

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO

PARTI PRIMA - PARTE SECONDA

Roma, 20 febbraio 2003

Si pubblica normalmente il 18, 20 e 30 di ogni mese
Registrazione Tribunale di Roma n. 569/1936

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - 00147 ROMA

IL BOLLETTINO UFFICIALE si pubblica a Roma in due distinti fascicoli:

- 1) la Parte I (Atti della Regione) e la Parte II (Atti dello Stato e della U.E.)
- 2) la Parte III (Avvisi e concorsi)

Modalità di abbonamento e punti vendita:

L'abbonamento ai fascicoli del Bollettino Ufficiale si effettua secondo le modalità e le condizioni specificate in appendice e mediante versamento dell'importo, esclusivamente sul c/c postale n. 42759001 intestato a Regione Lazio abbonamento annuale o semestrale alla Parte I e II; alla parte III; alle parti I, II e III al Bollettino Ufficiale. Per informazioni rivolgersi alla Regione Lazio - Servizio Promulgazione e Pubblicazione, Tel. 06-51685371 - 06-51685116/18.

Il Bollettino Ufficiale della Regione Lazio è ora consultabile anche in via telematica tramite Internet accedendo al sito www.regione.lazio.it

Il Bollettino Ufficiale può essere visualizzato e/o stampato sia in forma testuale che grafica.

Gli utenti sono assistiti da un servizio di "help" telefonico (06-85084200).

Da Gennaio 2001 l'accesso alla consultazione del Bollettino in via telematica tramite INTERNET è gratuito al pubblico.

Si rinvia ugualmente all'appendice per le informazioni relative ai punti vendita dei fascicoli del Bollettino Ufficiale.

Riproduzione anastatica

PARTE I

ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 dicembre 2002, n. 1728.

Piano Sanitario Regionale 2002/2004. Sfida Prioritaria Prevenzione. Avviso dei flussi informativi sugli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (INAIL-ISPEL-Regione Lazio) Pag. 3

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 dicembre 2002, n. 1729.

Piano Sanitario Regionale 2002/2004. Sfida Prioritaria Emergenza. Protocollo sul trasferimento interospedaliero del paziente critico in emergenza in continuità di soccorso » 37

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 20 DIC. 2002

20 DIC. 2002 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212-
ROMA, SI E' RIUNTA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

STORACE	Francesco	Presidente	GARGANO	Ciriaco	Assessore
SIMEONI	Giorgio	Vice Presidente	IANNARILLI	Antonello	"
ARACRI	Francesco	Assessore	ROBILOTTA	Donato	"
AUGELLO	Andrea	"	SAPONARO	Francesco	"
CIARAMELLETTI	Luigi	"	SARACENI	Vincenzo Maria	"
DIONISI	Armando	"	VERZASCHI	Marco	"
FORMISANO	Anna Teresa	"			

ASSISTENTE II. SEGRETARIO Tommaso NARDINI
.....OMISSIS

ASSENTI: AUGELLO - DIONISI - FORMISANO -

DELIBERAZIONE N. -1729-

OGGETTO: "Piano Sanitario Regionale 2002/2004 - Sfida Prioritaria
Emergenza - Protocollo sul trasferimento interospedaliero del paziente critico in emergenza in continuità di
soccorso"



1729 20 DIC. 2002

OGGETTO: Piano sanitario regionale 2002/2004 - Sfida Prioritaria Emergenza Protocollo sul trasferimento interospedaliero del paziente critico in emergenza in continuità di soccorso

Su proposta dell'Assessore alla sanità,

Visto il DPR del 27 marzo 1992 "atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza";

Vista la LR n° 55 del 1993 "Norme per la riorganizzazione della rete ospedaliera", art.5 Sistema di emergenza sanitaria;

Vista la DCR n°1004 del 1994 "Sistema di emergenza sanitaria Lazio Soccorso 118" ai paragrafi 3.2.1 e 3.2.2;

Vista la DGR n°3250 del 1995 "Riequilibrio della rete ospedaliera. Sistema di emergenza sanitaria Lazio Soccorso 118";

Vista la DGR n°10930 del 1996 "Linee guida per la gestione dei casi di emergenza e per il riferimento dei pazienti ai DEA di II° livello";

Vista la DGR n°553 del 1999 "Piano delle aree intensive e sub-intensive nelle strutture ospedaliere della regione Lazio. Triennio 1998/2000;

Vista la LR n°16 del 1999 istitutiva dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio; con la quale se ne definiscono anche i compiti e le funzioni;

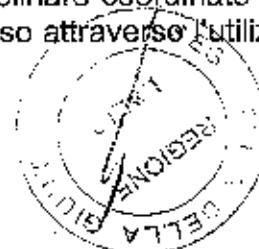
Visto quanto riportato dalla DCR n° 114 del 31 luglio 2002 "Piano Sanitario Regionale - triennio 2002-2004", che stabilisce tra le sfide prioritarie all'obiettivo specifico A.4, la adozione di linee guida clinico - organizzative e di conseguenti protocolli nell'ambito dell'emergenza;

Rilevata la necessità di rendere operative le linee guida sui trasferimenti del paziente critico in emergenza elaborate basandosi su evidenze scientifiche internazionali e recepite con DGR n° 458 del 15/04/02, sotto forma di protocolli operativi completi di indicatori finalizzati alla valutazione dei percorsi organizzativi, per realizzare eventuali modifiche o aggiornamenti;

Visto il protocollo operativo sul trasferimento interospedaliero del paziente critico nella rete dell'emergenza in continuità di soccorso contenuto nell'allegato A che è parte integrante della presente deliberazione;

Considerato opportuno aggiornare periodicamente tale protocollo in relazione all'andamento delle attività,

Ritenuto a tale scopo di istituire un gruppo di lavoro interdisciplinare coordinato dall'ASP che provveda all'implementazione ed al monitoraggio dello stesso attraverso l'utilizzo degli indicatori previsti nell'allegato A;



1729 20 DIC. 2002

Ritenuto inoltre che le Direzioni delle strutture ospedaliere della rete dell'emergenza e delle centrali operative 118, in accordo con l'ASP, presentino entro 30 giorni dalla emanazione della presente deliberazione la modulistica relativa alle specifiche situazioni previste nell'allegato A, punti 4.2.1.1 e 8.2.1 (aspetti organizzativi dei retrasferimenti di trasporti inappropriati; presenza, a bordo del mezzo del sistema 118, del medico appartenente all'ospedale inviante);

Ritenuto necessario che le Direzioni Sanitarie delle strutture della rete dell'emergenza, entro 30 giorni dall'emanazione della presente deliberazione, attivino tutte le procedure previste dal protocollo per le rispettive competenze;

all'unanimità,

Delibera

Per le motivazioni espresse in premessa, di:

- 1) dare mandato all'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) della Regione Lazio di promuovere la diffusione delle linee guida approvate con DGR n° 458 dell'aprile 2002 e di verificarne il recepimento;
- 2) approvare il protocollo operativo sul trasferimento interospedaliero del paziente critico nella rete dell'emergenza in continuità di soccorso contenuto nell'allegato A che è parte integrante della presente deliberazione;
- 3) aggiornare detto protocollo mediante un gruppo di lavoro interdisciplinare coordinato dall'ASP che provveda all'implementazione ed al monitoraggio dello stesso attraverso l'utilizzo degli indicatori previsti nell'allegato A;
- 4) disporre che le Direzioni delle strutture ospedaliere della rete dell'emergenza e delle centrali operative 118, in accordo con l'ASP, presentino entro 30 giorni dalla emanazione della presente deliberazione la modulistica relativa alle specifiche situazioni previste nell'allegato A, punti 4.2.1.1 e 8.2.1 (aspetti organizzativi dei retrasferimenti di trasporti inappropriati; presenza, a bordo del mezzo del sistema 118, del medico appartenente all'ospedale inviante);
- 5) stabilire che le Direzioni Sanitarie delle strutture della rete dell'emergenza, entro 30 giorni dalla emanazione della presente deliberazione, attivino tutte le procedure previste dal protocollo per le rispettive competenze;

la presente deliberazione sarà pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Lazio.

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE
IL SEGRETARIO: F.to Tommaso Nardini

30 DIC. 2002



ALLEGATO A

Protocollo sul trasferimento interospedaliero del paziente critico nella rete dell'emergenza in continuità di soccorso

Questo protocollo, ha la finalità di rendere operative tra ospedali, sede di pronto soccorso e di dipartimento di emergenza appartenenti alla rete dell'emergenza del Lazio, le modalità clinico-organizzative del trasferimento dei pazienti critici presso i luoghi di cura più appropriati descritte nelle linee guide "criteri clinico-organizzativi per il trasferimento del paziente critico nella rete dell'emergenza" pubblicate nel marzo 2002 e recepite dalla DGR 458 del 15/04/02.

Queste linee guida sono state costruite con metodologia EBM, dopo valutazione di oltre 200 documenti di livello internazionale e sottoposto a referaggio.

Alla stesura di questo protocollo ha partecipato un panel di esperti: (Calderale Stefano, De Luca Assunta, Guasticchi Gabriella, Altomani Vittorio, Antonio De Santis, De Simone Massimo, Caminiti Alessandro, Matarese Anna Maria, Piacevoli Quirino, Pugliese Pietro, Raco Giuseppe, Scanzano Pietro).

Il protocollo si riferisce al trasporto *interospedaliero* del paziente critico in emergenza *in continuità di soccorso*.

Tale protocollo, di fatti, non obbliga al trasferimento ma definisce solo la tipologia del paziente che può essere trasferito e ne descrive il metodo.

1. Definizione**1.1 Definizione del paziente critico**

Viene definito come paziente critico quello in cui si manifestano sintomi acuti di sufficiente severità (incluso il dolore) che in assenza di una immediata osservazione medica possano ragionevolmente evolvere in un serio pericolo: per la vita di un individuo (ivi compresa una donna in gravidanza o del prodotto del concepimento); per una funzione; per un organo o per una sua parte.

Alla definizione del paziente critico possono essere considerati di aiuto i **Criteri di gravità di Kellerman** (allegato 1).

1.1.1 Per ragioni cliniche devono essere trasferiti inoltre il **trauma spinale** e tutte le **lesioni midollari dei bambini**, che devono sempre essere trasferiti al centro di riferimento definito nell'allegato 2.

1.1.2 Possono essere inoltre trasferiti alcuni casi particolari definiti nell'allegato 3.

1.2 Definizione di trasporto interospedaliero di emergenza cioè in continuità di soccorso

È il trasferimento di cui usufruisce il paziente che in condizioni critiche per la salvaguardia della vita, di un organo, o funzione, necessita di trasferimento urgente per necessità diagnostiche terapeutiche non disponibili nell'istituto che lo ha accolto. In questa tipologia di trasferimento è compreso quello per consulenza di paziente critico presso un istituto con strutture specialistiche.

1.2.1 Tipologie di trasporti non previste dal protocollo

Il protocollo non si riferisce al trasporto pre-ospedaliero, né al trasporto interospedaliero di pazienti non critici che richiedono il trasferimento ad un livello di



cure superiore, non si riferisce quindi a pazienti già ricoverati il cui eventuale trasferimento non deve incidere sulla rete dell'emergenza.

Inoltre, il protocollo non tratta di alcune tipologie particolari di trasferimenti riguardanti i neonati ed i pazienti psichiatrici, o caratterizzati da trasporti a lunghissima distanza, oppure conseguenti a catastrofi. Per queste tipologie sono previsti ulteriori protocolli.

1.3 Quando attivare un trasferimento:

Il trasferimento quindi, si può attivare quando coesistano le seguenti condizioni:

- A. paziente critico come evidenziato nella definizione del paziente critico e dai *criteri clinici e di selezione del paziente* come al punto 1.1;
- B. la situazione strutturale e/o funzionale dell'istituto in cui si trovano non permette il completamento della diagnosi e della terapia;
- C. è stata individuata la struttura in grado di accettare il paziente.

Non devono essere invece trasferiti pazienti che si trovano in un ospedale che ha già la capacità di prenderli in cura.

2. Organizzazione del trasferimento

2.1 Medici coinvolti nel trasferimento

Premessa

L'attivazione di un trasferimento comporta per ogni sanitario che vi partecipa (medico che trasferisce – MT- e medico che accetta –MA-, medico responsabile del trasporto (MTr), medico del sistema del trasporto (MCO 118)), l'assunzione di una responsabilità e il trasferimento della relativa posizione di garanzia nel procedimento terapeutico del paziente. Inoltre il MT e il MA devono avere l'opportunità di conoscere la situazione, in tempo reale, della disponibilità alle cure delle strutture coinvolte nel trasporto interospedaliero; a tale scopo viene coinvolto responsabilmente la CO 118.

Le Direzioni Sanitarie degli ospedali e le Direzioni delle Centrali Operative 118 devono provvedere a nominare nell'ambito dei turni di guardia i relativi medici responsabili dei vari atti e procedure del trasferimento. *Entro 30 giorni dall'emanazione di tale deliberazione*, sono quindi tenuti a prevedere, nell'organizzazione interna, ciò che è riportato in questo protocollo.

2.2 Medico che trasferisce (MT)

Il sanitario del DEA/PS è responsabile del paziente che attiva la rete di emergenza (medico che trasferisce – MT -).

2.2.1 deve:

§ **conoscere** le capacità e i limiti della struttura in cui opera nei termini delle specialistiche presenti o attivabili e dei tempi necessari perché ciò avvenga.

Sulla base di ciò le Direzioni Sanitarie devono fornire quotidianamente agli MT lo stato funzionale dei servizi dell'ospedale: orari di attività dei servizi di diagnostica e relativa presenza e/o reperibilità dei sanitari preposti; deve informarsi della disponibilità dei posti letto presso le terapie intensive e/o rianimazione;

- § **riconoscere** le esigenze di cura, intendendo con ciò saper individuare quali siano le patologie emergenti e comprendere se possano essere affrontate in base alle proprie conoscenze e alle possibilità della struttura in cui opera;
- § **definire**, in termini di appropriatezza (vedi capitolo 4), la richiesta di intervento riguardo al tipo e allo specialista che lo dovrà eseguire;
- § **contattare** la CO 118 fornendo indicazioni precise sulla situazione clinica del paziente e la diagnosi e le ragioni della richiesta del trasferimento;
- § **stabilizzare** il paziente critico da trasferire, in modo che sia in grado di affrontare il trasferimento,
- § **eseguire gli esami diagnostici disponibili** atti a definire lo stato clinico del paziente, senza però ritardarne il trasferimento;
- § **predisporre la documentazione indispensabile per il trasferimento**, corrispondente alla cartella clinica (GIPSE)– da far pervenire alla struttura accettante - e da eventuali moduli specifici per il trasferimento. (allegato 4)

2.2.2 Le informazioni ritenute indispensabili e quindi obbligatorie sono:

informazioni anagrafiche del paziente;
 modalità dell'evento patologico;
 diagnosi clinica;
 stato clinico attuale, con sintesi dei sintomi,
 pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria,
 Glasgow Coma Scale,
 saturazione di O₂;
 dati clinici salienti del paziente e patologie pregresse;
 esami e terapia eseguiti o in via di esecuzione;
 la tipologia di intervento o di specialista richiesto;
 la dichiarazione che la tipologia di intervento o di specialista richiesto non siano fruibili presso la struttura richiedente il trasferimento;
 indicazione del livello di competenza necessaria alla risoluzione dei problemi del paziente, per indirizzarlo al DEA I o al DEA II o in ospedale idoneo a trattare la patologia emergente;
 nome del medico richiedente e telefono diretto.

2.2.3 La trasmissione delle informazioni, relative al paziente che si vuole trasferire, deve essere indirizzata sia alla centrale operativa 118 che al medico accettante. Tale trasmissione può avvenire inviando il set d'informazioni cliniche sopra definito che può essere inviato, ove possibile con il GIPSE per via telematica, o altrimenti per via fax.(allegato 4)

2.2.4 Il MT, una volta ottenuto dal sistema del trasporto (C.O118) l'indicazione sulle possibilità di accoglimento, deve contattare direttamente il medico accettante (MA). Il MT gli fornisce le informazioni cliniche, sia per via telefonica che per fax o via telematica, concordando eventuali procedure terapeutiche.

2.3 Medico accettante (MA)

2.3.1 Il MA e il sanitario responsabile dell'accoglienza al Dipartimento di Emergenza.

Il MA è responsabile del ricevimento del paziente, della documentazione allegata e della collocazione del paziente nella struttura di riferimento, e della fornitura delle cure.

Il MA concorda con la necessità del trasferimento e dà il suo assenso.

2.3.2 Il MA deve:

§ **conoscere e fornire** le disponibilità attuali della propria struttura (casi eccezionali di indisponibilità possono essere: sala operatoria occupata, mancanza di posto letto intensivo specialistico, incapacità di trattamento per la specialità richiesta).

Sulla base di ciò le Direzioni Sanitarie devono fornire in tempo reale agli MA lo stato funzionale dei servizi dell'ospedale, in particolare la situazione di tutte le terapie intensive e rianimazioni, sale operatorie dedicate all'urgenza, neurochirurgie e cardiocirurgie, servizi di diagnostica di alta specialità; *tutte le attività devono essere "a regime" entro 30 giorni dall'emanazione di tale deliberazione;*

MA **valutare** insieme al MT la opportunità del ricovero. In caso di consenso al trasferimento il MA collabora con la CO 118 e con il sanitario che trasferisce (MT) per organizzare tempi e modalità del trasporto, e concorda la sede di consegna del paziente. Nel caso che non concordi con la richiesta di trasferimento e che quindi lo rifiuti, ne dovrà dare motivazione scritta da inviare via fax o telematica al MT ed al MCO118

MA **attivare** gli altri sanitari della struttura ritenuti competenti per specialità nella gestione del paziente acuto al fine di evitare errori o ritardi nella presa in carico del paziente stesso nel suo complesso;

MA **ricoverare**, avendo disponibilità di posto ed avendola segnalata alla CO 118, i pazienti anche non provenienti dall'area territoriale di competenza, per i quali la CO 118 lo richieda.

2.3.3 Il MA deve inoltre verificare:

§ che in base alla sua patologia specifica il paziente sia giunto in condizioni di stabilizzazione (es: per insufficienza respiratoria grave o GCS \leq 8 una intubazione efficace; traumatizzato in tavola spinale e collare cervicale ecc). Qualora il paziente giunga in condizioni di non completa stabilizzazione o di instabilità il MA si fa carico del ripristino della stabilizzazione;

§ che con il paziente sia stata inviata la documentazione relativa e che essa sia completa;

§ l'appropriatezza del trasferimento che può essere avvenuto per diagnosi e terapia o consulenza.

Il MA può quindi:

- accettare il paziente,
- rinviarlo una volta effettuata la consulenza,
- rinviarlo alla struttura inviante, con motivazione scritta, se il trasferimento è stato giudicato inappropriato da lui o dallo specialista richiesto.

2.3.4 Le Direzioni Sanitarie dei DEA devono provvedere, per ogni turno lavorativo, ad identificare il medico responsabile dell'accettazione/accoglienza (MA) in caso di pazienti critici trasferiti da ospedali.

2.4 Il medico del sistema del trasporto

2.4.1 E' il medico della Centrale Operativa 118 (MCO 118).

Il MCO 118, una volta giunta la richiesta di trasferimento, deve **verificare**:

- che i dati sulla situazione clinica del paziente e la diagnosi presunta definiscano il paziente come critico e che sia chiara la tipologia di intervento o di specialista richiesto;
 - che la tipologia di intervento o di specialista richiesto non siano fruibili presso la struttura richiedente il trasferimento;
 - il livello di competenza necessaria alla risoluzione dei problemi del paziente, sulla base della patologia o delle caratteristiche cliniche dichiarate, per indirizzarlo al DEA I o al DEA II o in ospedale idoneo a trattare la patologia emergente.
- Nei casi che non concordi con la richiesta di trasferimento e che quindi rifiuti di attivarlo, dovrà dare motivazione scritta da inviare via fax o telematica al MT che lo ha richiesto

2.4.2 Il MCO 118 deve allertare :

l'MA della struttura di livello superiore di riferimento, del possibile trasferimento richiedendone contestualmente conferma della disponibilità ad accettarlo. Qualora alla C.O. 118 risulti che l'ospedale di riferimento non abbia la possibilità tecnica di procedere nell'iter diagnostico terapeutico, la stessa allerta una struttura di livello idoneo richiedendole, comunque, contestuale conferma di disponibilità.

2.4.2.1 In caso di indisponibilità di accoglienza presso tutte le strutture idonee, in attesa della ridefinizione dei criteri di afferenza di patologie specifiche, il paziente deve essere comunque indirizzato al DEA di competenza.

2.4.3 Il MCO 118, una volta identificata la struttura ricevente, conferma al MT la possibilità di trasferimento, comunicando nome e telefono del MA che prenderà in carico il paziente all'arrivo nel DEA di accoglienza.

Il MCO 118 organizza ed attiva il trasporto individuando la tipologia del personale e del mezzo da utilizzare.

2.5 Il medico responsabile del trasporto (MTr)

2.5.1 È colui che materialmente effettua il trasporto. Concorda con il MT i tempi del trasferimento, dispone tutte le manovre atte ad eseguire il trasferimento in condizioni di sicurezza, quali:

- ✓ monitorare e trattare il paziente durante il trasporto;
- ✓ registrare i dati clinici del paziente durante il trasporto;
- ✓ consegnare il paziente e la documentazione direttamente al MA.

2.5.2 Al MTr viene consigliato di eseguire una checklist del paziente critico prima della partenza, come riportato nell'allegato 5.

2.5.3 Il MTr qualora giudichi che le condizioni del paziente non siano di sufficiente stabilità per avviare il trasferimento interviene, in accordo con l'MA, per portare il paziente alle condizioni idonee al trasporto.

2.5.4 Il MTr qualora giudichi che le condizioni del paziente siano di una instabilità tale che non sopporterebbe il trasferimento e consultato il medico coordinatore del CO 118 può, motivandolo per iscritto, rifiutare il trasporto.

3. Rischi del trasferimento

Il trasferimento del paziente critico deve avvenire in condizioni di sicurezza.

Il trasporto tra ospedali deve avvenire quando i benefici per il paziente siano superiori ai rischi del trasferimento.

Il trasporto deve avvenire in condizione di paziente stabilizzato.

Per evitare il deterioramento delle condizioni vitali si deve:

durante il trasporto **verificare e monitorare** i parametri vitali;

4. Appropriatezza nel trasferimento del paziente critico

4.1 Per quanto riguarda l'appropriatezza va ribadita la necessità che coesistano alcune specifiche condizioni:

il trasferimento, deve sempre essere effettuato nell'interesse superiore del paziente.

Il trasferimento è eseguito per richiesta di specialità, prestazioni, servizi diagnostici e terapeutici, anche per consulenza, non disponibili nell'ospedale che trasferisce.

Il paziente è in condizioni cliniche di emergenza-urgenza.

Le specialità, prestazioni, servizi diagnostici e terapeutici richiesti siano considerati tali da migliorare l'esito;

4.2 L'IMA o lo specialista responsabile richiesto per consulenza dell'ospedale di riferimento che giudichino inappropriato il trasferimento, in quanto non rispondente ai requisiti definiti al punto 4.1, hanno la possibilità, con motivazione scritta, di rinviare il paziente, se le sue condizioni lo permettano, all'ospedale inviante.

4.2.1 L'onere del retransferimento per un invio inappropriato ricade sull'ospedale inviante. Le Direzioni Sanitarie degli ospedali devono provvedere al trasporto.

4.2.1.1 Nel caso di insufficienza temporanea di mezzi e personale per il trasporto, le Direzioni Sanitarie possono richiedere al CO 118 di effettuarlo, mentre in caso di reale e permanente carenza, queste devono precedentemente formalizzare con le CO118 la regolamentazione di questa tipologia di trasporto utilizzando la modulistica adeguata che verrà prodotta entro 30 giorni dall'emanazione di tale deliberazione;

4.2.1.2 Gli oneri economici e amministrativi del trasporto nei retransferimenti per un invio inappropriato sono comunque imputati all'ospedale che ha richiesto il trasferimento al livello superiore.

5. Consenso informato al trasferimento

5.1 Il trasferimento di un paziente verso un livello superiore di cure è assimilabile ad un qualsiasi trattamento sanitario. Per tale motivo, per poterlo effettuare è necessario il consenso del paziente ovvero, nel caso di minore o del soggetto incapace, da chi ne è il legale rappresentante al trasferimento.

5.2 Il consenso deve essere preceduto, come nel caso di qualsiasi atto medico, da una informazione che deve essere semplice, personalizzata, esauriente e che, quindi, deve

indicare le motivazioni, i rischi ed i benefici derivanti dalla decisione del trasferimento e le possibili alternative.

5.2.1 L'avvenuta informazione ed il correlato consenso deve essere formalmente documentato nella documentazione sanitaria che ha accompagnato il paziente nel trasferimento, utilizzando il modello riportato nell'allegato 6.

5.3 Se il paziente rifiuta il trasferimento, l'ospedale garantisce al meglio delle sue possibilità strutturali l'assistenza dovuta.

5.4 Allorché ricorra lo stato di necessità, accompagnato dall'impossibilità per il paziente di esprimere un valido consenso legato allo stato di coscienza, il medico dovrà agire secondo scienza e coscienza, nell'interesse esclusivo del paziente, applicandosi in tal caso la discriminante di cui all'art. 54 del codice penale, "non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo".

6. Modalità di trasporto

6.1 Attività a bordo ed equipaggiamento

6.1.1 Durante il trasporto il paziente deve ottenere un trattamento ed una monitoraggio simile a quella ottenuta in una unità di terapia intensiva (mezzo di trasporto per il supporto vitale avanzato – centri mobili di rianimazione).

6.1.2 Il monitoraggio minimo che deve essere eseguito a bordo del mezzo di trasporto per la sicurezza del paziente, deve comprendere:
l'ossigenazione; misurando la saturazione periferica di O₂, in tutti i pazienti, nel paziente intubato;
la funzione ventilatoria; che va valutata ad intervalli frequenti e clinicamente appropriati;
la circolazione; misurando ad intervalli frequenti e clinicamente appropriati la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca;
l'ECG, che deve essere rilevato continuamente.

6.2 L'equipaggiamento minimo del mezzo di trasporto relativamente alle vie aeree ed al trattamento ventilatorio deve comprendere:

Pallone di Ambu, maschera, tubi di Mayo, laringoscopi e tubi endotracheali di taglia appropriata e pronti per il paziente.

Ventilatore con allarme di disconnessione e per le alte pressioni .

Sorgente di ossigeno con una quantità sufficiente per venire incontro anticipatamente al consumo previsto durante il viaggio con almeno un'ora di riserva in aggiunta.

Apparato di aspirazione e cateteri.

Sfigmomanometro aneroide

Materiali per terapia intravenosa include cannule, soluzioni, tubi, aghi e siringhe e regolatori di infusione.

Farmaci per rianimazione cardiaca avanzata e per le necessità dettate da disordini fisiologici acuti, e specifici per eventuali altre necessità (sedativi).



6.3 L'equipaggiamento minimo del mezzo di trasporto per garantire un adeguato e corretto supporto circolatorio deve comprendere:

Monitor, chiaramente visibile ed illuminato, con defibrillatore e pacemaker esterno e con le attrezzature per monitoraggio (cavi, connessioni, elettrodi)

Pulsiossimetro

Sfigmomanometro aneroido

Cannule vascolari periferiche e centrali delle varie misure, a più di una via, per permettere rapide e sicure somministrazioni endovenose di farmaci oltreché di fluidi

Fluidi endovenosi in contenitori di plastica, per ragioni di sicurezza e di facilità ad essere perfusi, con i manicotti per infusione rapida

Cannule arteriose

Siringhe di varia grandezza, lacci

6.4 L'equipaggiamento minimo del mezzo di trasporto per garantire un adeguato e corretto approccio a problematiche varie deve comprendere:

sondini nasogastrici e buste

cateteri urinari e buste

strumentario chirurgico minimo per suture, medicazione, disinfezione, guanti

mezzi di prevenzione dell'ipotermia (coperte termiche, riscaldatori di liquidi)

tavola spinale, collari cervicali

6.5 Nel trasferimento del paziente critico, deve essere a bordo la "valigetta" con i farmaci standard per il supporto vitale avanzato.

I farmaci in dotazione devono supportare le seguenti patologie: arresto cardiaco, ipotensione, ipertensione, aritmia cardiaca, edema polmonare, anafilassi, broncospasmo, ipoglicemia, iperglicemia, ipertensione endocranica, contrazioni o atonia uterina, disfunzione surrenalica, depressione respiratoria da narcotici, convulsioni, agitazione psicomotoria, dolore, vomito, anomalie elettrolitiche.

6.6 Al termine di ogni trasporto l'infermiere professionale controlla il buon funzionamento delle apparecchiature e sostituisce farmaci e materiali usati.

6.7 Per garantire la sicurezza del paziente critico durante il trasferimento, il mezzo di trasporto deve essere dotato di equipaggiamenti di comunicazione per permettere il contatto tra il veicolo e i medici invianti e riceventi nonché con le forze dell'ordine per eventuali necessità di essere scortati o aiutati per ragioni di traffico.

7. Mezzo di trasporto

7.1 Per i trasferimenti dei pazienti critici i mezzi di trasporto idonei sono l'Unità di supporto vitale avanzato equivalente al Centro mobile di Rianimazione e l'Eliambulanza.

7.1.1 Ambedue devono essere equipaggiate delle attrezzature già descritte al paragrafo 6 ed ambedue devono essere fornite di un equipaggio.

7.2 Il trasferimento si attua normalmente via terra per mezzo di una ambulanza.

7.3 Premesso che

· nel Lazio tutti i trasporti di pazienti con eliambulanza necessitano di interfacciarsi con una ambulanza per il trasporto del paziente verso e/o

dall'elicottero, e ciò comporta un alto numero di trasbordi ed allunga notevolmente i tempi di trasferimento;

- il trasporto via elicottero comporta alti rischi ed alti costi;
- il tempo risparmiato dovrebbe essere abbastanza significativo per permettere un intervento potenzialmente positivo ai fini di un miglioramento dell'*outcome*;

7.4 La Centrale Operativa 118 può ricorrere al trasporto via eliambulanza in circostanze limitate, quando concorrano particolari condizioni legate alla distanza, alla circolazione stradale e solo in pochi, selezionati pazienti (Allegato 7).

7.5 Il servizio di soccorso con eliambulanza risulta, quindi, necessariamente integrativo e non sostitutivo dei più tradizionali sistemi di soccorso. L'obiettivo primario di questo servizio è di "soccorrere" chiunque abbia necessità di un intervento che solo mezzi ad ala rotante possono garantire o che risenta sensibilmente del vantaggio dell'intervento di tali mezzi. (Tratto dal documento "Linee Guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero" attualmente licenziato dalle Regioni).

8. Team di trasporto

8.1 Giacchè la composizione del team deve essere il più possibile simile a quella delle terapie intensive il Team del trasporto è necessariamente composto da:

- 1) **autista** che oltre ad essere stato formato sulle sue competenze specifiche è formato con corsi di BLS;
- 2) **infermiere professionale** qualificato all'assistenza ed al trasporto del paziente critico e formato con corsi di BLSD, ACLS, ATLS, o specifici di assistenza al paziente critico (master in area critica);
- 3) **il medico** deve essere abile e certificato nell'eseguire intubazione endotracheale, terapia endovena, interpretazione e terapia delle aritmie, nel supporto cardiaco vitale di base ed avanzato (BLS, ACLS), nel supporto vitale avanzato nel trauma (ATLS), prendersi la responsabilità di sapere eseguire le manovre su indicate.

8.2 Il medico del trasporto, di regola, deve appartenere al sistema del trasporto, cioè alla Centrale Operativa 118.

8.2.1 Nel caso in cui la dotazione organica sia insufficiente le Centrale Operativa 118 richiedono una integrazione da parte delle Direzioni Sanitarie delle ASL e delle Aziende ospedaliere. Queste concorreranno alla indicazione dei medici responsabili per il trasporto interospedaliero del paziente critico concordando con la Centrale Operativa di riferimento e pubblicando i turni mensili dei medici responsabili per il trasporto del paziente critico. Tali medici devono avere le caratteristiche al punto 8.1. La modulistica relativa a questo tipo di richiesta deve essere concordata tra le Direzioni Sanitarie e le centrali operative del 118 entro 30 giorni dall'emanazione di tale deliberazione.

Criteri di gravità di Kellerman

- **Segni vitali:** Frequenza cardiaca >140 o <50 pulsazioni/minuto;
Frequenza respiratoria >28 o <8 respiri/minuto;
Pressione diastolica <40 o >130 mmHg;
Temperatura $<34.7^{\circ}$ o $>39.2^{\circ}$;
- **Cardiovascolare:** dolore toracico con sospetto di ischemia;
Ritmo (tachicardia sopraventricolare con frequenza cardiaca ≥ 149 , blocco atrio-ventricolare secondo grado di Mobitz II, tachicardia ventricolare o ectopia di grado elevato, antiaritmici per via venosa o pressori -p.es. dopamina, dobutamina, norepinefrina, lidocaina, procainamide, bretillo - durante il trasporto);
- **Respiratorio:** ipossia ($PO_2 < 60$ mmHg senza considerare FIO_2),
paziente intubato prima del trasporto, paziente con difficoltà respiratoria o in insufficienza respiratoria, ostruzione delle vie aeree con stridore, acidosi respiratoria ($pH < 7.30$ con $pCO_2 > 50$ mmHg);
- **Infezioni:** Meningite (sospetta o diagnosticata), sepsi (sospetta o diagnosticata), infezione attiva in ospite immunocompromessi. (pazienti con cancro, leucemia, AIDS);
- **Shock:** pressione sistolica <100 , con tachicardia (frequenza ≥ 100), e/o altri segni di ipoperfusione (estremità fredde, estremità cianotiche, evidenza di disfunzione d'organo);
- **Metabolico:** chetoacidosi diabetica ($pH < 7.30$, $HCO_3 < 14$ mmol/l con glucosio >200 mg/dl e chetonuria, glicemia <40 mg/dl con mutamenti dello stato mentale, glicemia >800 mg/dl, potassiemia $= 3.0$ o ≥ 6.0 meq/L, acidosi ($pH < 7.30$) da ogni causa, intossicazione da farmaci (livello di Digossina >2.0 ng/ml, Teofillina >20.0 mg/ml, Fenitoina >30.0 mg/ml, Litio >2.0 mmol/l, drug screen positivo per antidepressivi triciclici con sospetto di overdose), sodiemia >150 meq/l o <125 meq/l;
- **Neurologico:** stato mentale alterato (letargico, confuso, comatoso, incapace a rispondere alle domande), deficit neurologico focale nuovo (da ogni causa);
- **Ostetrico/ginecologico:** sospetto di gravidanza ectopica con dolore e/o emorragia;
- **Ematologia:** anemia severa (ematocrito $<25\%$ con evidenza di perdita acuta di sangue dal sondino nasogastrico, o ematemesi, melena, rettorragia, e/o metrorragia), trasfusione di sangue già richiesta prima o durante il trasporto, sanguinamento attivo dal momento dell'arrivo con perdita di 500 cc con evidenza di shock senza prendere in considerazione l'ematocrito;
- **Gastroenterologia:** sanguinamento attivo della parte alta o bassa del tratto gastrointestinale, possibilità di addome acuto (tensione addominale, con segni di peritonite acuta) o pancreatite.

Allegato 2

Elenco e mappe delle strutture ospedaliere del Lazio che abbiano reparti di alcune specialità

Di seguito sono elencati i criteri di definizione della distribuzione geografica nel Lazio di reparti di alcune specialità
Per le specialità

- Cardiochirurgia
- Chirurgia toracica
- Neurochirurgia
- Neurologia
- Ortopedia
- Ginecologia
- Grandi ustioni
- Terapia intensiva
- Unità spinale
- Utic¹

sono state considerate tutte le strutture che nei primi tre trimestri del 2002 avevano un volume maggiore o uguale a 10 records di pazienti che fossero transitati in reparti di quella specialità (dati tratti dal sistema informativo SIO). Sono state considerate tutte le strutture in cui fosse presente l'unità di emergenza (PS, DEA I, DEA II) o che fossero amministrativamente classificate come Presidio di Azienda (1), Azienda Ospedaliera (2), Policlinico universitario (3), IRCCS (4), Ospedale classificato (5).²

Per la emodinamica³ i dati derivavano da una indagine conoscitiva ad hoc svolta nel luglio 2002 dall'ASP.

Per la presenza della UTN presso l'istituto Pol. Umberto I (906) il dato deriva da conoscenza diretta della unità di progetto Stroke dell'ASP.

¹ Sono stati considerati anche il Campus Biomedico (915) e l'Aurelia Hospital (180) sulla base di conoscenza della presenza di posti letto UTIC presso tale struttura
² Sono state quindi escluse le case di cura non accreditate (6) o accreditate (7) non dotate di pronto soccorso
³ Risulta presente anche al Bambino Gesù ma in virtù della natura specificatamente pediatrica dell'istituto non viene qui considerata

Allegato 3

Casi particolari che possono richiedere un trasferimento

Nel paziente con **trauma spinale**, se c'è impegno neurologico, il trasferimento presso la neurochirurgia o una unità spinale, va eseguito mantenendo la stabilizzazione di tutto il rachide ed in particolare con la completa immobilizzazione del rachide cervico-dorsale su tavola spinale, con collare cervicale rigido e sistemi di immobilizzazione dell'oscillazione del capo e in un tempo non superiore alle 12 ore.

Il paziente **grave con insufficienza respiratoria** può essere trasferito in sicurezza se stabilizzato prima del trasferimento, utilizzando un'unità mobile di terapia intensiva correttamente equipaggiata e con uno staff efficiente, anche considerando che l'intubazione prima e la ventilazione meccanica durante il trasporto portano a miglioramenti dell'esito. In questi casi, il trasferimento verso un reparto di rianimazione o terapia intensiva può non seguire il criterio del livello di complessità assistenziale ospedaliero, bensì quello della disponibilità terapeutica.

Il paziente **cardiaco con ischemia grave** deve essere trasferito presso una emodinamica con PTCA, solo se si assicura la cateterizzazione ed il trattamento chirurgico immediatamente dopo il trasferimento.

Il trasferimento di paziente con **ictus ischemico**, deve avvenire esclusivamente se può raggiungere la cura definitiva, all'interno della finestra terapeutica. La diagnosi deve essere comunque effettuata in una struttura fornita di TC.

2/17

Allegato A

Modulistica riguardante le fasi del trasferimento

AZIENDA OSPEDALIERA STRUTTURA COMPLESSA PRONTO SOCCORSO DIRETTORE INDIRIZZO TEL-FAX	
MODULO RICHIESTA TRASFERIMENTO PAZIENTE CRITICO <i>(parte riservata al medico trasferente)</i>	
ANAGRAFICA DEL PAZIENTE	
Nome Cognome..... Sesso Et�	
Modalit� dell'evento patologico	
Diagnosi clinica	
stato clinico attuale con sintesi dei sintomi:	
Pressione arteriosa; Frequenza cardiaca; Frequenza respiratoria	
Glasgow Coma Scale; Saturazione di O ₂;	
Dati clinici salienti del paziente e patologie pregresse:.....	
Esami e terapia eseguiti od in via di esecuzione	
Tipologia di intervento o di specialista richiesto.....	
Richiede trasferimento presso l'Ospedale per consulenza per procedura diagnostica per intervento terapeutico	
in quanto tali provvedimenti diagnostici e terapeutici pur essendo indispensabili per un ragionevole miglioramento della prognosi, non sono praticabili nella nostra struttura ed il paziente appare clinicamente in grado di affrontare i rischi del trasferimento.	
Dott.	Dirigente medico Pronto Soccorso
Tel.	
(Parte riservata al Medico di Centrale operativa 118)	
Valutata la richiesta di trasferimento, si concorda con la richiesta e la si trasmette quindi al medico accettante dell'ospedale.....per competenza non si concorda con essa per le seguenti ragioni	
Dott.	Dirigente medico CO118.....
Tel.	data..... ora
(Parte riservata al Medico Accettante)	
Valutata la gravit� del paziente e la disponibilit� della struttura ad accettare: Si invii il paziente Si contatti il medico accettante al n� tel..... Non si invii per le seguenti ragioni.....	
Dott.	Dirigente medico
Tel.	data..... ora

SISTEMA EMERGENZA SANITARIA LAZIO SOCCORSO "118"

CENTRALE OPERATIVA DI

DIRETTORE

INDIRIZZO

TEL-FAX

MODULO DI RIFIUTO DEL TRASPORTO DA PARTE DEL MEDICO DEL TRASPORTO 118 (MTr)

Il sottoscritto Dott.....responsabile del trasporto 118 ,

non acconsente al trasferimento tramite mezzi del S.E.S. 118 per le seguenti ragioni:.....

.....

Dott.....

Dirigente medico C.O. 118

Tel.....

data..... ora



Checklist del paziente critico prima della partenza

- a) **Sistema respiratorio** - Se ci sono dei dubbi circa l'adeguatezza della ventilazione, il paziente deve esser elettivamente intubato la ventilazione meccanica è aggiustata per mantenere una pressione parziale di ossigeno ed una pressione parziale di CO2 appropriata per il paziente. Un paziente intubato dovrebbe essere sedato ed immobilizzato per il trasferimento. Un'emogas analisi deve esser fatta prima del trasferimento, sia per una valutazione basale che successiva del paziente. Un Rx torace di verifica potrebbe essere effettuato;

va quindi **controllato e assicurato:**

- l'intubazione, il controllo delle vie aeree, la sufficiente somministrazione d'ossigeno;
- il posizionamento del tubo endotracheale;
- l'adeguata monitorizzazione.

- b) **Sistema Circolatorio** - Devono essere creati e meticolosamente assicurati accessi venosi, e controllati e mantenuti in posizione gli eventuali drenaggi. La frequenza cardiaca e la pressione arteriosa devono essere appropriate per assicurare una buona perfusione periferica. Se c'è stata un'emorragia, deve essere effettuata un'adeguata rianimazione, e l'emostasi deve essere assicurata e la causa trattata. Deve essere valutata la necessità di emotrasfusione.

va quindi **controllato e assicurato:**

- l'accesso adeguato a due vie venose;
- il controllo dei sanguinamenti esterni o dello shock;
- il posizionamento del sondino naso-gastrico;
- l'adeguata monitorizzazione.

- c) **Lesioni traumatiche** -

Il paziente con presentazione neurologica deve essere valutato con la GCS. Lesioni della colonna cervicale e di tutta la colonna devono essere escluse o trattate se sospettate. Le fratture vanno documentate. Ogni sanguinamento toracico, addominale o pelvico deve essere escluso o trattato.

va quindi **controllato e assicurato:**

- la corretta o adeguata immobilizzazione su tavola spinale o lo studio e l'eventuale immobilizzazione del rachide cervicale;
- la corretta valutazione dello stato neurologico;
- l'adeguata monitorizzazione.

AZIENDA OSPEDALIERA
STRUTTURA COMPLESSA PRONTO SOCCORSO
DIRETTORE
INDIRIZZO
TEL-FAX

[Handwritten mark]

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO
AL TRASFERIMENTO DI PAZIENTE CRITICO

Io sottoscritto (paziente/esercente la potestà sul minore/tutore del paziente)			
.....			
dichiaro di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile dal dott.			
.....			
che per la patologia riscontrata e per le condizioni cliniche correlate è opportuno il trasferimento presso			
l'Ospedale			
.....			
per effettuare			
.....			
Di quanto prospettato sono stati spiegati:			
gli obiettivi;			
i benefici;			
gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze menomanti.			
.....			
Ciò premesso	acconsento	non acconsento	al trasferimento proposto
Firma leggibile del degente/dell'esercente potestà sul minore/tutore			
.....			
Firma leggibile del Dott.		Dirigente medico Pronto Soccorso	
		data..... ora	

[Handwritten mark]

Situazioni particolari per cui è richiesto il soccorso con eliambulanza

Il trasporto in elicottero, usando adeguato personale ed equipaggiamento, per trasferire un paziente critico tra ospedali, può essere preferibile a trasferimenti via terra per distanze superiori a 40 Km.

Patologie critiche che possono beneficiare del trasporto via aria:

- § particolari tipi di **trauma** (lesioni gravi del cranio per potenziale intervento chirurgico quale craniotomia e ventricolostomia; trauma multisistemico con potenziale deterioramento emodinamico; sospetta lesione cardiaca o vascolare maggiore del torace; sospetta lesione delle vie aeree; frattura pelvica con emorragia severa; lesioni gravi delle estremità);
- § **problemi cardiaci, vascolari, neurochirurgici** (shock cardiogeno, IMA con controindicazioni alla trombolisi; sospetta dissezione aortica, rottura di aneurisma aortico; emorragia intracranica);
- § **severa ipotermia** che richiede by pas);
- § **alti rischi ostetrici** (multipara con dilatazione cervicale di 3cm o più in travaglio attivo; primipara con cervice dilatata meno di 5 cm; placenta previa; travaglio attivo a meno della 34 settimana).

U

U

Allegato 8

Verifica di alcuni indicatori sull'applicazione corretta del protocollo

Indicatore sull'attivazione tempestiva del protocollo

- Intervallo di tempo tra il momento che si verifica una situazione critica e l'attivazione delle procedure previste dal protocollo (8 20 minuti)

Indicatori sulla modalità del trasporto

- Intervallo di tempo tra chiamata al mezzo e partenza dello stesso 8 10 minuti (tempo di risposta)
- Intervallo di tempo tra arrivo e partenza dall'ospedale trasferente 8 30 minuti (tempo sul luogo)
- Intervallo tra partenza dall'ospedale trasferente a quello accettante 8 30 minuti (tempo di trasporto).

Indicatori sull'appropriatezza del trasporto

- Percentuale di pazienti critici che hanno realmente bisogno del trasferimento sul totale dei trasferimenti eseguiti in un anno.
- Percentuale di trasferimenti secondari presso strutture adeguate.

Indicatori sulla compilazione completa e corretta della modulistica

- Percentuale di dati mancanti (<10%)
- Identificazione nominativa delle figure professionali responsabili del trasferimento secondario (<10%)

Indicatori di performance

- Revisione retrospettiva della modulistica che ha accompagnato i pazienti nell'intero processo del trasferimento.
- Follow up dei pazienti trasportati nel periodo successivo al trasporto stesso.

Risposte a domande inerenti ai contenuti del protocollo

Un paziente ricoverato in una terapia intensiva o centro di rianimazione che necessita di essere trasferito in un ospedale per accertamenti o cure più avanzate usufruisce di questo protocollo?

NO, questo protocollo si riferisce esclusivamente a pazienti critici che necessitino di essere trasferiti ad un livello di cure superiori in continuità di soccorso, cioè che si trovino nell'area del PS e non siano ricoverati. Nel caso esposto il medico del reparto prende accordi diretti con il reparto specialistico dell'ospedale di livello superiore e, in mancanza di una autonomia di azione nel trasferimento, richiede direttamente alla CO118 un supporto tecnico per il trasporto, accordandosi con essa sul personale medico che l'accompagna.

Un paziente con ematemesi che si trova nel pronto soccorso di un ospedale senza servizio di endoscopia digestiva, secondo questo protocollo, può essere trasferito in un ospedale che lo abbia?

Se l'emorragia non risponde ai trattamenti medici, compreso il posizionamento del sondino di Sangstaken-Blackmore in caso di sospetto di varici esofagee, si può richiedere che il paziente sia inviato per consulenza al livello di cure superiori. Una volta trattato potrà essere qui ricoverato o reinvio all'ospedale trasferente, a giudizio dello specialista.

Un traumatizzato maxillofacciale che si trova nel pronto soccorso di un ospedale senza il servizio di chirurgia maxillofacciale, secondo questo protocollo, può essere trasferito in un ospedale che lo abbia?

Se la lesione, o il complesso delle lesioni, non determina una alterazione delle funzioni vitali od il rischio che queste possano ragionevolmente evolvere in un serio pericolo per la vita del paziente, la lesione va considerata di tipo specialistico. Il paziente quindi potrà essere ricoverato e poi trasferito, non in continuità di soccorso, presso il servizio di chirurgia maxillofacciale, previ accordi diretti.

Reperti per istituto

ALLEG. SUB. REG. N. 1729
 DEL 20 DIC. 2002

[Handwritten Signature]

COD	ISTITUTO	CONFERE	SIES	SIO	UTN	CARDIO	CHIRURGIA UNITA'	NEURO	NEURO ORTO	OSTE	GRANDI TERAPIA	UTIC	EMO		
						CHIRURGIA	TORACICA	SPINALE	CHIRURGIA	LOGIA	PEDIA	TRICIA	OSTIONI	INTENSIVA	DINAMICA
00200	CIVILE DI ACQUAPENDENTE	ACQUAPENDENTE	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
00300	ANDOSILLA	CIVITA CASTELLANA	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
00400	CIVILE DI MONTEFIASCONE	MONTEFIASCONE	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
00600	SANT'ANNA	RONCIGLIONE	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
00700	CIVILE DI TARQUINIA	TARQUINIA	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
01900	SAN CAMILLO DE LELLIS	RIETI	DEAI	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02000	MARZIO MARINI	MAGLIANO SABINA	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02200	FRANCESCO GRIFONI	AMATRICE	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02600	SANTO SPIRITO	ROMA	DEAI	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02700	SAN GIACOMO	ROMA	DEAI	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03000	REGIONALE OTTALMICO	ROMA	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03400	GEORGE EASTMAN	ROMA	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03700	NUOVO REGINA MARGHERITA	ROMA		1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04300	GENERALE PROVINCIALE	ANZIO	DEAI	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04401	SAN GIUSEPPE	ALBANO LAZIALE	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04402	ERCOLE DE SANTIS	GENZANO	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04500	SAN PAOLO	CIVITAVECCHIA	DEAI	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04600	PARODI DELFINO	COLLEFERRO	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04700	SAN SEBASTIANO MARTIRE	FRASCATI	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04800	SAN GIUSEPPE	MARINO	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04900	SANTISSIMO GONFALONE	MONTEROTONDO	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COD	ISTITUTO	COMUNE	SISEN	NIO	UTN	CARDIO	CHIRURGIA	CHIRURGIA TORACICA	CHIRURGIA SPINALE	NEURO	CHIRURGIA	NEURO ORTO	OSTE	GRANDI	TERAPIA	UTIC	EMO	DINAMICA
05100	CONIUGI BERNARDINI	PALESTRINA	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
05200	ANGELUCCI	SUBIACO	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
05300	SAN GIOVANNI EVANGELISTA	TIVOLI	DEA I	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
05400	CIVILE DI VELLETRI	VELLETRI	DEA I	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
05500	LUIGI SPOLVERINI	ARICCIA		1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
05900	C.T.O.	ROMA	DEA II	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
06900	CIVILE DI BRACCIANO	BRACCIANO	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
06100	GIOVANNI BATTISTA GRASSI	ROMA	DEA I	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
06600	SANTEUGENIO	ROMA	DEA II	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
07100	SAN PIETRO - FBF	ROMA	DEA I	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
07200	SAN GIOVANNI CALIBITA - FBF	ROMA	DEA I	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
07300	SAN CARLO DI NANCY	ROMA	PS	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
07400	.CRISTO RE	ROMA	PS	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
07500	ISRAELITICO	ROMA		5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
07800	MADRE GIUSEPPINA VANNINI	ROMA	DEA I	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10300	P.O.I. PORTUENSE	ROMA		1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13400	SANT'ANNA	POMEZIA	PS	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16900	POL. CASILINO	ROMA	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18000	AURELIA HOSPITAL	ROMA	DEA I	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20001	SANTA MARIA GORETTI	LATINA	DEA I	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20002	CIVILE DI SEZZE	SEZZE	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20003	REGINA ELENA	PRIVERNO	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20401	A.FIORINI	TERRACINA	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20402	SAN GIOVANNI DI DIO	FONDI	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

COD	ISTITUTO	COMUNE	SEN	SIO	UTV	CAMBIO	CHIRURGIA	TORACICA	CHIRURGIA	ENTRA'	SPINALE	NEURO	CHIRURGIA	LOGIA	ORTO	OSTE	GRANDI	TERAPIA	OTIC	ENO	
						CHIRURGIA	TORACICA	SPINALE	NEURO	CHIRURGIA	LOGIA	ORTO	OSTE	GRANDI	TERAPIA	OTIC	ENO				
20601	DONO SVIZZERO	FORMIA	DEA I	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20602	CIVILE DI GAETA	GAETA	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21201	I.C.O.T.	LATINA	PS	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21500	CITTA' DI APRILIA	APRILIA	PS	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21600	UMBERTO I	FROSINONE	DEA I	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21700	SAN BENEDETTO	ALATRI	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21800	CIVILE DI ANAGNI	ANAGNI	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22500	PASQUALE DEL PRETE	PONTECORVO	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22600	SANTISSIMA TRINITA'	SORA	PS	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22800	GEMMA DE BOSIS	CASSINO	DEA I	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26700	SANDRO PERTINI	ROMA	DEA I	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27100	BELCOLLE	VITERBO	DEA I	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90100	SAN CAMILLO - FORLANINI	ROMA	DEA II	2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
90200	SAN GIOVANNI	ROMA	DEA II	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
90300	SAN FILIPPO NERI	ROMA	DEA II	2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
90400	BAMBINO GESU'	ROMA	DEA II	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90500	A. GEMELLI	ROMA	DEA II	3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
90601	POL. UMBERTO I	ROMA	DEA II	3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
90800	I.F.O.	ROMA	DEA II	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91500	CAMPUS BIOMEDICO	ROMA		3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

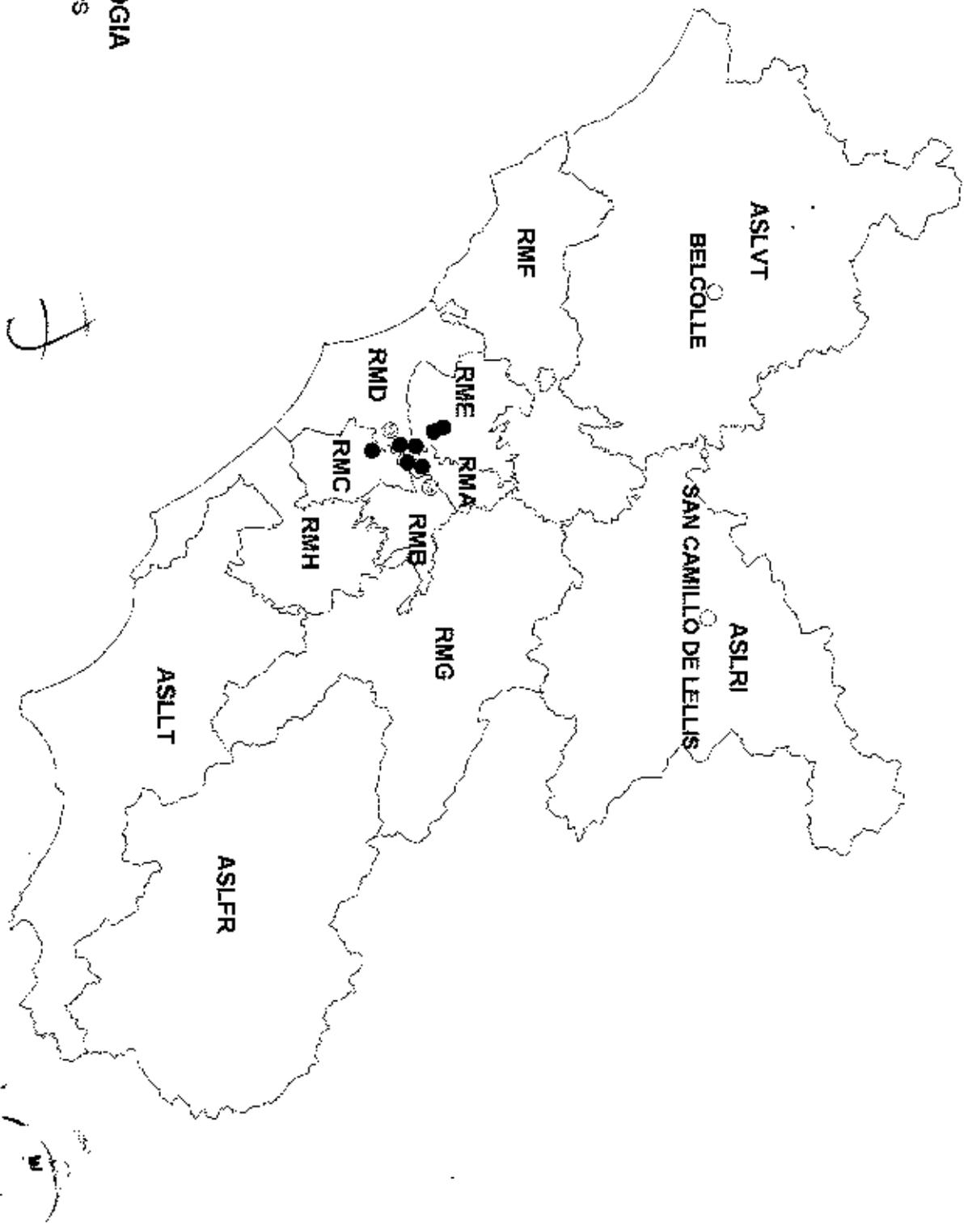
5

2

ALLEG. alla DELIB. N. 1729
DEL 20 DIC. 2002

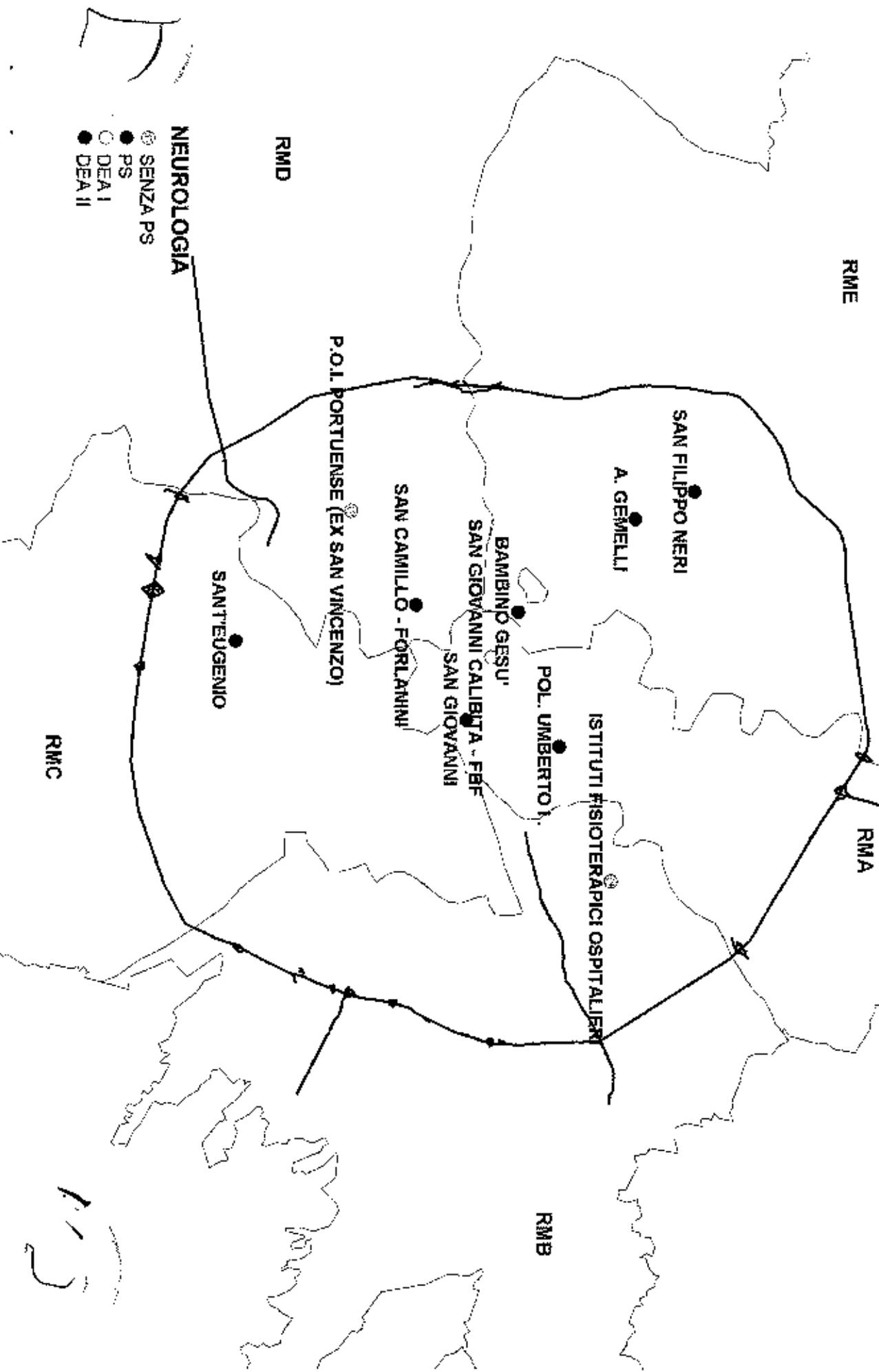
Reparti Neurologia nel Lazio con almeno 10 dimissioni SIO nei primi 3 trimestri 2002 onere SSN (escluse case di cura senza pronto soccorso)

- NEUROLOGIA**
- SENZA PS
 - PS
 - DEA I
 - DEA II



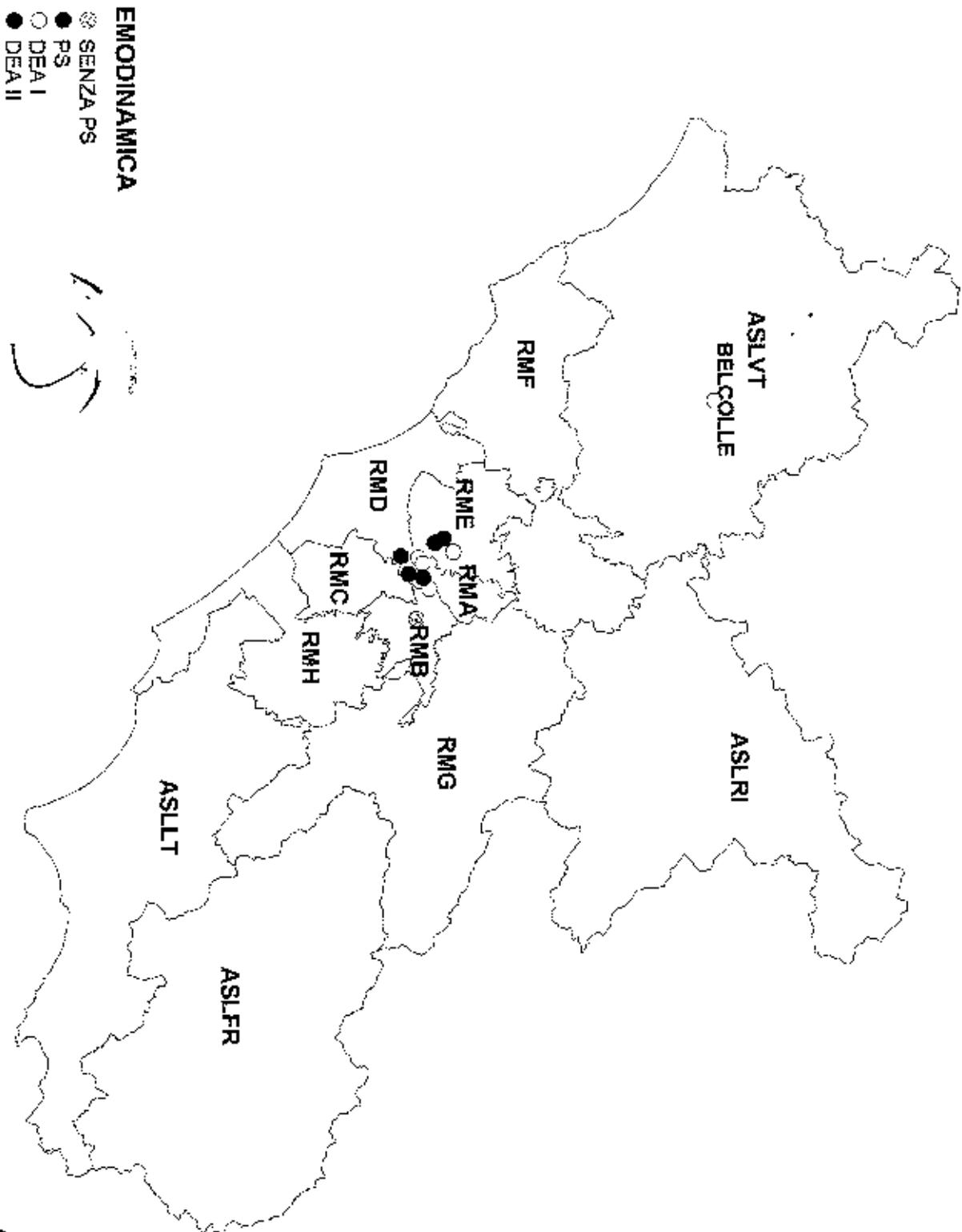
7

**Reparti Neurologia entro il G.R.A. con almeno 10 dimissioni SIO nei primi 3 trimestri 2002
 onere SSN (escluse case di cura senza pronto soccorso)**



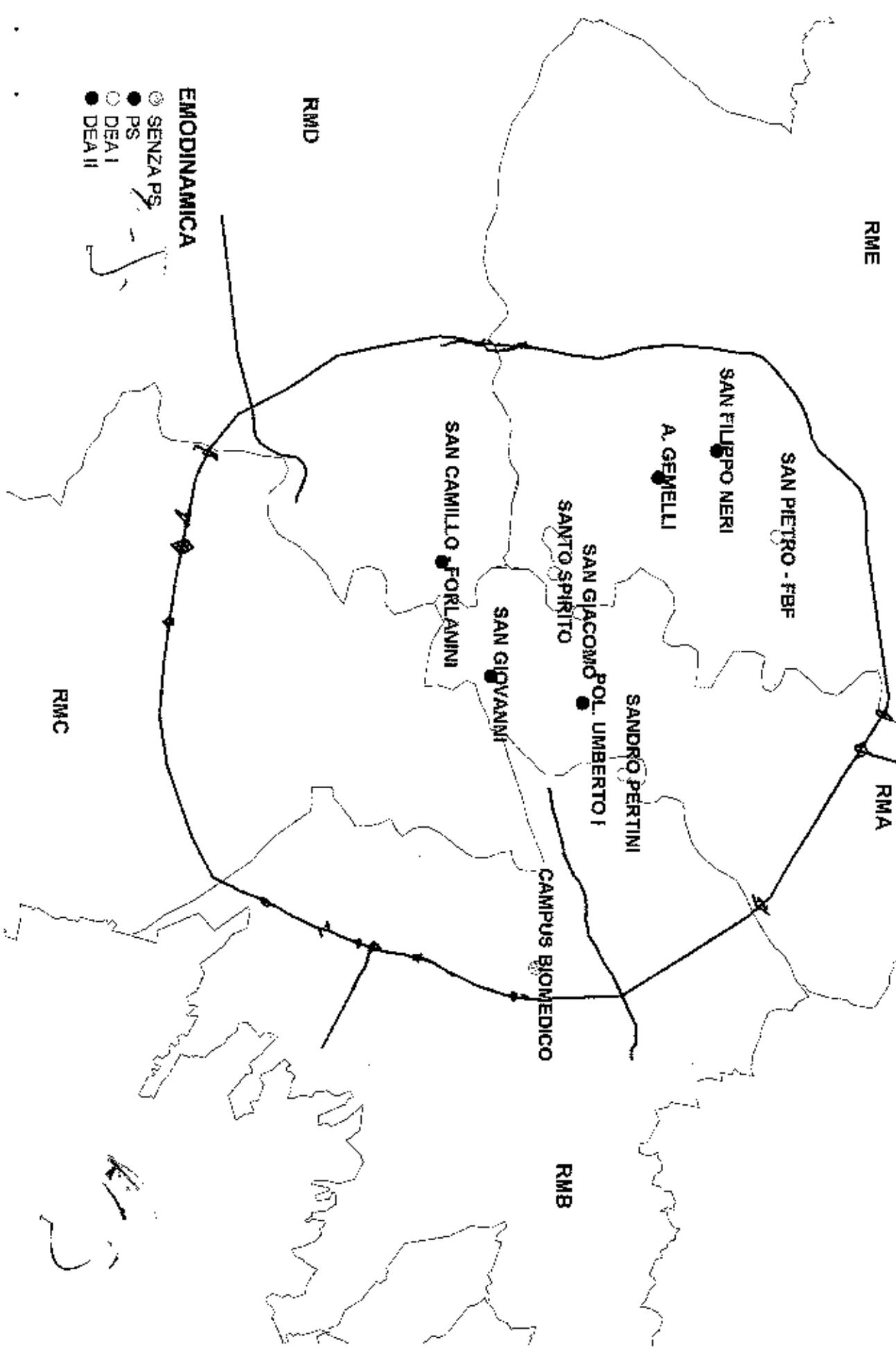
115

Emodinamiche nel Lazio (escluse case di cura senza pronto soccorso) secondo rilevazione ASP 2002

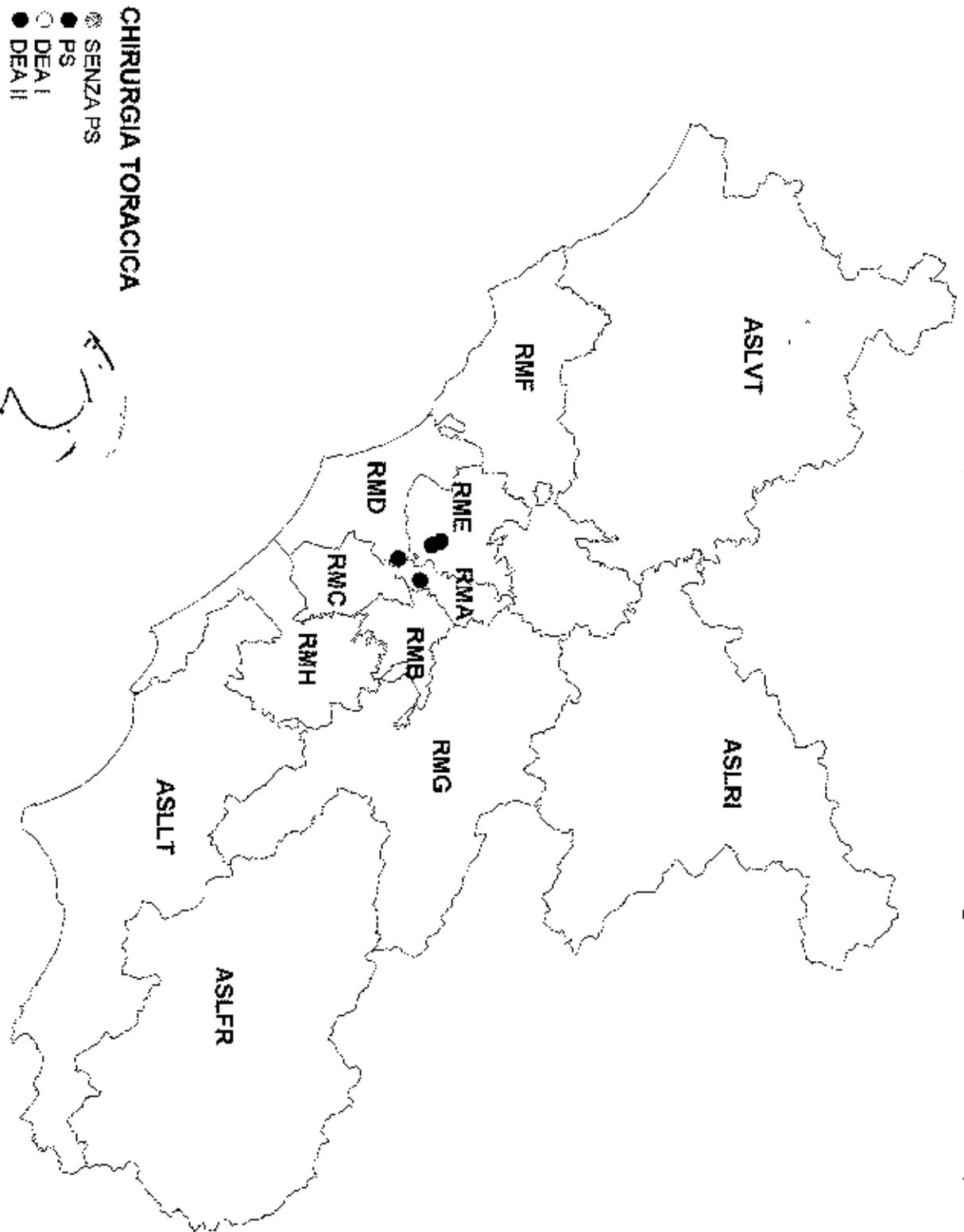


Emodinamiche entro il G.R.A. (escluse case di cura senza pronto soccorso) secondo

rilevazione ASP 2002



**Reparti Chirurgia Toracica nel Lazio con almeno 10 dimissioni SIO nei primi 3 trimestri
2002 onere SSN (escluse case di cura senza pronto soccorso)**



CHIRURGIA TORACICA

- SENZA PS
- PS
- DEAI I
- DEAI II

Reparti Chirurgia Toracica entro il G.R.A. con almeno 10 dimissioni SIO nei primi 3 trimestri 2002 onere SSN (escluse case di cura senza pronto soccorso)

RME

RNA

SAN FILIPPO NERI

A. GEMELLI

POL. UMBERTO I.

SAN CAMILLO FORLANINI

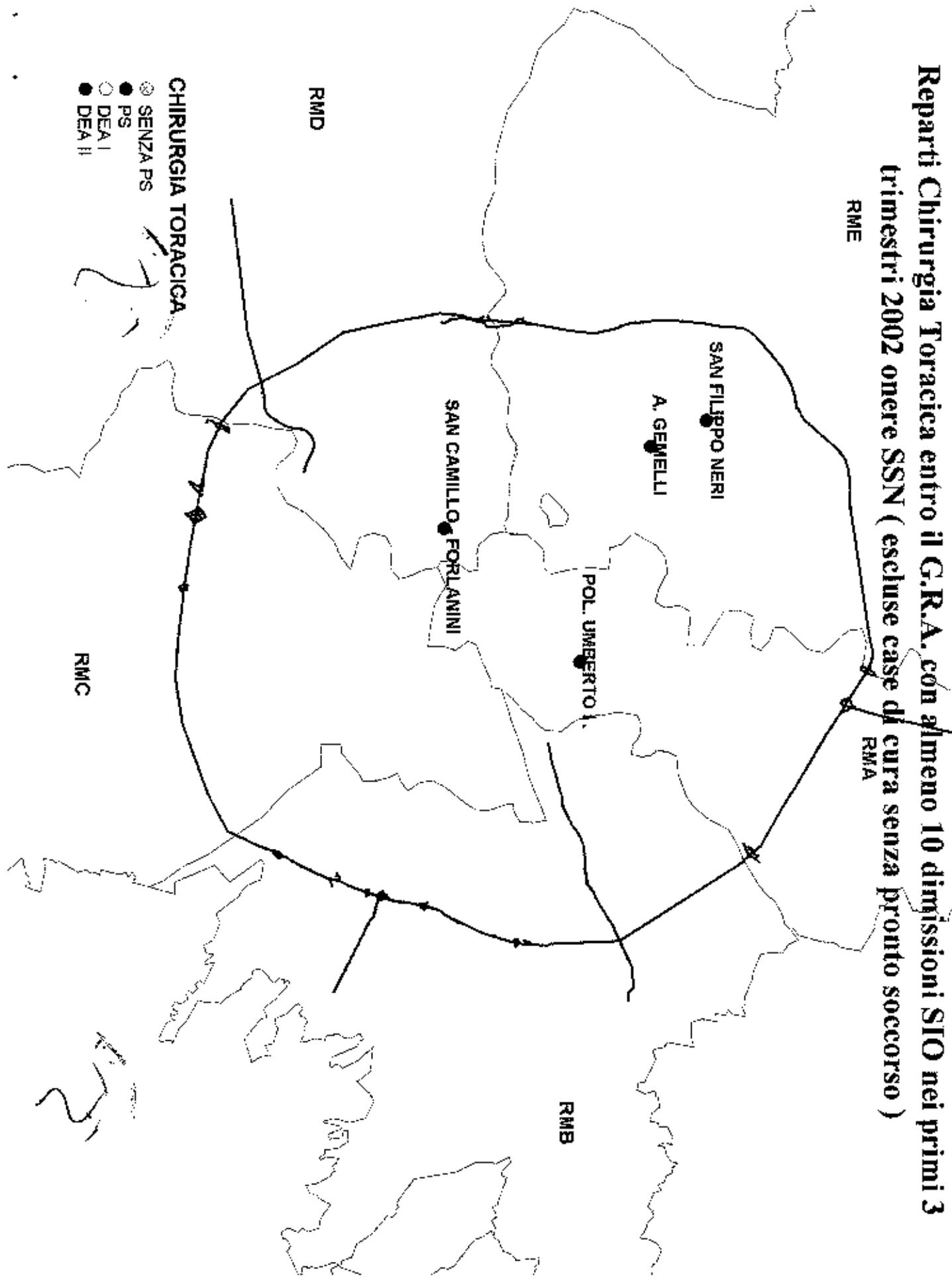
RMD

RMB

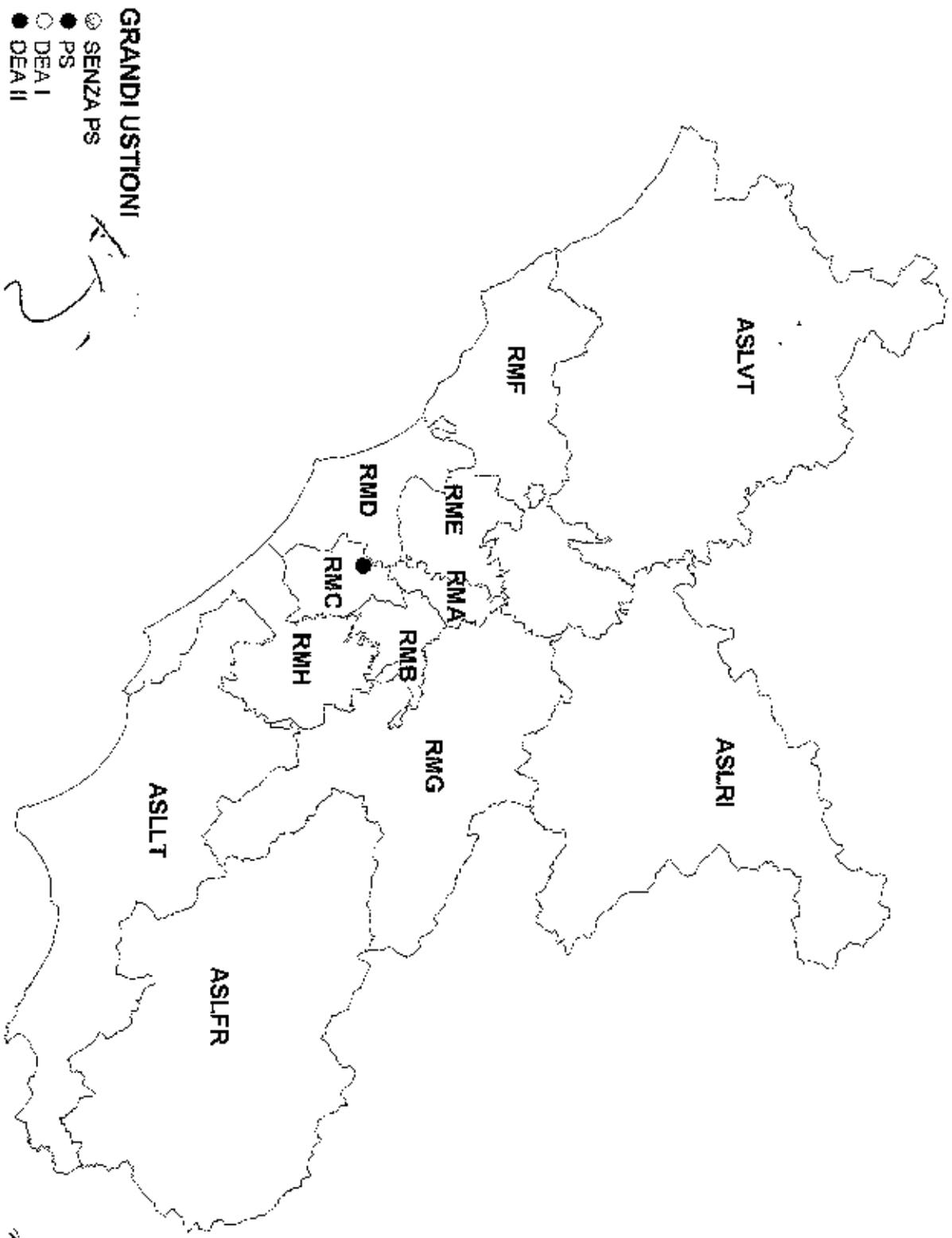
- SENZA PS
- PS
- DEAI I
- DEAI II

CHIRURGIA TORACICA

RMC



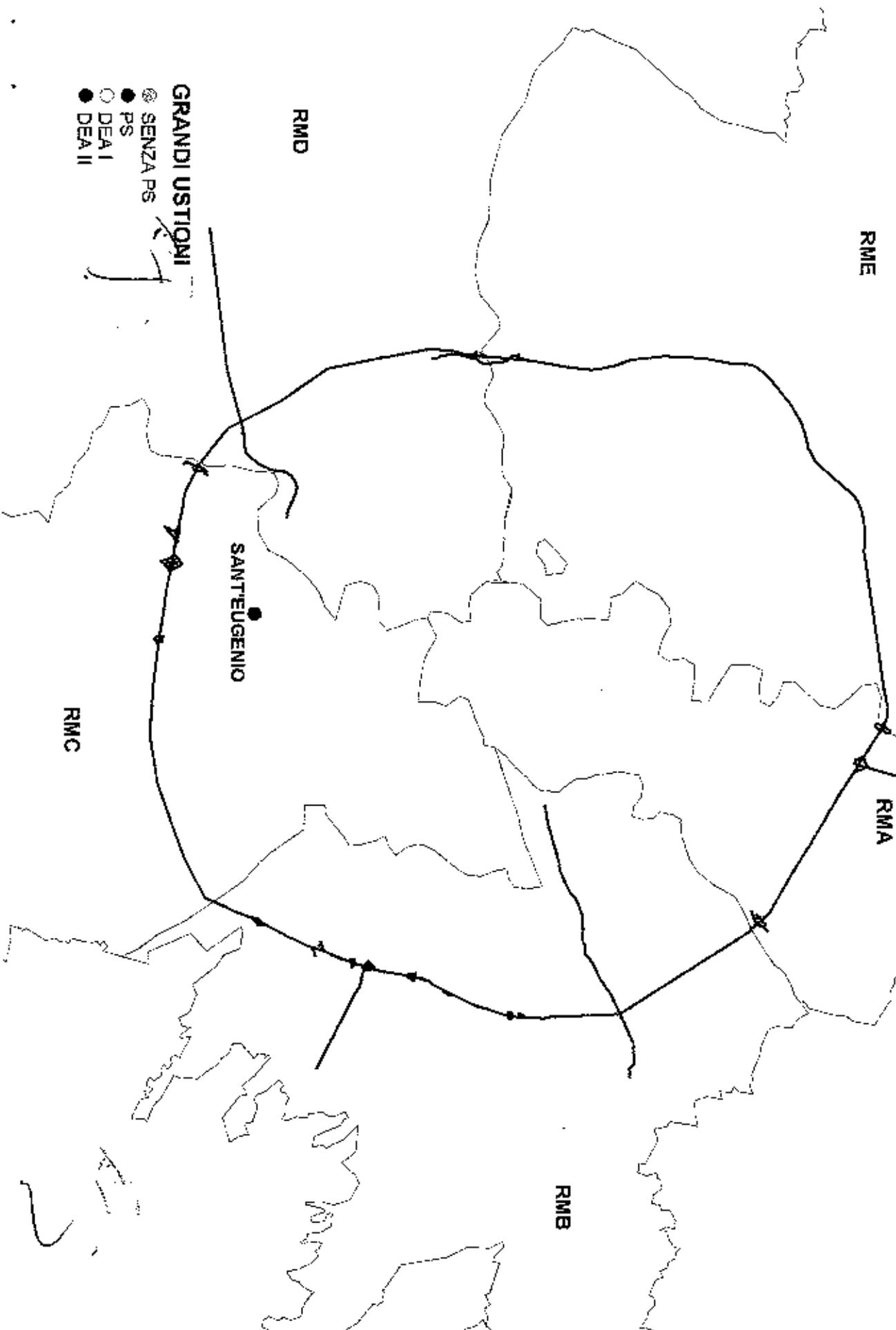
**Reparti Grandi Ustioni nel Lazio con almeno 10 dimissioni SIO nei primi 3 trimestri 2002
onere SSN (escluse case di cura senza pronto soccorso)**



AS

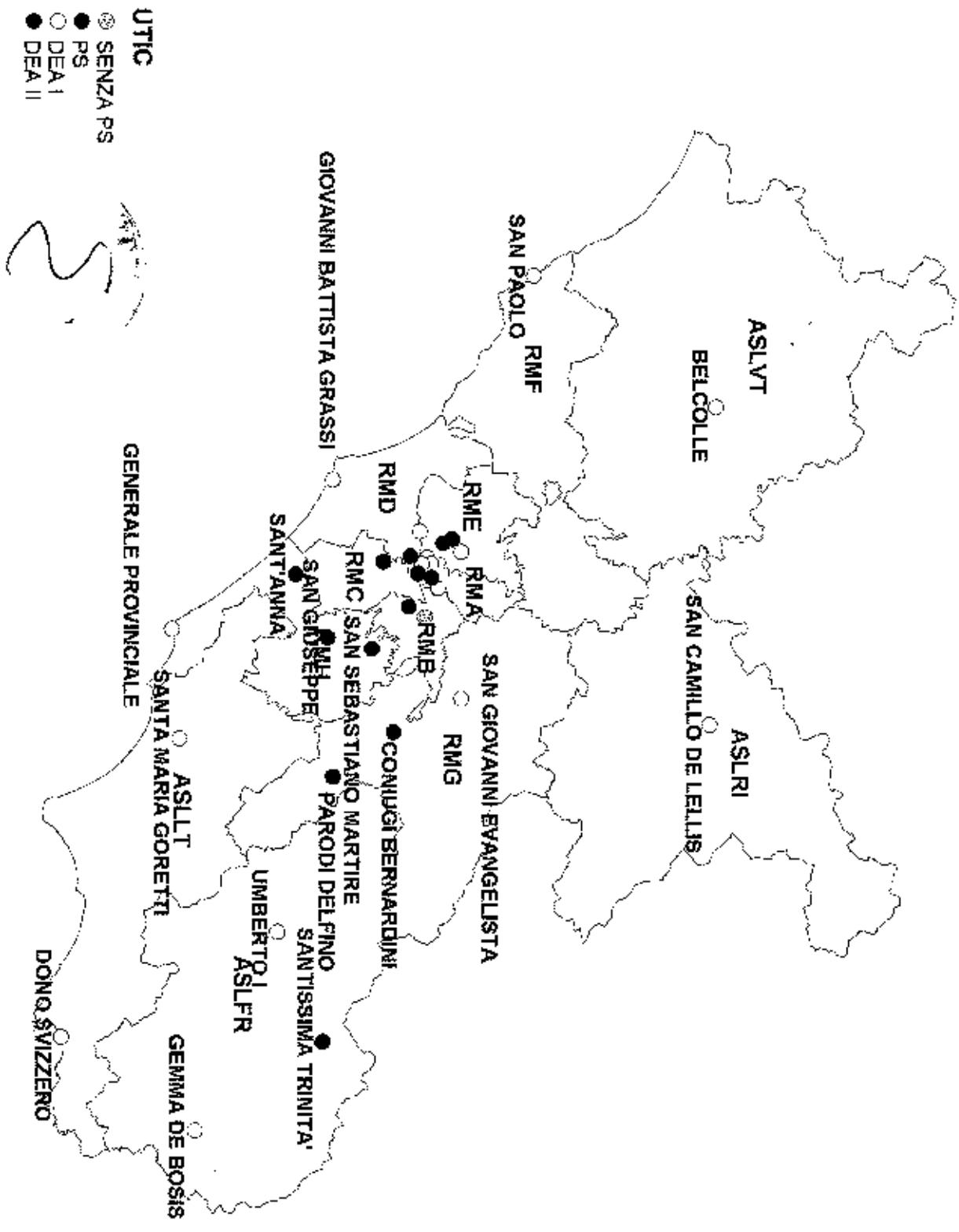
AS

**Reparti Grandi Ustioni entro il G.R.A. con almeno 10 dimissioni SIO nei primi 3 trimestri
2002 onere SSN (escluse case di cura senza pronto soccorso)**



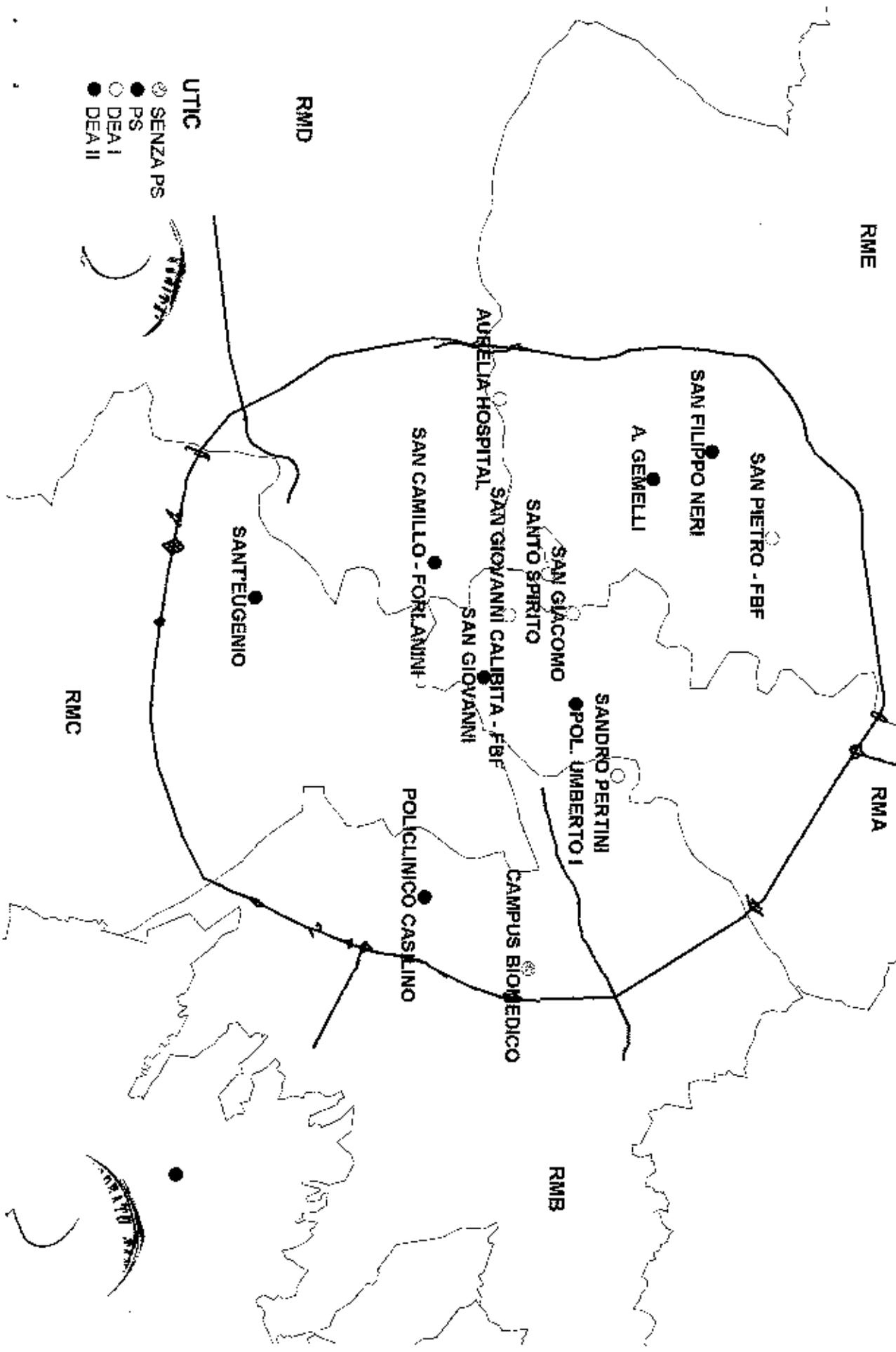
- GRANDI USTIONI**
- SENZA PS
 - PS
 - DEA I
 - DEA II

**Reparti Utic nel Lazio con almeno 10 dimissioni SIO nei primi 3 trimestri 2002 onere SSN
 (escluse case di cura senza pronto soccorso)**

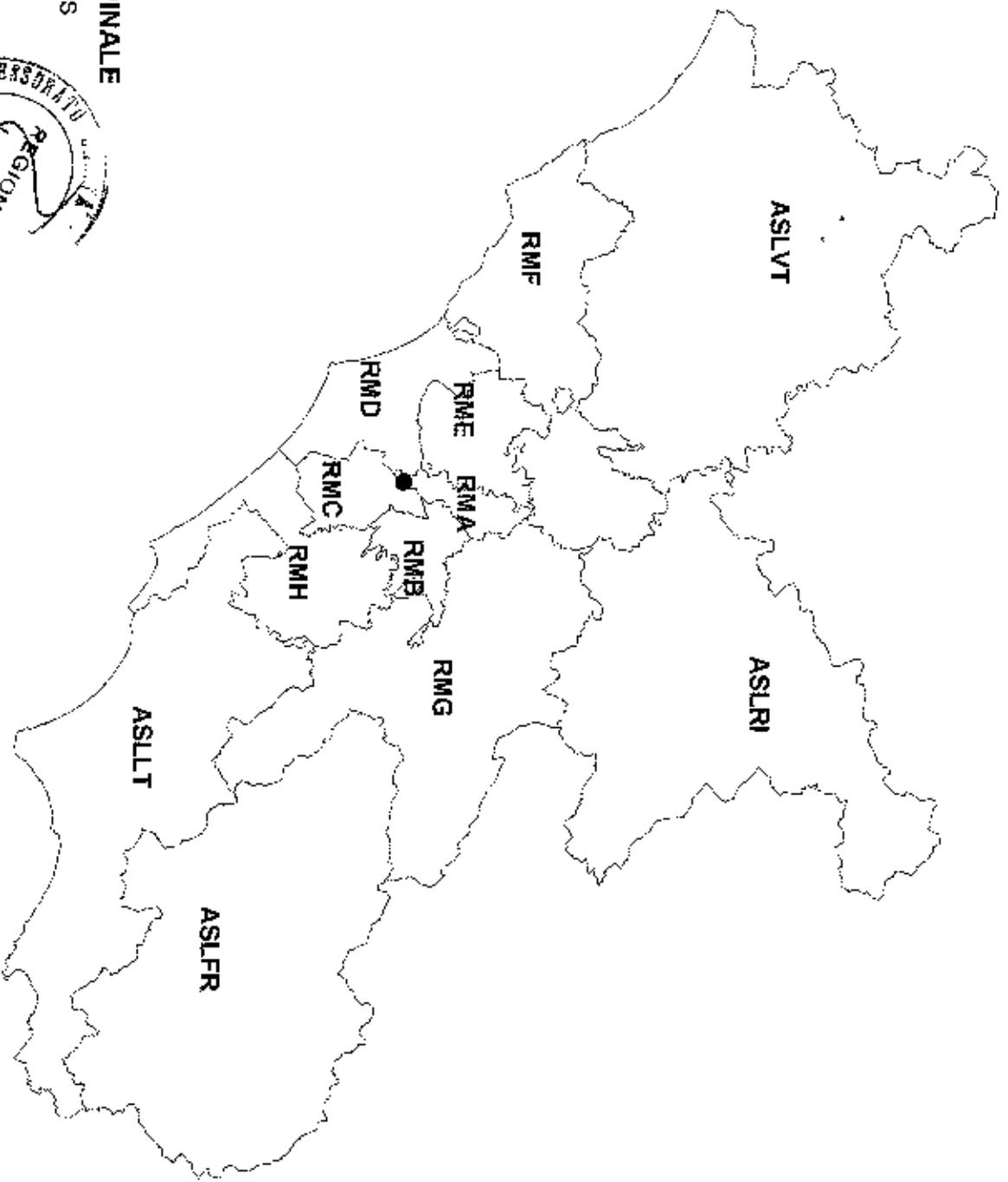


Handwritten signature or initials.

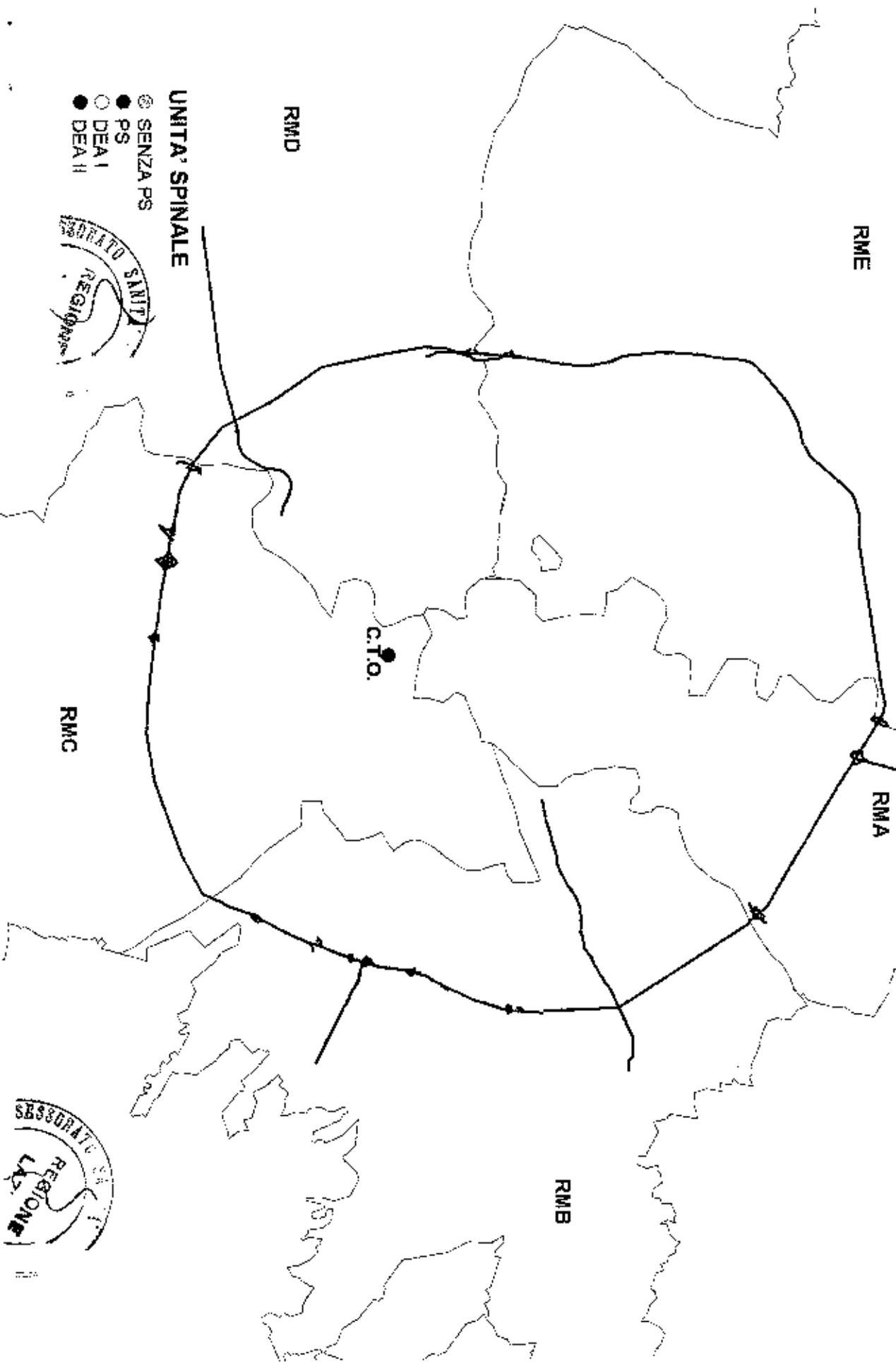
Reparti Utic entro il G.R.A. con almeno 10 dimissioni SIO nei primi 3 trimestri 2002 onere SSN (escluse case di cura senza pronto soccorso)



**Reparti Unità Spinale nel Lazio con almeno 10 dimissioni SIO nei primi 3 trimestri 2002
onere SSN (escluse case di cura senza pronto soccorso)**



**Reparti Unità Spinale entro il G.R.A. con almeno 10 dimissioni SIO nei primi 3 trimestri
2002 onere SSN (escluse case di cura senza pronto soccorso)**

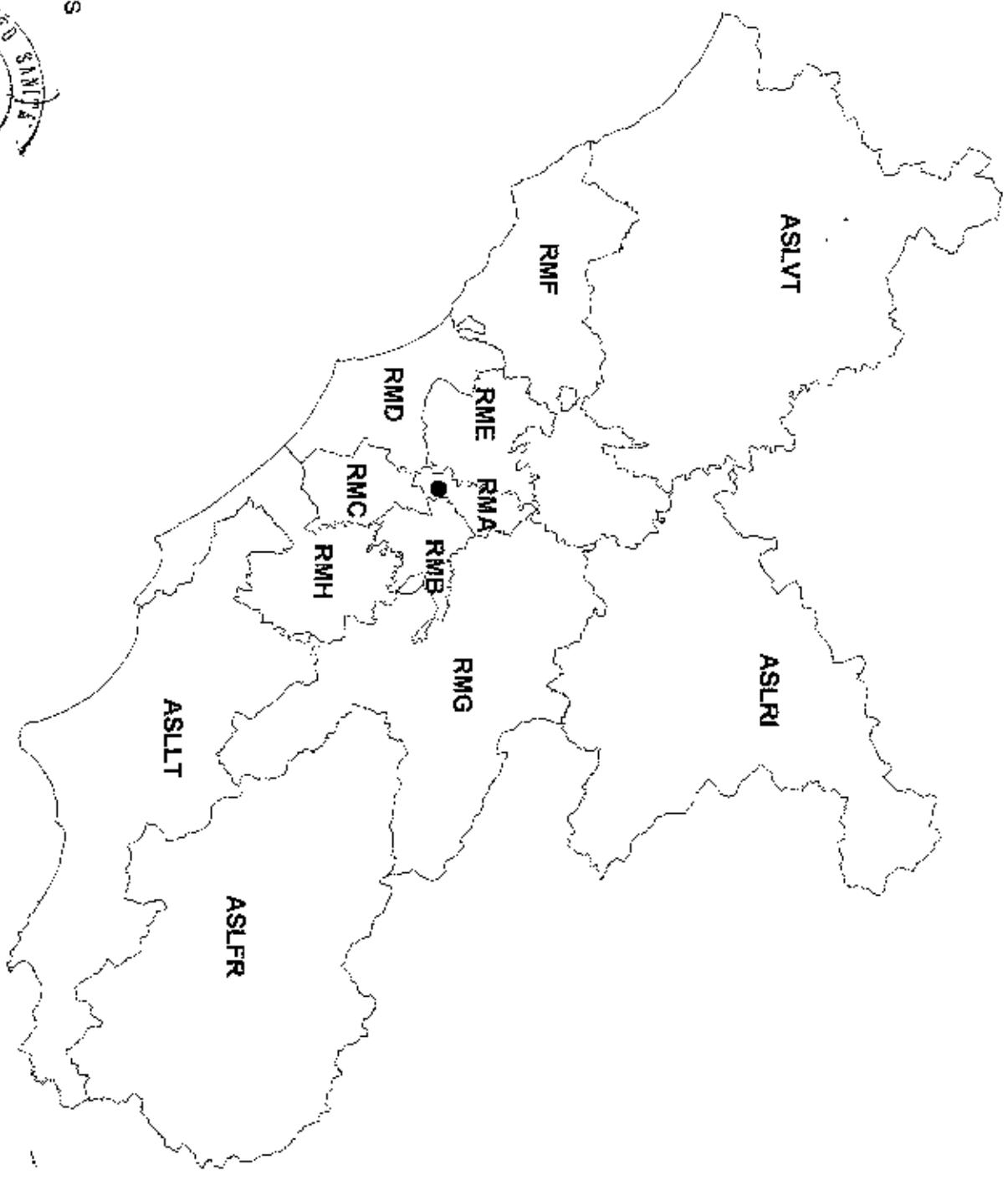


- UNITA' SPINALE**
- SENZA PS
 - PS
 - DEA I
 - DEA II

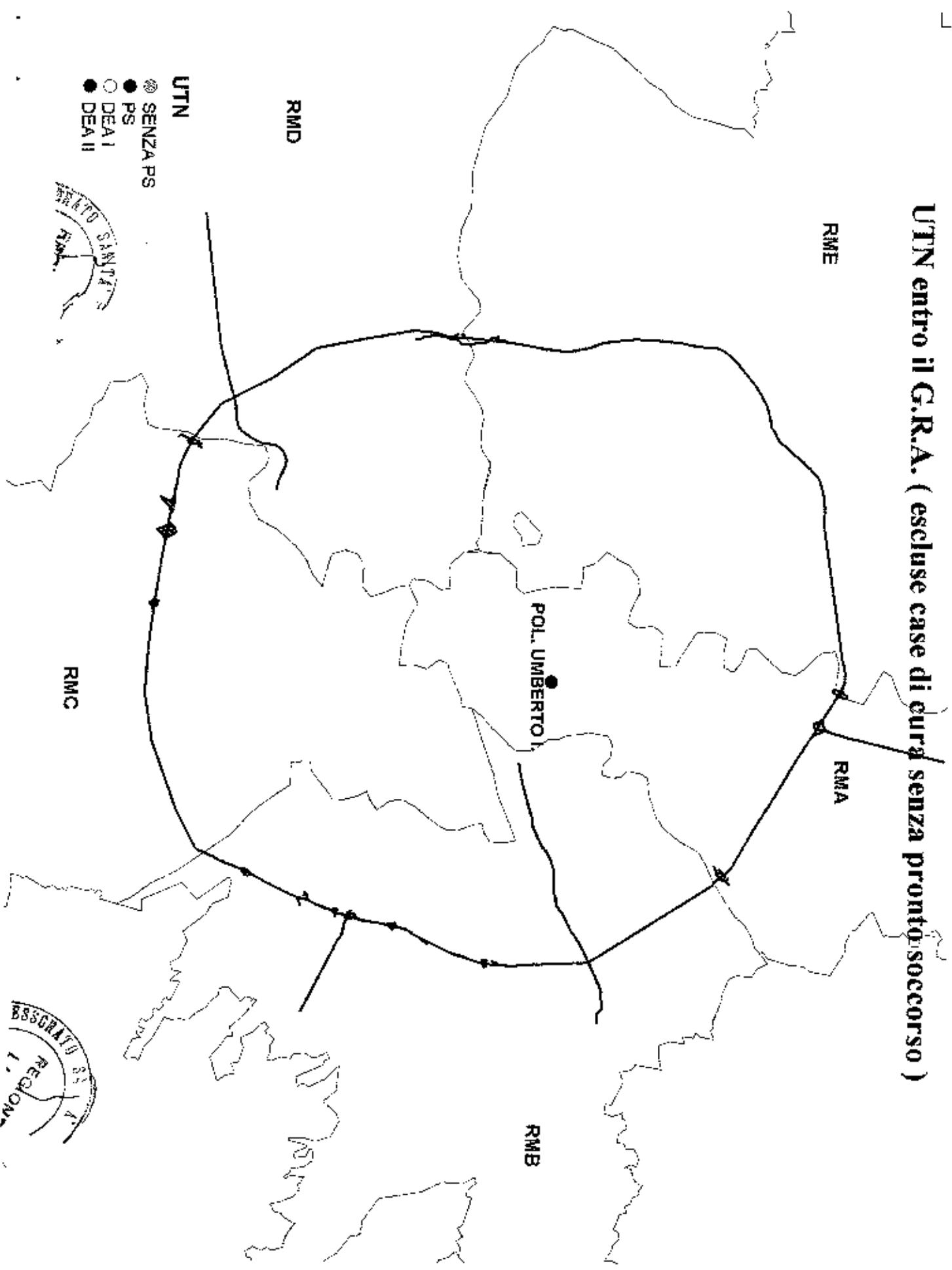


UTN nel Lazio (escluse case di cura senza pronto soccorso)

- UTN
- SENZA PS
 - PS
 - DEAI I
 - DEAI II



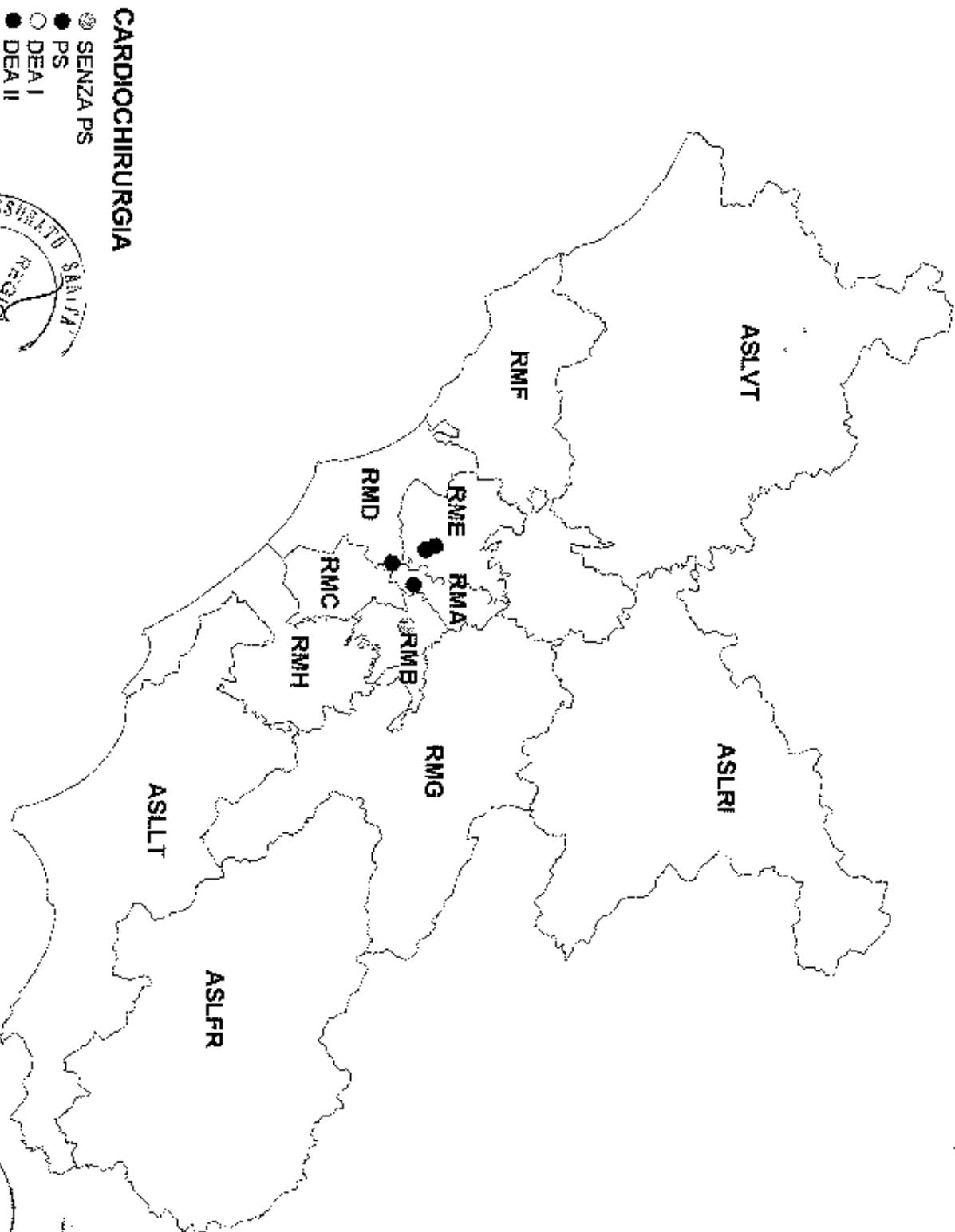
UTN entro il G.R.A. (escluse case di cura senza pronto soccorso)



- UTN**
- SENZA PS
 - PS
 - DEA I
 - DEA II



**Reparti Cardiochirurgia nel Lazio con almeno 10 dimissioni SIO nei primi 3 trimestri 2002
onere SSN (escluse case di cura senza pronto soccorso)**

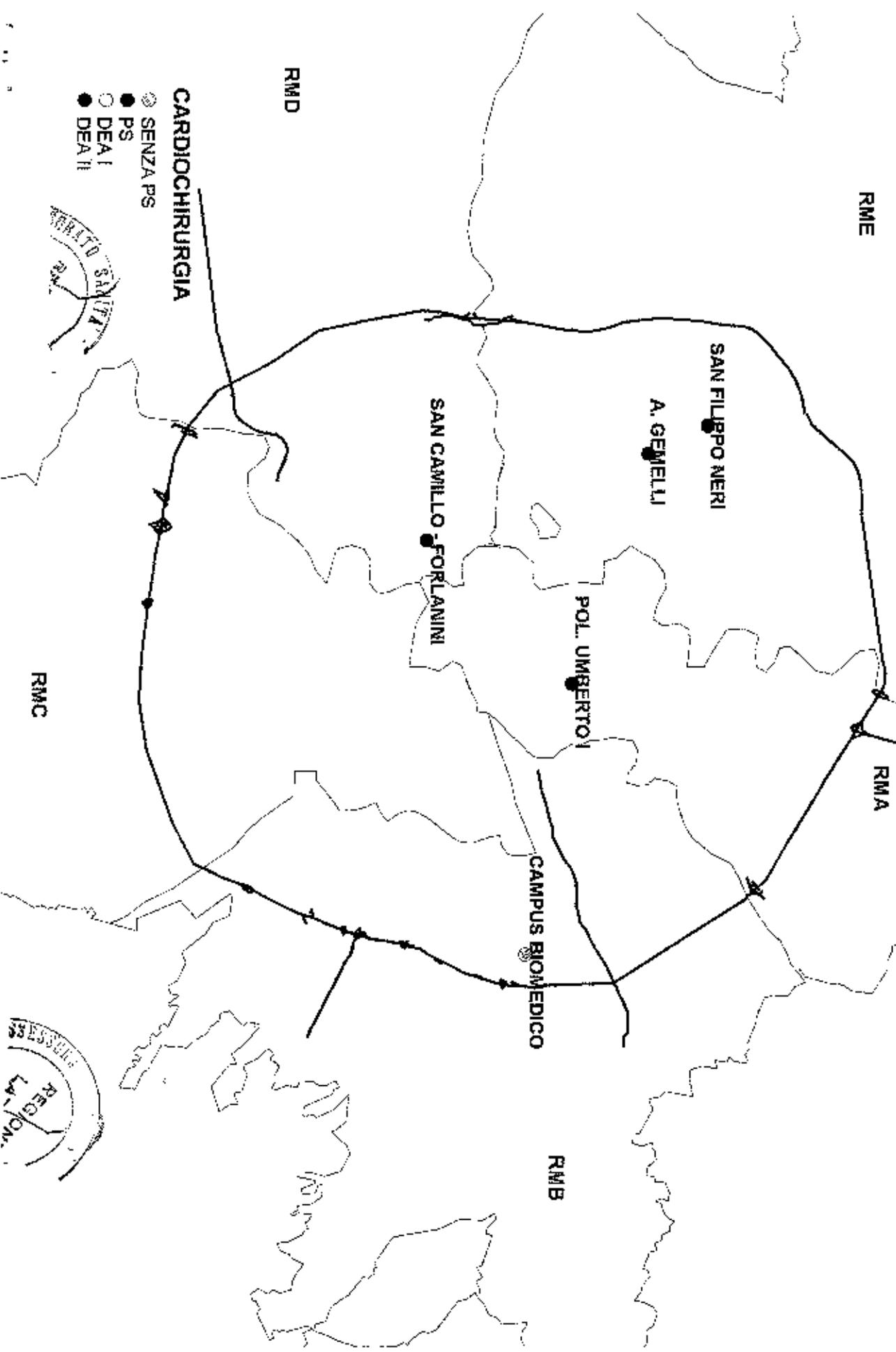


CARDIOCHIRURGIA

- SENZA PS
- PS
- DEA I
- DEA II

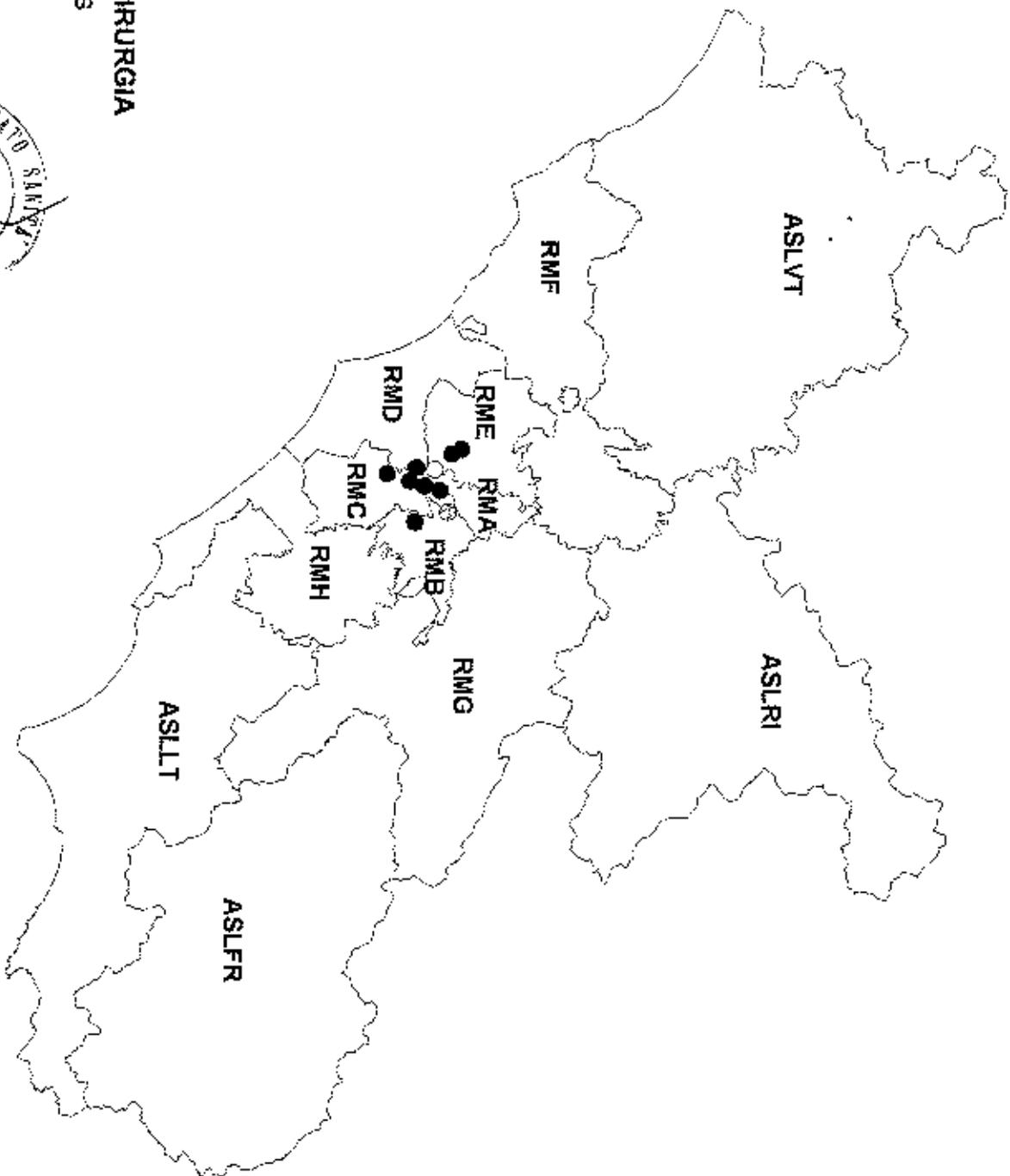


Reparti Cardiochirurgia entro il G.R.A. con almeno 10 dimissioni SIO nei primi 3 trimestri 2002 onere SSN (escluse case di cura senza pronto soccorso)

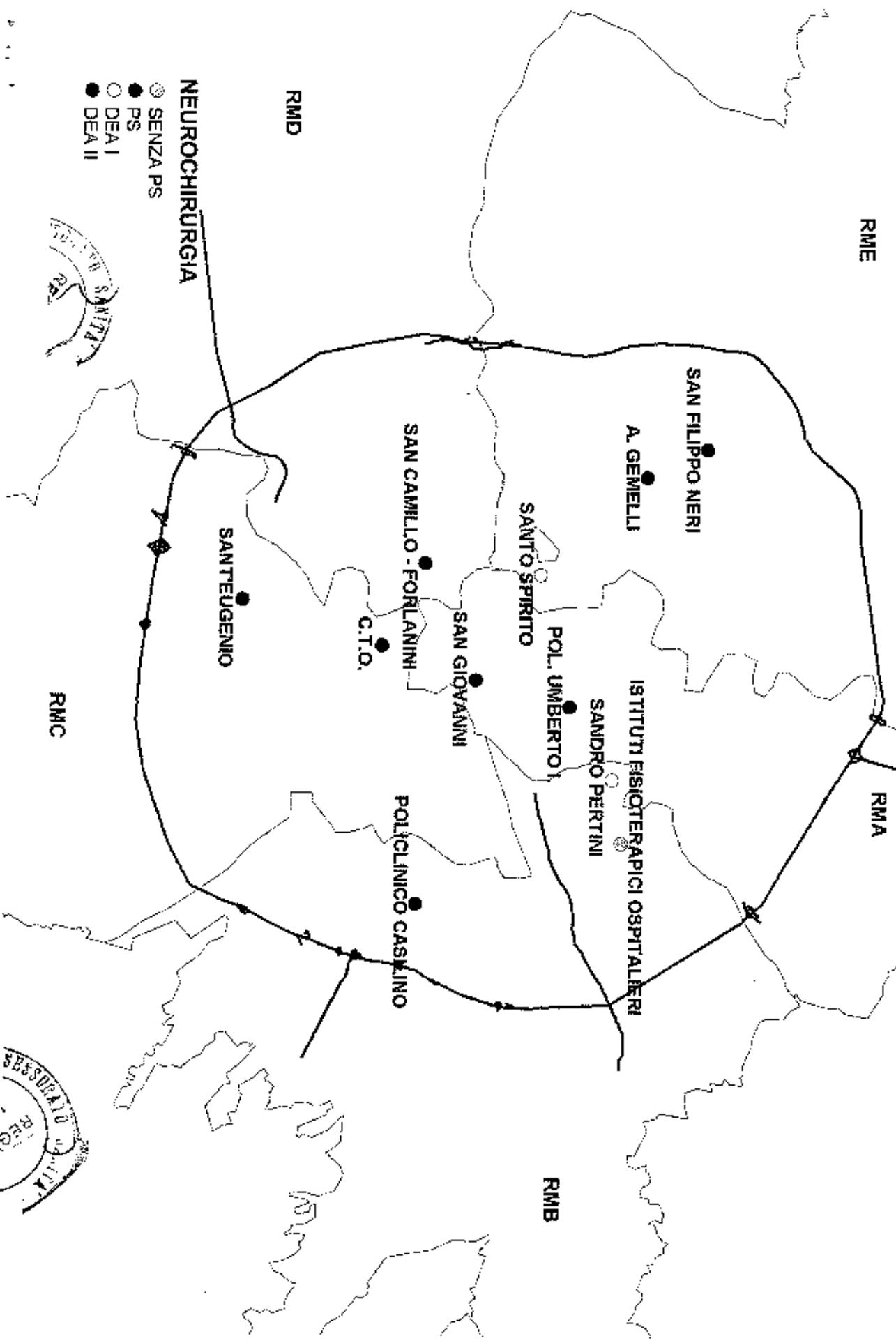


**Reparti Neurochirurgia nel Lazio con almeno 10 dimissioni SIO nei primi 3 trimestri 2002
onere SSN (escluse case di cura senza pronto soccorso)**

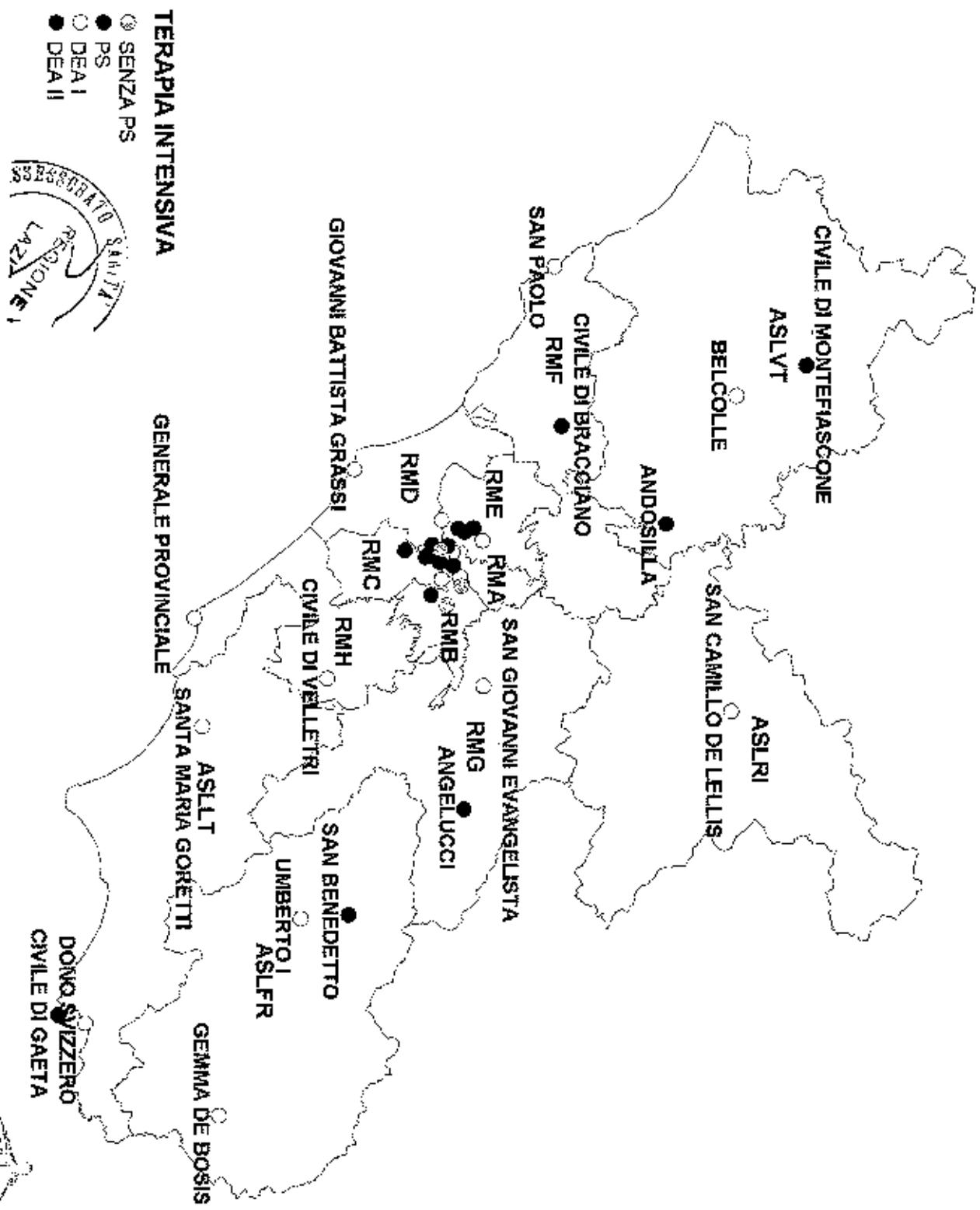
- NEUROCHIRURGIA**
- SENZA PS
 - PS
 - DEA I
 - DEA II



**Reperti Neurochirurgia entro il G.R.A. con almeno 10 dimissioni SIO nei primi 3 trimestri
2002 onere SSN (escluse case di cura senza pronto soccorso)**



Reparti Terapia Intensiva nel Lazio con almeno 10 dimissioni SIO nei primi 3 trimestri 2002 onere SSN (escluse case di cura senza pronto soccorso)



Reparti Terapia Intensiva entro il G.R.A. con almeno 10 dimissioni SIO nei primi 3 trimestri 2002 onere SSN (escluse case di cura senza pronto soccorso)

