



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

197

DECRETO N. DEL 08 OTT 2012

OGGETTO: Definizione delle Aree di Afferenza dei Centri Specialistici. Modifica della Circolare Regionale n.20 dell'8/10/1999 (Delibera della Giunta Regionale 3410 del 5/10/1999).

IL SEGRETARIO REGIONALE PER LA SANITA'

PREMESSO CHE

con la Deliberazione n. 3410 del 5.10.1999 la Giunta Regionale del Veneto ha approvato la circolare regionale n. 20 dell'8.10.1999, con la quale sono state emanate alle Aziende U.U.L.L.S.S.S.S. direttive in merito all'organizzazione ed alle funzioni dei Punti di Primo Intervento e definite le aree di afferenza dei centri specialistici e le modalità di accoglimento per i pazienti che necessitano di procedure diagnostiche e terapeutiche di emergenza;

con la Deliberazione n. 3223 dell'8.11.2002 la Giunta Regionale del Veneto ha approvato le modifiche e integrazioni alle schede di dotazione ospedaliera pubblica e privata di cui alla L.R n. 39 del 30 agosto 1993, introducendo alcune variazioni sulla distribuzione delle strutture ad alta specializzazione all'interno della Regione;

la Giunta Regionale del Veneto ha istituito con la Deliberazione n. 4550 del 28.11.2007 la rete regionale per la gestione del paziente con Infarto Miocardico Acuto, con la Deliberazione n. 4198 del 30.12.2008 la rete regionale per la gestione del paziente con Ictus e con la Deliberazione n. 3318 del 3.11.2009 le rete regionale per la gestione per l'emergenza e l'urgenza pediatrica;

le citate deliberazioni 3223/02, 4550/08, 4198/08 e 3318/09 atti hanno in parte modificato l'organizzazione della rete ospedaliera destinata al trattamento dei pazienti critici ed introdotto nuovi criteri di gestione per specifiche patologie ed è pertanto necessaria una revisione della citata Circolare n. 20, per la parte relativa alle afferenze dei Centri Specialistici, che tenga conto dei nuovi assetti organizzativi e delle più recenti indicazioni cliniche;

il Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza, sentiti i Direttori delle Centrali Operative del SUEM 118 e gli specialisti di ciascuna area, ha elaborato un documento tecnico che definisce le nuove aree di afferenza dei pazienti con necessità di trattamento specialistico urgente e le modalità di gestione degli stessi;

al fine di consentire il tempestivo trattamento dei pazienti in condizioni critiche sussiste l'esigenza di aggiornare con urgenza le precedenti disposizioni in materia;

DECRETA

1. di approvare la definizione delle Aree di Afferenza dei Centri Specialistici e le modalità di gestione dei pazienti che necessitano di un trattamento di emergenza presso gli stessi, di cui all'Allegato A al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante;

2. di stabilire che quanto disposto con il presente provvedimento si intende sostitutivo di quanto disposto, in argomento, dalla Circolare Regionale n. 20 dell'8/10/1999;
3. di dare atto che il presente decreto non comporta spese a carico del bilancio regionale;
4. di pubblicare il presente decreto, comprensivo dell'allegato, nel Bollettino ufficiale della Regione.

F. 10 dr. Domenico Mantoan





Aree di Afferenza dei Centri Specialistici

Glossario

Ai fini del seguente documento le seguenti sigle e denominazioni assumono il significato di seguito riportato.

Ospedale di riferimento: Ospedale dotato di centro specialistico per la specifica patologia

Ospedale di rete: Ospedale non dotato del centro specialistico

Aziende – Aziende Sanitarie: Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto

Afferenza primaria: Ospedale di riferimento per il territorio specifico

Afferenza secondaria/terziaria: Ospedale di riferimento alternativo a quello di afferenza primaria

Centralizzazione primaria: trasporto dal luogo dell'evento all'ospedale

Centralizzazione secondaria: trasferimento interospedaliero, anche a partenza dal PS o dal PPI

Back-transport: trasferimento del paziente dal centro specialistico ad un ospedale di rete

CO: Centrale operativa del SUEM 118

PS: Pronto Soccorso

PPI: Punto di Primo Intervento

TI: Terapia Intensiva

Scopo

Il presente regolamento disciplina le aree di afferenza dei Centri Specialistici della Regione e le modalità di gestione dei pazienti che richiedono una prestazione di emergenza presso tali strutture.



1 Principi generali

1.1 Centralizzazione primaria

Quando un utente viene soccorso dal SUEM il trasporto deve essere diretto:

- 1) al PS dell'ospedale di rete competente per territorio, se il paziente NON presenta patologie che richiedono un trattamento specialistico di emergenza;
- 2) direttamente al centro di riferimento competente per territorio, se il paziente presenta patologie che richiedono un trattamento specialistico di emergenza non disponibile presso l'ospedale di rete, sulla base dei criteri previsti dalla presente norma, dalle disposizioni regionali in materia di reti assistenziali e dai protocolli clinici del SUEM.

Per i pazienti di cui al precedente punto 1) il trasporto ad un ospedale diverso da quello di competenza territoriale è consentito, se disposto dalla CO, nei seguenti casi:

- in caso di mancanza di posti letto o comunque di impossibilità di accogliere il paziente nell'ospedale competente, esclusivamente nei casi e secondo le procedure individuati dai protocolli specifici della CO stessa, redatti con il coinvolgimento delle Direzioni Sanitarie delle Aziende;
- quando il paziente è seguito in modo continuativo in altro ospedale per la stessa patologia che ha originato la richiesta di intervento se, a giudizio della CO che riceve la chiamata, il trasporto all'ospedale di riferimento territoriale non consente l'erogazione di prestazioni adeguate alle condizioni del paziente, e solo qualora il trasporto sia compatibile con la necessità di garantire la copertura del territorio da parte dei mezzi disponibili. In questi casi l'ospedale individuato dalla CO è tenuto ad accogliere il paziente, indipendentemente dalla disponibilità attuale di posti letto;
- in presenza di protocolli di area vasta, concordati con il SUEM, che disciplinino particolari modalità di distribuzione dell'afferenza dei pazienti.

I pazienti di cui al precedente punto 2) possono in subordine essere trasportati all'ospedale di rete più vicino al luogo dell'evento nei seguenti casi:

- quando le condizioni cliniche del paziente non consentono il trasporto diretto al centro di riferimento, anche in considerazione della tipologia dei mezzi disponibili, del livello di assistenza disponibile sull'ambulanza, delle condizioni attuali di viabilità;
- in presenza di altre lesioni evolutive che possono compromettere la sopravvivenza del paziente, che richiedono un trattamento/stabilizzazione nel minor tempo possibile e che possono essere trattate nell'ospedale di rete, procedendo quindi alla centralizzazione secondaria;
- in presenza di un incidente maggiore, qualora sussista la necessità di liberare rapidamente l'ambulanza per consentire il soccorso ad altri infortunati.

In presenza di indicazioni alla centralizzazione, il centro di afferenza primaria competente per il territorio in cui si trova il paziente è sempre tenuto ad accoglierlo, indipendentemente dalla disponibilità attuale di posti letto di degenza intensiva od ordinaria.

Qualora il centro di afferenza primaria non sia in grado di ricevere il paziente a causa della presenza contemporanea di un numero elevato di emergenze, la CO può disporre il trasporto all'ospedale di afferenza secondaria, previo accordo con la CO competente per tale centro e solo qualora le condizioni cliniche del paziente rendano possibile il trasporto. Il centro di afferenza secondaria è tenuto in questo caso ad accogliere il paziente, indipendentemente dalla disponibilità attuale di posti letto di degenza intensiva od ordinaria. Qualora anche il centro di afferenza secondaria sia interessato da più urgenze, il paziente deve comunque essere accolto nel centro di afferenza primaria.



In caso di incidente maggiore con presenza di più pazienti che richiedano trattamenti specialistici le CO del SUEM provvedono, in accordo tra loro, a suddividere i pazienti tra i diversi centri specialistici raggiungibili in tempo utile dal luogo dell'evento. I centri individuati dalle CO sono tenuti ad accogliere i pazienti, indipendentemente dalla disponibilità attuale di posti letto di degenza intensiva od ordinaria.

Qualora il centro di afferenza primaria afferisca ad una CO diversa da quella che ha in gestione il soccorso, quest'ultima contatterà la CO cui il centro afferisce, che a sua volta allenterà il centro.

1.2 Centralizzazione secondaria

I pazienti accolti in ospedali di rete che presentano patologie che richiedono un trattamento specialistico devono essere accolti dal centro di riferimento competente per territorio. Tale obbligo vale anche nel caso in cui l'ospedale di rete in cui si trova il paziente abbia in essere un rapporto di convenzione per consulenze specialistiche con un centro diverso da quello di riferimento territoriale.

In caso di necessità di un intervento chirurgico o di una procedura diagnostica o interventistica di emergenza, il centro di afferenza primaria deve immediatamente accogliere il paziente, indipendentemente dalla disponibilità attuale di posti letto di degenza intensiva od ordinaria.

Fatto salvo quanto eventualmente disposto al successivo capitolo 2 per le specifiche patologie, qualora il centro di afferenza primaria sia già impegnato nel trattamento di altro un paziente e non sia in grado di trattarne contemporaneamente un altro, il centro di afferenza secondaria è tenuto ad accogliere immediatamente il paziente, indipendentemente dalla disponibilità attuale di posti letto di degenza intensiva od ordinaria.

Se anche il secondo centro è impegnato, la CO può eventualmente valutare la possibilità di ricorrere ad un altro centro disponibile, solo nel caso in cui il tempo di trasporto sia compatibile con le condizioni cliniche del paziente e con la tempistica per l'erogazione dei trattamenti necessari. Se tale opzione non è possibile il centro di afferenza primaria è comunque tenuto ad accogliere il paziente.

Qualora il paziente invece presenti l'indicazione alla centralizzazione a scopo di monitoraggio ed il centro di afferenza primaria non abbia disponibilità di posti letto di terapia intensiva per accoglierlo, fatto salvo quanto eventualmente disposto al successivo capitolo 2 per le specifiche patologie, la CO potrà provvedere alla ricerca di un altro centro disponibile. La ricerca deve essere limitata ai centri raggiungibili in un tempo compatibile con le necessità diagnostico-terapeutiche del paziente e che comportano un tempo di trasporto che le condizioni cliniche consentono di affrontare in sicurezza. Qualora la ricerca dia esito negativo il centro di afferenza primaria è tenuto ad accogliere comunque il paziente.

In situazione di carenza di posti letto di degenza ordinaria il centro di riferimento è sempre tenuto ad accogliere il paziente.

Al fine di organizzare il trasferimento al centro specialistico, il medico che assiste il paziente contatta lo specialista del centro di afferenza primaria, direttamente o per il tramite della CO locale, secondo le modalità previste dalle procedure locali; qualora il trasferimento non fosse possibile il medico curante o lo specialista contatta immediatamente la CO competente per l'ospedale presso cui si trova il paziente che verifica, nel rispetto dei criteri sopra espressi, la praticabilità di soluzioni alternative.



In condizioni di mancanza di posti letto di degenza intensiva lo specialista del centro che accoglie il paziente può chiedere alla CO di effettuare una ricerca di posto letto dove trasferire il paziente dopo l'erogazione del trattamento specialistico o un altro paziente degente presso il centro per il quale sono cessate le esigenze di cure specialistiche.

Quando lo specialista, sulla base del quadro clinico e delle indagini effettuate, ritiene sia presente l'indicazione al trasferimento ad un centro specialistico, ogni ulteriore approfondimento diagnostico-strumentale eventualmente disposto dallo specialista dovrà essere eseguito dopo l'arrivo del paziente nel centro stesso. Lo specialista potrà richiedere l'esecuzione degli approfondimenti diagnostici nell'ospedale di rete solo in presenza di problemi tecnici delle apparecchiature del centro specialistico.

Non compete alla CO la ricerca di disponibilità di accoglimento nei centri specialistici per pazienti che richiedono interventi di elezione o non urgenti.

1.3 Back transport

I pazienti devono essere trattieneuti nelle terapie intensive specialistiche, ed in generale nelle terapie intensive dei centri specialistici, esclusivamente se necessitano di terapie che non possono essere erogate negli ospedali di rete.

Una volta cessate le esigenze di cure specialistiche, i pazienti devono essere trasferiti alla TI di un ospedale di rete. La TI dell'ospedale di rete competente per il territorio di residenza del paziente è tenuta ad accoglierlo quando lo specialista lo richiede, non appena è disponibile un posto letto. L'accoglimento di un back-transport ha la precedenza su un ricovero elettivo.

Quando il centro specialistico ha necessità di liberare un posto letto per accogliere un'emergenza, la TI più vicina, ricompresa nel bacino di afferenza del centro, che ha un posto disponibile è tenuta ad accogliere il paziente proveniente dal centro, indipendentemente dalla residenza dello stesso.

1.4 Carenza di posti letto di terapia intensiva

Quando una struttura ospedaliera ha necessità di ricoverare un paziente in TI e non è in grado di reperire un posto letto all'interno della struttura stessa (o di quella territorialmente competente, se l'ospedale è sprovvisto di TI), contatterà la CO territorialmente competente per la ricerca di un posto letto negli ospedali dell'area vasta di riferimento.

La CO potrà estendere la ricerca al di fuori dell'area vasta ed al di fuori della Regione, limitandola però ai centri raggiungibili in un tempo compatibile con le necessità diagnostico-terapeutiche del paziente e che comportano un tempo di trasporto che le condizioni cliniche del paziente consentono di affrontare in sicurezza.

Qualora la ricerca risulti negativa, l'ospedale di riferimento territoriale deve comunque trattenere o accogliere il paziente.

1.5 Monitoraggio dei posti letto di terapia intensiva

L'Amministrazione Regionale mantiene un sistema informatico, accessibile via web da tutti gli ospedali della Regione, per il monitoraggio della disponibilità di posti letto nelle seguenti Terapie Intensive:

- a. - generale
- b. - neurochirurgica



- c. - cardiocirurgica
- d. - pediatrica
- e. - neonatale
- f. - cardiovascolare

Il medico di guardia di tali strutture è tenuto ad aggiornare in tempo reale la disponibilità di posti letto della propria unità ogni volta che la stessa si modifica per l'ingresso o la dimissione di un paziente.



2 Area di afferenza per patologie specifiche

2.1 Infarto miocardico acuto

Per la gestione del paziente con infarto miocardico acuto si applicano i criteri di afferenza stabiliti dalla DGR n. 4550 del 28 dicembre 2007 (e dalle sue eventuali successive modificazioni ed integrazioni)

2.2 Ictus in fase acuta

Per la gestione del paziente con ictus in fase acuta si applicano i criteri di afferenza stabiliti dalla DGR n. 4198 del 30 dicembre 2008 (e dalle sue eventuali successive modificazioni ed integrazioni)

2.3 Emergenze e Urgenze Pediatriche

Con la DGR 3318 del 3/11/2009 è stata istituita la rete regionale per la gestione dell'emergenza ed urgenza neonatale e pediatrica e sono stati identificati i seguenti criteri per la gestione del bambino critico:

- il bambino, dopo stabilizzazione, dovrà essere trasportato all'ospedale più idoneo a garantire tutti gli interventi diagnostico-terapeutici e la degenza definitiva;
- in subordine, il bambino dovrà essere trasportato all'ospedale con dotazioni adeguate almeno all'erogazione degli interventi diagnostico-terapeutici di emergenza, e successivamente se necessario trasferito al luogo di degenza definitiva;
- qualora per difficoltà logistiche non superabili o per instabilità delle condizioni cliniche non siano possibili le due opzioni precedenti, il bambino verrà accolto nell'ospedale più vicino in grado di procedere alla stabilizzazione ed al trasporto al centro più idoneo;
- i centri di riferimento sono tenuti ad accogliere tutti i trasporti primari provenienti dal territorio di competenza, indipendentemente dalla disponibilità di posti letto di degenza ordinaria o intensiva.

La citata delibera ha inoltre demandato ad un decreto del Dirigente regionale della Direzione per i Servizi Sanitari (ora Direzione per l'Attuazione della Programmazione Sanitaria) la costituzione di uno o più gruppi tecnici di lavoro con il compito di proporre alla Giunta Regionale l'aggiornamento degli ambiti territoriali di competenza sulla base di quanto previsto dalla deliberazione stessa. Nelle more del provvedimento regionale che recepisca tali indicazioni, i criteri di afferenza sono i seguenti:

a) Accoglimento presso il polo di I livello di ciascuna Azienda ULSS:

- a. - attività di emergenza e urgenza per patologie minori

b) Accoglimento presso il polo di II livello:

- a. - attività di emergenza ed urgenza per patologie complesse
 b. - attività di chirurgia pediatrica
 c. - degenza temporanea in TI generale in attesa di trasferimento in TI pediatrica

ULSS	Polo di II livello	Note
1	OSP. TREVISO	In integrazione con ospedale di OSP. BELLUNO
2	OSP. TREVISO	In integrazione con ospedale di OSP. BELLUNO
3	OSP. VICENZA	



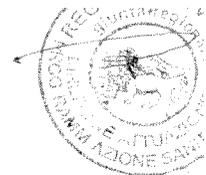
4	OSP. VICENZA	
5	OSP. VICENZA	
6	OSP. VICENZA	
7	OSP. TREVISO	
8	OSP. TREVISO	
9	OSP. TREVISO	
10	OSP. DELL'ANGELO VE	
12	OSP. DELL'ANGELO VE	
13	OSP. DELL'ANGELO VE	
14	OSP. DELL'ANGELO VE	
15	AZOSP. PADOVA	
16	AZOSP. PADOVA	
17	AZOSP. PADOVA	
18	AZOSP. PADOVA	In integrazione con ospedale di OSP. ROVIGO
19	AZOSP. PADOVA	In integrazione con ospedale di OSP. ROVIGO
20	A.O.U.I. VERONA	
21	A.O.U.I. VERONA	
22	A.O.U.I. VERONA	

c) Accoglimento presso il polo di III livello

- a. - degenza in TI pediatrica
- b. - gestione del politrauma pediatrico
- c. - attività di alta specializzazione

ULSS	Polo di III livello	Note
1	AZOSP. PADOVA	In integrazione con ospedale di OSP. TREVISO
2	AZOSP. PADOVA	In integrazione con ospedale di OSP. TREVISO
3	A.O.U.I. VERONA	
4	A.O.U.I. VERONA	
5	A.O.U.I. VERONA	
6	A.O.U.I. VERONA	
7	AZOSP. PADOVA	In integrazione con ospedale di OSP. TREVISO
8	AZOSP. PADOVA	In integrazione con ospedale di OSP. TREVISO
9	AZOSP. PADOVA	In integrazione con ospedale di OSP. TREVISO
10	AZOSP. PADOVA	
12	AZOSP. PADOVA	
13	AZOSP. PADOVA	
14	AZOSP. PADOVA	
15	AZOSP. PADOVA	
16	AZOSP. PADOVA	
17	AZOSP. PADOVA	
18	A.O.U.I. VERONA	
19	A.O.U.I. VERONA	
20	A.O.U.I. VERONA	
21	A.O.U.I. VERONA	
22	A.O.U.I. VERONA	

Per la gestione del trauma pediatrico quando possibile è opportuna la centralizzazione al centro di III livello; l'ospedale di Treviso funge da riferimento per la centralizzazione primaria del trauma pediatrico per il territorio delle ULSS 1,2,7,8,9 e 10, in particolare per le lesioni di interesse neurochirurgico e quando le condizioni cliniche non consentono il trasporto al centro di III livello.



2.4 Patologia neonatale - Gravidanza a rischio di parto prematuro

Secondo quanto previsto dalla DGR 3318 del 3/11/2009 per la gestione del neonato in emergenza-urgenza si applicano gli stessi criteri previsti per il bambino, descritti al precedente punto 2.3.

Inoltre, al fine di garantire la massima sicurezza al neonato per il quale si prevede la necessità di cure intensive, deve essere preferito il trasporto antenatale presso il polo di riferimento in tutti i casi in cui le condizioni cliniche lo rendano possibile; tale evenienza prevede che la donna venga trasferita presso l'Unità operativa di Ostetricia del polo di riferimento territoriale competente per il livello di cure neonatali necessario, che è sempre tenuta ad accogliere la paziente ed a farsi carico della gestione complessiva del caso, indipendentemente dalla disponibilità attuale di posti letto di degenza.

Nelle more del provvedimento regionale che recepisca l'aggiornamento degli ambiti territoriali di competenza, si applicano i seguenti criteri di afferenza:

- a) Accoglimento presso il polo di I livello di ciascuna Azienda ULSS:
- - attività di emergenza e urgenza per patologie minori
- b) Accoglimento presso il polo di II livello:
- - cure intensive neonatali

ULSS	Polo di II livello	Note
1	OSP. TREVISO	In integrazione con ospedale di OSP. BELLUNO
2	OSP. TREVISO	In integrazione con ospedale di OSP. BELLUNO
3	OSP. VICENZA	
4	OSP. VICENZA	
5	OSP. VICENZA	
6	OSP. VICENZA	
7	OSP. TREVISO	
8	OSP. TREVISO	
9	OSP. TREVISO	
10	OSP. DELL'ANGELO VE	
12	OSP. DELL'ANGELO VE	
13	OSP. DELL'ANGELO VE	
14	OSP. DELL'ANGELO VE	
15	AZOSP. PADOVA	In integrazione con ospedale di CAMPOSAMPIERO
16	AZOSP. PADOVA	In integrazione con ospedale di CAMPOSAMPIERO
17	AZOSP. PADOVA	In integrazione con ospedale di CAMPOSAMPIERO
18	OSP. ROVIGO	In integrazione con AZOSP. PADOVA
19	OSP. ROVIGO	In integrazione con AZOSP. PADOVA
20	A.O.U.I. VERONA	
21	A.O.U.I. VERONA	
22	A.O.U.I. VERONA	

Gli ospedali di Belluno e di Rovigo svolgono un ruolo di rilievo nell'ambito della propria provincia, in forte integrazione rispettivamente con il Polo di II livello di Treviso e con il Polo di III livello di Padova, con il quale devono essere definiti protocolli condivisi per la gestione, presso il medesimo ospedale, delle patologie complesse. L'integrazione garantisce la copertura dell'area territoriale di riferimento di entrambe le province interessate.



c) Accoglimento presso il polo di III livello

- cure intensive neonatali
- attività di alta specializzazione

ULSS	Polo di III livello	Note
1	OSP. TREVISO	AZOSP. PADOVA per patologie cardiache e dialisi
2	OSP. TREVISO	AZOSP. PADOVA per patologie cardiache e dialisi
3	A.O.U.I. VERONA	
4	A.O.U.I. VERONA	
5	A.O.U.I. VERONA	
6	A.O.U.I. VERONA	
7	OSP. TREVISO	AZOSP. PADOVA per patologie cardiache e dialisi
8	OSP. TREVISO	AZOSP. PADOVA per patologie cardiache e dialisi
9	OSP. TREVISO	AZOSP. PADOVA per patologie cardiache e dialisi
10	AZOSP. PADOVA	
12	AZOSP. PADOVA	
13	AZOSP. PADOVA	
14	AZOSP. PADOVA	
15	AZOSP. PADOVA	In integrazione con ospedale di CAMPOSAMPIERO
16	AZOSP. PADOVA	In integrazione con ospedale di CAMPOSAMPIERO
17	AZOSP. PADOVA	In integrazione con ospedale di CAMPOSAMPIERO
18	AZOSP. PADOVA	In integrazione con ospedale di ROVIGO
19	AZOSP. PADOVA	In integrazione con ospedale di ROVIGO
20	A.O.U.I. VERONA	
21	A.O.U.I. VERONA	
22	A.O.U.I. VERONA	

L'Ospedale di Camposampiero svolge un ruolo di rilievo per quanto riguarda la terapia intensiva neonatale ed affianca il Polo di III livello dell'Azienda Ospedaliera di Padova per la copertura dell'area territoriale della provincia di Padova. A tal fine devono essere definiti protocolli condivisi per la gestione dell'urgenza/emergenza neonatale e pediatrica.

2.5 Neurolesioni gravi – Mielolesioni - Politraumi

ULSS	Afferenza primaria	note	Afferenza secondaria
1	OSP. TREVISO	In integrazione con OSP. BELLUNO	OSP. DELL'ANGELO VE
2	OSP. TREVISO	In integrazione con OSP. BELLUNO	OSP. DELL'ANGELO VE
3	OSP. VICENZA		OSP. TREVISO
4	OSP. VICENZA		AZOSP. PADOVA
5	OSP. VICENZA		A.O.U.I. VERONA
6	OSP. VICENZA		AZOSP. PADOVA
7	OSP. TREVISO	In integrazione con OSP. BELLUNO	OSP. DELL'ANGELO VE
8	OSP. TREVISO		OSP. VICENZA
9	OSP. TREVISO		OSP. DELL'ANGELO VE
10	OSP. DELL'ANGELO VE		OSP. TREVISO



12	OSP. DELL'ANGELO VE		AZOSP. PADOVA
13	OSP. DELL'ANGELO VE		AZOSP. PADOVA
14	OSP. DELL'ANGELO VE		OSP. ROVIGO
15	AZOSP. PADOVA		OSP. VICENZA
16	AZOSP. PADOVA		OSP. VICENZA
17	AZOSP. PADOVA		OSP. ROVIGO
18	AZOSP. PADOVA	In integrazione con OSP. ROVIGO	AZOSP. PADOVA
19	AZOSP. PADOVA	In integrazione con OSP. ROVIGO	AZOSP. PADOVA
20	A.O.U.I. VERONA		OSP. VICENZA
21	A.O.U.I. VERONA		OSP. ROVIGO
22	A.O.U.I. VERONA		OSP. VICENZA

Gli ospedali di Belluno e di Rovigo possono fungere da centro di riferimento nell'ambito della propria provincia, in integrazione rispettivamente con gli ospedali di Treviso e Padova, che costituiscono il riferimento per le patologie che il centro stesso non è idoneo a trattare. L'integrazione a livello di area vasta deve essere oggetto di specifico protocollo operativo.

2.6 Lesioni di interesse cardiocirurgico

In presenza di un'emergenza cardiocirurgica, in caso di indisponibilità del centro di afferenza primaria la CO provvede a contattare i centri di afferenza secondaria e terziaria; qualora tutte le sale operatorie siano impegnate, i centri forniranno alla CO l'ora stimata per la conclusione del primo intervento. Il paziente deve essere accolto nel centro che stima di concludere l'intervento nel tempo minore; a parità di tempi deve essere accolto nel centro di afferenza primaria.

Gli ospedali di Treviso e Verona fungono da riferimento primario per l'accoglimento di pazienti con grave ipotermia a seguito di seppellimento conseguente a valanga o di altro infortunio in ambiente montano.

ULSS	Afferenza primaria	Afferenza secondaria	Afferenza terziaria
1	OSP. TREVISO	OSP. DELL'ANGELO VE	OSP. VICENZA
2	OSP. TREVISO	OSP. DELL'ANGELO VE	OSP. VICENZA
3	OSP. VICENZA	OSP. TREVISO	AZOSP. PADOVA
4	OSP. VICENZA	A.O.U.I. VERONA	OSP. TREVISO
5	OSP. VICENZA	A.O.U.I. VERONA	AZOSP. PADOVA
6	OSP. VICENZA	A.O.U.I. VERONA	AZOSP. PADOVA
7	OSP. TREVISO	OSP. DELL'ANGELO VE	OSP. VICENZA
8	OSP. TREVISO	OSP. VICENZA	OSP. DELL'ANGELO VE
9	OSP. TREVISO	OSP. DELL'ANGELO VE	OSP. VICENZA
10	OSP. DELL'ANGELO VE	OSP. TREVISO	AZOSP. PADOVA
12	OSP. DELL'ANGELO VE	OSP. TREVISO	AZOSP. PADOVA
13	OSP. DELL'ANGELO VE	AZOSP. PADOVA	OSP. TREVISO
14	OSP. DELL'ANGELO VE	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA
15	AZOSP. PADOVA	OSP. VICENZA	A.O.U.I. VERONA
16	AZOSP. PADOVA	OSP. VICENZA	A.O.U.I. VERONA
17	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA	OSP. VICENZA
18	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA	OSP. VICENZA
19	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA	OSP. VICENZA
20	A.O.U.I. VERONA	OSP. VICENZA	AZOSP. PADOVA



21	A.O.U.I. VERONA	AZOSP. PADOVA	OSP. VICENZA
22	A.O.U.I. VERONA	OSP. VICENZA	AZOSP. PADOVA



2.7 Chirurgia Vascolare

Gli ospedali della tabella fungono da riferimento per le emergenze di chirurgia vascolare, compresi i traumi degli arti con interessamento vascolare che non richiedano interventi di microchirurgia e le patologie trattabili con protesi endovascolari o con embolizzazione arteriosa.

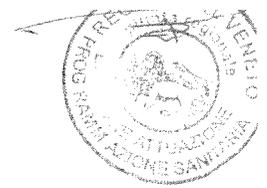
ULSS	Afferenza primaria	Afferenza secondaria
1	OSP. TREVISO	OSP. DELL'ANGELO VE
2	OSP. TREVISO	OSP. DELL'ANGELO VE
3	OSP. BASSANO (1)	OSP. VICENZA/OSP. TREVISO (1)
4	OSP. VICENZA	OSP. BASSANO (2)
5	OSP. VICENZA	A.O.U.I. VERONA
6	OSP. VICENZA	A.O.U.I. VERONA
7	OSP. TREVISO	OSP. DELL'ANGELO VE
8	OSP. TREVISO	OSP. VICENZA
9	OSP. TREVISO	OSP. DELL'ANGELO VE
10	OSP. DELL'ANGELO VE	OSP. TREVISO
12	OSP. DELL'ANGELO VE	OSP. TREVISO
13	OSP. DELL'ANGELO VE	AZOSP. PADOVA
14	OSP. DELL'ANGELO VE	OSP. ROVIGO
15	AZOSP. PADOVA	OSP. VICENZA
16	AZOSP. PADOVA	OSP. VICENZA
17	AZOSP. PADOVA	OSP. ROVIGO
18	OSP. ROVIGO	AZOSP. PADOVA
19	OSP. ROVIGO	AZOSP. PADOVA
20	A.O.U.I. VERONA	OSP. ROVIGO
21	A.O.U.I. VERONA	AZOSP. PADOVA
22	A.O.U.I. VERONA	OSP. ROVIGO

(1) L'ospedale di Vicenza costituisce l'afferenza primaria per le patologie che il centro non è idoneo a trattare.

(2) L'ospedale di Verona costituisce l'afferenza secondaria per le patologie che il centro non è idoneo a trattare.

2.8 Ustioni gravi

ULSS	Afferenza primaria	Afferenza secondaria
1	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA
2	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA
3	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA
4	A.O.U.I. VERONA	AZOSP. PADOVA
5	A.O.U.I. VERONA	AZOSP. PADOVA
6	A.O.U.I. VERONA	AZOSP. PADOVA
7	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA
8	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA
9	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA
10	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA
12	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA
13	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA



14	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA
15	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA
16	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA
17	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA
18	A.O.U.I. VERONA	AZOSP. PADOVA
19	A.O.U.I. VERONA	AZOSP. PADOVA
20	A.O.U.I. VERONA	AZOSP. PADOVA
21	A.O.U.I. VERONA	AZOSP. PADOVA
22	A.O.U.I. VERONA	AZOSP. PADOVA

2.9 Traumi degli arti con necessità di microchirurgia

La competenza dei centri di riferimento riguarda amputazioni, subamputazioni e lesioni complesse con necessità di microchirurgia di:

- - arto superiore
- - piede
- - terzo distale della gamba

Per tutto il territorio regionale l'afferenza primaria viene garantita dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'afferenza secondaria dalla Casa di Cura Pederzoli di Peschiera.

Ai fini di contenere i tempi di erogazione delle cure i protocolli operativi di area vasta potranno considerare la possibilità di far afferire i pazienti in prima istanza anche a centri al di fuori della Regione.

2.10 Malattie Infettive

ULSS	Afferenza primaria	Afferenza secondaria
1	OSP. BELLUNO	OSP. TREVISO
2	OSP. BELLUNO	OSP. TREVISO
3	OSP. SANTORSO	OSP. VICENZA
4	OSP. SANTORSO	OSP. VICENZA
5	OSP. VICENZA	A.O.U.I. VERONA
6	OSP. VICENZA	AZOSP. PADOVA
7	OSP. TREVISO	OSP. BELLUNO
8	OSP. TREVISO	OSP. VICENZA
9	OSP. TREVISO	OSP. DELL'ANGELO VE
10	OSP. DELL'ANGELO VE	OSP. TREVISO
12	OSP. DELL'ANGELO VE	AZOSP. PADOVA
13	OSP. DELL'ANGELO VE	AZOSP. PADOVA
14	OSP. DELL'ANGELO VE	OSP. ROVIGO
15	AZOSP. PADOVA	OSP. VICENZA
16	AZOSP. PADOVA	OSP. VICENZA
17	AZOSP. PADOVA	OSP. ROVIGO
18	OSP. ROVIGO	AZOSP. PADOVA
19	OSP. ROVIGO	AZOSP. PADOVA
20	A.O.U.I. VERONA	OSP. SACRO CUORE NEGRAR



21	A.O.U.I. VERONA	OSP. SACRO CUORE NEGRAR
22	A.O.U.I. VERONA	OSP. SACRO CUORE NEGRAR

2.11 ECMO

I centri di riferimento per il trattamento con Extracorporeal Membrane Oxygenation per insufficienza respiratoria acuta o sindrome da distress respiratorio dell'adulto sono stati individuati nelle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e negli Ospedali di Mestre, Treviso e Vicenza.

ULSS	Afferenza primaria	Afferenza secondaria
1	OSP. TREVISO	OSP. DELL'ANGELO VE
2	OSP. TREVISO	OSP. DELL'ANGELO VE
3	OSP. VICENZA	OSP. TREVISO
4	OSP. VICENZA	AZOSP. PADOVA
5	OSP. VICENZA	A.O.U.I. VERONA
6	OSP. VICENZA	AZOSP. PADOVA
7	OSP. TREVISO	OSP. DELL'ANGELO VE
8	OSP. TREVISO	OSP. VICENZA
9	OSP. TREVISO	OSP. DELL'ANGELO VE
10	OSP. DELL'ANGELO VE	OSP. TREVISO
12	OSP. DELL'ANGELO VE	AZOSP. PADOVA
13	OSP. DELL'ANGELO VE	AZOSP. PADOVA
14	OSP. DELL'ANGELO VE	AZOSP. PADOVA
15	AZOSP. PADOVA	OSP. VICENZA
16	AZOSP. PADOVA	OSP. VICENZA
17	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA
18	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA
19	AZOSP. PADOVA	A.O.U.I. VERONA
20	A.O.U.I. VERONA	OSP. VICENZA
21	A.O.U.I. VERONA	AZOSP. PADOVA
22	A.O.U.I. VERONA	OSP. VICENZA

Per quanto riguarda l'impiego dell'ECMO nei pazienti con insufficienza cardiaca, il centro che sottopone un paziente ad ECMO dovrà contattare entro 24 ore dall'inizio di tale terapia il centro cardiocirurgico di riferimento per i trapianti di cuore competente per territorio, al fine di definire il percorso terapeutico più adeguato per il paziente.