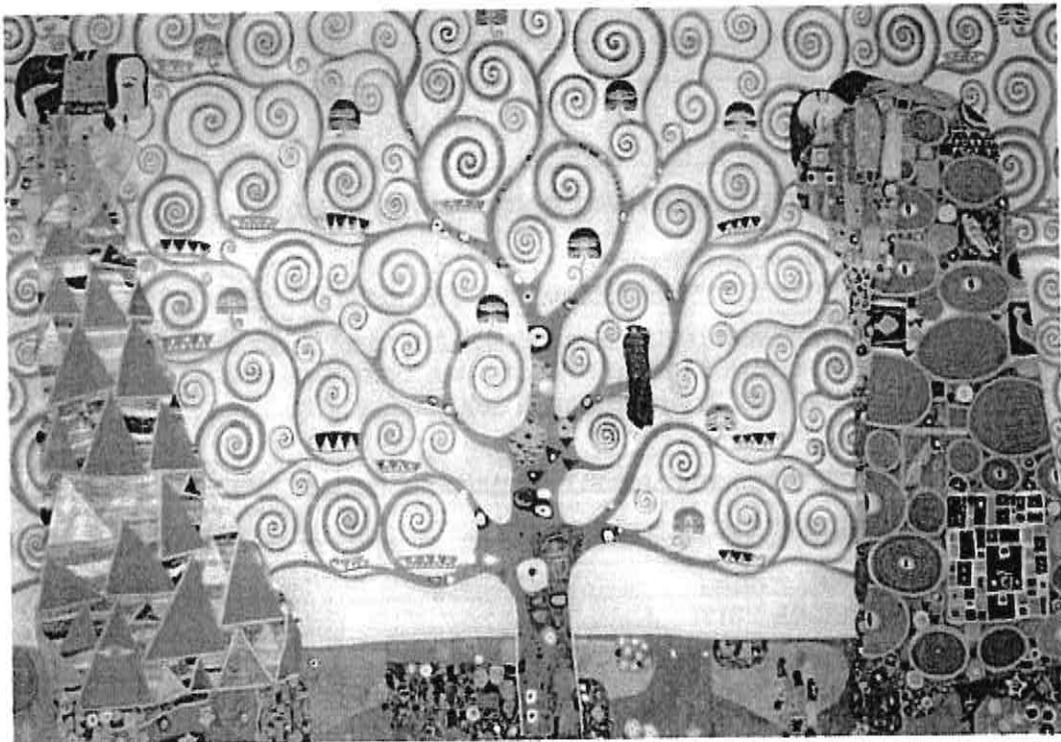


ALLEGATO come parte integrante alla del-
berazione n. **646** del **20 OTT. 2016**


ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Avv. Daniela Valenza)

PROGRAMMA DI RIORDINO PUNTI DI PRIMO INTERVENTO REGIONE ABRUZZO



La presente copia è conforme all'originale
e si compone di fogli 12 e di 24
facciate ciascuna vidimata da apposito
timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo:
Direzione Politiche della Salute".
Pescara, li 20 OTT. 2016



SOMMARIO

1. PREMESSA	2
2. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	2
3. CONTESTO ATTUALE.....	4
Tabella 1: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - ANNO 2014.....	5
Tabella 2: Sedi di Continuità Assistenziale.....	6
Figura 1: Georeferenziazione dei PPI del DCA 45/2010 e del DCA 79/2016.....	7
4. VALUTAZIONE ORGANIZZATIVA.....	7
Figura 2: Percorso di Organizzazione dei PPI.....	7
ANALISI DELLE CRITICITÀ.....	7
VALUTAZIONE DEI SERVIZI SANITARI NELLE AREE INTERNE.....	8
INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI.....	8
ADOZIONE DI CRITERI OGGETTIVI NEL PERCORSO DI TRASFORMAZIONE.....	8
ANALISI DEGLI INDICATORI.....	9
SCHEDE TECNICHE.....	9
GUARDIAGRELE.....	9
CASOLI.....	10
GISSI.....	10
TAGLIACOZZO.....	11
PESCINA.....	12
ORTONA.....	13
POPOLI.....	14
ATESSA.....	15
5. ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA E CRONOPROGRAMMA.....	16
1) PUNTO DI PRIMO INTERVENTO H24.....	16
Tabella 3: Punti di Primo Intervento e i rispettivi DEA di riferimento.....	17
2) PUNTO DI PRIMO INTERVENTO H12 DIURNO DEA E H12 NOTTURNO PRESIDATO DAL SISTEMA 118.....	17
3) PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA (PTA) E SISTEMA TERRITORIALE DEL 118.....	18
Figura 3: PTA e Servizi territoriali del Sistema 118.....	18
CRONOPROGRAMMA.....	18
Tabella 4: Cronoprogramma di riorganizzazione dei PPI.....	19
6. REQUISITI SPECIFICI.....	19
A) REQUISITI STRUTTURALI.....	19
B) REQUISITI TECNOLOGICI.....	19
7. MONITORAGGIO E INDICATORI.....	21
Tabella 5: Indicatori per il monitoraggio dell'attività dei PPI.....	21
VERBALE DI RIUNIONE CONCLUSIVA.....	22



1. PREMESSA

La Regione Abruzzo, in conformità agli standard previsti dal DM 70/2015, ha avviato con il DCA 79/2016, un percorso di riorganizzazione della Rete Ospedaliera finalizzato prioritariamente all'implementazione e alla riqualificazione della Rete dell'Emergenza Urgenza, avendo come obiettivo principale la garanzia della equità di accesso, della appropriatezza clinico-organizzativa e della interazione tra il Sistema di Emergenza Territoriale 118, la Rete dei Pronto Soccorso, la Rete dei DEA e delle Specialità coinvolte nelle Reti Tempo dipendenti.

Con il DCA n.18 del 8 marzo 2016 la Regione Abruzzo, nel recepire quanto delineato dal DM 70/2015, demanda al CREA (Comitato Regionale Emergenza-urgenza Abruzzo) la definizione del percorso di trasformazione, in postazioni medicalizzate del 118, dei Punti di Primo intervento regionali attivi presso i presidi ospedalieri dismessi, con indicazione della tempistica dei relativi processi di trasformazione e delle misure organizzative, atte comunque a garantire il mantenimento, in favore della popolazione di riferimento, degli attuali livelli assistenziali.

L'intervento di riordino dei Punti di Primo Intervento (PPI) si rende necessario per assicurare, contestualmente alla riorganizzazione e semplificazione della Rete ospedaliera, risposte efficaci alle situazioni di emergenza-urgenza, mettendo a sistema azioni volte alla riorganizzazione del Sistema territoriale di soccorso, dei PPI, della Rete dei Pronto Soccorso, dei Dipartimenti di Emergenza ed Accezione in rapporto alla Continuità assistenziale.

In linea, inoltre, con il richiamato DCA n.18/2016, il CREA, nella definizione del percorso di superamento dei PPI, ha inteso recepire gli indirizzi contenuti nel verbale della riunione congiunta del 19 aprile 2016, in cui Tavolo di monitoraggio e Comitato Permanente raccomandano da un lato la coerenza con le indicazioni contenute nella normativa nazionale di riferimento, Accordo Rep. Atti 36/CSR del 7 febbraio 2013 e DM n.70/2015, e nel contempo *"un percorso supportato con un progressivo piano di implementazione della rete di cure primarie al fine di realizzare la continuità assistenziale per tutto l'arco della giornata nonché nei giorni prefestivi e festivi come previsto dall'art. 1, comma 1, della legge 189/2012"*.

In relazione alle specificità orografiche e di densità demografica della Regione, appare ragionevole garantire la disponibilità nel territorio di un Presidio Assistenziale, dove la garanzia di assistenza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana riduca la necessità del ricorso inappropriato al Pronto Soccorso o al ricovero ospedaliero, in considerazione che l'organizzazione delle cure primarie nelle forme associative complesse presenta, non solo in Abruzzo, ritardi applicativi degli Accordi Integrativi Regionali con i MMG e PLS e nel contempo maggiori difficoltà soprattutto nei presidi di aree classificabili come Aree Interne.

Con il presente documento di riordino dei PPI si definiscono organizzazione e operatività delle sedi di primo intervento e si forniscono indicazioni utili a favorire una necessaria progressività nel percorso di trasformazione per un efficace sviluppo dei servizi sanitari territoriale ed ospedaliero, nell'ambito dell'emergenza-urgenza e del settore delle Cure Primarie.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

La Regione Abruzzo, già nei precedenti cicli di programmazione della Rete Ospedaliera, aveva previsto con Delibera del Commissario ad Acta n.45 del 05/08/2010 l'attivazione dei Punti di Primo Intervento (PPI) all'interno dei Presidi di bassa complessità, con la funzione di trattamento delle urgenze minori e di prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel Pronto Soccorso più appropriato. Nello specifico, a seguito della riconversione dell'attività di 5 ospedali per acuti (il PO di Guardiagrele, il PO di Gissi, il PO di Casoli, il PO di Tagliacozzo e il PO di Pescara) il mantenimento di un PPI, operativo 12 o 24 ore, a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie. Con tale atto venivano distinti i PPI in:

- Mobili (allestiti per esigenze estemporanee) o fissi (con numero di accessi < 6.000/se.



attivi 24 ore o < 3.000 se attivi 12 ore, assegnati al 118);

- Con numero di accessi >6.000 se attivi 24 ore o > 3.000 se attivi 12 ore.

Nelle indicazioni della Deliberazione veniva altresì evidenziata l'importanza dell'integrazione tra Hub, Spoke, PPI e 118 al fine di garantire una collaborazione nella gestione dei percorsi clinici dei pazienti, con un costante presidio medico unitamente alla corretta stabilizzazione e trasporto dei malati con codici rossi e gialli ed afferenti alle reti delle patologie complesse.

Con il Decreto del Commissario ad Acta n.11/13 del 20 febbraio 2013 "Rete Emergenza - Urgenza della Regione Abruzzo e Reti IMA-STROKE-Politrauma (Trauma Maggiore) Percorso Neurochirurgico" i Punti di Primo Intervento diventano strutture che afferiscono al DEA di riferimento e che sono distribuite sul territorio con orario H12 e H24 secondo le esigenze locali disponendo di competenze cliniche e strumentali, adeguate a fronteggiare le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto soccorso dell'ospedale di riferimento e a fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità.

Il DCA 11/13 distingue i PPI in:

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



Successivamente all'entrata in vigore del Decreto Ministeriale n.70/2015 del 2 aprile 2015 recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" viene prevista la possibilità di attivazione dei PPI:

- esclusivamente a seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in un ospedale per la post-acuzie oppure in una struttura territoriale;
- un periodo di tempo limitato;
- operativo nelle 12 ore e presidiato dal sistema 118 nelle ore notturne

Viene indicata, quale funzione dei Punti di Primo Intervento, la trasformazione in postazione medicalizzata del 118 entro un arco temporale definito, implementando l'attività territoriale al fine di trasferire al sistema dell'assistenza primaria le patologie a bassa gravità e che non richiedono trattamento ospedaliero secondo protocolli di appropriatezza condivisi tra 118, DEA, HUB o Spoke di riferimento e Distretto, mantenendo rigorosamente separata la funzione di urgenza da quella dell'assistenza primaria.

Qualora gli accessi superino le 6.000 unità/anno la responsabilità clinica e organizzativa ricade sul DEA di riferimento, che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura. Punti di primo intervento con casistica inferiore ai 6.000 accessi annui sono direttamente affidati al 118 come postazione territoriale. Nei Punti di primo intervento non è prevista l'osservazione breve del paziente.

Nella fase di transizione verso la gestione del 118, la loro funzione per le urgenze si limita unicamente ad ambienti e dotazioni tecnologiche atti al trattamento delle urgenze minori e ad una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentire il trasporto nel Pronto soccorso più appropriato.

Possono essere organizzati PPI anche per esigenze temporanee ed in occasione di manifestazioni di massa, gestiti funzionalmente e organizzativamente dal sistema "118".



Con il DCA n.18 del 8 marzo 2016 la Regione Abruzzo, nel recepire quanto delineato nel DM

70/2015, domanda al CREA (Comitato Regionale Emergenza-urgenza Abruzzo) la definizione del percorso di trasformazione, in postazioni medicalizzate del 118, dei Punti di Primo intervento regionali attivi presso i presidi ospedalieri dismessi, con indicazione della tempistica dei relativi processi di trasformazione e delle misure organizzative, atte comunque a garantire il mantenimento, in favore della popolazione di riferimento, degli attuali livelli assistenziali.

3. CONTESTO ATTUALE

La risposta all'emergenza della Regione Abruzzo è articolata in strutture di diversa complessità assistenziale in grado di rispondere alle necessità dell'intervento secondo livelli di complessità crescente:

- Postazioni Territoriali del Sistema 118
- Postazioni di Continuità Assistenziale
- Punti di Primo intervento (PPI)
- Presidio Ospedaliero sede di Pronto Soccorso (centro Spoke)
- Presidio Ospedaliero sede di Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (centro HUB).

Per postazioni territoriali debbono intendersi tutte le postazioni con personale medico-infermieristico e tecnico-sanitario (compreso i soccorritori volontari) deputate agli interventi territoriali "primari", interventi cioè condotti sul territorio in emergenza-urgenza.

La Regione con il Decreto del Commissario ad Acta n.95 del 28 settembre 2015 nel rispetto degli standard definiti dal DM 70/2015 e al fine di ottenere una copertura assistenziale territoriale in sicurezza ed efficacia e rispettosa dei tempi delle reti tempo dipendenti, ha riorganizzato il Sistema delle Postazioni Territoriali 118 che passano da 53 (DCA11/13) a 59.

Infatti, con l'obiettivo prioritario e fondamentale di eliminare squilibri e criticità nella rete, la Regione Abruzzo attraverso il CREA ha effettuato una analisi dettagliata sulla copertura assistenziale del territorio abruzzese.

Il punto di partenza è stato quello di analizzare per ogni singola ASL il reale fabbisogno rispetto a quello programmato dal DCA 11/13 secondo i seguenti parametri:

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

Il Fabbisogno risultante è rappresentato nella tabella 1 di seguito riportata:



Tabella 1: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - ANNO 2014

ASL	TIPOLOGIA POSTAZIONI	POSTAZIONI	ATTIVITA'
AVEZZANO- SULMONA- L'AQUILA	MSA	L'AQUILA	H 24
		AVEZZANO	H 24
		SULMONA	H 24
		CASTEL DI SANGRO	H 24
		CASOLI	H 24
		NAVELLI	H 24
		MONTESALE	H 24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
		PESCASEROLI	H 24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
		PESCINA	H 24
		TAGLIACOZZO	H 24
		PIATOLA PELIGNA	H 12 DIURNO
		CASTELVECCHIO SUBEQUO	H 12 DIURNO INDIA
		SCANNO	H 12 DIURNO
		CAMPO DI GIOVE	H 12 NOTTURNO
	TOTALE N.15 (3 MEDICO/INDIA -1 INDIA)		
	MSB	VALLE ROVETO	H 24
		L'AQUILA	H 24
		SULMONA	H 24
		AVEZZANO	H 24
		TRASACCO	H 12 DIURNO
BOCCA DI MEZZO		H 12 DIURNO	
		TOTALE ASL 19	
LANCIANO-VASTO- CHIETI	MSA	CHIETI	H 24
		LANCIANO	H 24
		VASTO	H 24
		ORTONA	H 24
		FRANCAVILLA PASSO LANCIANO	H 24 ESTIVO H 14 DICEMBRE - APRILE (FRANCAVILLA) H 10 DICEMBRE-APRILE (PASSO LANCIANO)
		ATIESA	H 24
		CASOLI	H 24
		GUARDIAGRELE	H 24
		SAN SALVO	H 24
		ROSSI	H 24
		CASTIGLIONE MESSER MARINO	H 24
	VILLA SANTA MARIA	H 24	
	TORRICELLA PELIGNA	H 24	
	LAMA DEI PELIGNI	H 24	
	TOTALE N. 14		
MSB	CARUNCIO	H 12 DIURNO	
	TOREBELVA	H 12 NOTTURNO	
		TOTALE N. 1	
		TOTALE ASL 18	
PESCARA	MSA	PESCARA	H 24
		MONTESELVANO	H 24
		PENNE	H 24
		SCAFA	H 24
		POPOLI	H 24
		PIANELLA	H 24
		PESCARA SUD	H 24
	TOTALE N. 7		
	MSB	PESCARA SUD	H 24
		PESCARA NORD	H 24
PESCARA CENTRO		H 12 DIURNO	
VALPESCARA	H 12 DIURNO		
CATIGNANO	H 12 NOTTURNO		
TOTALE N. 4			
		TOTALE ASL 11	
TERAMO	MSA	TERAMO	H 24
		ALTY	H 24
		GIULIANOVA	H 24
		SANT'OMERO	H 24
		ALBA ADRIATICA	H 24
		ZAMPITI BASCIANO	H 24
		ROSETO	H 24
	TOTALE N. 7		
	MSB	TERAMO	H 24
		SELI	H 24
		MARTINSEURO	H 24
		MONTECORO	H 24
		ISOLA DEL GRAN SASSO	H 12 DIURNO
		NOTAPESCO	H 12 NOTTURNO
BISSENTI		H 12 NOTTURNO	
S. EGIDIO	H 12 NOTTURNO		
CASTELNUOVO	H 12 DIURNO		
TOTALE N. 7			
		TOTALE ASL 14	
TOTALE REGIONALE 59 (41 MSA di cui 3 MEDICO/INDIA e 1 INDIA - 18 MSB)			

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 61 del 27 agosto 2013, il numero delle postazioni nell'area della Continuità Assistenziale è ricondotto al rapporto ottimale medici in servizio/abitanti residenti secondo quanto stabilito dalla normativa vigente (Tabella 2)

Tabella 2: Sedì di Continuità Assistenziale

ASL	AMBITI TERRITORIALI	SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALI
ASL ABRUZZO 1 (MATERA S. ANGELO)	AREA L'AQUILA	L'AQUILA
		MONTEBELLE
		NAVOLI
		ROCCA DI MIZZO
		SAN EMERICO NE' VESTINI
		ROSENFELDE
	AREA MARSCICA	AVEZZANO
		BALNEORIANO
		CAROLI
		CIVITANO
		CIVITELLA ROVERETO
		PECORA
	AREA PELIGNO SANGRINA	TAGLIACOZZO
		TRASCASSO
		CASALE DI SANGRO
		CASALEVECCHIO S. CHIARITO
		PECORASSOLO
		PECOCOSTANZO
		PIAVIDA PELIGNA
		SCANNO
		SILVANO

ASL	AMBITI TERRITORIALI	SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALI
ASL ABRUZZO 2 (TERAMO)	VASTO	CARALBO RIDNO
		SAN SALVO
		VASTO
	CHIETI	CHIETI
		FRANCIVILLA S. MARE
	ORTONA	FRANCIVILLA
		MIGLIANICO
		ORTONA
	LANCIANO	TOLLO
		POSSACESI
		LANCIANO
	SANGRO AVENTINO	ATESSA
		CASOLI
		LAMA DEI PELIGNI
		PIZZO FERRATO
	GUARDIAGRELE	TORRICELLA PELIGNA
		VILLA SANTA MARIA
		GUARDIAGRELE
ALTO VASTESE	ORSOINA	
	CASTIGLIONE MASSEI MARINO	
	GISSI	
	CARUNCIO	
	PALANO	

ASL	AMBITI TERRITORIALI	SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALI
ASL ABRUZZO 3 (PESCARA)	PESCARA	PESCARA
		CERIGATHI
	COPPAGATHI	CITTA' SANT'ANGELO
		PIANELLA
		SPOLTORE
	SCAFA	CARANICONE TERME
		SIANOFELLO
	MONTEBELLE S. GIOVANNI	SAN VALENTINO S. A.C.
		SCARA
	PESCE	MONTEBELLE S. GIOVANNI
		CIVITELLA CARANOVA
	POPOLI	LORETO APRUTINO
		PIESSE
		BISSI S. TERENO
	TORRE S. PARSIVI	

ASL	AMBITI TERRITORIALI	SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALI
ASL ABRUZZO 4 (TERAMO)	ATRI	ATRI
		BIBENTI
		SILVI
	MONTEORO	ROLA del GRAN SARNO
		MONTEORO S. VITO
	ROSARIO	GIULIANOVA
		MONTECORVONE S. ANGELO
	TERAMO	NO TARASCIO
		ROSETO degli ABRUZZI
	TERAMO	ROCCA SANTA MARIA
		TERAMO
	VAL VERRATA	MARTELLICCIANO
		SANT'ORSO della VERRATA
		TOROFORO



I Punti di Primo Intervento sono individuati all'interno dei presidi di ASL, riconvertiti in PTA a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera, o come postazione, fissa o mobile, distante da presidi ospedalieri, organizzata per esigenze stagionali in località turistiche e in occasioni di manifestazioni. Sono distribuiti sul territorio e dispongono di competenze cliniche adeguate a fronteggiare e stabilizzare le emergenze fino alla loro attribuzione alla sede di cura più appropriata e a fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità.

Il Presidio Ospedaliero (PO) sede di Pronto Soccorso gestisce gli interventi diagnostico terapeutici di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al Presidio Ospedaliero sede di Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (centro HUB) più idoneo per lo specifico bisogno clinico assistenziale.

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (centro HUB) rappresenta un'aggregazione funzionale di strutture 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.

Con la Deliberazione ad Acta n. 45 del 5 agosto 2010 la Regione ha stabilito la riconversione di 5 Presidi Ospedalieri in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) H24 con funzioni di punti di Primo Intervento (PPI), le cui dimensioni non risultavano in linea con i parametri di sicurezza ed efficacia dei presidi ospedalieri, nonché di corrispondenza all'effettivo fabbisogno della popolazione.

Tali riconversioni risultano completate per Casoli, Gissi, Pescara e Tagliacozzo, mentre la riconversione di Guardiagrele si è conclusa soltanto alla fine dell'anno 2015.

Inoltre, i presidi ospedalieri che risultano non rispondenti agli standard del DM 70/2015 e che quindi subiranno un processo di riconversione sono:

- PO V. Emanuele di Atesa riqualificato in Ospedale di Comunità,



- PO G. Bernabeo di Ortona riqualificato ad attività elettiva di ricovero programmato come Polo Ospedaliero del PO di Chieti,
- PO SS. Trinità di Popoli riqualificato come Centro di Riabilitazione Regionale al cui interno sono mantenute alcune attività elettive di ricovero.

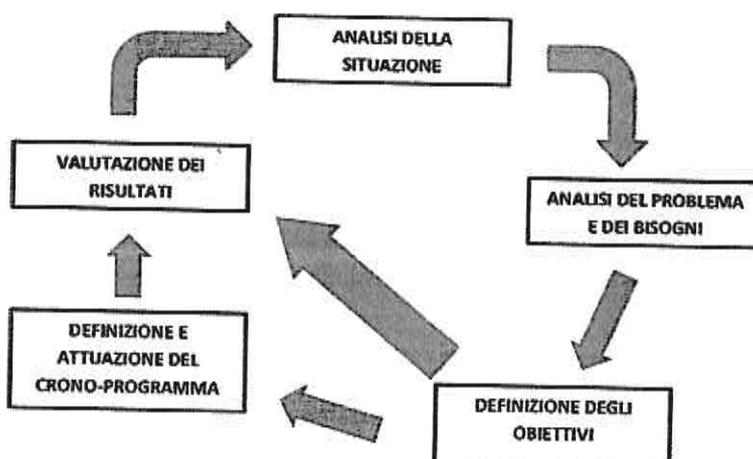
Figura 1: Georeferenziazione dei PPI del DCA 45/2010 e del DCA 79/2016



4. VALUTAZIONE ORGANIZZATIVA

Nella riorganizzazione dei PPI il percorso metodologico individuato dal CREA, con il relativo cronoprogramma, ha seguito alcune fasi preliminari e specifiche direttrici

Figura 2: Percorso di Organizzazione dei PPI



ANALISI DELLE CRITICITÀ

- Carente integrazione dei PPI con l'attività dei servizi distrettuali e della specialistica ambulatoriale, per garantire una risposta completa alla popolazione e ridurre l'accesso inappropriato alle strutture ospedaliere.
- Insufficiente attivazione dei flussi di attività idonei a valutare oggettivamente efficacia



- ed efficienza dell'attività dei PPI.
- Incompleta pubblicizzazione dell'attività presso le comunità territoriali, con insufficiente sviluppo dei programmi di informazione sull'uso dei servizi.
 - Una criticità potenziale nell'attuale assetto organizzativo può consistere nel fatto che, con il tempo l'utilizzo dei PPI in alcune sedi può modificarsi verso attività inappropriate e non previste dalla normativa di riferimento.

VALUTAZIONE DEI SERVIZI SANITARI NELLE AREE INTERNE

- In conformità con la Strategia Nazionale per le Aree Interne, delineata nel documento del Ministero della Salute, l'elevata estensione dei territori e la distanza dai punti di erogazione delle prestazioni rappresentano elementi di criticità nell'accesso e nella organizzazione ottimale dei servizi, per garantire una omogenea risposta assistenziale territoriale. Si rileva che, secondo la definizione ministeriale la ubicazione dei PPI nel territorio abruzzese coincide con quella delle aree interne, alcune di cintura ed altre periferiche, di cui due – Pescina e Tagliacozzo – con altitudine superiore a 700 m.s.l.m.

INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI

- 
- Realizzare presidi territoriali multiprofessionali per le cure primarie, utilizzando le strutture ospedaliere riconvertite in punti di assistenza territoriali, potenziando ambulatori e forme di aggregazione già esistenti ma anche e soprattutto mettendo in rete e riorganizzando i punti di erogazione dell'assistenza nell'ambito dei distretti (Intesa Stato Regioni n.36/CSR del 7/02/2013).
 - Riorientare l'offerta distrettuale verso la gestione delle "urgenze territoriali" (codici bianchi e parte dei codici verdi) in prospettiva di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso.
 - Potenziare l'offerta distrettuale relativamente alla gestione delle patologie croniche, con particolare riguardo ai pazienti a media-alta complessità e conseguenzialmente ridurre i ricoveri ordinari.
 - Realizzare un processo organizzativo con maggiore fruibilità e accessibilità dei servizi e delle attività territoriali da parte dei cittadini, prevedendo l'utilizzo da parte dell'associazionismo dei MMG e PLS di spazi comuni, potendo utilizzare la riconversione di ospedali per acuti in strutture territoriali o presidi per assistenza programmata o per post-acuzie.
 - Rendere il cittadino informato e il paziente consapevole.

ADOZIONE DI CRITERI OGGETTIVI NEL PERCORSO DI TRASFORMAZIONE

- Rilevazione degli accessi dell'ultimo triennio dei Punti di primo Intervento attivi nella Regione Abruzzo
- Rilevazione dello stato di attuazione delle UCCP e AFT
- Studio sui tempi di percorrenza dal bacino di riferimento del PPI al Pronto soccorso territorialmente di competenza
- Individuazione delle postazioni del 118 nel bacino di competenza del PPI
- Densità abitativa del bacino di competenza¹.
- Numero di interventi effettuati dal Sistema territoriale 118 nel bacino di riferimento dei PPI.

¹ Per il calcolo dei bacini di competenza si sono considerati sia i bacini di utenza individuati nel DCA 79/2016 e sia i comuni limitrofi alle sedi dei PPI.

ANALISI DEGLI INDICATORI

In linea con quanto previsto dal patto della salute 2014-2016 (art.5 punto 16), per assicurare una progressiva qualificazione delle reti di assistenza, la programmazione regionale deve sviluppare indicatori di processo, che tengano comunque conto delle specificità di contesto delle singole realtà locali.

SCHEDE TECNICHE

Di seguito vengono riportati le schede tecniche specifiche per ciascun PPI in cui sono stati analizzati gli indicatori sopra esposti.

GUARDIAGRELE

Il PPI di Guardiagrele è situato nel bacino di riferimento composto da 21 comuni in cui risiedono circa 34.000 abitanti. Nel Bacino di riferimento vi è anche la presenza di 3 sedi distrettuali Guardiagrele, Lama dei Peligni e Orsogna e di 2 PTS 118 medicalizzate attive 7 giorni su 7 H24, localizzate a, Guardiagrele e Lama dei Peligni.

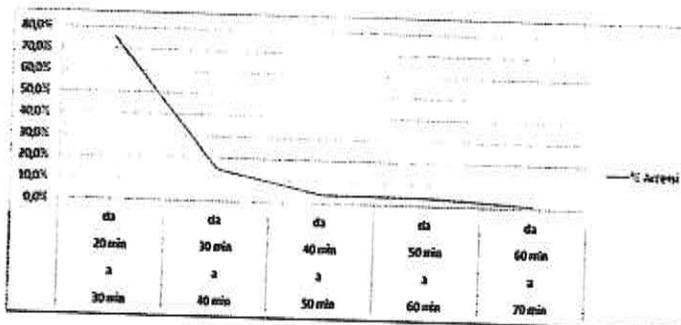
Il bacino di riferimento del PPI di Guardiagrele ha una bassa densità abitativa pari a 86,98 abitanti/km².

Il Pronto Soccorso di Guardiagrele è stato attivo fino al 2015, quindi di seguito si riporta la tabella gli accessi registrati dal File EMUR riferiti al triennio 2013-2015 distinti per codice colore

PPI GUARDIAGRELE							
Codici	ROSSI	GIALLI	VERDI	BIANCHI	NERO	TOTALE	MEDIA
Anno 2013	17	812	6.160	1.381		8.369	
Anno 2014	31	1342	6185	1348	3	8.909	
Anno 2015	34	1190	5573	1223	2	8.022	8.433

La Postazione Territoriale del 118 medicalizzata di Guardiagrele attiva 7 giorni su 7 H24 nell'anno 2013 ha effettuato 954 interventi, nell'anno 2014 816 interventi e nell'anno 2015 950 interventi.

tempi di percorrenza (min)		Abitanti	%
da 0.20.00	a 0.30.00	25622	75,8%
da 0.30.00	a 0.40.00	5068	15,0%
da 0.40.00	a 0.50.00	1447	4,3%
da 0.50.00	a 0.60.00	1.298	3,8%
da 0.60.00	a 0.70.00	378	1,1%
totale		33.813	100,0%



Dallo studio dei tempi di percorrenza del Bacino di Guardiagrele si evidenzia che circa il 76% dei residenti ha un tempo di percorrenza verso una struttura ospedaliera con PS (prima alternativa) compreso tra 20-30 min. e che solo l'1% ha un tempo di percorrenza tra 60 e 70 min.

CASOLI

Il PPI di Casoli ha un bacino di riferimento composto da 7 comuni con circa 18.000 abitanti e presenta 1 sede distrettuale: Casoli.

Nel suo territorio vi è anche la presenza di 1 PTS 118, Casoli medicalizzata attiva 7 giorni su 7 H24.

Il bacino di riferimento del PPI di Casoli ha una densità abitativa pari a 82,89 abitanti/km².

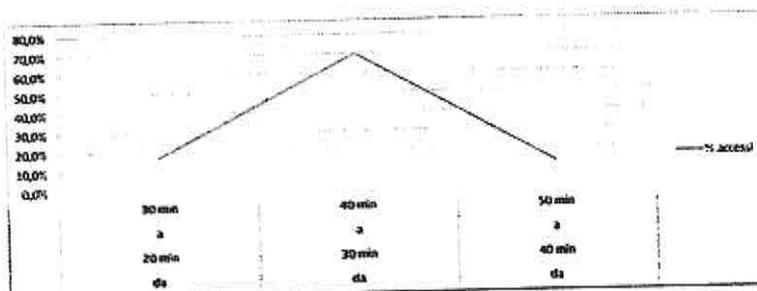
Di seguito si riporta in tabella gli accessi registrati dal PPI di Casoli riferiti al triennio 2013-2015 distinti per codice colore.

PPI CASOLI						
Codici	ROSSI	GIALLI	VERDI	BIANCHI	TOTALE	MEDIA
Anno 2013	9	188	1.102	409	5.684	
Anno 2014	8	606	3.731	1.754	6.099	
Anno 2015	15	790	4.949	774	6.529	6.104

La Postazione Territoriale del 118 medicalizzata di Casoli attiva 7 giorni su 7 H24 nell'anno 2013 ha effettuato 995 interventi, nell'anno 2014 970 interventi e nell'anno 2015 974 interventi.



tempi di percorrenza (min)		Abitanti	%
da 20 min	a 30 min	3.032	17,1%
da 30 min	a 40 min	12.345	69,7%
da 40 min	a 50 min	2.323	13,1%
totale		17.700	100,0%



Dallo studio dei tempi di percorrenza del Bacino di Casoli si evidenzia che circa il 70% dei residenti ha un tempo di percorrenza verso una struttura ospedaliera con PS (prima alternativa) compreso tra 30-40 min. e che solo l'13,1% ha un tempo di percorrenza tra 40 e 50 min.

GISSI

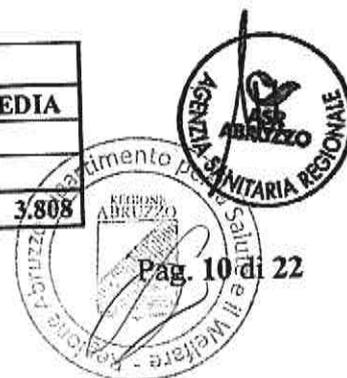
Il PPI di Gissi ha un bacino di riferimento composto da 7 comuni con circa 12.000 abitanti e presenta 1 sede distrettuali: Gissi.

Nel suo territorio vi è anche la presenza di 1 PTS 118, Gissi medicalizzata attiva 7 giorni su 7 H24.

Il bacino di riferimento del PPI di Gissi ha una densità abitativa pari a 61,52 abitanti/km².

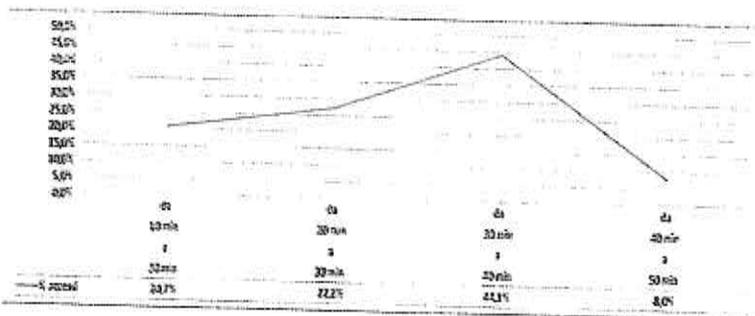
Di seguito si riporta in tabella gli accessi registrati dal PPI di Gissi riferiti al triennio 2013-2015 distinti per codice colore.

PPI GISSI						
Codici	ROSSI	GIALLI	VERDI	BIANCHI	TOTALE	MEDIA
Anno 2013	4	21	413	656	3.913	
Anno 2014	9	283	1.804	1.393	3.489	
Anno 2015	10	326	3.358	329	4.023	3.808



La Postazione Territoriale del 118 medicalizzata di Gissi attiva 7 giorni su 7 H24 nell'anno 2013 ha effettuato 653 interventi, nell'anno 2014 656 interventi e nell'anno 2015 770 interventi.

tempi di percorrenza		Abitanti	%
20 min a	30 min da	2.511	20,7%
30 min a	20 min da	3.288	27,2%
40 min a	30 min da	5337	44,1%
50 min a	40 min da	967	8,0%
totale		12.103	100,0%



Dallo studio dei tempi di percorrenza del Bacino di Gissi si evidenzia che circa il 27% dei residenti ha un tempo di percorrenza verso una struttura ospedaliera con PS (prima alternativa) compreso tra 20-30 min. e che solo l'8% ha un tempo di percorrenza tra 40 e 50 min. La percentuale più alta della popolazione del bacino di riferimento (44%) ha il PS più vicino a una distanza temporale compresa tra 30-40 min.

TAGLIACOZZO

Il PPI di Tagliacozzo ha un bacino di riferimento composto da 14 comuni con circa 35.000 abitanti e presenta 2 sedi distrettuali: Tagliacozzo e Carsoli.

Nel suo territorio vi è anche la presenza di 2 PTS 118, medicalizzate attive 7 giorni su 7 una localizzata a Tagliacozzo e una a Carsoli.

Il bacino di riferimento del PPI di Tagliacozzo ha una densità abitativa pari a 68,69 abitanti/km².

Di seguito si riporta in tabella gli accessi registrati dal PPI di Tagliacozzo riferiti al triennio 2013-2015 distinti per fascia oraria:

PPI TAGLIACOZZO					
ANNO	MATTINA 07.00-13.59	POMERIGGIO 14.00-20.59	NOTTE 21.00-06.59	TOTALE	MEDIA
Anno 2013	4.228	2.488	834	7.550	
Anno 2014	3.966	2.755	846	7.567	
Anno 2015		8.112		8.122	7.746

Nella tabella seguente sono riportati i dati riferiti agli interventi della Postazione medicalizzata 118 di Tagliacozzo.

ANNO	INTERVENTI RICHIESTI	INTERVENTI EFFETTUATI CON TRASPORTO PAZIENTE
2013	n.p.	563
2014	811	661
2015	713	527

Degli interventi effettuati nel 2015, 498 sono stati trasportati al P.S. di Avezzano, 13 al PPI di Tagliacozzo, 13 ad altri ospedali e 186 casi risolti in loco². Il 71,9% degli interventi effettuati con

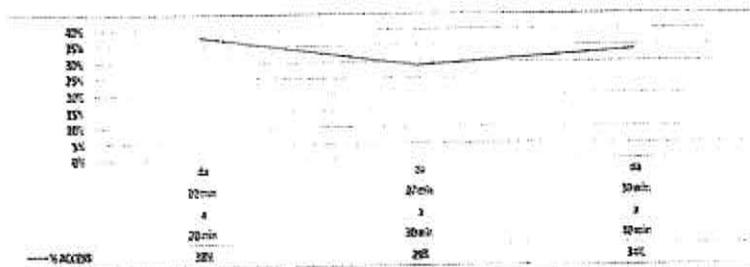
Il numero dei casi risolti in loco comprende gli annullamenti di missione da parte della CO, le constatazioni di morte, il trattamento in loco senza ricovero, il paziente non reperito e attività di supporto all'elicottero

trasporto del paziente si sono verificati nella fascia oraria 8-20, il restante 28,2% nella fascia oraria 20-8.

Gli interventi effettuati nel 2014, 566 con trasporto al P.S. di Avezzano, 61 con trasporto al P.P.I. di Tagliacozzo, 34 ad altri Ospedali e 150 casi risolti in loco. Il 72,7% degli interventi effettuati con trasporto del paziente si sono verificati nella fascia oraria 8-20, il restante 27,3% nella fascia oraria 20-8.

Gli interventi effettuati nel 2013, 472 con trasporto al P.S. di Avezzano, 77 con trasporto al P.P.I. di Tagliacozzo e 19 ad altri Ospedali. Il 70,3% degli interventi effettuati con trasporto del paziente si sono verificati nella fascia oraria 8-20, il restante 29,7% nella fascia oraria 20-8.

tempi di percorrenza		Abitanti	%
20 min	a	13.335	38%
30 min	a	10.244	29%
40 min	a	11.935	34%
totale		35.514	100%



Dallo studio dei tempi di percorrenza del Bacino di Tagliacozzo si evidenzia che circa il 38% dei residenti ha un tempo di percorrenza verso una struttura ospedaliera con PS (prima alternativa) compreso tra 10-20 min. e che il 34% ha un tempo di percorrenza tra 30 e 40 min.

PESCINA

Il PPI di Pescina ha un bacino di riferimento composto da 26 comuni con circa 46.000 abitanti e presenta 3 sedi distrettuali: Pescina, Trasacco e Castelvecchio Subequo.

Nel suo territorio vi è anche la presenza di 1 PTS 118, Pescina medicalizzata attiva 7 giorni su 7 H24, 1 PTS 118 a Castelvecchio Subequo INDIA attiva 7 giorni su 7 H12 diurno 1 PTS a Trasacco H12 DIURNO volontari.

Il bacino di riferimento del PPI di Pescina ha una densità abitativa pari a 76,06 abitanti/km².

Di seguito si riporta in tabella gli accessi registrati dal PPI di Tagliacozzo riferiti al triennio 2013-2015 distinti per fascia oraria:

PPI PESCINA					
ANNO	MATTINA 07.00-13.59	POMERIGGIO 14.00-20.59	NOTTE 21.00-06.59	TOTALE	MEDIA
Anno 2013	3.363	2.844	1.172	7.379	
Anno 2014	3.819	3.227	1.208	8.254	
Anno 2015		7.381		7.381	7.671

Nella tabella successiva sono riportati gli interventi delle postazioni medicalizzate 118 di Pescina:

ANNO	INTERVENTI RICHIESTI	INTERVENTI EFFETTUATI CON TRASPORTO PAZIENTE
2013	n.p.	761
2014	1.088	833
2015	1.167	821

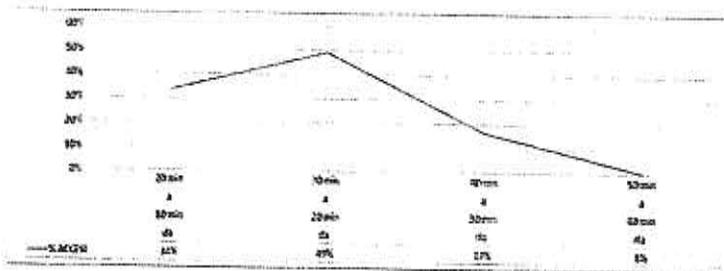


Degli interventi effettuati nel 2015, 770 sono stati trasportati al P.S. di Avezzano, 36 al P.P.I. di Pescara, 15 ad altri ospedali e 346 casi risolti in loco³ (comprendono gli annullamenti di missione da parte della CO, le constatazioni di morte, il trattamento in loco senza ricovero, il paziente non reperito e attività di supporto ad elicottero). Il 66,4% degli interventi effettuati con trasporto del paziente si sono verificati nella fascia oraria 8-20, il restante 33,6% nella fascia oraria 20-8.

Gli interventi effettuati nel 2014, 751 con trasporto al P.S. di Avezzano, 55 con trasporto al P.P.I. di Pescara, 27 ad altri Ospedali e 255 casi risolti in loco. Il 65,1% degli interventi effettuati con trasporto del paziente si sono verificati nella fascia oraria 8-20, il restante 34,9% nella fascia oraria 20-8.

Gli interventi effettuati nel 2013, 691 con trasporto al P.S. di Avezzano, 50 con trasporto al P.P.I. di Pescara e 20 ad altri Ospedali. Il 64,5% degli interventi effettuati con trasporto del paziente si sono verificati nella fascia oraria 8-20, il restante 35,5% nella fascia oraria 20-8.

tempi di percorrenza (min)			Abitanti	%	
da	10 min	a	20 min	15.464	34%
da	20 min	a	30 min	22.710	49%
da	30 min	a	40 min	7.693	17%
da	40 min	a	50 min	234	1%
totale			46.101	100%	



Dallo studio dei tempi di percorrenza del Bacino di Pescara si evidenzia che circa il 49% residenti ha un tempo di percorrenza verso una struttura ospedaliera con PS (prima alternativa compreso tra 20-30 min., che il 17% ha un tempo di percorrenza tra 30 e 40 min e l'1% tra 40-50 min.

Resta fermo il prioritario rispetto della completa implementazione delle misure previste nella strategia sanitaria delle aree interne (DGR 290/2015).

ORTONA

Il PPI di Ortona ha un bacino di riferimento composto da 11 comuni con circa 71.000 abitanti e presenta 3 sedi distrettuali: Ortona, Tollo.

Nel suo territorio vi è anche la presenza di 1 PTS 118, Ortona medicalizzata attiva 7 giorni su 7 H24.

Il bacino di riferimento del PPI di Ortona ha una densità abitativa pari a 268,01 abitanti/km².

Di seguito si riporta in tabella gli accessi registrati dal File EMUR riferiti al triennio 2013-2015 distinti per codice colore.

PPI ORTONA							
Codici	ROSSI	GIALLI	VERDI	BIANCHI	NERO	TOTALE	MEDIA
Anno 2013	51	5.231	10.071	1.687		17.040	
Anno 2014	69	1.822	7.888	1.939		11.718	
Anno 2015	47	5.861	12.263	1.388	1	19.560	16.106

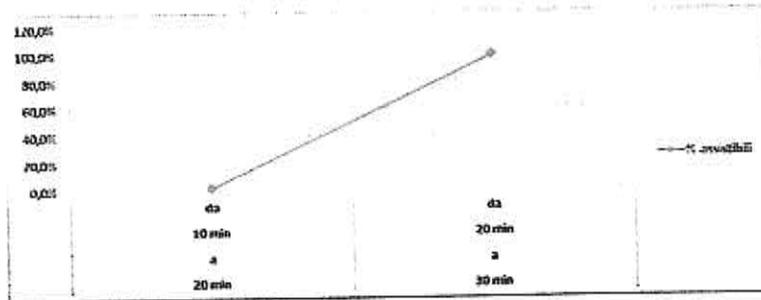
Il numero dei casi risolti in loco comprende gli annullamenti di missione da parte della CO, le constatazioni di morte, il trattamento in loco senza ricovero, il paziente non reperito e attività di supporto ad elicottero



La Postazione Territoriale del 118 medicalizzata di Ortona attiva 7 giorni su 7 H24 nell'anno 2013 ha effettuato 1.296 interventi, nell'anno 2014 1.465 interventi e nell'anno 2015 1.548 interventi.

Dallo studio di percorrenza del bacino di riferimento di Ortona verso il PS più vicino si evidenzia quanto segue:

tempi di percorrenza				%
20 min	a	10 min	da	
30 min	a	20 min	da	98,6%
totale				100,0%



Più del 99% della popolazione residente nel bacino di riferimento dista meno di 30 min. da una struttura ospedaliera con PS della propria ASL o di un'altra.

POPOLI

Il Punto di Primo Intervento di Popoli ha un bacino di riferimento composto da 35 Comuni in cui risiedono circa 31.000 abitanti.

Questo Bacino di riferimento presenta tre sedi distrettuali (anche di ambiti aziendali diversi): Castelvechio Subequo, Torre De Passeri, e Popoli.

Il bacino di riferimento del PPI di Popoli ha una densità abitativa pari a 68,64 abitanti/km².

Nel suo territorio vi è anche la presenza di 3 postazioni territoriali del sistema (PTS) 118: Castelvechio Subequo INDIA attiva 7 giorni su 7 H12 diurno, Navelli attiva 7 giorni su 7 H24 (Diurno Medicalizzata/ Notturmo INDIA) e Popoli medicalizzata attiva 7 giorni su 7 H24.

PPI POPOLI						
ANNO	ROSSO	GIALLO	VERDE	BIANCO	NERO	NON ESEGUITO
Anno 2013	0,8%	18,1%	75,6%	4,9%	0,0%	0,6%
Anno 2014	0,6%	15,5%	67,3%	16,5%	0,0%	0,0%
Anno 2015	0,5%	18,2%	63,2%	18,1%	0,0%	0,0%

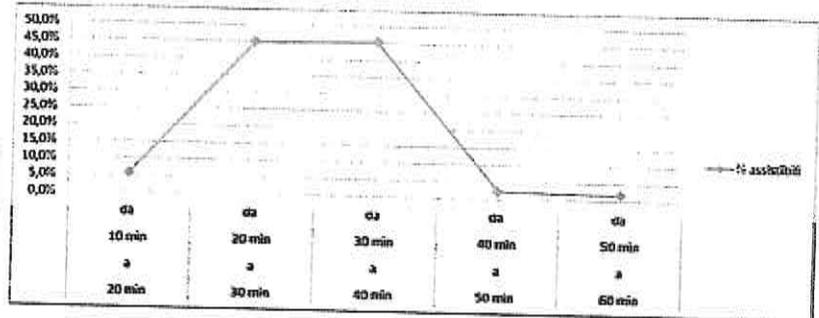


La Postazione Territoriale del 118 medicalizzata di Popoli attiva 7 giorni su 7 H24 nell'anno 2013 ha effettuato 787 interventi, di questi 438 sono stati trasportati al PS di Popoli, 160 al PS di Pescara e 14 ad altri PS regionali. Nell'anno 2014 ha effettuato 789 interventi, di questi 433 sono stati trasportati al PS di Popoli, 163 al PS di Pescara e 25 ad altri PS regionali e nell'anno 2015 ha effettuato 779 interventi, di questi 399 sono stati trasportati al PS di Popoli, 175 al PS di Pescara e 31 ad altri PS regionali. Si rileva anche al PS di popoli sono stati trasportati pazienti anche da altre Postazioni del Sistema Territoriale della ASL di Pescara e precisamente nell'anno 2013 964 di cui 707 nella fascia oraria 8.00-20.00 e 257 nella fascia oraria 20.00-8.00, nell'anno 2014 1011 di cui

745 nella fascia oraria 8.00-20.00 e 266 nella fascia oraria 20.00-8.00 e nell'anno 2015 1001 di cui 767 nella fascia oraria 8.00-20.00 e 234 nella fascia oraria 20.00-8.00.

Dallo studio di percorrenza del bacino di riferimento di Ortona verso il PS più vicino si evidenzia quanto segue:

tempi di percorrenza (min)		Abitanti	%
da	0.10.00 a 0.20.00	1.777	5,7%
da	0.20.00 a 0.30.00	13.850	44,8%
da	0.30.00 a 0.40.00	14.044	45,4%
da	0.40.00 a 0.50.00	705	2,3%
da	0.50.00 a 0.60.00	557	1,8%
totale		30.933	100,0%



Circa il 50% della popolazione residente nel Bacino di riferimento del PO di Popoli dista meno di 30 min da una struttura ospedaliera della propria o di un'altra ASL e che solo il 1,8 % della popolazione ha tempi di percorrenza tra 50 e 60 min.

ATESSA

Il PPI di Atessa ha un Bacino di utenza composto da 31 Comuni in cui risiedono circa 49.000 abitanti.

Questo Bacino di riferimento presenta cinque sedi distrettuali: Villa S. Maria, Atessa, Casoli, Lama dei Peligni e Torricella Peligna.

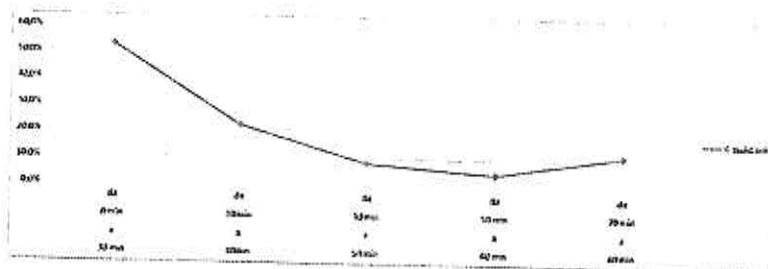
Nel suo territorio vi è anche la presenza del PTA/Ospedale di Comunità di Casoli e 5 postazioni territoriali del sistema (PTS) 118 medicalizzate e attive 7 giorni su 7 H24.

Le PTS 118 sono localizzate a Casoli, Lama dei peligni, Torricella peligna, Atessa e Villa S. Maria.

ANNO	PPI ATESSA					
	ROSSO	GIALLO	VERDE	BIANCO	NERO	NON ESEGUITO
Anno 2013	0,5%	20,9%	78%	0	0	0,6%
Anno 2014	0,4%	22,8%	75,8%	0,5%	0,0%	0,4%
Anno 2015	0,7%	25,5%	73,4%	0,1%	0,3%	10,962

La Postazione Territoriale del 118 medicalizzata di Atessa attiva 7 giorni su 7 H24 nell'anno 2013 ha effettuato 1.079 interventi, nell'anno 2014 1.136 interventi e nell'anno 2015 1.139 interventi.

tempi di percorrenza (min)		Abitanti	%
da	0.00.00 a 0.30.00	19.774	52,8%
da	0.30.00 a 0.40.00	8.181	22,4%
da	0.40.00 a 0.50.00	3.110	8,3%
da	0.50.00 a 0.60.00	1.728	4,6%
da	0.70.00 a 0.80.00	4.419	11,8%
totale		37.422	100,0%



Dallo studio dettagliato dei tempi di percorrenza si evidenzia che il 52,8% della popolazione

residente nel Bacino di riferimento del PO di Atesa dista meno di 30 min da una struttura ospedaliera della propria o di un'altra ASL e che solo il 11,8 % della popolazione ha tempi di percorrenza tra 70 e 80 min.

5. ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA E CRONOPROGRAMMA

La Programmazione Regionale ha individuato quali sedi di PPI le strutture ospedaliere riconvertite in territoriali o Presidi per attività di post-acuzie o programmata, come indicate dal DCA 55/2016 e DCA 79/2016. L'assistenza sanitaria deve essere organizzata nei PPI come sistema organico e con una integrazione operativa rappresentata dalla necessità di assistere il paziente in maniera continuativa. Per tale modello organizzativo risulta necessario prevedere obbligatoriamente la contestuale presenza all'interno delle strutture interessate di locali e spazi dedicati sia al sistema 118 e sia alla continuità assistenziale, in coerenza con gli indirizzi dell'Intesa Stato Regioni per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale, Rep. Atti n. 36/CSR del 7 febbraio 2013. La contestualizzazione logistica dei servizi di PPI, 118 continuità assistenziale e forme di associazionismo delle cure primarie, pur mantenendo la loro rispettiva autonomia organizzativa e la garanzia della separazione dei percorsi, attraverso protocolli condivisi permette una gestione più appropriata dei codici bianchi e verdi e nel contempo una presa in carico del paziente in fase acuta, finalizzata ad una gestione in loco, ove possibile, o ad un trasferimento protetto del paziente nel presidio ospedaliero più appropriato.

Sulla base delle premesse e dei contenuti del presente documento e degli indicatori posti a riferimento, il percorso di trasformazione dei PPI dovrà caratterizzarsi per singolo presidio con una gradualità temporale, atta a garantire il mantenimento degli attuali livelli di assistenza.

Pertanto il CREA individua specifici moduli organizzativi di Punti di Primo Intervento che nel processo di trasformazione sono la rappresentazione organizzativa delle diverse fasi di transizione, che si concluderanno con il passaggio dei PPI a postazione territoriale del 118, con annessa Unità territoriale di urgenza.

Questi diversi moduli organizzativi sono necessari sia alla propedeutica informazione della popolazione del bacino di riferimento sulla disattivazione del pronto soccorso e sia a garantire una efficace ed efficiente copertura assistenziale del territorio.

1) PUNTO DI PRIMO INTERVENTO H24

Il personale è costituito da un medico e un infermiere per turno, sotto la responsabilità clinica organizzativa del DEA di riferimento, come indicato da Tabella 3, che assicura la continuità assistenziale, H24 e 7 giorni su 7, e che potrà avvalersi di risorse specialistiche con adeguata formazione, presenti nella struttura.

Dovranno essere collegati ai pronto soccorso degli Hub e Spoke regionali, in particolare per le reti tempo dipendenti, secondo quanto indicato dal DCA 79/2016 e attraverso l'applicazione di protocolli aziendali condivisi tra i diversi attori coinvolti e idoneamente attrezzati per rispondere a tutte le esigenze di bassa e media complessità.

Questo modello è previsto:

- per le strutture che non avendo standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per un ospedale con pronto soccorso sono riconvertiti, con atti aziendali, in strutture territoriali o presidi post-acuzie o attività programmata, in ottemperanza del DCA 79/2016
- per le strutture che sono collocate in aree interne, con un numero consistente di accessi di almeno 7.000 interventi l'anno e in rapporto ai quali i risultati dello studio



degli indicatori ha dimostrato ancora un bisogno di assistenza in urgenza espresso dalla popolazione di riferimento molto elevato e per il quale non è ancora organizzata una risposta appropriata del sistema delle Cure primarie H24, nelle diverse forme di associazionismo.

Questo modulo organizzativo, finalizzato a ridurre l'uso dell'ospedale, evitando il rischio di sovraffollamento dei PS di riferimento, e a completare la riqualificazione della funzione del territorio, si rende necessario, in una prima fase, per una valutazione progressiva dell'impatto derivante dal graduale processo di trasformazione dei PPI sulla funzionalità della nuova rete di emergenza-urgenza (DCA79/2016).

Tabella 3: Puntti di Primo Intervento e i rispettivi DEA di riferimento

Puntti di Primo intervento (PPI)	DEA DI RIFERIMENTO
GISSI	VASTO
CASOLI	LANCIANO
GUARDIAGRELE	CHIETI
ATESSA	LANCIANO
ORTONA	CHIETI
POPOLI	PESCARA
PESCINA	AVEZZANO
TAGLIACOZZO	AVEZZANO

2) PUNTO DI PRIMO INTERVENTO H12 DIURNO DEA E H12 NOTTURNO PRESIDIATO DAL SISTEMA 118

Il personale H12 diurno è costituito da un medico e un infermiere per turno, sotto la responsabilità clinica organizzativa del DEA di riferimento, che assicura la continuità assistenziale mentre quello H12 notturno sarà presidiato dalla Postazione Territoriale medicalizzata del 118 in rapporto con la Continuità assistenziale.

Il Medico di Continuità Assistenziale eroga la propria prestazione nell'ambito della sua attività assistenziale e in caso di necessità allerta la Centrale Operativa che deciderà, in base ai criteri di Triage telefonico, quali risorse attivare.

Infatti, il rapporto con la Continuità Assistenziale si basa sul rispetto dell'autonomia organizzativa e sulla garanzia della separazione dei percorsi attraverso protocolli aziendali condivisi nei quali vengono illustrati in maniera chiara e precisa i diversi percorsi per i casi di emergenza urgenza (sistema 118) e per i casi non urgenti (continuità assistenziale). Specifici accordi aziendali devono prevedere all'interno della struttura, l'erogazione dell'attività ambulatoriale del medico di continuità assistenziale e garantire percorsi finalizzati ad evitare intralci ed embricazioni tra le funzioni del sistema 118 e quelle della continuità assistenziale.

Qualora il medico della Continuità Assistenziale e il medico del 118 dovessero essere fuori sede, l'utente utilizzerà apposita Colonnina SOS che lo metterà in comunicazione diretta con la Centrale Operativa del 118. L'operatore in ricezione effettuerà la valutazione del bisogno secondo il protocollo dispatch, qualora la situazione rivestisse il carattere di urgenza attiverà le risorse necessarie o, in assenza di urgenza, informerà il paziente della posizione e dei tempi presunti di rientro del Medico del 118.

In caso di pazienti critici afferiti direttamente al PPI per i quali sia necessaria la stabilizzazione e il trasferimento presso il Pronto Soccorso più idoneo, il Medico del 118 provvederà ad allertare la Centrale Operativa del 118 dell'intervento in corso.

Questo modulo organizzativo è previsto sia per i PPI già esistenti che presentano un numero di accessi da 5.000 a 7.000 interventi annui e sia in una prima fase di trasformazione dei PPI

con numero inferiore a 6.000 passaggi annui.

3) PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA (PTA) E SISTEMA TERRITORIALE DEL 118.

Questo modulo organizzativo applica le disposizioni del DM70/2015 nella fase conclusiva del percorso di trasformazione di un PPI. L'implementazione dell'attività territoriale, mantenendo rigorosamente separata la funzione di urgenza da quella dell'assistenza primaria, deve essere sviluppata in coerenza e in attuazione dell'Intesa Stato Regioni Rep. Atti n. 36/CSR del 7 febbraio 2013, della Legge n.189/2012 e del Patto della Salute 2014-2016.

L'operatività del PTA deve essere garantita da un rafforzamento organizzativo-professionale dell'associazionismo delle cure primarie, la cui finalità principale è garantire una continuità assistenziale H24 di primo filtro anche per interventi richiesti in urgenza di basso-medio livello e si realizza attraverso la collaborazione e l'integrazione della continuità assistenziale. L'attività di continuità assistenziale sulla base di specifici accordi aziendali, deve prevedere la erogazione di attività ambulatoriale da parte del medico di continuità.

L'attività territoriale di assistenza viene presidiata, secondo indicazioni nazionali, dal sistema territoriale 118 e nello specifico da una postazione territoriale medicalizzata.

Questo modulo organizzativo è previsto, a completamento della ristrutturazione dell'area delle cure primarie, dapprima per i PPI già esistenti che presentano un numero di accessi inferiore a 6.000, a prevalenza di interventi a bassa intensità, e successivamente per le altre sedi di PPI, previa valutazione degli indicatori di sicurezza della rete assistenziale (Tabella 5).



Figura 3: PTA e Servizi territoriali del Sistema 118



CRONOPROGRAMMA

Di seguito viene rappresentato il cronoprogramma della Regione Abruzzo sul riordino dei Punti di Primo Intervento per il periodo ultimo semestre 2016 e primo semestre 2017.



Tabella 4: Cronoprogramma di riorganizzazione dei PPI

PPI	4° TRIMESTRE 2016	1° TRIMESTRE 2017	2° TRIMESTRE 2017
GISSI			
CASOLI			
GUARDIAGRELE			
PESCINA			
TAGLIACOZZO			
ATESSA			
ORTONA			
POPOLI			

Legenda:

	H24
	H12 + 118
	MONITORAGGIO

6. REQUISITI SPECIFICI

I Punti di primo Intervento, avendo la funzione di trattare le urgenze minori e la prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità al fine di consentirne il trasporto nel pronto Soccorso più appropriato, devono rispondere ai seguenti requisiti minimi specifici.

A) REQUISITI STRUTTURALI

- I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate
- E' presente uno spazio di registrazione/segreteria/archivio
- E' presente un'area idonea destinata ad attesa per i pazienti ed accompagnatori, dotata di servizi igienici in numero adeguato al volume medio di attività
- E' presente un ambulatorio per visita con un lavabo in acciaio o ceramica con comando non manuale
- Per lo svolgimento delle attività invasive o potenzialmente rischiose è disponibile uno spazio dedicato tale da consentire agevoli movimenti del personale
- E' presente uno locale/spazio spogliatoio per il personale secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro
- I locali hanno pavimenti lavabili e disinfettabili
- I locali sono dotati di pavimento con raccordo arrotondato alle pareti
- I locali hanno pareti con rivestimento impermeabile e lavabile per un'altezza di almeno 2 mt.
- I locali sono dotati di porte a superficie lavabile
- E' presente locale/spazio per la biancheria pulita
- E' presente locale per la biancheria sporca
- E' presente spazio/armadietto destinato alla conservazione dei farmaci e dei dispositivi monouso e delle attrezzature e apparecchiature/attrezzature e materiali per la gestione del paziente in emergenza/urgenza
- E' presente un protocollo per lo smaltimento rifiuti sanitari speciali
- Sono presenti servizi igienici con doccia destinati al personale

B) REQUISITI TECNOLOGICI

- E' presente un sistema telefonico che permette di collegare direttamente il PPI con la centrale operativa
- E' presente un sistema radio fisso canalizzato e collegato al sistema radio della



centrale operativa atta a garantire il funzionamento per almeno 12 ore in caso di mancanza di alimentazione elettrica

- E' presente almeno un frigorifero per i farmaci con controllo esterno della temperatura
- È presente un sistema adeguato di illuminazione ambiente e lampada luce diretta
- È presente un lettino/barella
- Sono presenti:
 - Defibrillatore manuale e semiautomatico con stimolatore transcutaneo
 - Monitor multiparametrico con ECG 12 derivazioni e trasmissione telematica con stampante e memoria
 - Materiale di assistenza respiratoria adulto/bambino
 - Carrello per medicazioni e suture
 - Kit per medicazioni monouso
 - Cateteri venosi periferici/intraossea
 - Cateteri vescicali
 - Kit ferri monouso
 - Sfigmomanometro
 - Erogatori di ossigeno a parete
 - Aspiratore elettrico
 - Presidi di immobilizzazione per il paziente traumatizzato
 - Misuratore glicemico
 - Set da suture con pinze emostatiche
 - Otoscopio
 - Pompa di infusione volumetrica



7. MONITORAGGIO E INDICATORI

La Regione Abruzzo avendo avviato un processo di qualificazione ed implementazione del sistema di emergenza urgenza e di conseguenza di tutta la Rete Ospedaliera, in un'ottica di monitoraggio continuo di tutto il sistema, istituisce un controllo trimestrale affidato al CREA.

A tal scopo con nota Prot. n.1186 del 28/07/2016, il Direttore dell'ASR Abruzzo, in qualità di Presidente CREA, ha inviato una nota ai Direttori Generali delle ASL chiedendo loro di emanare le opportune direttive, a decorrere dal 1° agosto 2016, ai professionisti che operano nei Punti di Primo Intervento al fine di effettuare al momento dell'accoglienza del paziente la valutazione di priorità di intervento con codice colore, in base ai criteri definiti nel DCA 118/2015.

Tale monitoraggio viene istituito anche al fine dell'uniformazione e della qualificazione dei dati, oggi raccolti dai Punti di Primo Intervento, in modo da poter effettuare analisi comparative tra i diversi Punti di Primo Intervento e potendo così evidenziare se eventuali diversi livelli di attività siano coerenti anche alla diversa allocazione dei PPI.

Gli indicatori utilizzati per il monitoraggio dell'attività dei Punti di Primo Intervento sono riportati nella tabella seguente:

Tabella 5: Indicatori per il monitoraggio dell'attività dei PPI

• N° di accessi annui per PPI
• N° di accessi annui per PPI per fascia oraria e per codice colore di appropriatezza
• N° di pazienti traspostati dal sistema 118 al PPI/ N° di accessi annui per PPI
• N° di pazienti trasferiti al Pronto Soccorso dal PPI/ N° di accessi annui per PPI
• N° pazienti ricoverati dal PS provenienti dal PPI/ N° trasferiti da PPI
• N° prestazioni chiuse dal PPI/ N° di accessi annui per PPI

Gli indicatori descritti potranno essere implementati dal CREA a seconda delle eventuali esigenze che si presenteranno⁴.



⁴ Fermo restando il prioritario rispetto della completa implementazione delle misure previste nella strategia sanitaria delle aree interne (DGR 290/2015).



VERBALE DI RIUNIONE CONCLUSIVA

Il Comitato Regionale Emergenza-urgenza Abruzzo (CREA) in data 9 settembre 2016 alle ore 10,00, su convocazione del Presidente, si è riunito con all'ordine del giorno il documento tecnico "Programma di Riordino Punti di Primo Intervento- Regione Abruzzo" (DCA18/16).

PRESENTI ALL'INCONTRO

Dr. Alfonso Mascitelli (Presidente CREA)	Dr.ssa Maria Di Felice (Responsabile PS ASL 202)
Dr.ssa Manuela Di Virgilio (ASR Abruzzo)	Dr. Vincenzino Lupi ASL 203 (Responsabile ffCO ASL 203)
Dott. Lorenzo Pingiotti (Dipartimento per la Salute e il Welfare)	Dr. Tullio Spina (Direttore DEA ASL 203)
Dr. Angelo Geremia Blasetti (Direttore ffDEA ASL 201)	Dott. Alberto Albani (Responsabile PS ASL 203)
Dr. Luigi Valenti (Responsabile PS ASL 201)	Dr. Silvio Santicchia (Responsabile CO ASL 204)
Dr. Antonio Caporrella (Direttore DEA ASL 202)	Dr.ssa Rita Rossi (Direttore ffDea ASL 204, Resp. PS ASL 204)



Dopo ampia e approfondita discussione il documento tecnico è stato approvato all'unanimità dei presenti



