reparto ospedaliero mobile, in cui sono previsti di norma due infermieri professionali ed un medico anestesista-rianimatore, oltre all'autista soccorritore;

5) eliambulanza: mezzo di norma integrativo delle altre forme di soccorso. Il coordinamento del servizio di elisoccorso con il sistema dell'emergenza/urgenza è assicurato dalla Centrale operativa. La dotazione di personale sanitario è composta da un anestesista rianimatore e da un infermiere professionale con documentata esperienza e formazione, o da altro personale qualificato in particolari sedi operative da stabilire in sede regionale.

L'ubicazione della base eliportuale deve tenere conto della dislocazione degli ospedali afferenti al sistema dell'emergenza, dell'orografia, della meteorologia, dei nodi stradali, degli agglomerati urbani ed industriali.

Il responsabile della Centrale operativa, nell'ambito delle indicazioni regionali, definisce il numero e tipo dei mezzi di soccorso necessari per l'organizzazione del sistema, considerando che i mezzi di soccorso ai punti 3, 4 e 5 possono essere utilizzati efficacemente, in modo subordinato alla presenza delle ambulanze di tipo A e B. Le sedi di postazione dei mezzi di soccorso sono identificate nel rispetto dei tempi di percorrenza previsti, sentiti i Direttori sanitari delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere presenti nel territorio di competenza, nonché i responsabili delle associazioni ed enti del volontariato.

Periodicamente deve essere effettuata la verifica dei criteri di funzionalità ed operatività dei mezzi di soccorso, nonché la loro rispondenza ai requisiti stabiliti.

Modalità di risposta all'emergenza/urgenza.

Le modalità di risposta all'emergenza-urgenza si articolano su quattro livelli che comprendono:

- 1) punti di primo intervento;
- 1) pronto soccorso ospedaliero;
- 1) dipartimenti di emergenza-urgenza ed accettazione di primo livello;
- 1) dipartimenti di emergenza-urgenza ed accettazione di secondo livello.

1) Punti di «Primo intervento».

Presso i punti di primo intervento è possibile effettuare il primo intervento medico in caso di problemi minori, stabilizzare il paziente in fase critica e/o attivarne il trasporto presso l'ospedale più idoneo.

Essi sono costituiti da.

a) punti di primo intervento, fissi o mobili, organizzati per esigenze stagionali in località turistiche e in occasioni di manifestazioni di massa, sportive e culturali, religiose, etc.;

b) presidi delle aziende unità sanitarie locali, che dopo l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dall'art. 4, comma 10 del D. Lgs n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, rientrano fra i servizi di pronto soccorso definiti dai Piani sanitari regionali.

L'orario delle attività di tali servizi è fissato articolata nell'arco delle 12/24 ore giornaliere, secondo esigenze locali

2) Pronto soccorso ospedaliero.

I servizi di pronto soccorso e di accettazione svolgono.

- 1. attività di accettazione per i casi elettivi e programmati;
- 2. attività di accettazione per i casi che si presentano spontaneamente e non rivestono carattere di emergenza-urgenza;
- 3. attività di accettazione di soggetti in condizioni di urgenza differibile;
- 4. attività di accettazione di soggetti in condizioni di urgenza indifferibile;
- 5. attività di accettazione di soggetti in condizioni di emergenza.

Nell'ambito di queste attività, le situazioni che richiedono interventi sanitari indifferibili nell'ambito delle emergenze e urgenze, sono stimate tra il 2 e il 5%.

Presso tali servizi dovranno essere assicurati gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato. Nei casi necessari saranno garantiti gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della Centrale operativa. Le strutture sede di un servizio con funzioni di pronto soccorso/accettazione, tenendo anche conto del parere del Consiglio Superiore di Sanità del 12 febbraio 1992, saranno organizzate secondo le indicazioni della programmazione ospedaliera regionale.

Il personale medico operante nel Servizio può essere previsto anche a rotazione dai reparti, mentre quello infermieristico deve essere preferibilmente dedicato. Tale personale dovrà essere adeguatamente formato per garantire la funzionalità del servizio.

Per quanto riguarda la responsabilità dei servizi di pronto soccorso si fa riferimento a quanto riportato nel decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, articolo 7, comma 2.

3) Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione (D E A) di primo livello.

Il DEA rappresenta una aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa. A differenza dei dipartimenti tipici, costituiti da unità operative aggregate fisicamente, il dipartimento di emergenza ed accettazione comprende unità che fanno parte esclusivamente del DEA (servizi di accettazione e pronto soccorso, l'unità di osservazione e breve degenza, l'unità operativa di rianimazione con moduli di terapia intensiva e subintensiva, nonché le unità operative di medicina d'urgenza, ove previste dalla programmazione regionale) e unità che appartengono ad altri dipartimenti ed entrano a fare parte della «funzione emergenza» attraverso la condivisione di modelli operativi definiti da linee guida e da protocolli, che dovranno essere adottati da tutte le unità operative individuate come operanti nell'ambito del DEA.

Sono obiettivi del DEA:

a) assicurare adeguati livelli di assistenza fin dal primo intervento, anche mediante protocolli diagnostico-terapeutici, opportunamente verificati ed aggiornati;

b) assicurare i collegamenti tecnico-organizzativi con gli altri ospedali sede di DEA e di pronto soccorso, situati nel territorio di riferimento;

c) organizzare e gestire un sistema continuo e sistematico per la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza e della appropriatezza della utilizzazione delle risorse assistenziali,

d) favorire, con opportuna programmazione, il più alto livello di aggiornamento del personale,

e) perseguire iniziative finalizzate all'umanizzazione dell'assistenza,

f) contribuire alla educazione alla salute dei cittadini per un corretto uso del sistema delle emergenze sanitarie

Il DEA di primo livello deve garantire le funzioni di pronto soccorso e accettazione, di osservazione e breve degenza, di rianimazione e, contemporaneamente, deve assicurare interventi diagnostico terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC. Partecipano a tali attività le Unità operative di medicina d'urgenza, ove previste dalla programmazione regionale. Sono, inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini, e trasfusionali.

Presenze in guardia attiva per le 24 ore giornaliere devono essere assicurate nell'ambito delle discipline di medicina, chirurgia, rianimazione, cardiologia con UTIC, e, di norma, ortopedia.

Per quanto riguarda l'ostetricia-ginecologia e la pediatria, considerati i dati epidemiologici e ferme restando le indicazioni di questo documento, gli interventi andranno comunque garantiti, anche attraverso dipartimenti interspedalieri o interaziendali.

Il Capo dipartimento è scelto tra i dirigenti di secondo livello responsabili di una delle Unità operative afferenti al DEA. Ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, tale incarico è rinnovabile ed aggiuntivo a quello di responsabile di unità operativa, ed attribuito per un periodo non inferiore a sei mesi, ma si ritiene che sia preferibilmente esteso a due anni

Il regolamento del dipartimento dovrà definire le funzioni del Capo dipartimento, nonché le funzioni e la composizione del Comitato di dipartimento, secondo gli indirizzi stabiliti dalle successive linee guida che saranno emanate dal Ministero della sanità

4) Dipartimento di Emergenza-urgenza e Accettazione (D E A.) di secondo livello.

Vengono individuati come ospedali sede di DEA di secondo livello, i presidi in grado di assicurare, oltre alle prestazioni fornite dal DEA primo livello, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica, secondo le indicazioni stabilite dalla programmazione regionale.

Altre componenti di particolare qualificazione, quali le unità per grandi ustionati, le unità spinali, ove rientranti nella programmazione regionale, devono essere collocati nei DEA di secondo livello, assicurando una equilibrata diffusione sul territorio nazionale ed una stretta interrelazione con le centrali operative delle regioni, al fine di garantire modalità e tempi adeguati di intervento.

La programmazione regionale può individuare DEA di secondo livello specifici per particolare settori di attività, ad esempio nell'ambito della cardiocirurgia medico-chirurgica, la neurologia medico-chirurgica, assicurando la presenza di tutte le componenti necessarie all'intervento.

Deve essere in ogni caso perseguito un rapporto ottimale tra funzioni e carico d'utenza.

Nell'ambito dei reparti di medicina d'urgenza, ove previsti dalla programmazione regionale, possono essere individuati un numero di posti letto, da valutare secondo le situazioni locali, da destinare a soggetti in condizioni cliniche bisognose di assistenza e terapia intensiva ma non in condizioni tali da richiedere gli interventi propri delle unità di rianimazione.

I DEA di primo e secondo livello compiono le funzioni svolte dalle Unità operative di pronto soccorso ed accettazione, osservazione e ore e degenza, nonché di medicina d'urgenza, ove prevista dalla programmazione regionale. La responsabilità di tali funzioni è affidata ad un dirigente medico di secondo livello

Unità spinali

Il numero delle unità spinali, destinate ad affrontare i bisogni del soggetto mieloso dal momento dell'evento, dovrà essere stabilito in relazione ai dati epidemiologici disponibili a livello nazionale e regionali, ed in subordine, sulla base di evidenze internazionali.

L'unità spinale è da intendersi come un modello assistenziale ad alta specializzazione, espressamente destinato alla cura, alla riabilitazione ed al reinserimento della persona mielosa, fin dal momento dell'evento lesivo, traumatico e non, che opera all'interno di una organizzazione dipartimentale, cui afferiscono unità operative che garantiscono la interdisciplinarietà degli interventi. L'unità spinale opera preferibilmente secondo il concetto di unipolarità, nell'ambito di un singolo complesso ospedaliero sede di DEA di secondo livello, preferibilmente dotato di eliporto.

Eventuali modelli organizzativi differenti dovrebbero comunque prevedere uno stretto coordinamento fra le unità operative esistenti, per realizzare unitariamente gli obiettivi sopra indicati.

Nella organizzazione della risposta assistenziale ai soggetti mielosi, è necessario tener conto anche delle craniolesioni, parte delle quali possono beneficiare di modelli organizzativi assistenziali dedicati. Anche in questo caso, infatti, è importante garantire sin dall'inizio l'unitarietà dell'intervento e un approccio multidisciplinare che riguardi tanto la fase precoce neurochirurgica quanto quella riabilitativa.

- Su tale specifico problema sarà prodotto un ulteriore successivo allegato.

Altre particolari specialità, sia quelle già indicate nel decreto ministeriale 29 gennaio 1992 sull'«elenco delle alte specialità», come, ad esempio, le attività dei centri ustionati, sia quelle non previste, come la microchirurgia e chirurgia della mano, ove rientranti nella programmazione regionale, vanno collocate nei DEA di secondo livello. Relativamente a questi argomenti saranno prodotti dei successivi documenti per una valutazione del numero dei centri presenti o da attivare affinché l'organizzazione di tali attività avvenga, ove necessario, con criteri interregionali.

Organizzazione logistica dei servizi di guardia medica territoriale

Allo scopo di favorire e di incentivare il costituirsi di rapporti di collaborazione fra medici di medicina generale, medici di guardia medica e medici del Dipartimento di emergenza-urgenza ed accettazione, e rendere possibile uno scambio culturale oltreché le informazioni cliniche relative ai pazienti assistiti, appare opportuno che i presidi di guardia medica siano il più possibile accorpato o dislocati presso i Servizi di pronto soccorso o di primo intervento sanitario.

Questa soluzione faciliterebbe anche la possibilità di garantire la sicurezza del personale rispetto a possibili recenti episodi di violenza presso punti di guardia medica, eccessivamente decentrati e privi delle necessarie misure di sicurezza.

Organizzazione dell'emergenza pediatrica.

A) Ambito territoriale:

L'attività di primo intervento, non legato all'emergenza, deve essere assicurata nelle fasce orarie diurne dal pediatra di libera scelta e, nelle aree carenate, dal medico di medicina generale, come previsto dall'Accordo collettivo nazionale. Nelle ore notturne, nei giorni festivi, e per quanto non contemplato nel citato Accordo collettivo nazionale, nel pomeriggio del sabato e dei prefestivi, andranno individuati i punti di pronto soccorso o di guardia pediatrica intra e/o extraospedalieri.

Differenti modalità organizzative, eventualmente individuate a livello locale, dovranno comunque tendere, nell'ambito delle attività del Dipartimento materno-infantile, al coinvolgimento del personale operante sul territorio.

B) Ambito ospedaliero

Per quanto riguarda l'organizzazione di questo settore si fa riferimento agli articoli 1, 2 e 5 del decreto ministeriale sulle alte specialità del 29 gennaio 1992, nei quali sono elencate le attività di emergenza pediatrica. Esse debbono essere garantite presso strutture pediatriche a livello regionale ed interregionale per bacini di utenza minimi nell'ordine di 8-10 milioni di abitanti.

Negli ospedali sede di DEA di primo e secondo livello, e, ove possibile, negli ospedali sede di pronto soccorso, il primo intervento per i pazienti in età evolutiva, salvo i casi che necessitano di rianimazione immediata, deve essere assicurato attraverso modalità operative che prevedono l'intervento di competenti professionalità ed in situazioni logisticamente idonee ed adeguatamente attrezzate.

Per alcune particolari patologie e per i casi più gravi, deve essere prevista la possibilità di invio del bambino a Centri in grado di fornire cure specialistiche per le più importanti urgenze pediatriche. A tale proposito va fatto riferimento a quanto riportato negli articoli 1, 3 e 5 del decreto ministeriale 29 gennaio 1992 «Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità». Tali strutture dovranno poter disporre di letti di rianimazione pediatrica con personale medico ed infermieristico specificamente preparato per l'emergenza pediatrica.

Anche per questo particolare settore è prevista la stesura di un allegato successivo che comprenda l'organizzazione dell'emergenza neonatale.

Maxi emergenza.

La corretta gestione degli eventi complessi impone la collaborazione di tutte le strutture deputate all'emergenza sanitaria e non sanitaria, attraverso i collegamenti organizzati e diretti secondo precise linee di responsabilità prefissate.

Nel caso di eventi catastrofici nell'ambito territoriale di una sola Centrale operativa, il necessario raccordo tra il 118 e gli altri enti deputati ad intervenire (Vigili del fuoco, Polizia di Stato, Esercito, CRI, etc.) è garantito dal Comitato provinciale della protezione civile, mentre le funzioni di coordinamento dell'attività di soccorso, per quanto di competenza del Servizio sanitario nazionale, sono attribuite alla Centrale operativa stessa.

Per garantire l'efficacia degli interventi dovranno essere, inoltre, avviate attività di previsione che comprendono:

- a) l'archiviazione computerizzata dei dati delle risorse sanitarie nazionali sia pubbliche che private e del volontariato;
- b) la formazione costante e la verifica della professionalità degli operatori e dell'efficienza dei mezzi e delle strutture;
- c) la predisposizione degli strumenti amministrativi eccezionali da attivarsi al momento dell'emergenza.

Durante la fase di allarme e di emergenza, dovrà essere previsto l'intervento sul posto di unità di personale medico ed infermieristico, composte da un medico e due infermieri, che garantiscono anche i collegamenti con la Centrale operativa di riferimento.

Contemporaneamente, devono essere identificati, negli ospedali entrati in allarme, tutti i pazienti ricoverati dimissibili, al fine di poter censire i posti letto disponibili ad accogliere quanti potranno essere inviati dall'area del disastro.

Se la maxiemergenza coinvolge territori più ampi, il coordinamento degli interventi sanitari dovrebbe essere affidato alla Centrale regionale di riferimento, precedentemente individuata.

Nel caso di eventi che, per intensità ed estensione, devono essere fronteggiati con mezzi e poteri straordinari, gli interventi di soccorso e di assistenza alle popolazioni verranno coordinati dal Dipartimento della protezione civile (legge n. 225/1992).

Misure per l'organizzazione dell'emergenza interna degli ospedali.

Anche in relazione a quanto previsto dalla legge n. 626/1994, devono essere attivati all'interno di ogni azienda USL o azienda ospedaliera, specifici programmi di valutazione dei rischi e messe in atto idonee misure di prevenzione e controllo, nonché di informazione e formazione sui possibili rischi per il personale e per gli utenti negli ambienti di lavoro.

A cura del personale del DEA devono essere predisposti piani di emergenza interna (antincendio, evacuazione, accettazione contemporanea di un elevato numero di pazienti, etc.) che specifichino anche il ruolo dell'ospedale e delle sue singole unità operative all'interno del Piano dell'emergenza regionale. Tale Piano deve essere portato a conoscenza del personale e degli utenti.

Funzioni di triage.

All'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio.

La trasmissione delle informazioni relative ai pazienti eventualmente non identificabili sarà regolamentata da un apposito allegato.

Nel caso di non identificabilità di un paziente soccorso apposita comunicazione deve essere trasmessa alle Autorità competenti, individuate dalle prefetture, da parte della Centrale operativa nel caso di interventi extraospedalieri, e del medico di guardia del pronto soccorso nel caso di prestazioni fornite in ambito ospedaliero.

Funzioni di accettazione.

Le aziende USL e le aziende ospedaliere programmano:

i ricoveri di elezione richiedendo che, all'atto dell'accettazione, il paziente abbia già effettuato preliminari accertamenti diagnostici;

la diversificazione organizzativa e funzionale dell'attività di accettazione dei ricoveri programmati dall'attività di pronto soccorso per non ostacolare l'adeguata risposta al bisogno di emergenza-urgenza;

l'organizzazione, in sedi appropriate e distinte rispetto agli ambienti destinati al pronto soccorso, delle attività di controllo clinico e di certificazione medico-legale conseguenti alle prestazioni di pronto soccorso;

una migliore utilizzazione delle attività ambulatoriali e di day hospital per la dimissione protetta e per evitare il ricorso improprio al ricovero ospedaliero, ottemperando, nell'attuale fase di riorganizzazione della rete ospedaliera, a quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1992, «atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali».

Dall'esame dei dati relativi alla scheda di dimissione ospedaliera circa le dimissioni dagli ospedali di 14 regioni italiane nel corso del 1994, si rileva che i ricoveri ordinari, in misura pari a circa il 22%, hanno una durata di degenza di 1 giorno.

Appare evidente che una parte sia da riferire a ricoveri in regime di day hospital, non ancora formalizzato secondo il decreto del Presidente della Repubblica del 20 ottobre 1992, ed una parte, invece, sia da riferire a ricoveri della durata di un solo giorno nella degenza ordinaria: tali pazienti potrebbero essere accolti in unità di osservazione e breve degenza. Pertanto, nell'ambito delle attività di emergenza-urgenza, dovranno essere garantite quelle di osservazione e breve degenza con un dimensionamento delle relative unità operative che sia rapportato alle diverse situazioni locali, in particolare a quelle delle grandi aree urbane e metropolitane.

Le attività di accettazione dovranno essere svolte in modo da non ostacolare la tempestiva risposta alle situazioni di emergenza/urgenza, attraverso la diversificazione organizzativa e funzionale dell'attività di accettazione dei ricoveri programmati, dall'attività di pronto soccorso e l'organizzazione, in sedi appropriate e distinte rispetto agli ambienti destinati al pronto soccorso, delle attività di controllo clinico e di certificazione medico-legale, conseguenti alle prestazioni di pronto soccorso.

L'attività di accettazione dovrà essere volta a garantire la appropriatezza del ricovero ospedaliero in regime di degenza ordinaria, attraverso una ampia utilizzazione delle modalità di assistenza ambulatoriale, di day hospital e, dove attuata, di day surgery.

Roma, 11 aprile 1996

Il Ministro della sanità
GUZZANTI

*Il presidente della Conferenza delle regioni
e delle province autonome*
BADALONI

96A2986

Autorizzazioni all'immissione in commercio di specialità medicinale per uso umano (modifiche di autorizzazioni già concesse)*Provvedimento n. 300 del 26 aprile 1996*

Specialità medicinale: TORA DOL, 3 fiale 30 mg.

Titolare A.I.C.: Recordati industria chimica farmaceutica S.p.a., con sede legale e domicilio fiscale in Milano, via M. Civitali n. 1.

Modifiche apportate: estensione indicazioni terapeutiche: le indicazioni terapeutiche ora autorizzate sono: Tora-dol somministrato per via intramuscolare ed endovenosa è indicato nel trattamento a breve termine del dolore acuto post-operatorio di grado moderato-severo. Nei casi di chirurgia maggiore o di dolore molto intenso Tora-dol endovenoso deve intendersi quale complemento ad un analgesico oppiaceo. Tora-dol «30» iniettabile è inoltre indicato nel trattamento del dolore dovuto a coliche renali.

Decorrenza di efficacia del provvedimento: dalla data della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Per le confezioni già in commercio l'adeguamento del foglio illustrativo deve essere effettuato entro 12 mesi.

Provvedimento n. 301 del 26 aprile 1996

Specialità medicinale: TROMBENOX, 6 siringhe preriempite 2000 ui AXA 0,2 ml, 6 siringhe preriempite 4000 ui AXA 0,4 ml.

Titolare A.I.C.: A. Menarini industrie farmaceutiche riunite S.r.l., con sede legale e domicilio fiscale in Firenze, via Sette Santi n. 3.

Modifiche apportate: regime di dispensazione: la nuova classificazione ai fini della fornitura della specialità medicinale sopra indicata nelle varie confezioni è: medicinale vendibile al pubblico dietro presentazione di ricetta medica.

Decorrenza di efficacia del provvedimento: dalla data della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.*Provvedimento n. 302 del 26 aprile 1996*

Specialità medicinale: ZOLOFT, 15 compresse 50 mg, 15 compresse 100 mg.

Titolare A.I.C.: Roerig farmaceutici italiana S.r.l., con sede legale e domicilio fiscale in Latina, strada statale 156, km 50.

Modifiche apportate: estensione indicazioni terapeutiche: le indicazioni terapeutiche ora autorizzate sono: la sertralina è indicata nel trattamento della depressione e nel trattamento di disturbi ossessivo-compulsivi. Una volta ottenuta una risposta terapeutica soddisfacente, il proseguimento della terapia con la sertralina previene l'insorgenza di recidive o la comparsa a distanza di tempo di nuovi episodi depressivi.

Decorrenza di efficacia del provvedimento: dalla data della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Per le confezioni già in commercio l'adeguamento del foglio illustrativo deve essere effettuato entro 12 mesi.

Decreto MTR n. 443 del 26 aprile 1996

Specialità medicinale DISEON nelle preparazioni e confezioni:

30 capsule 0,25 µg A.I.C. n. 025447018 (in base 10) 0S8LMB (in base 32);

30 capsule 1,0 µg A.I.C. n. 025447020 (in base 10) 0S8LMD (in base 32);

flacone gocce 10 ml A.I.C. n. 025447032 (in base 10) 0S8LMS (in base 32).

Titolare A.I.C.: SmithKline Beecham farmaceutici S.p.a., con sede legale e domicilio fiscale in Baranzate di Bollate (Milano), via Zambelletti, codice fiscale 03524320151.

Modifiche apportate:

titolare A.I.C.: nuovo titolare A.I.C.: Teva Pharmaceutical Ind. Ltd con sede legale e domicilio fiscale in Jerusalem (Israele) Har Hahozvin;

produttore: per la forma: capsule in gelatina molle: la produzione e i controlli sono effettuati dalla società R.P. Scherer, nello stabilimento sito in Aprilia (Latina), via Nettunense km 20,100, mentre le operazioni

terminali di confezionamento continuano ad essere effettuati dalla società SmithKline Beecham farmaceutici S.p.a., nello stabilimento sito in Baranzate di Bollate; per la forma: gocce: la produzione, i controlli e le operazioni terminali di confezionamento oltre che dalla società SmithKline Beecham farmaceutici S.p.a., nello stabilimento sito in Roma, via Tiburtina km 10,400, possono essere effettuati anche dalla società Schiapparelli farmaceutici S.p.a., nello stabilimento sito in Torino, corso Belgio n. 86.

Le confezioni delle specialità medicinali sopraindicate devono essere poste in commercio con gli stampati precedentemente autorizzati, con le sole modifiche necessarie per l'adeguamento al presente provvedimento.

La società titolare dell'A.I.C. dovrà far pervenire al Ministero della sanità, Dipartimento della prevenzione e dei farmaci - Ufficio valutazione immissione in commercio delle specialità medicinali, entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente decreto nella *Gazzetta Ufficiale*, una riproduzione degli stampati nella veste tipografica definitiva, sia su supporto cartaceo in formato A4 che su supporto informatico, unitamente ad una formale certificazione del legale rappresentante in cui si attesti che il riassunto delle caratteristiche del prodotto, il foglio illustrativo e le etichette di cui all'art. 8, comma d), del decreto legislativo n. 178/1991 rispondano a quanto previsto dal comma precedente.

Decorrenza di efficacia del decreto: dalla data della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.*Estratto provvedimento di modifica di A.I.C. n. 299 del 26 aprile 1996*

Variazione di A.I.C.: Modifica della ragione sociale del titolare A.I.C.

Tutte le specialità.

Vecchia ragione sociale e sede legale: Recordati Farma S.r.l., con sede legale e domicilio fiscale in Pomezia (Roma), via Laurentina km 24,730, codice fiscale n. 01313330597.

Nuova ragione sociale e sede legale: Pharmarecord S.r.l., con sede legale e domicilio fiscale in Pomezia (Roma), via Laurentina km 24,730, codice fiscale n. 01313330597.

Il presente provvedimento entra in vigore il giorno della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Estratto provvedimento di modifica di A.I.C. n. 331 del 2 maggio 1996

Variazione di A.I.C.: Modifica della ragione sociale del titolare A.I.C.

Tutte le specialità.

Vecchia ragione sociale e sede legale: Nuovo consorzio sanitario nazionale del dott. Paolo Malizia e C. S.a.s., con sede legale e domicilio fiscale in Roma, via Svetonio, 6, codice fiscale n. 04562951006.

Nuova ragione sociale e sede legale: Nuovo consorzio sanitario nazionale S.r.l., con sede legale e domicilio fiscale in Roma, via Svetonio, 6, codice fiscale n. 04562951006.

Il presente provvedimento entra in vigore il giorno della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Estratto provvedimento di modifica di A.I.C. n. 291 del 26 aprile 1996

Specialità medicinale: DALACIN T, lozione 1% 30 ml, n. di A.I.C.: 025314 030.

Società Upjohn S.p.a., via G.E. Upjohn, 2/4 - 20040 Caponago.

Oggetto provvedimento di modifica: è autorizzata la variazione di denominazione della forma farmaceutica da «dozione 1%» in «latte dermatologico 1%».

Il presente provvedimento ha effetto dalla data di pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

Estratto provvedimento di modifica di A.I.C. n. 293 del 26 aprile 1996

Specialità medicinale: FAVE DI FUCA:

40 confetti, n. di A.I.C.: 008637 011;

30 confetti, n. di A.I.C.: 008637 035.

Società Roche S.p.a., piazza Durante, 11 - 20131 Milano.