



**REGIONE  
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO  
SPORT PER TUTTI**

***Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza  
Urgenza della Regione Puglia***

## INTRODUZIONE

L'emergenza è un momento critico per l'intero sistema sanitario. In tempi rapidissimi, in qualsiasi momento delle 24 ore, è necessario prendere in carico un paziente con una possibile situazione di pericolo di vita e sottoporlo ad accertamenti e terapie urgenti. Questo compito richiede un sistema capillare di antenne in grado di fare una prima diagnosi e avviare in modo corretto il paziente al centro più appropriato per effettuare le diagnostiche e le terapie che salvano la vita e che promuovono la possibilità di un recupero successivo del paziente verso un'esistenza il più possibile normale. Le attività ospedaliere programmate sono più facili da costruire se la rete ospedaliera soddisfa con tempestività ed efficacia le esigenze dell'emergenza-urgenza.

Il sistema di Emergenza – Urgenza in ambito sanitario rappresenta l'insieme delle funzioni di soccorso, trasporto e comunicazione, organizzate al fine di assicurare l'assistenza sanitaria al verificarsi di un'emergenza o urgenza. Al sistema afferiscono diversi servizi collegati ed organizzati di strutture ospedaliere ed extraospedaliere tra loro funzionalmente integrate che si articolano in una configurazione a rete composta da:

- centrale operativa, dotata di numero di accesso breve ed unico ("118") su tutto il territorio nazionale, sulla quale convergono tutti i collegamenti di allarme sanitario, in grado di coordinare il Sistema di Emergenza Territoriale;
- un sistema territoriale che opera nella fase di "allarme" garantendo la modulazione della risposta sanitaria ed assicurando la tempestiva stabilizzazione ed il trasporto del paziente alla struttura sanitaria più appropriata;
- un'insieme di servizi e strutture ospedaliere funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati che operano nella fase di "risposta" al fine di garantire l'assistenza necessaria attraverso l'inquadramento diagnostico, l'adozione di interventi terapeutici adeguati, l'osservazione clinica e l'eventuale ricovero del paziente.

Nel presente documento viene affrontato in maniera organica il sistema di Emergenza – Urgenza della Regione Puglia, nella imprescindibile consapevolezza che una programmazione in questo settore deve necessariamente considerare le ricadute sulla rete ospedaliera dell'elezione e su quella territoriale. L'elemento essenziale del sistema è la reale e continua integrazione tra le tre reti (rete dell'emergenza-urgenza, rete ospedaliera e rete territoriale), che avviene attraverso una programmazione contemporanea e coerente nei tre ambiti creando e favorendo al massimo gli strumenti anche tecnologici e informatici di dialogo, accessibilità e presa in carico, pur mantenendo rigorosamente separata la mission di ciascuna di esse.

Occorre tuttavia, tenere presente che la Regione ha avviato un percorso di profonda revisione del sistema della emergenza-urgenza culminato con la **approvazione da parte della Giunta Regionale del Disegno di legge n. 157 del 2 agosto 2018**, con cui la Giunta Regionale ha

approvato uno schema di Disegno di Legge che innova profondamente il sistema con la costituzione di una Azienda regionale per l'emergenza urgenza (AREU Puglia) . Il disegno di legge di istituzione dell'Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza, attualmente in attesa di calendarizzazione per la discussione in Consiglio Regionale, si pone l'obiettivo di dotare la Regione di un nuovo modello organizzativo nell'ambito dell'emergenza urgenza territoriale, che nel superare l'attuale assetto ricomprenda **sia la fase di allarme e di risposta extraospedaliera, sia, a regime, la fase di risposta ospedaliera**, assicurando a tutti gli operatori del sistema i diritti fondamentali assicurati a chi presta il proprio lavoro nel servizio sanitario.

L'AREU PUGLIA sarà una azienda sovraterritoriale dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e gestionale, sottoposta alla vigilanza della Giunta regionale, con compiti di gestione del sistema di emergenza e urgenza sanitaria della Regione Puglia, nel rispetto della programmazione e delle direttive della Regione Puglia – Dipartimento Promozione della salute.

Come illustrato negli incontri già svolti, nella fase iniziale la riforma si incentrerà sulla parte territoriale, per poi prevedere, in una fase successiva, la piena integrazione con la parte ospedaliera.

Il disegno di legge prevede che il sistema informativo dell'assistenza in Emergenza-Urgenza supporti le attività ed i servizi territoriali del Sistema 118 ed il coordinamento con le strutture ospedaliere di accettazione d'urgenza al fine di favorire una sempre maggiore tempestività ed efficacia dell'intervento, oltre a garantire la continuità assistenziale delle cure a beneficio dell'assistito.

Il sistema di allarme sanitario poggia su una Centrale Operativa Regionale, con compiti di coordinamento e 5 centrali operative provinciali, che ne rappresentano l'articolazione territoriale.

Entro 90 giorni dall'insediamento degli organi istituzionali è prevista l'adozione di un protocollo operativo, sulle modalità di governo della gestione dell'allarme sanitario e di comunicazione tra centrale regionale e centrali provinciali, ivi compresa la definizione delle aree di confine tra le aree di competenza delle diverse centrali provinciali e le modalità di gestione delle chiamate provenienti da tali aree.

Il Presidente della Giunta Regionale procederà alla nomina, a capo della costituenda Azienda, di un Direttore generale, con le modalità e le procedure stabilite dalla normativa vigente per il conferimento degli incarichi di Direzione generale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale. IL DG dovrà dunque essere iscritto all'apposito Albo.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'AREU PUGLIA saranno disciplinati dall'Atto aziendale, adottato dal Direttore generale entro 90 giorni e sottoposto all'approvazione della Giunta regionale su proposta dell'Assessore alle Politiche della Salute.

Dall'AREU PUGLIA dipenderà a regime tutto il personale incardinato nel Sistema di Emergenza Urgenza come declinato nell'art. 1, comma 3 dello s.d.l. In particolare, **fermo restando quanto**

**previsto dalla disciplina nazionale** in materia di accesso all'impiego nel Servizio Sanitario, tutto il personale impiegato nel servizio di emergenza – territoriale 118 avrà un **rapporto di dipendenza con il SSR**. Al personale dell' AREU PUGLIA si applicheranno le disposizioni legislative e contrattuali vigenti per il personale del Servizio sanitario regionale.

Particolarmente complesso è il passaggio dei medici convenzionati attualmente in servizio nel 118 alle dipendenze dell'Azienda, a causa di rilevanti ostacoli normativi (mancanza di specializzazione necessaria per ingresso nel SSN, assenza di disposizioni speciali su passaggio alla dipendenza, limiti alla facoltà di assumere personale).

Pertanto, nelle more della completa attuazione del nuovo assetto dettato dalla presente legge e della definizione delle modalità per l'eventuale passaggio alla dipendenza del personale, i medici impiegati nel servizio di emergenza 118 potranno **continuare ad essere impiegati in regime di convenzione (art. 16)**.

Occorre inoltre evidenziare che, nelle more della costituzione della AREU Puglia, la Regione ha già in corso un percorso di adeguamento della regolamentazione relativa all'affidamento delle postazioni 118 alle previsioni del Codice del Terzo Settore (D.lgs.n.117/2017), che andranno ad incidere pesantemente sull'organizzazione delle postazioni da parte delle associazioni di volontariato, già prima della attuazione delle norme istitutive della Agenzia. In particolare le disposizioni contenute agli artt. 56 -57 del testo richiamato, nella misura in cui prevedono il solo rimborso delle spese documentate "entro limiti massimi e alle condizioni preventivamente stabilite dall'ente medesimo", come puntualizzato dall'art.17, con divieto di rimborsi forfetari, costituiscono un serio argine a possibili abusi ed irregolarità.

Il sistema vedrà dunque nei prossimi mesi una profonda trasformazione da cui non potrà essere esclusa anche una ulteriore revisione della rete territoriale dell'emergenza urgenza in termini di numero di postazioni, collocazione delle stesse, tipologia di equipaggi. Tale revisione, attualmente in corso di valutazione da parte degli uffici, sarà oggetto di specifici atti deliberativi nel corso del 2019.

\*\*\*

Con riferimento alla situazione attuale, a seguito dell'emanazione del **DPR 27 marzo 1992** "*Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei Livelli di assistenza sanitaria di emergenza*", G.U. n. 76 del 31/03/92, si è assistito ad una radicale trasformazione dei Servizi di emergenza, nel tentativo di sviluppare il passaggio delle offerte di prestazioni, sia territoriali che ospedaliere, ad un vero e proprio "Sistema di Emergenza" che vede i diversi soggetti istituzionali, Centrale Operativa (C.O.) 118 e Dipartimenti di Emergenza – Urgenza e Accettazione (DEA) tra

loro integrati e cooperanti al fine di garantire l'omogeneità e la continuità tra il Sistema di emergenza Territoriale 118 e i Pronto Soccorso/DEA che sono le componenti essenziali del complesso sistema dell'emergenza sanitaria.

Con la **Delibera di Giunta Regionale n. 2624 del 30/11/2010** e la successiva **Legge Regionale n. 2 del 09/02/2011** si è proceduto all'”*Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Puglia per l'approvazione del Piano di Rientro e di Riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico: Piano di Rientro e di Riqualificazione 2010-2012*”. A seguire con **Delibera di Giunta Regionale n. 1388 del 21/06/2011** sono stati individuati i ”*Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del SSR ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012*” , mentre con **Delibera di Giunta Regionale n. 1110 del 05/06/2012** è stato modificato ed integrato il Regolamento Regionale 16 dicembre 2010, n.18 e s.m.i. di “*Riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia*”.

La Regione Puglia, con la **Delibera di Giunta Regionale n. 2413 del 10/12/2013**, ha istituito il comitato tecnico-regionale per l'Emergenza – Urgenza con l'obiettivo di formulare una proposta di riorganizzazione e di ottimizzazione della “Rete Emergenza - Urgenza”, attraverso la ricognizione dei bisogni e l'analisi dello stato dell'arte, con particolare riferimento all'erogazione di prestazioni volte alla stabilizzazione del paziente critico, all'appropriatezza del ricovero in Ospedale per acuti, alla riduzione del ricorso a strutture specialistiche di II livello e all' efficace collegamento tra strutture ad elevata specialità. Azioni integrate che permetteranno di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza del sistema.

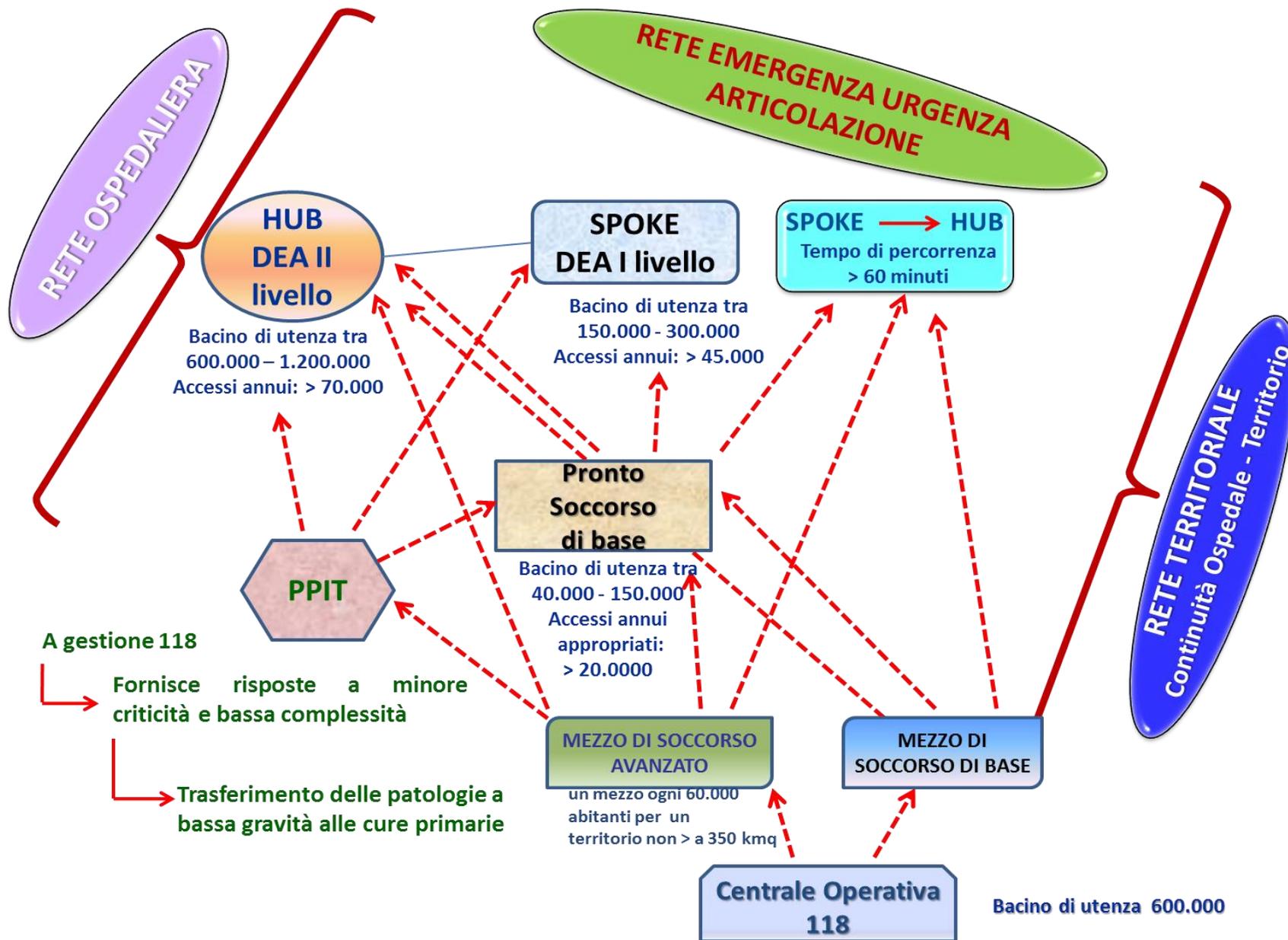
Con le deliberazioni di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016 è stato adottato il Regolamento di riordino ospedaliero, ai sensi del D.M. n. 70/2015 e della Legge di Stabilità 2016, da sottoporre ad approvazione definitiva a seguito dei pareri della competente Commissione consiliare e dei Ministeri affiancanti l'attuazione del Piano Operativo (Ministero della Salute e MEF).

## **LA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA DELLA REGIONE PUGLIA**

La rete di Emergenza – Urgenza assume una valenza strategica in quanto ponte fra territorio ed ospedale, un razionale, moderno e capillare sistema di emergenza, uniforme ed integrato a livello regionale e strutturato su base territoriale in grandi aree non può prescindere da una vera e propria ristrutturazione dell'assistenza territoriale, in grado di recepire e gestire una vasta gamma risposte. La **rete della Emergenza – Urgenza della Regione Puglia** è articolata in rete dell'emergenza – urgenza territoriale (postazioni territoriali e Centrali 118) e ospedaliera, in linea con il D.M. n. 70/2015 e la legge di Stabilità 2016.

**Criteri utilizzati per la ridefinizione della nuova Rete Emergenza – Urgenza Territoriale ed Ospedaliera:**

- **n.1 HUB: ogni 600.000- 1.200.000 abitanti, con un numero di accessi annui > di 70.000 unità;**
- **n.1 SPOKE: ogni 150.000-300.000 abitanti, con un numero di accessi annui > di 45.000 unità;**
- **n. 1 Pronto Soccorso: ogni 80.000-150.000 abitanti, con un numero di accessi annui appropriati > di 20.000 unità;**
- **n. 1 Centrale Operativa 118: ogni 600.000 abitanti;**
- **trasformazione dei Punti di Primo Intervento in postazioni medicalizzate di 118.**



## LA NUOVA RETE DELL'EMERGENZA –URGENZA OSPEDALIERA

Nel ridisegnare la nuova rete dell'Emergenza – Urgenza ospedaliera si ribadisce, come asse portante dell'organizzazione del soccorso, la funzione interdisciplinare dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA).

Nella definizione dei centri HUB e SPOKE ed al fine di garantire l'appropriatezza della complessa gestione dei livelli di assistenza in urgenza si è tenuto conto delle aree considerate impervie o disagiate collegate attraverso una rete viaria complessa che determinano una conseguente dilazione dei tempi.

| DEA II LIVELLO HUB |            | DEA I LIVELLO SPOKE |            | Pronto Soccorso |            |
|--------------------|------------|---------------------|------------|-----------------|------------|
| Stato dell'arte    | Nuova rete | Stato dell'arte     | Nuova rete | Stato dell'arte | Nuova rete |
| n. 6               | n. 5       | n. 7                | n. 17      | n. 27           | n. 11*     |

\*si intende ricompreso l'Ospedale di Lucera

**La classificazione degli HUB e degli SPOKE è stata fatta anche in funzione del ruolo già svolto dal presidio ospedaliero nella gestione delle reti delle patologie complesse “tempo dipendenti”, quali il trauma maggiore, lo stemi, il ROSC e l'ictus eleggibile per trombosi.**

In questo contesto, “gli organici dedicati e specifici” per l'emergenza ospedaliera dovranno divenire una vera e propria Rete di risorse professionali che, secondo le caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, saranno in grado di distribuire le proprie competenze sull'intero scenario delle strutture dedicate all'emergenza. L'individuazione di un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza dovrà essere inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30/01/98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) ed in linea con gli standard già concordati con le Società Scientifiche di riferimento. Dai centri di eccellenza (DEA zonali e sovrazonali), caratterizzati da elevati livelli tecnologici e competenze di alto livello, si svilupperà una funzione vasta di Pronto Soccorso in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di DEA e dei PPIT che dovranno essere direttamente collegati allo SPOKE di competenza. Cruciale per la corretta organizzazione della rete ospedaliera è l'adozione di modelli di riferimento (Linee Guida, Percorsi Diagnostici, Terapeutici ed Assistenziali, organizzazione per processi) e standard nazionali. Ulteriore elemento che il sistema dell'Emergenza-Urgenza dovrà considerare è l'identificazione di reti integrate per le patologie acute ad alta complessità assistenziale in sinergia con la rete dell'emergenza ospedaliera e territoriale.

## **STANDARD ORGANIZZATIVO-ASSISTENZIALI DELLE STRUTTURE DI EMERGENZA-URGENZA OSPEDALIERA**

### **DEA II livello (HUB )**

Il Pronto Soccorso del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) II livello (HUB) deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione. Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve (OBI) e di letti per la Terapia Subintensiva (MUSI).

In linea con quanto previsto dal Regolamento sulla *“Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all’assistenza ospedaliera”*, l’ospedale nel quale è presente il DEA II livello (HUB ) deve essere dotato, oltre delle strutture previste per il DEA I livello (SPOKE), anche delle discipline a maggiore complessità, quali cardiologia con emodinamica interventistica H. 24, neurochirurgia, cardiocirurgia e rianimazione cardiocirurgica, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica, endoscopia digestiva ad elevata complessità, broncoscopia interventistica, radiologia interventistica, rianimazione pediatrica e neonatale, servizi di radiologia con TAC ed ecografia (con presenza medica) h 24, medicina nucleare e servizio immunotrasfusionale.

La Struttura di Medicina e Chirurgia di Accettazione ed Urgenza del DEA II Livello si compone delle seguenti articolazioni organizzative interne:

- triage infermieristico o struttura di accoglienza integrata medico infermieristica;
- area di trattamento dei codici verdi e bianchi;
- area di trattamento dei codici gialli;
- area di trattamento dei codici rossi (sala rossa);
- Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) ed unità di ammissione ospedaliera ( almeno 8 posti letto tecnici);
- medicina d’urgenza – subintensiva ( almeno 8 posti letto tecnici, di cui 4 monitorati )

### **DEA I livello (SPOKE )**

Il Pronto Soccorso del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) I livello (SPOKE) deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari di complessità minore ed intermedia della popolazione, demandando al HUB di riferimento i casi di alta complessità. Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve (OB), di cui alcuni monitorati.

In linea con quanto previsto dal Regolamento sulla *“Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all’assistenza ospedaliera”*, l’ospedale nel quale è presente il DEA I

livello deve essere dotato, con il relativo servizio medico di guardia attiva o di reperibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista, delle seguenti specialità: medicina generale, chirurgia generale, anestesia e rianimazione, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), pediatria, cardiologia con U.T.I.C., neurologia, dialisi per acuti, endoscopia in urgenza, psichiatria, oculistica, otorinolaringoiatra e urologia. Inoltre, devono essere presenti o disponibili h. 24 i servizi di radiologia con T.A.C. ed ecografia, laboratorio, servizio immunotrasfusionale.

La Struttura di Medicina e Chirurgia di Accettazione ed Urgenza del Dipartimento di I Livello si compone delle seguenti articolazioni organizzative interne:

- triage infermieristico o struttura di accoglienza integrata medico infermieristica;
- area di trattamento dei codici verdi e bianchi;
- area di trattamento dei codici gialli;
- area di trattamento dei codici rossi (sala rossa);
- Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) ed unità di ammissione ospedaliera (almeno n. 8 posti letto tecnici);
- medicina d'urgenza – subintensiva (con n. 4 posti letto monitorati).

### **Pronto Soccorso di Base**

Il Pronto Soccorso di base (PS), deve compiere interventi diagnostico-terapeutici di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente allo SPOKE o HUB di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate.

In linea con quanto previsto dal Regolamento sulla *“Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all’assistenza ospedaliera”*, l’ospedale nel quale è presente il Pronto Soccorso di Base deve essere dotato di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva o in regime di pronta disponibilità H24 di radiologia, laboratorio e emoteca.

Il Pronto Soccorso di Base si compone delle seguenti articolazioni organizzative interne:

- triage infermieristico, obbligatorio oltre i 25.000 accessi / anno;
- area di trattamento dei codici gialli, verdi e bianchi;
- area di stabilizzazione delle emergenze.

Inoltre deve essere dotato di posti letto di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza ed alla media degli accessi.

## **CRITERI DI CALCOLO DEL PERSONALE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE DI EMERGENZA-URGENZA**

| <b>PERSONALE MEDICINA E CHIRURGIA ACCETTAZIONE ED URGENZA</b> |                                   |                     |                 |
|---|-----------------------------------|---------------------|-----------------|
|   |                                   |                     |                 |
| STRUTTURA   | COEFF. MEDICI                     | COEFF. INFERMIERI   | COEFF. SUPPORTO |
| PRONTO SOCCORSO   | 0,20                              | 0,32                | 0,16            |
| D.E.A.  | 0,26                              | 0,40                | 0,20            |
| MODALITA' DI CALCOLO  |                                   |                     |                 |
| N° MEDICI =   | 5 +                               | ACCESSI*COEFF./1000 |                 |
| N° INFERMIERI =   | 7 +                               | ACCESSI*COEFF./1000 |                 |
| N° SUPPORTO =   | 5 +                               | ACCESSI*COEFF./1000 |                 |
| N° AUTISTI =  | Num. Ambulanze * ore servizio / 4 |                     |                 |

| <b>TRIAGE INFERMIERISTICO</b>                      |  |       |  |
|--|--|-------|--|
|  |  |       |  |
| NUM.ACCESSI * 0,12 / DEBITO ORARIO INFERMIERISTICO |  |       |  |
|  |  |       |  |
| DEBITO ORARIO ANNUO MEDICO                         |  | 1.433 |  |
| DEBITO ORARIO ANNUO INFERMIERISTICO                |  | 1.450 |  |

| <b>OSSERVAZIONE BREVE</b> |      |                    |  |
|---------------------------|------|--------------------|--|
|                           |      |                    |  |
| N° MEDICI =               | 0,48 | * num. Posti letto |  |
| N° INFERMIERI =           | 0,73 | * num. Posti letto |  |
| N° SUPPORTO =             | 0,22 | * num. Posti letto |  |

| <b><u>MEDICINA D'URGENZA / SEMINTENSIVA</u></b> |        |                    |
|---|--------|--------------------|
|   |        |                    |
| N° MEDICI                                       | = 0.6  | * num. Posti Letto |
| N° INFERMIERI                                   | = 1.46 | * num. Posti Letto |
| N° SUPPORTO                                     | = 0.44 | * num. Posti Letto |

## **LA RICONVERSIONE DELLA RETE DEI PUNTI DI PRIMO INTERVENTO IN POSTAZIONI MEDICALIZZATE DEL 118.**

In seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in un ospedale per la post acuzie oppure in una struttura territoriale, si rende necessario istituire delle postazioni medicalizzate del 118, direttamente affidati al 118. Inoltre, così come previsto dal Decreto Ministeriale 2/04/2015, n.70, anche **gli attuali Punti di Primo Intervento (PPI) devono trasformarsi in Postazioni medicalizzate gestite funzionalmente e organizzativamente dal Sistema 118.** La trasformazione delle succitate strutture a gestione ospedaliera in Postazioni 118 sarà garantita dal rispetto delle norme contrattuali, ovvero dalla sostituzione dei dirigenti medici di AREA 113 attualmente presenti nei Pronto Soccorso e nei PPI con medici convenzionati con le Centrali Operative. I dirigenti medici di Area 113 potranno essere allocati all'interno della rete dell'emergenza-urgenza nelle strutture sanitarie ospedaliere in cui si registrano le maggiori criticità relativamente alla dotazione organica.

L'obiettivo è di trasferire alle cure primarie le patologie a bassa gravità e che non richiedono trattamento ospedaliero secondo protocolli di appropriatezza condivisi tra HUB o SPOKE di riferimento e Distretto mantenendo separata la funzione di urgenza da quella delle cure primarie, così come previsto.

Le postazioni medicalizzate 118 dispongono di competenze cliniche e strumentali adeguate a fronteggiare e stabilizzare, temporaneamente, le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso dell'ospedale di riferimento e sono in grado di fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità. L'attivazione di tali strutture permette una razionalizzazione della rete dei Pronto Soccorso, attraverso la riconversione di strutture non in grado di mantenere standard elevati di sicurezza delle prestazioni e, in alcuni casi, può costituire un riferimento sanitario in h. 24 per la popolazione.

La Regione con propri atti di Giunta ha fissato il termine ultimo di riconversione di tutti i Punti di Primo Intervento in postazioni medicalizzate di 118, secondo apposito cronoprogramma.

## LA NUOVA RETE EMERGENZA – URGENZA TERRITORIALE

In un contesto che vede il territorio ancora non completamente organizzato e al fine di rafforzare l'attuale rete territoriale di soccorso 118 e garantire con appropriatezza complessiva gestionale i livelli di assistenza in urgenza durante la riorganizzazione della rete ospedaliera e favorire l'integrazione con il sistema delle cure primarie, è stato definito **un determinato numero di mezzi primario e secondario** tali da assicurare:

- il potenziamento della rete di Emergenza – Urgenza territoriale anche finalizzato alla gestione delle reti delle patologie complesse “tempo-dipendenti”, quali il trauma maggiore, lo stemi, il ROSC e l'ictus eleggibile per trombolisi, da definire con dei protocolli tra le Centrali Operative 118 e il Dipartimento regionale interaziendale 118;
- la gestione dei codici bianchi e verdi in sinergia con la continuità assistenziale.

La configurazione ed i numeri della rete territoriale sono in questo momento in via di revisione in ragione delle profonde trasformazioni del sistema di emergenza e urgenza descritte nel primo paragrafo del presente documento. La rete sarà oggetto entro la fine del 2019 di uno specifico provvedimento di revisione.

Per i **mezzi di soccorso avanzato** (Mike e India) è opportuno definire il loro numero sulla base del fabbisogno definito secondo la formula dell'Agenas, integrato attraverso una redistribuzione delle figure professionali nel territorio finalizzati a migliorare l'efficacia e l'efficienza del servizio. Tale redistribuzione, che si avvierà con l'analisi dello stato dell'arte della dotazione organica del personale della rete 118 e successiva implementazione di uno specifico piano di formazione di competenza dell'Organismo regionale per la Formazione in Sanità, permetterà un aumento a pieno regime dei mezzi di soccorso avanzato (Mike e India).

In riferimento al fabbisogno dei mezzi di soccorso avanzato è necessario applicare un correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolarità difficoltà di accesso e per la gestione delle reti delle patologie complesse “tempo-dipendenti”, che sarà garantita dall'integrazione dei mezzi di soccorso avanzato ( Mike e India - **C**) con i mezzi di soccorso di base (Victor -**D**).

Al fine di garantire l'efficacia e l'efficienza della rete di soccorso 118 nelle zone limitrofe tra province adiacenti si definiscono, riservandosi la facoltà di integrare nuovi mezzi di soccorso non medicalizzati in tali aree, di seguito i criteri operativi:

1. la Centrale Operativa 118 cui giunge, per criterio di competenza territoriale, la richiesta di soccorso effettua il triage ed assegna il codice colore;

2. nell'impossibilità di garantire il soccorso secondo parametri complessivi di risposta adeguati, la Centrale Operativa 118 competente attiva la Centrale Operativa 118 confinante, chiedendo il supporto;
3. l'infermiere operatore della Centrale Operativa 118 confinante informerà il dirigente medico di turno della richiesta di soccorso da parte della Centrale Operativa territorialmente competente e, sentito il collega della Centrale Operativa limitrofa, disporrà, qualora disponibile, l'invio di uno o più mezzi richiesti;
4. l'infermiere operatore della Centrale Operativa 118 confinante aprirà l'intervento sul software di centrale riportando le informazioni del triage già effettuato dalla Centrale Operativa 118 territorialmente competente che ha richiesto il supporto:
  - codice colore di invio;
  - luogo dell'evento (via/piazza, numero civico, riferimenti);
  - dati del paziente;
  - numero telefonico del chiamante (da riportare nelle note);
  - tipologia del malore;
  - ID emergenza (da riportare nelle note);
5. effettuato il soccorso il paziente viene trasportato:
  - se *critico* (codice di criticità 3, ossia in evidente pericolo di vita), e pertanto necessitante di centralizzazione al DEA I-II livello più vicino;
  - se non critico (codice di criticità 1 e 2, ossia, rispettivamente, acuto ma non in potenziale pericolo di vita oppure in potenziale ma non evidente pericolo di vita) al Presidio Ospedaliero di riferimento più vicino rispetto alla Postazione SET 118 intervenuta.

## **ELISOCORSO**

In riferimento all'elisoccorso si propone, in base ai dati di attività del servizio negli ultimi cinque anni, nonché dei dati relativi al servizio territoriale con i mezzi a terra, un servizio che impieghi un numero di mezzi diurni pari a 1 per una previsione di interventi minimi di 600 in media per ogni base anno e un numero di mezzi notturni pari a 1 per una previsione media di 550 interventi anno, così come indicato nel succitato Regolamento sugli standard.

In linea con la normativa internazionale (JAR-OPS 3) e nazionale il servizio di elisoccorso si articola in:

- basi operative HEMS (Helicopter Emergency Medical Service, Servizio Medico di Emergenza con Elicotteri);
- destinazioni sanitarie (ospedali HUB);
- elisuperfici a servizio di strutture sanitarie;

- elisuperfici a servizio di comunità isolate;
- siti HEMS (Helicopter Emergency Medical Service, Servizio Medico di Emergenza con Elicotteri).

**LA NUOVA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA DELLA  
REGIONE PUGLIA  
- TABELLA RIASSUNTIVA -**

Nelle pagine successive sono riportate la tabella relativa comparativa tra lo stato dell'arte e la nuova Rete dell'Emergenza-Urgenza e quella riassuntiva della nuova Rete articolate entrambi in:

- DEA II livello, DEA I livello e Pronto Soccorso;
- Centrali Operative 118;
- Postazioni/Mezzi di Soccorso 118;
- Sedi transitorie delle Postazioni/Mezzi di Soccorso 118.

**LA NUOVA RETE DI EMERGENZA – URGENZA DELLA REGIONE PUGLIA**  
- Tabella riassuntiva-

|                                    | <b>BARI</b>  | <b>FOGGIA</b>  | <b>BT</b>  | <b>TARANTO</b>   | <b>BRINDISI</b>  | <b>LECCE</b>   |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| <b>DEA II<br/>Livello<br/>HUB</b>  | <b>N. 1</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico, Bari</li> </ul>   | <b>N. 1</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Azienda Osp.-Univers. OO. Riuniti, Foggia</li> </ul>   | <b>N. 0</b>  | <b>N. 1</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Osp. SS. Annunziata, Taranto</li> </ul>  | <b>N. 1</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Osp. Perrino, Brindisi</li> </ul>                    | <b>N. 1</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Osp. V. Fazzi, Lecce</li> </ul>  |
| <b>DEA I<br/>Livello<br/>SPOKE</b> | <b>N. 6</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Osp. S. Paolo, Bari;</li> <li>• Osp. Di Venere, Bari;</li> <li>• E.E. "Miulli", Acquaviva delle Fonti</li> <li>• Casa di Cura privata accreditata CBH</li> <li>• Osp. della Murgia F. Perinei, Altamura</li> <li>• Osp. Umberto I, Corato</li> </ul> | <b>N. 3</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Osp. G. Tatarella, Cerignola</li> <li>• Osp. T. Masselli Mascia, S. Severo</li> <li>• IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo</li> </ul> | <b>N. 2</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Osp. Mons. Dimiccoli, Barletta</li> <li>• Osp. Bonomo, Andria</li> </ul> | <b>N. 2</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Presidio osp. Occid., Castellaneta</li> <li>• Presidio Osp. Valle d'Itria, Martina Franca</li> </ul> | <b>N. 1</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Osp. D. Camberlingo – Francavilla Fontana</li> </ul> | <b>N. 3</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Osp. S. Cuore di Gesù, Gallipoli</li> <li>• Pia Fondazione C. Panico, Tricase</li> <li>• Osp. Veris delli Ponti, Scorrano</li> </ul> |

|                        |   |  |  |  |   |  |
|------------------------|---|--|--|--|---|--|
| <b>Pronto Soccorso</b> | <b>N. 3</b>   | <b>N. 2</b>  | <b>N. 1</b>  | <b>N. 1</b>  | <b>N. 1</b>   | <b>N. 3</b>  |
|                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osp. Don Tonino Bello, Molfetta</li> <li>• Osp. S. Maria degli Angeli, Putignano</li> <li>• Osp. S. Giacomo, Monopoli<sup>1</sup></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osp. S. Camillo De Lellis, Manfredonia;</li> <li>• Ospedale "F.Lastaria" di Lucera (area disagiata)*</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osp. V. Emanuele II, Bisceglie ;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osp. M. Giannuzzi, Manduria.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presidio Osp. di Ostuni</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osp. Ferrari, Casarano</li> <li>• Osp. San Giuseppe, Copertino</li> <li>• Osp. S. Caterina Novella, Galatina</li> </ul> |

\*In ottemperanza a quanto previsto al punto 9.2.2 "Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate" dell'Allegato al D.M. n.70/2015

|                                     |              |             |             |             |             |             |
|-------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Centrale Operativa 118</b>       | <b>N. 1</b>  | <b>N. 1</b> | <b>N. 0</b> | <b>N. 1</b> | <b>N. 1</b> | <b>N. 1</b> |
| <b>Postazioni medicalizzate 118</b> | <b>N. 17</b> | <b>N. 7</b> | <b>N. 4</b> | <b>N. 3</b> | <b>N. 5</b> | <b>N. 3</b> |

N.B.  
1

Il nuovo ospedale di Monopoli è in costruzione

