

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 11 del 20 FEB. 2013



RETE EMERGENZA URGENZA

REGIONE ABRUZZO





Sommario

Premessa	3
SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA.....	5
II MODELLO ORGANIZZATIVO.....	7
FASE TERRITORIALE	11
FASE OSPEDALIERA.....	19



Premessa

Negli ultimi anni si è registrato un progressivo, costante ed elevato incremento di richieste di prestazioni da parte del sistema di emergenza sanitaria sia territoriale che ospedaliero.

A livello regionale si è assistito ai seguenti cambiamenti:

- Aumento dell'età media della popolazione ed aumento del numero di soggetti con patologie croniche degenerative, che presentano maggiori fragilità (report dell'Agenzia Sanitaria Regionale consultabile sul sito www.asrabruzzo.it);
- Notevolissimo incremento della componente tecnologica nella diagnostica e nella terapia, con conseguente incremento delle aspettative e delle richieste di interventi;
- Miglioramento delle vie di comunicazione, con maggiore facilità di accedere alle strutture ospedaliere dedicate all'emergenza, in particolare dei grandi ospedali, in quanto percepiti dai cittadini come "più sicuri";
- Notevole incremento dei flussi migratori, con presenza di un elevato numero di soggetti che utilizzano il Pronto Soccorso;
- Incremento notevole degli spostamenti della popolazione, sia per motivi di lavoro (pendolarismo) che per macro/micro-turismo;

Le conseguenze di questi fenomeni sono rappresentate da un progressivo incremento di utilizzo del sistema di emergenza per situazioni cliniche che potrebbero trovare risposte più adeguate, appropriate ed a costi inferiori, in sedi diverse e con modalità di erogazione più adeguate.

La conseguente aumentata richiesta al Sistema Emergenza-Urgenza provoca non pochi problemi, nelle strutture di Pronto Soccorso degli ospedali regionali nel garantire le risposte appropriate e tempestive e sono ormai documentate sia le difficoltà del sistema nel far fronte a tutte le richieste, sia i notevoli rallentamenti per la definizione delle situazioni cliniche e l'avvio all'eventuale ricovero. Si ritiene che una quota non trascurabile di accessi al Pronto Soccorso possano essere evitabili (vedi tabella codici di priorità accessi in PS), in particolare: quelli non preventivamente filtrati dalla medicina del territorio, in quanto il paziente identifica erroneamente nel Pronto Soccorso la sede idonea alla gestione del problema presentato, e quelli determinati da elevati tempi di attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale. Questa situazione impone azioni di riorganizzazione del servizio sanitario territoriale, al fine di garantire un più appropriato e contenuto utilizzo dei sistemi di emergenza sanitaria, con il superamento delle "rigidità organizzative" e la elaborazione di modelli a maggiore flessibilità, con ulteriore sviluppo delle integrazioni/interazioni multiprofessionali sanitarie, assistenziali e sociali come le aggregazioni funzionali territoriali (AFT). Poiché è fondamentale che la metodologia di approccio al paziente e i



protocolli di cura siano omogenei tra le diverse strutture di soccorso, è condizione essenziale che il coordinamento organizzativo del sistema sia garantito a livello regionale attraverso il Comitato Regionale Emergenza Urgenza Abruzzo (CREA) cui afferiscono i Direttori dei DEA ed i Responsabili delle CC.OO.118 e i cui compiti sono in seguito individuati e specificati nel presente documento.

L'area di intervento relativa all'emergenza/urgenza rappresenta una delle componenti più importanti della programmazione sanitaria in quanto viene influenzata e, nello stesso tempo, va ad influenzare l'organizzazione stessa di tutta la rete del sistema sanitario regionale (SSR), ed è un punto nodale perché realizza l'integrazione/interazione ospedale territorio e consente di affrontare le situazioni critiche che necessitano di cure immediate quali le patologie tempo dipendenti (FHQ – first hour quintet).

A distanza di ormai venti anni dall'emanazione del DPR 27 marzo 1992 **"Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza"**, i Servizi di Emergenza hanno subito una progressiva e profonda trasformazione passando dalle prime esperienze della prima metà degli anni novanta, fatte nel tentativo di raggiungere una integrazione tra le disposizioni contenute nel citato DPR e le esigenze locali, alla consapevolezza che perché il sistema funzioni è necessario una omogeneità di percorsi e obiettivi, non solo a livello regionale ma anche interregionale e nazionale.

Obiettivo di questo documento è quello di definire le iniziative e gli interventi necessari per la riorganizzazione della rete emergenza/urgenza nella Regione, al fine di ottimizzare le risorse e migliorare, secondo criteri di efficienza, efficacia, appropriatezza ed eticità, l'erogazione dei servizi sanitari sul territorio.

Il Sistema di Emergenza Urgenza della Regione si presenta al momento attuale ancora frazionato nei vari ambiti, talora privi di coordinamento ed integrazione tra le diverse articolazioni quali le centrali operative 118, i mezzi dell'emergenza territoriale e la rete di strutture dell'emergenza funzionalmente differenziate in Punti di Primo Intervento, Pronto Soccorso Ospedalieri e Dipartimenti di Emergenza Accettazione(DEA).

La rimodulazione della Rete tiene conto dei diversi livelli di complessità sia in ambito territoriale (rideterminazione e redistribuzione quantitativa e qualitativa delle postazioni e dei mezzi di soccorso) sia a livello ospedaliero (attraverso l'analisi della condizione organizzativa, dei volumi e della tipologia delle attività espletate) nonché attraverso la individuazione dei centri a complessità differenziata (DEA, P.S., PPI) Piano Operativo 2010 Delibera del Commissario ad Acta n. 44/2010 e s. m. i.

Sono definiti anche i criteri di realizzazione delle Reti Cliniche dell' IMA, dello Stroke, del Politrauma (Trauma Maggiore), del percorso Neurochirurgico e il servizio di trasporto ed emergenza neonatale (S.T.E.N.) e il servizio di trasporto assistito materno (S.T.A.M.), individuando i nodi e le sedi di riferimento attraverso l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione al fine di evitare trasferimenti



impropri nonché con l'utilizzo del 118 cui affidare il trasporto interospedaliero urgente (con adeguamento/riorganizzazione delle sue risorse esistenti).

SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA

Il sistema è rappresentato dall'insieme di strutture organizzate e deputate a fornire l'assistenza al cittadino colpito da improvvise patologie che presentino la caratteristiche di emergenza urgenza, pertanto non rinviabili; non rientrano nel sistema le prestazioni di medicina ordinaria e prevenzione che sono assicurate dalla medicina di base e dalla continuità assistenziale.

La mission è la riduzione delle morti evitabili e delle gravi disabilità conseguenti a situazioni di emergenza urgenza sanitarie attraverso l'intervento diretto e qualificato con il primo trattamento sul luogo dell'evento e il trasporto all'ospedale competente per il trattamento definitivo.

L'obiettivo è quello di assicurare una risposta globale ed uniforme sull'intero territorio regionale, in linea con le attese dei cittadini; rendendo obbligatorio pertanto che le strutture deputate all'emergenza-urgenza operino in rete e siano in grado di garantire senza discontinuità, risposte sempre adeguate alle reali necessità declinate da percorsi clinico-assistenziali attraverso una completa integrazione operativa con le strutture che fanno capo al dipartimento di emergenza accettazione (DEA).

OBIETTIVI STRATEGICI PRIORITARI DEL SISTEMA

- Integrazione della componente territoriale (fase di Allarme) con quella ospedaliera (fase Ospedaliera) insieme alla qualità ed appropriatezza delle cure;
- Attivazione di procedure omogenee e uniformi di risposta alla fase di allarme (C.O. e numero 118);
- Attivazione di procedure omogenee e uniformi nella organizzazione delle operazioni di soccorso e trasporto sanitario nell'intervento primario;
- Garanzia di continuità delle cure attraverso un soccorso tempestivo, adeguato, secondo linee guida e processi clinici armonizzati, condivisi con la fase ospedaliera;
- Creazione di sinergie e integrazioni tra i presidi della rete ospedaliera regionali diffondendo le buone pratiche cliniche;
- Conseguimento di risultati di efficacia, efficienza, appropriatezza equità di accesso, sicurezza ed eticità;
- Coordinamento del il sistema di emergenza territoriale 118 con le attività di protezione civile anche attraverso l'individuazione di specifici livelli di programmazione e di intervento in sede aziendale e regionale, che tengano conto delle funzioni e risorse necessarie per garantire l'operatività adeguata a

fronteggiare eventuali maxi-emergenze e/o il manifestarsi di rischi nucleari, batteriologici, chimici e radioattivi (NBCR);

- Organizzazione di un sistema di trasporto sanitario di emergenza con caratteristiche di appropriatezza e flessibilità in coerenza con il riordino della rete ospedaliera, con previsione dei correlati supporti assistenziali medici e infermieristici h24;
- Organizzazione di un sistema di trasporto sanitario secondario con utilizzo di unità (mezzi e personale) del sistema emergenza urgenza
- Organizzazione del trasporto assistito materno (STAM) e dell'emergenza neonatale (STEN).

LINEE DI INTERVENTO

1. Centrale Operativa

- Determinazione del fabbisogno di personale delle C.O. 118 e rimodulazione delle postazioni territoriali in base a:

- normativa vigente;
- numero di chiamate;
- standard della SIS 118 (società italiana sistemi 118);
- dati della Continuità Assistenziale;
- riorganizzazione della rete dei Punti di Primo Intervento PPI (dati di attività, competenze specialistiche, distanza degli stessi, viabilità di collegamento e presenza di postazioni del 118 territoriali);

2. Elisoccorso come da accordo Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano rep. N. 220 del 3 febbraio 2005 "Linee guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero".

3. Rete PS/DEA

- Uniformare funzioni, dotazioni di personale e di attrezzature, ottimizzare il numero di posti letto necessari per l'Osservazione Breve.

- Costruire un modello organizzativo aderente alle linee guida n. 1/1996 sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 (G.U. Serie Generale n. 114 del 17 maggio 1996).

4. Attivare il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza urgenza come previsto dal decreto del ministero del lavoro, salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008 (G.U. Serie Generale, n. 9 del 13 gennaio 2009), attraverso adeguamenti dei sistemi informatici già presenti nelle CC.OO. 118 e negli ospedali.

5. Implementazione ed omogeneizzazione dei sistemi operativi e tecnologici della centrale Operativa 118, valutazione delle tecnologie emergenti e acquisizione delle stesse secondo i principi della Health Technology Assessment e acquisizioni di mezzi ed attrezzature nonché sviluppo di un sistema software che permetta uno scambio informativo in tempo reale e il passaggio di informazioni verso le strutture ospedaliere, con anticipo delle informazioni cliniche per la corretta attivazione delle risorse ospedaliere, e che consenta per contro alla C.O. di poter conoscere in tempo reale la situazione di saturazione-inattivazione-occupazione delle strutture ospedaliere stesse.
6. Formazione e aggiornamento di tutte le figure operanti nel sistema, regolamentato dalla conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (G.U. Serie Generale, n. 196 del 25 agosto 2003).
7. Rapporti con le Associazioni di volontariato: implementazione dei rapporti che consentano utilizzo ed impiego di personale volontario a supporto dei pazienti con difficoltà relazionali o familiari ospitati nelle strutture di Pronto Soccorso.
8. Rapporti con organizzazioni non sanitarie, Protezione Civile/ Forze dell'Ordine/ Vigili del fuoco.
9. Utilizzo di innovazioni tecnologiche e di ricerca che in questo settore devono costituire elementi strategici.
10. Introduzione di percorsi intra-extra ospedalieri che favoriscano la presa in carico di soggetti deboli o abusati (donne-bambini-anziani-fragili) così detti "letti nascosti" o "codici rosa" già attivi in altre regioni.

II MODELLO ORGANIZZATIVO

Articolazione delle tre fasi:

Fase di Allarme - Centrale operativa - 118

Attualmente le Centrali Operative operanti nel territorio abruzzese sono quattro (4).

- L'Aquila – Chieti – Pescara - Teramo

Centrale Operativa

La Centrale Operativa del 118 è deputata principalmente alla modulazione della risposta al bisogno sanitario espresso dalla popolazione, nell'attivazione e nel coordinamento dei mezzi, di terra ed aerei idonei alla necessità evidenziata e nella scelta della competenza ospedaliera indicata per la patologia in atto oggetto dell'intervento.

La Centrale Operativa (C.O.) ha un ruolo essenziale nelle maxiemergenze in quanto, con la sua organizzazione funzionale, si raccorda con le strutture territoriali ed ospedaliere e con le istituzioni pubbliche e private.

Le funzioni fondamentali comprendono, così come riportato nelle Linee Guida sul sistema di emergenza Sanitaria n.1/1996 approvate con l' Intesa Stato Regioni del 1996 in applicazioni del DPR del 27/03/92:

1. ricezione delle richieste di soccorso;
2. valutazione del grado di complessità dell'intervento da attivare;
3. attivazione e coordinamento dell'intervento stesso;
4. attivazione della risposta ospedaliera;

Alla Centrale Operativa compete il coordinamento delle operazioni di trasporto in emergenza/ urgenza (trasporto in continuità di soccorso) del paziente che necessita di trasferimento in centri regionali ed extra-regionali dotati di discipline di alta specializzazione non presenti nella struttura di ricovero; il personale sanitario che accompagna il paziente è quello del Sistema dell'Emergenza-Urgenza.

Criticità :

- mezzi di soccorso obsoleti;
- mancanza di un piano integrato per le maxi-emergenze e la medicina delle catastrofi;
- superamento del concetto di trasporto, sempre e comunque del paziente al pronto soccorso più vicino, con quello di trasporto assistito al pronto soccorso più idoneo e più vicino per intervenire nel modo più rapido ed efficace nell'iter diagnostico- terapeutico per la patologia in atto: il paziente giusto , al posto giusto, nel tempo giusto;
- assenza di una rete di lavoro strutturata ed armonizzata in grado di "guidare, modulare, migliorare, valutare" la fase extra-ospedaliera e intra-ospedaliera;
- mancanza di un programma di formazione ed aggiornamento omogeneo, diffuso a tutti gli operatori della rete dell'emergenza;
- mancanza di un efficace sistema di monitoraggio e valutazione della qualità delle prestazioni;
- mancanza di sistemi di Telemedicina finalizzati a:

- migliorare le prestazioni diagnostico-terapeutiche in termini di correttezza e tempestività attraverso la trasmissione dati e immagini che consentano l'anticipo dell'informazione allo specialista;
- permettere la conoscenza in tempo reale delle risorse ospedaliere quali i letti disponibili o la saturazione delle sale operatorie nei presidi ospedalieri della Regione;

Proposta

La CO effettua la valutazione del grado di complessità dell'intervento necessario definendo il grado di criticità e attiva l'intervento più idoneo, gestisce con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate e non, le automediche e tutti gli altri mezzi medicalizzati e non, che intervengono nel soccorso sanitario

Per la Regione Abruzzo si ritiene percorribile una revisione organizzativa delle quattro attuali centrali operative ad una centrale operativa con bacino di riferimento Regionale con le seguenti attività:

1. governo del sistema emergenza urgenza extraospedaliero ed adeguamento al numero 112;
2. gestione delle maxiemergenze;
3. trasporti secondari inter-ospedalieri protetti di pazienti critici e back transport secondo procedure note, condivise ed omogenee tra 118 e strutture ospedaliere (regolamento dei trasporti secondari urgenti);
4. trasporto materno e neonatale:
 - il Servizio di Trasporto ed Emergenza Neonatale (S.T.E.N.) è a carico della Centrale Operativa 118 ed il personale coinvolto è quello della struttura accettante, deve essere realizzato sulla base di un collegamento funzionale stretto tra strutture territoriali e di ricovero, collegate in rete tra loro e con il servizio dell'Emergenza-Urgenza mediante protocolli tra i Servizi 118 e le Terapie Intensive Neonatali;
 - il Trasporto Assistito Materno (S.T.A.M.) è a carico della centrale Operativa 118, mentre il personale è quello della Struttura inviante (ostetrico-ginecologico);
5. trasporto di organi ed equipe sanitaria per attività trapiantologica;
6. accordi con regioni limitrofe per alcune funzioni particolarmente specifiche come per esempio le attività di elisoccorso, per i grandi ustionati, camera iperbarica, microchirurgia, chirurgia della mano ecc..;
7. cogestione dei codici bianchi e verdi con la medicina generale e pediatria attraverso gli istituendi AFT (aggregazioni funzionali territoriali) Legge 8 novembre 2012 n. 189;

Al fine di attivare la Centrale Operativa Unica, la Regione elaborerà un cronoprogramma in cui verranno specificati le azioni e i tempi, tenendo conto ed evidenziando i costi di realizzo e di gestione, i rapporti di natura giuridica tra le Aziende Sanitarie della Regione, nonché le possibili criticità che dovessero presentarsi nel corso di transizione dalle quattro CO ad un'unica CO.

Relativamente al personale medico afferente al "118", al fine di favorire l'integrazione tra le diverse componenti, è previsto, che lo stesso sia impiegato in attività cliniche presso i DEA/Pronto Soccorso/PPI.

Tabella N.1- Interventi effettuati nell'anno 2011 dalle 4 Centrali Operative per Codice di Gravità

ASL	CODICE INVIO			CODICE RIENTRO					
	VERDE	GIALLO	ROSSO	0	1	2	3	4	NON REP
ASL 201 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA	1.469	9.003	4.002	13	10.701	3.300	383	75	2
ASL 202 LANCIANO VASTO CHIETI	1.223	12.391	3.272	663	5.167	8.022	1.131	464	1.439
ASL203 PESCARA	4.600	15.022	1.652	550	4.496	2.106	237	401	588
ASL204 TERAMO	5.446	12.042	2.091	122	16.088	2.579	164	430	196
TOTALE REGIONALE	12.738	48.458	11.017	1.348	36.452	16.007	1.915	1.370	2.223

Tabella N.2 - Interventi effettuati nell'anno 2011 dalle 4 Centrali Operative

ASL	POPOLAZIONE RESIDENTE ISTAT 01/01/2011	NR PAZIENTI TRASPORTATI IN AMBULANZA	NR INTERVENTI IN AMBULANZA
ASL 201 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA	309.820	14.304	14.474
ASL 202 LANCIANO VASTO CHIETI	397.123	12.712	16.886
ASL203 PESCARA	323.184	17.830	21.274
ASL204 TERAMO	312.239	17.711	19.579
TOTALE REGIONALE	1.342.366	62.557	72.213



FASE TERRITORIALE

Il nuovo modello organizzativo deve prevedere uno sviluppo del servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato in grado di affrontare e condividere le procedure con le attività distrettuali e con la rete ospedaliera a garanzia di una continuità dell'assistenza anche attraverso la gestione dei trasferimenti secondari urgenti a carico del 118 e la trasmissione di immagini e dati.

Mezzi di Soccorso Differenziati

Utilizza mezzi di soccorso di tipologie diverse e distribuzione sul territorio nel rispetto dei tempi di percorrenza previsti dalla normativa vigente e dal volume di attività.

Tipologia di mezzi:

1. **Ambulanza di base (e di trasporto):** 1 autista soccorritore 1 soccorritore volontario MSB.
2. **Ambulanza di soccorso avanzato di base:** 1 autista soccorritore , 1 soccorritore ed 1 infermiere professionale MSAB (INDIA).
3. **Ambulanza di soccorso avanzato:** 1 autista, 1 soccorritore , 1 infermiere professionale ed 1 medico MSA.
4. **Centro mobile di rianimazione:** 1 autista, 1 soccorritore, 1 infermiere professionali, 1 medico anestesista- rianimatore.
5. **Automedica:** automezzo per il soccorso avanzato con personale medico ed infermieristico ASA.
6. **Eliambulanza:** 1 infermiere professionale, 1 medico anestesista-rianimatore più il personale tecnico secondo normativa vigente.

Postazioni Territoriali

Nella Regione Abruzzo sono attivate le Postazioni Territoriali (Anno 2012) così come riportato nella tabella 3:

Tabella 3 - Postazioni territoriali attive al 31 OTTOBRE 2012



ASL	NR	POSTAZIONI	ORARIO ATTIVITA'	ASL /CONVENZ	MEDICALIZZATA S/NO
201	1	L'AQUILA E C.O.	H24	ASL	SI
201	2	MONTEREALE	H12	CONVENZIONE	SI
201	3	NAVELLI	H12	CONVENZIONE	SI
201	4	AVEZZANO	H24	ASL	SI
201	5	TAGLIACOZZO	H24	CONVENZIONE	SI
201	6	PESCINA	H24	CONVENZIONE	SI
201	7	CARSOLI	H24	CONVENZIONE	SI
201	8	SULMONA	H24	ASL	SI
201	9	ROCCARASO	H12 (stagionale giov-dom)	CONVENZIONE	SI
201	10	OVINDOLI	H12 (stagionale lun-dom)	CONVENZIONE	SI
201	11	PRATOLA PELIGNA	H12	CONVENZIONE	SI
201	12	CASTEL DI SANGRO	H24	ASL	SI
201	13	PESCASSEROLI	H12	CONVENZIONE	SI
201	14	VALLE ROVETO	H12	CONVENZIONE	NO
202	1	CHIETI/PASSO LANCIANO	H24/H10 (h 8,00 - 17,00)	ASL	SI
202	2	ORTONA	H24	ASL	SI
202	3	VASTO	H24	ASL	SI
202	4	GISSI	H24	ASL	SI
202	5	CHIETI	H24	CONVENZIONE	SI
202	6	CASOLI	H24	CONVENZIONE	SI
202	7	LANCIANO	H24	CONVENZIONE	SI
202	8	ATESSA	H24	CONVENZIONE	SI
202	9	GUARDIAGRELE	H24	CONVENZIONE	SI
202	10	FRANCAVILLA	H12/H24***	CONVENZIONE	SI
202	11	CASTIGLIONE M.M.	H12	CONVENZIONE	NO (INDIA)
202	12	VILLA SANTA MARIA	H12	CONVENZIONE	NO
203	1	PESCARA	H24	ASL	SI
203	2	MONTESILVANO	H24	ASL	SI
203	3	POPOLI	H24	ASL	SI
203	4	PENNE	H24	ASL	SI
203	5	PIANELLA	H12	CONVENZIONE	SI
203	6	CATIGNANO	H12	CONVENZIONE	SI
203	7	SCAFA	H24	CONVENZIONE	SI
203	8	CARAMANICO	H12 (Attivata 06/2012)	CONVENZIONE	NO
203	9	PESCARA SUD	H24	CONVENZIONE	NO
203	10	PESCARA NORD	H24	CONVENZIONE	NO
203	11	PESCARA CENTRO	H12	CONVENZIONE	NO
204	1	ATRI	H24	ASL	SI
204	2	GIULIANOVA	H24	ASL	SI
204	3	TERAMO	H24	ASL	SI
204	4	SANT'OMERO	H24	ASL	SI
204	5	ALBA ADRIATICA	H24	CONVENZIONE	SI/NO*
204	6	SILVI	H24	CONVENZIONE	SI/NO*
204	7	GIULIANOVA	H12/H24***	CONVENZIONE	NO
204	8	TERAMO	H24	CONVENZIONE	NO
204	9	TERAMO	H12	CONVENZIONE	NO
204	10	MARTINSICURO	H12/H24***	CONVENZIONE	NO
204	11	SANT'EGIDIO	H12	CONVENZIONE	NO
204	12	NOTARESCO	H12	CONVENZIONE	NO
204	13	MONTORIO	H12	CONVENZIONE	NO
204	14	BISENTI	H12	ASL	INDIA
204	15	ROSETO	H12	CONVENZIONE	INDIA
204	16	ISOLA G.S.	H24	CONVENZIONE	INDIA/NO**
TOTALE POSTAZIONI REGIONALE					53

* Medicalizzata nei mesi estivi

** India 8.00-20.00/Volontari 20.00-8.00

*** H24 mesi estivi

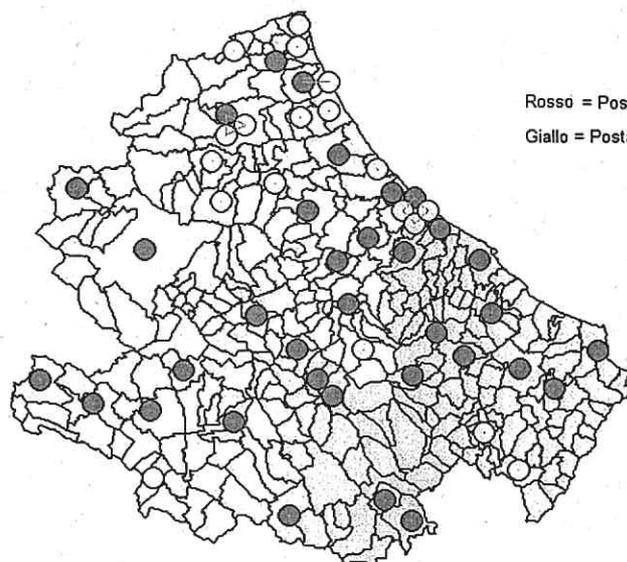
Il termine **CONVENZIONATO** è utilizzato per indicare che il mezzo e l'autista/soccorritore sono in convenzione con la ASL

Ambulanze medicalizzate e non per ASL provinciale

Figura N.1 – Georeferenziazione delle Postazioni Territoriali 118 della Regione Abruzzo al 31.10.2012



POSTAZIONI - REGIONE ABRUZZO



Rosso = Postazioni Medicalizzate
Giallo = Postazioni non Medicalizzate

Tabella N.4 - Numero delle postazioni medicalizzate e non medicalizzate

ASL	POSTAZIONI MEDICALIZZATE	POSTAZIONI NON MEDICALIZZATE	TOTALE
201	13 (di cui 2 stagionali)	1	14
202	10	2	12
203	7	4	11
204	4 (diventano 6 nei mesi estivi)	12 (diventano 10 nei mesi estivi)	16
TOTALE	34	19	53

Tabella N.5 - Numero delle postazioni H12 e H24

ASL	POSTAZIONI H12	POSTAZIONI H24	TOTALE
201	7	7	14
202	3	9	12
203	4	7	11
204	8	8	16
TOTALE	22	31	53

La Proposta

Il fabbisogno delle postazioni territoriali è stato individuato utilizzando la metodologia descritta dall'Agenas nel documento "La rete dell'emergenza urgenza" pubblicato sulla rivista Monitor n.27/11.

La formula utilizzata per la definizione del fabbisogno di ambulanze medicalizzate è quella che parametrizza non solo il bacino di utenza e la superficie territoriale ma anche l'assetto geografico del territorio.

$$\frac{(PRP/60.000)}{2} + \frac{(PRM/40.000)}{2} + \frac{(SP/350 \text{ Km}^2)}{2} + \frac{(SM/300 \text{ Km}^2)}{2} = \text{n. di mezzi di soccorso avanzato (MSA)}^1$$

Applicando la formula sopra descritta risulta per la Regione Abruzzo il seguente fabbisogno di postazioni territoriali diviso per ASL.

Tabella N.7- Popolazione e superficie della Regione Abruzzo per ASL

ASL	Pianura		Montagna	
	Popolazione residente al 31/12/2010	Superficie territoriale totale (kmq)	Popolazione residente al 31/12/2010	Superficie territoriale totale (kmq)
L'AQUILA	-	-	309.820	5.034
CHIETI	310.166	946	86.957	1.642
PESCARA	266.219	458	56.965	731
TERAMO	174.069	463	138.170	1.488
TOTALE	750.454	1.867	591.912	8.896

Tabella N.8 - Fabbisogno delle Postazioni medicalizzate

Fabbisogno di Postazioni Medicalizzate		
ASL	Fabbisogno secondo Agenas	Attuali
L' Aquila	12	11
Chieti	8	10
Pescara	5	5
Teramo	6	4
TOTALE	31	30

Il fabbisogno così ottenuto è stato integrato con i seguenti fattori correttivi specifici:

- vie di comunicazione;
- vincoli orografici
- tempi di percorrenza per l'arrivo sul luogo e relativa ospedalizzazione del paziente;
- distribuzione dei Presidi Ospedalieri con DEA, Pronto Soccorso e PPI;
- Flussi turistici stagionali
- Analisi dei dati delle centrali operative in particolare sui codici di gravità

¹ PRP = Popolazione residente in area di pianura
 PRM = Popolazione residente in area montana e pedemontana
 SP = Superficie pianura
 SM = Superficie montana
 MSA = Mezzo di Soccorso Avanzato

Anche il fabbisogno di postazioni non medicalizzate dove operano ambulanze per il soccorso di base (MSB) è stato individuato utilizzando la metodologia descritta dall'Agenas nel documento "La rete dell'emergenza urgenza" pubblicato sulla rivista Monitor n.27/11.

$(PRP/50.000)+(PRM/20.000) * 1440 \text{ min.}(24 \text{ ore}) = \text{minuti di assistenza BLS - giorno}$

2

Tabella N.9- Fabbisogno delle Postazioni NON medicalizzate

Fabbisogno di Postazioni NON Medicalizzate			
ASL	Minuti di BLS/die secondo Agenas	Numero di MSB	Attuali
L' Aquila	11.154	8	1
Chieti	7.597	5	2
Pescara	5.884	4	4
Teramo	7.481	5	12
TOTALE	32.115	22	19

Fabbisogno del Personale Medico delle Postazioni 118 e della Centrale operativa

Il personale delle **Postazioni del 118 e della Centrale Operativa** è composto da personale delle ASL e da personale convenzionato (DPR 270/2000). La metodologia per il calcolo del fabbisogno di personale medico del sistema 118 utilizza il debito orario annuo per ciascun medico partendo da un debito orario di 38 ore settimanali e togliendo le ore di formazione obbligatoria e le ferie.

Ore annue di attività della postazione/monte orario medico = n° dei medici per postazione

Per le Postazioni H24 e Centrale Operativa:

ogni postazione del 118 e Centrale Operativa necessita di **5,8** medici e **5,6** unità di personale infermieristico.

Per le Postazioni H12:

ogni postazione del 118 necessita di **3** medici e 3 unità di personale infermieristico.

Tabella 10- Personale del sistema 118 per categoria professionale (Anno 2012)

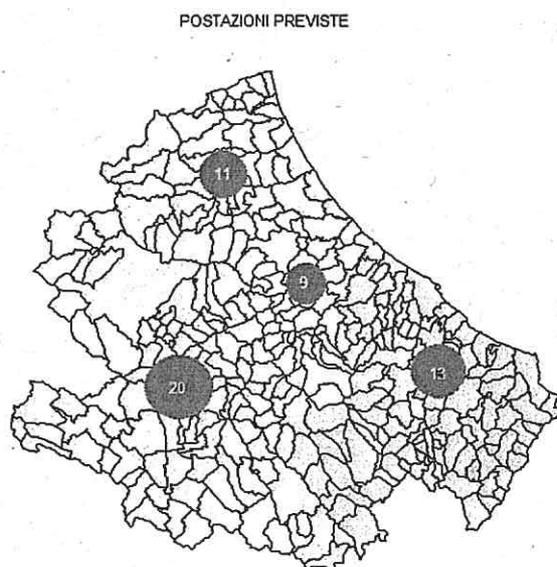
ASL	MEDICI		INFERMIERI PROFESSIONALI		AUTISTI	
	SISTEMA 118	CONVENZIONATI	SISTEMA 118	CONVENZIONATI/ DIREZIONE SANITARIA	SISTEMA 118	CONVENZIONATI/ DIREZIONE SANITARIA
201	20	32	21	21	9	16
202	28	24	23	45	10	25
203	26	8	32	12	26	-
204	3	28	21	18	37	-
TOTALE	77	92	97	96	82	41



Tabella 11 – Confronto delle Postazioni stabilite dal PSR 2008-2010(LR5/08) – Attive al 31 Ottobre 2012 – e da Fabbisogno secondo Indicatori Agenas

C.O. 118	POSTAZIONI P.S.R. (LR 5/08)	POSTAZIONI ATTIVE AL 31 OTTOBRE 2012	POSTAZIONI DA FABBISOGNO AGENAS
AVEZZANO/SULMONA/ L'AQUILA	L'AQUILA	L'AQUILA	12 MSA + 8 MSB
	AVEZZANO	AVEZZANO	
	SULMONA	SULMONA	
	CASTEL DI SANGRO	CASTEL DI SANGRO	
	CARSOLI	CARSOLI	
	NAVELLI (H12)	NAVELLI (H12)	
	MONTEREALE(H12)	MONTEREALE (H12)	
	PESCASSEROLI(H12)	PESCASSEROLI (H12)	
	PESCINA (H24)	PESCINA	
	TAGLIACCOZZO(H24)	TAGLIACCOZZO	
	OVINDOLI (H12)	OVINDOLI H12 (stagionale lun-dom)	
	CASTEL DI SANGRO (H12)		
	PRATOLA PELIGNA (H24)	PRATOLA PELIGNA (H12)	
		VALLE ROVETO (H12)	
	ROCCARASO H12 (stagionale giov-dom)		
	TOTALE N.13	TOTALE N.14	TOTALE N.20
LANCIANO/VASTO/CHI IETI	CHIETI	CHIETI/PASSO LANCIANO	8 MSA+ 5 MSB
	ORTONA	ORTONA	
	FRANCAVILLA AL MARE (estivo H24 non estivo H12)	FRANCAVILLA (estivo H24 non estivo H12)	
	GUARDIAGRELE	GUARDIAGRELE	
	PASSOLANCIANO (postazione invernale)		
	LANCIANO	LANCIANO	
	VASTO	VASTO	
	SAN SALVO (H12)		
	GISSI	GISSI	
	ATESSA	ATESSA	
	CASOLI	CASOLI	
	CASTIGLIONE (H24)	CASTIGLIONE M.M. (H12)	
	LAMA DEI PELIGNI (H12)		
	TORRICELLA PELIGNA (H12)		
VILLA S. MARIA(H24)	VILLA SANTA MARIA (H12)		
	CHIETI		
	TOTALE N.15	TOTALE N.12	TOTALE N.13
PESCARA	PESCARA	PESCARA	5 MSA+ 4 MSB
	POPOLI	POPOLI	
	PENNE	PENNE	
	MONTESILVANO	MONTESILVANO	
	CATIGNANO (H12)	CATIGNANO (H12)	
	PIANELLA (H12)	PIANELLA (H12)	
	SCAFA (H24)	SCAFA	
	CARAMANICO (H12)	CARAMANICO (H12) attivata 06/2012	
		PESCARA SUD	
		PESCARA NORD	
	PESCARA CENTRO (H12)		
	TOTALE N.8	TOTALE N.11	TOTALE N.9
TERAMO	TERAMO	TERAMO	6 MSA+ 5 MSB
	ATRI	ATRI	
	GIULIANOVA	GIULIANOVA (estivo H24 non estivo H12)	
	SANT'OMERO	SANT'OMERO	
	PINETO-SILVI	SILVI	
	ROSETO	ROSETO (H12)	
	ALBA A. MARTINSICURO (H24)	ALBA ADRIATICA	
	ISOLA DEL GRAN SASSO(H12)	ISOLA G.S.	
	BISENTI-CASTIGLIONE (H12)	BISENTI (H12)	
	MONTORIO (H12)	MONTORIO (H12)	
	S. EGIDIO ALLA VIBRATA (H12)	SANT'EGIDIO (H12)	
	CASTELNUOVO (H12)	NOTARESCO (H12)	
	VAL VOMANO(H12)	MARTINSICURO (estivo H24 non estivo H12)	
		GIULIANOVA	
	TERAMO		
	TERAMO (H12)		
	TOTALE N.13	TOTALE N.16	TOTALE N.11
TOTALE GENERALE	49	51	53

Figura N.3 – Georeferenziazione delle Postazioni Territoriali 118 della Regione Abruzzo come da Fabbisogno Agenas



ELISOCORSO

Tra i compiti istituzionali del servizio sanitario nazionale ed in particolare del sistema 118 è quello di garantire la medicalizzazione rapida del paziente critico e il suo trasporto in condizioni di piena sicurezza nei centri attrezzati per la patologia da trattare. Il soccorso in elicottero è uno degli strumenti per raggiungere l'obiettivo di cui sopra e rappresenta un mezzo integrativo e non alternativo delle altre forme di soccorso che deve essere usato in quelle situazioni tempo-dipendenti o legate a particolari condizioni assistenziali o a realtà territoriali disagiate. Il coordinamento del servizio di soccorso sanitario con elicottero è assicurato dalla centrale operativa 118, la dotazione di personale è quella prevista dalla normativa vigente. Il numero di basi necessarie per la regione Abruzzo non può prescindere da un'analisi accurata delle seguenti variabili:

- Morfologia del territorio
- Densità demografica
- Flussi turistici
- Potenzialità diagnostico terapeutica della rete ospedaliera
- Vie di comunicazione
- Numero e tipologia di mezzi di soccorso



L' "Elisoccorso" attende alle seguenti operazioni:

- soccorso primario, che consiste nel trasportare il più rapidamente possibile sul luogo dell'emergenza, compreso il territorio montano ed ipogeo, un'équipe sanitaria e tecnica, altamente specializzata, e nel provvedere al trasferimento presso un idoneo presidio ospedaliero;
- trasporto secondario, ovvero il trasferimento di pazienti critici tra diversi presidi ospedalieri regionali o, da questi, verso presidi fuori Regione;
- soccorso e trasporto di persone, in occasione di Incidente multiplo, Incidente maggiore, Catastrofe ed evento NBCR;
- trasporto urgente per prelievo di organi e per presidi medico-chirurgici (personale, farmaci, sangue, plasma, attrezzature, ecc.);
- intervento di Protezione civile qualora dovesse essere ritenuto indispensabile.

Le postazioni di elisoccorso della Regione Abruzzo sono attualmente due, dislocate a L'Aquila e Pescara.

Il servizio è richiesto dalla Centrale Operativa per le particolari situazioni e tipologie di intervento così come previsto nei protocolli di attivazione. In generale l'intervento dell'elicottero di soccorso in sostituzione o in appoggio al mezzo terrestre è previsto in caso di assistenza in emergenza secondo precisi criteri clinici e/ o situazionali o per esigenze di trasferimento rapido da un ospedale ad un altro dotato di specialità ad elevata complessità. Tenuto conto dell'estensione del territorio, delle caratteristiche orografiche della Regione, della viabilità precaria in zone montane e disagiate, della concentrazione demografica, l'attuale assetto soddisfa il fabbisogno.

Tabella 12 - Interventi effettuati dall'Elisoccorso nell'anno 2011 per codice di gravità

ASL	TOTALE	GRAVITA' PARTENZA			GRAVITA' RIENTRO					
		1	2	3	0	1	2	3	4	NON REP
201	451	-	111	340	-	73	279	93	6	-
203	246	-	84	162	-	17	121	97	8	3



FASE OSPEDALIERA

La rete ospedaliera è costituita da strutture di diversa complessità assistenziale secondo il modello Hub e Spoke in grado di rispondere alle necessità d'intervento secondo livelli di capacità crescenti in base alla loro complessità, alle competenze e risorse disponibili.

Rete di strutture differenziate:

- punti di primo intervento
- pronto soccorso ospedaliero
- dipartimenti di emergenza accettazione

PUNTI DI PRIMO INTERVENTO

In questa prima fase di riordino del sistema di emergenza urgenza sono strutture che afferiscono al DEA di riferimento e sono distribuite sul territorio con orario H 12/24 secondo le esigenze locali che dispongono di competenze cliniche e strumentali adeguate a fronteggiare e stabilizzare le emergenze fino alla loro attribuzione al pronto soccorso dell'ospedale di riferimento e fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità.

I Punti di Primo Intervento (PPI) sono individuati:

1. all'interno dei presidi di ASL, riconvertiti a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera
2. come postazione, fissa o mobile, distante da presidi ospedalieri, organizzata per esigenze stagionali in località turistiche e in occasioni di manifestazioni di massa, sportive e culturali, religiose, etc.;

PRONTO SOCCORSO

Il Presidio Ospedaliero sede di Pronto Soccorso deve garantire funzioni di Pronto Soccorso accettazione, osservazione breve intensiva e rianimazione, altresì interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero, oppure di trasferimento urgente al DEA di riferimento, secondo protocolli concordati tra le strutture e che riguardano le patologie di maggiore complessità, in particolare quelle tempo dipendenti o che richiedano comunque tecnologie più appropriate.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) pari al 2-3%² della dotazione complessiva del Presidio Ospedaliero, devono essere funzionanti 24 ore i Servizi di Radiologia, Laboratorio, Emoteca (disponibile). Il bacino d'utenza deve comportare, di norma, un numero di accessi superiore a 25.000 unità.

II DEA

IL DEA (Dipartimento di Emergenza Accettazione) rappresenta una aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa. Il DEA comprende oltre alle unità che fanno parte esclusivamente di essa (servizio di accettazione e pronto soccorso, unità di osservazione breve, unità operativa di anestesia rianimazione e terapia intensiva, unità operative di medicina di urgenza) e anche unità che appartengono ad altri dipartimenti ed entrano a far parte della "funzione emergenza" attraverso la condivisione di modelli operativi definiti da linee guida e da protocolli che dovranno essere adottate da tutte le unità operative individuate come operanti nell'ambito del DEA.

Gli obiettivi, così come descritti nelle Linee Guida sul sistema di Emergenza Sanitaria n.1/1996 approvate con l' Intesa Stato Regioni del 1996 in applicazioni del DPR del 27/03/92, sono:

- assicurare adeguati livelli di assistenza fin dal primo intervento, anche mediante protocolli diagnostico-terapeutici, opportunamente verificati ed aggiornati;
- assicurare i collegamenti tecnico-organizzativi con gli altri ospedali sede di DEA e di pronto soccorso, situati nel territorio di riferimento;
- organizzare e gestire un sistema continuo e sistematico per la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza e della appropriatezza, della utilizzazione delle risorse assistenziali;
- favorire il più alto livello di aggiornamento del personale;
- perseguire iniziative finalizzate all'umanizzazione dell'assistenza;
- contribuire alla educazione alla salute dei cittadini per un corretto uso del sistema emergenza urgenza.

IL CONTESTO ATTUALE

Di seguito vengono riportati gli accessi dei Pronto Soccorsi della Regione Abruzzo con relativi codici di gravità effettuati nell'anno 2011.

² Delibera di Giunta Regionale n. 545 del 23 giugno 2008

Tabella 13 - Pronto soccorso presenti nella Regione Abruzzo e numero degli accessi effettuati nell'anno 2011

ASL	PRONTO SOCCORSO	ACCESSI RESIDENTI	TOTALE ACCESSI
201	OSPEDALE CIVILE SAN SALVATORE-L'AQUILA	38.653	44.586
	OSPEDALE CIVILE SERAFINO RINALDI-PESCINA	6.439	7.029
	OSPEDALE CIVILE SS. FILIPPO E NICOLA-AVEZZANO	41.187	47.895
	OSPEDALE CIVILE UMBERTO I-TAGLIACOZZO	5.412	7.198
	OSPEDALE CIVILE-CASTEL DI SANGRO	5.472	9.822
	OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA-SULMONA	20.508	22.215
	TOTALE	117.671	138.745
202	OSPEDALE CIVILE "GAETANO BERNABEO"-ORTONA	17.929	19.008
	OSPEDALE CIVILE RENZETTI-LANCIANO	37.889	39.774
	OSPEDALE CIVILE-ATESSA	11.543	12.084
	OSPEDALE MARIA SS. IMMACOLATA-GUARDIAGRELE	8.234	8.479
	OSPEDALI RIUNITI SS. ANNUNZIATA-CHIETI	62.849	66.963
	PRESIDIO OSPEDALIERO-VASTO	28.233	32.803
	TOTALE	166.677	179.111
203	OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO-PESCARA	90.732	97.041
	OSPEDALE CIVILE S.MASSIMO-PENNE	13.514	13.850
	OSPEDALE CIVILE SS. TRINITA'-POPOLI	9.800	10.275
	TOTALE	114.046	121.166
204	OSPED. MARIA SS.MA DELLO SPLENDORE-GIULIANOVA	23.099	26.524
	OSPEDALE "VAL VIBRATA"-SANT'OMERO	21.355	23.839
	OSPEDALE CIVILE MAZZINI-TERAMO	43.126	45.234
	OSPEDALE CIVILE SAN LIBERATORE-ATRI	25.379	27.721
	TOTALE	112.959	123.318
Totale complessivo		611.363	662.340

Tabella 14 - Accessi effettuati nell'anno 2011 ai Pronto Soccorso della Regione Abruzzo per codice di gravità

PRONTO SOCCORSO		COD_ROSSO	COD_GIALLO	COD_VERDE	COD_BIANCO	TOTALE
201	OSPEDALE CIVILE SAN SALVATORE-L'AQUILA	543	18.341	23.310	2.392	44.586
	OSPEDALE CIVILE SERAFINO RINALDI-PESCINA					-
	OSPEDALE CIVILE SS. FILIPPO E NICOLA-AVEZZANO					-
	OSPEDALE CIVILE UMBERTO I-TAGLIACOZZO					-
	OSPEDALE CIVILE-CASTEL DI SANGRO					-
	OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA-SULMONA					-
	TOTALE	543	18.341	23.310	2.392	44.586
202	OSPEDALE CIVILE "GAETANO BERNABEO"-ORTONA	46	5.599	9.689	3.674	19.008
	OSPEDALE CIVILE RENZETTI-LANCIANO	599	8.709	22.871	7.416	39.595
	OSPEDALE CIVILE-ATESSA					-
	OSPEDALE MARIA SS. IMMACOLATA-GUARDIAGRELE	25	883	6.116	1.455	8.479
	OSPEDALI RIUNITI SS. ANNUNZIATA-CHIETI	1.601	29.400	31.238	4.641	66.880
	PRESIDIO OSPEDALIERO-VASTO	232	11.125	19.906	1.540	32.803
	TOTALE	2.503	55.716	89.820	18.726	166.765
203	OSPEDALE CIVILE DELLO SPIRITO SANTO-PESCARA	1.429	32.477	41.460	21.675	97.041
	OSPEDALE CIVILE S.MASSIMO-PENNE	82	4.200	9.021	547	13.850
	OSPEDALE CIVILE SS. TRINITA'-POPOLI	17	906	9.018	333	10.274
	TOTALE	1.528	37.583	59.499	22.555	121.165
204	OSPED. MARIA SS.MA DELLO SPLENDORE-GIULIANOVA	184	2.509	18.682	5.075	26.450
	OSPEDALE "VAL VIBRATA"-SANT'OMERO	65	1.677	18.878	2.959	23.579
	OSPEDALE CIVILE MAZZINI-TERAMO	426	11.262	32.398	1.151	45.237
	OSPEDALE CIVILE SAN LIBERATORE-ATRI	91	5.090	20.355	2.114	27.650
	TOTALE	766	20.538	90.313	11.299	122.916
Totale complessivo		5.340	132.178	262.942	54.972	455.432

La ASL 1 ha inviato solo i dati del presidio ospedaliero di L'Aquila, la ASL 2 non ha inviato i dati del Presidio di Atessa.



Tabella N.15- Indicatori di Attività dei Presidi Ospedalieri della Regione Abruzzo Flusso ASDO 2011

ASL	Ospedale	Numero Dimissioni	Dimissioni per Acuti	% Ricoveri Urgenti	% Ricoveri da fuori ASL	% Ricoveri fuori da Regione	Numero di Posti Letto Attivati	Posti letto Simulati	Tasso di Occupazione Posti Letto	Totale Giorni di Degenza	Degenza Media	Peso Medio Ministeriale (ex DM 97)	% Ricoveri di 3+ gg	% Ricoveri inappropriati
201	OSPEDALE CIVILE S.SALVATORE - L'AQUILA	11.422	10.868	57,0	16,8	14,0	331	274	82,7	99.914	8,8	1,16	81,2	14,7
	OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA - SULMONA	5.290	5.290	74,0	12,3	6,6	154	92	59,3	33.322	6,3	1,05	73,4	23,9
	OSPEDALE SS.FILIPPO E NICOLA - AVEZZANO	10.205	9.982	71,0	3,3	16,7	225	200	88,6	72.781	7,1	1,09	78,5	13,1
	OSPEDALE PROVINCIALE - CASTEL DI SANGRO	1.845	1.570	61,7	14,1	32,5	39	31	77,4	11.018	6,0	1,04	74,9	24,1
202	OSPEDALE RIUNITI SS.ANUNZIATA - CHIETI	17.598	17.588	47,8	41,1	6,6	403	376	93,1	136.977	7,8	1,18	79,5	13,3
	OSPEDALE RENZETTI - LANCIANO	8.604	8.329	66,9	10,9	3,7	237	158	66,6	57.571	6,7	0,98	77,6	11,2
	OSPEDALE PROVINCIALE - VASTO	8.116	8.052	62,7	4,4	13,3	198	144	72,7	52.559	6,5	1,00	78,3	14,2
	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE - ATESSA	2.360	1.947	62,3	3,2	2,4	73	50	68,4	18.217	7,7	1,11	81,1	17,9
	OSPEDALE MARIA SS.IMMACOLATA - GUARDIAGRELE	1.577	1.491	77,9	13,9	3,0	57	50	87,6	18.231	11,6	0,86	89,9	17,4
	OSPEDALE S.BERNABEO - ORTONA	4.198	4.006	43,0	22,4	3,2	88	55	61,9	19.886	4,7	0,85	71,1	18,3
203	OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO - PESCARA	26.521	26.521	65,9	21,3	5,8	555	494	89,0	180.257	6,8	1,05	71,6	27,7
	OSPEDALE S.MASSIMO - PENNE	3.852	3.766	73,2	9,2	1,4	112	68	60,6	24.782	6,4	0,92	77,9	27,3
	OSPEDALE SS.TRINITA - POPOLI	2.633	2.477	56,3	23,8	3,4	56	44	78,0	15.940	6,1	1,03	62,4	35,4
204	OSPEDALE MAZZINI - TERAMO	14.569	14.282	61,9	7,8	5,8	437	363	82,9	132.243	9,1	1,25	83,0	19,9
	OSPEDALE MARIA SS.SPLENDORE - GIULIANOVA	4.387	4.360	88,0	3,5	7,3	153	130	84,7	47.294	10,8	0,99	86,6	29,4
	OSPEDALE S.LIBERATORE - ATRI	5.969	5.585	65,8	10,7	5,0	167	129	76,8	46.838	7,9	0,88	84,5	27,0
	OSPEDALE PROVINCIALE - S.OMERO	4.219	3.972	70,1	5,5	8,0	150	93	61,4	33.612	8,0	0,85	81,8	31,0

Di seguito sono riportati alcuni indicatori per l'attività del Pronto Soccorso come da Progetto Mattoni n.11 "Pronto Soccorso e Sistema 118" Agenas

INDICATORE 1: QUOTA DI DOMANDA POTENZIALMENTE ORIENTABILE VERSO ALTRE STRUTTURE

NUMERATORE :	N° DEGLI INTERVENTI IN AMBULANZA
DENOMINATORE:	N° ACCESSI TOTALI IN PS

Tabella N.16 - Quota di domanda potenzialmente orientabile verso altre strutture

ASL	POPOLAZIONE RESIDENTE ISTAT 01/01/2011	ACCESSI IN PS	N° DEGLI INTERVENTI IN AMBULANZA	INTERVENTI IN AMBULANZA/ACCESSI IN PS
ASL 201 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA	309.820	138.745	14.474	10,4%
ASL 202 LANCIANO VASTO CHIETI	397.123	179.111	16.886	9,4%
ASL.203 PESCARA	323.184	121.166	21.274	17,6%
ASL.204 TERAMO	312.239	123.318	19.579	15,9%
TOTALE REGIONALE	1.342.366	562.340	72.213	12,8%



L'analisi della quota di accessi ai pronto soccorso potenzialmente orientabili permette di misurare indirettamente la propensione della popolazione dell'area territoriale corrispondente al bacino di residenza del singolo PS ad usufruire del servizio 118 prima di recarsi al PS. Dall'analisi emerge che la quota potenzialmente orientabile verso altre Strutture varia dal 10.5% dell'Asl di Avezzano Sulmona L'Aquila al 19.3% dell'Asl di Pescara con una media Regionale pari a 10.7%.

È chiaro che la maggioranza degli accessi sono effettuati non utilizzando il sistema 118, dato questo coerente con la numerosità di codici bianchi e verdi che sono quelli che accedono in PS, quando potrebbero essere trattati in luoghi a minore intensità di cura.

INDICATORE 2: NUMERO MEDIO ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO PER UNITA' DI PERSONALE MEDICO E INFERMIERISTICO

$$\frac{\text{NUMERATORE : N° ACCESSI IN P.S.}}{\text{DENOMINATORE: N° FIGURA PROFESSIONALE (MEDICO O INFERMIERE)}} \times 100$$

Considerando che, in pronto soccorso, il personale infermieristico è presente in tutte le fasi di assistenza del paziente, e in particolare svolge autonomamente la fase di accoglienza e triage del paziente, appare utile per una coerente programmazione analizzare il volume di accessi in PS e censire le unità di personale infermieristico in organico presso le strutture di PS.

Tabella N.17- Numero medio di pazienti trattati in pronto soccorso per unità di personale medico ed infermieristico anno 2011

ASL	ACCESSI AL PS 2011	N° MEDICI PS	N° INFERMIERI PS	ACCESSI IN PS/N° MEDICI	ACCESSI IN PS/N° INFERMIERI
ASL 201 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA	138.745	49	86	2.832	1.613
ASL 202 LANCIANO VASTO CHIETI	179.111	60	123	2.985	1.456
ASL203 PESCARA	121.166	26	51	4.660	2.376
ASL204 TERAMO	123.318	40	87	3.083	1.417
TOTALE REGIONALE	562.340	175	347	3.213	1.621

Dall'analisi del numero di accessi in PS per unità di personale medico-infermieristico è possibile valutare:

- il carico di lavoro teorico per unità di personale
- l'eventuale disomogeneità del carico di lavoro teorico per unità di personale tra le diverse strutture di pronto soccorso

- l'impatto del carico di lavoro teorico sull'attività di pronto soccorso e in particolare sui tempi di attesa e trattamento

INDICATORE 3: DISPONIBILITA' AI RICOVERO DA PRONTO SOCCORSO

$$\frac{\text{NUMERATORE: } \quad \text{N° RICOVERI URGENTI}}{\text{DENOMINATORE: } \quad \text{N° ACCESSI TOTALI IN PS}} \quad \times 100$$

L'attività ospedaliera di un ospedale sede di PS/DEA include i ricoveri programmati e quelli derivanti da richieste provenienti dal PS/DEA. L'ospedale può essere costretto a sbilanciare la sua attività verso i ricoveri in emergenza, qualora la richiesta di ricovero in emergenza fosse estremamente rilevante in relazione alla propria dotazione, specifica per reparto, di posti letto.

Tabella N.18 - Disponibilità al ricovero da pronto soccorso

ASL	POPOLAZIONE RESIDENTE ISTAT 01/01/2011	RICOVERI URGENTI	ACCESSI IN PS	ACCESSI IN PS/INTERVENTI IN AMBULANZA
ASL 201 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA	309.820	20.575	138.745	14,83%
ASL 202 LANCIANO VASTO CHIETI	397.123	23.856	179.111	13,32%
ASL203 PESCARA	323.184	21.819	121.166	18,01%
ASL204 TERAMO	312.239	19.982	123.318	16,20%
TOTALE REGIONALE	1.342.366	86.232	562.340	15,33%

L'analisi della quota di accessi in PS sul totale dei ricoveri ordinari permette quindi di valutare la propensione dell'ospedale nel fornire il ricovero da pronto soccorso. Dalla Tab. 18 emerge che la media regionale di ricoveri urgenti è pari al 15.33 %, con una variabilità che va dal 13,32% (Asl di Lanciano Vasto Chieti) al 18,01% (Asl Pescara).

LA PROPOSTA

La rete ospedaliera dell'emergenza urgenza è costituita da strutture di diversa complessità assistenziale secondo il principio delle reti cliniche integrate (modello Hub e Spoke) che prevede la concentrazione della casistica più complessa in centri HUB che sono individuati presso i presidi ospedalieri maggiori (attuali capoluogo) delle quattro ASL regionali sedi del dipartimento di emergenza ed accettazione (DEA). L'attività degli HUB è fortemente integrata e connessa funzionalmente con quella dei centri ospedalieri periferici che sono gli spoke del sistema. A garanzia dell'equità di accesso e trattamento per le patologie tempo-dipendenti, i Dipartimenti di Emergenza Accettazione coordinano tutte le attività essenziali e necessarie comuni alle patologie



da trattare utilizzando tutte le risorse disponibili, anche quelle dei Presidi Ospedalieri (Spoke) qualora le competenze e le risorse richieste siano fruibili in sicurezza e qualità. Le reti da attivare con il sistema Hub e Spoke sono quelle dell'allegato B, che sono state oggetto di lavoro condiviso con i professionisti interessati e che si propongono non modificate, riservandosi di monitorarle anche per eventuali modifiche ed integrazioni attraverso il Comitato Regionale Emergenza Urgenza Abruzzo (CREA).

Il CREA, a valenza regionale, diventa lo strumento organizzativo per la risposta sanitaria all'emergenza che deve essere omogenea, codificata e realizzata su tutto il territorio regionale, favorendo l'integrazione organizzativa di processi, risorse, procedure e sistemi di programmazione e controllo delle stesse strutture deputate all'emergenza.

A tal riguardo è compito del CREA

- a) promuovere adeguati livelli di assistenza dal primo soccorso a tutte le fasi successive;
- b) promuovere i collegamenti tecnico-organizzativi con tutti gli ospedali regionali ed extraregionali;
- c) promuovere e contribuire alla educazione sanitaria della popolazione finalizzata in particolare ad un corretto utilizzo del sistema di Emergenza ed Accettazione;
- d) attuare la reingegnerizzazione del percorso clinico-assistenziale del paziente in rapporto con le risorse locali ed il programmato uso delle stesse;
- e) verificare e controllare i requisiti del personale, dei mezzi di soccorso, della dotazione di attrezzature e materiale e gli standards di efficienza;
- f) sviluppare e uniformare i comportamenti clinico-assistenziali, gestire il rischio clinico attraverso l'adozione di guide e protocolli diagnostico-terapeutici che recepiscano le esigenze differenziate delle varie realtà loco-regionali;
- g) attivare eventi per la formazione e aggiornamento del personale afferente al DEA e di tutto il personale coinvolto nell'emergenza a qualsiasi titolo (ad esempio i soccorritori volontari delle Associazioni di Volontariato convenzionate con il Servizio 118, i Vigili del Fuoco e le Forze dell'Ordine), attivando opportune collaborazioni con le Università al fine del raggiungimento di obiettivi formativi specifici;
- h) elaborare i dati epidemiologici e successive fasi di verifica, studio ed analisi degli stessi in collaborazione con l'ASR Abruzzo;
- i) definire i processi di monitoraggio della qualità del servizio fornito, anche al fine di migliorare la qualità percepita dall'utente;
- j) coordinare le procedure in caso di maxiemergenza (es. pianificazione, unitamente con gli ospedali, in caso di massiccio afflusso di feriti, dei programmi di protezione civile e di difesa civile in collaborazione con le Prefetture);

- k) proporre regolamenti all'approvazione dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie a cui fanno capo le unità operative facenti parte del Dipartimento, relativamente, tra l'altro, alle modalità con le quali affidare alcuni compiti ad una Azienda sanitaria capofila, al fine di raggiungere obiettivi predeterminati ottimizzando risorse ed ottenendo economie di scala.

