

I Punti di Primo Intervento in Italia e nelle Marche

Franco Pesaresi

Direttore ASP "Ambito 9" Jesi (AN)

12/10/2014

Il presente articolo, seppur autonomo nella sua struttura, costituisce la naturale prosecuzione degli articoli "Le postazioni territoriali dell'emergenza sanitaria nelle Marche e in Italia" pubblicato al seguente indirizzo web: <http://www.slideshare.net/francopesaresi/le-postazioni-dellemergenza-sanitaria-nelle-marche-e-in-italia> nonché dell'articolo "Emergenza sanitaria e organizzazioni di volontariato nelle Marche" pubblicato al seguente indirizzo web: <http://www.slideshare.net/francopesaresi/emergenza-sanitaria-e-associazioni-di-volontariato-nelle-marche> nonché dell'articolo "La riorganizzazione della continuità assistenziale (Guardia medica) in Italia e nelle Marche" al seguente indirizzo web: <http://www.slideshare.net/francopesaresi/riorganizzazione-de> e dell'articolo "Gli equipaggi delle ambulanze in Italia e nelle Marche" al seguente indirizzo web: <http://www.slideshare.net/francopesaresi/equipaggi-delle-ambulanze-in-italia-e-nelle-marche>

1. Il quadro normativo nazionale

Sono denominati Punti di Primo Intervento (PPI) quelle strutture del sistema di emergenza sanitaria la cui funzione si limita unicamente 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.

La loro organizzazione si è andata definendo attraverso tre diversi atti normativi nazionali fra il 1996 e il 2014.

Recentemente con l'approvazione dell'Atto di intesa tra Stato e regioni n. 98 del 5/8/2014: *“Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”* è stato definito un PPI dai contenuti ridimensionati rispetto al passato. Il PPI viene previsto:

- esclusivamente a seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in un ospedale per la post-acuzie oppure in una struttura territoriale;
- per 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.

La *mission* dei Punti di primo intervento è la trasformazione in postazione medicalizzata del 118 entro un arco temporale predefinito, 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.

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 (Conferenza Stato Regioni, 2014).

In precedenza le *“Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti “Modalità organizzative per garantire l'assistenza in h24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale”* del 2011 del Ministero della Salute avevano previsto due tipologie di PPI:

- a) i **Punti di Primo Intervento** situati nell'ambito di Presidi delle Aziende Sanitarie Locali;
- b) i **Punti di Primo Intervento temporanei**, fissi o mobili, organizzati per esigenze stagionali in località turistiche ed in occasione di manifestazioni di massa, sportive, culturali e religiose¹.

¹ La stessa indicazione era sostanzialmente prevista anche nelle *Linee guida n.1/1996: Sistema di emergenza urgenza del Ministero della sanità*.

Tab. 1 – Le indicazioni nazionali sui Punti di Primo Intervento

Voce	Norma di riferimento	Caratteristiche e requisiti
Definizione	Intesa tra Stato e Regioni n. 98 del 5/8/2014	Struttura atta 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.
Condizioni per l'attivazione	Intesa tra Stato e Regioni n. 98 del 5/8/2014	-esclusivamente a seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in un ospedale per la post-acuzie oppure in una struttura territoriale; -per un periodo di tempo limitato; -operativo nelle 12 ore e presidiato dal sistema 118 nelle ore notturne.
Attività oraria	Ministero salute: LG n. 1/1996	12 o 24 ore.
Durata nel tempo	Intesa tra Stato e Regioni n. 98 del 5/8/2014	Temporanea, in attesa della trasformazione del PPI in postazione medicalizzata del 118
Responsabilità clinica e organizzativa	Intesa tra Stato e Regioni n. 98 del 5/8/2014	-DEA se accessi oltre 6.000 annui; -Postazione territoriale 118 se accessi inferiori a 6.000 annui.
Tipologie	Ministero Salute 2011: LG per progetti di sperimentazione	-i PPI situati nell'ambito di Presidi delle ASL; -i PPI temporanei, fissi o mobili, organizzati per esigenze stagionali in località turistiche ed in occasione di manifestazioni di massa, sportive, culturali e religiose.
Osservazione breve del paziente	Intesa tra Stato e Regioni n. 98 del 5/8/2014	Non prevista.
Ricoveri	Ministero Salute 2011: LG per progetti di sperimentazione	Non previsti, così come non previste procedure di emergenza.

2. Le regioni

La gran parte delle regioni ha previsto i Punti di Primo intervento all'interno del sistema di emergenza sanitaria.

Caratteristica diffusa è la loro collocazione presso i presidi ospedalieri, soprattutto quando perdono la funzione di Pronto soccorso, anche se in qualche caso sono previsti PPI territoriali (Abruzzo, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Marche) situati in sedi o strutture prive di altre risorse mediche ed infermieristiche, e PPI stagionali/occasionalmente (Abruzzo, Basilicata, Lazio, Liguria, Lombardia, Sardegna, Trento, Veneto), con postazioni fisse o mobili.

L'orario di attività è diversamente articolato, alcune regioni garantiscono 12 ore di attività giornaliera (Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Piemonte), altre coprono l'intera giornata (Basilicata, Campania, Friuli Venezia Giulia, Marche, Sardegna, Veneto).

Secondo le regioni, i Punti di Primo Intervento sono chiamati ad operare il primo intervento sanitario (Abruzzo, Emilia Romagna, Lazio, Marche, Trento), stabilizzare i parametri vitali e/o attivare il trasporto protetto verso l'ospedale più idoneo a trattare la patologia in atto (Abruzzo, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Trento, Veneto), in collegamento con le altre strutture del Dipartimento, sulla base di linee guida comuni e protocolli operativi (Emilia Romagna). Sono inoltre in grado di fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità (Emilia Romagna, Lombardia, Marche, Piemonte).

In Friuli Venezia Giulia e Campania, invece, per i PPI sono previste funzioni più complesse. In Friuli vengono svolte anche attività di primo soccorso, con funzione di inquadramento e

stabilizzazione dei pazienti *anche mediante osservazione temporanea* (Ministero Salute 2006) mentre in Campania i PSAUT (il nome campano dei PPI) espletano *attività d'osservazione medica breve e piccola chirurgia* e l'accesso dell'utenza e la relativa prestazione sanitaria erogata deve essere organizzata per codici di gravità, mediante *triage infermieristico*.

Le differenze regionali più grandi si registrano nella diffusione dei PPI. Ci sono regioni come la Basilicata che ne ha previsto uno ogni 82.000 abitanti e regioni come il Piemonte che ne ha previsto uno ogni milione e mezzo di abitanti. La media è di un Punto di Primo intervento ogni 304.000 abitanti (Cfr. Tab. 2), un dato comunque in movimento perché sono diverse le regioni che stanno riorganizzando il proprio sistema di emergenza sanitaria.

Tab. 2 – il numero dei Punti di primo intervento

Regione	Popolazione	Numero PPI	Popolazione media per PPI
Basilicata	576.194	7	82.313
Marche	1.545.155	15	103.010
Calabria	1.958.238	12	163.186
Campania	5.769.750	32	180.305
Sardegna	1.640.379	9	182.264
Lazio	5.557.276	22	252.603
Liguria	1.565.127	6	260.854
Veneto	4.881.756	8	610.219
Lombardia	9.794.525	10	979.452
Piemonte	4.374.052	3	1.458.017
TOTALE	37.662.452	124	303.729

Note: Popolazione Istat all'1/1/2013. In Lombardia, la DGR 15157/2993 identificava 12 Punti di primo intervento ma la rilevazione della corte dei conti Lombarda del 2010 ne rilevava soltanto 10, dato che abbiamo utilizzato perché più recente. Non sono stati considerati i PPI stagionali (2 previsti in Veneto, per esempio). Fonte: Bibliografia.

Per definire la distribuzione dei PPI nei loro territori alcune regioni, molto opportunamente, hanno voluto fissare dei criteri specifici. La regione Campania, ha previsto di autorizzare i PSAUT per bacini di utenza che, di norma, prevedano un numero di prestazioni annue non inferiori a 25.000 e che siano lontani dai Pronto Soccorso ospedalieri (DGR 1268/2009). L'Abruzzo ha invece previsto l'attivazione dei PPI, ad integrazione delle strutture ospedaliere, per garantire l'assistenza, in caso di urgenza, in qualsiasi punto della regione che non sia raggiungibile in almeno 20 o 30 minuti.

2.1. Le regioni: i requisiti

Le indicazioni regionali sul personale da impiegare nei PPI sono molto scarse. La tendenza prevalente è quella di prevedere almeno la presenza di un medico e di un infermiere per tutto il tempo di apertura del servizio (Cfr. Tab. 3). Il personale sembrerebbe essere dedicato solo all'attività dei PPI mentre nelle regioni Marche e Puglia il personale viene fornito dalle unità ospedaliere del presidio.

Tab. 3 – I requisiti minimi organizzativi dei PPI in alcune regioni

Calabria	Liguria	Piemonte	Lazio	Campania
-Personale medico dedicato, presente per tutto il tempo di apertura del servizio; -personale infermieristico.	personale infermieristico e medico	almeno un infermiere ed un medico per tutto il tempo di apertura del servizio.	almeno un infermiere ed un medico per tutto il tempo di apertura del servizio.	6 medici;

Note: La regione Puglia ha previsto che il personale medico è fornito dalle unità operative ospedaliere. Fonte: Bibliografia.

Le regioni hanno approvato anche gli standard minimi tecnologici (Cfr. Tab. 4) per far fronte alle eventuali urgenze/emergenze sanitarie e gli standard minimi strutturali dei PPI (Cfr. Tab. 5). Quanto a questi ultimi, sembra che le varie regioni siano d'accordo nel prevedere almeno 4 locali di cui 2 da destinare ad ambulatori, uno a sala d'attesa ed uno allo stazionamento del personale sanitario.

Tab. 4 – I requisiti minimi tecnologici dei PPI in alcune regioni

Calabria	Lazio	Campania
-elettrocardiografo; -Aspiratore; -Monitor-defibrillatore multiparametrico a dodici derivazioni con trasmissione dati; -Set per sostegno delle funzioni vitali, materiale e presidi per effettuare una rianimazione cardiopolmonare di base e avanzata, sia per adulto sia per bambino; -collegamento telefonico punto-punto telefonico con la CO 118 e il DEA di riferimento	elettrocardiografo; -Aspiratore; -Monitor-defibrillatore; -Set per sostegno alle funzioni vitali e materiale per effettuare una rianimazione cardiopolmonare di base e avanzata, sia per adulto sia per bambino; -collegamento telefonico con la CO 118 e il DEA di riferimento.	-armadi metallici con serratura per medicinali e strumenti; -carrello da medicazione; -lampada scialitica; -set chirurgico completo; -set per IOT; -cardiotelefono; -unità respiratoria (Ossigeno terapeutico, flussimetro per ossigeno, pallone Ambu); -ventilatore automatico; -apparecchiatura minima per analisi di laboratorio; -serie di strisce reattive; -defibrillatore con monitor e stampante; -saturimetro; -aspiratore; -telefono; -radio palmare; -personal computer; -fax; -farmaci necessari per primo intervento.

Fonte: Bibliografia.

Tab. 5 – I Requisiti minimi strutturali dei PPI in alcune regioni

Calabria	Liguria	Piemonte	Lazio	Campania
-due ambulatori per visita; -un ambiente per l'attesa; -un locale per stazionamento del personale; -depositi per biancheria pulita/sporca; -servizi igienici; gruppo di continuità.	-un ambulatorio; -un ambiente per l'attesa; -un locale per lavoro infermieri; -un locale per uso deposito; -servizi igienici distinti per il personale e gli utenti.	-due ambulatori per visita; -un ambiente per l'attesa; -un locale per stazionamento del personale; -depositi; -servizi igienici.	-due ambulatori per visita; -un ambiente per l'attesa; -un locale per stazionamento del personale; -depositi; -servizi igienici.	dimensioni non inferiori ai 60 mq. così suddivisi: -sala d'accettazione e d'attesa per eventuali accompagnatori; -sala o box con lettino attrezzato per le prime cure mediche; -sala o box di medicazione per piccola chirurgia; -sala o box per l'osservazione medica breve; -servizi igienici; -magazzino; -spogliatoio; -sala per la sosta ed il riposo degli operatori.

Fonte: Bibliografia.

3. I Punti di primo intervento nelle Marche

Nelle Marche, l'art.14 della LR 36/2008, a proposito dei Punti di primo intervento (PPI) dispone che:

“1. Il punto di primo intervento è una struttura sanitaria presso cui è possibile effettuare il primo intervento medico in caso di problemi minori, stabilizzare il paziente in fase critica e, eventualmente, disporre il trasporto presso l'ospedale più idoneo.

2. L'Asur istituisce punti di primo intervento nelle sedi del presidio ospedaliero unico di area vasta prive di unità operativa autonoma di pronto soccorso, utilizzando esclusivamente il personale presente nei presidi medesimi. Ove, in casi particolari, fosse necessaria una dotazione aggiuntiva di personale, la costituzione dei punti di primo intervento è autorizzata dalla Giunta regionale.

3. La dotazione aggiuntiva di personale nei punti di primo intervento è effettuata sentito il parere del Comitato regionale per l'emergenza sanitaria e previa verifica dei requisiti igienico sanitari e strutturali stabiliti dal comitato stesso.

4. Il personale sanitario delle POTES localizzate presso i punti di primo intervento è impegnato nell'attività dei punti medesimi. Tale personale è tenuto ad eseguire prioritariamente le richieste della Centrale operativa da cui dipende.”

Nel 2012 erano attivi 14 Punti di primo intervento che si aggiungono a 16 Pronto soccorso. Solo 3 piccoli ospedali (Sassoferrato, Treia, INRCA Fermo) non hanno nessuno dei due servizi (cfr. Tab.6). La maggioranza (9) dei Punti di primo intervento ha una dotazione aggiuntiva di personale. Diverse di queste dotazioni aggiuntive di personale, nonostante la legge regionale lo preveda, non hanno avuto la preventiva autorizzazione della Giunta regionale (art. 14 comma 2).

Con il Piano sociosanitario regionale 2012-2014 la Regione Marche si è posta il problema di riorganizzare la rete dei Punti di Primo Intervento (PPI) in funzione dei dati storici relativi al numero annuo degli accessi, alla casistica dei codici di gravità, alla disponibilità di competenze specialistiche, alla funzione di filtro e supporto svolta da alcuni PPI nei confronti degli ospedali di riferimento, alla distanza dagli stessi e relativa viabilità di collegamento, alla presenza di postazioni sanitarie del Sistema territoriale di soccorso. I principali obiettivi sono:

- potenziare le capacità di trasferimento dei pazienti acuti che si sono autopresentati o dei pazienti degenti presso la struttura e divenuti critici, per i PPI situati in zone disagiate, lontane dagli ospedali di riferimento o con difficile viabilità;
- avviare un percorso di riconversione della struttura in relazione alla permanenza di una funzione ospedaliera, o alla trasformazione della stessa in ospedale di comunità, casa della salute, struttura residenziali assistita, ecc., quando ci si trova di fronte a strutture non lontane dagli ospedali di riferimento, a basso afflusso di pazienti e prive della disponibilità di consulenza rianimatoria.” (Marche DCR n.38/2011).

Le numerose deliberazioni della Giunta regionale approvate nel 2013 sulla riorganizzazione dell'emergenza sanitaria non affrontano in maniera diretta il tema dei Punti di Primo Intervento ma una serie di atti (DGR 735/2013 e LR 17/2013) definiscono gli interventi futuri. In particolare, la DGR 735/2013 prevede la riconversione di 13 piccoli ospedali in Case della Salute. Occorre a questo proposito rilevare che nelle Case per la Salute non sono previsti posti letto per acuti fatta eccezione, in alcuni casi, per alcuni letti di day surgery e questo rende problematico il mantenimento dei PPI stante la difficoltà di garantire gli adeguati livelli di sicurezza per i pazienti senza una presenza di letti per acuti con la relativa organizzazione 24 ore su 24.

Probabilmente per questo, il Consiglio regionale delle Marche, con L.R. 17/2013, ha approvato l'istituzione di un nuovo servizio denominato “Punto di Primo intervento Territoriale” (PPIT) da collocare nelle Case della salute, con funzioni diverse dai PPI e con un orario di funzionamento di 12 ore proprio per garantire l'adeguata sicurezza sanitaria ai pazienti. Il servizio si caratterizza come territoriale e non più ospedaliero. Recita infatti la nuova legge regionale (art. 5) che :

“1. Il punto di primo intervento territoriale è una postazione territoriale della rete dell'emergenza-urgenza che rappresenta il punto di riferimento per stabilizzare temporaneamente il paziente in fase critica e trasferirlo in sicurezza presso il pronto soccorso o il DEA di riferimento. Tale attività è assicurata dal personale sanitario dei mezzi di soccorso avanzato (MSA), che garantisce anche, durante lo stazionamento, la continuità dell'assistenza per i pazienti ricoverati in regime di lungodegenza. In caso di uscita sul territorio del MSA, esso è sostituito dal personale del MSA aggiuntivo.

2. L'ASUR costituisce, sulla base di criteri forniti dalla Giunta regionale, i punti di primo intervento territoriale di norma nei presidi ospedalieri oggetto di riconversione in Case della salute anche ai fini della riduzione degli accessi impropri alle strutture ospedaliere sede di pronto soccorso, garantendone l'operatività per le dodici ore diurne. Nelle dodici ore notturne la Casa della salute è presidiata dal sistema 118. La specifica organizzazione di punti di primo intervento territoriale ed in particolare l'individuazione di eventuali ampliamenti di attività nella fascia notturna, per esigenze di carattere stagionale o straordinario, è definita dall'ASUR tenendo conto delle necessità, anche in relazione al pieno sviluppo della riorganizzazione delle reti cliniche in Area vasta geograficamente intesa.

3. Nelle strutture di cui al comma 2 sono costituiti, secondo criteri forniti dalla Giunta regionale, gli ambulatori di continuità dell'assistenza primaria finalizzati all'erogazione di prestazioni ambulatoriali ad accesso diretto, anche in fasce orarie diurne. Le prestazioni sono definite nel rispetto di protocolli predisposti dai competenti organismi previsti dagli accordi collettivi nazionali di lavoro dei medici di medicina generale condivisi con la Centrale 118 e il DEA di riferimento per l'eventuale coordinamento con le attività di emergenza o urgenza.

4. Le prestazioni di cui al comma 3 sono assicurate:
a) dal personale sanitario dei mezzi di soccorso avanzato (MSA) che opera nella postazione localizzata presso la Casa della salute;
b) dai medici dell'équipe territoriale delle cure primarie e della continuità assistenziale per le loro rispettive specifiche funzioni e competenze professionali.

5. In caso di uscita sul territorio del MSA di cui al comma 4, lettera a), un infermiere della struttura allo scopo addestrato presidia l'ambulatorio, assicurando la risposta appropriata, o con l'attivazione del sistema di emergenza-urgenza territoriale in caso di necessità, oppure con l'invio del paziente all'attività dell'ambulatorio di continuità dell'assistenza primaria.”

Nelle Marche vengono dunque previste due tipologie:

1. il PPI ospedaliero, collocato nei presidi ospedalieri privi di Pronto soccorso e che funziona con personale non dedicato proveniente dai reparti ospedalieri del presidio;
2. il PPI territoriale, collocato nelle Case della salute e che funziona con il personale sanitario dei mezzi di soccorso avanzato (MSA).

A regime i PPI ospedalieri dovrebbero essere soltanto 4 mentre dovrebbero diventare 11 i Punti di primo intervento territoriali (PPIT). Tutti i Punti di primo intervento e tutti i PPIT sono provvisti anche di Postazione territoriale dell'emergenza sanitaria (Potes). Rispetto alla precedente organizzazione tutti i PPI, seppure alcuni trasformati in PPIT, hanno mantenuto la loro attività e collocazione indipendentemente dagli accessi annuali realizzati, alcuni dei quali sotto le 3.000 unità ed altri sopra le 10.000 unità. La distanza media dei PPI/PPIT dal Pronto soccorso più vicino è di 24 chilometri. Tre PPI/PPIT distano meno di 15 chilometri dal PS più vicino mentre altri 4 distano più di 30 chilometri (Cfr. Tab. 6).

Tenuto conto delle differenti funzioni (da precisare comunque con linee guida della regione) e dei differenti orari di funzionamento sarà necessaria una importante campagna informativa rivolta alla popolazione per evitare che ai PPIT si rivolgano direttamente cittadini con problematiche sanitarie potenzialmente importanti.

Tab. 6 – Pronto soccorso e Punti di primo intervento negli ospedali pubblici delle Marche.

Zona/Ospedali	Pronto soccorso (PS) nel 2011	Punto di primo intervento (PPI) nel 2011	Personale Aggiuntivo al 2012	Accessi 2007	Nuova rete Potes* 2014	Ipotesi futura (interpretando gli atti regionali)	Distanza dal P.S. più vicino km.
2.Urbino	Si					PS	
2.Sassocorvaro		Si	Si	5.058	H24	PPIT	30
2.Cagli		Si	Si	5.987	H24	PPIT	32
3.Pergola		Si	Si	7.105	H24	PPI	46
3.Fossombrone		Si	Si	9.573	H24	PPIT	28
4.Senigallia	Si					PS	
5.Jesi	Si					PS	
5.Cingoli		Si		3.431	H24	PPIT	25
6.Fabriano	Si					PS	
6.Sassoferrato						-	
7.Chiaravalle		Si	Si	8.547	H12	PPIT	12
7.Loreto		Si	Si	11.147	H12	PPIT	18
7.Osimo	Si					PS	
8.Recanati		Si	Si	12.704	H24	PPIT	23
8.Civitanova	Si					PS	
9.Macerata	Si					PS	
9.Tolentino		Si		8.086	H24	PPIT	26
9.Treia						-	
10.Camerino	Si					PS	
10.Matelica		Si		2.645	H12	PPIT	16
10.San Severino	Si (non previsto dal LR 36/98)			10.923	H12	PPI	20
11.Fermo	Si					PS	
11.Montegiorgio		Si	Si	4.297	H24	PPIT	21
11.Sant'Elpidio		Si	Si	5.756	H12	PPIT	13
12.San Benedetto dt	Si					PS	
13.Ascoli Piceno	Si					PS	
13.Amandola		Si		6.197	H24	PPI	44
AO Pesaro-Fano	Si					PS	
IRCCS INRCA AN		Si				PPI	6
IRCCS INRCA Fermo						-	
AO Ospedali riuniti AN	Si					PS	
31 ospedali pubblici	16	14	9			15 PS 4 PPI 11 PPIT	

Note: *Sono indicate solo le POTES che coincidono con i PPI e con i PPIT.

4. Conclusioni

La recente intesa tra Stato e regioni n. 98 del 5/8/2014 relativa alla “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” ha ridotto le

possibilità di attivazione dei Punti di Primo Intervento caratterizzandoli come strutture temporanee da attivare negli ospedali in riconversione. Alla conclusione della fase transitoria di funzionamento i PPI dovranno essere trasformati in postazioni medicalizzate del 118. Questo richiederà un'ampia revisione dell'attuale organizzazione regionale dei PPI.

Attualmente c'è una straordinaria variabilità nella diffusione dei PPI nelle varie regioni. La nuova intesa nazionale fra Stato e regioni costringerà ad una riorganizzazione in tutto il territorio nazionale con il presumibile effetto di una riduzione graduale del numero dei PPI e di una maggiore omogeneità nei comportamenti regionali. Per ora tale riorganizzazione ha già coinvolto le regioni in Piano di rientro che hanno tutte rivisto al ribasso la presenza di tali strutture.

Quanto alle Marche occorre dire che ci sono ancora alcuni elementi di incertezza relativi alla incompletezza pianificatoria dei pur numerosi atti prodotti recentemente in materia di emergenza sanitaria ma quello che si va profilando (allo stato attuale e sulla base della interpretazione letterale degli atti finora approvati) è un potenziamento della rete dei PPI che arriverà ad essere, dopo la Basilicata, la rete regionale dei Punti di primo intervento più diffusa d'Italia con un PPI ogni 103.000 abitanti. L'aspetto che più colpisce è che ben 11 di questi Punti di primo intervento sono territoriali e cioè presidiati dal solo personale degli equipaggi delle ambulanze che vengono sostituiti da un solo infermiere quando le stesse ambulanze sono chiamate ad intervenire. In altre parole, il rischio è che si rafforzi un'importante rete di Punti di primo intervento territoriali a cui si rivolgano quote significative di popolazione ma a cui lo stesso PPIT non sia in grado di dare le risposte che gli ammalati si attendono, con tutti i rischi per la salute dei cittadini nei casi di urgenza/emergenza dell'intervento. Il rischio è che questa organizzazione possa ridurre, invece di aumentare, la sicurezza sanitaria dei cittadini che hanno bisogni sanitari meritevoli di urgente ed appropriata tutela.

Bibliografia.

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), *Il Piano di riorganizzazione dell'assistenza nelle regioni in piano di rientro: la rete dell'emergenza sanitaria*, Monitor n. 27/2011.

Ministero della Salute, 2006, Progetto Mattoni (11): *Pronto soccorso e sistema 118 – Ricognizione della normativa, delle esperienze e delle sperimentazioni... a livello regionale e nazionale.*

Società italiana medicina d'emergenza urgenza (SIMEU), *Standard strutturali e tecnologici organizzativi e di personale delle strutture di pronto soccorso e medicina d'emergenza*, 2005.

Norme nazionali

Ministero della Salute, 2011: *Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti "Modalità organizzative per garantire l'assistenza in h24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale.*

Ministero della sanità, Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria (in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992): *Linee guida n.1/1996: Sistema di emergenza urgenza.*

Atto di intesa tra Stato e regioni n. 98 del 5/8/2014: *Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.*

Norme regionali

Calabria: DPGR (in qualità di commissario) n.94 del 28/6/2012: *“Approvazione proposta programmata riordino, riorganizzazione e reingegnerizzazione della rete Urgenza/emergenza regione Calabria, nel rispetto dei dettami del DPGR 18/2010”*.

Campania: DGR n.2343/2003: *“Nuove linee guida per l'organizzazione dei presidi di assistenza urgenza territoriale”*.

Campania: DGR n.1268 del 16/7/2009: *“Modifica e integrazione alla DGRC 1570/2004 - indirizzi operativi per la riorganizzazione delle postazioni PSAUT e SAUT”*.

Lazio: D. Comm. N.8/2011: *“Modifica all'allegato 1 al Decreto del Commissario ad acta U0090/2010 per a)attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle RSA per i livelli prestazionali R1, R2, R2D e R3 – Approvazione testo integrato e coordinato denominato “Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”*.

Lazio: D. Comm. 6 dicembre 2013, n.480: *“Definitiva approvazione dei Programmi operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”*.

Liguria: DCR 20-27 gennaio 2004, n.3: *“Piano socio sanitario regionale 2003-2005”*

Lombardia: DGR 21 novembre 2003, n.15157: *“Determinazioni conseguenti all'approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2002- 2004, in merito alla revisione della Rete ospedaliera dell'emergenza-urgenza relativamente ai Punti di Primo Intervento”*.

Marche: LR 30 ottobre 1998, n.36: *“Sistema di emergenza sanitaria”*.

Marche: DCR 16 dicembre 2011, n.38: *“Piano socio-sanitario regionale 2012-2014”*.

Marche: L.R. 9 luglio 2013, n.17: *“Modifiche alla L.R. 30 ottobre 1998, n. 36 “Sistema di emergenza sanitaria”*.

Marche: DGR 20 maggio 2013, n.735: *“Riduzione della frammentazione della rete ospedaliera, riconversione delle piccole strutture ospedaliere e riorganizzazione della rete territoriale della emergenza-urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012”*.

Piemonte: DGR n. 6-5519 del 14/3/2013: *“Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 3/4/2012 (P.S.S.R. 2012-2015)”*.

Sardegna: DGR n.31/2 del 20/7/2011: *“Approvazione preliminare del Piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria della regione Sardegna”*.