

L'ORGANIZZAZIONE DEI DIPARTIMENTI DI EMERGENZA SANITARIA (DEA)

di Franco Pesaresi¹

Indice

	pagina
1. La definizione del DEA	2
2. Le finalità del DEA	3
3. La tipologia dei DEA	4
4. I DEA previsti dalle regioni	11
5. L'aggregazione delle unità operative	12
5.1. Il DEA strutturale e il DEA funzionale	12
5.2. L'aggregazione delle unità operative del DEA	14
6. Gli organi del DEA	16
6.1. La composizione del comitato di dipartimento del DEA	16
6.2. Le funzioni del comitato del DEA	17
6.3. Il direttore del dipartimento	18
6.4. Le funzioni del direttore del dipartimento	19
7. Conclusioni	20
Bibliografia	22
Norme nazionali di riferimento	22
Norme regionali di riferimento	22

5 luglio 2015

¹ Direttore ASP "Ambito 9", Jesi (AN)

1. DEFINIZIONE DEL DEA²

Il DPR 27/3/1992 ha dato le prime indicazioni definitorie sul dipartimento di emergenza; esso deve assicurare nell'arco delle 24 ore, anche attraverso le unità specialistiche di cui è dotato l'ospedale, oltre alle funzioni di pronto soccorso, anche gli interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici nonché l'osservazione breve, l'assistenza cardiologia e rianimatoria. Poi, le Linee Guida n° 1 del 1996 dal Ministero della Sanità hanno approfondito tutte le tematiche relative all'organizzazione dell'emergenza sanitaria prevedendo un sistema organizzato e coordinato comprensivo delle centrali operative, del sistema territoriale di soccorso e del sistema ospedaliero di emergenza che opera attraverso i dipartimenti di primo e secondo livello. E' cambiato anche il nome del dipartimento di emergenza che è diventato **Dipartimento di emergenza-urgenza e accettazione (D.E.A.)** che ogni regione è chiamata ad individuare, organizzare e dislocare nel territorio.

Come sempre accade, ogni regione italiana, nel definire il proprio Sistema di emergenza, ha scelto una definizione diversa dalle altre per definire sinteticamente il DEA. Solo un piccolo gruppo di regioni ha cercato di avvicinarsi alla definizione che deriva dalle norme nazionali affermando che "Il dipartimento di emergenza/urgenza e accettazione (DEA) rappresenta un'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 (Abruzzo, Basilicata, Bolzano, Molise, Puglia). Tutte le altre regioni (cfr. tab.1) hanno invece scelto definizioni differenti che si basano però sui giusti concetti di interdipendenza ed integrazione funzionale delle unità operative al fine di dare una risposta completa e tempestiva ai problemi dell'urgenza-emergenza sanitaria. Tra queste si segnala a titolo esemplificativo quella della regione Lazio secondo cui "il dipartimento di emergenza e accettazione (DEA) è il modello organizzativo multidisciplinare che comporta l'integrazione funzionale delle unità operative e servizi sanitari necessari ad affrontare il problema diagnostico e terapeutico dei cittadini in situazioni di emergenza e/o urgenza sanitaria. Il DEA costituisce il collegamento funzionale nell'ambito del bacino di utenza e nel territorio di competenza tra i presidi territoriali ed i servizi e le divisioni dell'ospedale di riferimento comunque impegnati nell'urgenza".

² Il presente lavoro è stato pubblicato nel n.4-5/2005 di "Tendenze Nuove" editore Il Mulino con il titolo "L'organizzazione dipartimentale dell'emergenza sanitaria (DEA) nelle regioni italiane". Qui appare in una versione aggiornata al 2015.

Tab. 1 – Le definizioni regionali del DEA.

Regione	DEFINIZIONE DEL DEA
Abruzzo, Basilicata, Bolzano, Molise, Puglia	Il dipartimento di emergenza/urgenza e accettazione (DEA) rappresenta un'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.
Calabria	Il dipartimento di emergenza si configura come l'organizzazione multidisciplinare derivante dall'integrazione funzionale delle divisioni e servizi sanitari necessari per affrontare il problema diagnostico e terapeutico posto dal malato in stato di urgenza e/o emergenza sanitaria.
Campania	Il dipartimento strutturale integrato delle emergenze (DIE) è programmato in modo tale da governare tutte le componenti territoriali ed ospedaliere del SIREs, che ricomprende le funzioni di allarme sanitario, di trasporto infermi, servizio di assistenza urgenza territoriale e le attività di emergenza ospedaliera per il territorio della centrale operativa.
Friuli V.G.	Il dipartimento orizzontale per l'emergenza si configura come un dipartimento multi specialistico che risponde alla necessità di riportare all'unitarietà del bisogno del malato la visione parcellizzata in singole discipline, tipica dell'evoluzione della medicina contemporanea.
Lazio	Il dipartimento di emergenza e accettazione (DEA) è il modello organizzativo multidisciplinare che comporta l'integrazione funzionale delle unità operative e servizi sanitari necessari ad affrontare il problema diagnostico e terapeutico dei cittadini in situazioni di emergenza e/o urgenza sanitaria. Il DEA costituisce il collegamento funzionale nell'ambito del bacino di utenza e nel territorio di competenza tra i presidi territoriali ed i servizi e le divisioni dell'ospedale di riferimento comunque impegnati nell'urgenza.
Liguria	Per DEA si intende la aggregazione finalizzata a rispondere alle emergenze, di tutte le divisioni e servizi del Servizio ospedaliero. Tale funzione si esprime attraverso l'organizzazione di attività multidisciplinari parallele alla risposta sanitaria di elezione.
Lombardia	I DEA costituiscono l'articolazione organizzativa attraverso cui gli ospedali deputati assicurano le attività di emergenza ed urgenza.
Trento	Il dipartimento di emergenza è una struttura organizzativa e funzionale che – nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera – coinvolge più unità operative con gli obiettivi di migliorare il livello assistenziale ed operativo mediante un razionale, integrato e coordinato utilizzo delle risorse, promuovere l'attività di ricerca e di aggiornamento professionale degli operatori, verificare e revisionare costantemente la qualità degli interventi e dei risultati.
Umbria	Il DEA è il modello organizzativo multidisciplinare che affronta, con l'apporto sinergico delle competenze professionali esistenti nell'ospedale e nel sistema 118, i problemi assistenziali della emergenza-urgenza collocandoli presso le strutture ospedaliere dotate delle competenze e delle strutture adeguate ad affrontarli appropriatamente.
Valle d'Aosta	Il dipartimento d'emergenza e accettazione (DEA) rappresenta il modello organizzativo delle funzioni ospedaliere finalizzate al trattamento delle emergenze-urgenze sanitarie. È costituito su schemi operativi di interdisciplinarietà fra le attività medico-chirurgiche di base e le attività specialistiche coinvolte per frequenza e continuità nelle problematiche del soccorso sanitario.
Veneto	Il dipartimento di emergenza ed urgenza (DEU) è il modello organizzativo multidisciplinare che comporta l'integrazione funzionale delle unità operative e servizi sanitari necessari ad affrontare il problema diagnostico e terapeutico del caso.

Fonte: norme regionali in bibliografia.

2. LE FINALITÀ DEL DEA

Le Regioni italiane spesso non si sono accontentate di individuare le finalità generali dei dipartimenti ma hanno cercato di valorizzare le specificità del DEA individuando finalità caratteristiche mutate sia dalla esperienza generale dei dipartimenti ospedalieri che dagli obiettivi specifici dell'emergenza-urgenza. In questa ricerca le regioni italiane hanno fatto spesso riferimento alle linee guida n.1/1996 del Ministero della Sanità mentre in altri casi hanno arricchito o modificato tali orientamenti. Per cui, secondo le regioni italiane il dipartimento svolge le seguenti attività:

- assicurare i necessari collegamenti con le unità operative appartenenti ad altri dipartimenti e con altri DEA (Linee guida n.1/1996, Abruzzo, Lazio, Marche, Umbria, Valle d'Aosta)
- garantire le funzioni di pronto soccorso (Abruzzo, Calabria, Liguria, Marche, Valle d'Aosta);
- 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 (Linee guida n.1/1996, Abruzzo, Campania, Lazio, Valle d'Aosta);
- favorire, con opportuna programmazione, il più alto livello di aggiornamento del personale; (Linee guida n.1/1996, Abruzzo, Campania, Lazio, Valle d'Aosta);
- garantire gli interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici (Calabria, Liguria, Marche, Valle d'Aosta);

- assicurare adeguati livelli di assistenza fin dal primo intervento, anche mediante protocolli diagnostico-terapeutici, opportunamente verificati ed aggiornati (Linee guida n.1/1996, Campania, Lazio, Valle d'Aosta);
 - perseguire iniziative finalizzate all'umanizzazione dell'assistenza (Linee guida n.1/1996, Abruzzo, Lazio, Valle d'Aosta);
 - contribuire all'educazione alla salute dei cittadini per un corretto uso del sistema delle emergenze sanitarie (Linee guida n.1/1996, Abruzzo, Lazio, Valle d'Aosta);
 - garantire l'osservazione breve, assistenza cardiologica con UTIC e rianimatoria; (Calabria, Liguria, Marche);
 - garantire le prestazioni analitiche, strumentali e di immunoematologia (Calabria, Marche);
 - garantire il coordinamento l'integrazione funzionale delle unità operative ospedaliere necessarie ad affrontare il problema diagnostico e terapeutico posto dal malato in stato di urgenza o emergenza sanitaria; (Friuli VG, Marche);
 - razionalizzare l'impiego delle risorse (Friuli, Lazio);
 - omogeneizzare e standardizzare le procedure (Friuli);
 - garantire il massimo livello di assistenza sanitaria in relazione alle risorse secondo gli standard prefissati (Lazio).
 - Assicurare un intervento completo e multidisciplinare (Umbria);
 - Promuovere la ricerca (Umbria);
 - Favorire il collegamento tra didattica e ricerca (Umbria);
 - Garantire la necessaria mobilità del personale e l'opportuna sua rotazione sulle varie articolazioni del servizio (Campania);
 - Garantire la realizzazione di percorsi territorio/ospedale per le patologie a più alta incidenza di morbilità e mortalità (cardiovascolari, neurologiche, traumatiche, ecc.) (Campania);
 - Garantire gli standard strutturali, operativi e clinici definiti dall'Assessorato alla Sanità (Campania);
 - Garantire la corretta gestione dei flussi informativi istituzionali (Campania);
 - Approntare piani di gestione delle emergenze intra ed extraospedaliere (Campania);
 - Eseguire esercitazioni di gestione delle emergenze intra ed extraospedaliere (Campania).
- Si tratta, come risulta evidente, di un elenco la cui ampiezza non trova giustificazione e dentro il quale le regioni non sempre riescono a collocare le finalità principali dei dipartimenti di emergenza.

3. LA TIPOLOGIA DEI DEA

La normativa nazionale

Le linee guida n.1/1996 del Ministero della Sanità hanno previsto due tipologie:

- DEA di 1° livello e
- DEA di 2° livello con la possibilità esplicita di individuare DEA di 2° livello per particolari settori di attività.

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, e 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.

Il DEA di secondo livello, oltre alle funzioni del DEA di primo livello, deve anche assicurare prestazioni di cardiocirurgia, neurochirurgia, terapia intensiva neonatale, chirurgia vascolare, chirurgia toracica e, tenendo conto della loro distribuzione sul territorio nazionale, altre prestazioni altamente specialistiche (come il centro ustioni o l'unità spinale). Vengono, infatti, individuati come ospedali sede di DEA di 2° livello i presidi in grado di assicurare tali funzioni.

La programmazione regionale può individuare DEA di 2° livello specifici per particolari settori di attività, ad esempio nell'ambito della cardiocirurgia medico-chirurgica, della neurologia medico-chirurgica, dell'area materno-infantile, assicurando la presenza di tutte le componenti necessarie all'intervento.

Recentemente con Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 sono state ridefinite le caratteristiche e i requisiti degli ospedali sede di DEA. La nuova norma ha stabilito che: "I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di DEA di I livello, dotate delle seguenti specialità:

- Medicina Interna,
- Chirurgia Generale,
- Anestesia e Rianimazione,
- Ortopedia e Traumatologia,
- Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno),
- Pediatria,
- Cardiologia con U.T.I.C.,
- Neurologia,
- Psichiatria,
- Oncologia,
- Oculistica,
- Otorinolaringoiatria,
- Urologia,

con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono.

Devono essere presenti o disponibili in rete H24:

- i Servizi di Radiologia almeno con T.A.C. ed Ecografia,
- Laboratorio,
- Servizio immunotrasfusionale.

Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello.

Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare)."

"La struttura ospedaliera sede di DEA di I livello esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di Pronto soccorso e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza e, ove necessario, trasferisce in continuità di assistenza al D.E.A. di II Livello (Hub) per livello superiore di cura. La struttura sede di DEA di I Livello serve un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000".

"I presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture dotate di DEA di II livello. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle Aziende Ospedaliere, alle Aziende Ospedaliere universitarie, a taluni IRCCS e a Presidi di grandi dimensioni della ASL. Tali presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I Livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale

di I Livello, quali a titolo indicativo, nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza” indicati nel decreto stesso:

- “Cardiologia con emodinamica interventistica h. 24,
- Neurochirurgia,
- Cardiochirurgia e
- Rianimazione cardiochirurgica,
- Chirurgia Vascolare,
- Chirurgia Toracica,
- Chirurgia Maxillo-facciale,
- Chirurgia plastica,
- Endoscopia digestiva ad elevata complessità,
- Broncoscopia interventistica,
- Radiologia interventistica,
- Rianimazione pediatrica e neonatale,
- Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità:

devono essere presenti h.24

- i Servizi di Radiologia con almeno T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica),
- Laboratorio,
- Servizio Immunotrasfusionale.

Nelle regioni con popolazione inferiore ai 600.000 abitanti, con uno scostamento del 6%, l'attivazione o la conferma dei presidi ospedalieri di II livello e subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del bacino di utenza sopra indicato.”

“La struttura ospedaliera sede di DEA di II livello esegue tutti gli interventi previsti nell'ospedale sede di DEA di I livello ed è sede di discipline di riferimento per le reti delle patologie complesse; effettua oltre agli interventi previsti per il DEA di I livello, le funzioni di accettazione in emergenza- urgenza per il trattamento delle patologie acute ad elevata complessità, in particolare per quanto attiene alle alte specialità o alle specialità che fanno riferimento a centri regionali o sovra regionali (Centro ustioni, Centro trapianti, unità spinali, Cardiochirurgia, Neurochirurgia).

La struttura sede di DEA di II Livello serve un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000. E' inoltre prevista, qualora i volumi di attività consentano di garantire le competenze richieste, una Struttura Complessa di Chirurgia d'Urgenza, che assolva ai compiti di trattamento specialistico di patologie urgenti.

La rete di teleconsulto rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle Centrali Operative 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i Centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in Ospedale e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto. Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di immagini e dati è necessario garantire la presenza sulle 24 ore, negli Hub di personale sanitario formato, con specifica programmazione regionale, alla gestione delle richieste di consulenza.”

Sempre con Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 sono state definite le caratteristiche e i requisiti di alcune reti dell'emergenza sanitaria. Al fine di ridurre i decessi evitabili per trauma, il Decreto ha stabilito che è necessario attivare un Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT). Tale sistema è costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate sulla base delle risorse e delle competenze disponibili in: Presidi di pronto soccorso per traumi (PST), Centri traumi di zona (CTZ), Centri traumi di alta specializzazione (CTS). Tale classificazione si basa sul modello di rete integrata "hub e spoke", che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (hub) fortemente integrati con i centri periferici (spoke). Sono integrati con centri che svolgono funzioni

particolarmente specifiche concentrate in un unico Centro Regionale o in centri sovra regionali quali Centro Grandi Ustionati, Unita Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni. Le competenze e le attività sono distribuite nel modo che segue:

- Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST): si colloca in un ospedale con Pronto soccorso generale e garantisce prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore il trattamento immediato anche chirurgico delle lesioni con instabilità cardiorespiratoria.
- Centro traumi di zona (CTZ): si colloca in una struttura sede di DEA (I o II livello) e garantisce H24, il trattamento in modo definitivo di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità, in modalità H24. Deve essere dotato dei seguenti standard:
 - Personale addestrato alla gestione del trauma;
 - Area attrezzata di accettazione (*shock room*), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie;
 - Chirurgia generale;
 - Anestesia e Rianimazione;
 - Medicina d'urgenza;
 - Ortopedia;
 - Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di teleconsulenza previste nell'ambito del SIAT;
 - Laboratorio d'urgenza e Centro trasfusionale;
 - Due sale operatorie contigue multifunzionali, per interventi di Chirurgia generale d'urgenza, Chirurgia ortopedica e eventuali interventi connessi con il trattamento del traumatizzato.
- Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS): ha un bacino di utenza ottimale di 2.000.000-4.000.000 di abitanti e, laddove non si raggiunga, devono essere realizzate aggregazioni che coinvolgono più regioni. Deve registrare un volume di attività per trauma di almeno 400-500 casi/anno e una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata. Afferisce anche funzionalmente ad una struttura sede di DEA di II livello con Team del Dipartimento di Emergenza dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST). Identifica e tratta 24 ore su 24, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantisce le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche svolte in centri regionali/supra regionali (Centro Grandi Ustionati, Unita Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni. Deve essere dotato dei seguenti standard:
 - Sala di emergenza con possibilità in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici;
 - T.A.C., angiografia interventistica nelle immediate adiacenze;
 - Sale operatorie H24;
 - Attivazione sulle 24 ore della chirurgia di controllo del danno, c.d. della Damage Control Surgery;
 - Medicina d'Urgenza;
 - Chirurgia Generale e d'Urgenza;
 - Anestesia-Rianimazione;
 - Rianimazione pediatrica laddove prevista l'accettazione pediatrica;
 - Ortopedia;
 - Neurochirurgia;
 - Radiologia con possibilità interventistica;
 - Laboratorio e Centro trasfusionale.

Inoltre, devono essere presenti specialità quali cardiocirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica e previste (anche con accordi interaziendali) le funzioni di: urologia, neurologia ed elettrofisiologia, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia pediatrica, chirurgia vertebrale, endoscopia digestiva e broncoscopia, cardiologia, nefrologia e dialisi, diabetologia.”

Le tipologie di DEA scelte dalle regioni

Le regioni italiane in gran parte hanno classificato i loro DEA secondo le indicazioni nazionali anche se in qualche caso non ne hanno utilizzato la stessa terminologia. La Lombardia per esempio i suoi DEA di secondo livello li ha chiamati Dipartimenti di emergenza urgenza e accettazione di alta specialità (EAS), il Veneto li ha chiamati DEU con centrale operativa, la Campania li ha chiamati dipartimenti strutturali integrati delle emergenze (DIE) mentre la Sicilia ha chiamato i suoi Dipartimenti di emergenza di 2° e 3° livello anche se le loro caratteristiche sono sostanzialmente le stesse della classificazione delle linee guida nazionali (cfr. tab.2).

Si distaccano invece da questa classificazione largamente prevalente la provincia autonoma di Trento e la Valle d’Aosta, che per le dimensioni del loro territorio, hanno previsto una sola tipologia di DEA (cfr. tab.2). Anche la regione Campania ha previsto una sola tipologia di DEA.

Tab. 2 – la tipologia dei DEA

Tipologia dei DEA	Regioni
<ul style="list-style-type: none"> • 1° livello; • 2° livello 	Abruzzo, Basilicata, Bolzano, Calabria, Emilia Romagna, Friuli VG, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto.
<ul style="list-style-type: none"> • 1° livello; • 2° livello; • specialistici, di 2° livello. 	Liguria, Lombardia, Marche
<ul style="list-style-type: none"> • DEA 	Campania (DEI), Trento, Valle d’Aosta

Note: Lombardia, Sicilia e Veneto hanno previsto due tipologie di DEA anche se la terminologia usata si differenzia dalle altre regioni. Il Piemonte prevede il DEA e il dipartimento dell’urgenza (DU) ma come modalità alternative di organizzazione del medesimo servizio di emergenza. Fonte: norme regionali in bibliografia.

Le unità operative previste dalle regioni negli ospedali sede di DEA

Come si caratterizzano i DEA di 1° livello e quelli di 2° livello? Abbiamo già visto che cosa prevedono le norme nazionali. La gran parte delle regioni italiane si sono attenute alle linee guida ministeriali del 1996, seppur con numerose variazioni, ma si trovano invece abbastanza spazzate rispetto al recente Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015.

Così la maggior parte delle regioni ha stabilito che il DEA di I livello può essere previsto negli ospedali che garantiscono le funzioni relative al Pronto soccorso, osservazione e accettazione, all’anestesia e rianimazione con letti di terapia intensiva, al laboratorio d’analisi, alla diagnostica per immagini, alla immunematologia e trasfusionale, alla medicina generale, alla chirurgia generale, alla cardiologia con UTIC e alla ortopedia-traumatologia. Un numero ampio di regioni (la metà circa) ha richiesto anche la presenza della ostetricia e ginecologia e della pediatria. La presenza di altre discipline ed attività sono state richieste da diverse regioni ed in particolare dal Veneto e dall’Emilia Romagna (cfr. tab. 3).

Quasi tutte le regioni dovrà però modificare la propria organizzazione per adeguarla al DMS n. 70/2015 perché negli ospedali sede di DEA non sono esplicitamente previste le unità operative di neurologia, psichiatria, otorinolaringoiatria, oculistica, urologia, letti per terapia subintensiva. Per non parlare di quelle regioni spesso non maggioritarie ma che non hanno previsto neanche reparti come l’ostetricia e ginecologia, la pediatria, l’ortopedia e la cardiologia con Utic (Cfr. Tab. 3).

Tab.3 – Funzioni garantite dal DEA di 1° livello 24 ore su 24 secondo le regioni.

DISCIPLINA	REGIONI
Pronto soccorso con letti di osservazione breve intensiva	DM 70/2015, Abruzzo, Bolzano, Calabria, Emilia Romagna, Friuli VG, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Umbria, Trento, Veneto
Anestesia e rianimazione con letti di terapia intensiva	DM 70/2015, Abruzzo, Bolzano, Calabria, Emilia Romagna, Friuli VG, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Trento, Umbria, Veneto
Laboratorio analisi	DM 70/2015 (presenti o disponibili in rete H24), Bolzano, Calabria, Emilia Romagna, Friuli VG, Liguria, Lombardia, Puglia, Marche, Molise, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Trento, Umbria, Veneto
Diagnostica per immagini (con TAC)	DM 70/2015 (presenti o disponibili in rete H24), Bolzano, Calabria, Emilia Romagna, Friuli VG, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Trento, Umbria, Veneto
Servizio immunoemat. trasfusionale	DM 70/2015 (presenti o disponibili in rete H24), Bolzano, Calabria, Friuli VG, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Trento, Umbria, Veneto
Medicina generale o d'urgenza	DM 70/2015, Abruzzo, Calabria, Friuli VG, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Trento, Umbria, Veneto
Chirurgia generale o d'urgenza	DM 70/2015, Abruzzo, Calabria, Friuli VG, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Trento, Umbria, Veneto
Cardiologia con UTIC	DM 70/2015, Abruzzo, Calabria, Emilia Romagna, Friuli V.G., Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Trento, Veneto
Ortopedia-traumatologia	DM 70/2015, Abruzzo, Calabria, Friuli VG, Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Veneto
Ostetricia e ginecologia	DM 70/2015 (se prevista per n.parti), Abruzzo, Calabria, Friuli V.G., Lazio, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna (se prevista) Veneto
Pediatria	DM 70/2015, Calabria, Friuli VG, , Liguria, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Trento, Veneto
Neurologia	DM 70/2015, Molise, Sardegna, Veneto
Psichiatria	DM 70/2015, Sardegna, Veneto
Otorinolaringoiatria	DM 70/2015, Sardegna, Veneto
Oculistica	DM 70/2015, Sardegna, Veneto
Urologia	DM 70/2015, Sardegna, Veneto
Letti per terapia subintensiva	DM 70/2015, Sardegna
Direzione sanitaria	Calabria, Emilia Romagna
Oncologia	DM 70/2015,
Servizio trasporto assistito infermi	Emilia Romagna
Medicina nucleare	Puglia
Neurochirurgia	Veneto
Blocco operatorio e sala gessi dedicati	Lombardia
Dialisi per acuti	Sardegna
Endoscopia in urgenza	Sardegna
Terapia subintensiva neonatale	Lazio

Note: In Sardegna le funzioni proprie del DEA di 1° livello possono essere erogate anche da più strutture integrate su più presidi di Pronto soccorso. Per DM 70/2015 si intende il Decreto ministero Salute 2/4/2015, n. 70. Fonte: norme regionali in bibliografia.

Meno regioni hanno invece dato indicazioni sulle discipline che l'ospedale deve possedere per poter realizzare un DEA di 2° livello e tra quelle che l'hanno fatto la maggior parte ha cercato di tener conto delle linee guida nazionali del 1996 anche se sono notevoli gli arricchimenti ed anche le difformità. Alcune regioni hanno provato ad integrare il panorama delle alte specialità previste e questo è probabilmente un aspetto positivo mentre più difficile da decifrare è l'inserimento, in qualche caso, di discipline a media diffusione (cfr. tab. 4).

Per quasi tutte le regioni, si pone il problema di adeguare l'organizzazione dei DEA al nuovo quadro normativo definito dal DMS n. 70/2015 che prevede una serie di unità operative che quasi nessuna regione ha previsto negli ospedali sede di DEA di 2° livello.

Tab. 4 – Funzioni e attività garantite dal DEA di 2° livello (oltre a quelle del 1° livello).

DISCIPLINA	REGIONI
Neurochirurgia	DM 70/2015, Bolzano, Emilia Romagna, Lazio (eventuale), Lombardia, Molise, Liguria, Marche, Puglia, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta
Cardiochirurgia	DM 70/2015, Emilia Romagna, Lazio (eventuale), Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta
Chirurgia vascolare	DM 70/2015, Bolzano, Emilia Romagna, Lazio (eventuale), Lombardia, Marche, Molise, Sardegna, Valle d'Aosta
chirurgia toracica	DM 70/2015, Bolzano, Emilia Romagna, Lazio (eventuale), Lombardia, Marche, Molise, Sardegna, Valle d'Aosta
Neonatologia con terapia intensiva neonatale	Bolzano, Lazio, Lombardia, Molise, Puglia, Valle d'Aosta
ostetricia patologica	Bolzano, Molise, Valle d'Aosta
Oftalmologia	Lazio, Puglia, Valle d'Aosta
otorinolaringoiatria	Lazio, Puglia, Valle d'Aosta
Centro antiveneni	Emilia Romagna, Puglia, Sardegna (unico centro)
Unità per grandi ustionati	Emilia Romagna, Puglia, Sardegna (unico centro)
psichiatria	Lazio, Puglia, Valle d'Aosta
servizi di ossigenoterapia iperbarica	Emilia Romagna, Puglia
urologia	Lazio, Puglia
unità spinali	Puglia, Sardegna (unico centro)
Radiologia interventistica	DM 70/2015, Lazio (eventuale), Sardegna
Emodinamica interventistica H24	DM 70/2015, Sardegna
Rianimazione cardiocirurgica	DM 70/2015, Sardegna
Rianimazione pediatrica e neonatale	DM 70/2015, Sardegna
Chirurgia maxillo-facciale	DM 70/2015, Sardegna
Chirurgia plastica	DM 70/2015, Sardegna
Endoscopia digestiva (ad alta complessità)	DM 70/2015, Sardegna
Broncoscopia interventistica	DM 70/2015, Sardegna
Medicina nucleare	DM 70/2015, Sardegna
Chirurgia d'urgenza (se i volumi di attività lo giustificano)	DM 70/2015, Sardegna
Radiologia con almeno TAC e ed ecografia (presenza H24)	DM 70/2015
Laboratorio analisi (presenza H24)	DM 70/2015,
Servizio immunotrasfusionale (presenza H24)	DM 70/2015,
Chirurgia midollare	Emilia Romagna
Centro trapianti	Emilia Romagna
Chirurgia generale	Emilia Romagna
ortopedia	Emilia Romagna
riabilitazione intensiva del malato post-acuzie	Lazio
nefrologia e dialisi	Lazio
stroke unit	Lazio
Terapia intensiva pediatrica	Lombardia
gastroenterologia	Valle d'Aosta
neurologia	Valle d'Aosta
Neuroradiologia	Lazio (eventuale)
Psicologia ospedaliera e delle emergenze	Sardegna
Riabilitazione del cranioleso	Sardegna (unico centro)
Camera iperbarica	Sardegna (unico centro)
Microchirurgia (reimpianto arti)	Sardegna (unico centro)
Pediatria	Lazio

Note: La Lombardia prevede la presenza di almeno tre delle seguenti strutture: Cardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, terapia intensiva neonatale, terapia intensiva pediatrica. L'Emilia Romagna prevede la presenza di almeno alcune delle seguenti specialità: cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia midollare, chirurgia toracica, centro ustioni, centro antiveneni, centro trapianti, camere iperbariche. Le regioni Lazio e Puglia al osto della cardiocirurgia possono prevedere chirurgia vascolare e/o chirurgia toracica e/o neurochirurgia. La regione Lazio prevede: cardiocirurgia e/o neurochirurgia e/o chirurgia vascolare e/o chirurgia toracica; e poi ancora: neuroradiologia e/o radiologia vascolare. Per DM 70/2015 si intende il Decreto ministero Salute 2/4/2015, n. 70; le discipline previste dal DM 70/2015, per espressa dichiarazione, sono individuate a titolo indicativo, nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza indicati nel Decreto stesso.

Quasi nessuna ha infatti previsto la presenza della radiologia interventistica, della emodinamica interventistica H24, della rianimazione cardiocirurgica, della rianimazione pediatrica e neonatale, della chirurgia maxillo-facciale, della chirurgia plastica, della endoscopia digestiva ad alta complessità, della broncoscopia interventistica, della medicina nucleare, della chirurgia d'urgenza e della presenza H24 dei servizi sanitari di diagnostica e supporto (Cfr. Tab.4).

C'è però da precisare che, a differenza dei requisiti degli ospedali sede di DEA di I livello, per i quelli sede di DEA di II livello le disposizioni della legge sono individuate a titolo indicativo in quanto il criterio prevalente per la presenza o meno di una specialità in un certo ospedale/territorio è quello del rispetto del bacino di utenza della singola disciplina stabilito nello stesso decreto.

Un grande lavoro di messa a punto della rete dell'emergenza sanitaria attende quindi le regioni italiane i cui effetti si potranno vedere solo nei mesi prossimi.

Si tratta di vedere se l'applicazione del DMS n. 70/2015, ampiamente condiviso dalle regioni, riuscirà a ridurre le ampie ed ingiustificate differenze regionali nella organizzazione dei DEA garantendo così maggiore omogeneità e qualità nell'accesso alle cure di emergenza.

4. I DEA PREVISTI DALLE REGIONI.

Le regioni italiane hanno previsto la realizzazione di 316 DEA di 1° e 2° livello³. Uno ogni 217.900 abitanti (la maggioranza delle regioni fra 100.000 e 200.000 abitanti) anche se le differenze regionali sono notevolissime dato che da un lato abbiamo il Molise con un DEA ogni 78.300 abitanti e dall'altro lato abbiamo la Campania con un DEA ogni 732.700 abitanti; differenze da 1 a 10 che oggettivamente appaiono non del tutto giustificate dalle differenti realtà urbane, geografiche ed assistenziali.

Il confronto con i dati del Ministero della Salute relativi al 2012 sembra segnalare una significativa differenza fra quanto previsto dalla programmazione regionale e quanto concretamente realizzato (Cfr. Tab. 5).

I DEA di primo livello previsti sono 199 pari a uno ogni 305.500 abitanti. Delle 20 regioni italiane solo 12 sono rispettose dei nuovi bacini di utenza stabiliti dal Decreto n.70/2015 per cui per tutte le altre è prevedibile un processo di riorganizzazione del settore che dovrebbe portare ad un leggero aumento dei DEA di primo livello in controtendenza con quello che è accaduto negli ultimi dieci anni che hanno invece visto ridursi il numero di tali organizzazioni (nel 2005 ne erano previsti 234).

I DEA di 2° livello previsti sono invece 88 tra cui troviamo anche i seguenti DEA specialistici: 2 DEA di 2° livello pediatrici (Liguria e Marche) (cfr. tab.5) e 2 DEA in Lombardia di cui uno monospecialistico per l'area cardiologica-cardiocirurgica (IRCCS privato "Fondazione Monzino" di Milano). In Italia si prevede dunque un DEA di 2° livello ogni 2,3 DEA di 1° livello ognuno dei quali copre mediamente una popolazione di 691.000 abitanti. Grandissime differenze troviamo anche nelle previsioni regionali dei DEA di 2° livello; infatti mentre il Molise ne prevede uno ogni 313.000 abitanti la Sicilia ne prevede solamente uno ogni 1.273.000 abitanti.

Delle 20 regioni italiane solo 9 sono rispettose dei nuovi bacini di utenza stabiliti dal Decreto n.70/2015 per cui per tutte le altre è prevedibile un processo di riorganizzazione del settore che, in questo caso, dovrebbe portare ad una leggera riduzione dei DEA di secondo livello (Cfr. Tab. 5).

³ 10 anni prima, nel 2005, le regioni ne prevedevano 319. In dieci anni dunque non ci sono state significative modificazioni nella programmazione sanitaria.

Tab. 5 – I DEA previsti dalle regioni

REGIONI	abitanti 1/1/2015	DEA 1° previsti	Ab. per DEA 1° previsti	DEA 2° previsti	Ab. per DEA 2° previsti	TOTALE DEA previsti	Ab. per DEA previsti	DEA attivati 2012*
Molise	313.348	3	104.400	1	313.348	4	78.300	3
Marche	1.550.796	13	119.300	1+1 ped	775.400	15	103.400	12
Abruzzo	1.331.574	8	166.400	4	332.900	12	111.000	7
Umbria	894.762	5	178.900	2	447.400	7	127.800	6
V.d'Aosta	128.298	1	128.300	-	0	1	128.300	1
Bolzano	518.518	3	172.800	1	518.518	4	129.600	3
Friuli VG	1.227.122	7	175.300	2	613.600	9	136.300	10
Sardegna	1.663.286	8	207.900	3	554.400	11	151.200	9
Liguria	1.583.263	7	226.200	2+1 ped	527.700	10	158.300	8
Toscana	3.752.654	15	250.200	8	469.100	23	163.100	34
Piemonte	4.424.467	20	221.200	6	737.400	26	170.200	24
Lombardia	10.002.615	44	227.300	10+2	833.500	56	178.600	45
Calabria	1.976.631	7	282.400	4	494.200	11	179.700	17
Lazio	5.892.424	21	280.600	5	1.178.500	26	226.600	22
Puglia	4.090.105	7	584.300	9	454.500	16	255.600	19
Basilicata	576.619	1	576.619	1	576.619	2	288.300	2
Veneto	4.927.596	10	492.800	7	703.900	17	289.900	24
E.Romag	4.450.508	9	494.500	5	890.100	14	317.900	23
Sicilia	5.092.080	10	509.200	4	1.273.000	14	363.700	17
Trento	537.416	-	0	1	537.416	1	537.416	1
Campania	5.861.529	-	0	8	732.700	8	732.700	30
TOTALE	60.795.612	199	305.500	88	690.900	287	217.900	316

Note: i DEA attivatisi riferiscono sia a quelli in ospedali pubblici sia a quelli in ospedali privati accreditati.
Fonte: norme regionali in bibliografia; *Ministero della salute (2015), Istat (2015).

Nel complesso il numero complessivo dei DEA italiani, in futuro, dovrebbe variare di poco anche se la loro articolazione e la loro distribuzione nel territorio dovrebbe variare nella maggioranza delle regioni tenuto conto che, allo stato attuale, solo 5 regioni sono rispettose dei nuovi parametri stabiliti dal Decreto 70/2015. In sintesi dunque le risorse dedicate ai dipartimenti di emergenza non dovrebbero cambiare di molto ma è prevista una diversa distribuzione di tali risorse per garantire una migliore e più equa copertura del territorio nazionale ed una migliore efficacia di intervento.

5. L'AGGREGAZIONE DELLE UNITA' OPERATIVE.

5.1. IL DEA STRUTTURALE E IL DEA FUNZIONALE

Le unità operative che costituiscono il dipartimento, in condizioni ottimali, dovrebbero essere aggregate funzionalmente e fisicamente (collocazione delle unità operative in contiguità nella stessa area ospedaliera) in modo da poter essere finalizzate e da favorire la gestione in comune delle risorse umane, degli spazi, delle risorse tecnico-strumentali ed economiche assegnate.

Ciononostante l'aggregazione fisica, tenendo conto delle varie situazioni ospedaliere e degli obiettivi aziendali, in alcune situazioni non è sempre possibile. Per questo l'organizzazione dipartimentale, in alcune situazioni, può realizzarsi anche e solo con l'aggregazione funzionale delle unità operative del dipartimento che condividono obiettivi comuni.

Nel primo caso avremo un dipartimento strutturale (o gestionale) mentre nel secondo caso avremo un dipartimento funzionale o per obiettivi.

Questo schema è stato adottato dalla maggior parte delle regioni per tutti i dipartimenti ospedalieri; le stesse regioni nel scegliere questo schema, hanno spesso espresso una netta preferenza per il

dipartimento strutturale ma senza escludere, in determinate situazioni, la realizzazione dei dipartimenti funzionali.

In genere, questa classificazione dei dipartimenti ospedalieri viene data per acquisita e non è stata ripresa dalle norme specifiche sui DEA, con eccezione del Piemonte che però la ripropone in modo atipico e confuso, così come sintetizzato nella Tab.6.

Tab. 6 – Regione Piemonte. Differenze fra il DEA strutturale e il DEA funzionale.

caratteristiche	Dipartimento strutturale	Dipartimento funzionale
obiettivo	Serve a razionalizzare, in termini di efficienza ed economicità.	Obiettivi indicati da norme nazionali o da esigenze aziendali o assistenziali.
Criteri di aggregazione	- Per aree funzionali; - Per settore nosologico; - Per funzioni di supporto e tecnico-amministrative.	Non esiste un modello predefinibile di aggregazione.
Partecipazione ai dipartimenti	Ogni unità operativa può partecipare ad un solo dipartimento strutturale.	Ogni unità operativa può partecipare a più dipartimenti funzionali oltre che al proprio dipartimento strutturale. Un intero dipartimento strutturale può far parte di un dipartimento funzionale.
Criteri e modalità organizzative compresa l'assegnazione di risorse.	Indicati.	Gli stessi del dipartimento strutturale, per quanto compatibili.

Fonte: Piemonte DGR 80-1700/2000.

Rimane infatti difficile comprendere l'utilità del possibile inserimento di un dipartimento DEA strutturale dentro un DEA funzionale o come un dipartimento funzionale, le cui unità operative possono partecipare a più dipartimenti, possa gestire delle risorse delle stesse unità operative senza creare un grande confusione organizzativa (Cfr. Tab. 6).

La stessa confusione purtroppo permane quando la regione Piemonte seguendo questo ragionamento giunge ad identificare almeno tre tipologie di DEA (che possono arrivare a sei considerando le diverse tipologie di aziende sanitarie): il DEA strutturale, il DEA funzionale e il dipartimento dell'urgenza (DU). A colpire più di tutti è proprio quest'ultimo (DU) che è un dipartimento funzionale che può aggregare al suo interno un DEA organizzato in modo autonomo, indifferentemente funzionale o strutturale, più le unità operative che in qualche modo partecipano all'emergenza sanitaria. Tutte le unità operative, indistintamente, possono far parte nel contempo anche di un altro dipartimento strutturale (Cfr. Tab. 7).

Queste contorsioni organizzative di certo non promuovono l'affermazione della cultura dipartimentale e la realizzazione di una rete omogenea ed efficiente dei DEA.

Tab. 7 – Regione Piemonte. DEA strutturali DEA funzionali.

Aziende	DEA strutturale o funzionale	Composizione
Aziende con ospedale sede di DEA di riferimento regionale.	Dipartimento strutturale	Costituito da medicina d'urgenza, chirurgia d'urgenza, anestesia e rianimazione, DEA, ecc.
	Dipartimento funzionale dell'urgenza (DU).	Esercita funzioni di coordinamento fra il DEA e le unità specialistiche che con esso collaborano (neurochirurgia, ortopedia, chirurgia vascolare, laboratorio di analisi, radiodiagnostica ecc.)
	DEA funzionale	Costituito da unità operative che continuano a far parte dei rispettivi dipartimenti strutturali
Aziende con ospedale sede di DEA di base (ove l'attività di pronto soccorso è garantita prevalentemente mediante l'apporto part time di unità operative dedicate ad altre funzioni).	DEA funzionale	Ne fanno parte le strutture o i rispettivi dipartimenti strutturali che incidono in modo significativo sull'attività del pronto soccorso.
Aziende con più sedi ospedaliere di cui almeno una sede di DEA e riunite in un unico presidio.	Dipartimento funzionale dell'urgenza (DU)	Vi confluiscono il DEA e il pronto soccorso degli altri ospedali.
	DEA funzionale	Aggregando anche il pronto soccorso degli altri ospedali configurati come strutture semplici.

Fonte: Piemonte DGR 80-1700/2000.

5.2. L'AGGREGAZIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE DEL DEA.

Le varie definizioni di dipartimento ci ricordano che lo stesso deve necessariamente comprendere "più unità operative". Altro punto fermo condiviso da tutte le regioni (eccetto il Piemonte) è che ogni unità operativa può partecipare ad un solo dipartimento aziendale. Ma come si aggregano le unità operative?

Il dipartimento di emergenza e accettazione è un dipartimento piuttosto atipico sia per le modalità di partecipazione delle unità operative sia per il numero contenuto di unità operative che fanno parte esclusivamente del DEA. Infatti le "Linee guida del Ministero della Sanità n.1/1996 per il sistema di emergenza urgenza" hanno stabilito che "a differenza dei dipartimenti tipici, costituiti da unità operative aggregate fisicamente il dipartimento di emergenza e accettazione comprende unità che fanno parte esclusivamente del DEA e unità che appartengono ad altri dipartimenti ed entrano a far 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." Questi orientamenti sono stati sposati esplicitamente dalle Marche, dalla Valle d'Aosta e dal Veneto. Nella gran parte delle altre regioni questo aspetto è affrontato in modo poco chiaro tanto che spesso non si capisce quali sono le unità operative che fanno parte fisicamente del DEA e quali unità operative invece partecipano solo alla funzione "emergenza" del DEA come nel caso del DEA funzionale e del Dipartimento dell'urgenza (DU) del Piemonte.

Secondo le linee guida nazionali, fanno parte esclusivamente del DEA di 1° livello i 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, la centrale operativa e l'unità operativa di medicina d'urgenza ove previste dalla programmazione regionale. Tutte le altre unità

operative partecipano alla funzione dell'”emergenza” ma non fanno strutturalmente parte del dipartimento.

Ebbene, tra le regioni italiane, solo la regione Marche, l'Abruzzo ed in buona parte anche il Molise hanno adottato questi orientamenti (cfr. tab.8). Per il resto nella composizione dei DEA troviamo la più ampia varietà anche se tutte le regioni prevedono la presenza nel DEA delle unità operative di Pronto soccorso e di Anestesia e rianimazione con posti letto di terapia intensiva.

Tab. 8 – Le unità operative del DEA di 1° livello.

Regioni	Unità operative del DEA
CALABRIA	pronto soccorso, anestesia e rianimazione con letti di terapia intensiva , radiologia, laboratorio d'analisi, centro trasfusionale, cardiologia con UTIC, Direzione sanitaria, medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria.
BASILICATA osp. di Matera	pronto soccorso, anestesia e rianimazione con letti di terapia intensiva , radiologia, laboratorio d'analisi, centro trasfusionale, cardiologia con UTIC, Chirurgia d'urgenza, ortopedia e traumatologia.
LAZIO	pronto soccorso con osservazione, anestesia e rianimazione con letti di terapia intensiva , radiologia, laboratorio analisi, immunoematologia e trasfusionale, guardia medica, direzione sanitaria
SICILIA	Pronto soccorso, anestesia e rianimazione , radiologia, patologia clinica o servizio di immunoematologia e trasfusionale, UTIC, Chirurgia d'urgenza o chirurgia generale
Valle d'Aosta	Pronto soccorso con osservazione, anestesia e rianimazione con letti di terapia intensiva , UTIC, medicina d'urgenza.
MARCHE	pronto soccorso, anestesia e rianimazione con letti di terapia intensiva , la centrale operativa, ove presente.
PIEMONTE	anestesia e rianimazione, Medicina d'urgenza , chirurgia d'urgenza, DEA (?), ecc.
ABRUZZO,	pronto soccorso e osservazione, anestesia e rianimazione con letti di terapia intensiva, medicina d'urgenza.
MOLISE	pronto soccorso e osservazione, anestesia e rianimazione con letti di terapia intensiva.
CAMPANIA	Pronto soccorso con osservazione (e medicina d'urgenza), UO emergenza territoriale, centrale operativa, servizi infermieristici.
LIGURIA	pronto soccorso e osservazione , anestesia e rianimazione con letti di terapia intensiva.*

Note: * Liguria: si richiede inoltre una presenza di supporto 24h/giorno del laboratorio d'analisi, della diagnostica per immagini, del servizio di immunoematologia e trasfusionale, cardiologia con UTIC, ostetricia e ginecologia, ortopedia, neonatologia/pediatria.
Fonte: norme regionali in bibliografia.

Molte regioni hanno previsto la partecipazione strutturale al DEA della radiologia, del laboratorio d'analisi, del servizio trasfusionale e dell'UTIC ed alcune di queste addirittura il reparto di chirurgia generale. Una regione, la Calabria, ha previsto DEA con 13 unità operative, almeno mezzo ospedale. E' eccessivo.

L'aspetto che ci pare non sia stato adeguatamente compreso sono i due livelli di partecipazione al DEA da parte delle unità operative che ne fanno strutturalmente parte o che partecipano condividendo le modalità operative. Molte regioni non comprendendo la distinzione hanno messo insieme i due gruppi.

Solo 4 regioni danno indicazioni sulle unità operative che costituiscono la struttura organizzativa stabile del DEA di 2° livello. Da una parte troviamo 2 regioni – Campania e Marche – che propongono una composizione identica a quella del DEA di 1° livello con le dotazioni essenziali dell'emergenza e dall'altra parte troviamo due regioni – la Basilicata e la Sicilia - che oltre a queste chiamano a far parte del DEA anche altre discipline, anche di base (cfr. tab.9). Pur rispettando ogni scelta, riteniamo che la prima ipotesi sia la più corretta.

Va positivamente segnalato invece che diverse regioni hanno previsto una integrazione funzionale ed operativa interaziendale o interospedaliera al fine di fornire una risposta all'emergenza più completa e di maggiore qualità e complessità. Così per riuscire a garantire ai DEA di 2° livello tutte le prestazioni e le discipline che dovrebbero avere, diverse regioni come il Friuli F.G. (Trieste,

Udine), il Lazio (Roma), la Lombardia (Milano), le Marche (Ancona), la provincia autonoma di Trento hanno previsto DEA di 2° livello interaziendali o comunque realizzati con la partecipazione di più ospedali presenti nella stessa città. Allo stesso modo anche il Piemonte ha previsto un dipartimento funzionale interaziendale 118 fra quattro diverse aziende sanitarie e la Campania ha previsto che la maggioranza (5) dei suoi dipartimenti siano interaziendali.

Tab. 9 – Le unità operative del DEA di 2° livello

Regioni	Unità operative del DEA di 2° livello oltre quelle del 1° liv.
MARCHE	Nessuna.
BASILICATA osp. di Potenza	Neurochirurgia, chirurgia plastica, neurologia.
SICILIA	Neurochirurgia, cardiologia con UTIC, ortopedia e traumatologia, servizio di immunoematologia e trasfusionale.

Note: In Liguria si chiede una presenza di supporto 24h/giorno del cardiochirurgia e della neurochirurgia.

Fonte: norme regionali in bibliografia.

6. GLI ORGANI DEL DEA

La maggior parte delle regioni italiane (Calabria, Friuli, Marche, Sicilia, Toscana, Valle D’Aosta, Veneto) hanno previsto per il DEA gli stessi organi previsti per tutti gli altri dipartimenti ospedalieri e cioè:

- il comitato direttivo del dipartimento;
- il responsabile di dipartimento.

Si sono distinte invece le regioni Lazio e Lombardia che, oltre ai precedenti, hanno proposto un terzo organo. La Lombardia ha previsto un nuovo e più ristretto comitato del dipartimento costituito dai responsabili delle unità operative più direttamente coinvolte nell’emergenza-urgenza ma senza definirne i compiti.

La regione Lazio ha invece previsto il comitato esecutivo che appare essere di supporto al coordinatore del dipartimento in quanto cura il funzionamento del DEA dando attuazione ai deliberati del Consiglio e formula proposte operative. Esso è composto da 7 membri: direttore sanitario, primario del pronto soccorso, aiuto o assistente nei servizi afferenti al DEA, primario di chirurgia generale, primario del servizio di anestesia e rianimazione con letti di terapia intensiva, un rappresentante degli infermieri professionali dell’area critica.

Questi diversi schemi hanno i loro pregi e difetti ma è importante valutarli tenendo conto del modello di dipartimento in cui vanno ad inserirsi. E’ evidente però che un comitato piuttosto ampio e rappresentativo può essere utile in un modello in cui a decidere è il direttore del dipartimento ma diventa subito negativo in quel modello dipartimentale in cui a decidere è il comitato stesso e che per questo ha la necessità di numeri non molto ampi. Ciononostante un allargamento eccessivo del comitato (anche senza raggiungere i livelli della Toscana) porta spesso ad una sua svalutazione e ad una pericolosa deresponsabilizzazione dei dirigenti di 2° livello che va evitata. Ma anche il suo contrario e cioè un comitato ristretto composto dai soli responsabili delle unità operative manca della necessaria rappresentatività che può garantire la responsabilizzazione e il consenso di tutti gli operatori. La soluzione ottimale è dunque un punto intermedio che tiene conto di tutte queste valutazioni.

6.1. La composizione del comitato di dipartimento del DEA

Diverse regioni hanno voluto proporre una composizione del Comitato di dipartimento diversa da quella generale che tenesse invece conto della specificità del DEA, anche se tutte hanno comunque

previsto la presenza dei direttori delle singole unità operative del dipartimento. Questo esercizio è stato interpretato con la più ampia varietà di proposte e in qualche caso con un numero eccessivo di presenze che possono limitare l'operatività del comitato; la cosa che più colpisce è che in realtà solo 4 regioni sono riuscite a caratterizzare in senso specifico la composizione del comitato inserendo il responsabile della centrale operativa ed una rappresentanza dei medici territoriali dell'emergenza (cfr. tab.10).

Fra le varie previsioni regionali colpisce che il Consiglio di dipartimento della Campania non sia presieduto dal coordinatore del DEA che pure esiste ma è invece presieduto dal direttore sanitario che rappresenta il dipartimento, ne promuove l'attività e ne cura l'esecuzione dei deliberati. Stupisce anche che nella prima fase di applicazione, non fanno parte del Consiglio del DEA della Valle d'Aosta i responsabili del pronto soccorso e dell'anestesia e rianimazione.

Tab.10 – Composizione del Comitato di dipartimento del DEA.

Composizione	regione
<ul style="list-style-type: none"> • direttore sanitario o suo delegato; • tutti i dirigenti apicali del dipartimento. 	Calabria
<ul style="list-style-type: none"> • responsabile Pronto soccorso con osservazione (e medicina d'urgenza); • responsabile UO emergenza territoriale; • responsabile centrale operativa; • responsabile servizi infermieristici. 	Campania
<ul style="list-style-type: none"> • direttore sanitario • primari di tutte le divisioni e/o servizi strutturalmente integrati nell'area dell'emergenza: (pronto soccorso, chirurgia d'urgenza, rianimazione, cardiologia, ortopedia, radiologia-laboratorio); • aiuti ed assistenti delle medesime unità in numero non inferiore a tre; • un rappresentante del C.S.S.A. (ausiliari); • un rappresentante degli infermieri professionali; • un rappresentante dei medici di guardia medica; • un dirigente della centrale operativa nei dipartimenti sedi di centrale operativa. 	Lazio
<ul style="list-style-type: none"> • I responsabili delle unità operative • Una piccola rappresentanza dei medici non apicali • Un operatore non medico • Il responsabile delle Centrale operativa (se presente) • Una rappresentanza dei medici dell'emergenza territoriale e del volontariato convenzionato. 	Marche
<ul style="list-style-type: none"> • I responsabili delle aree funzionali ospedaliere delle terapie intensive; • I direttori di unità operativa per ciascuna delle funzioni operative che partecipano alle attività del dipartimento; • Il responsabile della centrale operativa 118. 	Toscana
<ul style="list-style-type: none"> • (prima applicazione) Direttore sanitario o suo delegato con funzione di responsabile del DEA; • responsabile dell'u.o. di soccorso sanitario 118; • responsabili delle uu.oo. di chirurgia generale, di ortopedia e traumatologia e di medicina d'urgenza e accettazione; • caposala del pronto soccorso. 	Valle D'Aosta
<ul style="list-style-type: none"> • Dirigenti di 2° livello delle unità operative autonome afferenti; • Il responsabile delle C.O.; • I direttori delle cliniche e degli istituti universitari eventualmente presenti e convenzionati; • I rappresentanti della guardia medica e degli altri operatori sanitari. 	Veneto

Fonte: norme regionali in bibliografia.

6.2. Le funzioni del comitato del DEA

4 Regioni hanno provato a definire le funzioni ed i campi di intervento del comitato del DEA. Tali funzioni ricalcano sostanzialmente quelle degli altri dipartimenti ospedalieri mentre nulla invece

dicono le regioni sulla potestà decisionale (chi prende le decisioni?) del Comitato per cui si rimanda, credo correttamente, alla normativa di carattere generale sui dipartimenti.

Per completezza comunque si elencano le materie oggetto di determinazione da parte dei comitati del DEA, secondo quanto stabilito dalle singole regioni:

- a) Prevenzione, informazione, epidemiologia delle urgenze-emergenze nel territorio regionale; (Lazio, Valle D'Aosta, Veneto);
- b) predisposizione di schemi organizzativi del dipartimento e loro modifiche; (Campania, Lazio, Valle D'Aosta, Veneto);
- c) Elaborazione, verifica ed uso di protocolli diagnostici e terapeutici (Campania, Lazio, Valle d'Aosta);
- d) elaborazione di programmi di ricerca, didattica, qualificazione e riquilibratura ed aggiornamento del personale (Campania, Lazio, Valle D'Aosta, Veneto);
- e) formulare piani di ammodernamento tecnologico e la ristrutturazione delle unità operative (Campania, Lazio, Valle D'Aosta);
- f) Approvare le norme per la corretta utilizzazione del personale medico e paramedico, nonché del volontariato (Campania, Lazio, Veneto);
- g) Curare i rapporti con il personale medico dell'ospedale e del territorio e con ospedali del territorio (Campania, Lazio);
- h) approva il regolamento interno che disciplina l'attività del Consiglio e del DEA (Campania);
- i) definisce progetti finalizzati ad aumentare la qualità e la efficienza delle prestazioni assistenziali (Campania, Veneto);
- j) Definisce la dotazione di p.l. comuni o indistinti del DEA (Campania);
- k) elabora proposte sui problemi della emergenza da inviare al Comitato regionale per la emergenza sanitaria e all'Assessorato alla Sanità. (Campania).

6.3. Il direttore del dipartimento

Il direttore del dipartimento è un dirigente di secondo livello responsabile di una delle unità operative facenti parte del dipartimento, nominato dal direttore generale all'interno di una rosa di nominativi proposti dal comitato di dipartimento. La procedura prescelta per la nomina del direttore si ritiene migliore delle altre due ipotesi: la nomina diretta da parte del direttore generale o da parte del comitato direttivo. L'una infatti non tiene conto della necessità della ricerca di un consenso che possa creare il clima giusto all'interno del dipartimento mentre l'altra non tiene conto del sistema aziendalistico e dei livelli di responsabilità.

La funzione di direttore del dipartimento è aggiuntiva per cui egli mantiene nel contempo la responsabilità della propria unità operativa.

Questo schema che riguarda la nomina di tutti i direttori di dipartimento dell'ospedale è stato scelto dall'Emilia Romagna, dalla Campania, dalla Lombardia, dalle Marche, dal Molise, e dall'Umbria. Le altre regioni propongono procedure, ancora una volta, assai diversificate.

Per quel che riguarda la nomina del direttore del DEA, non ci sono novità rispetto alle norme generali sui dipartimenti; il responsabile/coordinatore del DEA è uno dei dirigenti di 2° livello/struttura complessa delle unità operative appartenenti al DEA. La Calabria aggiunge che deve avere una documentata esperienza nel settore dell'emergenza sanitaria. Gli unici aspetti particolari sono della regione Lazio che assegna la funzione di coordinatore del Consiglio di dipartimento a turno e della Valle d'Aosta che nella prima fase di applicazione della sua legge sull'emergenza prevedeva la responsabilità del DEA nelle mani del direttore sanitario.

Mentre la normativa regionale prevede che sia il direttore generale a nominare il responsabile del dipartimento ospedaliero per quel che riguarda il DEA ci sono due regioni – Lombardia, Molise – che prevedono che sia il Comitato/Consiglio del DEA a nominare il suo responsabile. Difficile capire se si tratta di una scelta consapevole e speciale o di un mancato coordinamento delle varie

norme sui dipartimenti. Alcune regioni stabiliscono che l'incarico è attribuito di norma per un periodo di due anni (Veneto) e, comunque non inferiore a sei mesi (Calabria, Veneto).

6.4. Le funzioni del direttore del DEA

Ben poco si dice sulle funzioni del responsabile del DEA (solo Calabria e Veneto parlano genericamente di compiti di attuazione inerenti la programmazione, l'organizzazione, la formazione e ricerca e il controllo dei risultati e delle attività) per cui si ritiene che il punto di riferimento sia costituito dalle norme regionali di carattere generale sui dipartimenti. Questo rimanda a due ipotesi:

- 1) quella in cui è il comitato di dipartimento a prendere le decisioni e il direttore costituisce l'organo esecutivo;
- 2) quella in cui è il direttore a prendere le decisioni relative al dipartimento ed il Comitato svolge solo la funzione consultiva.

Nella prima ipotesi, il direttore del DEA:

- a) assicura il funzionamento del dipartimento, attuando i modelli organizzativi stabiliti dal comitato di dipartimento;
- b) verifica la conformità dei comportamenti e i risultati con gli indirizzi generali forniti dal direttore generale dell'azienda;
- c) rappresenta il dipartimento nei rapporti con la direzione generale e gli organismi esterni;
- d) gestisce le risorse attribuite al dipartimento secondo le indicazioni del comitato di dipartimento;
- e) convoca e presiede il comitato di dipartimento;
- f) convoca la conferenza di dipartimento.

Nelle regioni (la grandissima maggioranza) che hanno scelto il modello "aziendale" (dove decide il direttore del dipartimento) le cose cambiano radicalmente in quanto tutte le funzioni decisionali vengono concentrate in capo al direttore (o responsabile) del dipartimento.

Il capo dipartimento in questi casi ha la diretta responsabilità nella gestione del budget assegnato al dipartimento e risponde della corretta realizzazione delle attività programmate e del raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla direzione strategica. I compiti e le funzioni del capo dipartimento possono essere così sintetizzati:

- negoziare il budget e gli obiettivi dipartimentali con la direzione strategica;
- programmare e gestire il budget di dipartimento;
- organizzazione generale del dipartimento;
- programmi generali di formazione; garanzia di continuità dei servizi;
- pianificazione e gestione generale dei programmi per la verifica e la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie;
- integrazione intra ed interdipartimentale;
- pianificare l'utilizzazione del budget assegnato ed, in particolare, definire le priorità per l'allocazione delle risorse all'interno del dipartimento;
- negoziare il budget ed i piani di attività delle unità operative;
- rendere partecipi i responsabili delle unità operative, il referente infermieristico ed i rappresentanti delle altre professionalità delle esigenze della direzione strategica;
- portare le esigenze delle unità operative alla direzione strategica;
- dirigere la gestione delle risorse comuni del dipartimento.

Per i compiti e le funzioni più importanti occorrerà che il direttore del dipartimento, prima di decidere, acquisisca il parere del comitato di dipartimento.

Questo ultimo schema è sostanzialmente condiviso dalla maggioranza delle regioni.

7. CONCLUSIONI.

Pur in presenza di una ampia normativa di carattere generale sui dipartimenti ospedalieri si è affermata, parallelamente alla prima, una altrettanto ampia normativa regionale sul funzionamento del **dipartimento di emergenza e accettazione**. La normativa regionale sui DEA si è soffermata soprattutto sull'organizzazione sanitaria (che non è stata oggetto del presente lavoro) e sulle modalità generali di funzionamento del dipartimento andando quindi ad affiancarsi o a sovrapporsi alla normativa generale sui dipartimenti ospedalieri. Questa normativa di settore non è però riuscita ad esprimere con la necessaria forza la propria specificità e questo è stato il suo grande limite. Per cui alla fine si hanno regole diverse fra un dipartimento del settore dell'emergenza e quello di un altro settore senza che questo sia giustificato o sia funzionale alle diverse specificità.

L'impressione generale che si registra è comunque quella di una estrema varietà normativa fra le varie regioni che da un certo punto di vista può rappresentare una ricchezza, se e quando tiene conto delle specificità dell'emergenza sanitaria, ma che per altri versi ci fornisce un quadro confuso e non del tutto rassicurante.

Tutto questo ci suggerisce le seguenti riflessioni sull'organizzazione dipartimentale del settore dell'emergenza sanitaria:

1. Il DEA, soprattutto per il fatto di avere una propria normativa nazionale e per essere partito prima di altri dipartimenti ospedalieri, si ritrova oggi con una normativa dipartimentale dedicata che nessun altro settore ospedaliero può vantare fatta eccezione per il dipartimento di salute mentale. Tale normativa non è sempre di altissima qualità ma è importante che ci sia perché questo riconosce al settore dell'emergenza sanitaria una sua particolarità che può permettergli, con le motivazioni adeguate, una organizzazione che può essere anche difforme da quella degli altri.
2. Nella composizione dei DEA è opportuno richiamare le regioni al rispetto delle linee guida nazionali che affermano che esso "comprende unità che fanno parte esclusivamente del DEA ed unità che appartengono ad altri dipartimenti ed entrano a far parte della "funzione emergenza" attraverso la condivisione di modelli operativi definiti". Questo significa che entrano a far parte strutturalmente del DEA solo quelle poche unità operative che operano prevalentemente nel settore dell'emergenza; molte regioni hanno invece previsto dipartimenti di emergenza con un numero così elevato e disomogeneo di reparti e servizi da essere difficilmente operativi.
3. Le regioni italiane hanno previsto la realizzazione di 287 DEA, uno ogni 217.900 abitanti. Colpisce però il fatto che in Molise ne è stato previsto uno ogni 78.300 abitanti mentre in Campania il bacino medio di ogni DEA è di 732.700 abitanti. Alcune differenze possono essere giustificate dalle diverse caratteristiche del territorio e della popolazione ma in generale è opportuno chiedere alle regioni di ridurre un divario così ampio nella distribuzione dei DEA che non appare adeguatamente giustificato. I criteri stabiliti nel Decreto n. 70/2015 favoriranno un percorso di maggiore omogeneizzazione regionale anche se in modo non troppo incisivo visti gli ampi range di popolazione stabiliti per gli ambiti ottimali nel citato decreto.
4. Il Decreto del ministero della Salute n.70/2015 fissando nuovi parametri e criteri per la diffusione ed organizzazione dei dipartimenti obbligherà quasi tutte le regioni ad un processo di revisione ed organizzazione dei dipartimenti di emergenza e degli ospedali che li ospitano. Questo processo riorganizzativo non dovrebbe variare di molto il numero complessivo dei DEA italiani ma dovrebbe portare ad alcune variazioni nella loro articolazione e distribuzione nel territorio.
5. Sul fronte della riorganizzazione ospedaliera le modifiche richieste dal Decreto n.70/2015 dovrebbe portare ad una migliore efficacia degli ospedali che ospitano i dipartimenti in

modo da offrire ad ogni cittadino le medesime garanzie di sicurezza sanitaria nelle situazioni di emergenza-urgenza. In altre parole, quasi tutte le regioni hanno scelto di realizzare una rete con DEA di 1° e 2° livello identificando le funzioni che l'ospedale sede di DEA deve obbligatoriamente garantire. Il Decreto n. 70/2015 stabilisce puntualmente le discipline che devono essere presenti negli ospedali che sono sede di DEA e lo fa in modo molto più ampio del passato. Questo dovrebbe portare ad un potenziamento degli ospedali sede di DEA tenuto anche conto che ancora oggi alcune regioni non hanno previsto, negli ospedali sede di DEA di 1° livello, unità operative strategiche per l'emergenza sanitaria come la cardiologia con UTIC e l'ortopedia-traumatologia che invece andrebbero previsti non solo per rispettare le norme nazionali ma anche per garantire la completezza del percorso diagnostico curativo ad ogni assistito in condizione di emergenza-urgenza sanitaria, indipendentemente dalla regione di residenza.

6. E' evidente la necessità, anche se pochi l'hanno previsto, che i regolamenti prevedano che al Comitato partecipino il responsabile della centrale operativa laddove presente ed un rappresentante dei medici territoriali dell'emergenza oltre a quelle figure che solitamente vengono previste. Inoltre, laddove è il Comitato del DEA ad assumere le decisioni principali è opportuno che non sia troppo ampio per permettere allo stesso l'adeguata operatività.

L'autore si scusa per eventuali omissioni od errori relativi alla mancata conoscenza di atti regionali relativi all'organizzazione e al funzionamento dei DEA ma sarà grato a chi vorrà fornire utili informazioni per integrare o correggere il presente lavoro.

Per corrispondenza e.mail: fpesaresi@tin.it

BIBLIOGRAFIA

- Pesaresi F., "I dipartimenti ospedalieri, ed. ASI, Roma, 2000;
- Pesaresi F., "L'organizzazione dipartimentale dell'emergenza sanitaria (DEA) nelle regioni italiane", Tendenze Nuove n. 4-5/2005 ed. Il Mulino;
- Ministero della salute, "annuario statistico - anno 2012", Roma, 2015.

RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI

- D.P.R. 27/3/1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza";
- D. Lgs. 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 23/10/1992, n.421";
- M. Sanità: Linee di guida n. 1/1996 "Sistema di emergenza urgenza";
- D. Lgs. 19/7/1999, n.229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario regionale, a norma dell'art.1 della Legge 30 novembre 1998, n.419";
- Accordo Stato-Regioni n.198 del 13/1/2015 "Atto di rettifica dell'Atto Repertorio n. 98/CSR del 5 agosto 2014 "Intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135."
- D. M. Salute 2/4/2015, n.70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Norme regionali

- Abruzzo - L.R. 2 luglio 1999, n.37 "Piano sanitario regionale per il triennio 1999-2000".
- Abruzzo - D. Comm. 20 febbraio 2013, n.11 "Rete dell'emergenza - urgenza della Regione Abruzzo e reti IMA-STROKE-Politrauma (trauma maggiore) percorso neurochirurgico".
- Basilicata - L.R. 12/4/1990, n.14 "Piano sanitario regionale per il triennio 1990-1992".
- Basilicata - L.R. 10/6/1996, n.27 "Riordino del servizio sanitario regionale".
- Basilicata - D.Cons. reg. 30/12/1996, n.478 "Piano sanitario regionale 1997/1999".
- Basilicata - L.R. 3/8/1999, n.21 "Sistema sanitario regionale dell'emergenza/urgenza".
- Bolzano - D.G.P. 19/7/1999, n. 3028 "Approvazione del piano sanitario provinciale 2000-2002".
- Calabria - L.R. 2/4/1995, n.9 "Piano sanitario regionale 1995/97".
- Calabria - L.R. 19/3/2004, n.11 "Piano regionale per la salute 2004/2006".
- Calabria - D.P.G.R. 28/6/2012, n.94 "Approvazione proposta programmata progetto riordino, riorganizzazione e reingegnerizzazione della rete urgenza/emergenza regione Calabria, nel rispetto dei dettami del DPGR 18/2010".
- Campania - L.R. 11/1/1994, n.2 "Istituzione del sistema integrato regionale per la emergenza sanitaria".
- Campania - L.R. 26/2/1998, n.2 "Piano regionale ospedaliero per il triennio 1997-99".
- Campania - D.Commissario 27/9/2010, n.49 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dimissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia".
- E. Romagna L.R. 9/3/1990, n15 "Piano sanitario regionale per il triennio 1990-1992".
- Emilia Rom. - D.G.R. n.1454/1997 "Istituzione dei dipartimenti ospedalieri nelle aziende sanitarie della regione Emilia Romagna".
- Emilia Rom. - D.C.R. 796 del 17/12/97 "Protocollo di intesa tra la regione Emilia Romagna e le Università degli Studi di Parma, Bologna, Modena e Ferrara, ai sensi del 1° comma art. 6 del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni".
- Emilia Romagna - l.r. 25/2/2000, N.11 "Modifiche della L.R. 12/5/1994, n.19 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs. 30/12/1992, n.502, modificato dal D.Lgs. 7/12/1993, n.517" e della L.R. 20/12/1994, n.50 "Norme in

	materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere” ai sensi del D.Lgs. 19/6/1999, n.229”.
Friuli - L.R.27/2/1995, n.13	“Revisione della rete ospedaliera regionale”.
Friuli - DGR n.6619/1995	“L.R. 13/1995, art.22, comma 1° - L.107/1990 - 1° Piano di intervento a medio termine per l’area ospedaliera nel triennio 1995-1997 e piano regionali sangue, plasma e emoderivati”.
Friuli - DGR n.5016/1996	“Approvazione delle linee guide regionali sull’istituzione e regolamentazione dei dipartimenti ospedalieri verticali”.
Friuli-V. G. – D.G.R. 3854/1999	“Legge regionale 41/1993, articolo 3, comma 4, Piano di intervento a medio termine (PIMT) per l’assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria nel triennio 2000-2002 (Piano sanitario regionale 2000-2002).”
Friuli-V. G. – D.G.R. 734/2001	“Legge regionale 41/1993, articolo 3, comma 4, Piano di intervento a medio termine (PIMT) per l’assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria nel triennio 2000-2002 (Piano sanitario regionale 2000-2002).”
Lazio - L.R. 20/9/1993, n.55	“Norme per la riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi della L. 30/12/1991, n. 412”.
Lazio - L.R. 16/6/1994, n.18	“Disposizioni per il riordino del Servizio sanitario regionale (...)”.
Lazio – D.C.R. 1004/1994	“Sistema di emergenza sanitaria Lazio Soccorso 118”.
Lazio - D.G.R. n.3140/1995	“Direttive per l’organizzazione e il funzionamento delle aziende USL e delle aziende ospedaliere”.
Lazio – D.G.R. 3250/1995	“Riequilibrio della rete ospedaliera”.
Lazio – D.G.R. 713/2000	“Sistema di remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera per l’anno 2000”.
Lazio – D.C.A.A 73/2010	“Rete assistenziale dell’emergenza”
Lazio – D.C.A.A 368/2014	“Attuazione Programmi Operativi 2013-2015 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”.
Liguria – L.R. 3/4/1989, n.8	“Piano sanitario regionale 1989/1991”.
Liguria – L.R. 5/5/1994, n.24	“Sistema di emergenza sanitaria”.
Liguria - L.R. 8/8/1994, n.42	“Disciplina delle USL e delle aziende ospedaliere del Servizio sanitario regionale”.
Liguria – D.C.R. 27/6/1997, n.40	“Riorganizzazione della rete ospedaliera 1997-1999”.
Liguria - D. Cons. reg. 35 27/10/1998	“Protocollo generale d’intesa regionale/Università ex articolo 6 decreto legislativo 30 dicembre 1992 e art.8 Legge regionale 8 agosto 1994, n.42”.
Liguria – D.G.R. 1360/2001	“Direttiva in materia di emergenza/urgenza sanitaria”.
Liguria – D.C.R. 27/1/2004, n. 3	“Piano socio sanitario regionale 2003-2005”.
Lombardia – D.G.R. 60384/1994	“Progetto obiettivo per urgenza ed emergenza nella regione Lombardia”.
Lombardia - L.R. 11/7/1997 n.31	“Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali”.
Lombardia – D.G.R. 932/1998	“atto programmatico relativo al punto 2) della DGR n.27099 dell’8 aprile 1997 “Atto di indirizzo per il riordino del sistema di emergenza-urgenza sanitaria in Lombardia”, concernente linee e indicatori per la distribuzione delle funzioni specialistiche e individuazione dei presidi per le attività di emergenza e urgenza, nonché determinazione in ordine alle tariffe di remunerazione delle prestazioni di trasporto e ospedaliere”.
Lombardia - D.G.R. n. 34726/1998	“Approvazione delle linee guida per la organizzazione delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”.
Lombardia - D.G.R. n. 11534/2002	“Misure urgenti in merito alla razionalizzazione della spesa sanitaria”.
Lombardia - D.C.R. n. 462/2002	“Piano socio-sanitario regionale 2002-2004”.
Marche - L. R. 17/7/1996, n. 26:	“Riordino del servizio sanitario regionale”.
Marche - D.G.R. n. 3111/1997	“Attuazione L.R. n.26/1996 - Approvazione linee di indirizzo per l’adozione da parte delle aziende USL del regolamento di organizzazione dei dipartimenti di salute mentale”.
Marche - D.G.R. n. 758/1998	“Disposizioni in ordine alla costituzione dei dipartimenti interaziendali in medicina trasfusionale nella regione Marche”.
Marche - L.R.30/10/1998 n.36	“Sistema di emergenza sanitaria”.

Marche - D.G.R. n.1616/1998	“L.R. 17/7/1996 n.26 art.23. Criteri e procedure per l’individuazione dei dipartimenti e disposizioni in ordine alle modalità di funzionamento dei dipartimenti ospedalieri”.
Molise – D.C.R. 505/1996	« Piano sanitario regionale – anni 1997/1999”.
Molise - L.R. 21/2/1997 n. 2	“Organizzazione generale delle aziende sanitarie locali”.
Molise - D.G.R. 1095/1997	“L.R. 21 febbraio 1997, n.2 art.17 - Direttiva alle aziende sanitarie locali sulla costituzione e sulle modalità di funzionamento dei dipartimenti ospedalieri”.
Piemonte - L.R. 24/1/1995, n.10	“Ordinamento, organizzazione e funzionamento delle Aziende sanitarie regionali”.
Piemonte - L.R. 12/12/1997, n.61	“Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999”.
Piemonte – D.G.R. 11/12/2000, n.80-1700	“Art.3, comma 1bis del D. Lgs 502/1992 e s.m.i.. Principi e criteri per l’adozione dell’atto aziendale, per l’organizzazione ed il funzionamento delle aziende sanitarie regionali”.
Piemonte – D.G.R. 2/12/2002, n.35-7912	“Deliberazione settoriale ex art. 8 L.R. 12/12/97 n. 61: linee guida per l’emergenza sanitaria ospedaliera”.
Piemonte – D.G.R. 28/12/2012, n.25-5148	“Attuazione piani di rientro – Riorganizzazione del sistema dell’emergenza sanitaria territoriale. Approvazione convenzione per il dipartimento interaziendale 118”.
Piemonte – D.G.R. 14/3/2013, n.6-5519	“Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della CR n. 167-14087 del 3/4/2012 (PSSR 2012-2015).
Piemonte – D.G.R. 19/11/2014, n.1-600	“Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della L.135/2012 e del Patto per la salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale”.
Puglia - L.R. 28/12/1994, n.36	“ Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale (...)”;
Puglia - D.G.R. 1996	“Regolamento di organizzazione delle aziende sanitarie”.
Puglia - D.C.R. 3-11/2/1999, n. 382	“DPR 27 marzo 1992: Progetto generale del Macro Sistema Emergenza Sanitaria – 118 – nella Regione Puglia”.
Sardegna – L.R. 30/4/1985, n.10	“Piano sanitario regionale”.
Sardegna - L.R. 26/1/1995, n.5	“Norme di riforma del servizio sanitario regionale”.
Sardegna – D.G.R. 31-2/2011	“Avvio procedure di riorganizzazione della rete dell’emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale. Approvazione preliminare”.
Sicilia - L.R. 3/11/1993, n.30	“Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle USL”.
Sicilia – L.R. 11/4/1995, n.34	“Individuazione delle aziende ospedaliere a gestione diretta del servizio sanitario nazionale nel territorio della regione. Modifiche alle leggi regionali 3 novembre 1993, n.30, e 20 agosto 1994, n.33. Variazione di destinazione somme”.
Sicilia – L.R. 21/4/1995, n.39	“Individuazione azienda di riferimento per l’emergenza di secondo livello “Ospedali civili riuniti” di Siacca. Abrogazione di norme. Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1993, n.30”.
Sicilia – L.R. 6/4/1996, n.25	“Norme per il potenziamento, la razionalizzazione e il coordinamento dell’attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti. Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1993, n.30. Proroga di termini e norme in materia di variazione somme.”
Sicilia – D.P. 11/5/2000	“Piano sanitario regionale 2000/2002.
Sicilia – D.A. 27/3/2001 n. 34276	“Linee guida generali sul funzionamento del servizio di urgenza-emergenza sanitaria (S.U.E.S. 118)”.
Sicilia – D.A. 27/5/2003	“Piano di rimodulazione della rete ospedaliera”.
Toscana - L.R. 2/1/1995, n.1	“Disciplina sull’organizzazione e funzionamento delle U.S.L. e delle aziende ospedaliere (...)”.
Toscana - D.C.R. n. 527/1995	“Piano sanitario regionale 1996-98”.
Toscana - L.R.30/9/1998, n.72	Norme sulle procedure e gli strumenti della programmazione sanitaria e sull’organizzazione del servizio sanitario regionale”.
Toscana - D.C.R. 17/2/1999 n.41	“Piano Sanitario Regionale 1999/2001.
Toscana – L.R. 8/3/2000, n.22	“Riordino delle norme per l’organizzazione del Servizio sanitario regionale”.
Trento – L.P. 6/12/1993, n.38	“Piano sanitario provinciale 1993-1995”.
Trento	Atto aziendale della Azienda provinciale servizi sanitari APSS.

Umbria - D.G.R. n.781/1997	“Indirizzi applicativi per la strutturazione dipartimentale, in via sperimentale, dei presidi ospedalieri.”
Umbria – L.R. 20/1/1998, n.3	“Ordinamento del sistema sanitario regionale”.
Umbria - D.C.R. 1/3/1999, n. 647	“Piano sanitario 1999/2001”.
Umbria - D.C.R. 23/7/2003, n. 314	“Piano sanitario regionale 2003/2005”.
Umbria - D.C.R. 28/5/2012, n. 609	“Misure di riordino e razionalizzazione dei servizi del sistema sanitario regionale. Preadozione.
Umbria - D.C.R. 30/7/2012, n. 970	“Misure di riordino e razionalizzazione dei servizi del sistema sanitario regionale di cui alla DGR n. 609/2012. Adozione e provvedimenti conseguenti”.
Valle d’Aosta – L.R. 20/8/1993, n. 70	“Organizzazione del sistema di emergenza sanitaria”.
Valle d’Aosta - L.R.16/4/97, n.13	“Nuova disciplina del Servizio sanitario regionale, approvazione del piano socio-sanitario regionale per il triennio 1997-1999 e modificazioni alla dotazione organica di cui alla L.R. n.19/1992, come modificata dalla L.R. n.49/1995.
Valle d’Aosta – L.R. 25/1/2000, n.4	“Norme per la razionalizzazione dell’organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione”.
Veneto - L.R. 14/9/1994, n. 56	“Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale (...)”.
Veneto – D.G.R. 4/4/1995, n.1705	“Art. 14 L.R. 21/89. Modifiche ed integrazioni all’attuazione del DPR 27/3/1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”. 2° provvedimento”.
Veneto - L.R. 3/2/1996, n. 5	“Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1996/1998”.
Veneto - D.G.R. n.5271/1998	“Disposizioni per l’istituzione ed il funzionamento dei dipartimenti e delle aree omogenee per le aziende USL ed ospedaliere (...)”.
Veneto - D.G.R. n. 1742/1999	“Modificazioni alla D.G.R. n. 5271 del 2/12/1998 ad oggetto “Disposizioni per l’istituzione ed il funzionamento dei dipartimenti e delle aree omogenee per le aziende USL ed ospedaliere”.
Veneto – D.G.R. 1179/2000	“Art.14 L.R. 21/1989. Modifiche ed integrazioni alla DGRV n.1229/98 concernente “art.14 L.R. 21/89. Modifiche ed integrazioni al P.S.S.R. 1989/91 già modificato con DGRV 1779/94 e DGRV 1705/95 – in applicazione dell’intesa Stato-Regioni sulle linee guida in materia di requisiti organizzativi e funzionali della rete dell’emergenza/urgenza, in applicazione del DPR 27/3/1992”.