Allegato 7

INTERVENTO n. 7

LA RETE EMERGENZA URGENZA

INTERVENTO 7: RIORGANIZZAZIONE EMERGENZA URGENZA

Normativa di riferimento:

- Legge Regionale n. 36 del 30 ottobre 1998, "Sistema di emergenza sanitaria"
- DGRM 17 del 17/01/2010: "Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la salute 2010 - 2012 e della legge di stabilità 2011 – Approvazione"
- ACN 29/07/2009 "Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale"

Premessa

L'intervento si rende necessario per assicurare, contestualmente alla riorganizzazione e semplificazione della rete ospedaliera, risposte immediate ed efficaci alle situazioni di emergenza-urgenza, partendo da azioni volte alla riorganizzazione del Sistema territoriale di soccorso, dei Punti di Primo Intervento (PPI), della rete dei Pronto Soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (DEA) e della continuità assistenziale.

Al fine di migliorare il percorso dei processi assistenziali in emergenza (trauma grave, arresto cardiaco, infarto miocardico, ictus, insufficienza respiratoria, emergenza materno-infantile) e, al contempo, omogeneizzare l'attività delle Centrali operative "118", si propone una riorganizzazione della rete delle POTES e dei Punti di primo intervento.

Da tale azione devono derivare: un aumento della percentuale di servizi svolti dal mezzo di competenza della postazione; un miglioramento dell'appropriatezza del tipo di equipaggi inviati in relazione al tipo di intervento; il mantenimento di tempi di intervento adeguati secondo le disposizioni regionali nelle zone più disagiate del territorio; infine, un miglioramento della gestione dei trasporti secondari, anche attraverso il corretto utilizzo delle Associazioni di Volontariato.

Le Zone Territoriali, su indicazione di questa Direzione, hanno prodotto documenti progettuali riconducibili a due macro-azioni:

1. Riorganizzazione della rete territoriale;
2. Revisione dei Punti di primo intervento (PPI).

I progetti inerenti le due azioni sopraelencate sono stati prodotti secondo metodologie condivise e strumenti comuni.

Gli esiti di queste progettualità sono stati analizzati dal gruppo di lavoro all'uopo istituito che, relazionandosi di volta in volta con le Direzioni stesse, ha sintetizzato le seguenti modalità operative:

Punti di primo intervento

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, disporne il trasporto presso l'ospedale più idoneo.*

2. L'Asur istituisce punti di primo intervento nei presidi ospedalieri privi 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 anche nell'attività dei punti medesimi. Tale personale è tenuto ad eseguire prioritariamente le richieste della Centrale operativa da cui dipende."

Attualmente sono attivi 14 Punti di primo intervento nei piccoli Ospedali, che si aggiungono a 16 Pronto soccorso; 3 piccoli Ospedali non hanno nessuno dei due servizi. Quasi tutti i Punti di primo intervento hanno una dotazione aggiuntiva di personale.
La criticità rilevabile nell'attuale assetto organizzativo consiste nel fatto che con il tempo l'utilizzo dei PPI in alcune sedi si è modificato, scorrendo verso attività inappropriate e non previste dalla citata normativa di riferimento, tanto da mettere a rischio la qualità e la sicurezza delle prestazioni nei confronti sia degli utenti, sia dei professionisti. In altri casi si è registrata una scarsa efficienza, per l'insufficiente numero di prestazioni erogate rispetto al personale a qualsiasi titolo impegnato.

Proposta

Il tema della riorganizzazione dei Punti di primo intervento è strettamente connesso con il piano di riorganizzazione dei piccoli Ospedali di cui al punto 1.6.2 della Delibera di Giunta regionale n.17/2011.
Il Punto di primo intervento può essere previsto solo negli Ospedali che mantengono UO per acuti. Può essere previsto per 24 ore o, eccezionalmente, per 12 ore.
In conseguenza del processo di riorganizzazione e riconversione dei piccoli Ospedali e dei requisiti sopra richiamati sono, pertanto, previsti Punti di primo intervento nei presidi di Pergola, Recanati, Tolentino, San Severino, Amandola.
In deroga ai precedenti criteri si prevede un Punto di primo intervento nel presidio di Sassocorvaro (a causa della collocazione geografica) e di Loreto h12 (per l'elevato numero di prestazioni).
Presso l'ospedale di San Severino viene attivato il Punto di Primo intervento, in luogo dell'attuale assetto organizzativo configurato come parte del Pronto soccorso dell'Ospedale di Camerino.
Al fine di favorire la riorganizzazione complessiva del sistema di emergenza sanitaria il personale convenzionato del 118 che ne ha titolo è inquadrato nei ruoli del Servizio sanitario regionale potendo così essere meglio utilizzato nei dipartimenti di emergenza per le attività ospedaliere e territoriali, contribuendo in tal modo anche a sanare le criticità che si riscontrano nel reclutamento di dirigenti per i Pronto soccorso Regionali.
La presente proposta di identificazione dei Punti di Primo intervento risponde alle indicazioni di cui al comma 3 dell'art.14 della LR 36/2008.

Punti di primo intervento: situazione attuale e previsione futura

Zona/Ospedali	Situazione attuale	Previsione futura
2.Sassocorvaro	Si	Si
2.Cagli	Si	
3.Pergola	Si	Si
3.Fossombrone	Si	
5.Cingoli	Si	
7.Chiaravalle	Si	
7.Loreto	Si	Si 12h
8.Recanati	Si	Si
9.Tolentino	Si	Si
10.Matelica	Si	
10.San Severino		Si
11.Montegiorgio	Si	
11.Sant'Elpidio	Si	
13.Amandola	Si	Si
ASUR	**14**	**7**

Note: Il Punto di primo intervento presso l'Ospedale di Recanati deve essere gestito dal personale della Potes con l'ausilio del personale delle unità operative dell'Ospedale. Il PPI dell'Ospedale di Amandola deve essere gestito dal personale della Potes a cui si aggiunge, di notte, il personale della postazione di continuità assistenziale.

POTES

Le postazioni territoriali dell'emergenza sanitaria (POTES) garantiscono, sul luogo in cui si verifica una emergenza sanitaria, il soccorso necessario. Costituisce obiettivo del sistema garantire un intervento di soccorso entro otto minuti dalla chiamata per le aree urbane e venti minuti per le aree extraurbane, salvo particolari situazioni di complessità orografica e di viabilità (art.7 LR 36/1998).

L'art. 8 della citata L.R. 36/1998 attribuiva alla Giunta regionale il compito di stabilire:

- La localizzazione delle POTES nel territorio regionale;
- Quali sedi delle POTES debbono funzionare per dodici ore al giorno o comunque per un orario che non copre tutta la giornata, tenendo conto della popolazione afferente e della specifica epidemiologia.

In realtà la Regione non ha fino ad ora provveduto agli adempimenti sopra richiamati e, di fatto, l'attuale rete di distribuzione delle POTES si è sviluppata sulla base di scelte locali, che hanno portato a un quadro non omogeneo sia relativamente al numero delle postazioni, sia alla composizione degli equipaggi.

Per di più, manca un riferimento comune che indichi una scelta definitiva circa il modello prescelto. Tale scelta potrà essere operata compiutamente dopo che saranno risolte due criticità tuttora esistenti:

- La disomogeneità della collocazione delle Centrali operative 118, che in AV 1 e AV 2 sono all'interno delle Aziende Ospedaliere, invece che essere inserite più opportunamente, come le altre, all'interno dell'ASUR. Tale riorganizzazione consente di rendere coerente il coordinamento dei trasporti in emergenza e programmati, assegnati questi ultimi all'ASUR dalla DGRM 1004/09, in tutto il territorio regionale. Inoltre, la riunificazione di tutte le Centrali 118 nell'ASUR consente lo sviluppo di una progettualità condivisa ed integrata, favorita dalla possibilità di un coordinamento delle funzioni di responsabilità.
- La ridefinizione della legge regionale sui trasporti sanitari, in via di perfezionamento.

Proposta

Tenendo conto delle prescrizioni della LR 36/1998, del piano di riorganizzazione dei piccoli Ospedali di cui al punto 1.6.2 della Delibera della Giunta regionale n.17/2011 e della nuova previsione dei Punti di Primo intervento, si propongono le seguenti Postazioni Territoriali dell'emergenza sanitaria (POTES):

- AV Pesaro: Fossombrone, Cagli, Sassocorvaro, Pesaro, Urbino, Fano, Marotta, Montecchio, Pergola, Mercatino Conca (infermieristica);
- AV Ancona: Chiaravalle (infermieristica), Osimo/Loreto, Senigallia, Arcevia (infermieristica), Ancona centro, Ancona Torrette, Jesi, Filottrano (infermieristica 12h), Cingoli (infermieristica), Fabriano.
- AV Macerata: Matelica (infermieristica), Civitanova, Recanati, Macerata, Tolentino, Camerino, S. Severino (infermieristica), Passo S. Angelo (infermieristica).
- AV Fermo: Montegiorgio, Fermo, Petritoli (infermieristica).
- AV Ascoli Piceno: Ascoli Piceno, Amandola, Offida, S. Benedetto del Tronto.

POTES: situazione attuale e previsione futura

Zona/località	Situazione attuale	Previsione futura
1.Pesaro	Si (1 medica 24h e 1 inf. 12h)	Si (1 medica 24h e 1 inf. 12h)
1.Montecchio	Si (12h)	Si (12h)
2.Urbania	Si	Stand by
2.Sassocorvaro	Si	Si
2.Urbino	Si	Si
2.Mercatino Conca	Si infermieristica	Si infermieristica
2.Cagli	Si	Si
3.Fossombrone	Si	Si
3.Fano	Si (1 medica 24h e 1 inf. 12h)	Si (1 medica 24h e 1 inf. 12h)
3.Marotta	Si	Si
3.Pergola	Si	Si
4.Senigallia	Si	Si
4.Arcevia	Si	Si infermieristica
5.Jesi	Si	Si
5.Filottrano	Si infermieristica	Si infermieristica
5.Cingoli	Si	Si infermieristica
6.Fabriano	Si (auto medica)	Si
6.Sassoferrato	Si	
7.Falconara	Si	
7.Chiaravalle		Si infermieristica
7.Osimo/Loreto	Si	Si
7.Ancona Centro	Si	Si (trasferire a INRCA)
7.Ancona Torrette	Si	Si
8.Civitanova	Si	Si
8.Recanati	Si	Si
9.Macerata	Si	Si
9.Tolentino	Si	Si
9.Passo S. Angelo	Si infermieristica	Si infermieristica
10.Matelica	Si	Si infermieristica
10.Camerino	Si	Si
10.San Severino	Si infermieristica	Si (trasformazione del PS)
11.Montegiorgio	Si	Si
11.Porto San Giorgio	Si	
11.Fermo		Si
11.Petritoli	Si infermieristica	Si infermieristica
12.S. Benedetto d.T.	Si (1 medica 24h e 1 inf. 24h)	Si (1 medica 24h e 1 inf. 24h)
13.Ascoli Piceno	Si	Si
13.Amandola	Si	Si
13.Offida	Si	Si
ASUR	**39** (di cui 7 infermieristiche)	**37** (di cui 10 infermieristiche)

POTES infermieristica indica un Distaccamento della POTES

Equipaggi

L'art. 8 della L.R. 36/1998 stabilisce che l'equipaggio delle POTES garantisce, sul luogo in cui si verifica un'emergenza sanitaria, il soccorso qualificato allo scopo di permettere il mantenimento delle funzioni vitali dell'assistito ed il suo trasporto protetto verso ospedali, individuati dalla Centrale operativa, capaci di fornire l'assistenza specialistica adeguata al caso.

L'art. 8 della L.R. 36/1998 delle Marche stabilisce che le aziende sanitarie possono utilizzare nelle POTES il seguente personale:

a) *Medico, con priorità per il personale dei servizi di emergenza territoriale di cui al vigente accordo collettivo nazionale di lavoro per i medici di medicina generale;*
b) *Infermiere professionale;*
c) *Autista di ambulanza dipendente del servizio sanitario nazionale che ha partecipato ai corsi di cui all'articolo 23, ovvero autista di ambulanza volontario, che ha partecipato ai corsi indicati all'articolo 9, comma 4, lettera b);*
d) *Soccorritore volontario qualificato appartenente alla CRI o ad una associazione di volontariato accreditata ai sensi dell'articolo 26 bis.*

La Giunta regionale avrebbe dovuto stabilire, con proprio atto, la composizione qualitativa e quantitativa del personale degli equipaggi dei mezzi di soccorso, sentito il parere del Comitato regionale per l'emergenza, cosa che fino ad oggi non è stata fatta.

Di conseguenza, la composizione degli equipaggi si è determinata sulla base di scelte locali, con evidenti difformità tra le aree vaste e con un impegno complessivo di equipaggi di soccorso avanzato (POTES medicalizzate) di gran lunga superiore ad altre Regioni sanitariamente evolute: si consideri che la regione Marche nel 2005 (Fonte report Ministero Salute) aveva, in assoluto, 26 equipaggi di soccorso avanzato, un numero più elevato del Veneto (17) e dell'Emilia Romagna (22), e la Lombardia con il doppio degli equipaggi delle Marche ma a servizio di una popolazione che è sei volte quella delle Marche.

La situazione attuale è ancor più eclatante, perché nel frattempo le POTES medicalizzate sul territorio regionale sono aumentate a ben 32, e ciò in presenza di uno sviluppo ulteriore del sistema di trasporto mediante elisoccorso che nel frattempo si è dotato di un secondo elicottero!

<u>Proposte</u>

La proposta sopra riportata circa numero e composizione delle POTES deve essere considerata provvisoria, in attesa della soluzione delle criticità citate nel richiamato paragrafo.

In ogni caso l'ASUR intende promuovere una riorganizzazione complessiva che punti, in luogo della rete diffusa di POTES medicalizzate:

- ad un maggior utilizzo di auto mediche in posizione di hub rispetto ai territori, con POTES infermieristiche e mezzi di soccorso in stand by in funzione di spoke. A questo fine saranno indirizzate direttive alle Aree vaste in attesa delle quali vale la proposta sopra richiamata.
- alla valorizzazione degli equipaggi infermieristici che devono essere utilizzati maggiormente, al pari della altre regioni, secondo protocolli condivisi. A questo fine l'Asur riconosce i protocolli infermieristici per i provvedimenti salvavita (PIST) che tali equipaggi sono autorizzati ad effettuare negli interventi di emergenza sul territorio.
- all'inquadramento nei ruoli della dipendenza del personale delle Potes che ne ha titolo, anche al fine di contribuire all'erogazione delle prestazioni nelle strutture sanitarie di sosta/attesa delle Potes.
-

Stand-by pubbliche assistenze

La Giunta Regionale con DGR n. 120/2004 ha riconosciuto 58 postazioni di stand-by alle Associazioni di volontariato, ad un costo annuo medio attuale di € 85.000, cui si aggiungono i rimborsi chilometrici (0,4 euro a km). Di fatto, alcune di queste postazioni di stand by sono state utilizzate a supporto delle POTES e pertanto non vengono ricomprese nella proposta seguente di riorganizzazione.

La proposta di revisione della rete delle postazioni di stand-by delle associazioni di volontariato è formulata alla luce delle modificazioni nella organizzazione della rete per l'emergenza, basando la nuova previsione sulle necessità del sistema di emergenza sanitaria.

Proposte

La convenzione con le associazioni di volontariato per lo stand-by deve essere attivata solo nel caso in cui la rete delle Potes lasci scoperto un territorio (ogni comune deve essere raggiunto entro 20 minuti) o nel caso in cui la Potes pubblica non abbia i mezzi di trasporto necessari (in questo caso lo stand-by è a supporto della Potes). Tenendo conto delle prescrizioni della LR 36/1998, della delibera della Giunta regionale n.17/2011, della nuova previsione dei Punti di Primo intervento e delle POTES vengono previste le seguenti convenzioni con le associazioni di volontariato per le postazioni di stand-by :

- AV Pesaro: 1 (ridotta).
- AV Macerata: 11 (+1 ridotta).
- AV Ancona: 18 (+1 ridotta).
- AV Fermo: 7.
- AV Ascoli Piceno: 7.

Postazioni di stand-by : situazione attuale e previsione futura

Zona	Situazione attuale	Previsione futura
1.Pesaro		
2.Urbino	Apecchio (ridotta)	Apecchio (ridotta)
3.Fano		
4.Senigallia	Ostra, Corinaldo, Senigallia (solo notte)	Ostra Vetere, Senigallia (solo estate)
5.Jesi	Cupramontana, Jesi CRI, Jesi Croce Verde, S.Maria Nuova/Morro d'Alba, Apiro	Cupramontana, Jesi CRI, Jesi Croce Verde, S.Maria Nuova/Morro d'Alba, Apiro
6.Fabriano	Fabriano, Serra San Quirico	Fabriano, Sassoferrato, Serra San Quirico
7.Ancona	Ancona CRI, Ancona Croce gialla, Ancona CRI/Croce gialla, Agugliano, Montemarciano, Chiaravalle, Falconara, Falconara auto medica, Camerano, Castelfidardo, Numana/Sirolo, Osimo/Loreto	Ancona CRI, Ancona Croce gialla, Ancona CRI/Croce gialla, Agugliano/Montemarciano, Chiaravalle (ambulanza), Falconara, Camerano, Castelfidardo, Numana/Sirolo, Osimo/Loreto
8.Civitanova	Civitanova Verde, Civitanova CRI, Morrovalle/M.S. Giusto, Porto Recanati	Civitanova Verde, Civitanova CRI, Morrovalle/M.S. Giusto, Porto Recanati
9.Macerata	Macerata CRI, Macerata Croce Verde, Tolentino	Macerata CRI, Macerata Croce Verde, Tolentino
10.Camerino	Matelica, Camerino, Visso, Fiastra notte	Matelica, Camerino, Visso, Fiastra notte
11.Fermo	S.Elpidio a Mare, Porto S.Elpidio Croce Verde, Fermo Croce verde, Altidona Croce verde, P.S.Giorgio Croce azzurra, Montegiorgio Misericordia, Ete emergenza, Montegranaro, Monte San Pietrangeli)	S.Elpidio a Mare/Porto S.Elpidio, Fermo Croce verde, Altidona Croce verde, P.S.Giorgio Croce azzurra, Ete emergenza, Montegranaro, Monte San Pietrangeli)
12.S. Benedetto d.T.	4 convenzioni di stand-by	4 convenzioni di stand-by
13.Ascoli Piceno	4 convenzioni di stand-by	3 convenzioni di stand-by
ASUR	**50 convenzioni**	**45 convenzioni**

Continuità assistenziale

L'art.12 della L.R. 36/1998 testualmente recita: "*In considerazione della nuova organizzazione del sistema di emergenza sanitaria, le sedi di servizio dell'attività di continuità assistenziale sono rideterminate secondo parametri rispondenti alle reali necessità del territorio e comunque facendo in modo che ogni sede* ***assista almeno 20.000 abitanti****. Nei comuni montani svantaggiati ed in quelli che attualmente usufruiscono dei benefici di cui all'obiettivo 5b dell'Unione Europea, la Giunta regionale può concedere deroghe rispetto al numero di abitanti, tenendo conto della vastità del territorio e delle caratteristiche della viabilità*".

In base alla popolazione attuale e alle deroghe concesse, la Regione Marche dovrebbe avere al massimo 77 postazioni di continuità assistenziale mentre ne risultano 88. In effetti, dai dati ministeriali risulta una dotazione di medici titolari di guardia medica pari a 26 per 100.000 abitanti che è superiore alla media italiana (che è pari a 22 per 100.000 abitanti) e sensibilmente superiore a tutte le regioni del centro-nord, con esclusione dell'Umbria.

<u>Proposta</u>

La riorganizzazione dei punti di Guardia medica di ogni singola Zona Territoriale è finalizzata al rispetto della citata norma di legge che prevede una popolazione di almeno 20.000 abitanti per ogni punto. Tenendo conto delle necessità del territorio regionale e delle prescrizioni della LR 36/1998, della delibera della Giunta regionale n.17/2011 e della nuova organizzazione del sistema di emergenza territoriale vengono previste le seguenti postazioni di continuità assistenziale :

ZT1: 6 turni notturni.
ZT2: 8 turni notturni. Parte del risparmio andrebbe destinato alla creazione di un ambulatorio h24 a Cagli per i codici bianchi e verdi.
ZT3: 7 turni notturni.
ZT4: Postazioni di Senigallia, Ostra Vetere, Corinaldo, Arcevia.
ZT5: 5 turni notturni.
ZT6: 3 turni notturni.
ZT7: 11 turni notturni.
ZT8: 5 turni notturni.
ZT9: 8 postazioni.
ZT10: 4 turni.
ZT11: 7 turni notturni.
ZT12: 4 turni notturni.
ZT13: 7 turni notturni.

L'Asur dispone che le chiamate alla CA siano convogliate e gestite presso la centrale operativa del 118. Sarà attivato un turno di medici della continuità assistenziale presso ogni centrale operativa al fine di fornire supervisione e consulenza per un utilizzo più efficace ed appropriato dei servizi di continuità assistenziale del territorio provinciale.

Le postazioni di Continuità assistenziale, di norma, sono collocate, laddove presenti, presso le strutture sanitarie con particolare riferimento ai locali del pronto soccorso/PPI al fine di favorire la collaborazione operativa fra il personale della Continuità assistenziale e le strutture ospitanti.

Continuità assistenziale: situazione attuale e previsione futura

Zona	Situazione attuale	Previsione futura
1.Pesaro	6 turni notturni (Pesaro (3), Montecchio (2), Gabicce + 1 turno festivo e prefestivo (Pesaro)	6 turni notturni (Pesaro, Montecchio, Gabicce). E' ricompreso un turno presso la Centrale operativa 118.
2.Urbino	8 postazioni, 11 turni notturni (Cagli (2), Apecchio/Piobbico, Urbino (2+1f), Macerata Feltria, Mercatino Conca, Urbania, Sant'Angelo, Lunano)	8 turni notturni
3.Fano	8 turni notturni (Pergola (2), Mondavio, Mondolfo, Fano (2), Calcinelli, Fossombrone)	7 turni notturni
4.Senigallia	5 postazioni, (6 turni notturni): Ostra, Ostra Vetere, Corinaldo, Arcevia Senigallia (2)	5 turni notturni: Ostra Vetere, Corinaldo, Arcevia Senigallia (2)
5.Jesi	6 turni notturni (Jesi, San Marcello, Filottrano, Cingoli, Moie di Maiolati, Cupramontana) + 3 turni diurni (8-20) nelle 3 RSA (Cupramontana, Filottrano, Montecarotto)	5 turni notturni
6.Fabriano	3 postazioni (4 turni): Fabriano (2), Sassoferrato, Serra San Quirico	3 turni notturni
7.Ancona	11 turni notturni (Loreto, Osimo, Camerano/Sirolo, Castelfidardo, Agugliano/Polverigi, Chiaravalle, Falconara (2), Ancona (3) + 1 turno f e pf (Osimo)	11 turni notturni (Loreto, Osimo, Camerano/Sirolo, Castelfidardo, Agugliano/Polverigi, Chiaravalle, Falconara (2), Ancona (3). E' ricompreso un turno presso la Centrale operativa 118.
8.Civitanova	5 turni notturni (Civitanova Marche, Recanati, Porto Recanati, Potenza Picena, Trodica di Morrovalle)	5 turni notturni (Civitanova Marche, Recanati, Porto Recanati, Potenza Picena, Trodica di Morrovalle)
9.Macerata	9 turni notturni (Macerata (2), Treia, Corridonia, Tolentino, Caldarola, Sarnano, Passo Sant'Angelo, Penna San Giovanni) + 3 postazioni festivi e prefestivi (Montecassiano, Pollenza, Mogliano)	8 turni notturni. (Macerata 2, Treia, Corridonia, Tolentino, Sarnano, Passo Sant'Angelo). E' ricompreso un turno presso la Centrale operativa 118.
10.Camerino	6 turni notturni (2 Castelraimondo, Pievetorina, Visso, Fiastra, Fiunimata)	4 turni notturni (Visso, Camerino, Matelica, Pievebovigliana) + reperibilità MMG a Fiastra
11.Fermo	7 postazioni (8 turni notturni): Fermo, Porto San Giorgio, Porto Sant'Elpidio, Sant'Elpidio a Mare, Montegranaro, Montegiorgio (2),Petritoli +1 f-pf Petritoli	7 turni notturni + 1 turno f-pf Petritoli
12.S. Benedetto d.T.	4 postazioni (5 turni notturni): Ripatransone, Montalto, Montefiore, San Benedetto D.T. (2) + 1 turno festivi e prefestivi estivo a SBDT	4 turni notturni + 1 turno festivo e prefestivo estivo a SBDT
13.Ascoli Piceno	6 postazioni (7 turni notturni): Amandola, Santa Vittoria Ponte Maglio, Ascoli Piceno (2), Acquasanta Terme, Offida	7 turni notturni: Amandola, Santa vittoria Ponte Maglio, Ascoli Piceno, Acquasanta Terme, Offida. E' ricompreso un turno presso la Centrale operativa 118.
ASUR	**92 turni notturni** (+7 solo festivi e pf) + 3 turni diurni	**80 turni notturni** (+2 solo festivi e pf)

Note: Le RSA della ZT5 di Jesi sono coperte dal personale medico del presidio sanitario di Cingoli.

Il ticket del Pronto soccorso (art. 20)

Attualmente la gran parte degli accessi al Pronto soccorso sono inappropriati e dovrebbero essere trattati in altra sede. Si tratta di prestazioni classificate come codici bianchi e verdi per pazienti che non "si trovano in condizioni di emergenza o urgenza derivanti da eventi acuti di qualsiasi causa o natura verificatesi nell'arco delle 24 ore precedenti" (art. 20, comma 1).

La grande maggioranza di tali prestazioni inappropriate sono richieste da cittadini esenti da ticket tanto da lasciar presumere un uso fortemente opportunistico del Pronto soccorso.

Le norme attuali della Regione Marche prevedono che siano "sottoposte al meccanismo della compartecipazione al costo le prestazioni che non rientrano nei casi" di cui all'art. 20 comma 1 della LR 36/1998 già citato, "e che possono essere erogate, senza alcun rischio per la salute del paziente, secondo le ordinarie procedure". Per queste prestazioni, una delibera della Giunta regionale, ha fissato un ticket di 25 euro per i soli codici bianchi non seguiti da ricovero. Sono esclusi dal pagamento del ticket i soggetti esenti, i minori di 14 anni di età e i non esenti che afferiscono al Pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti.

Proposta

L'esenzione deve valere per tutti coloro che usufruiscono in modo appropriato dei servizi sanitari. Altrimenti, invece di sostenere soggetti fragili si finisce per promuovere e sviluppare un uso inappropriato degli stessi.

Si propone pertanto alla Regione Marche di intervenire con una deliberazione di Giunta che disponga:

- che per le prestazioni differibili (codici bianchi e verdi) è dovuta una quota fissa di €25,00, senza l'applicazione di esenzioni. Per i soli minori fino a 14 anni tale quota non è dovuta;
- che sono sottoposte ad ulteriore ticket (fino ad un massimo di € 36,20) tutte le prestazioni sanitarie effettuate a favore delle persone presentate al pronto soccorso a cui è stato assegnato un codice bianco o verde. In questo caso, invece, sono pienamente efficaci le esenzioni previste dalla normative per la compartecipazione al costo delle prestazioni.

Con questi necessari provvedimenti si disincentiveranno gli accessi inappropriati che sono in costante crescita riducendo l'insopportabile pressione che la popolazione esercita nei confronti del pronto soccorso oltre a realizzare una maggiore entrata giustificata dall'uso inappropriato dei servizi.