ALLEGATO 1

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Allegato al Decreto del Commissario ad ACTA

n. 125 del 20 OTT. 2014

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale".

Rep. Atti n. 36/CSR del 7 febbraio 2013

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 7 febbraio 2013:

VISTI gli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTA la lettera in data 28 gennaio 2013 con la quale il Ministero della salute ha inviato la proposta di accordo indicata in oggetto che, in data 29 gennaio 2013, è stata diramata alle Regioni e Province autonome;

VISTA la nota del 5 febbraio 2013 con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato il parere tecnico favorevole;

ACQUISITO nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, nei seguenti termini:

Considerati:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, in particolare l'articolo 8-*octies*, che prevede che le Regioni e le Aziende unità sanitarie locali attivino un sistema di monitoraggio e controllo sulla qualità dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni;

ROMA, 2014 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.

- 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 in emergenza", pubblicato sulla G.U., Serie generale, n. 76 del 31 marzo 1992;

- il decreto del Ministero della Sanità 15 Maggio 1992 recante "Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza", pubblicato sulla G.U, Serie Generale, n. 121 del 25 maggio 1992;

- le "Linee-Guida sul sistema dell'emergenza sanitaria", in applicazione del richiamato decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, approvate con l'atto di intesa tra Stato e regioni, adottato nel corso della seduta di questa Conferenza dell'11 aprile 1996 e pubblicato nella G.U. il 17 maggio 1996;

- l'Accordo sancito da questa Conferenza nella seduta del 25 ottobre 2001 sul documento recante: "Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza -urgenza sanitaria" (Rep. Atti n.1313 /2001);

- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" che, nel livello dell'Assistenza distrettuale ,include sia la Continuità Assistenziale notturna e festiva - tra le prestazioni dell'area della Medicina di Base- che le prestazioni dell'area dell'emergenza sanitaria territoriale pubblicato nella G.U., Serie Generale, n. 33 dell'8 febbraio 2002;

- l'Accordo sancito da questa Conferenza nella seduta del 22 maggio 2003 sul documento di "Linee guida su formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza urgenza" (Rep. Atti n 1711 /2003);

- il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008 recante "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza", pubblicato nella G.U., Serie Generale, n. 9 del 13 gennaio 2009;

- il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 14 ottobre 2009 recante "Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale e linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano - Anno 2009", pubblicato sulla G.U., Serie Generale, n. 21 del 27 gennaio 2010;

- l'Accordo sancito da questa Conferenza nella seduta del 27 luglio 2011 (Rep. Atti n.135/CSR), integrativo dell'Accordo sancito il 20 aprile 2011(Rep. Atti n.84/CSR) sulla proposta del Ministro della Salute di linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province Autonome delle risorse

ROMA, 2004 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.

vincolate, ai sensi dell'articolo1, commi 34 e 34- *bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011;

- il decreto- legge 13 settembre 2012, 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n.189, recante " Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", pubblicato sulla G.U. del 10 novembre 2012, S.O. n.201/L;

- che, in materia di riordino dell'assistenza territoriale, le Regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria e l'integrazione con i servizi ospedalieri;

SI CONVIENE

sul documento recante: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale", Allegato sub A), parte integrante del presente atto.

Le parti danno atto che il documento oggetto del presente Accordo fornisce indicazioni utili a favorire un armonico sviluppo di tutti i servizi sanitari territoriale e ospedaliero, nell'ambito dell'emergenza- urgenza e del settore delle cure primarie e convengono:

a) adottare sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e ad intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, centralizzando almeno su base provinciale le chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale, condividendo con il Sistema di Emergenza-Urgenza, le tecnologie e integrando i sistemi informativi regionali lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni del 118 e della Continuità Assistenziale;

b) realizzare presidi territoriali multi professionali per le Cure Primarie, utilizzando le strutture ospedaliere riconvertite in punti di assistenza territoriali, potenziando ambulatori e forme di aggregazione già esistenti ma anche e soprattutto mettendo in rete e riorganizzando i punti di erogazione dell'assistenza territoriale nell'ambito dei Distretti;

c) realizzare all'interno del Pronto Soccorso e del Dipartimento di Emergenza-Accettazione percorsi separati clinico - organizzativi dei pazienti classificati dai Sistemi di Triage con codici di gravità Rossi e Gialli da quelli Verdi e Bianchi, anche con l'invio di questi ultimi a *team* sanitari distinti per le prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero;

ROMA, 2004 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ufficio di Segreteria della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome

d) garantire, per il paziente a bassa complessità assistenziale, la continuità di cura attraverso percorsi agevolati che prevedano eventualmente la prenotazione per esami ed ulteriori accertamenti da effettuare in tempi brevi, adottando apposite procedure per l'invio alla rete delle Cure Primarie, attivando ogni possibile collegamento tra gli specialisti del Pronto Soccorso e la rete degli specialisti territoriali governata dal Distretto.

All'attuazione del presente Accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

IL PRESIDENTE
Dott. Piero Gnudi

ROMA, 2004 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.

Allegato A

Documento recante:" Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale".
Premessa

Negli ultimi anni si è assistito, su tutto il territorio nazionale, ad un costante e progressivo incremento degli accessi ai Pronto Soccorsi (PS), ai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) ospedalieri. Il significativo maggior afflusso di utenza ha riguardato sostanzialmente le patologie di media - bassa criticità clinica che spesso possono trovare una adeguata e a volte migliore risposta clinico – assistenziale nell'ambito della rete dei servizi di Cure Primarie, ove adeguatamente strutturata. Questo rilevante aumento di utenza ha determinato un sovraffollamento dell'area di emergenza e urgenza intra - ospedaliera con disagi e disservizi, anche a pazienti che necessitano, in tempi rapidi, di prestazioni polispecialistiche tipicamente ospedaliere.

A distanza di quasi vent'anni dalla emanazione della normativa generale di riferimento del sistema di emergenza e urgenza nazionale (DPR 27/3/92) , si ritiene necessario fornire indicazioni utili a favorire un armonico sviluppo di tutti i servizi sanitari, territoriali e ospedalieri, con particolare riguardo alla improcrastinabile necessità di realizzare una forte integrazione tra gli stessi al fine di fornire una risposta completa ed efficiente al cittadino per una presa in carico globale della persona che necessita di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

L'Accordo integrativo sugli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per il 2011, sancitodalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 27 luglio 2011, prevede che le Regioni predispongano progetti "finalizzati a realizzare o potenziare lo sviluppo di modalità organizzative che consentano l'integrazione tra i Servizi di Emergenza-Urgenza (118) e di Continuità Assistenziale (CA - ex Guardia Medica)". Tale integrazione deve consentire di superare la frammentarietà degli interventi attualmente assicurati dalle diverse strutture del SSN ampliando l'orizzonte dell'assistenza sanitaria". Sulla base di queste indicazioni, si ritiene necessario precisare che l'integrazione deve riguardare in prospettiva l'intero ambito dell'Emergenza Urgenza (intra ed extraospedaliera) e l'intero settore delle Cure Primarie, al fine di garantire percorsi assistenziali caratterizzati da un approccio multiprofessionale e multidisciplinare.

Con il presente documento si forniscono indicazioni utili a favorire un armonico sviluppo di tutti i servizi sanitari territoriale e ospedaliero, nell'ambito dell'emergenza- urgenza e del settore delle cure primarie, al fine di :

-adottare sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e ad intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, centralizzando almeno su base provinciale le chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale, condividendo con il Sistema di Emergenza-Urgenza, le tecnologie e integrando i sistemi informativi regionali lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni del 118 e della Continuità Assistenziale;

-realizzare presidi territoriali multi professionali per le Cure Primarie, utilizzando le strutture ospedaliere riconvertite in punti di assistenza territoriali, potenziando ambulatori e forme di aggregazione già esistenti ma anche e soprattutto mettendo in rete e riorganizzando i punti di erogazione dell'assistenza territoriale nell'ambito dei Distretti-;

-realizzare all'interno del Pronto Soccorso e del Dipartimento di Emergenza-Accettazione percorsi separati clinico - organizzativi dei pazienti classificati dai Sistemi di Triage con codici di gravità Rossi e Gialli da quelli Verdi e Bianchi, anche con l'invio di questi ultimi

sanitari distinti per le prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero;

-garantire, per il paziente a bassa complessità assistenziale, la continuità di cura attraverso percorsi agevolati che prevedano eventualmente la prenotazione per esami ed ulteriori accertamenti da effettuare in tempi brevi, adottando apposite procedure per l' invio alla rete delle Cure Primarie, attivando ogni possibile collegamento tra gli specialisti del PS e la rete degli specialisti territoriali governata dal Distretto.

1. Sistemi di ricezione delle richieste

Emergenza e urgenza: Già oggi il cittadino, qualora ritenga di aver bisogno di una risposta sanitaria immediata per una esigenza che, a suo giudizio, richiede un intervento tempestivo, compone il numero telefonico 118, unico numero sul territorio nazionale per l'attivazione del servizio di emergenza e urgenza sanitaria. A tale numero telefonico risponde un sistema dedicato che garantisce nel più breve tempo possibile, l'intervento di un'equipe con conseguente trattamento tempestivo e trasporto del paziente presso un PS/DEA, salvo i casi che possono essere risolti dall'equipe di soccorso direttamente sul territorio. Tale funzione di ricezione delle chiamate di urgenza ed emergenza può essere assicurata dalle Regioni e PA con personale sia sanitario che tecnico appositamente addestrato per la gestione e lo smistamento di questa tipologia di chiamate, secondo le modalità e le articolazioni organizzative ritenute più opportune dalle singole Regioni e PA.

Assistenza primaria: Il cittadino che necessita di una prestazione sanitaria di cura e assistenza primaria che rientra tra le prestazioni erogabili dal MMG e dai PLS, oggi non ha dappertutto una garanzia di risposta nelle 24 ore. Per poter assicurare la continuità delle Cure Primarie è necessario attivare la funzione di ricezione delle richieste di Assistenza primaria attivo 24 ore/24. Tale funzione di ricezione delle chiamate di assistenza primaria può essere assicurata dalle Regioni/PA in Centrali, anche adiacenti alle Centrali Operative (CO) del 118, con personale sanitario e tecnico allo scopo addestrato che fornirà risposte e consigli utili al cittadino sulla base di protocolli predisposti in collaborazione tra MMG e gli altri operatori sanitari del Distretto, e condivisi con il 118 e i DEA, per le parti di interazione. Poiché è verosimile che il cittadino possa commettere errori nell'attivare l'una o l'altra delle funzioni sopra elencate, è necessario che le due funzioni siano supportate da un'unica piattaforma tecnologica. La riorganizzazione del Sistema di Emergenza Urgenza in rapporto alla CA richiede una puntuale informazione al cittadino, destinatario ultimo del percorso riorganizzativo nel suo complesso oltre che una adeguata e omogenea preventiva formazione degli operatori tutti. La conoscenza dell'esistenza dei numeri dell'Emergenza sanitaria e della CA va incentivata attraverso la realizzazione di interventi di comunicazione volti a far conoscere a tutte le fasce di popolazione, con particolare riguardo a quelle più deboli, in quali casi è opportuno chiamare il 118 e in quali casi occorre rivolgersi al numero unico di CA.

2. Sistemi di presa in carico del cittadino

Emergenza e urgenza: I pazienti le cui richieste sono ricevute e gestite dalle CO del 118 vengono soccorsi, trasportati e affidati dai mezzi di soccorso alla rete dei PS/ DEA. Le Regioni e PA proseguono nelle sviluppo organizzativo e informativo delle reti di patologia, al fine di rendere trasparente ed esplicito il ruolo e le competenze di ciascun presidio ospedaliero appartenente alla rete dell'emergenza e urgenza anche avvalendosi dei modelli organizzativi sulle reti condivisi con il Ministero e proposti da Agenas. Attualmente su tutto il territorio nazionale, circa l'80% dei pazienti che accedono ai PS/DEA si presentano con mezzi propri e solo il 20% circa sono trasportati

dal 118, rappresentando oltre il 60% dei ricoveri in urgenza. Tra questi ultimi pazienti si stima che oltre il 20 % siano pazienti con patologie tempo dipendenti (o che necessitano di essere tempestivamente indagati per valutare la necessità di interventi in urgenza), e un'altra importante quota sia rappresentata da pazienti che necessitano di cure in ambiente ospedaliero in quanto richiedono competenze specialistiche o polispecialistiche. Tra la residuale utenza trasportata dal 118 e il preponderante afflusso di accessi autonomi deve essere ricercata la quota parte di pazienti che accedono inappropriatamente alle cure specialistiche ospedaliere e che dovrebbero trovare più adeguate risposte nella Assistenza Primaria. Spesso la probabilità maggiore di inappropriatezza di accesso al PS/DEA viene imputata ai Codici Bianchi e ad una quota parte dei Codici Verdi che vengono attribuiti ai pazienti che afferiscono o che vengono trasportati a tali strutture. Al riguardo è utile rammentare che l'attività di triage nasce ed insiste nei Servizi di PS/DEA con un numero di accessi superiore ai 25.000 anno per espletare le funzioni di accoglienza degli utenti, di identificazione e riconoscimento delle priorità alle prestazioni indirizzandoli all'area di trattamento più idonea. L'attività di triage, è svolta tramite l'impiego di classificazione a codici colore e non esprime la complessità clinico assistenziale del paziente. Infatti, solo dopo più approfonditi accertamenti può essere determinata la tempestività e la competenza specifica più adeguata per decidere un trattamento ospedaliero. Ciò significa che talvolta pazienti codificati in fase iniziale a bassa priorità di accesso possono necessitare, a seguito di più accurati approfondimenti, di valutazioni tempestive e specialistiche e viceversa. Ciò rafforza l'importanza di una forte integrazione tra il settore dell'emergenza - urgenza e il settore dell'assistenza primaria. Qualora il codice di Triage venga utilizzato anche per indirizzare i pazienti all'uno o all'altro settore, è importante considerare più accuratamente parametri clinici e anamnestici quali ad esempio malattie croniche a rischio di riacutizzazione, l' appartenenza a particolari categorie di pazienti (neoplastici, allergici o altre situazioni particolari), in breve, le informazioni che attraverso una piattaforma tecnologica e informatica condivisa possono essere immediatamente accessibili.

Assistenza primaria: Gli ultimi Piani Sanitari Nazionali hanno descritto indirizzi per il rafforzamento organizzativo-professionale dell'area delle Cure Primarie, indicando nell'integrazione multi professionale, nella continuità dell'assistenza e nella presa in carico di soggetti affetti da patologie croniche, le leve principali per lo sviluppo di una rete assistenziale in grado di gestire la cronicità e rispondere alla domanda "a bassa intensità". Gli ultimi Accordi Collettivi Nazionali per la Medicina Generale definiscono una organizzazione della medicina convenzionata esclusivamente in forma associata: i Medici di Medicina Generale (MMG), i Medici di Continuita' Assistenziale (MCA), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e gli Specialisti eventualmente inseriti nelle attività di Cure Primarie devono far parte di forme associative definite dalle Regioni e integrarsi fra di loro per l'erogazione dell'Assistenza Primaria.

Tali modalità organizzative sono previste anche nel decreto- legge 13 settembre 2012, 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n.189, recante" Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute",

Pertanto, l'erogazione delle prestazioni di Assistenza Primaria è garantita nelle 24 ore, qualora il MMG non venga direttamente contattato dall'utente, attraverso il seguente percorso:

- ricezione della richiesta da parte della CURAP (Centrali Uniche di Riferimento per l'Assistenza Primaria);
- consiglio telefonico, sulla base di protocolli studiati e predisposti in collaborazione con i MMG e con gli altri operatori sanitari del Distretto;
- rinvio al medico curante del cittadino (o alla forma associativa cui afferisce l'assistito) che si impegna a dare la propria disponibilità quotidiana rispondendo prontamente alla CURAP dal proprio telefono cellulare;
- invio ad ambulatorio di CA gestito da MMG e PLS anche integrati con i Medici di CA e con personale infermieristico ed amministrativo, e ubicato, a seconda delle esigenze territoriali: presso una sede della CA, presso la sede del Distretto o anche in prossimità di un PS/DEA (purchè ben distinto e separato dai percorsi dedicati alla emergenza).

- attivazione dei MCA sul territorio per intervento domiciliare, qualora presenti in quella fascia oraria. A questo scopo, la centralizzazione delle chiamate per i Servizi di CA almeno su base provinciale e la rivisitazione del numero delle postazioni rappresentano una esigenza irrinunciabile anche al fine della necessaria riprogrammazione dei servizi in funzione dei volumi e della tipologia delle attività. Riguardo alle fasce orarie di presenza dei MCA (sia per attività ambulatoriale che domiciliare), si ritiene opportuno considerare anche differenziazioni di orari di servizio che consentano una maggior copertura del territorio in orario diurno giornaliero e una più ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 – 08.00) anche in funzione della necessaria integrazione con le forme di associazione dei MMG ai fini della copertura H24, disciplinati con protocolli chiari e condivisi con il 118. Nelle strutture dove i Medici svolgono l'attività devono essere favoriti l'utilizzo di dotazioni strumentali di primo livello e l'accessibilità alla piattaforma informatica comune per la consultazione delle banche dati degli assistiti.
- nelle zone rurali e a forte dispersione di densità abitativa deve essere potenziata la rete virtuale delle comunicazioni tra cittadino e servizi delle Cure Primarie, facilitando in tutti i modi l'utilizzo della telemedicina. Sempre in queste zone può risultare utile lo sviluppo di Punti di Primo Intervento Territoriali, costituiti dalle postazioni medicalizzate del 118, fisse o mobili, anche stagionali, finalizzate alla prestazione delle prime cure, alla stabilizzazione dei pazienti in fase critica ed al loro trasporto presso l'ospedale individuato dalla CO, ma anche con funzioni di filtro per prestazioni urgenti gestibili in loco. I Punti di Primo Intervento gestiti dai DEA di riferimento, invece, possono essere costituiti temporaneamente negli ospedali riconvertiti in strutture territoriali, secondo i volumi di attività indicati dal documento Agenas, previsto dal comma 2 dell'articolo 16 del Patto per la Salute 2010-2012, ed in ubicazioni rigorosamente separate dai punti di erogazione delle Cure Primarie.

3. Percorsi differenziati tra Emergenza e Assistenza Primaria

Le Regioni e le PA scelgono, sulla base delle caratteristiche del territorio se privilegiare l'offerta di continuità assistenziale di Cure Primarie presso strutture territoriali o presso strutture ospedaliere. Si sottolinea fortemente la opportunità di individuare quali sedi le strutture ospedaliere riconvertite in territoriali nella ridefinizione della rete ospedaliera per acuti specie nelle Regioni in piano di rientro. Qualora la continuità assistenziale nelle 24 ore venga garantita presso strutture territoriali (MMG/PLS nelle varie forme di aggregazione,) è necessario che il Sistema di emergenza territoriale 118, nella sua autonomia organizzativa e garantendo sempre la separazione dei percorsi, sia messo nelle condizioni di poter assicurare a tali strutture l'adeguato supporto per organizzare, nel rispetto di protocolli concordati, tempestivi trasferimenti dei pazienti ai quali dovessero venire riscontrate patologie tempo dipendenti. Ove invece la continuità delle Cure Primarie venga garantita nei pressi delle aree dei PS/DEA, devono essere individuati spazi, risorse e percorsi dedicati e separati per tali attività rispetto al settore dell'emergenza e urgenza. Considerato che l'incremento di afflusso registrato in questi ultimi anni nei PS/DEA raramente è andato di pari passo con un corrispondente incremento del numero di tali strutture, il dimensionamento e la distribuzione dei locali necessari (quali, ad esempio, le sale di attesa, le aree triage, gli spazi ambulatoriali, le diagnostiche, le Osservazioni Brevi, le Osservazioni Brevi Intensive (OBI), i differenti percorsi per i Codici Rossi e Gialli e per i Verdi e Bianchi, i locali per i colloqui, le aree di lavoro del personale e i depositi), devono essere attentamente studiati e correttamente progettati al fine di evitare quanto più possibile intralci e embricazioni di percorsi tra utenze con esigenze significativamente diverse tra di loro. A questo proposito si ritiene indispensabile definire gli standard per risorse umane, strumentali e spazi in relazione ai volumi ed alle tipologie di attività dei PS/DEA, anche in funzione dell'inserimento dei pazienti in percorsi più appropriati.

4. Piattaforme informatiche e tecnologiche

Attualmente la normativa nazionale prevede l'utilizzo del 118 come numero unico di Emergenza Sanitaria, mentre i numeri di accesso alla CA non sono stati normalizzati. La normativa europea ha definito l'obbligo a introdurre sia i numeri di emergenza (Numero Unico Europeo 112) in modo integrato con i numeri di emergenza nazionali, sia la possibilità di utilizzare il numero 116117 per il Servizio di Guardia Medica per cure non urgenti. Poiché attualmente è in corso di progettazione la integrazione del 118 con il 112, prevedendo l'impiego di nuove soluzioni tecnologiche di tipo telefonico e informatico, è auspicabile che sia integrato nel percorso anche lo sviluppo delle soluzioni tecnologiche 116117, lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle due numerazioni.

Il fatto di poter condividere all'interno di una unica piattaforma tecnologica ambedue i servizi produce numerosi vantaggi:

- garantisce affidabilità e sicurezza di funzionamento al sistema (mantenimento delle funzionalità del sistema in caso di guasti, eventi climatici eccezionali, reinstradamento rapido delle chiamate in caso di interruzioni di funzionamento degli impianti, gestione guasti);
- le chiamate che giungono al 118 possono essere prese in carico dall'operatore e, se di competenza della CA, trasferite alla relativa centrale o viceversa, unitamente ai dati di intervista, in modo del tutto trasparente per l'utente;
- presa in carico di chiamate originate da cittadini diversamente abili (es. impiego sistemi ricezione SMS da persone non udenti);
- messa a disposizione del personale operante sul territorio di supporti di vario tipo: dati relativi ai pazienti, sicurezza per le persone, mediazione multilingue, registrazione informatizzata delle attività;
- possibilità di definire in modo flessibile i punti di ricezione delle chiamate dirette alla CA: ad esempio, le chiamate possono essere prese in carico da una apposita Centrale operativa di CA, mentre nelle fasce notturne possono essere prese in carico presso le postazioni di CA essendo queste ultime di tipo modificabili nel corso del tempo in relazione alla zona di competenza, all'orario di funzionamento e alle modalità di risposta (presso i CAP o Casa della Salute o presenti in altri punti fissi o mobili del territorio);
- possono essere introdotti e gestiti in modo più efficiente i vari impianti di registrazione, localizzazione del mezzo mobile di CA sul territorio, sistemi di sicurezza degli operatori di CA, teletrasmissione, disponibilità per la CA di supporti cartografici digitali specifici.