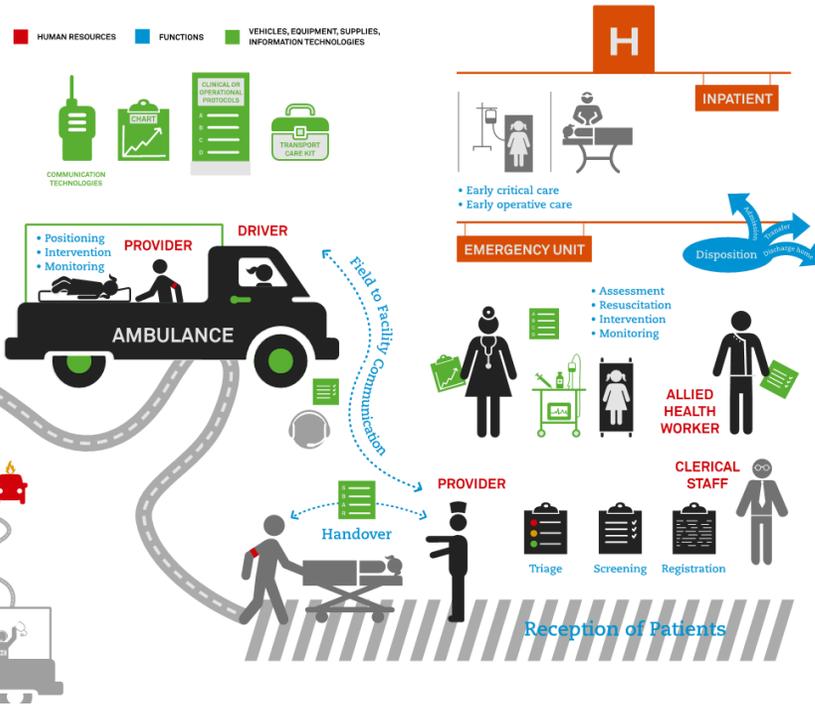




EMERGENCY CARE SYSTEM FRAMEWORK

All around the world, acutely ill and injured people seek care every day. Frontline providers manage children and adults with injuries and infections, heart attacks and strokes, asthma and acute complications of pregnancy. An integrated approach to early recognition and management saves lives. This visual summary illustrates the essential functions of a responsive emergency care system, and the key human resources, equipment, and information technologies needed to execute them. The reverse side addresses elements of governance and oversight.



La Rete Ospedaliera del Trauma



DM indirizzato Emergenza



CSR LG Emergenza

SIAT

DM 70

CSR LG Reti T-D

1992

1996

2000

2005

2010

2015

2018

2010

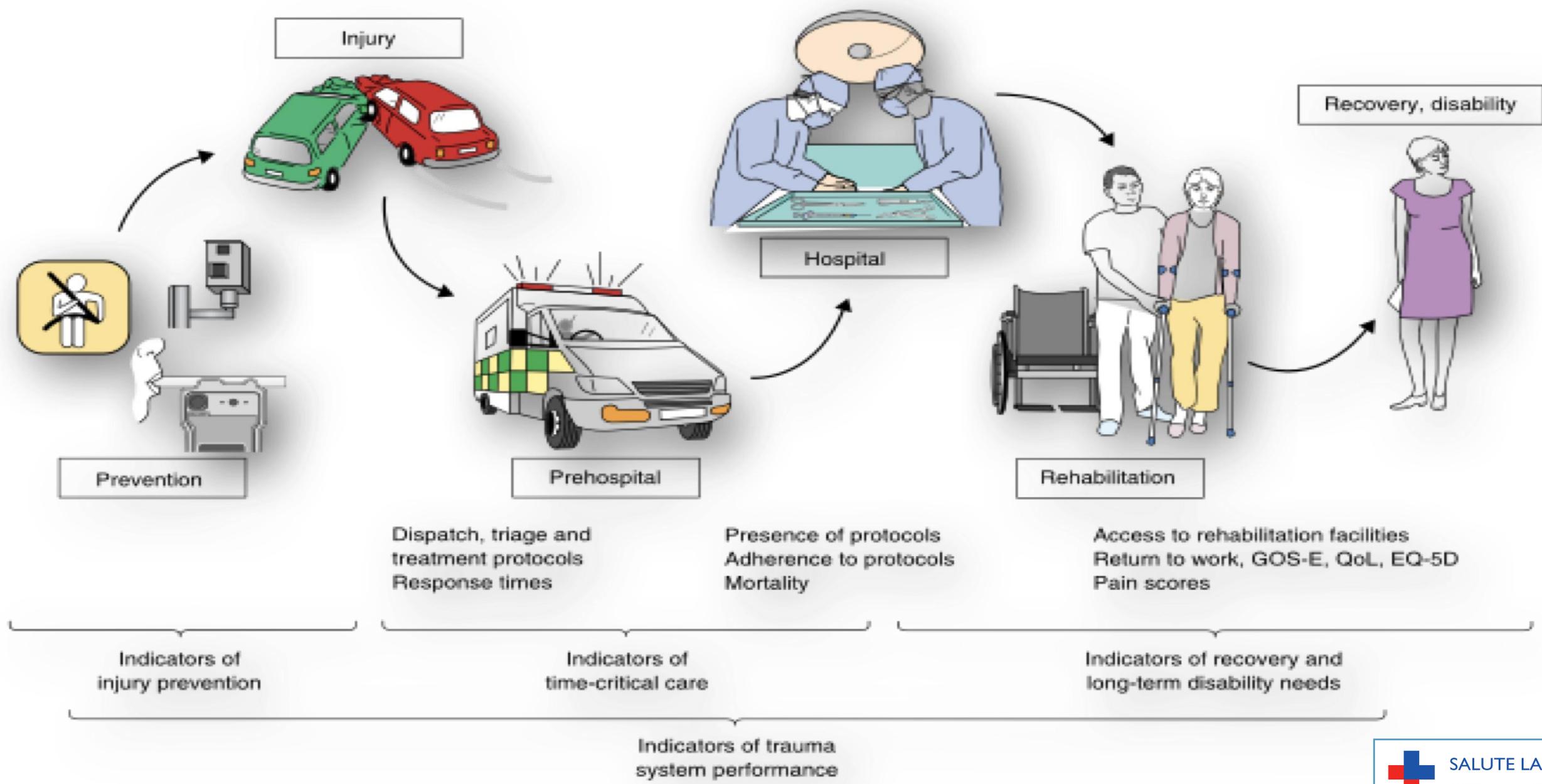


**Attivazione
R. Em.**

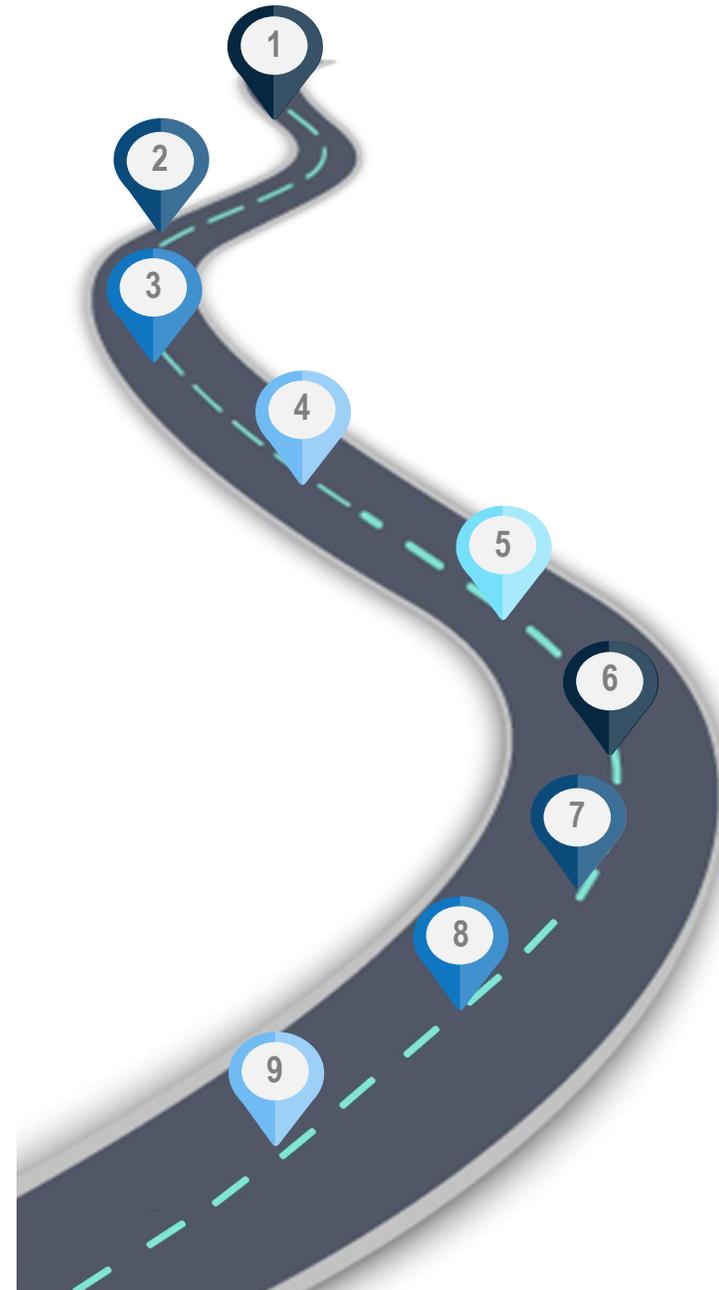
SIAT

**SIAT
LI/LGC**

**SIAT
Rev-TGP**



- 1. Chiamata 118**
Aumentare l'attivazione
- 2. Centralizzazione primaria**
Trasporto 118 verso CTS/CTZ
- 3. Percorso Trauma grave**
Attivazione in PS
- 4. Stabilizzazione e diagnosi**
entro < 60'
- 5. Decisione terapeutica**
Teleconsulto
- 6. Accesso a procedure**
Centralizzazione secondaria
- 7 Trattamenti specialistici**
Appropriatezza e tempestività
- 8. Ricovero TI/NCH/CH**
Secondo complessità clinica
- 9. Accesso alla riabilitazione**
Continuità assistenziale



Coordinamento Regionale

HUB DS/clinico
programmazione

Coordinamento Reti di Patologia

ARES118

Gestione operativa

Coordinamento Area Hub/spoke

DS/Coordinatore clinico
Organizzazione area

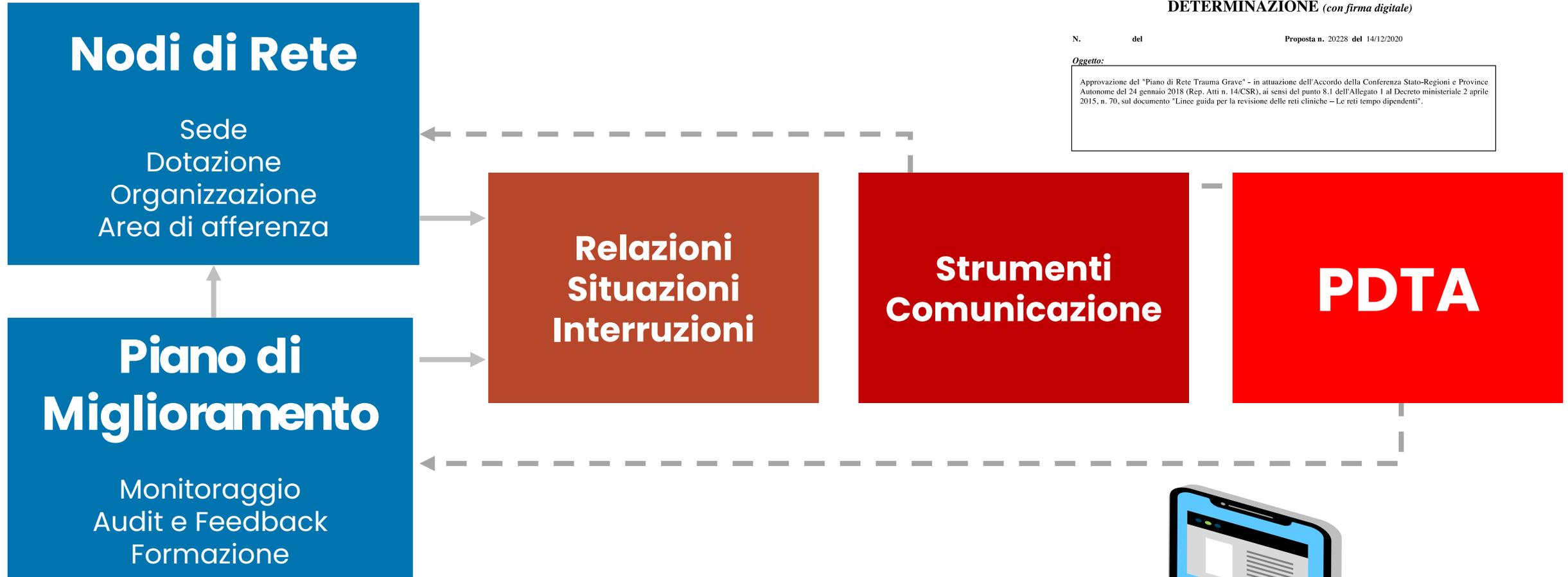
Coordinatore Team II L
Referente di Rete PS/I L

DETERMINAZIONE (con firma digitale)

N. del Proposta n. 20228 del 14/12/2020

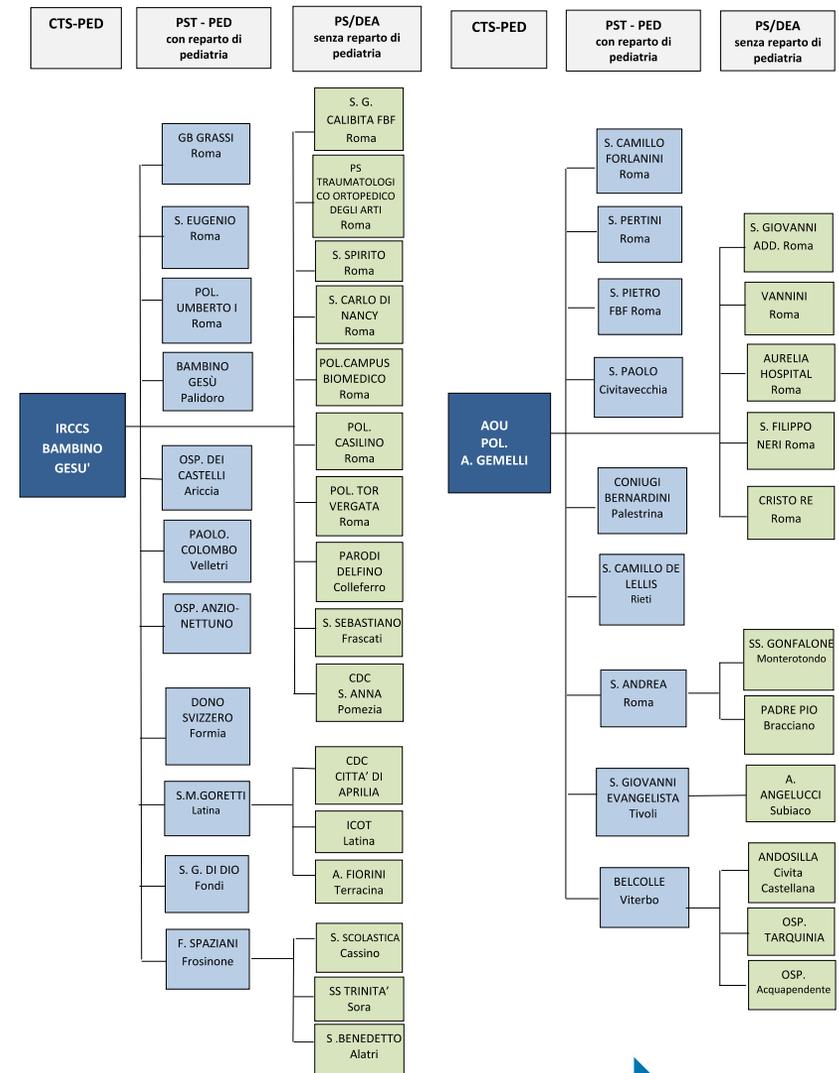
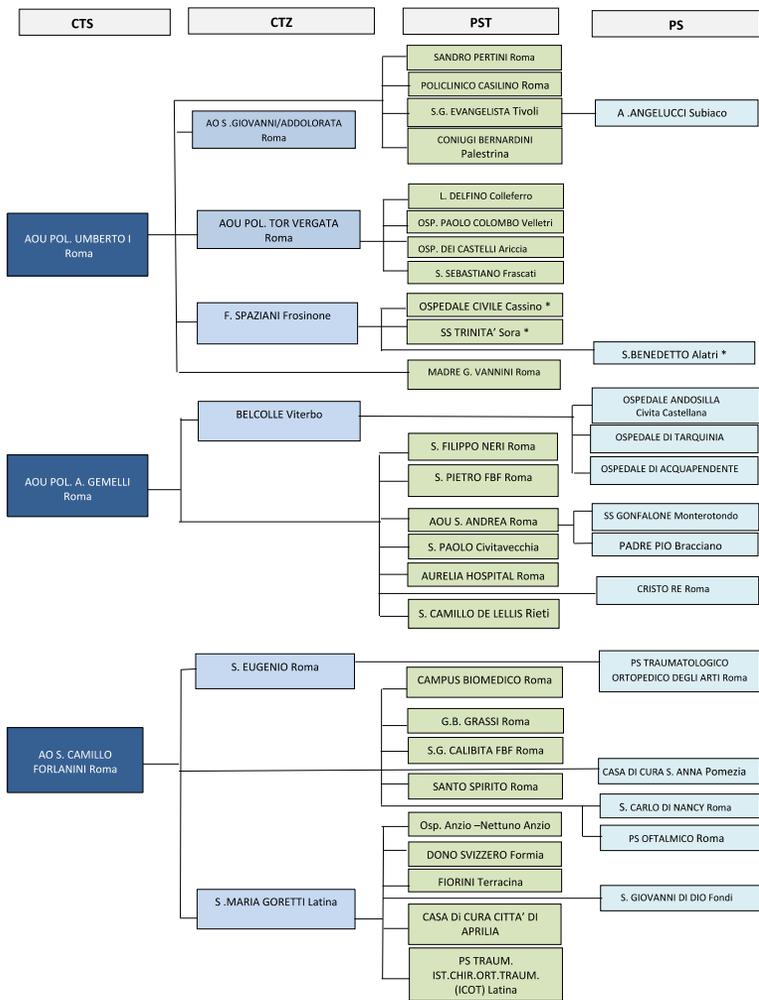
Oggetto:

Approvazione del "Piano di Rete Trauma Grave" - in attuazione dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 24 gennaio 2018 (Rep. Atti n. 14/CSR), ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, sul documento "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti".



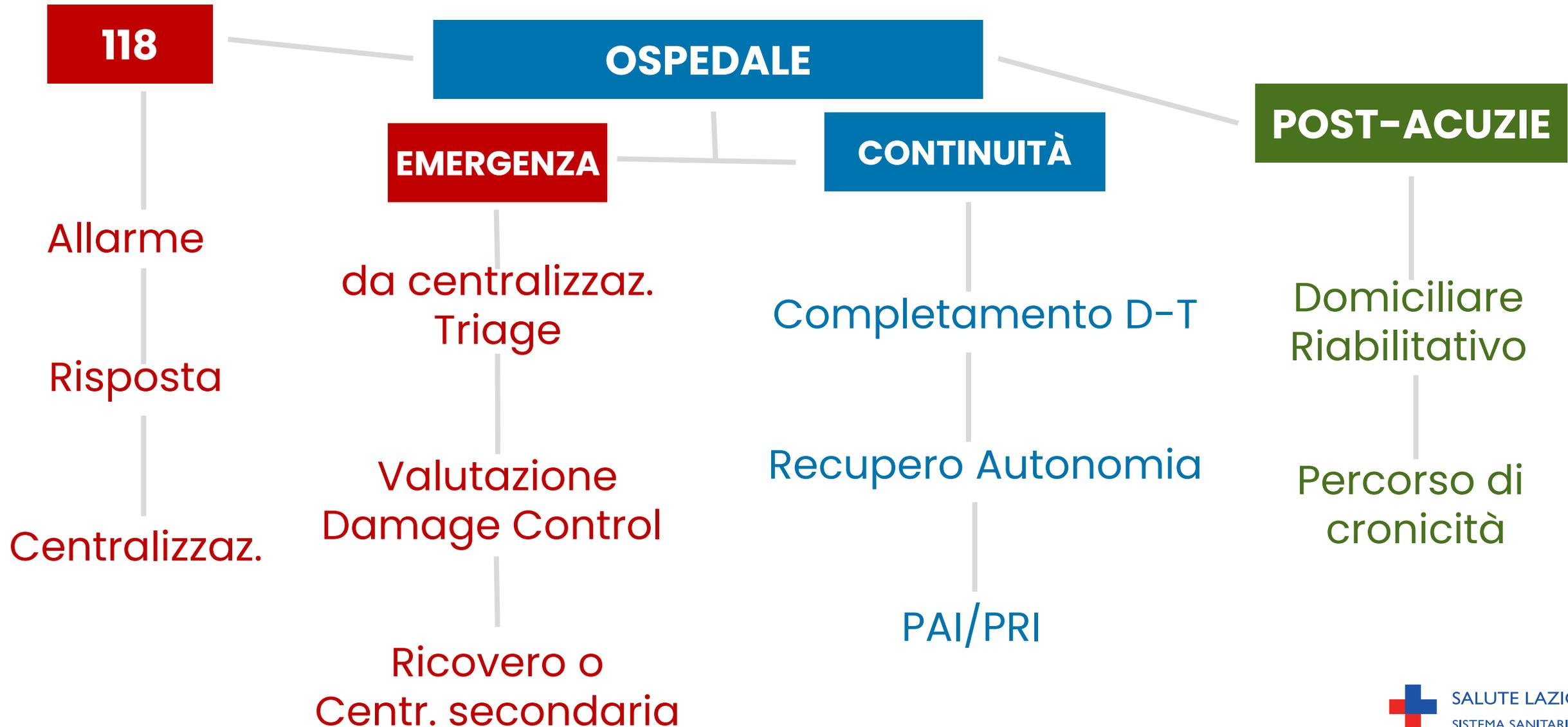
Presentato-Diffuso-Disponibile



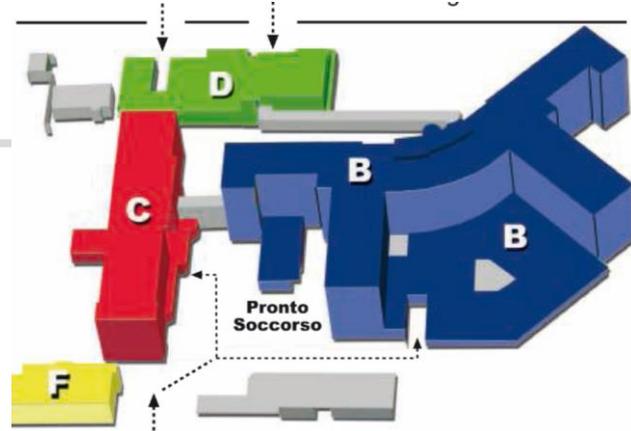


CTS/CTZ responsabili della centralizzazione secondaria

PDTA secondo Linee Guida condivise



EMERGENZA



CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Allerta

Preparazione accesso
Attivaz. percorso da centraliz.

Team MD professionalità
in/reperibili

Team MD professionisti
patologia orientato

supporta unità di ricovero
collabora con i curanti

Applicazione Aziendale delle LG per livello nella Rete

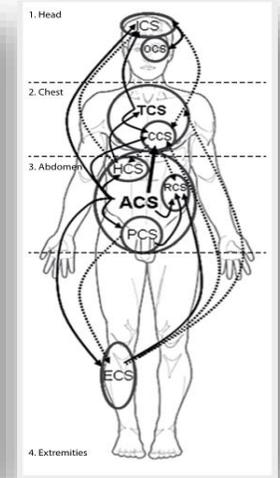
Il percorso e le competenze professionali



Manovre di Damage



Continuità assistenziale multidisciplinare durante il ricovero



Strategia Damage



Ogni Ospedale nella Rete



CTS Riferimento di Rete

Gestione definitiva

Ogni Ospedale deve avere un proprio percorso organizzato

La presa in carico del paziente con “trauma grave” viene attuata in urgenza da un team multidisciplinare secondo una logica inclusiva delle professionalità presenti o reperibili secondo il livello nella Rete



	h 24	h 12 + h 12 reperibilità	Altre modalità
Anestesista-Rianimatore			
Chirurgo			
Medico di Emergenza/urgenza			
Radiologo			
In età pediatrica			
Pediatra di emergenza-urgenza			
Anestesista-Rianimatore pediatrico			
Chirurgo pediatrico			
Servizio di laboratorio			
Immunoematologia e Medicina trasfusionale			
Ortopedico			
Chirurgo vertebrale			
Neurochirurgo			
In età pediatrica			
Neurochirurgo Pediatrico			
Radiologo interventista			
Otorino/maxillo-facciale			
Chirurgo vascolare			
Cardiochirurgo			

Importanza della conoscenza del piano/PDTA

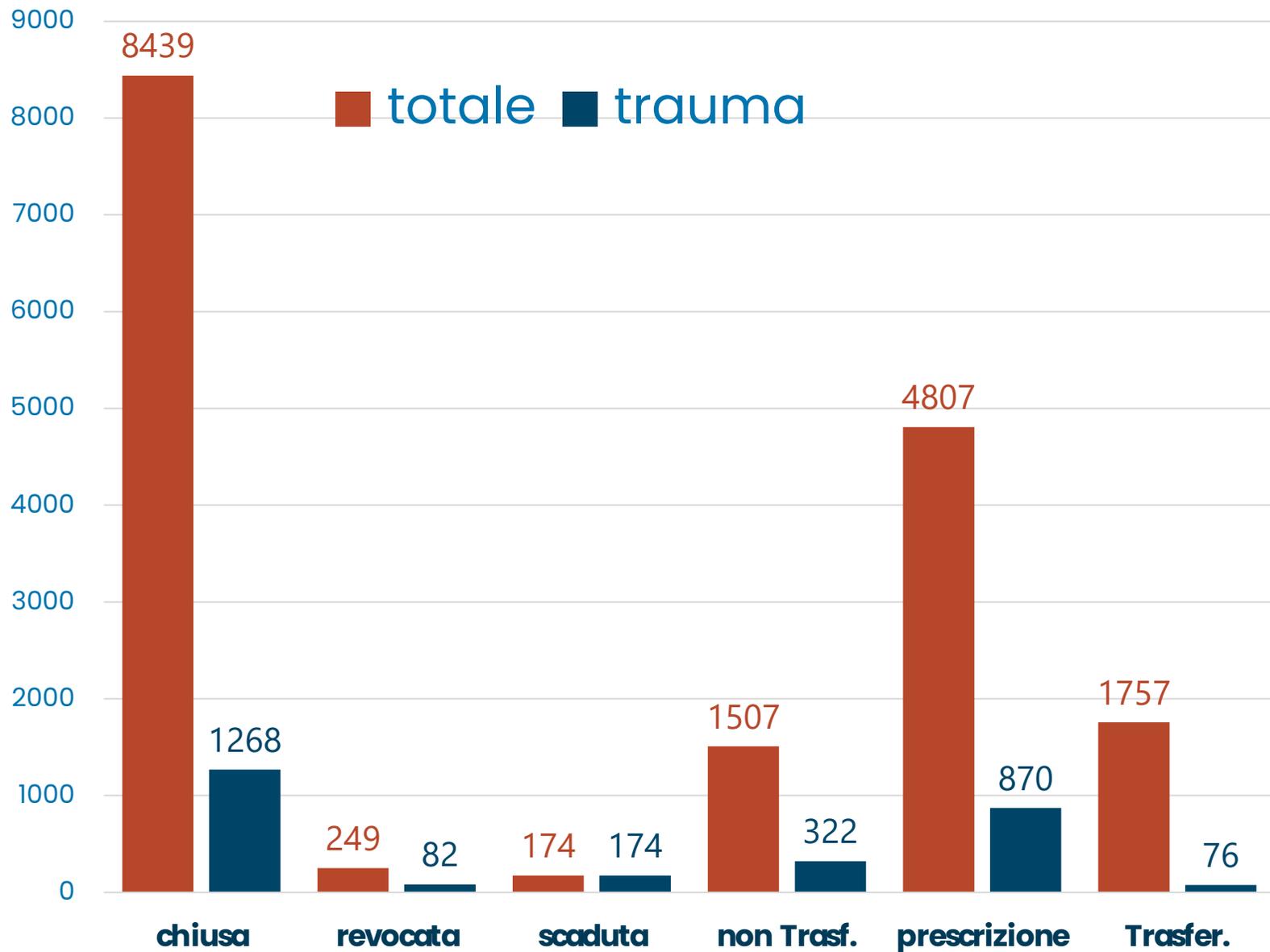
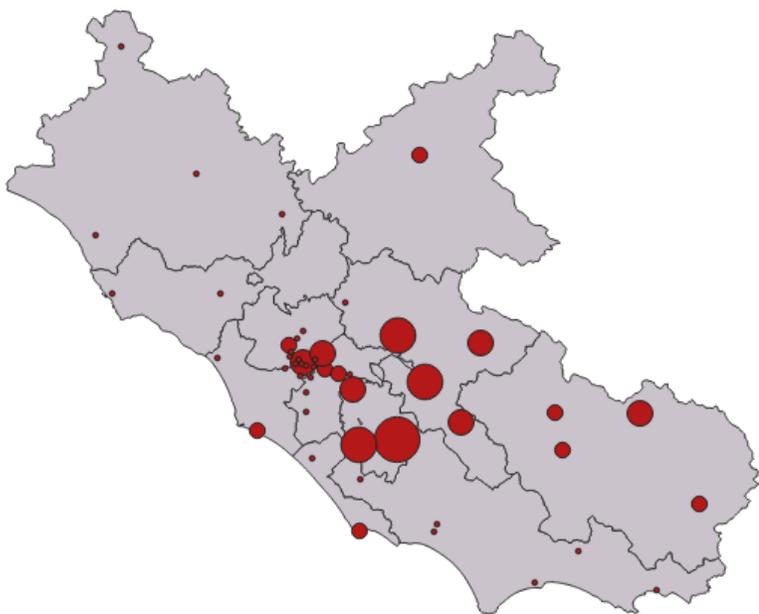
La continuità assistenziale viene assicurata dal team multidisciplinare o dal coordinatore per la rete ictus secondo il livello di ospedale.

Il team multidisciplinare è composto dai seguenti professionisti

	NCH	CH	ORTO	TI
casi	157	226	153	453

	CTS	CTS pediatrico
Anestesista-Rianimatore		
Chirurgo		
Ortopedico		
Neurochirurgo		
Infettivologo		
Fisiatra		
Radiologo Interventista		
Radiologo		
Medico Medicina Trasfusionale		
Cardiochirurgo		
Chirurgo Plastico		
Chirurgo toracico		
Chirurgo vascolare		
Ginecologo		
Otorinol./Chirurgo maxillo-facciale		
Urologo		
Direzione Sanitaria		

Continuità di cura-supporto U.O.





Monitoraggio e documenti nella mail



Formazione

Percorso “blended” per obiettivo/intervento assistenziale /webinar di rete

Piano di miglioramento

Programma di azioni e interventi organizzativi e clinici

Audit e Feedback

Incontri periodici di team e di professionisti su obiettivi assistenziali

Monitoraggio e Report

SDO esiti: sostenere il significato e raggiungere la completezza



SDO- Esito trauma Grave

Selezione ISS > 15

Centralizzazione 118

Indicatori clinici

Tempistica PS/CS/procedure

Esito

DATI GENERALI DA SISTEMA INFORMATIVO EMERGENZA SANITARIA - ANNO 2020

N. Accessi risultati ICTUS in fase di ricovero				Esito Ricovero		Esito Trasf.	
Pazienti con almeno un Accesso in PS DEA	Accessi Totali	Tempo medio (ore)	Di cui codificati con ICTUS	N	Tempo medio (ore)	N	Tempo medio (ore)
8.678	10.241	19,0	3.982	7.942	15,0	2.030	4,0

DATI PER TRIAGE

Triage					%Tempi di permanenza Fuori Soglia					
Rosso (N)	Cod2 - Arancione (N)	Cod3 - Azzurro (N)	Giallo (N)	Verde (N)	%Cod2-15 min.	%Cod2-30 min.	%Giallo-15 min.	%Giallo-30 min.	%Cod3-120 min.	%Verde-60 min.
4.721	3.235	1.722	184	26	98,5	97,6	98,4	98,4	92,1	96,2

CENTRALIZZAZIONI

CENTRALIZZAZIONE PRIMARIA			CENTRALIZZAZIONE SECONDARIA		
N. ARES 118	N. Acc. Ares118 in UTN II	N. Acc. Ares118 in UTN I	N. Acc. Trasf. a livello superiore	N. Acc. (ARES 118) Trasf. a livello superiore	N. Acc. (ARES 118) Trasf. da PS DEA a UTN
6.060	1.944	2.367	834	534	368

DATI GENERALI DA SISTEMA INFORMATIVO OSPEDALIERO - ANNO 2020

N. ICTUS	%maschio	Età				Tipo di ICTUS		
		Media	18-64 aa	65-74 aa	>=75 aa	Emorragico	Ischemico	Aspecifico
10.069	52,7	74,2	2.136	2.196	5.737	3.669	6.035	365

Ruolo Ospedale di Ricovero	Tipo di ICTUS per Ruolo (Fonte: SIG)			Tot.
	1-Emorragico	2-Ischemico	3-Aspecifico	
01-UN II	1.363	2.302	24	3.689
02-UN I	1.237	1.647	59	2.943
03-Inv/PSE	341	580	35	956
04-PS/DEA	460	497	88	1.045
9-No Ruolo	268	1.009	159	1.436
Tot.	3.669	6.035	365	10.069

ICTUS ISCHEMICO

TRANSITI				Esito Dimissione				
Neurochirurgia (cod. 30)	Neurologia (cod.32)	Astanteria (cod. 51)	Terapia Intensiva (cod. 49)	Degenza Media	Deceduto in Ricovero	Altro Setting assistenziale-Stesso IRC	Dimesso verso RSA	Dimesso verso Riab Lung
30	2.987	609	729	10,8	644	200	192	906

PROCEDURE/INTERVENTI (DIMISSIONI PER ICTUS ISCHEMICO)

Trombolisi-SIO	RMN capo-SIO	TAC capo-SIO	Trombectomie				Trombectomie (Percorso diretto)				Trombectomie (Altro percorso)				Interventi di Chirurgia Vascolare	Craniotomie	Interventi di Rip. Endovasc.
			N	Tempo Medio*	N	%	N	Tempo Medio*	N	%	N	Tempo Medio*	N	%			
923	2.761	2.938	526	17,8	82	15,6	351	20,2	57	16,2	175	13,0	25	14,3	171	25	52

*I tempi sono calcolati come differenza tra la data di effettuazione della procedura/intervento e la data del primo accesso in PS/DEA riferito a quella dimissione

PUNTEGGI DELLE SCALE RANKIN E NIHSS (RICOVERO-DIMISSIONE PER ICTUS ISCHEMICO)

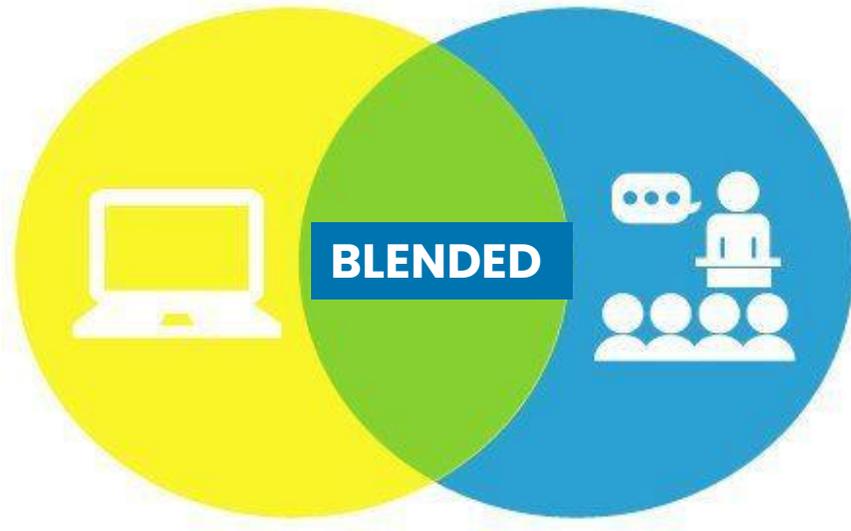
RANKIN				NIHSS					
RICOVERO		DIMISSIONE		RICOVERO		DIMISSIONE			
0-2	3-6	0-2	3-6	0-4	5-15	16-42	0-4	5-15	16-42

Formazione Regionale

Percorso Trauma Grave

Partecipanti 1600

Completato da 1148

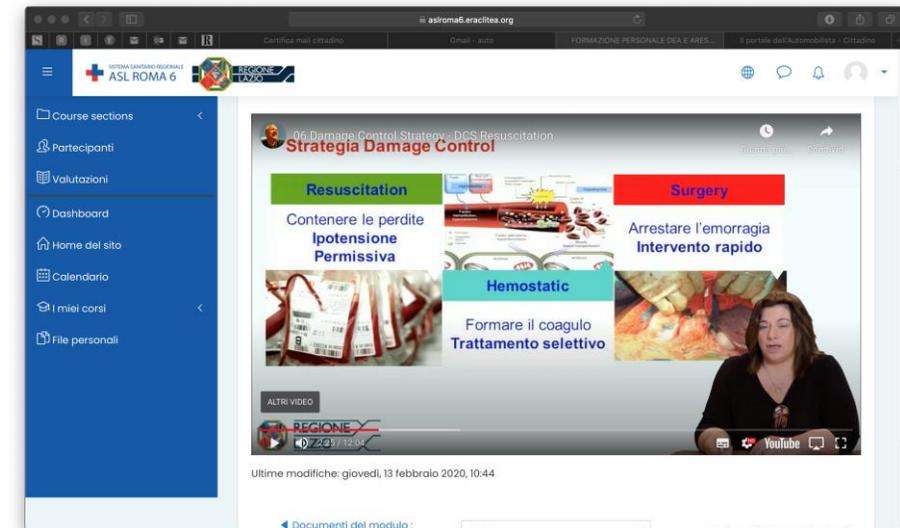
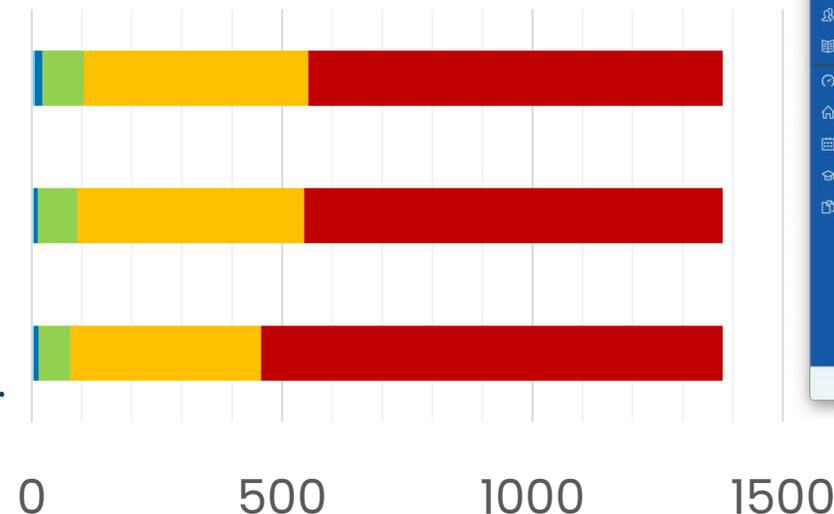


■ 1 - non rilevante ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 - molto rilevante

Come valuta la utilità di questo evento per la sua...

Come valuta la qualità educativa di questo programma ECM?

Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alle...



DETERMINAZIONE (con firma digitale)

N. G11271 del 01/10/2020

Proposta n. 14406 del 28/09/2020

Oggetto:

Recepimento dell' "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 Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", sancito dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni nella seduta del 9 luglio 2020 (Rep. atto n. 100/CSR) ed approvazione del documento regionale "Linee di indirizzo per il percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura".

Sommario

- 1. **Premessa** 2
- 2. **Contesto epidemiologico** 3
- 3. **Indicazioni Generali** 3
- 4. **Governo clinico** 4
- 5. **Percorso chirurgico in elezione** 6
- 6. **Programmazione della lista operatoria** 9
- 7. **Indicazioni specifiche del percorso chirurgico in urgenza** 10
- 8. **Programma di miglioramento "Audit & Feedback"** 11
- 9. **Formazione** 13
- 10. **Ripresa dell'attività chirurgica in corso di epidemia** 14

1. Riduci il tempo dall'accesso al pronto soccorso all'entrata in sala operatoria

a1. ...all'urgenza chirurgica proveniente da reparto di degenza

2. Migliora l'appropriatezza della gestione peri-operatoria

3. Adegua la gestione postoperatoria alla complessità clinica



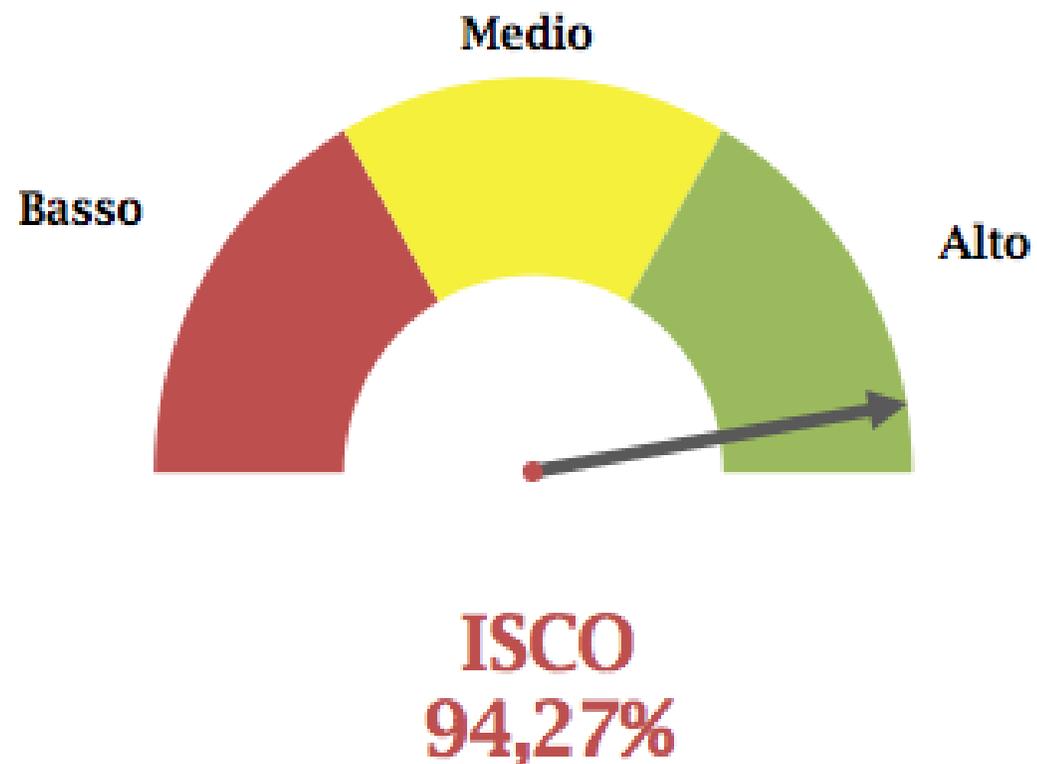


Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

**II Indagine Nazionale sullo stato di
attuazione delle reti tempo-dipendenti**

Rapporto 2021

ISCO- Anno 2020



Rete professionale

La sfida delle risorse umane

Opportunità per una nuova generazione

Accedere a **un'organizzazione strutturata e**

nello stesso tempo **flessibile per obiettivi**

Assumere **skill professionali e di Rete**

Misurarsi sui processi



Manutenere la RETE !!!

Aggiornare l'approccio integrato alla complessità
Assumere il misurarsi come strumento di progresso
Implementare percorsi, team, trasversalità
Sviluppare professionisti di riferimento in ogni nodo
Conservare l'unità del gruppo multiprofessionale