



Bozza

RETE EMERGENZA URGENZA

ASL Lanciano Vasto Chieti

11 Dicembre 2019



### *Premessa*

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

Si è assistito ai seguenti mutamenti:

- Aumento dell'età media della popolazione ed aumento del numero di soggetti con patologie croniche degenerative, che presentano maggiori fragilità con conseguente aumento di richiesta di prestazioni sanitarie;
- Notevolissimo incremento della componente tecnologica nella diagnostica e nella terapia, con conseguente incremento delle aspettative e delle richieste di interventi;
- Maggiore facilità di accesso alle strutture ospedaliere con sede di DEA o Pronto Soccorso, in quanto percepiti dai cittadini come "più sicuri";
- Incremento dei flussi migratori, con presenza di un elevato numero di soggetti che utilizzano il Pronto Soccorso;
- Incremento degli spostamenti della popolazione, sia per motivi di lavoro (pendolarismo) che per macro/micro-turismo;

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

La conseguente aumentata richiesta al Sistema Emergenza-Urgenza provoca non pochi problemi, nei Pronto Soccorso degli ospedali della ASL nel garantire le risposte appropriate e tempestive e sono ormai documentate sia le difficoltà del sistema nel far fronte a tutte le richieste, sia i rallentamenti per la definizione delle situazioni cliniche e l'avvio all'eventuale dimissione/ricovero. Si ritiene che una quota non trascurabile di accessi al Pronto Soccorso possano essere evitabili, in particolare: quelli non preventivamente filtrati dalla medicina del territorio, in quanto il paziente identifica erroneamente nel Pronto Soccorso la sede idonea alla gestione del problema presentato, e quelli determinati da elevati tempi di attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale. Questa situazione impone azioni di riorganizzazione del servizio di emergenza urgenza, al fine di garantire un più appropriato utilizzo del sistema, con il superamento delle "legnosità organizzative" e la elaborazione di modelli a maggiore flessibilità, con sviluppo delle integrazioni/interazioni multiprofessionali sanitarie, assistenziali e sociali, attraverso la cabina di regia della direzione strategica aziendale.

*Altresì è ancora più cogente la qualificazione del sistema dell'emergenza urgenza a seguito anche dell'entrata in vigore in Italia della legge 30 ottobre 2014 n. 161 che recepisce, per il personale del Servizio sanitario nazionale, le direttive comunitarie 66 e 88/2003 concernente l'organizzazione dell'orario di lavoro. Al fine di*

*evitare la procedura di infrazione europea, il Parlamento italiano ha ripristinato, anche per la sanità pubblica, le regole del diritto comunitario già in vigore per tutti gli altri lavoratori.*

*Il rispetto degli orari identificati a livello europeo è, dunque, ora obbligatorio anche nel nostro ordinamento. I problemi pratici relativi all'attuazione, però, non mancano, infatti attualmente la Regione, è chiamata a predisporre piani di programmazione del fabbisogno del personale come adempimento da trasmettere ai tavoli di monitoraggio centrali (tavolo Mef, Comitato Lea, tavolo di attuazione del regolamento degli standard ospedalieri DM 70) coerenti con la rete ospedaliera, peraltro oggetto di rivisitazione.*

*Pertanto, la funzionalità del sistema sanitario sembra essere a rischio per la difficoltà di riorganizzare il lavoro rispettando le nuove norme.*

*A complicare ulteriormente la situazione sta il fatto che le assicurazioni che coprono il rischio professionale per le Aziende sanitarie in caso di incidente medico con evento avverso non garantiscono la copertura di tale incidente se perpetrato in condizioni di franca violazione delle disposizioni in materia di durata di orario e di riposi.*

***Il rispetto di limiti d'orario condiziona però anche la sicurezza del lavoratore, dei suoi colleghi e in generale di coloro che sono in contatto col lavoratore. Il legame fra disciplina dell'orario e protezione della sicurezza sul lavoro risulta con estrema chiarezza dalla disciplina comunitaria con tutte le conseguenze sanzionatorie, risarcitorie e personali.***

### **Cos'è il SISTEMA EMERGENZA URGENZA**

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

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

A seguito dell'emanazione del DPR 27 marzo 1992, l'Emergenza sanitaria sul territorio si è trasformata da "servizio" che prevedeva il semplice invio dell'ambulanza sul luogo dell'evento ed il successivo trasporto del paziente al Pronto Soccorso più vicino, ad un vero e proprio "sistema di soccorso", che consiste nell'integrazione delle fasi di soccorso con l'invio del mezzo meglio attrezzato per il così detto trattamento extraospedaliero

## **OBIETTIVI STRATEGICI PRIORITARI DEL SISTEMA**

- Integrazione della componente territoriale (fase di Allarme) con quella ospedaliera (fase Ospedaliera);
- Attivazione di procedure omogenee e uniformi di risposta alla fase di allarme (C.O. e numero 118);
- Garanzia di continuità delle cure attraverso un soccorso tempestivo, adeguato, secondo linee guida e processi clinici armonizzati, condivisi con la fase ospedaliera;
- Creazione di sinergie e integrazioni tra i presidi della rete ospedaliera aziendale.
- ***LINEE DI INTERVENTO***

### **1. Centrale Operativa**

La Centrale Operativa 118 , attiva 24 ore su 24, ha l'obiettivo di organizzare e gestire le attività di emergenza – urgenza sanitaria territoriale, assicurando il coordinamento di tutti gli interventi dal momento dell'evento sino all'attivazione della risposta ospedaliera più pertinente alla presa in carico del paziente, garantendo il trasporto all'ospedale più vicino e più idoneo alla gestione della patologia.

Il tipo di ambulanza è disposto dalla centrale operativa tenuto conto del triage effettuato.

La presa in carico del paziente è monitorata per le decisioni che possono mutare sia sulla scena del soccorso che durante il trasferimento in ambulanza, con necessità di rendez vous e trasferimenti presso i presidi della rete ospedaliera aziendale, interaziendale e interregionale, adeguati alle necessità del caso in trattamento.

In particolare, le funzioni della Centrale Operativa comprendono: la ricezione delle richieste di soccorso, la valutazione della complessità dell'evento definendone il grado di criticità, l'attivazione, l'intervento e il coordinamento dello stesso anche in collaborazione con gli altri Enti di Soccorso non sanitario (Vigili del Fuoco, Carabinieri, Polizia ecc..).

Oltre a definire il grado di criticità e complessità dell'evento accaduto e, conseguentemente, attivare l'intervento più idoneo utilizzando tutte le risorse a disposizione, la Centrale Operativa fornisce istruzioni telefoniche per l'esecuzione di manovre salvavita a coloro che sono presenti sulla scena.

La Centrali Operative 118 si avvale di soluzioni tecnologiche avanzate a garanzia della sicurezza dei sistemi di ricezione e gestione delle chiamate di soccorso, la geolocalizzazione dell'utente e il controllo in tempo reale della posizione dei mezzi di soccorso a disposizione. Dispone inoltre di sistemi di comunicazione radio e telefonici dedicati indispensabili per la gestione dei soccorsi.

E' in fase di valutazione da parte della direzione strategica l'innovazione tecnologica, informatica e telefonica che permetterà di rendere più sicuro e standardizzato il coordinamento degli interventi di soccorso, consentendo di gestire elevati volumi di attività e di avviare funzioni operative integrate ed interagenti con le altre ASL a livello regionale e delle aree di confine.

- **Come ci stiamo muovendo**

1. Determinazione del fabbisogno di personale delle C.O. 118 e rimodulazione delle postazioni territoriali in base a:
  - normativa vigente;
  - numero di chiamate;
  - dati della Continuità Assistenziale;
  - riorganizzazione della rete dei Punti di Primo Intervento PPI (dati di attività, competenze specialistiche, distanza degli stessi, viabilità di collegamento e presenza di postazioni del 118 territoriali);
2. Elisoccorso come da accordo Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano rep. N. 220 del 3 febbraio 2005 "Linee guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero".
3. Rete PS/DEA DCA 79/2016 e s.m.i.;
4. Formazione e aggiornamento di tutte le figure operanti nel sistema,
5. Rapporti con le Associazioni di volontariato: implementazione dei rapporti che consentano utilizzo ed impiego di personale volontario a supporto dei pazienti con difficoltà relazionali o familiari ospitati nelle strutture di Pronto Soccorso.
6. Rapporti con organizzazioni non sanitarie, Protezione Civile/ Forze dell'Ordine/ Vigili del fuoco.
7. Introduzione di percorsi che favoriscano la presa in carico di soggetti deboli o abusati (donne-bambini-anziani-fragili) così detti "*letti nascosti*" o "*codici rosa*".

### **Analisi di Contesto**

Il primo passo è quello di raccogliere una serie di informazioni sul contesto territoriale e aziendale e, in particolare, sull'organizzazione dei presidi di Pronto Soccorso e PPI.

Un secondo fondamentale passaggio è la costruzione della base dati sulla quale si svolgono le analisi per il monitoraggio:

- l'analisi è basata sugli accessi effettuati nei Pronto Soccorso della ASL relativamente all'anno 2018.
- l'elaborazione è stata effettuata su informazioni contenute nel flusso EMUR

Il Decreto del 17 dicembre 2008 di "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (EMUR) a successive modifiche, prevede l'istituzione del Sistema Informativo EMUR per la rilevazione delle informazioni relative alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza, con riferimento sia alle attività del Sistema territoriale 118 che alle attività del Pronto Soccorso.

Relativamente all'attività di Pronto Soccorso, il Sistema EMUR raccoglie una serie di informazioni che riguardano tutte le fasi relative ad un accesso in PS: identificazione della struttura erogatrice e dell'assistito; dati relativi all'accesso ed alla dimissione; dati relativi alle diagnosi ed alle prestazioni erogate; dati relativi alla valorizzazione economica dell'accesso.

Attualmente la risposta all'emergenza nella ASL 02 Abruzzo è organizzata secondo livelli di complessità crescente:

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

La Regione già con il DCA 11/2013 e successivamente con il DCA n.95 del 28 settembre 2015, al fine di ottenere una copertura assistenziale territoriale sicura, efficace e rispettosa dei tempi delle reti tempo dipendenti, ha riorganizzato il Sistema delle Postazioni Territoriali 118 che passano da 53 (DCA11/13) a 59. Il punto di partenza è quello di analizzare il reale fabbisogno 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 residenti e flussi migratori

**Tabella 1: Postazioni Territoriali del Sistema 118 – DCA 95/2015**

ASL	TIPOLOGIA POSTAZIONI	POSTAZIONI	ATTIVITA'
LANCIANO- VASTO- CHIETI	MSA	CHIETI	H24
		LANCIANO	H24
		VASTO	H24
		ORTONA	H24
		FRANCAVILLA	H24 ESTIVO/H12 Inverno
		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
	<b>TOTALE N. 14</b>		
MSB	CARUNCHIO	H12 DIURNO	
	TORREBRUNA	H12 NOTTURNO	
			<b>TOTALE ASL 15</b>

Il numero delle postazioni della Continuità Assistenziale, secondo il Decreto del Commissario ad Acta n. 61 del 27 agosto 2013.

ASL	AMBITI TERRITORIALI	SEDI DI CONTINUITA ASSISTENZIALI	
LANCIANO-VASTO-CHIETI		CASALBORDINO	
		SAN SALVO	
	VASTO	VASTO	
	CHIETI	CHIETI	
	FRANCAVILLA al MARE		FRANCAVILLA
			MIGLIANICO
	ORTONA		ORTONA
			TOLLO
	LANCIANO		FOSSACESIA
			LANCIANO
			ATESSA
	SANGRO AVENTINO		CASOLI
			LAMA DEI PELIGNI
			PIZZO FERRATO
			TORRICELLA PELIGNA
			VILLA SANTA MARIA
	GUARDIAGRELE		GUARDIAGRELE
			ORSOGNA
	ALTO VASTESE		CASTIGLIONE MESSER MARINO
			GISSI
		CARUNCHIO	
		PALMOLI	
		Celenza ST in proroga	

Con Delibera G.R. n. 689/2016 è stato approvato il Programma di riordino dei Punti di Primo Intervento. 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. Tali riconversioni hanno interessato Casoli, Gissi, Guardiagrele e Ortona mentre Atezza con la DGR 824/2018 conserva il PS.

- **Presidi sede di DEA di I livello sono Lanciano, Vasto e Chieti che ha come stabilimento ospedaliero per attività programmate il presidio di Ortona, il PO di zona disagiata è quello di Atezza.**

#### Funzioni dei DEA

DENOMINAZIONE STRUTTURA	RETE CARDIOLOGICA	RETE STROKE	RETE TRAUMA	RETE NASCITA
OSPEDALE SS.ANNUNZIATA - CHIETI - ORTONA	HUB CARDIOCHIRURGICO	I LIVELLO	CTZ	II LIVELLO
OSPEDALE RENZETTI - LANCIANO	UTIC	I LIVELLO	PST	I LIVELLO
OSPEDALE PROVINCIALE - VASTO	UTIC	I LIVELLO	PST	I LIVELLO

#### ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO

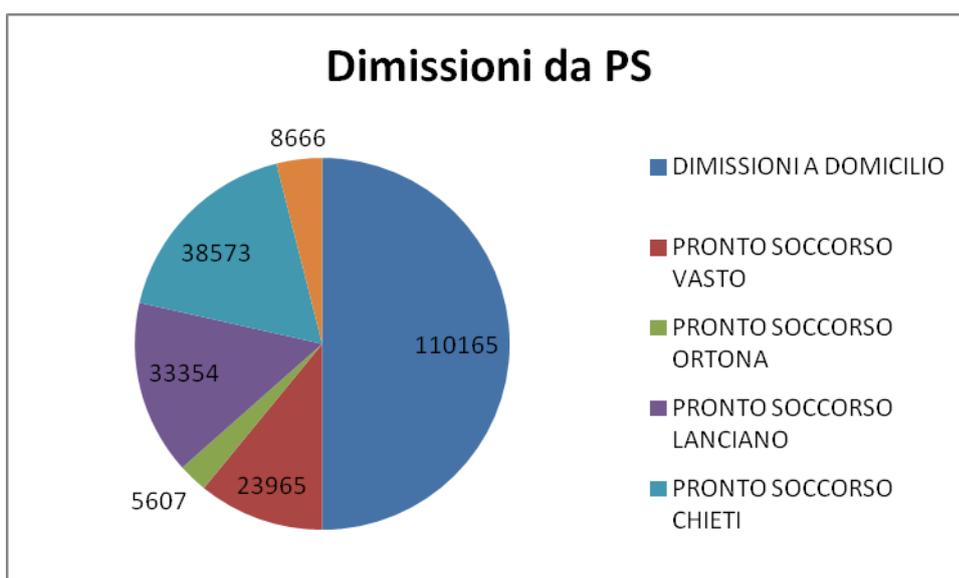
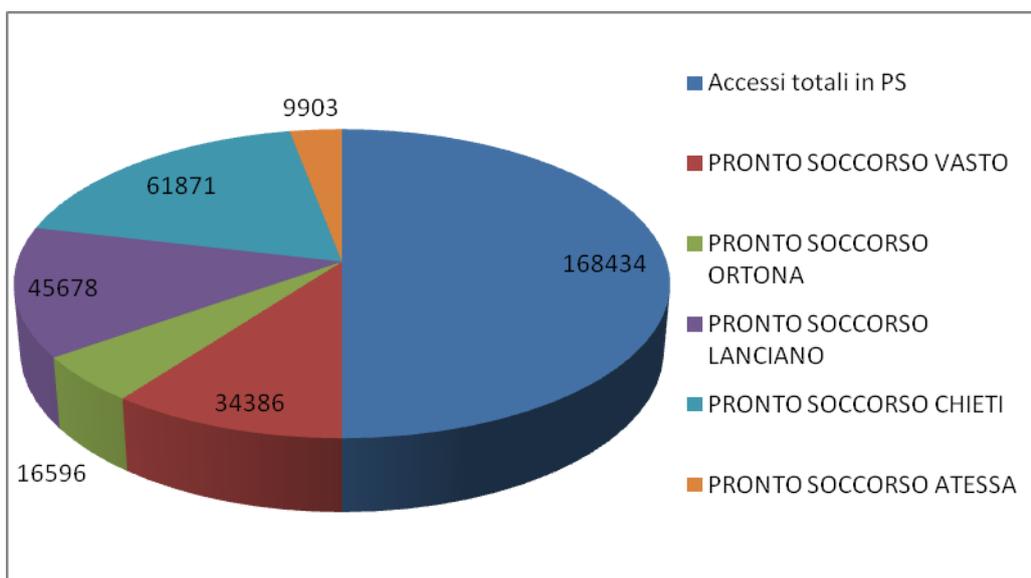
Nell'anno 2018 sono stati registrati nei PS della Regione Abruzzo 524.975 accessi; di questi circa il 18% sono stati effettuati dal PS del Presidio Ospedaliero di Pescara e circa il 12% da quello del Presidio Ospedaliero di Chieti. Nella tabella vengono riportati gli accessi totali effettuati nel 2018 per singolo Presidio Ospedaliero.

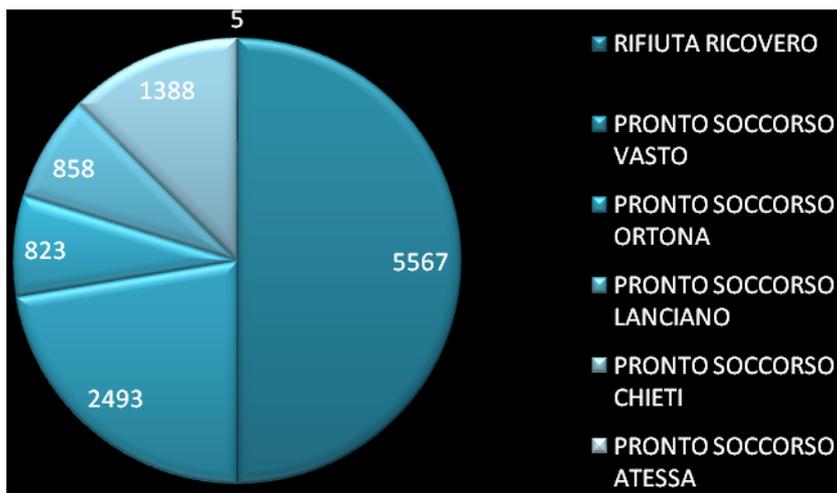
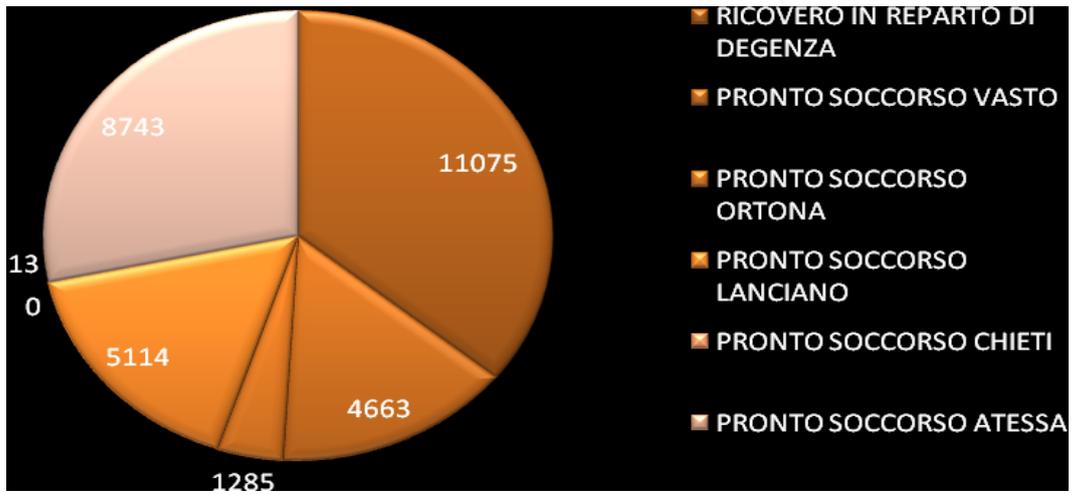
**Tabella: Accessi Totali in Pronto Soccorso– Anno 2018**

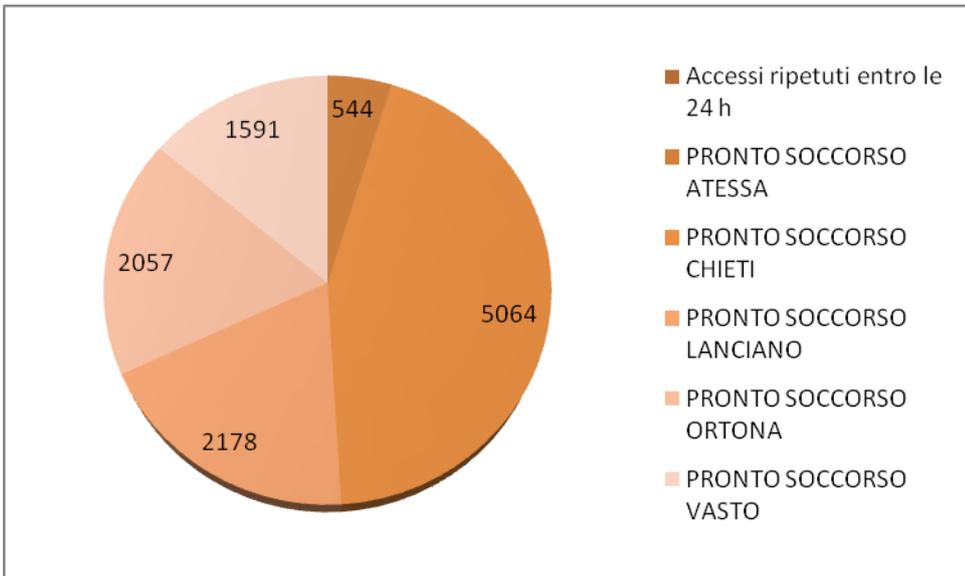
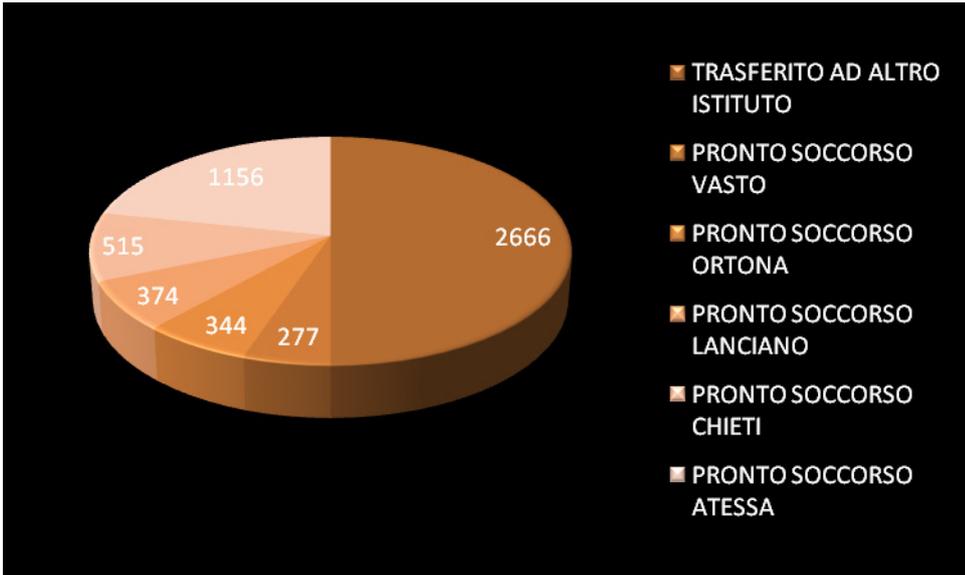
ASL	PRESIDIO OSPEDALIERO	ACCESSI TOTALI	%
202	OSPEDALE CIVILE "GAETANO BERNABEO"-ORTONA	16581	3,16%
	OSPEDALE CIVILE RENZETTI-LANCIANO	45423	8,65%
	OSPEDALE CIVILE-ATEZZA	9784	1,86%
	OSPEDALI RIUNITI SS. ANNUNZIATA-CHIETI	61831	11,78%
	PRESIDIO OSPEDALIERO-VASTO	34120	6,50%

**Tabella : Accessi Totali in Pronto Soccorso per mese – Anno 2018**

PRESIDIO SEDEDIP.S.	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
PO-CHIETI	8,5%	7,5%	8,5%	9,0%	8,5%	8,5%	9,0%	9,2%	8,0%	8,2%	7,4%	7,6%
PO-LANCIANO	7,9%	6,8%	8,2%	8,8%	8,7%	8,6%	9,4%	10,0%	8,2%	8,0%	7,4%	7,9%
PO-VASTO	8,2%	6,6%	7,9%	8,5%	8,1%	8,5%	10,1%	11,2%	7,8%	8,2%	7,3%	7,4%
PO-ATESSA	8,6%	7,2%	7,6%	8,3%	8,1%	8,9%	9,0%	9,0%	8,9%	8,4%	7,8%	8,0%
PO-ORTONA	7,8%	7,1%	8,2%	8,4%	9,3%	8,9%	10,1%	9,8%	8,2%	7,8%	7,2%	7,2%
<i>MEDIA REGIONALE</i>	8,4%	7,1%	8,1%	8,6%	8,5%	8,6%	9,4%	10,2%	8,1%	8,0%	7,4%	7,7%







**INDICATORE 1:** QUOTA DI DOMANDA POTENZIALMENTE ORIENTABILE VERSO ALTRE STRUTTURE

**NUMERATORE :** N° DEGLI INTERVENTI IN AMBULANZA

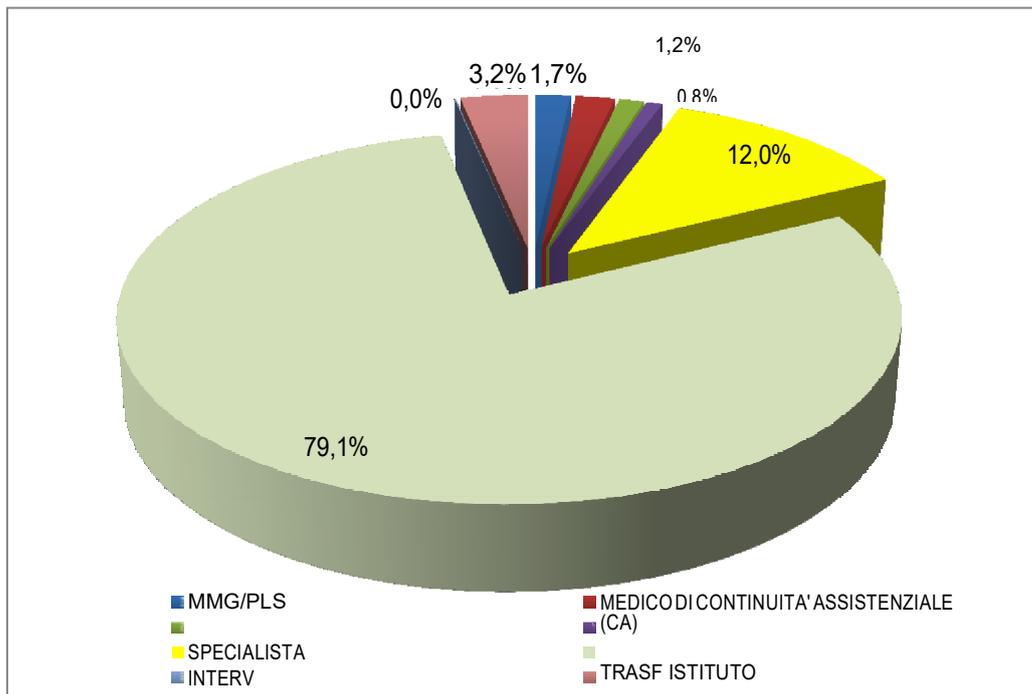
**DENOMINATORE:** N° ACCESSI TOTALI IN PS

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

ASL	P. O.	ACCESSI TOTALI	Interventi Con Ambulanza	%
202	OSPEDALE CIVILE "GAETANO BERNABEO"-ORTONA	16581	2277	7,3%
	OSPEDALE CIVILE RENZETTI-LANCIANO	45423	3800	12%
	OSPEDALE CIVILE-ATESSA	9784	1100	8,9%
	OSPEDALI RIUNITI SS. ANNUNZIATA-CHIETI	61831	7179	8,6%
	PRESIDIO OSPEDALIERO-VASTO	34120	3775	9%

#### ACCESSI PER TIPOLOGIA DI INVIO

Dall'analisi dei dati estratti dal flusso EMUR si evince che per il 79,1% l'utente si rivolge al PS per "Decisione propria"; tutte le altre modalità di invio rappresentano una parte residuale degli accessi totali. Si noti come l'accesso per "Intervento del 118" rappresenta solo il 12%.



- ☒ MMG/PLS = Medico di Medicina Generale/Pediatra libera Scelta;
- ☒ MCA= Medico di Continuità Assistenziale;
- ☒ SPEC= Specialista;
- ☒ TRASF ISTITUTO= Trasferito da altro istituto;
- ☒ INTERV CO 118 = Operatore di mezzo di soccorso 118 o pubblico;
- ☒ DECISIONE PROPRIA =Comprende anche la decisione assunta da un genitore per un minore;
- ☒ STRUTT PENIT = Struttura penitenziaria.

## TRIAGE DI ACCESSO

Il Triage indica il livello di urgenza assegnato all'assistito e quindi il livello di priorità della visita medica assegnata al paziente.

Il livello di urgenza viene codificato attraverso l'attribuzione dei seguenti colori:

**ROSSO** – Molto critico. Priorità massima, pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure

**GIALLO** – Mediamente critico. Priorità intermedia

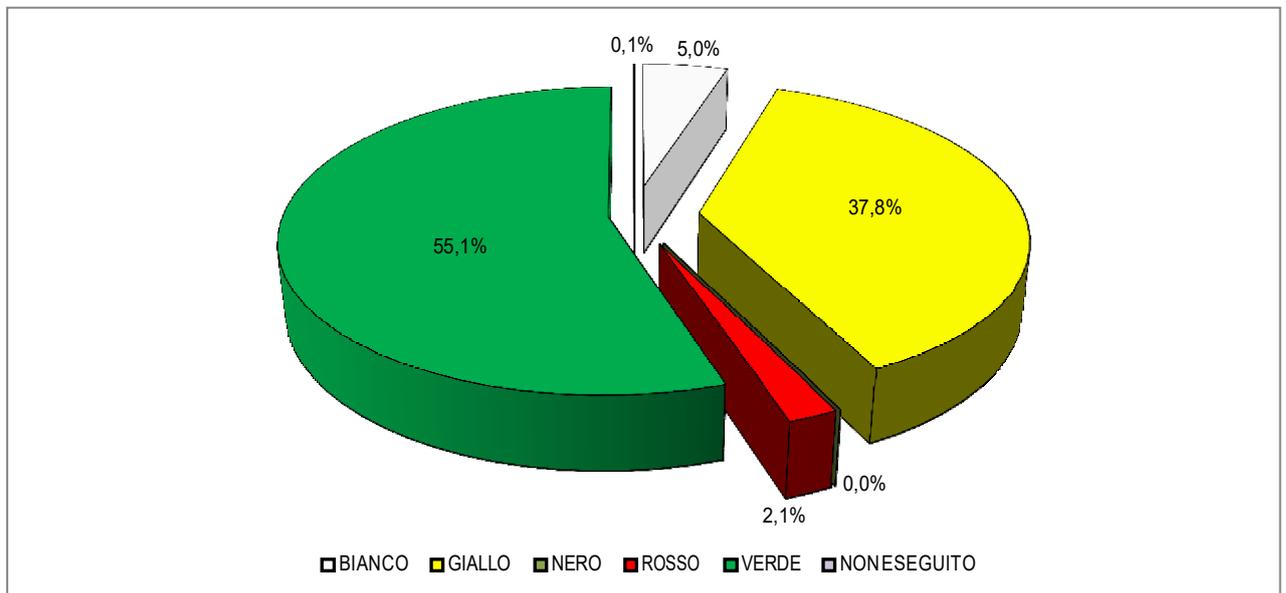
**VERDE** – Poco critico. Priorità bassa, prestazione differibile

**BIANCO** – Non critico. Paziente non urgente

**NERO**– Deceduto

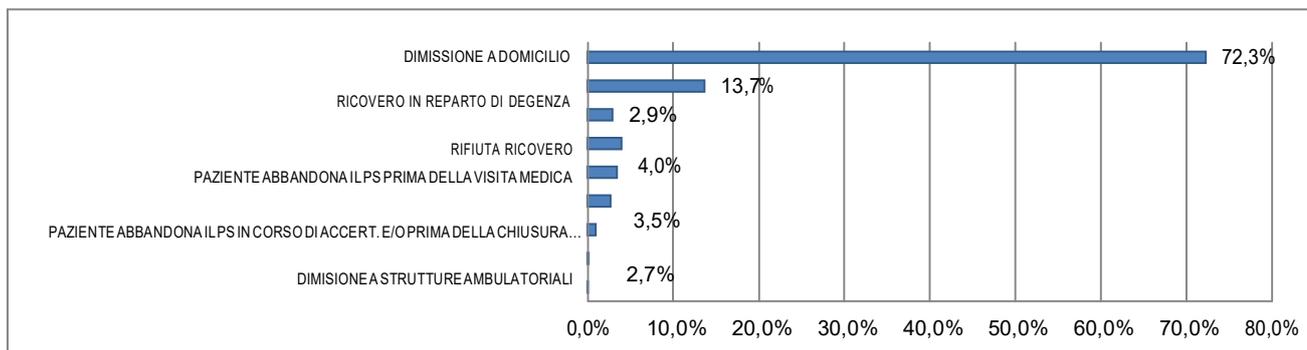
**Percentuale di accessi per codice colore secondo le specifiche EMUR nella Regione Abruzzo**

**Anno 2018**



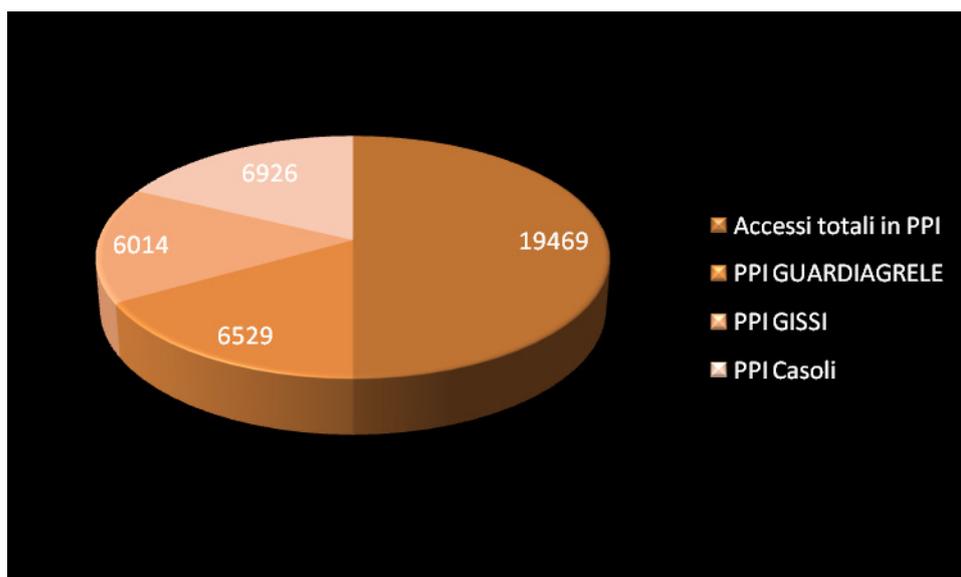
## ESITO TRATTAMENTO

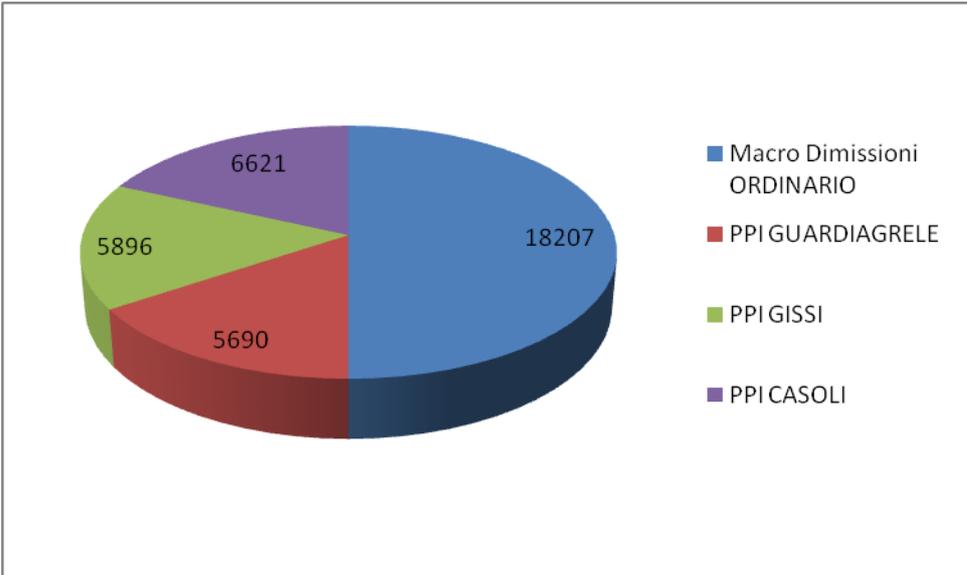
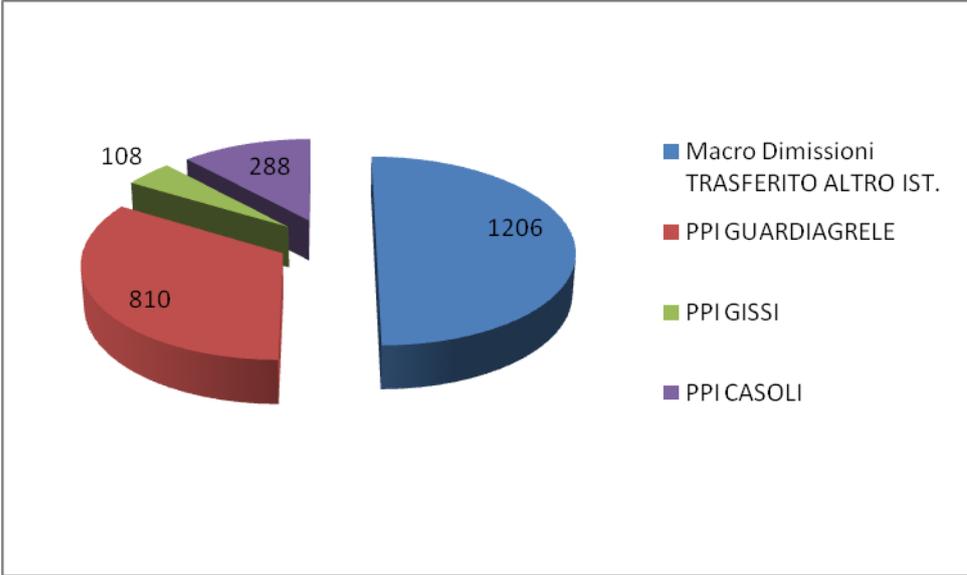
Grafico: Percentuale di distribuzione dell'ESITO TRATTAMENTO nella regione Abruzzo anno 2018

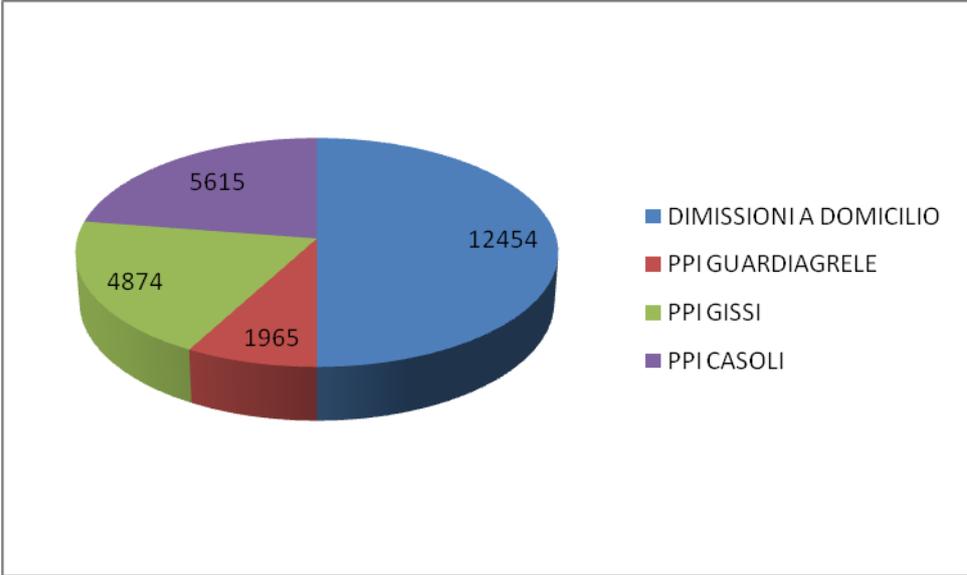
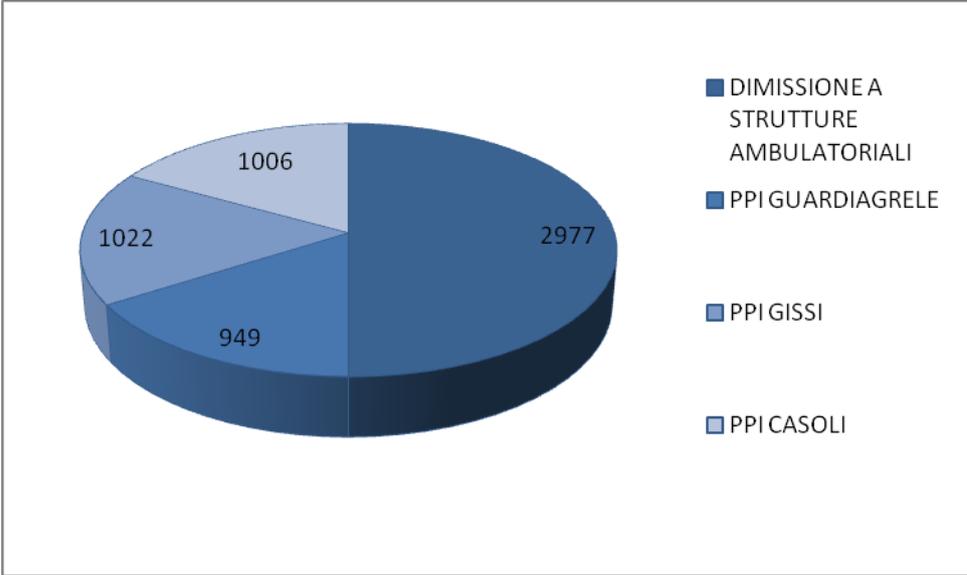


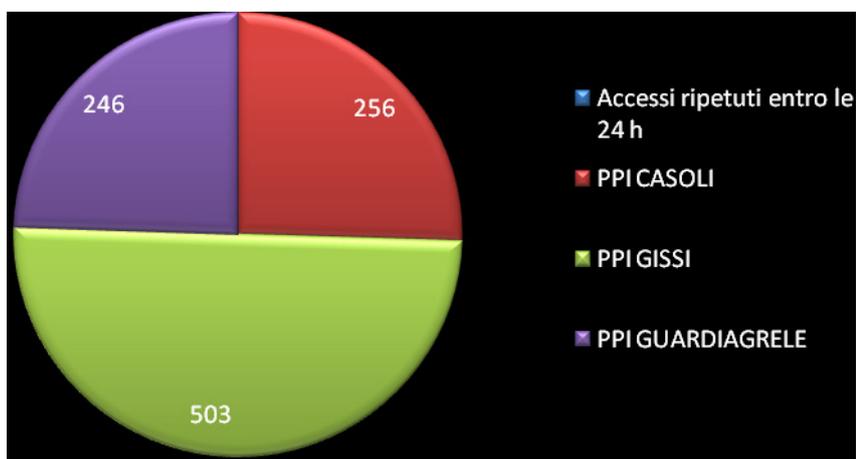
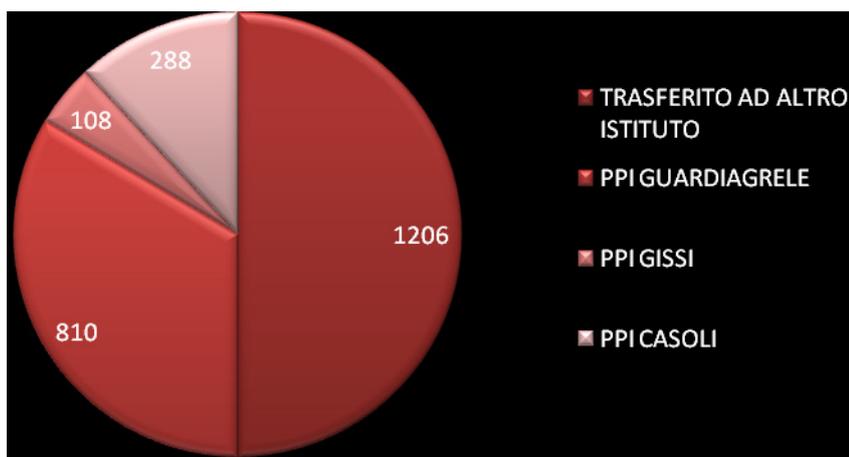
Dall'analisi dei dati dal flusso EMUR si evidenzia come la "Dimissione a domicilio" si configura come l'esito del trattamento più rappresentativo (72,3% degli accessi totali) e che il "Ricovero in reparto di degenza" rappresenta solo il 13,7% degli accessi totali.

## Attività dei Punti di Primo Intervento PPI









<i>Casi Traumatici</i>		
<i>N° casi traumatici</i>	<b>3452</b>	<b>17,73%</b>
<i>PRONTO SOCCORSO GUARDIAGRELE</i>	<b>2017</b>	<b>10,36%</b>
<i>PRONTO SOCCORSO GISSI</i>	<b>498</b>	<b>2,56%</b>
<i>PRONTO SOCCORSO CASOLI</i>	<b>937</b>	<b>4,81%</b>
<i>N° casi non traumatici</i>	<b>16017</b>	<b>82,27%</b>
<i>PRONTO SOCCORSO GUARDIAGRELE</i>	<b>4512</b>	<b>23,18%</b>
<i>PRONTO SOCCORSO GISSI</i>	<b>5516</b>	<b>28,33%</b>
<i>PRONTO SOCCORSO CASOLI</i>	<b>5989</b>	<b>30,76%</b>

*I dati sono suggestivi di accessi per problematiche risolvibili in ambulatorio in quanto più del 90% delle persone che accedono sono dimessi con l'invio al proprio domicilio.*

### **Qualificazione del Modello Organizzativo**

#### **Articolazione delle tre fasi:**

##### **Fase di Allarme - Centrale operativa - 118**

#### **Centrale Operativa**

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

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

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

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

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

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

Dal rapporto fornito dalla Centrale Operativa 118 di Chieti, si evince che alcune postazioni Medicalizzate hanno un'incidenza di uscite a volte al di sotto di 1 al giorno.

### **FASE TERRITORIALE**

Il nuovo modello organizzativo deve prevedere uno sviluppo del servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato in grado di affrontare e condividere le procedure con le attività distrettuali e con la

rete ospedaliera a garanzia di una continuità dell'assistenza anche attraverso la gestione dei trasferimenti secondari urgenti a carico del 118 e la trasmissione di immagini e dati.

### **Mezzi di Soccorso Differenziati**

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

### **Tipologia di mezzi:**

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

### **Postazioni Territoriali**

#### **Attività anno 2018**

POSTAZIONE	AMBULANZA	ATTIVITA'	MEZZO	INTERVENTI 2018	MENSILI	AI GIORNO
CHIETI	1 Medicalizzata	h.24	Aziendale	7179	598	20
Chieti II U.	1 INDIA	h.12	Croce Rossa			
Guardiagrele	1 Medicalizzata	h.24	Croce Rossa	620	51	1,7
Francoavilla	1 Medicalizzata	h.12	Valtrigno	1134	94	3,1
Ortona	1 Medicalizzata	h.24	Aziendale	2277	190	6,3
Lanciano	1 Medicalizzata	h.24	Croce Rossa	3800	316	10,5
Lanciano II U.	1 INDIA	h.12	Croce Gialla			
Atessa	1 Medicalizzata	h.24	Croce Gialla	1100	91	3
Casoli	1 Medicalizzata	h.24	Croce Gialla	1200	100	3,3
Vasto	1 Medicalizzata	h. 24	Aziendale	3775	314	10,5
S. Salvo	1 Medicalizzata	h.24	Valtrigno	1619	135	4,5
Gissi	1 Medicalizzata	h.24	Aziendale	718	60	2
Castiglione	1 Medicalizzata	h.24	Valtrigno	407	34	1,1
Lama-Torricella	1 Medicalizzata	h.24	Valtrigno	700	58	1,9
Villa S. Maria	1 Medicalizzata	h.24	Croce Gialla	300	25	0,8
Torrebruna-Carunchio	1 INDIA	h.24	Valtrigno	220	18	0,6

Il fabbisogno delle postazioni territoriali è stato individuato utilizzando la metodologia descritta dall'Agenas nel documento "La rete dell'emergenza urgenza" pubblicato sulla rivista Monitor n.27/11. La formula utilizzata per la definizione del fabbisogno di ambulanze medicalizzate è quella che parametrizza non solo il bacino di utenza e la superficie territoriale ma anche l'assetto geografico del territorio.

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

Applicando la formula sopra descritta risulta per la ASL il seguente fabbisogno di postazioni territoriali  
**Numero 8 Postazioni territoriali di ambulanza medicalizzata.**

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

$$\frac{(PRP/50.000)+(PRM/20.000)}{2} * 1440 \text{ min. (24 ore)} = \text{minuti di assistenza BLS - giorno}$$

**Numero 5 Postazioni di soccorso di base (MSB);**

Attualmente la programmazione Regionale ha stabilito sul territorio della ASL Lanciano Vasto Chieti numero 15 postazioni con ambulanza, di cui 13 medicalizzate e 2 INDIA. Pertanto si ritiene di conservare tutte le postazioni e riconfigurare e riqualificare l'offerta, attraverso un funzionale utilizzo delle risorse umane a disposizione a garanzia della migliore e qualificata risposta all'emergenza territoriale secondo protocolli aziendali condivisi e omogeneamente.

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

## **FASE OSPEDALIERA**

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

Rete di strutture differenziate:

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

## **PUNTI DI PRIMO INTERVENTO**

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 H12e 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: *“Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”* è stata prevista la possibilità di attivazione del PPI con le seguenti modalità organizzative:

- 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

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.

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

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

I Punti di Primo Intervento (PPI) sono individuati:

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

## **PRONTO SOCCORSO**

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

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) pari al 2-3%<sup>2</sup> della dotazione complessiva del Presidio Ospedaliero.

## **II DEA**

IL DEA (Dipartimento di Emergenza Accettazione) rappresenta una aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa. Il DEA comprende oltre alle unità che fanno parte esclusivamente di essa (Medicina e Chirurgia di Accettazione e D'Urgenza, Unità di Osservazione Breve, Unità Operativa di Anestesia Rianimazione e Terapia intensiva, Unità Operative di Medicina di Urgenza laddove attivate) e anche unità che appartengono ad altri dipartimenti ed entrano a far parte della "funzione emergenza" attraverso la condivisione di modelli operativi definiti da linee guida e da protocolli che dovranno essere adottate da tutte le unità operative individuate come operanti nell'ambito del DEA.

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

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

---

<sup>2</sup> Delibera di Giunta Regionale n. 545 del 23 giugno 2008

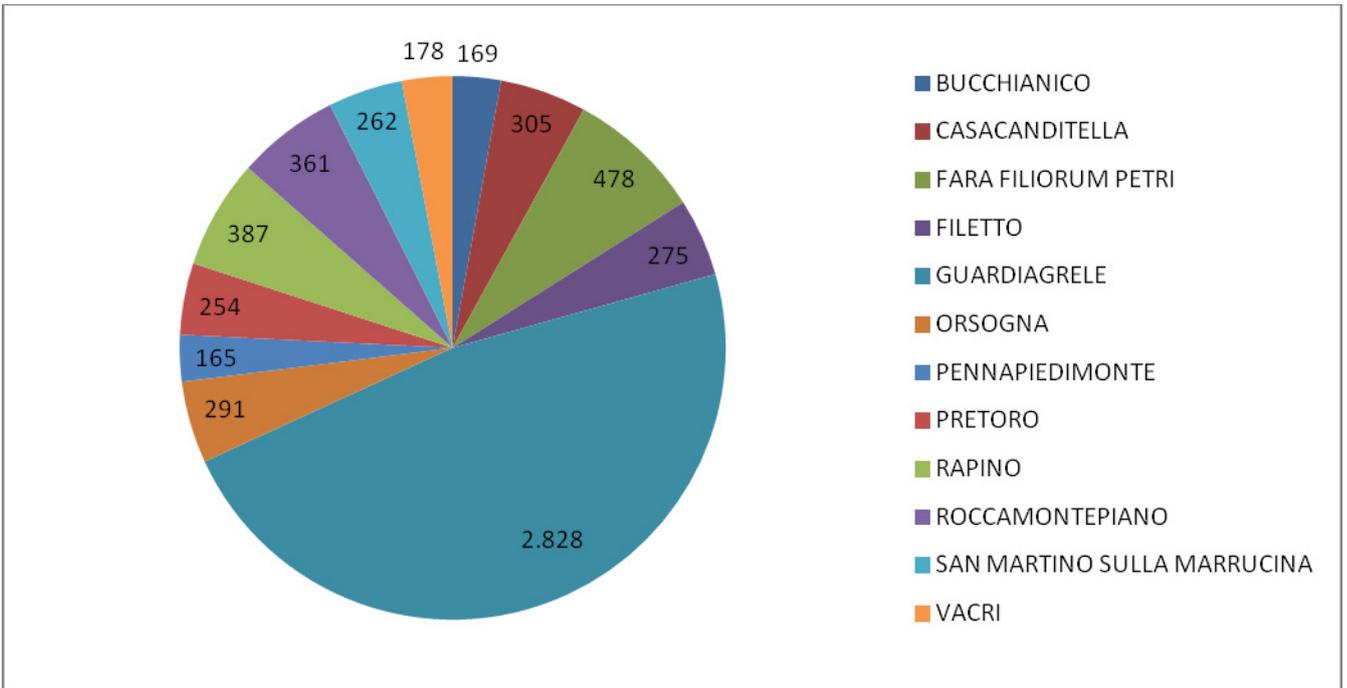
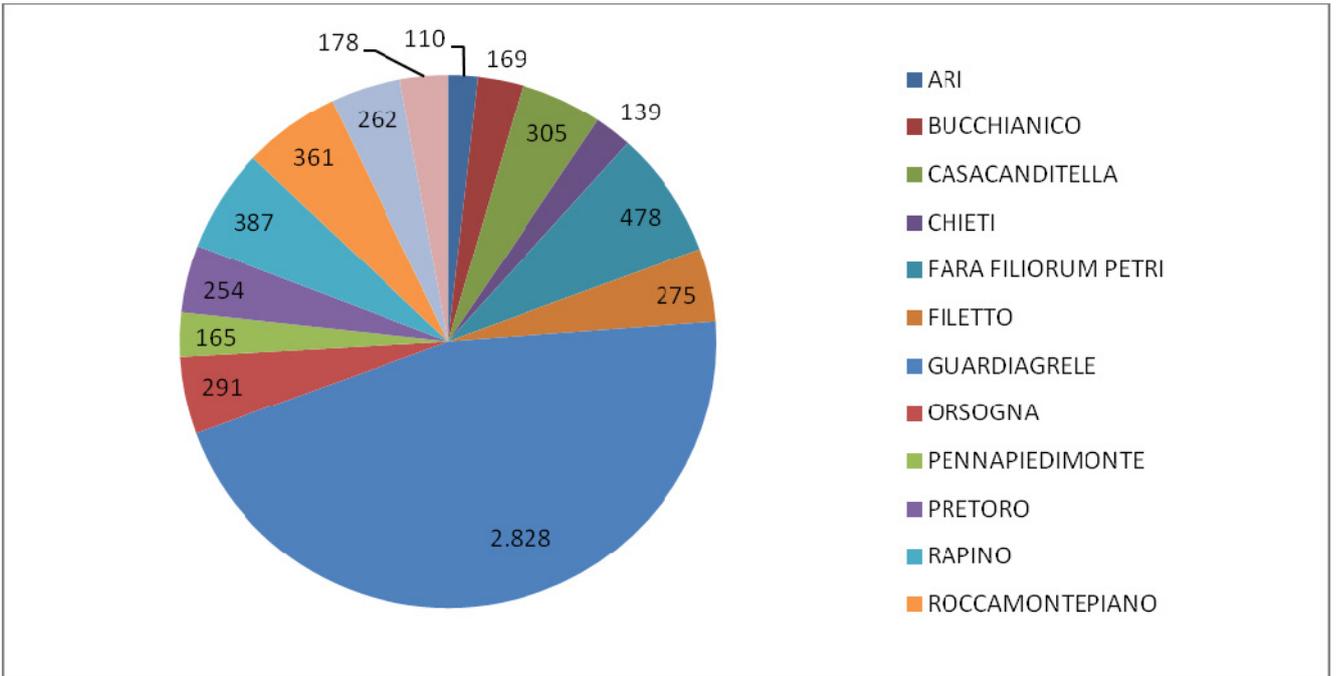


Figura 1 Accessi PPI Guardiaagrele per Comuni del bacino di utenza (6202 su 6676)

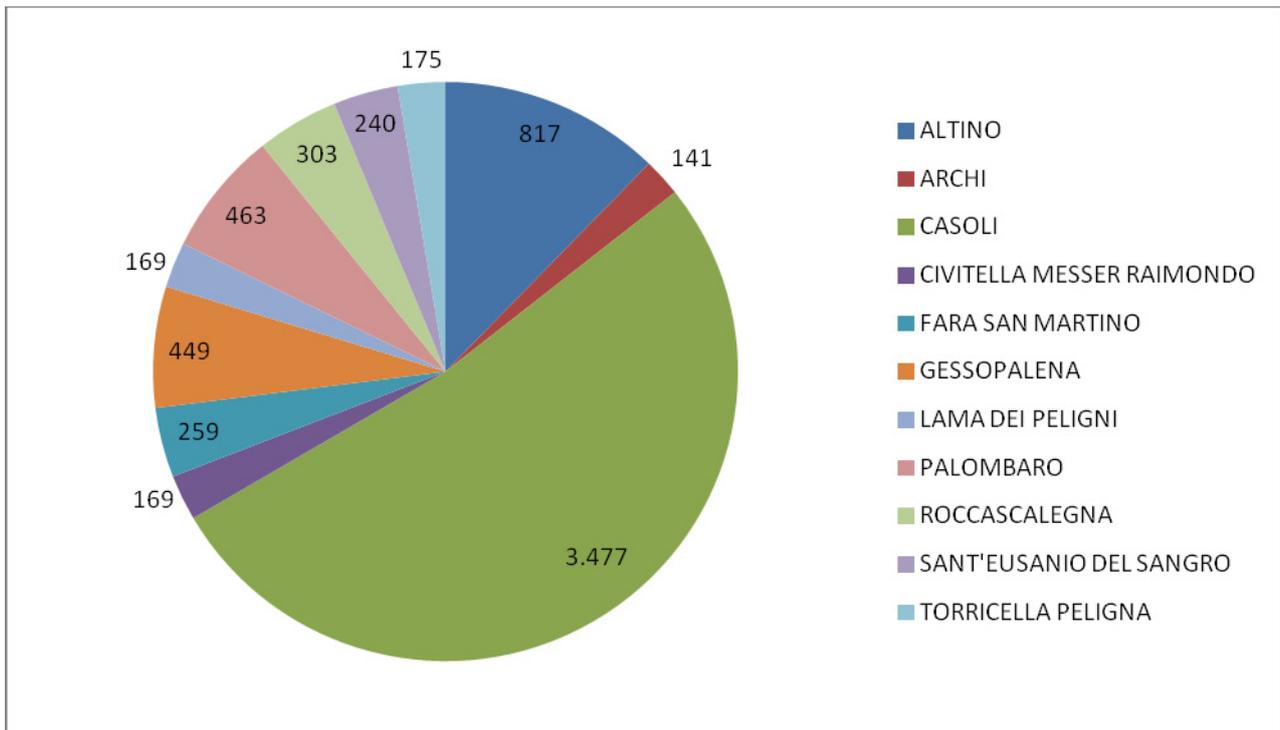


Figura 2 Accessi PPI Casoli Comuni del bacino di utenza ( 6662 su 7240 )

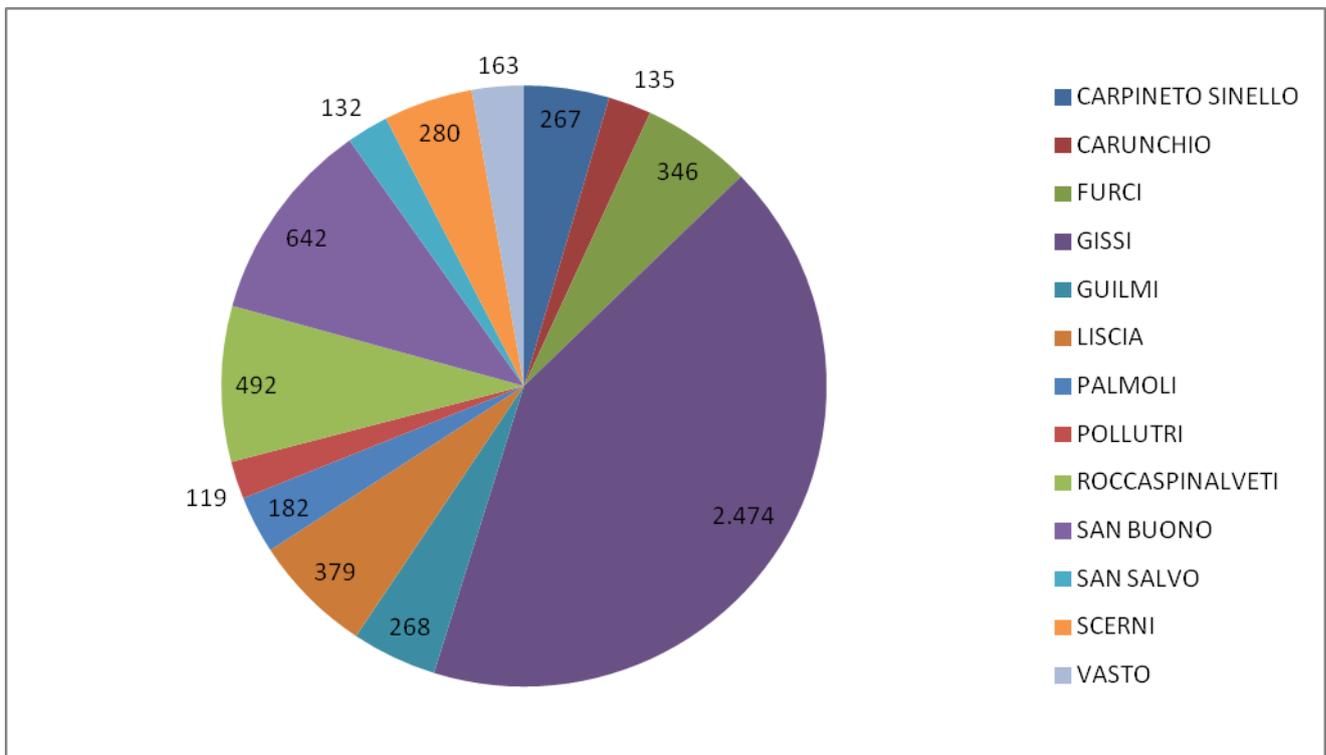
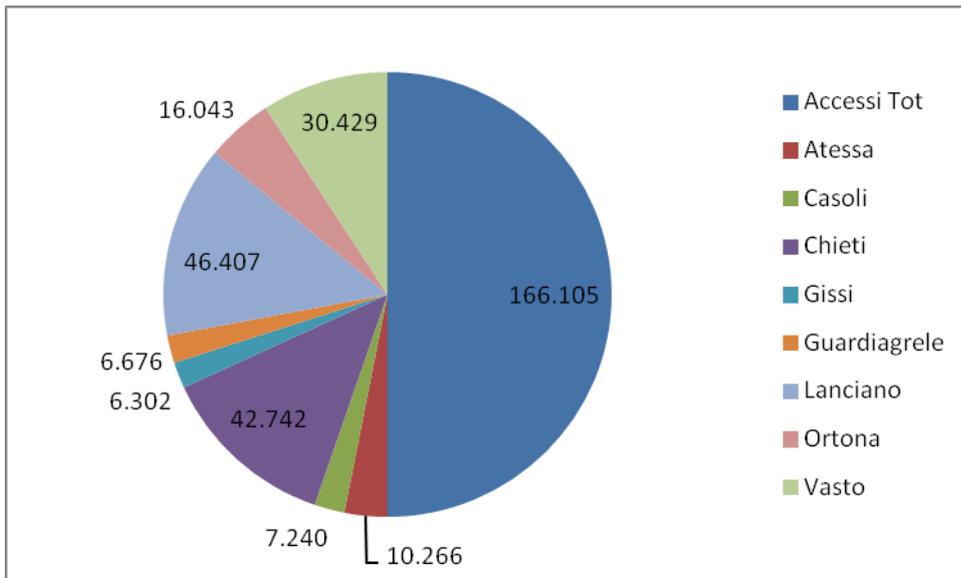


Figura 3 Accessi PPI Gissi Comuni del bacino di utenza ( 5879 su 6302 )



**Figura 4 Accessi PPSS e PPPPII ASL**