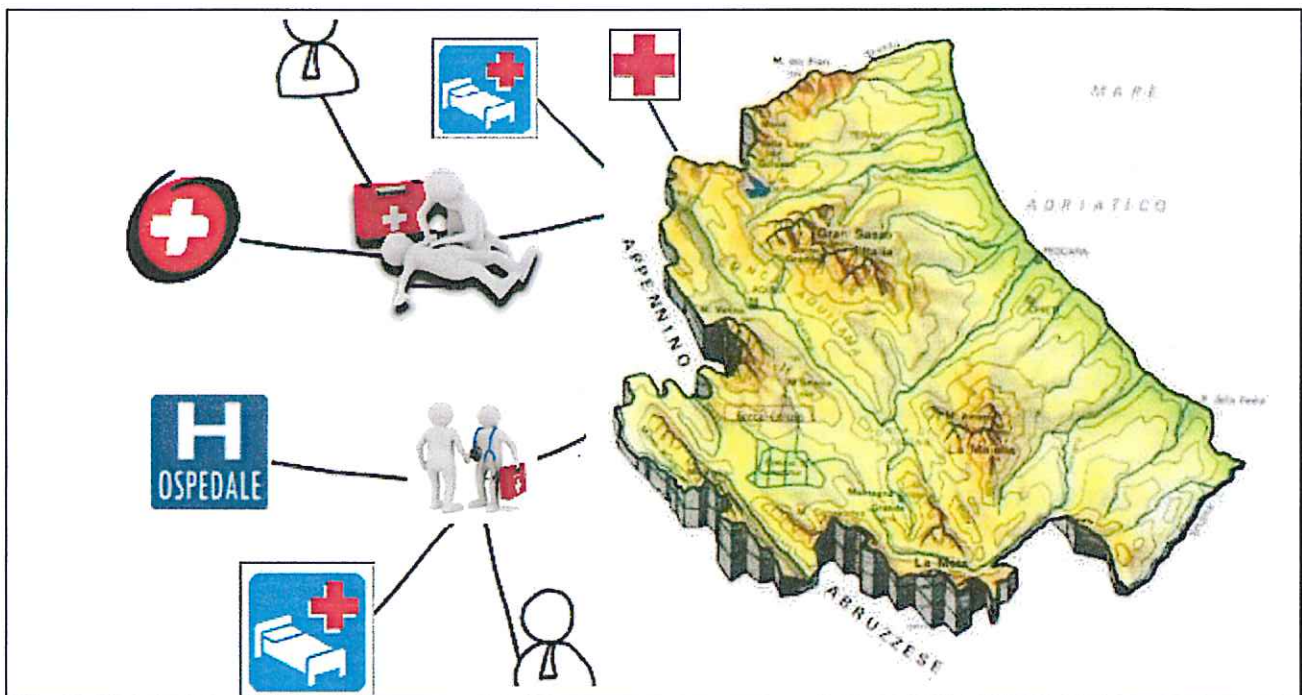




PROGRAMMA DI QUALIFICAZIONE DELLA RETE EMERGENZA URGENZA TERRITORIALE



SOMMARIO

INTRODUZIONE	1
1. CRITICITÀ DEL CONTESTO TERRITORIALE E DEMOGRAFICO DI RIFERIMENTO	3
Tabella 1: Altimetria della Regione Abruzzo	3
Tabella 2: Distribuzione della popolazione abruzzese.....	3
2. CRITICITÀ DELLA RICONVERSIONE RETE OSPEDALIERA: STATO ATTUALE	3
3. SISTEMA DELL'EMERGENZA TERRITORIALE (SET)	4
3.1 CENTRALE OPERATIVA 118	4
3.2 POSTAZIONI TERRITORIALI DEL SISTEMA (PTS 118).....	6
<i>ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila</i>	7
Tabella 3:Missioni per codice colore della CO118 della Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila – anno 2014	8
Tabella 4:Postazioni Territoriali del Sistema 118 - Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila.....	9
<i>ASL Lanciano-Vasto-Chieti</i>	10
Tabella 5:Missioni per codice colore della CO118 della Asl Lanciano-Vasto-Chieti – anno 2014.....	11
Tabella 6:Postazioni Territoriali del Sistema 118 - Asl Lanciano-Vasto-Chieti.....	11
<i>ASL Pescara</i>	11
Tabella 7:Missioni per codice colore della CO118 della Asl Pescara – anno 2014.....	12
Tabella 8:Postazioni Territoriali del Sistema 118 - Asl Pescara.....	13
<i>ASL Teramo</i>	13
Tabella 9:Missioni per codice colore della CO118 della Asl Teramo – anno 2014.....	14
Tabella 10:Postazioni Territoriali del Sistema 118 - Asl Teramo.....	15
Tabella 11: Postazioni Territoriali del Sistema 118 – Regione Abruzzo	16
4. ELISOCORSO	17
Tabella 12: Attività del sistema di elisoccorso - flusso EMUR - anno 2014	17
5. FORMAZIONE	17
6. LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	18
Tabella 13: Articolazione delle sedi di Continuità Assistenziale.....	18
7. TRASPORTI SECONDARI URGENTI	19

COMPONENTI DEL COMITATO REGIONALE EMERGENZA-URGENZA ABRUZZO (CREA)

Dott. Tullio Pozzone

Direttore DEA ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Dott. Gino Bianchi

Responsabile della CO118 ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Dott. Antonio Caporrella

Direttore DEA ASL Lanciano-Vasto-Chieti

Dott. Dante Ranalletta

Responsabile della CO118 ASL Lanciano-Vasto-Chieti

Dott. Tullio Spina

Direttore DEA ASL Pescara

Dott. Vincenzino Lupi

Delegato Responsabile della CO118 ASL Pescara

Dott.ssa Rita Rossi

Direttore FF DEA ASL Teramo

Dott. Silvio Santicchia

Responsabile della CO118 ASL Teramo

Dott.ssa Franca Chiola

Dipartimento per la Salute e per il Welfare

Dott.ssa Annamaria Giammaria

Dipartimento per la Salute e per il Welfare

Dott. Camillo Odio

Dipartimento per la Salute e per il Welfare

Dott.ssa Manuela Di Virgilio

ASR Abruzzo

Dott.ssa Vita Di Iorio

ASR Abruzzo

Dott. Alfonso Mascitelli

Presidente CREA



Introduzione

Obiettivo prioritario delle integrazioni e degli aggiornamenti introdotti nel documento tecnico di riqualificazione della Rete di Emergenza Urgenza della Regione Abruzzo è garantire l'omogeneità e la continuità tra il Sistema di Emergenza Territoriale 118 e la rete dei Pronto Soccorso (PS) e dei Dipartimenti Emergenza Accettazione (DEA) che sono le componenti essenziali del complesso Sistema dell'emergenza sanitaria.

La programmazione è in linea con l'atto di indirizzo emanato con DPR del 27 marzo 1992 che determina i livelli di assistenza sanitaria di emergenza ed è coerente con il Programma Operativo 2013/2015, adottato con il Decreto del Commissario ad Acta n. 84/2013 del 09/10/2013 e modificato dal Decreto del Commissario ad Acta n. 112/2013 del 30/12/2013.

Resta ferma l'esigenza per il Sistema di emergenza territoriale, in relazione alla attuazione delle procedure di riconversione della rete ospedaliera in linea con il Regolamento approvato con il Decreto 70/2015, di procedere in simmetria ad un progressivo adeguamento degli standard con i relativi provvedimenti attuativi nel periodo di vigenza del Patto per la Salute 2014-2016.

Nel contesto attuale, le notevoli differenze tra zone a popolazione dispersa e centri urbani e la necessità di garantire interventi equi ed omogenei su tutto il territorio regionale, impongono comunque una tempestiva e corretta riprogrammazione dei servizi di emergenza anche nelle zone più svantaggiate.

Infatti, la recente attività di rilevazione svolta dall'organismo tecnico regionale del CREA (Comitato Regionale Emergenza-urgenza Abruzzo) sullo stato di attuazione della rete, come da DCA 11/13, rileva una disomogeneità dei processi di riorganizzazione programmati tra le diverse Aziende Sanitarie, che deve essere superata.

Nel modello proposto in questo documento si fa pertanto riferimento ad alcuni **parametri fondamentali** di analisi e progettazione quali:

1. l'individuazione e l'implementazione, con i necessari correttivi ed integrazioni, delle Postazioni Territoriali del Sistema 118 (PTS 118);
2. lo studio delle prestazioni necessarie e realmente erogate;
3. la razionalizzazione e riqualificazione delle Centrali Operative;
4. il servizio di Continuità Assistenziale, in quanto la sua possibile integrazione nella rete della emergenza urgenza deve rappresentare un notevole valore aggiunto;
5. la definizione di protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso e la programmazione su base regionale del numero delle basi operative, loro operatività e definizione della rete delle elisuperfici a servizio delle strutture ospedaliere, dei siti di atterraggio di pubblico interesse e delle elisuperfici a servizio delle comunità isolate, con particolare riferimento ai voli notturni (h24);
6. il controllo del capitolato di gara per la gestione del Servizio di Elisoccorso in corso di attivazione.

Ad ulteriore garanzia, il processo di attuazione concreta della rete emergenza-urgenza prevede il coordinamento tecnico e la partecipazione attiva del CREA (Comitato Regionale Emergenza-urgenza Abruzzo) che dovrà anche perseguire la definizione di percorsi formativi unificati per gli operatori, idonei a creare uniformità di comportamento organizzativo e professionale e realizzando contestualmente un importante ottimizzazione delle risorse anche economiche.



1. Criticità del Contesto Territoriale e Demografico di Riferimento

La Regione Abruzzo è, per estensione della sua “Zona Altimetrica di Montagna”, la **quarta regione montana** con una superficie di 7.027,92 Km², pari al 6,62% della superficie delle zone montane nazionali. Dalla suddivisione per Provincie si evince come il territorio aquilano sia al 100% “montano” con tutti i suoi 108 comuni; Teramo al 40% , con una superficie di 780,38 Km² e 13 comuni ; Pescara al 36 % , 443,60 Km² e 15 comuni; Chieti circa il 30% con 769,48 Km² e 30 Comuni.

La Zona Altimetrica di Collina ha un’area di 3.766,21 Km² , ripartita tra la Provincia di Teramo 1.167,92 Km² e 34 comuni, la Provincia di Pescara 781,07 Km² e 31 comuni, la Provincia di Chieti 1.817,22 Km² e 74 comuni .

Peculiare specificità della Regione Abruzzo è il non avere territori classificati come Zona Altimetrica di Pianura .

Tabella 1: Altimetria della Regione Abruzzo

Zona_Altimetrica	CHIETI			L'AQUILA			PESCARA			TERAMO		
	Numero di comuni	Somma di km ²		Numero di comuni	Somma di km ²		Numero di comuni	Somma di km ²		Numero di comuni	Somma di km ²	
		numero	%		numero	%		numero	%		numero	%
Collina interna	30	627	24%			0%	21	476	39%	15	574	29%
Collina litoranea	44	1190	46%			0%	10	305	25%	19	594	31%
Montagna interna	30	769	30%	108	5034	100%	15	444	36%	13	780	40%
Totale complessivo	104	2587	100%	108	5034	100%	46	1225	100%	47	1948	100%

La Regione, inoltre, presenta una popolazione pari a 1.333.939 abitanti con una ridotta densità abitativa di 123 abitanti per chilometro quadrato, contro un livello nazionale di 201 abitanti per chilometro quadro ed in aggiunta occorre segnalare che vi è uno squilibrio nella distribuzione della popolazione tra le diverse provincie una variazione che va da 61 abitanti / km² per la provincia dell’Aquila a 262 abitanti / km² per Pescara (Tabella 2).

Tabella 2: Distribuzione della popolazione abruzzese

Provincia	Popolazione	Superficie	Densità	Numero
	residenti	km ²	abitanti/km ²	Comuni
L'AQUILA	306.701	5.047,55	61	108
CHIETI	393.734	2.599,58	151	104
PESCARA	322.401	1.230,33	262	46
TERAMO	311.103	1.954,38	159	47
REGIONE	1.333.939	10.831,84	123	305

2. Criticità della riconversione Rete Ospedaliera: Stato Attuale

Con Delibera del Commissario ad Acta n. 45 del 5 agosto 2010 la Regione ha attuato la riconversione di 5 Presidi Ospedalieri, le cui dimensioni non risultavano in linea con i parametri di sicurezza ed efficacia dei presidi ospedalieri, in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) H24 con funzioni di Punti di Primo Intervento (PPI).

Tali riconversioni risultano completate per Casoli, Gissi, Pescara e Tagliacozzo, mentre è ancora in corso la riconversione di Guardiagrele a causa del contenzioso in atto.



3. Sistema dell'emergenza Territoriale (SET)

Il SET-118 rappresenta la risposta operativa effettiva di soccorso, sul territorio, del Sistema "118" al cittadino – utente che si trovi in potenziale/evidente pericolo di vita ed è operativamente costituito dalla rete di postazioni di soccorso, mobili e fisse, che, con equipaggi dedicati, si portano, su invio della Centrale Operativa (CO) 118, nel minor tempo possibile, sulla scena dell'evento. Il rispetto delle Linee Guida, emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri il 30 maggio 1992, impongono l'intervento al massimo entro 8 minuti dalla chiamata, in area urbana, ed entro 20 minuti dalla chiamata, in area extraurbana, al fine di assicurare al paziente, secondo necessità, le fasi di stabilizzazione delle funzioni vitali, nonché di inquadramento, di diagnosi e di terapia di emergenza.

3.1 Centrale Operativa 118

La Centrale Operativa ha il compito di organizzare e gestire, nell'ambito territoriale di riferimento, le attività di emergenza sanitaria, di garantire il coordinamento di tutti gli interventi dal momento in cui accade l'evento sino alla collocazione del paziente nella destinazione definitiva e di attivare la risposta ospedaliera 24 ore su 24.

In particolare, le funzioni fondamentali della Centrale Operativa comprendono:

- la ricezione delle richieste di soccorso;
- la valutazione del grado di complessità dell'intervento da attivare;
- l'attivazione ed il coordinamento dell'intervento stesso;
- l'allertamento delle strutture ospedaliere con l'invio anticipato dei dati del paziente.

Per assolvere a tali funzioni la CO 118 deve essere a conoscenza in tempo reale dei seguenti dati:

- la dislocazione e tipologia dei mezzi di soccorso sul territorio;
- l'ubicazione dei PTS-118;
- le sedi di continuità assistenziale;
- la disponibilità dei posti letto dei dipartimenti di emergenza, particolarmente di terapia intensiva generale e specialistica (cardiochirurgica, neurochirurgica, toracica, vascolare, neonatale);
- la disponibilità dei posti letto di terapia intensiva e di alta specialità (D.M. 29 gennaio 1992) al di fuori del proprio ambito territoriale (centro grandi ustioni);
- la disponibilità dei posti letto dei Punti Nascita di II livello.

A tal fine le aziende sanitarie devono dotare di adeguato supporto informatico le unità operative, in modo tale che, in tempo reale, vengano segnalati ricoveri e dimissioni alla centrale operativa di riferimento, attraverso un sistema informatico centralizzato.

Le stesse CO 118 devono essere dotate di un sistema informatico omogeneo che permetta un dialogo in tempo reale tra il SET-118 e i DEA che sia tra l'altro in linea con i tracciati ministeriali EMUR.

La Regione Abruzzo con il DCA 58 dell' 11 giugno 2015 per la Rete del Trasporto Perinatale in Emergenza (STAM e STEN) ha previsto un Coordinamento Funzionale Regionale coordinato dal Sistema 118 avente come obiettivo fondamentale la garanzia della totale copertura regionale della Rete del Percorso Nascita assicurando una gestione dei trasferimenti nei luoghi dove sono disponibili non solo le cure intensive neonatali ma, se necessarie, anche tutte le competenze specialistiche pediatriche e ginecologiche.

In linea con la programmazione regionale già avviata, le Centrali Operative 118 si integreranno al fine di attivare, attraverso una completa interconnessione funzionale, un Centro di Coordinamento su base regionale per le patologie tempo dipendenti. Pertanto la Regione prevede un'implementazione del sistema informatico delle CO118 con le Unità Operative coinvolte nel sistema dell'emergenza-urgenza e con il Pronto Soccorso. Al fine di garantire una efficace copertura Regionale delle Reti quoad vitam, l'obiettivo fondamentale di questo Coordinamento è quello di favorire la comunicazione tra i diversi centri permettendo così di :

- avere informazioni in tempo reale;
- coordinare la presa in carico di casi clinici gestiti in ospedali diversi;
- monitorizzare l'adeguatezza dell'assistenza.

Di conseguenza la CO118 oltre ad avere un database di disponibilità dei Posti Letto (PL) regionali costantemente aggiornata, deve anche disporre della disponibilità dei PL di centri di riferimento extra-regionali. È dovere delle strutture coinvolte nel sistema emergenziale aggiornare costantemente le CO 118 sulla variazione della disponibilità effettiva dei loro PL.

È compito del CREA monitorare che quanto sopra esposto verrà realizzato attraverso il coinvolgimento di tutte le risorse professionali e dei soggetti attuatori.

Un' ulteriore funzione della CO 118 è il raccordo con gli altri enti di soccorso.

Pertanto ogni centrale operativa deve essere anche collegata direttamente con la sala operativa regionale della protezione civile e con quella degli altri enti di soccorso non sanitari (VV.FF., Polizia di Stato, VV.UU., Carabinieri, Corpo forestale, etc.).

La Centrale Operativa 118 ha anche la responsabilità di assicurare l'attività:

- di trasporto urgente di sangue;
- connessa ai trapianti e prelievi d'organo.

Il sistema di emergenza territoriale attualmente è costituito da n. 4 Centrali Operative: L'Aquila, Chieti, Pescara e Teramo.

Il Decreto n.70 del 2 aprile 2015 stabilisce che: "Sulla base dell'esperienza organizzativa e gestionale maturata, nonché degli investimenti informatici, nelle tecnologie di supporto con importanti contributi di modernità ed efficienza, si ritiene percorribile una revisione organizzativa che preveda una centrale operativa con un bacino di riferimento orientativamente non inferiore a 0,6 milioni ed oltre di abitanti o almeno una per Regione/provincia Autonoma. La Regione stabilisce quali Centrali operative mantengono funzioni operative sovrazionali per l'elisoccorso, trasporto organi, farmaci ed equipe sanitarie, considerando la organizzazione comune con regioni viciniori per funzioni a basso volume di attività".

Con il DCA 11/13 la Regione Abruzzo ha avviato un percorso di riorganizzazione del Sistema dell'Emergenza Territoriale prevedendo una riduzione del numero delle Centrali Operative esistenti.

La Regione, in funzione del bacino di riferimento previsto dal Decreto 70/15, attuerà una revisione organizzativa delle CO118 prevedendone due, di cui una localizzata presso l' Ospedale Civile S. Salvatore dell' Aquila e una identificata nell'area metropolitana Chieti- Pescara.

Tale decisione deriva, tra l'altro, da una accurata analisi da parte del CREA dei costi e dei benefici connessi a tutte le condizioni organizzative ed operative necessarie alla realizzazione delle due CO118, con l'ulteriore e non affatto marginale obiettivo di assicurare, anche in condizioni critiche (catastrofi, terremoti, ecc.), la continuità del servizio.

Infatti, in riferimento all'eventualità di disastri e maxiemergenze (di natura tettonica o idrogeologica), non basta prevedere l'adozione di allestimenti idonei (Decreto Ministeriale del 14 gennaio 2008) a garantire la tenuta delle infrastrutture edili (misure antisismiche, aderenza ai principi di progettazione/realizzazione attraverso adeguata valutazione, ecc.) ma occorre considerare la consistenza delle infrastrutture telematiche, elettriche e radiofoniche su cui il sistema dell' emergenza urgenza territoriale 118 si collega geograficamente.

A tal proposito, l'Amministrazione Regionale, nel corso del 2014, ha avviato l'integrazione informatica e telematica dei sistemi gestionali utilizzati nel Sistema dell'Emergenza Urgenza Regionale.

Si è quindi rilevato da parte del CREA che, qualora si attuasse la realizzazione di un'unica Centrale operativa regionale, l'intervento di collegamento e circolarità informativa derivante dall'integrazione dei singoli PS con il 118 aumenterebbe la complessità di gestione poiché un solo sistema centralizzato (quello di 118) dovrebbe interfacciarsi con la molteplicità delle soluzioni gestionali afferenti ai singoli Pronto Soccorso, condizione attualmente limitata dal riferimento aziendale.

Infatti la realtà delle singole ASL, diversificata e plurima, è caratterizzata da una diversificazione dei modelli applicativi che, qualora si dovesse attuare un' integrazione tra esse e la centrale unica, aumenterebbero le regole di integrazione.

Inoltre, con Decreto commissariale n.94/2013 e successivo Decreto n. 17/2014, l'Amministrazione regionale ha avviato tutte le azioni tese alla realizzazione del numero unico di Continuità Assistenziale in coerenza alle conferenze Stato- Regioni n. 135/CSR del 27 luglio 2011 e n. 36/CSR del 7 febbraio 2013, ulteriormente previsto nell'ambito del vigente programma operativo di cui al DCA 112/2013.

A decorrere dal 1 aprile 2014 la Regione Abruzzo ha predisposto la piattaforma di gestione integrata della continuità assistenziale direttamente collegata con il gestionale di C.O. 118 e configurata sulle relative attrezzature e infrastrutture esistenti, determinando economia d'investimento e miglioramento organizzativo. In tal senso il CREA ha valutato che la revisione organizzativa che prevede un'unica centrale 118 comprometterebbe il buon funzionamento d'impianto e l'efficienza del servizio poiché le attuali Centrali Operative di continuità assistenziale dovrebbero essere collegate telematicamente alle risorse centralizzate aumentando i costi di connessione, in ipotetico detrimento della stabilità e dei tempi di risposta, vanificando i benefici derivanti dall'integrazione dei sistemi. Questo limite deriva dal particolare digital divide che caratterizza il territorio regionale.

Alla luce di quanto esposto, il CREA nel pieno rispetto degli standard definiti nel Decreto 70/15 ha definitivamente evidenziato la necessità e la sicurezza di prevedere una seconda Centrale Operativa.

In dettaglio il CREA ha confermato:

- L'allocazione di una CO 118 nella città di L'Aquila, in attuazione della specifica convenzione tra la Regione Emilia-Romagna – Agenzia regionale di Protezione Civile e la ASL di Avezzano Sulmona L'Aquila in seguito all'evento sismico del 2009.
Al riguardo, con deliberazione del Direttore Generale n. 1415 del 12/08/2014 la ASL Avezzano Sulmona L'Aquila ha indetto la gara di appalto per l'affidamento dei servizi tecnici relativi alla progettazione preliminare da porre a base di gara per la realizzazione dei lavori e, successivamente, con determinazione aziendale n. 64 del 23/09/2014 ha provveduto ad affidare l'incarico di progettazione preliminare per la realizzazione dell'opera.
Si evince che l'iter amministrativo per la realizzazione dell'opera è stato avviato, tuttavia, ad oggi, non si hanno effettive certezze in ordine ai tempi di completamento della struttura da destinare a sede della Centrale Operativa 118 de L'Aquila.
- L'attivazione e la contemporanea messa a regime dell'altra CO 118 nell'area metropolitana Chieti-Pescara, la cui esatta ubicazione sarà definita contestualmente e in simmetria alla riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Abruzzo ai sensi del Decreto 70/2015.

Le attività svolte dalla CO 118 sono organizzate in processi principali e processi di supporto entrambi finalizzati alla realizzazione dell'assistenza.

Un'altra funzione della CO118 è la gestione delle maxiemergenze in collaborazione con gli altri Enti Istituzionali.

Nelle Maxiemergenze, identificate come Terremoti, Incendi, Alluvioni, Valanghe, Grandi epidemie, Disastri industriali e atti terroristici, per l'individuazione della CO118 con le funzioni gestionali, si fa riferimento a quella a cui è attribuita la copertura territoriale del luogo in cui ha sede la maxiemergenza. Qualora nell'evento maxiemergenziale la CO118 sia anch'essa inutilizzabile o distrutta, l'altra CO 118 acquisisce la funzione vicariante.

La Regione provvederà con uno specifico documento ad elaborare un Piano regionale delle Maxiemergenze e a stabilire quale CO mantiene funzioni operative sovrazonali.

3.2 Postazioni Territoriali del Sistema (PTS 118)

Con il Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n. 11/2013 del 20/02/2013 "*Rete dell'Emergenza Urgenza della Regione Abruzzo e Reti IMA-STROKE-POLITRAUMA (Trauma Maggiore) Percorso Neurochirurgico*" la Regione Abruzzo ha individuato un fabbisogno delle Postazioni Territoriali del Sistema 118 (PTS 118) applicando senza correttivi la formula utilizzata nella metodologia Agenas descritta nel

documento “La rete dell’emergenza- urgenza” pubblicato sulla rivista Monitor 27/11, in base alla quale è emerso un fabbisogno di 53 postazioni di cui 31 di MSA¹ e 22 di MSB².

Nel documento Monitor sopra citato, la stessa Agenas riteneva tuttavia necessario che un lavoro tecnico assai complesso come la ridefinizione della copertura assistenziale dell’emergenza territoriale regionale non potesse limitarsi alla sola applicazione di una formula matematica in quanto potrebbe portare ad inaccettabili squilibri di copertura territoriale, in considerazione delle caratteristiche orografiche.

La valutazione corretta del fabbisogno deve, quindi, comprendere idonei correttivi tecnici, oltre al coinvolgimento dei professionisti coinvolti nell’Emergenza e, non per ultimo, una condivisione con le istituzioni che governano il territorio e con le parti sociali.

Secondo il Decreto n.70 del 2 aprile 2015, la definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale viene individuata utilizzando un criterio che si basa sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Km², applicando successivamente anche un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso, per garantire l’adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali.

Nel calcolo delle postazioni territoriali occorre tener conto anche della peculiare risposta organizzativa del 118, scelta ad esempio con l’affidare o meno al 118 la totalità dei trasporti non solo secondari urgenti ma anche dei trasporti ordinari, in alcune regioni attualmente a carico dei presidi ospedalieri ed in altre a carico del servizio 118.

Pertanto, con l’obiettivo fondamentale di eliminare squilibri e criticità nella rete, il punto di partenza dello studio sulla copertura assistenziale del territorio abruzzese è stato quello di analizzare per ogni singola ASL il reale fabbisogno rispetto a quello programmato dal DCA 11/13 secondo i seguenti parametri:

- 1) i tempi di percorrenza al fine di verificare se il numero delle PTS 118 permetta il rispetto degli standard temporali di intervento sulla scena dell’evento previsti dalla Legge³ (8min in area urbana e 20min in area extraurbana);
- 2) gli accessi al Pronto Soccorso che, oltre a esprimere la domanda emergenziale, possono essere considerati indicatori indiretti dell’efficacia del sistema 118 territoriale e soprattutto della reale e effettiva copertura del territorio;
- 3) le missioni effettuate dalle postazioni territoriali del sistema 118 che servono in questo contesto ad indicare se il numero delle PTS 118 sia sufficiente a coprire le missioni con codice di gravità giallo e rosso.

I criteri oggettivi di riqualificazione e ridefinizione del numero delle postazioni territoriali del sistema 118 assumono valore di garanzia, di sicurezza ed efficacia del sistema della rete dell’Emergenza-Urgenza Regionale.

ASL AVEZZANO-SULMONA-L’AQUILA

Con il DCA 11/13 il numero delle postazioni attribuite alla ASL è stato definito come segue:

12 Mezzi di Soccorso Avanzato + 8 Mezzi di Soccorso di Base

- 1) Dall’analisi dei tempi di percorrenza dalle PTS 118 della ASL Avezzano-Sulmona-L’Aquila ai centri Hub e Spoke di riferimento, sono emerse diverse criticità relative alla copertura assistenziale di alcuni bacini di utenza delle postazioni esistenti:

¹ MSA = Mezzo di Soccorso Avanzato

² MSB = Mezzo di Soccorso di Base

³ Linee Guida della Conferenza Stato Regioni del 1996



- Il bacino di utenza coperto dalle postazioni di Navelli e Pratola Peligna che hanno come Hub di riferimento il PO dell'Aquila e come Spoke di riferimento il PO di Sulmona presenta le seguenti carenze:
 - il comune di Secinaro dista dalla Postazione di Navelli 50min e da quella di Pratola Peligna 48min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 2min e dallo Spoke 55 min.
 - il comune di Fontecchio dista dalla Postazione di Navelli 30min e da quella di Pratola Peligna 46min. Lo stesso dista dall'Hub 37min e dallo Spoke 53 min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, aumentano in funzione di essi. Infatti si fa presente che i 2 comuni di cui sopra sono classificati come zone altimetriche di Montagna interna.

- Il bacino di utenza coperto dalle postazioni di Pescasseroli e di Pescina che hanno come Hub di riferimento il PO dell'Aquila e come Spoke di riferimento il PO di Sulmona presenta le seguenti carenze:
 - il comune di Villalago dista dalla Postazione di Pescasseroli 1h 5min e da quella di Pescina 37min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 10min e dallo Spoke 37min.
 - nel comune di Campo di Giove a seguito della nuova organizzazione della Continuità assistenziale(CA) è prevista la chiusura sua postazione di Continuità Assistenziale. Lo stesso dista dall'Hub 1h 31min e dallo Spoke 31min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, aumentano in funzione di essi. Infatti si fa presente che i 2 comuni di cui sopra sono classificati come zone altimetriche di Montagna interna.

- 2) Analizzando, tramite il flusso EMUR del Pronto Soccorso anno 2014, la modalità di arrivo dei pazienti che accedono al pronto soccorso di Sulmona si evidenzia che solo il 6,1 % arriva con l' "Ambulanza 118", il 3,2% con "Altra ambulanza" e il 65% con Mezzo autonomo. Mentre per i pazienti che accedono al pronto soccorso di Castel di Sangro la modalità di arrivo "Ambulanza 118" rappresenta il 5,6 % , "Altra ambulanza" l'1,3% e il Mezzo Autonomo il 92% .
- 3) Dai dati elaborati dall'EMUR 118 dell'anno 2014 divisi per codice colore invio e codice colore rientro, si evince che le missioni attivate sono state effettuate nel 91,4% dalle 14 postazioni MSA di cui 5 sono di tipo INDIA (Mezzi avanzati di base con Infermiere- MSAB).

Tabella 3: Missioni per codice colore della CO118 della Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila – anno 2014

ASL	POSTAZIONE	CODICE INVIO				N° MISSIONI TOTALE	CODICE RIENTRO					N°
		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE	VUOTO	
201	MSA (14 di cui 5 INDIA)	1,7%	69,1%	16,1%	13,2%	91,4%	30,7%	49,5%	9,8%	9,5%	0,4%	91,4%
	MSB (3)	0,2%	13,7%	2,9%	83,2%	8,6%	20,5%	11,0%	2,2%	66,2%	0,1%	8,6%
	TOTALE ASL	345	14.408	3.346	4.294	22.393	6.688	10.350	2.047	3.217	91	22.393

Alla luce di quanto sopra esposto al fine di garantire una copertura assistenziale del territorio della ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila la programmazione regionale deve prevedere sia un rimodulazione dell'attività delle postazioni attuali sia una implementazione nel numero delle stesse. Il nuovo assetto delle postazioni è il seguente:

Tabella 4: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila

TIPOLOGIA POSTAZIONI	POSTAZIONI	ATTIVITA'
MSA	L'AQUILA	H24
	AVEZZANO	H24
	SULMONA	H24
	CASTEL DI SANGRO	H24
	CARSOLI	H24
	NAVELLI	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
	MONTEREALE	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
	PESCASSEROLI	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
	PESCINA	H24
	TAGLIACOZZO	H24
	PRATOLA PELIGNA	H12 DIURNO
	CASTELVECCHIO SUBEQUO	H12 DIURNO INDIA
	SCANNO	H12 DIURNO
	CAMPO DI GIOVE	H12 NOTTURNO
TOTALE N.13 (3 MEDICO/ INDIA +1 INDIA)		
MSB	VALLE ROVETO	H24
	L'AQUILA	H24
	SULMONA	H24
	AVEZZANO	H24
	TRASACCO	H12 DIURNO
	ROCCA DI MEZZO	H12 DIURNO
	TOTALE N.6	



ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI

Con il DCA 11/13 il numero delle postazioni attribuite alla ASL è diventato il seguente:

8 Mezzi di Soccorso Avanzato + 5 Mezzi di Soccorso di Base

1) Dall'analisi dei tempi di percorrenza dalle PTS 118 della ASL Lanciano-Vasto-Chieti ai centri Hub e Spoke di riferimento, sono emerse diverse criticità relative alla copertura assistenziale di alcuni bacini di utenza delle postazioni esistenti:

- Il bacino di utenza coperto dalla postazioni di Casoli ha come Hub di riferimento il PO di Chieti e come Spoke di riferimento il PO di Lanciano presenta le seguenti carenze:
 - il comune di Montenerodomo dista dalla Postazione di Casoli 43min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 21min e dallo Spoke 1h 2min.
 - il comune di Lettopalena dista dalla Postazione di Casoli 38min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 13min e dallo Spoke 1h 3min.
 - il comune di Taranta Peligna dista dalla Postazione di Casoli 30min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 7min e dallo Spoke 56min.
 - il comune di Colle di Macine dista dalla Postazione di Casoli 37min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 17min e dallo Spoke 1 h 3min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, aumentano in funzione di essi. Infatti si fa presente che i 4 comuni di cui sopra sono classificati come zone altimetriche di Montagna interna.

Si fa presente che in questo bacino opera anche la postazione di Villa Santa Maria che è una postazione di volontari con attività H12 diurna.

- Il bacino di utenza coperto dalla postazione di Castiglione Messer Marino che ha come Hub di riferimento il PO di Chieti e come Spoke di riferimento il PO di Vasto presenta le seguenti carenze:
 - il comune di San Giovanni Lipioni dista dalla Postazione di Castiglione Messer Marino 24 min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 30min e dallo Spoke 46min.
 - il comune di Celenza sul Trigno dista dalla Postazione di Castiglione Messer Marino 26 min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 28min e dallo Spoke 44min.
 - il comune di Castelguidone dista dalla Postazione di Castiglione Messer Marino 34 min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 40min e dallo Spoke 56min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, aumentano in funzione di essi. Infatti si fa presente che i 3 comuni di cui sopra sono classificati come zone altimetriche di Montagna interna.

2) Analizzando, tramite il flusso EMUR del Pronto Soccorso anno 2014, la modalità di arrivo dei pazienti che accedono al pronto soccorso di Guardiagrele si evidenzia che solo il 4 % arriva con l' "Ambulanza 118", il 2% con "Altra ambulanza" e il 93,8 % con Mezzo autonomo. Mentre per i pazienti che accedono al pronto soccorso di Lanciano la modalità di arrivo "Ambulanza 118" rappresenta il 7,9 % , "Altra ambulanza" l'1,5% e il Mezzo Autonomo il 82,3% e per quelli che accedono al PS di Vasto è il 6.8% "Ambulanza 118", "Altra ambulanza" il 3,1% e il Mezzo Autonomo il 84,8%.

- 3) Dai dati elaborati dall'EMUR 118 dell'anno 2014 divisi per codice colore invio e codice colore rientro, si evince che le missioni attivate sono state effettuate nel 99% dalle 10 postazioni MSA di cui 1 di tipo INDIA (Mezzi avanzati di base con Infermiere- MSAB).

Tabella 5: Missioni per codice colore della CO118 della Asl Lanciano-Vasto-Chieti – anno 2014

ASL	POSTAZIONE	CODICE INVIO				N° MISSIONI TOTALE	CODICE RIENTRO					N°
		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE	VUOTO	
202	MSA (10 di cui 1 INDIA)	0,7%	65,4%	27,6%	6,3%	99,0%	21,5%	53,8%	19,2%	4,9%	0,5%	99,0%
	MSB (1)	0,0%	76,9%	7,7%	15,4%	1,0%	12,8%	67,9%	5,8%	13,5%	0,0%	1,0%
	TOTALE ASL	114	10.560	4.422	1.031	16.127	3.458	8.703	3.071	809	86	16.127

Dai dati di ATTIVITÀ DI ELISOCORSO si evince che tale servizio viene attivato maggiormente dalla ASL Lanciano-Vasto-Chieti (36,1% delle missioni totali di cui 49% è rappresentato dal codice di rientro rosso).

Alla luce di quanto sopra esposto al fine di garantire una copertura assistenziale del territorio della ASL Lanciano-Vasto-Chieti la programmazione regionale deve prevedere sia un rimodulazione dell'attività delle postazioni attuali sia una implementazione nel numero delle stesse. Il nuovo assetto delle postazioni è il seguente:

Tabella 6: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - Asl Lanciano-Vasto-Chieti

TIPOLOGIA POSTAZIONI	POSTAZIONI	ATTIVITA'
MSA	CHIETI	H24
	LANCIANO	H24
	VASTO	H24
	ORTONA	H24
	FRANCAVILLA/PASSO LANCIANO	H24 ESTIVO/H14 DICEMBRE -APRILE (FRANCAVILLA) H10 DICEMBRE-APRILE (PASSO LANCIANO)
	ATESSA	H24
	CASOLI	H24
	GUARDIAGRELE	H24
	SAN SALVO	H24
	GISSI	H24
	CASTIGLIONE MESSER MARINO	H24
	VILLA SANTA MARIA	H24
	TORRICELLA PELIGNA	H24
	LAMA DEI PELIGNI	H24
	TOTALE N. 14	
MSB	CARUNCHIO	H12 DIURNO
	TORREBRUNA	H12 NOTTURNO
	TOTALE N. 1	

ASL PESCARA

Con il DCA 11/13 il numero delle postazioni attribuite alla ASL è diventato il seguente:

5 Mezzi di Soccorso Avanzato + 4 Mezzi di Soccorso di Base

- 1) Dall'analisi dei tempi di percorrenza dalle PTS 118 della ASL Pescara ai centri Hub e Spoke di riferimento, sono emerse diverse criticità relative alla copertura assistenziale di alcuni bacini di utenza delle postazioni esistenti:

- Il bacino di utenza coperto dalle postazioni di Penne ha come Hub di riferimento il PO di Pescara come Spoke di riferimento lo stesso PO di Penne presenta le seguenti carenze:



- il comune di Carpineto della Nora dista dalla Postazione/Spoke di Penne 39min. Lo stesso dista dall'Hub 48min.
- il comune di Villa Celiera dista dalla Postazione/Spoke di Penne 27min. Lo stesso dista dall'Hub 48min.
- il comune di Farindola dista dalla Postazione/Spoke di Penne 22min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 2min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, aumentano in funzione di essi. Infatti si fa presente che i 3 comuni di cui sopra sono classificati come zone altimetriche di Montagna interna.

- Il bacino di utenza coperto dalla postazioni di Scafa ha come Hub di riferimento il PO di Pescara come Spoke di riferimento il PO di Popoli presenta le seguente carenze:
 - il comune di Corvara dista dalla Postazione di Scafa 36min. Lo stesso dista dall'Hub 50min e dallo Spoke 33min.
 - il comune di Caramanico dista dalla Postazione di Scafa 25min. Lo stesso dista dall'Hub 48min e dallo Spoke 41min.
 - il comune di Pescosansonesco dista dalla Postazione di Scafa 30min. Lo stesso dista dall'Hub 45min e dallo Spoke 28min.
 - il comune di Sant'Eufemia a Maiella dista dalla Postazione di Scafa 30min. Lo stesso dista dall'Hub 54min e dallo Spoke 47min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, aumentano in funzione di essi. Infatti si fa presente che i 4 comuni di cui sopra sono classificati come zone altimetriche di Montagna interna.

- 2) Analizzando, tramite il flusso EMUR del Pronto Soccorso anno 2014, la modalità di arrivo dei pazienti che accedono al pronto soccorso di Penne si evidenzia che solo il 6,5 % arriva con l' "Ambulanza 118", l'1,1% con "Altra ambulanza" e il 79,9 % con Mezzo autonomo.

Mentre per i pazienti che accedono al pronto soccorso di Pescara la modalità di arrivo "Ambulanza 118" rappresenta il 13,8 % , "Altra ambulanza" il 2,6% e il Mezzo Autonomo il 80,4% e per quelli che accedono al PS di Popoli è il 9.1% "Ambulanza 118", "Altra ambulanza" il 1,4% e il Mezzo Autonomo il 88,9%.

- 3) Dai dati elaborati dall'EMUR 118 dell'anno 2014 divisi per codice colore invio e codice colore rientro, si evince che le missioni attivate sono state effettuate nel 89,8% dalle 7 postazioni MSA.

Tabella 7: Missioni per codice colore della CO118 della Asl Pescara – anno 2014

ASL	POSTAZIONE	CODICE INVIO				N° MISSIONI TOTALE	CODICE RIENTRO					N°
		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE	VUOTO	
203	MSA (7)	0,5%	68,0%	10,2%	21,3%	89,8%	33,0%	47,2%	5,4%	14,1%	0,3%	89,8%
	MSB (3)	0,1%	65,8%	2,6%	31,6%	10,2%	18,1%	54,0%	1,3%	26,3%	0,3%	10,2%
	TOTALE ASL	95	14.018	1.954	4.628	20.695	6.515	9.921	1.025	3.181	53	20.695

Inoltre si evidenzia che la ASL di Pescara presenta l'utilizzo di postazioni estemporanee per 3.600 interventi di cui il 57% rappresentato da codici gialli.

Alla luce di quanto sopra esposto al fine di garantire una copertura assistenziale del territorio della ASL Pescara la programmazione regionale deve prevedere sia un rimodulazione dell'attività delle postazioni attuali sia una implementazione nel numero delle stesse. Il nuovo assetto delle postazioni è il seguente:

Tabella 8: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - Asl Pescara

TIPOLOGIA POSTAZIONI	POSTAZIONI	ATTIVITA'
MSA	PESCARA	H24
	MONTESILVANO	H24
	PENNE	H24
	SCAFA	H24
	POPOLI	H24
	PIANELLA	H24
	PESCARA SUD	H24
	TOTALE N.7	
MSB	PESCARA SUD	H24
	PESCARA NORD	H24
	PESCARA CENTRO	H12 DIURNO
	VALPESCARA	H12 DIURNO
	CATIGNANO	H12 NOTTURNO
	TOTALE N.4	



ASL TERAMO

Con il DCA 11/13 il numero delle postazioni attribuite alla ASL è diventato il seguente:

6 Mezzi di Soccorso Avanzato + 5 Mezzi di Soccorso di Base

1) Dall'analisi dei tempi di percorrenza dalle PTS 118 della ASL Teramo ai centri Hub e Spoke di riferimento, sono emerse diverse criticità relative alla copertura assistenziale di alcuni bacini di utenza delle postazioni esistenti:

- Il bacino di utenza coperto dalla postazioni di Teramo ha come Hub di riferimento lo stesso PO di Teramo come Spoke di riferimento il PO di Atri presenta le seguente carenze:
 - il comune di Castelli dista dalla Postazione/Hub di Teramo 42min. Lo stesso dista dallo Spoke 1h 11min.
 - il comune di Fano Adriano, coperto anche dalla Postazione MSB di Montorio al Vomano (che dista 21min) dista dalla Postazione/Hub di Teramo 39min. Lo stesso dista dallo Spoke 1h 10min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, aumentano in funzione di essi. Infatti si fa presente che i 2 comuni di cui sopra sono classificati come zone altimetriche di Montagna interna.

- Il bacino di utenza coperto dalla postazioni di Montorio al Vomano ha come Hub di riferimento lo stesso PO di Teramo come Spoke di riferimento il PO di Atri presenta le seguente carenze:
 - il comune di Crognaleto dista dalla Postazione di Montorio al Vomano 33min. Lo stesso dista dall'Hub 53min e dallo Spoke 1h 24min.
 - il comune di Pietracamela dista dalla Postazione di Montorio al Vomano 25min. Lo stesso dista dall'Hub 44min e dallo Spoke 1h 13min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, aumentano in funzione di essi. Infatti si fa presente che i 2 comuni di cui sopra sono classificati come zone altimetriche di Montagna interna.

- Il bacino di utenza coperto dalla postazioni di Sant'Egidio alla Vibrata ha come Hub di riferimento lo stesso PO di Teramo come Spoke di riferimento il PO di S. Omero presenta le seguente carenze:

- il comune di Campli dista dalla Postazione di Sant'Egidio alla Vibrata 30min. Lo stesso dista dall'Hub 23min e dallo Spoke 24min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, potrebbero aumentare in funzione di essi.

- Il bacino di utenza coperto dalla postazioni di Notaresco ha come Hub di riferimento lo stesso PO di Teramo come Spoke di riferimento il PO di Atri presenta le seguenti carenze:
 - il comune di Cellino Attanasio dista dalla Postazione di Notaresco 29min. Lo stesso dista dall'Hub 32min e dallo Spoke 25min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, potrebbero aumentare in funzione di essi.

- 2) Analizzando, tramite il flusso EMUR del Pronto Soccorso anno 2014, la modalità di arrivo dei pazienti che accedono al pronto soccorso di Atri si evidenzia che solo il 7% arriva con l' "Ambulanza 118", lo 0,5% con "Altra ambulanza" e il 45,2 % con Mezzo autonomo. Si segnala, inoltre che, a differenza degli altri PS della Regione Abruzzo la % dei pazienti che accedono al PS di Atri con Modalità di arrivo "Altro" è pari al 47,3% .

Mentre per i pazienti che accedono al pronto soccorso di Sant'Omero la modalità di arrivo "Ambulanza 118" rappresenta il 2,7 % , "Altra ambulanza" il 7,2% e il Mezzo Autonomo il 28,1. Anche per il PS di Sant'Omero si rileva un'alta % di pazienti che accedono al PS con Modalità di Arrivo "Altro" (61,9%)

- 4) Dai dati elaborati dall'EMUR 118 dell'anno 2014 divisi per codice colore invio e codice colore rientro, si evince che le missioni attivate sono state effettuate nel 62,7% dalle 9 postazioni MSA di cui 5 di tipo INDIA (Mezzi avanzati di base con Infermiere- MSAB).

Si evidenzia che il 37,3 % delle missioni è affidata alle postazioni dei volontari di cui il 36,3% è rappresentato dal codice rientro giallo e il 2,0% dal codice rientro rosso.

Tabella 9: Missioni per codice colore della CO118 della Asl Teramo – anno 2014

ASL	POSTAZIONE	CODICE INVIO				N° MISSIONI TOTALE	CODICE RIENTRO					N°
		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE	VUOTO	
204	MSA (9 di cui 5 INDIA)	1,0%	68,9%	17,4%	12,8%	62,7%	45,8%	40,3%	7,8%	5,8%	0,3%	62,7%
	MSB (7)	0,5%	52,3%	6,0%	41,3%	37,3%	27,0%	36,3%	2,0%	34,5%	0,3%	37,3%
	TOTALE ASL	160	12.721	2.669	4.743	20.293	7.877	7.874	1.140	3.342	60	20.293

Alla luce di quanto sopra esposto al fine di garantire una copertura assistenziale del territorio della ASL Teramo la programmazione regionale deve prevedere sia un rimodulazione dell'attività delle postazioni attuali sia una implementazione nel numero delle stesse. Il nuovo assetto delle postazioni è il seguente:

Tabella 10: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - Asl Teramo

TIPOLOGIA POSTAZIONI	POSTAZIONI	ATTIVITA'
MSA	TERAMO	H24
	ATRI	H24
	GIULIANOVA	H24
	SANT'OMERO	H24
	ALBA ADRIATICA	H24
	ZAMPITTI/BASCIANO	H24
	ROSETO	H24
TOTALE N.7		
MSB	TERAMO	H24
	SILVI	H24
	MARTINSICURO	H24
	MONTORIO	H24
	ISOLA DEL GRAN SASSO	H12 DIURNO
	NOTARESCO	H12 NOTTURNO
	BISENTI	H12 NOTTURNO
	S. EGIDIO	H12 DIURNO
	CASTELNUOVO	H12 DIURNO
TOTALE N.7		

Pertanto il fabbisogno risultante dal:

- **Numero e gravità interventi degli interventi per area;**
- **Codici di gravità e patologie prevalenti**
- **Tipologia del territorio**
- **Popolazione residente e flussi migratori**
- **Fabbisogno emergenziale territoriale**
- **Vie di comunicazione**
- **Vincoli orografici e climatologici**
- **Tempi di percorrenza per l'arrivo sul luogo e relativa ospedalizzazione del paziente**

comporta una organizzazione delle postazioni territoriali da 53 PTS 118 (DCA11/1) a 59 PTS 118 al fine di garantire con la rete dell'Emergenza-Urgenza Regionale sicurezza ed efficacia del sistema in tutto il territorio.

Il sistema delle Postazioni Territoriali 118 della Regione Abruzzo è rideterminato e riassunto nella tabella seguente:



Tabella 11: Postazioni Territoriali del Sistema 118 – Regione Abruzzo

ASL	TIPOLOGIA POSTAZIONI	POSTAZIONI	ATTIVITA'
AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	MSA	L'AQUILA	H24
		AVEZZANO	H24
		SULMONA	H24
		CASTEL DI SANGRO	H24
		CARSOLI	H24
		NAVELLI	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
		MONTEREALE	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
		PESCASSEROLI	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
		PESCINA	H24
		TAGLIACOZZO	H24
		PRATOLA PELIGNA	H12 DIURNO
		CASTELVECCHIO SUBEQUO	H12 DIURNO INDIA
		SCANNO	H12 DIURNO
	CAMPO DI GIOVE	H12 NOTTURNO	
	TOTALE N.13 (3 MEDICO/ INDIA +1 INDIA)		
	MSB	VALLE ROVETO	H24
		L'AQUILA	H24
		SULMONA	H24
		AVEZZANO	H24
		TRASACCO	H12 DIURNO
ROCCA DI MEZZO		H12 DIURNO	
TOTALE N.6			
TOTALE ASL 19			
LANCIANO-VASTO-CHIETI	MSA	CHIETI	H24
		LANCIANO	H24
		VASTO	H24
		ORTONA	H24
		FRANCAVILLA/PASSO LANCIANO	H24 ESTIVO/H14 DICEMBRE -APRILE (FRANCAVILLA) H10 DICEMBRE-APRILE (PASSO LANCIANO)
		ATESSA	H24
		CASOLI	H24
		GUARDIAGRELE	H24
		SAN SALVO	H24
		GISSI	H24
		CASTIGLIONE MESSER MARINO	H24
		VILLA SANTA MARIA	H24
		TORRICELLA PELIGNA	H24
	LAMA DEI PELIGNI	H24	
	TOTALE N. 14		
MSB	CARUNCHIO	H12 DIURNO	
	TORREBRUNA	H12 NOTTURNO	
TOTALE N. 1			
TOTALE ASL 15			
PESCARA	MSA	PESCARA	H24
		MONTESILVANO	H24
		PENNE	H24
		SCAFA	H24
		POPOLI	H24
		PIANELLA	H24
		PESCARA SUD	H24
	TOTALE N.7		
	MSB	PESCARA SUD	H24
		PESCARA NORD	H24
PESCARA CENTRO		H12 DIURNO	
VALPESCARA	H12 DIURNO		
CATIGNANO	H12 NOTTURNO		
TOTALE N.4			
TOTALE ASL 11			
TERAMO	MSA	TERAMO	H24
		ATRI	H24
		GIULIANOVA	H24
		SANT'OMERO	H24
		ALBA ADRIATICA	H24
		ZAMPITTI/BASCIANO	H24
		ROSETO	H24
	TOTALE N.7		
	MSB	TERAMO	H24
		SILVI	H24
		MARTINSICURO	H24
		MONTORIO	H24
		ISOLA DEL GRAN SASSO	H12 DIURNO
		NOTARESCO	H12 NOTTURNO
BISENTI		H12 NOTTURNO	
S. EGIDIO	H12 DIURNO		
CASTELNUOVO	H12 DIURNO		
TOTALE N.7			
TOTALE ASL 14			
TOTALE REGIONALE 59 (41 MSA di cui 3 MEDICO/INDIA e 1 INDIA + 18 MSB)			

4. Elisoccorso

La Regione Abruzzo con il Decreto del Commissario ad Acta n.4 del 27/01/2015 “Riorganizzazione dell’elisoccorso della Regione Abruzzo” ha ricostruito il servizio di elisoccorso prevedendo la dotazione di due elicotteri, uno con base a l’Aquila e uno con base a Pescara.

Con il DCA n. 108 del 20/12/2013 era stato conferito l’incarico alla ASL di Pescara il compito di stazione appaltante per l’espletamento della procedura di gara avente ad oggetto l’affidamento del servizio di elisoccorso della Regione Abruzzo.

Nella riorganizzazione del servizio è stato prevista una implementazione e riqualificazione delle elisuperfici nonché l’individuazione della sede delle basi operative del Servizio di Elisoccorso.

Attualmente nella Regione sono state individuate:

- **2 basi HEMS, una a L’Aquila e una a Pescara;**
- **24 punti di atterraggio a supporto delle basi HEMS.**

Nel 2014 l’attività del servizio di elisoccorso è stata la seguente:

Tabella 12: Attività del sistema di elisoccorso - flusso EMUR - anno 2014

ELISOCORSO	CODICE INVIO				N° MISSIONI	CODICE RIENTRO					N° MISSIONI	% MISSIONI
	BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE	VUOTO		
ASL 201		34	170		204	57	27	116		4	204	29,8%
ASL 202		55	189	3	247	75	45	123	1	3	247	36,1%
ASL 203		69	108		177	84	39	53		1	177	25,9%
ASL 204	1	24	30	1	56	25	14	16	1		56	8,2%
TOTALE REGIONALE	1	182	497	4	684	241	125	308	2	8	684	100,0%

Dai dati di attività di elisoccorso si evince che tale servizio viene attivato maggiormente dalla ASL di Lanciano-Vasto-Chieti con un numero di missioni pari a 247 che rappresenta circa il 36% delle missioni totali, di cui 123 con codice rosso di rientro.

In accordo con il Decreto 70/2015 la Regione prevede di ampliare il servizio di elisoccorso anche nelle ore notturne adeguando a tale attività prioritariamente le elisuperfici a servizio delle aree disagiate e dei presidi in cui sono stati dismessi i punti nascita.

Il servizio di elisoccorso estende la sua attività anche alle regioni limitrofe: Molise, Marche in ragione di apposite convenzioni e collaborazioni.

È in vigore, inoltre, un protocollo operativo per gli interventi di elisoccorso in ambiente ostile in collaborazione con le squadre del Corpo nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (C.N.S.A.S.) – S.A.S.A. Servizio Regionale Abruzzo.

Il servizio elisoccorso nella regione Abruzzo viene utilizzato in base a protocolli definiti in ambito regionale con il Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 22/03/2011, per garantire gli interventi territoriali di emergenza urgenza (interventi primari), i trasporti interospedalieri di emergenza urgenza (interventi secondari) e l’attività di soccorso in ambiente ostile/montano.

La Regione da mandato al CREA di elaborare e aggiornare, con uno specifico documento programmatico, il Piano Regionale delle Elisuperfici.

5. Formazione

Ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta n.11 del 20 febbraio 2013 il Comitato Regionale Emergenza-urgenza Abruzzo (CREA) ha tra l’altro la funzione di attivare eventi per la formazione e l’aggiornamento del personale afferente al DEA e di tutto il personale coinvolto nell’emergenza a qualsiasi titolo. Pertanto sarà compito del CREA, con il supporto tecnico dell’ASR Abruzzo, elaborare annualmente

un piano formativo regionale sull'emergenza urgenza per il raggiungimento di obiettivi formativi specifici ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del 22 Maggio 2003.

Risulta indispensabile uniformare i percorsi formativi e programmare la formazione di tutto il personale delle diverse articolazioni della rete.

La formazione non dovrà essere solamente teorica, ma dovrà prevedere anche la fase pratica con particolare attenzione alla metodologia formativa della simulazione, in grado di assicurare una riduzione del rischio clinico. Le ASL sono tenute ad uniformarsi alle direttive del CREA.

6. La Continuità Assistenziale

La Regione Abruzzo con il Decreto del Commissario ad Acta n. 61 del 27 agosto 2013, ha approvato la nuova articolazione territoriale delle sedi di Continuità Assistenziale che ha ricondotto il rapporto ottimale medici in servizio/abitanti residenti secondo quanto stabilito dalla normativa vigente (tabella 13).

La chiusura di alcune sedi ha dato luogo a una minore spesa le cui economie sono tornate utili per l'attivazione delle CO aziendali di Continuità Assistenziali.

Tabella 13: Articolazione delle sedi di Continuità Assistenziale

ASL	AMBITI TERRITORIALI	SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALI
AVEZZANO-SILVANO-L'AQUILA	AREA L'AQUILA	L'AQUILA
		MONTEREALE
		NAVELLI
		ROCCA DI MEZZO
		SAN DEMETRIO NE VESTINI
		TORNIMPARTE
	AREA MARSICA	AVEZZANO
		BALSORANO
		CARSOLI
		CELANO
		CIVITELLA ROVETO
		PESCINA
		TAGLIACOZZO
		TRASACCO
	AREA PELIGNO SANGRINA	CASTEL DI SANGRO
		CASTELVECCHIO SUBEQUO
		PESCIASSEROLI
		PESCOOSTANZO
		PRATOLA PELIGNA
		SCANNO
		SULMONA
LANCIANO-VASTO-CHIETI	VASTO	CASALBORDINO
		SAN SALVO
		VASTO
	CHIETI	CHIETI
		FRANCAVILLA al MARE
	ORTONA	FRANCAVILLA
		MIGLIANICO
	LANCIANO	ORTONA
		TOLLO
		POSSACESIA
	SANGRO AVENTINO	LANCIANO
		ATESSA
		CASOLI
		LAMA DEI PELIGNI
	GUARDIAGRELE	PIZZO FERRATO
		TORRICELLA PELIGNA
		VILLA SANTA MARIA
	ALTO VASTESE	GUARDIAGRELE
ORSOGNA		
CASTIGLIONE MESSER MARINO		
PESCARA	PESCARA	GISSI
		CARUNCHIO
	CEPAGATTI	PALMOLI
		CEPAGATTI
		CITTA' SANTANGELO
	SCAFA	PIANELLA
		SPOLTORE
	MONTESILVANO-CAPPELLESUL TAVO	CARAMANICO TERME
		MANOPPELLO
	PENNE	SAN VALENTINO in A.C.
SCAFA		
POPOLI	MONTESILVANO	
	CIVITELLA CASANOVA	
TERAMO	ATRI	LORETO APRUTINO
		PENNE
	MONTORIO	BUSISI sul TIRINO
		TORRE de' PASSERI
	ROSETO	ATRI
		BISENTI
	TERAMO	SILVI
		ISOLA del GRAN SASSO
	VAL VIBRATA	MONTE RIO al VO MANO
		GIULIANOVA
MARTINSICURO	MOSCIANO SANTANGELO	
	NOTARISCO	
SANT'EGIDIO al VIBRATA	ROSETO degli ABRUZZI	
	TORTO RETO	
TORRE de' PASSERI	ROCCA SANTA MARIA	
	TERAMO	

Il Decreto del Commissario ad Acta n.94/2013 del 22/11/2013 ha stabilito che i Direttori Generali delle ASL dovevano entro il 31/01/2013 provvedere:

- a reperire gli spazi per l'attivazione della CO Aziendale della Continuità assistenziale
- alla dotazione strumentale e tecnologica
- all'individuazione del personale necessario per coprire i turni
- a garantire l'adeguata preparazione del personale assegnato
- ad assicurare il collegamento telefonico tra la CO Aziendale della Continuità assistenziale e le relative sedi periferiche.



Per quanto concerne la piattaforma informativa e tecnologica è stato stabilito sempre tramite il Decreto del Commissario ad Acta n.94/2013 che vi fosse un collegamento con il Sistema informativo e telefonico del Servizio di Emergenza-Urgenza Sanitaria Territoriale 118 della Regione Abruzzo.

A tal fine è stato ideato un apposito software che utilizza l'impianto e le attrezzature del Sistema di Emergenza e Urgenza in modo tale da abbattere i costi e limitare le spese di assistenza, grazie all'impiego di dotazioni comuni, garantendo la piena compatibilità e integrazione dei Sistemi e rendendo l'impianto tecnologico completamente integrato e organicamente funzionale.

In data 31/03/2014 è stato attivato un numero unico aziendale di chiamata della Continuità Assistenziale in attesa dell'attivazione del numero unico 116117 a livello nazionale (in conformità al Decreto del Commissario ad Acta n. 17/2014 del 18/02/2014 recante "Adeguamento delle disposizioni del decreto commissariale n. 94/2013 del 22.11.2013 "Istituzione numero di chiamata 116117 della continuità assistenziale ed attivazione delle quattro centrali operative aziendali" agli indirizzi ministeriali").

La condivisione delle risorse tecnologiche tra Continuità Assistenziale e Sistema 118 ha consentito agli Operatori di gestire in maniera integrata le chiamate degli utenti e di offrire la risposta assistenziale più adeguata rispetto ai bisogni di salute espressi.

Inoltre, con il Decreto del Commissario ad Acta n. 125/2014 del 20/10/2014, la Regione Abruzzo ha recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" REP. Atti n. 36 del 7 febbraio 2013".

7. Trasporti Secondari Urgenti

I Trasporti secondari sono quelli che si effettuano da un ospedale ad un altro.

Le indicazioni al trasporto secondario sono le seguenti:

- Trasferimento da strutture sanitarie Spoke ad Hub
- Trasferimento in ospedali competenti per specialità
- Necessità di eseguire ricerche diagnostiche o terapie particolari
- Carezza di posti letto nei reparti specialistici

Nell'esecuzione di trasporti secondari è importante una precisa valutazione della necessità del trasporto e sul momento più opportuno per la sua esecuzione.

Obiettivi fondamentale sono :

- Mantenimento di un adeguato livello assistenziale al paziente durante tutto il periodo del trasporto, dalla presa in carica del paziente fino all'arrivo al centro di destinazione, anticipando durante il trasporto la terapia necessaria alla cura della specifica patologia.
- Prevenzione delle possibili complicanze e capacità di affrontare con efficienza eventi patologici imprevisti.

Pertanto si utilizza la seguente classificazione di Eherenwerth per la definizione dei livelli di assistenza durante il trasporto del paziente

CLASSI DI RISCHIO RISPETTO AL TRASPORTO DEI PAZIENTI CRITICI (Classificazione di Eherenwerth)

CLASSE I e II:

Il paziente:

- richiede raramente il monitoraggio dei segni vitali
- non ha bisogno di una linea venosa
- non richiede somministrazione di ossigeno
- non viene trasferito in terapia intensiva

non è richiesta la presenza di un medico durante il trasporto

CLASSE III

Il paziente:



- richiede il frequente il monitoraggio dei segni vitali
- ha bisogno di una linea venosa
- non è necessario un monitoraggio invasivo
- può essere presente compromissione dello stato di coscienza
- può essere presente lieve o modesto distress respiratorio
- richiede la somministrazione di ossigeno
- è ammesso in terapia intensiva
- ♦ ha un punteggio nella scala di Glasgow maggiore di 9

è richiesta la presenza di un medico durante il trasporto

CLASSE IV:

Il paziente:

- richiede intubazione tracheale e/o
- richiede supporto ventilatorio e/o
- ha bisogno di una o due linee venose⁴ o di catetere venoso centrale (CVC) per mantenere stabili i parametri cardio circolatori e/o
- può essere presente distress respiratorio grave
- può essere presente compromissione dello stato di coscienza con GCS ≤ 8 e/o
- richiede la somministrazione di farmaci salvavita durante il trasporto e/o
- richiede la somministrazione di ossigeno
- è trasferito in Rianimazione/Terapia Intensiva generale
- ha un punteggio della scala di Glasgow inferiore a 9
- presenta una lesione anatomicamente instabile del midollo spinale al di sopra di T

è richiesta la presenza di un medico anestesista-rianimatore durante il trasporto.

CLASSE V:

Il paziente:

- non può essere completamente stabilizzato
- richiede monitoraggio e supporto vitale invasivo
- richiede terapia salvavita durante il trasporto

trasporto a carico di un medico anestesista-rianimatore durante il trasporto



In questo contesto vengono trattati i **trasporti secondari URGENTI** che possono essere:

- 1) **Trasporti secondari urgenti non differibili**
- 2) **Trasporti secondari urgenti differibili**

- 1) I Trasporti secondari urgenti non differibili sono quelli il cui ritardo nel trasporto può compromettere la prognosi quod vitam et valetudinem.
Il Medico responsabile del trasporto è il medico dell'Emergenza Territoriale o il Rianimatore (per i pazienti in classe IV e V di Eherenwerth)
- 2) I Trasporti secondari urgenti differibili invece sono quelli non tempo dipendenti e sono effettuati secondo i protocolli aziendali vigenti. In assenza di tali protocolli aziendali, per le classi di Eherenwerth per cui è richiesta la presenza del medico e per quelle di classe (I e II) per cui è richiesta la presenza dell'infermiere, il personale è a carico dell'U.O. richiedente il trasporto.

La Regione da mandato al CREA di uniformare, con l'elaborazione di un protocollo regionale, i protocolli aziendali al fine di poter assicurare in tutto il territorio regionale lo stesso criterio di assegnazione di assistenza al trasporto.

⁴ La presenza di due linee venose o di CVC indica la necessità di infusione attraverso tali accessi in quantità tale da consentire la stabilizzazione e non la semplice presenza di due accessi venosi per evitare la manovra durante il trasporto.