



BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

Speciale N. 131 del 27 Novembre 2015

DECRETI DEL COMMISSARIO AD ACTA

Vendita e Informazioni

UFFICIO BURA
L'AQUILA
Via Leonardo Da Vinci n° 6

Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it
Servizi online Tel. 0862/363217 -363206

dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.30

Avviso per gli abbonati

In applicazione della L.R. n. 51 del 9.12.2010 il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo dall' 1.1.2011 viene redatto in forma digitale e diffuso gratuitamente in forma telematica, con validità legale. Gli abbonamenti non dovranno pertanto più essere rinnovati.

Il Bollettino Ufficiale viene pubblicato nei giorni di Mercoledì e Venerdì

Articolazione del BURAT

Il BURAT serie "ORDINARIO" si articola in due parti:

PARTE PRIMA

- a) Lo Statuto regionale e le leggi di modifica dello Statuto, anche a fini notiziali ai sensi dell'articolo 123 della Costituzione;
- b) le leggi ed i regolamenti regionali e i testi coordinati;
- c) il Piano regionale di sviluppo ed i relativi aggiornamenti, il Documento di Programmazione Economica e Finanziaria nonché tutti gli atti di programmazione degli organi di direzione politica disciplinati dalla normativa regionale in materia di programmazione;
- d) gli atti relativi ai referendum da pubblicarsi in base alle previsioni della normativa in materia;
- e) le sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relative a leggi della Regione Abruzzo o a leggi statali o a conflitti di attribuzione coinvolgenti la Regione Abruzzo, nonché le ordinanze di organi giurisdizionali che sollevano questioni di legittimità di leggi della Regione Abruzzo e i ricorsi del Governo contro leggi della Regione Abruzzo;
- f) gli atti degli organi politici e di direzione amministrativa della Regione che determinano l'interpretazione delle norme giuridiche o dettano disposizioni per loro applicazione;
- g) le ordinanze degli organi regionali.

PARTE SECONDA

- a) Le deliberazioni adottate dal Consiglio regionale e non ricomprese fra quelle di cui al comma 2;
- b) gli atti di indirizzo politico del Consiglio regionale;
- c) i decreti del Presidente della Giunta regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- d) i decreti del Presidente del Consiglio regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- e) i provvedimenti degli organi di direzione amministrativa della Regione aventi carattere organizzativo generale;
- f) gli atti della Giunta regionale e dell'ufficio di Presidenza del Consiglio regionale di interesse generale;
- g) gli atti della Regione e degli enti locali la cui pubblicazione è prevista da leggi e regolamenti statali e regionali;
- h) i bandi e gli avvisi di concorso della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici e i relativi provvedimenti di approvazione;
- i) i bandi e gli avvisi della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici per l'attribuzione di borse di studio, contributi, sovvenzioni, benefici economici o finanziari e i relativi provvedimenti di approvazione;
- j) i provvedimenti di approvazione delle graduatorie relative ai procedimenti di cui alle lettere h) e i);
- k) gli atti di enti privati e di terzi che ne facciano richiesta conformemente alle previsioni normative dell'ordinamento.

1. Gli atti particolarmente complessi, i bilanci ed i conti consuntivi, sono pubblicati sui BURAT serie "SPECIALE".
2. Gli atti interni all'Amministrazione regionale sono pubblicati sui BURAT serie "SUPPLEMENTO".
3. I singoli fascicoli del BURAT recano un numero progressivo e l'indicazione della data di pubblicazione.

NOTA:

Le determinazioni direttoriali e dirigenziali per le quali non sia espressamente richiesta la pubblicazione integrale sul BURAT, ancorché non aventi rilevanza esterna o che siano meramente esecutive di precedenti determinazioni, **sono pubblicate per estratto** contenente la parte dispositiva, l'indicazione del servizio competente, il numero d'ordine, la data e l'oggetto del provvedimento.

Sul Bollettino Ufficiale sono altresì pubblicati tutti i testi la cui pubblicazione è resa obbligatoria dall'ordinamento nazionale e comunitario, anche se richiesti da privati.

Sommario

PARTE I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

ATTI DELLA REGIONE

DECRETI

PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23.07.2014)

DECRETO 12.03.2015, N. 35

Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2015..... 4

DECRETO 28.09.2015, N. 95

Approvazione del programma di qualificazione della rete emergenza urgenza territoriale.....28

PARTE I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

ATTI DELLA REGIONE

DECRETI

**PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23.07.2014)**

DECRETO 12.03.2015, N. 35

Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2015.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014 con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

CONSIDERATO che la predetta deliberazione individua, tra l'altro, quale specificazione della funzione attribuita al Commissario, la definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni;

VISTO il decreto commissariale n.90/2014 del 12/08/2014, di presa d'atto dell'insediamento del Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo, dott. Luciano D'Alfonso, in qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del summenzionato Piano di Rientro, con decorrenza dell'incarico dal 12/08/2014;

VISTO il D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421);

CONSIDERATO che condizione necessaria per l'esercizio del potere di fissazione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati è la concreta

individuazione delle somme che la Regione ha a disposizione per tali finalità;

VISTO l'art 17 comma 1 lett a) del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n.111. il quale prevede che le regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati;

VISTO il Decreto Commissariale n.67/2012 del 27/12/2012 "Definizione del fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale 2013-2015. Diagnostica per immagini, Laboratorio, Medicina Nucleare, Medicina fisica ed FKT, Odontoiatria e Branche a visita";

VISTO il Decreto Commissariale n.46/2012 del 27.12.2012 "Definizione del fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale 2013-2015: Diagnostica per immagini, Laboratorio, Medicina Nucleare, Medicina fisica ed FKT, Odontoiatria e Branche a visita";

RILEVATA la necessità di garantire nella misura più ampia possibile sul territorio regionale, i livelli essenziali di assistenza con specifico riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

VISTO il Programma Operativo 2013-2015, approvato con Decreto Commissariale n. 84/2013 del 9 ottobre 2013, integrato e modificato con Decreto Commissariale n. 112/2013 del 30 dicembre 2013 il quale prevede, quale tetto massimo di spesa per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale 2015, l'importo di 29,6 milioni di euro;

CONSIDERATO che gli importi dei contratti per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale, stabiliti per il 2015, corrispondenti ai volumi di prestazioni da erogare a pazienti regionali ed extraregionali, vanno determinati complessivamente per ciascuna struttura nella misura indicata nel prospetto che si allega al presente decreto quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1 al presente atto);

RITENUTO di stabilire, pertanto, l'importo massimo per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale da privato da rendere a pazienti regionali ed extraregionali nella somma complessiva di euro 29.574.339,00, che rappresenta il valore massimo sostenibile per la Regione Abruzzo per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale nel 2015;

VISTA la L.R. 31-7-2007 n. 32 (Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private) ed in particolare il Titolo III (Accreditamento istituzionale e accordi contrattuali);

PRECISATO che il procedimento per l'accreditamento istituzionale delle strutture di specialistica ambulatoriale è in corso di completamento;

VISTI i Decreti Commissariali con i quali si è provveduto, in conformità alla L.R. 31/7/2007 n.32 e ai manuali di autorizzazione e accreditamento di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n.591/P del 2009, agli accreditamenti istituzionali;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta del 29/03/2011 n°11 avente ad oggetto "Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei laboratori analisi privati. integrazione manuali di autorizzazione ed accreditamento di cui alla Deliberazione GR 591/p del 01.07.2008 come successivamente modificati ed integrati con Deliberazione Commissariale n. 36/09 del 01 giugno 2009 ed ulteriori disposizioni";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta del 02/12/2011 n° 62 recante "Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei laboratori analisi privati di cui al Decreto Commissariale n. 11/2011 del 29/03/2011 approvazione delle domande ammesse alla riorganizzazione ed ulteriori provvedimenti";

CONSIDERATO che detto elenco non contempla alcun Consorzio;

ATTESO che è tutt'ora in corso il complesso processo di riordino della rete laboratoristica privata avviato con il decreto commissariale

n.11/2011 del 29/03/2011 e ss.mm.ii. e che pertanto, nelle more della conclusione della riorganizzazione e razionalizzazione di che trattasi, i laboratori aderenti ai consorzi approvati con decreto commissariale n.62/2011 del 02/12/2011 sono ammessi alla contrattazione per l'anno 2015 come singoli erogatori provvisoriamente accreditati;

RITENUTO di dover procedere alla definizione di un modello contrattuale uniforme da sottoscrivere tra la Regione Abruzzo, le AA.SS.LL. e gli erogatori privati;

VISTO l'allegato schema di contratto (Allegato 2), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che sarà sottoscritto tra la Regione Abruzzo, le AA.SS.LL. e gli Stabilimenti FKT, gli Studi di radiologia, i Laboratori di analisi, le Case di Cura e gli Studi Medici-branchi a Visita per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale da rendere nell'anno 2015, sia a pazienti regionali che extraregionali;

VISTI:

- il decreto commissariale n.98/2014 del 25 agosto 2014, recante: «Voltura in favore della Società "Casa di Cura privata Santa Camilla SpA" dell'accreditamento predefinitivo relativo alle attività di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale già in capo al complesso aziendale "Villa Pini d'Abruzzo"»;
- il decreto commissariale n.153/2014 del 12/12/2014, avente ad oggetto: "Laboratorio analisi Salus Pescara Srl – Pescara. Presa d'atto della cessione d'azienda in favore della Società "EAHS – Europe Adriatic Health Services Srl" – Voltura accreditamento provvisorio";
- la nota prot.01 del 28/01/2015, acquisita al protocollo regionale al n.25056 del 30/01/2015, con la quale l'Amministratore Unico della Società EAHS – Europe Adriatic Health Services Srl – ha comunicato che l'attività della struttura già Laboratorio Salus, sito in Pescara, alla Via G. D'Annunzio n.23 rimarrà sospesa dal 1 febbraio al 30 giugno 2015;
- la nota acquisita al protocollo regionale con il n.RA/250092 del 09.10.2013 con la quale il rappresentante legale della struttura Laboratorio analisi cliniche San

Damiano sas di Cappellini Egisto & C. sito in Pescara ha comunicato "di avere sospeso l'attività per ristrutturazione e riorganizzazione della stessa";

- la nota acquisita al protocollo regionale n.RA/62795 del 05/03/2013, con la quale l'Amministratore della società SOPREMA SRL ha comunicato la cessione del ramo di azienda che esercita il laboratorio analisi alla società "Laboratorio di analisi Dr. R. Collevocchio & C. s.n.c." avente sede in Pescara, con richiesta di volturazione dell'accreditamento al nuovo gestore;

PRESO ATTO della nota prot.RA/36981/DG19 del 11.02.2015 del Servizio regionale Programmazione sanitaria con la quale è stato trasmesso l'elenco delle strutture private accreditate eroganti servizi di assistenza specialistica ambulatoriale aggiornato a novembre 2014 con la precisazione che "al momento non risulta ancora pienamente definita la posizione dei Laboratori Analisi Sant'Anna, San Damiano e Soprema";

PRECISATO:

- che il contratto per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2015 dal Laboratorio gestito dalla Società "EAHS - Europe Adriatic Health Services Srl sarà stipulato solo a seguito della effettiva ripresa delle attività, verificata dalla ASL territorialmente competente, ferma restando l'assegnazione del budget indicato nell'allegato 1 riproporzionato in dodicesimi sulla base del periodo di operatività della struttura;

RITENUTO per le altre strutture, per le quali la comunicazione prot. RA/36981/DG19 del 11.02.2015 del Servizio regionale Programmazione sanitaria attesta "che non risulta ancora pienamente definita la posizione" di confermare le disposizioni della contrattazione 2014 di cui al Decreto commissariale 37/2014 e precisamente:

- per il laboratorio analisi Sant'Anna verranno adottati eventuali successivi provvedimenti nell'ambito della definizione delle condizioni contrattuali dei rispettivi Consorzi approvati con il decreto commissariale n.62/2011;
- il contratto per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno

2015 dal Laboratorio già di proprietà della SOPREMA SRL sarà stipulato con il nuovo gestore solo a seguito della definizione del procedimento di volturazione dell'accreditamento, ferma restando l'assegnazione del budget indicato nell'allegato 1;

- il contratto per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2015 dal Laboratorio analisi cliniche San Damiano sas di Cappellini Egisto & C. sito in Pescara sarà stipulato solo a seguito della effettiva ripresa delle attività verificata dalla ASL territorialmente competente ferma restando l'assegnazione del budget indicato nell'allegato 1 riproporzionato in dodicesimi sulla base del periodo di operatività della struttura;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.64/2012 del 14/11/2012 recante "Approvazione protocolli di valutazione per le verifiche di appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accreditate";

ATTESO che l'esistenza e la sottoscrizione di un contratto che stabilisca il tetto massimo di spesa sostenibile dall'amministrazione regionale è condizione essenziale affinché le strutture private accreditate possano erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale;

RITENUTO, a tal fine, di dover procedere alla definizione di un modello contrattuale da sottoscrivere tra Regione Abruzzo, Direttori Generali delle AA.SS.LL. ed Erogatori privati;

VISTO l' allegato schema di contratto che si acclude al presente provvedimento (Allegato 2 al presente atto), che sarà sottoscritto tra la Regione Abruzzo, le AA.SS.LL. e le strutture private provvisoriamente accreditate ovvero accreditate, che regola le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale rese a pazienti regionali ed extraregionali;

VISTO il Decreto Commissariale n.12/2013 del 20/02/2013 avente ad oggetto "Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. D.M. 18.10.2012";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n° 45/2013 del 12/06/2013 avente ad oggetto “Modifiche e integrazioni ai Decreti del Commissario ad acta n° 12/2013 del 20.02.2013 “Approvazione Nomenclatore Tariffario regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale – D.M. 18.10.2012” e n° 13/2013 del 20.02.2013 “Approvazione del Tariffario Regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera - D.M. 18.10.2012”;

VISTO l’art. 8, comma 4, della legge regionale n.32 del 31.07.2007, che stabilisce che gli accordi contrattuali vengono stipulati con l’amministrazione regionale e sottoscritti dal Presidente della Giunta Regionale;

TENUTO CONTO che il presente decreto, unitamente allo schema contrattuale (Allegato 2 al presente atto), viene notificato, a mezzo pec e, in via subordinata, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, a ciascun erogatore privato entro il termine di sette giorni dalla data di adozione, fissando, altresì, la data di sottoscrizione del contratto con gli erogatori ammessi alla contrattazione che deve essere effettuata entro i successivi quindici giorni;

CONSIDERATO che il termine di cui sopra può anche essere utilizzato dalla struttura privata ammessa alla contrattazione ai fini del deposito di eventuali controdeduzioni al Commissario ad acta in ordine al rapporto di sua competenza quale risultante dallo schema di contratto e dai tetti assegnati e che, in tal caso, il Commissario provvederà a fornire la relativa risposta entro i successivi quindici giorni fissando entro i successivi dieci giorni la data per la stipula del contratto;

ATTESO che, ad eccezione, per quanto sopra esposto, del Laboratorio gestito dalla Società “EAHS – Europe Adriatic Health Services Srl, del laboratorio analisi già di proprietà della “So.pre.ma. srl” e dei Laboratori S. Anna e S. Damiano, viene fissata la data del 5 maggio 2015 come termine massimo per la sottoscrizione dei contratti afferenti la specialistica ambulatoriale, anche a seguito della eventuale procedura di interlocuzione;

CONSIDERATO che i tetti fissati nel presente provvedimento, per ciascun erogatore privato, costituiscono il limite massimo di spesa che la

Regione Abruzzo può mettere a disposizione per la copertura di contratti per gli erogatori privati ed il cui rispetto è quindi condizione per l’esistenza e validità del contratto;

VISTO l’art. 8 quater comma 8 del Dlg.s 502/92 e ss.mm.ii. in conformità al quale le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all’articolo 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario regionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione regionale;

VISTO l’art.7, comma 5, lett.b), della LR 32 del 31/07/2007 che prevede la revoca dell’accreditamento nel caso di erogazione per due annualità, nel periodo di validità dell’accordo contrattuale, di prestazioni - delle quali è comunque vietata la remunerazione - eccedenti nella misura massima del 7,5% il programma preventivamente concordato e sottoscritto nell’accordo stesso;

PRECISATO che nei confronti degli erogatori privati che non intenderanno stipulare il contratto offerto, trovano applicazione le disposizioni di cui all’art. 8-quinquies, comma 2-quinquies, del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

RILEVATO che quanto sopra rappresentato riveste carattere di urgenza stante la necessità di addivenire in tempi rapidi alla definizione delle negoziazioni con gli erogatori provvisoriamente accreditati di che trattasi e che, pertanto, il presente atto non è sottoposto al parere preventivo dei Ministeri della Salute e dell’Economia e delle Finanze;

Tutto ciò premesso

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano:

1. **di dare atto** che gli erogatori privati erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale con i quali si procede alla negoziazione 2015 sono quelli che hanno ottenuto l’accreditamento istituzionale nonché quelli provvisoriamente accreditati operanti sul territorio all’atto dell’emanazione della L.R. 31.07.2007, n. 32, ai sensi dell’articolo 12 della legge;

2. **di autorizzare** nella misura di euro 29.574.339,00 il tetto di spesa massimo complessivo relativo all'anno 2015 per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale in favore di pazienti regionali ed extraregionali, ripartito tra le singole strutture private come indicato nell'allegato prospetto (Allegato 1), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. **di dare atto** che il predetto valore risulta coerente con il programma Operativo 2013-2015, approvato con Decreto Commissariale n. 84 del 9 ottobre 2013, integrato e modificato con Decreto Commissariale n. 112 del 30 dicembre 2013;
4. **di coprire** la spesa di ciascun contratto con i singoli erogatori privati provvisoriamente accreditati ovvero accreditati - in attuazione dei criteri indicati in narrativa - nella misura indicata nell'Allegato 1, sia in favore dei residenti sul territorio regionale sia in favore dei non residenti;
5. **di approvare** l'allegato schema di contratto negoziale per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogate dalle seguenti strutture private provvisoriamente accreditate ovvero accreditate: Stabilimenti FKT, Studi di radiologia, Laboratori di analisi, Case di Cura, Studi Medici-branche a Visita (Allegato 2), che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
6. **di stabilire** che il presente decreto, unitamente allo schema contrattuale allegato (Allegato 2) viene notificato, a mezzo pec e, in via subordinata, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, a ciascun erogatore privato entro il termine di sette giorni dalla data di adozione, fissando, altresì, la data di sottoscrizione del contratto con gli erogatori ammessi alla contrattazione che deve essere effettuata entro i successivi quindici giorni;
7. **di stabilire** che il termine di cui sopra può anche essere utilizzato dagli erogatori privati ammessi alla contrattazione ai fini del deposito di eventuali controdeduzioni al Commissario ad acta in ordine al rapporto di sua competenza quale risultante dallo schema di contratto e dai tetti assegnati e che, in tal caso, il Commissario provvederà a fornire la relativa risposta entro i successivi quindici giorni fissando entro i successivi dieci giorni la data per la stipula del contratto;
8. **di fissare**, con le eccezioni appresso specificate, la data del 5 maggio 2015 come termine massimo per la sottoscrizione dei contratti afferenti con gli erogatori privati di specialistica ambulatoriale ammessi alla contrattazione, anche a seguito della eventuale procedura di interlocuzione;
9. **di precisare** che:
 - per il laboratorio analisi Sant'Anna verranno adottati eventuali successivi provvedimenti nell'ambito della definizione delle condizioni contrattuali dei rispettivi Consorzi approvati con il decreto commissariale n.62/2011;
 - il contratto per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2015 dal Laboratorio già di proprietà della SOPREMA SRL sarà stipulato con il nuovo gestore solo a seguito della definizione del procedimento di volturazione dell'accreditamento, ferma restando l'assegnazione del budget indicato nell'allegato 1;
 - il contratto per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2015 dal Laboratorio analisi cliniche San Damiano sas di Cappellini Egisto & C. sito in Pescara sarà stipulato solo a seguito della effettiva ripresa delle attività verificata dalla ASL territorialmente competente ferma restando l'assegnazione del budget indicato nell'allegato 1 riproporzionato in dodicesimi sulla base del periodo di operatività della struttura;
 - il contratto per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2015 dal Laboratorio gestito dalla Società "EAHS - Europe Adriatic Health Services Srl sarà stipulato solo a seguito della effettiva ripresa delle attività, verificata dalla ASL territorialmente competente, ferma restando l'assegnazione del budget

indicato nell'allegato 1
riproporzionato in dodicesimi sulla
base del periodo di operatività della
struttura;

10. **di dare atto** che, con riferimento agli erogatori privati non intenzionati a sottoscrivere il contratto proposto, trovano applicazione le disposizioni di cui all'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies, del D. L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
11. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, come previsto nell'Accordo con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico;
12. **di disporre** che il presente provvedimento venga trasmesso ai Direttori Generali delle Unità Sanitarie Locali e comunicato, secondo le modalità indicate in narrativa, alle strutture private interessate accreditate e che sia pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

Segue Allegato

ALLEGATO 1

Laboratori analisi		Tetto 2015
ALFA S.n.c.	Pescara	29.778
ALHENA S.a.s.	Pescara	77.315
ALTO SANGRO di Cocco & C. S.a.s.	Lanciano-Vasto-Chieti	233.910
ARS MEDICA di Valli dott.ssa Ileana & C. S.a.s.	Pescara	87.095
BELLUZZI del Dr. L. Di Muzio e C. S.n.c.	Lanciano-Vasto-Chieti	21.793
BIOANALISI Srl	Lanciano-Vasto-Chieti	258.270
BIOCONTROL S.n.c.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	183.699
BIOLOGICHE S.r.l.	Lanciano-Vasto-Chieti	36.659
BIOMETRON S.a.s.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	68.713
BIOS del Dr. Zappacosta Paride, Roberto Luciani & C. S.a.s.	Lanciano-Vasto-Chieti	104.632
BIOTEST S.n.c.	Pescara	71.352
CARBONI S.n.c.	Pescara	64.873
CARRESE S.n.c.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	58.498
CENTRO MEDICO di Cervone Eliana & C. S.n.c.	Lanciano-Vasto-Chieti	9.953
CLINILAB S.r.l.	Teramo	214.539
CLINITEST S.r.l.	Pescara	52.117
CMAV S.r.l.	Lanciano-Vasto-Chieti	110.607
DACE S.r.l.	Lanciano-Vasto-Chieti	118.708
DI IORIO MARIO & C. S.r.l.	Pescara	27.370
DI PERNA S.a.s.	Lanciano-Vasto-Chieti	38.027
DI ROCCO & M. TARQUINIO Soc. SEMPL.	Lanciano-Vasto-Chieti	48.468
DOVIM S.a.s.	Pescara	65.187
FANCI Prof. Dr. Urbano & C. S.a.s.	Lanciano-Vasto-Chieti	112.223
FLEMING S.a.s.	Teramo	155.861
FLEMING S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	26.638
FLEMING S.r.l.	Lanciano-Vasto-Chieti	48.984
FRENTANO di Bianco M. Vittoria S.n.c.	Lanciano-Vasto-Chieti	98.462
GALENO del Dr. D'Alessandro & C. S.a.s.	Lanciano-Vasto-Chieti	103.108
GRAM Sas	Lanciano-Vasto-Chieti	168.185
HISTONIUM di Montanaro Francesca & C. S.n.c.	Lanciano-Vasto-Chieti	180.654
IGEA di Di Pietro Rossella e C. S.n.c.	Pescara	46.416
IGEA S.a.s. di F. Ciamarone & C.	Pescara	20.889
IGEA S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	101.462

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

12 MAR 2015



del

ALLEGATO 1

Laboratori analisi		Tetto 2015
IGEA S.r.l.	Teramo	177.169
ITALIA S.r.l.	Teramo	193.165
IULIUS S.r.l.	Teramo	243.431
MANTOUX Snc	Lanciano-Vasto-Chieti	244.642
MARCHEGIANI S.n.c.	Pescara	69.805
MATER DOMINI del dr. ACETOSO Massimo	Lanciano-Vasto-Chieti	82.442
G. MENDEL - Studio associato S.r.l.	Lanciano-Vasto-Chieti	85.274
PETRAGNANI di Bonacci A. & C. S.n.c.	Lanciano-Vasto-Chieti	85.912
PRECI-LAB di Marucci & C. S.n.c.	Lanciano-Vasto-Chieti	257.876
RIA S.n.c.	Lanciano-Vasto-Chieti	83.702
RUTOLO ELEONORA Srl	Pescara	87.000
S. ANTONIO di Anna D'Annunzio S.n.c.	Pescara	50.024
S. CAMILLO S.a.s.	Pescara	125.225
S. DAMIANO S.a.s.	Pescara	36.525
SALUS di Antonelli Anna Maria S.a.s.	Lanciano-Vasto-Chieti	27.696
LABORATORIO ANALISI SALUS	Pescara	31.814
SANTA LUCIA S.n.c.	Pescara	50.774
SO PRE MA, S.r.l.	Pescara	24.066
VAL VIBRATA S.r.l.	Teramo	208.721
Totale		5.193.633

ALLEGATO 1

Case di Cura		
Struttura	Azienda	Tetto 2015
DI LORENZO S.p.A.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	1.981.839
INI S.r.l. - Divisione CANISTRO	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	537.937
L'IMMACOLATA - Ass.ne Opera Santa Maria della Pace**	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	1.537.339
PIERANGELI S.r.l.	Pescara	3.130.829
SAN RAFFAELE	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	420.935
SPATOCCO	Lanciano-Vasto-Chieti	2.123.277
VILLA LETIZIA S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	1.184.426
VILLA PINI D'ABRUZZO S.r.l.	Lanciano-Vasto-Chieti	3.897.506
VILLA SERENA S.r.l.	Pescara	3.742.525
Totale		18.356.613

ALLEGATO 1

Stabilimenti FKT e studi di radiologia			
Tipologia	Struttura	Azienda	Tetto 2015
Stabilimenti FKT	BLEU S.r.l.	Pescara	191.431
	CEN.FIS. S.r.l. Centro Fisiochinesiterapico Aquilano	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	170.631
	COLAROSSO ROBERTO & C. S.a.s.	Pescara	110.549
	COPAN S.a.s.	Pescara	137.320
	DE LUCA dr. FABIO	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	109.892
	DON ORIONE Provincia Religiosa SS. Apostoli Pietro e Paolo	Pescara	142.520
	FISIOTER	Pescara	407.579
	GLORIA S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	113.875
	MASCI dr.ssa Giovanna & C. S.a.s.	Pescara	277.317
	MEDICAL MARSICANO S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	134.404
	PADRE ALBERTO MILENO Fondazione Ortilus - S. FRANCESCO D'ASSISI	Lanciano-Vasto-Chieti	146.352
	RADIOSANIT S.r.l.	Teramo	12.988
	SALUS S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	172.841
	SAN GIUSEPPE S.r.l.	Lanciano-Vasto-Chieti	242.869
	SANTA LUCIA S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	280.017
	SCIUBA dr. TORINTO S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	66.165
	STATIC S.r.l.	Pescara	585.543
	VILLA ROMINA S.r.l.	Lanciano-Vasto-Chieti	131.049
	ISTITUTO DI FISIOKINESITERAPIA VIVIO S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	65.903
	VUZA dr.ssa MARIA & C. S.a.s.	Pescara	220.320
Totale Stabilimenti FKT			3.719.564
Studi di Radiologia	4R S.n.c.	Pescara	75.746
	BLEU S.r.l.	Pescara	178.018
	ISTITUTO DIAGNOSTICO ITALIANO MADONNA DEL PONTE S.R.L.	Lanciano-Vasto-Chieti	1.308.301
	RADIOSANIT S.r.l.	Teramo	73.300
	REGINA MARGHERITA di Lauriti Dr. Giovanni S.a.s.	Pescara	114.068
	SAN GIUSEPPE S.r.l.	Lanciano-Vasto-Chieti	185.521
	SCIUBA dr. TORINTO S.r.l.	Avezzano-Sulmona-L'Aquila	172.076
Totale Studi di Radiologia			2.105.032
TOTALE COMPLESSIVO			5.824.596

ALLEGATO 1

Branche a visita		
Struttura	Azienda	Tetto 2015
D'ASCENZO dr. Ugo	Lanciano-Vasto-Chieti	20.888
DE BERARDINIS dr. Vincenzo - Centro Oculistico Santa Lucia Srl	Lanciano-Vasto-Chieti	79.733
DI PRINZIO dr. Antonio	Lanciano-Vasto-Chieti	53.173
MINICUCCI dr. Renato	Pescara	22.928
ORLANDI dr.ssa Adriana	Pescara	22.775
Totale		199.497

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

ALLEGATO 2

n. 35 del 12 MAR. 2015



**CONTRATTO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
ANNO 2015**

STIPULATO IN _____, DATA _____

TRA

- la Regione Abruzzo, C.F. e P.I. 80003170661, con sede con in L'Aquila, alla Via Leonardo da Vinci n.1, in persona del Commissario Ad Acta per la realizzazione del Piano di rientro dei disavanzi del Servizio Sanitario Regionale Abruzzese nonché Presidente della Giunta Regionale della Regione Abruzzo;
- le Aziende Sanitarie Locali della Regione Abruzzo come sotto indicate:
1. Azienda Sanitaria Locale 1 – Avezzano, Sulmona, L'Aquila con sede in L'Aquila, Via Saragat- Località Campo di Pile, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F.01792410662, P.I.01792410662;
 2. Azienda Sanitaria Locale 2 – Lanciano, Vasto, Chieti con sede in Chieti, Via Martiri Lancianesi n.17/19, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F.02307130696, P.I.02307130696;
 3. Azienda Sanitaria Locale 3 – Pescara con sede in Pescara, Via Renato Paolini n.47, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F.01397530982, P.I.01397530982;
 4. Azienda Sanitaria Locale 4 – Teramo con sede in Teramo, Circonvallazione Ragusa n.1, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore C.F.0015590671, P.I. 0015590671;

E

- La Società/Associazione/Fondazione _____,
P.IVA _____, con sede in _____, alla Via _____,
in persona del suo legale rappresentante pro-tempore, Sig. _____, il quale si dichiara munito dei poteri necessari a contrarre il presente atto in nome e per conto del Laboratorio di Analisi/Centro di Fisiokinesiterapia/ Studio di Radiologia/ Casa di Cura _____, con sede operativa in _____ (di seguito indicata come "Erogatore privato")

Per le Branche a visita:

- Il/La Dott./Dott.ssa, specialista in _____, P. IVA _____,
con ambulatorio in _____, alla Via _____,
(di seguito indicato/a come "Erogatore privato")

PREMESSO CHE

L'erogatore privato è accreditato, ovvero provvisoriamente accreditato, all'esercizio di prestazioni di specialistica ambulatoriale, ai sensi della L.R. 32/2007.

ALLEGATO 2

PRESO ATTO

- del Decreto Commissariale n. ____/2015 del _____ avente ad oggetto: "Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2015", di cui il presente schema di contratto costituisce allegato parte integrante e sostanziale;
- del Programma Operativo 2013-2015;
- del Decreto Commissariale n.12/2013 del 20/02/2013 avente ad oggetto "Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. D.M. 18/10/2012", così come modificato ed integrato dal decreto commissariale n.45/2013 del 12/06/2013, avente ad oggetto: "Modifiche e integrazioni ai decreti del Commissario ad acta n.12/2013 del 20/02/2013 «Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. D.M. 18/10/2012»";
- del Decreto del Commissario ad Acta n.64/2012 del 14/11/2012 recante "Approvazione protocolli di valutazione per le verifiche di appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accreditate";
- del Decreto Commissariale n. _____ del _____, con il quale l'Erogatore privato è stato accreditato ai sensi della L.R. 32/2007.

SI CONVIENE E SI STIPULA

Art. 1

Documentazione

1. Per la sottoscrizione del presente accordo l'Erogatore privato presenta, ai sensi del D.P.R. 445/2000;
 - dichiarazioni in sostituzione dei seguenti certificati, ai sensi dell'art. 15, comma 1, Legge 12/11/2011, n.183 ss.mm.ii.:
 - a) Certificato attestante l'iscrizione al Registro delle Imprese – ove previsto-, ovvero alla C.C.I.A.A., contenente la dicitura antimafia, riportante i dati anagrafici di tutti i soggetti nei confronti dei quali – ai sensi e nel rispetto dell'art. 85 del D.Lgs. n. 159/2011 – deve essere acquisita l'informativa antimafia di cui all'art. 91 del predetto D.Lgs. 159/2011 nonché l'attestazione di insussistenza di procedure concorsuali o di procedimenti per l'assoggettamento a dette procedure;
 - b) Certificato dei carichi pendenti relativo ai soggetti che hanno il potere di rappresentare l'Erogatore privato;
 - c) Certificato generale del casellario giudiziale per i soggetti che hanno il potere di rappresentare l'Erogatore privato;
 - d) Certificato già previsto dagli art.li 80 e 81 del D.Lgs.231/01 come attualmente contemplato dal DPR 14/11/2002, n.313, di non aver subito la struttura privata nessuna sanzione e di non esser pendente nei suoi confronti nessun procedimento concernente le comminatorie;
 - e) Certificato attestante l'ottemperanza alle norme per il diritto al lavoro dei disabili (ex art. 17 della l. 12 marzo 1999, n. 68).
 - dichiarazione di essere in regola nell'adempimento agli obblighi contributivi nei confronti del personale dipendente.
2. Stante l'urgenza della sottoscrizione del presente contratto, come dichiarata e motivata nel Decreto Commissariale n. ____/2014 del _____, avente ad oggetto: "Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete

ALLEGATO 2

di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2015", di cui il presente schema contrattuale costituisce parte integrante e sostanziale, la sottoscrizione del presente contratto è sottoposta alla condizione risolutiva prevista dall'art. 92 del D.Lgs. 159/2011.

Art. 2**Oggetto**

1. Per l'anno 2015 il Servizio Sanitario Regionale affida all'Erogatore privato l'effettuazione delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale di cui all'art. 3 del presente contratto.
2. Nel rispetto dei limiti e delle condizioni previste dal presente accordo:
 - l'Erogatore privato si obbliga ad erogare le prestazioni di cui all'art. 3;
 - la A.S.L., nel cui ambito territoriale l'Erogatore privato è ubicato, si obbliga a remunerarle previa verifica del rispetto degli obblighi e degli adempimenti del presente contratto e dalla normativa vigente.
3. Le prestazioni sono erogate, nei limiti del budget assegnato all'Erogatore privato, in favore degli utenti aventi diritto, regionali ed extraregionali che, esercitando la libera scelta, decidono di accedervi.

Art. 3**Volume di prestazioni erogabili e previsione di spesa**

1. L'Erogatore privato si impegna ad erogare per l'anno 2015 le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale incluse nei LEA e afferenti alle specialità accreditate nei limiti del tetto di spesa di cui al presente articolo e nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati con le specifiche di cui alla pianificazione definita con il Direttore Generale della Unità Sanitaria Locale ove è territorialmente ubicata la Struttura, ed accetta, come corrispettivo massimo annuale, il tetto di spesa complessivo di euro _____ per l'acquisto di prestazioni in favore di pazienti regionali e extraregionali.
2. Il Direttore Generale ha l'obbligo:
 - nella pianificazione di cui al punto precedente di individuare in via prioritaria le prestazioni caratterizzate da elevati tempi di attesa;
 - di rendere tutte le prestazioni erogabili attraverso la prenotazione sul sistema CUP della ASL.
3. La produzione eccedente il tetto massimo annuale di spesa assegnato all'Erogatore privato di cui al punto 1 non può essere remunerata in nessun caso e ad alcun titolo e, pertanto, è considerata inesigibile.

Art. 4**Condizioni di erogabilità delle prestazioni**

1. Le prestazioni sanitarie di cui agli artt. 2 e 3 devono essere erogate nel rispetto, in particolare:
 - del DPCM 29/11/2001 (LEA) e ss.mm.ii.;
 - della normativa e dei provvedimenti nazionali e regionali in materia di autorizzazione e accreditamento, del D.P.R. 14/01/1997 e della L.R. n. 32 /2007;
 - del valore del tetto di spesa di cui all'art. 3;
 - delle disposizioni contenute nel Patto per la Salute 2010-2012;
 - della normativa antinfortunistica;

ALLEGATO 2

2. L'Erogatore privato dichiara di possedere alla data odierna, e si impegna a mantenere per la durata del presente contratto, i requisiti tecnologici, organizzativi e strutturali di cui ai provvedimenti autorizzativi ed agli atti di accreditamento.
3. L'Erogatore privato dichiara e garantisce l'adeguatezza ed il perfetto stato di uso di tutte le apparecchiature e si impegna a tenere a disposizione della A.S.L. competente e della Regione, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e/o la documentazione delle attività di manutenzione effettuata in maniera adeguata a ciascuna apparecchiatura.

Art. 5**Criteria di ripartizione della spesa preventivata**

1. A garanzia della previsione di spesa concordata con il presente contratto e a tutela della continuità nell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, le parti convengono che il tetto annuale di spesa, di cui all'art. 3 del presente accordo, è frazionato in mensilità con l'obbligo di non superamento dei limiti progressivi mensili, con una oscillabilità (mensile) non superiore al 10% del tetto mensile, fermo restando quanto previsto all'art.3, comma 2.

Art. 6**Modalità di erogazione delle prestazioni**

1. L'erogazione della prestazione sanitaria è subordinata:
 - alla richiesta compilata su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale a cura del medico prescrittore in conformità a quanto previsto dal D.M. 17/3/2008 e ss.mm.ii., dal D.M. 350/1988, dal DM 2-11-2011, D.L. 179 del 18.10.2012, oltre che dalle disposizioni regionali in materia .
 - alla corretta prenotazione attraverso il CUP Aziendale resa possibile dalla ASL ai sensi dell'art 2 comma 2.
2. Non sono remunerabili ed esigibili le prestazioni erogate su richieste del S.S.N. non conformi alla richiamata normativa
3. Per procedere all'erogazione delle prestazioni l'Erogatore privato è tenuto a verificare, preliminarmente, la regolarità della richiesta nel rispetto dei requisiti di cui al punto 1 del presente articolo.
4. Le prestazioni sono erogate secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e regionali in materia e, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e di appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, e secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi ed agli atti di accreditamento che l'Erogatore privato si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente contratto.

Art. 7**Ulteriori obblighi dell'Erogatore privato**

1. L'Erogatore privato si impegna:
 - a garantire la partecipazione dei propri operatori ad eventuali iniziative formative promosse dalle AA.SS.LL. e dalla Regione;
 - ad adottare strumenti di formazione e comunicazione ai cittadini/carta dei servizi, di rilevazione/valutazione della qualità percepita da utenti/cittadini;
 - a rispettare puntualmente la normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ed in materia previdenziale;
 - ad adempiere agli obblighi previsti dall'art 3 comma 3 del Dlgs 175/2014 sui dati da

ALLEGATO 2

- inviare al sistema Tessera Sanitaria ai fini fiscali;
- a rispettare l'obbligo di dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a tutela dei pazienti e del personale ai sensi dell' art 27 comma 1-bis DL n.90 del 24/06/2014 convertito nella legge n.114 del 11/08/2014;
 - a trasmettere al CUP Aziendale, per la condivisione telematica, le agende di prenotazione e monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sui sistemi aziendali e regionali;
 - ad aderire al progetto fascicolo sanitario elettronico attraverso la predisposizione di soluzioni telematiche tese alla trasmissione, che garantiscano la corretta gestione del consenso informato, dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito;
 - a pubblicare sul sito web in apposita area dedicata dei tempi previsti e di quelli medi effettivi per ciascuna tipologia di prestazione erogata o ,in assenza di sito web autonomo, a concordare con la ASL territorialmente competente le modalità per la pubblicazione nel sito aziendale della stessa, nell'apposita sezione denominata «Liste di attesa», dei richiamati tempi in attuazione dell' art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" (GU n.80 del 5-4-2013);
 - a garantire, unitamente alla documentazione contabile ed elettronica di cui agli artt.10 e 12 (entro il 15° giorno successivo al mese di riferimento) e nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., l'invio, mediante strumenti telematici alla A.S.L. nel cui ambito territoriale è ubicato l'Erogatore privato, delle informazioni di seguito dettagliate:
 - a. impegnativa di richiesta della prestazione;
 - b. trasmissione mensile del prospetto giornaliero del numero delle prestazioni effettuate con oneri a carico del S.S.N., suddivise in relazione alle branche specialistiche.
 - c. avvenuta prenotazione attraverso il CUP Aziendale

Art. 8**Documentazione relativa agli utenti**

1. L'Erogatore privato ha l'obbligo di conservare, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di *privacy*, tutta la documentazione sanitaria e amministrativa relativa a ciascun assistito.
2. Le operazioni sui dati personali e sanitari del cittadino necessarie per l'alimentazione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico rientrano tra i trattamenti di dati sensibili effettuati mediante strumenti elettronici in coerenza con le misure di sicurezza espressamente previste nel D.Lgs. n. 196/2003

Art. 9**Personale dell'Erogatore privato e requisiti di compatibilità**

1. L'Erogatore privato si impegna ad erogare le prestazioni di cui agli artt. 2 e 3 utilizzando il personale e le figure professionali del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo previste dalla normativa vigente in materia di autorizzazione e accreditamento.
2. L'Erogatore privato garantisce l'impiego, anche per le attività di consulenza, di personale in possesso dei titoli abilitanti che non versino in situazioni di incompatibilità ai sensi della

ALLEGATO 2

- legge 23/12/1996, n.662 e dell'art. 53 comma 16 ter del Dlgs 165/2001 ss.mm.ii.
3. Le parti si danno atto che eventuali situazioni di incompatibilità e l'accertamento della insussistenza della capacità di garantire le prestazioni nei termini di cui al presente articolo, determinano l'apertura del procedimento amministrativo finalizzato all'irrogazione delle sanzioni previste dall'art. 1, comma 19, della legge n. 662/1996.
 4. L'elenco della dotazione organica dell'Erogatore privato controfirmato dal Legale Rappresentante, indicante, la tipologia del rapporto di lavoro (es. dipendente, collaborazione, consulenza etc...) il codice fiscale di ogni singolo dipendente/collaboratore/consulente, la relativa qualifica, la mansione svolta, il monte ore settimanale ed eventuali, successive, variazioni deve essere comunicato trimestralmente all'A.S.L. di pertinenza oltre che al Servizio regionale Attività Ispettiva e Controllo Qualità del Dipartimento Salute e Welfare. L'elenco dovrà essere comprensivo anche del personale in regime libero professionale per il quale l'Erogatore privato dovrà specificare: le generalità del professionista, la durata della collaborazione indicando la data di inizio e di conclusione del rapporto.
 5. L'Erogatore privato si impegna a mantenere per tutta la durata del contratto l'applicazione del C.C.N.L. di categoria che deve essere dichiarato dall'Erogatore privato nell'elenco di cui al punto 4 del presente articolo.

Art. 10

Obblighi informativi dell'Erogatore privato

1. L'Erogatore privato fornisce alla A.S.L. competente per territorio, entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello di riferimento, unitamente alla fattura di cui all'art. 12, il file di produzione (File "C") relativo alle prestazioni di assistenza di specialistica ambulatoriale, come disciplinato dalla normativa nazionale e dalle disposizioni regionali.
2. Il file "C" costituisce, oltre che obbligo informativo, anche allegato elettronico analitico alla fattura, chiarendosi che sono oggetto di fatturazione tutte le prestazioni erogate a carico del S.S.R. nel mese di competenza, nel rispetto dei limiti di cui agli artt. 3 e 4 del presente contratto.
3. Per prestazioni erogate sono da intendersi le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate nel mese di riferimento.
4. Con ulteriori campi aggiuntivi al tracciato record, di cui al punto 1 del presente articolo, secondo lo schema di cui all'Al. A, l'Erogatore privato specifica anche le seguenti informazioni indicate in fattura:
 - il valore dell'importo fatturato lordo;
 - l'importo del ticket per ogni prestazione;
 - l'importo corrispondente alla quota fissa per ricetta;
 - il valore dell'importo fatturato netto;
 - il numero progressivo e la data di emissione della fattura.
5. L'Erogatore privato si impegna, altresì, a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli obblighi informativi istituzionali stabiliti dalle normative ministeriali e regionali ed, in particolare:
 - Flussi NSIS, modelli STS11, STS14 (per gli Erogatori privati dotati di apparecchiature), STS 21.
 - Flussi ex art. 50 del Decreto-Legge n. 269 del 30 settembre 2003 convertito, con modificazioni, in legge n. 326 del 24 novembre 2003 e, obbligatoriamente, con particolare riferimento all'inserimento delle informazioni rilevabili dalle prescrizioni

ALLEGATO 2

mediche e traducibili nei flussi di interesse specificatamente per i campi relativi a Data di prenotazione, a Data di erogazione della prestazione, a Tipo accesso, a Classi di priorità, a Garanzia dei tempi massimi.

6. L'Erogatore privato ha l'obbligo di comunicare eventuali ritardi nella trasmissione delle informazioni; l'omissione dei suddetti obblighi informativi, se protratta per due mesi consecutivi o mantenuta nell'arco di complessivi tre mesi dell'anno di riferimento, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art.17.
7. Restano salvi gli obblighi informativi di cui all'art 7.
8. L'A.S.L., al ricevimento della fattura e dell'allegata documentazione informativa, verifica l'esatta attribuzione delle tariffe vigenti alle corrispondenti prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Art. 11

Controlli di appropriatezza e congruità

1. Fatte salve le verifiche sul fatturato di cui al successivo art. 12, durante la vigenza del presente accordo, la Regione e la A.S.L. potranno in qualunque momento verificare l'accessibilità, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, la legittimità e la congruità delle prestazioni svolte dall'Erogatore privato che, in ogni caso, dovranno essere eseguite a regola d'arte sotto il profilo tecnico/funzionale, secondo le condizioni, le modalità ed i termini previsti dalle norme di settore e dal Decreto commissariale n. 64 del 14/11/2012.
2. Il campione dei controlli di appropriatezza, congruità e legittimità deve essere rappresentativo di almeno il dieci per cento della produzione fatturata al lordo delle possibilità di incremento mensile del 10% di cui all'art 5.1. La Regione e le AASSLL, in relazione a particolari criticità segnalate dal NOC competente, potranno disporre ulteriori e mirati controlli incrementando il campione oggetto di verifica.
3. L'A.S.L. competente territorialmente è tenuta a verificare che tutte le prestazioni erogate risultino prenotate attraverso il Sistema CUP Aziendale.
4. L'A.S.L. competente territorialmente deve verificare la coerenza dei dati di produzione con quelli relativi alla fatturazione di cui all'articolo 12, secondo le modalità previste dall'art.13.
5. I controlli presso gli Erogatori privati sono di competenza dei Nuclei Operativi di Controllo (N.O.C.) secondo le modalità previste dai provvedimenti regionali ed in particolare dal Decreto commissariale n. 64/2012.
6. E' in facoltà della Regione e della A.S.L. di pertinenza avvalersi, per lo svolgimento dei predetti controlli, del Protocollo di Intesa, concluso il 21/02/2011, tra la Regione Abruzzo e il Comando Carabinieri per la tutela della Salute nonché di altro personale in possesso di particolare e comprovata competenza tecnica.
7. I controlli di cui al presente articolo devono essere svolti nei tempi utili a garantire il rispetto dei termini del procedimento di verifica, di cui al punto 8, fermo restando il termine previsto dall'art. 13, punto 1.
8. L'Erogatore privato si impegna a predisporre e mantenere, a sue spese, condizioni organizzative necessarie ed utili a consentire il corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.
9. Il procedimento di verifica si svolge nel rispetto della L. 241/90 e ss.mm.ii. con le seguenti precisazioni:
 - le verifiche avvengono alla presenza di Rappresentanti dell'Erogatore privato;
 - di esse è redatto verbale attestante, tra l'altro:

ALLEGATO 2

- a) le generalità degli intervenuti;
- b) la descrizione delle circostanze di fatto rilevate;
- c) le operazioni compiute;
- d) le osservazioni eventualmente avanzate dall'Erogatore privato.

Al termine delle operazioni di verifica, il verbale è consegnato all'Erogatore privato.

- entro i successivi 10 giorni dalla consegna del verbale, l'Erogatore privato può presentare contro-deduzioni;
 - entro 10 giorni dalla ricezione delle contro-deduzioni formulate dall'Erogatore privato, l'A.S.L. competente comunica all'Erogatore privato l'esito definitivo della verifica, assegnando un termine non superiore a 10 giorni per adempiere alle prescrizioni eventualmente impartite, decorsi inutilmente i quali, l'A.S.L. adotta i provvedimenti e le prescrizioni del caso, la cui inosservanza costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art. 17.
10. L'esito della verifica deve indicare il valore economico delle prestazioni inappropriate, incongrue, illegittime rispetto al tetto mensile di cui all'art. 5.
 11. La ASL è tenuta ad inserire campi aggiuntivi al File "C", secondo lo schema di cui all'AILA del presente contratto, rappresentativi dell'importo liquidato in favore dell'Erogatore privato e delle motivazioni della mancata o diversa liquidazione.
 12. Resta ferma la responsabilità dell'Erogatore privato per inadempienze relative a circostanze e prestazioni che non hanno formato oggetto di controllo.

Art. 12**Modalità di fatturazione**

1. L'Erogatore privato trasmette alla A.S.L. di competenza territoriale e all'Agenzia Sanitaria della Regione Abruzzo (A.S.R.), la fattura relativa all'integrale produzione del mese di riferimento posta a carico del S.S.R nel rispetto dei limiti previsti dagli artt. 3, 4 e 5.
2. La fattura è trasmessa alla A.S.L. territorialmente competente e all'A.S.R. Abruzzo entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento.
3. La fattura deve indicare separatamente le prestazioni rese per tipologia a favore di utenti aventi la residenza nell'ambito della Regione Abruzzo - distinguendole per A.S.L. di residenza del paziente - e quelle rese a favore di utenti residenti in altre Regioni.
4. La fattura deve indicare in calce, a titolo descrittivo, gli introiti per quota fissa di 10 euro per ricetta di cui al punto p) dell'art.1, comma 796 L.27/12/2006, n.296 ed il relativo numero delle ricette degli assistiti non esenti. Gli introiti per quota fissa riscossi dalla Struttura sono portati in compensazione al momento del pagamento della fattura da parte della ASL e sono imputati in uno specifico sottoconto appositamente aperto dalla ASL in corrispondenza del conto - 40.03.00 "Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie. Altro";
5. Alla fattura deve essere allegata la documentazione relativa alla produzione di cui all'art. 10.
6. La A.S.L. non procede alla liquidazione ed al pagamento della fattura non conforme alle previsioni del presente contratto ed in particolare a quelle previste in questo articolo e negli artt. 10 e 11.
7. Prima delle liquidazioni la ASL verifica la regolarità del DURC e in caso di ottenimento di un documento unico di regolarità contributiva che segnali un'inadempienza provvede in conformità alla normativa vigente dandone comunicazione alla Regione ai fini della L.R 32/2007.

ALLEGATO 2

Art. 13

Controlli sul fatturato, liquidazione e pagamento

1. Il pagamento delle prestazioni, fatturate secondo le modalità di cui all'articolo precedente, avviene ai sensi del DL 9/10/2002, n.231, così come modificato dal D.lgs. 09/11/2012, n. 192, entro 60 (*sessanta*) giorni dalla data di ricezione della fattura/nota contabile di riferimento a cura dell'ASL di competenza.
2. La A.S.L. deve effettuare acconti mensili pari all' 85% (*ottantacinquepercenta*) della somma fatturata entro il tetto mensile di cui all'art. 5 non comprensivo dell'oscillabilità del 10% entro 30 giorni dalla protocollazione della fattura.
3. Entro il termine di cui al comma 1, la A.S.L. procede al saldo della fattura - positivo o negativo - sulla base della produzione accertata e validata come appropriata, congrua e legittima ed in osservanza di quanto previsto all'art. 11 e all'art 13 del presente contratto. Ove necessario l'A.S.L. richiede all'Erogatore privato nota di credito.
4. La nota di credito è emessa entro e non oltre 60 giorni decorrenti dalla ricezione della relativa richiesta ed indica le prestazioni a cui si riferisce e la residenza dell'utente a cui favore è stata erogata la prestazione.
5. La reiterata mancata emissione della nota di credito, secondo le modalità ed i termini previsti dal presente articolo, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto previa formale diffida ai sensi dell'art. 18.
6. Nei casi in cui la somma corrisposta mensilmente in acconto all'Erogatore privato ecceda, nel bimestre, il valore della produzione accertata e validata per lo stesso periodo, la A.S.L. procede a compensazione con il credito delle mensilità relative al bimestre successivo, in costanza di rapporto.
7. Le parti convengono che per produzione accertata e validata si intende il totale delle prestazioni fatturate, poste a carico del S.S.R., nei limiti del tetto di spesa sottoscritto, che hanno positivamente superato i controlli di cui agli artt. 11 e 13 del presente accordo e debitamente certificata dalla A.S.L., non costituendo il solo fatturato, ex se, pretesa di corrispettivo.
8. La A.S.L. sospende i pagamenti in presenza di violazioni della vigente normativa e nei casi previsti dal presente contratto, fermo restando l'obbligo di attivare le procedure previste dal presente accordo e dalla vigente normativa.
9. È fatta salva la ripetizione in favore della A.S.L. delle somme che, sulla base dei controlli effettuati in qualunque tempo sull'attività erogata dall'Erogatore privato in forza del presente contratto, risultino non dovute totalmente o in parte.
10. Gli interessi per ritardato pagamento sono fissati nella misura di legge e decorrono dal sessantesimo giorno successivo alla data di protocollazione della fattura.

Art. 14

Tariffe

1. Le prestazioni di cui al presente contratto sono remunerate secondo le modalità previste dal Decreto Commissariale n.12/2013 del 20/02/2013 avente ad oggetto "*Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. D.M. 18/10/2012*", così come modificato ed integrato dal decreto commissariale n.45/2013 del 12/06/2013, avente ad oggetto: "*Modifiche e integrazioni ai decreti del Commissario ad acta n.12/2013 del 20/02/2013 «Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. D.M. 18/10/2012»*";
2. Le parti concordano che, in caso di modificazioni dei valori unitari dei tariffari regionali

ALLEGATO 2

per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, il volume massimo di prestazioni remunerate si intenderà rideterminato ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lett. e-bis, del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii..

3. Le parti convengono che gli importi della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti e della quota fissa per ricetta, (*ed eventuali maggiorazioni di dette quote*), sono incassati dall'Erogatore privato a titolo di anticipazione e la A.S.L. ne tiene conto all'atto del pagamento degli acconti mensili/bimensili, corrispondendo solo la differenza tra quanto già riscosso dall'Erogatore privato a titolo di anticipazione e l' 85% del fatturato (*come previsto dall'art. 13 del contratto*).
4. Le parti stabiliscono che l'eventuale aumento di quote di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti, comporterà che gli importi derivanti dalle stesse verranno portati in decremento rispetto al budget annuale assegnato e verranno appresi dall'Erogatore privato a titolo di anticipazione non costituendo in nessun caso fonte di remunerazione aggiuntiva.

Art. 15**Cessione dei crediti**

1. L'Erogatore privato ha l'obbligo di notificare la cessione a qualsiasi titolo dei crediti derivanti dall'esecuzione del presente contratto alla A.S.L. competente territorialmente.
2. Le parti convengono che l'efficacia della cessione è condizionata all'accettazione espressa nel termine di 20 giorni dalla relativa notifica dall'A.S.L. di pertinenza e che la cessione del credito potrà essere accettata esclusivamente nei limiti delle prestazioni verificate positivamente e valorizzate ai sensi dell'art. 13, punto 7. In conseguenza di quanto sopra, l'Erogatore privato si impegna a mantenere indenne la ASL per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle forme e condizioni di cui ai precedenti commi del presente articolo.
3. Sono inefficaci le cessioni di credito non conformi alle prescrizioni del presente articolo ed in conseguenza di quanto sopra, l'Erogatore privato si impegna a mantenere indenne la ASL per eventuali cessioni effettuate al di fuori di quanto previsto ai commi precedenti del presente articolo.

Art. 16**Incedibilità del contratto**

1. Il presente contratto è incedibile in tutto o in parte.
2. La cessione costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione ai sensi dell'art. 18.

Art. 17**Durata**

1. Il presente contratto regola le prestazioni rese a decorrere dal 1 gennaio 2015 fino al 31 dicembre 2015.

Art. 18**Risoluzione del contratto**

1. Fermo ogni altro rimedio e sanzione previsti dal presente contratto e dalla normativa ad esso applicabile, costituiscono grave inadempimento e cause di risoluzione del presente accordo:
 - l'accertata falsità di dichiarazioni rese dall'Erogatore privato ai fini della stipula e della esecuzione del presente contratto;

ALLEGATO 2

- l'impedimento ai controlli di cui agli artt. 11 e 13;
 - la mancata ottemperanza agli obblighi informativi nelle ipotesi di cui all'art. 10;
 - la cessione del presente contratto di cui all'art. 16;
 - l'inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia dei documenti relativi alle prestazioni rese;
 - l'accertata violazione degli obblighi in materia previdenziale e di sicurezza nei luoghi di lavoro di cui all'art. 7;
 - la reiterata mancata emissione della nota di credito di cui all'art.13;
 - l'inosservanza grave e ripetuta dell'art. 4, commi 1 e 2;
 - la revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento provvisori, ovvero definitivi, la sospensione dei quali determina l'automatica interruzione degli effetti del presente contratto;
 - il rilascio di documentazione antimafia interdittiva ai sensi e per gli effetti previsti dal D.Lgs. 159/2011;
 - inosservanza dei provvedimenti aziendali di cui all'art. 11, punto 8, del presente contratto.
2. Le predette inadempienze sono contestate dalle parti per iscritto con fissazione di un termine per le eventuali repliche.
 3. In caso di definitivo accertamento delle inadempienze contestate di cui al comma 1, la Regione e/o l'A.S.L. di competenza potrà richiedere la risoluzione di diritto del presente contratto previa comunicazione scritta all'Erogatore privato ai sensi dell'art. 1456 C.C.
 4. Resta fermo il diritto della Regione e dell'A.S.L. competente al risarcimento dei danni derivanti da inadempimento dell'Erogatore privato.

Art. 19**Controversie**

1. Per tutte le controversie di pertinenza della giurisdizione ordinaria, inerenti la conclusione e l'esecuzione del presente contratto, è competente il foro di L'Aquila ove ha sede legale la Regione Abruzzo.

Art. 20**Clausola di salvaguardia**

1. Con la sottoscrizione del presente accordo l'Erogatore privato accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati al comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, l'Erogatore privato rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili.

Art. 21**Norma di rinvio**

1. Per quanto non previsto nel presente contratto si fa riferimento alle disposizioni del codice civile, alle norme vigenti in materia di appalti, in quanto compatibili, alle norme

ALLEGATO 2

finanziarie, contabili e fiscali che regolano l'attività delle P.A. e, per quanto possa occorrere, alle disposizioni regionali.

Art. 22**Registrazione**

1. Il presente contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi del T.U. dell'imposta di registro approvato con D.P.R. n. 131 del 26/04/1986.

Firme

Per la Regione Abruzzo
Il Commissario ad Acta e
Presidente della Giunta Regionale

Per la Struttura
Il Rappresentante legale

Per le Aziende Sanitarie Locali di:

1. Avezzano, Sulmona, L'Aquila
Il Direttore Generale

2. Lanciano, Vasto, Chieti
Il Direttore Generale

3. Pescara
Il Direttore Generale

4. Teramo
Il Direttore Generale

Se e per quanto possa occorrere l'Erogatore privato approva specificamente le previsioni di cui agli artt. 3,4,5,6,7,10,11,12, 13,14,15,16, 18,20.

Per la Struttura
Il Rappresentante legale

ALLEGATO A

Tracciato record File "C"
SPECIALISTICA AMBULATORIALE)

FILE C1 - dati anagrafici

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Nota	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBB V
4-5	Az. ULSS/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-12	Codice struttura erogatrice	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice STS.11 c/ HSP11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1998 e DM 5/12/2008	OBB
13-28	Medico prescrittore	AN	16	Codice regionale o fiscale	FAC
29-58	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	FAC
59-78	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	FAC
79-94	Campo vuoto	AN	16	Riempire con spazi	
95-110	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OBB V
111	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	OBB
112-119	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB
120-126	Provincia e Comune di residenza	AN	8	Codice ISTAT del Comune di residenza	OBB V
126-128	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	FAC
129-130	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga.	OBB V
131-150	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V

FILE C2 - dati prestazioni sanitarie

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Nota	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBB V
4-5	Az. ULSS/Az.Osp. inviante	AN	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-12	Codice struttura erogatrice	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice STS.11 c/ HSP11 come da rilevazione ministeriale DM 23/12/1998 e DM 5/12/2008	OBB
13-28	Numero ricetta	AN	16	Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta) il campo deve obbligatoriamente essere compilato con il codice a barre di 15 cifre allineato a sinistra se la tipologia della modulistica prescriveva la ricetta unica SSN. Nel caso di prestazioni ad accesso diretto o di pronto soccorso, riportare un numero progressivo univoco.	OBB
29-30	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere INTEGRALMENTE compilati contengono le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data", "Codifica Nomenclatore", "Codice Prestazione" e "Quantità".	OBB V
31-38	Data	AN	8	Formato GGMMAAAA. Data di effettuazione delle prestazioni. Nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di chiusura ciclo.	OBB V
39	Codifica nomenclatore	AN	1	Codificare con "N" (maiuscola) se si utilizzano le codifiche nazionali; codificare con la lettera alfabetica minuscola (per evitare sovrapposizioni) che identifica la Regione nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario nazionale se si utilizzano codifiche regionali.	OBB V
40-48	Codice prestazione	AN	7	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tarifario Nazionale o quello regionale. Nel caso si utilizzi la codifica nazionale indicare il codice comprensivo dei punti separatori.	OBB V
47-49	Quantità	N	3	1 di default; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero effettivo di prestazioni erogate.	OBB V
50-51	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica per la ricetta SSN (tipo erogazione S): 01=esente totale; 02=non esente	OBB
52-58	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare il l'importo complessivo del ticket)	OBB
59-66	Importo totale	N	8	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella	OBB V

				riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	
67	Posizione contabile	AN	1	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della contestazione posizione contabile 'C') solo per errore sull'individuazione della Regione (quindi il relativo importo si somma alle competenze del periodo di riferimento). Solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile = 'C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	ORB
68	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 4= Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata	
69	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza non valorizzato o errato 2 = comune di residenza valorizzato ma non appartenente a regione che riceve l'addebito	
70	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 3 = prestazione esclusa dal LEA	
71	ERR04 Errori sulla ricetta	AN	1	0 = nessun errore 1= Tipo erogazione assente o non previsto nel dominio	
72	ERR05 Errori del record	AN	1	0= nessun errore 3= Mancanza righe di dettaglio zn (da segnalare sulla riga '99') 4= Mancanza riga Totale (riga 99) - da segnalare su tutte le righe 'zn'. Da segnalare solo se importo maggiore di zero	
73	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = importo Totale della riga '99' maggiore della somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5 = importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa del Nomenclatore trasmesso da ciascuna Regione (solo sulle righe zn)	
74	ERR07 Errori su quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn)	
75	ERR08 Errori sulla data della prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = la data di erogazione o di fine ciclo assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn (nel caso di data non appartenente all'anno di competenza sarà da segnalare l'errore solo se tutte le righe non appartengono all'anno di competenza)	
76	ERR09 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0	
77	ERR10 Riservato ad usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
78-97	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni della riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	ORB V
98-100	Regione iniziale di addebito	AN	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associate alla posizione contabile = '3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	ORB se Pos. Contab = '3'
101-102	Tipo erogazione	AN	2	Valori ammessi: A = Accesso diretto P = Pronto soccorso D = Ricetta specialistica interna S = Ricetta SSN Valorizzare sulla riga 99	ORB V
103-105	Codice disciplina unità operativa erogatrice	AN	3	Indicare uno dei codici dell'elenco delle discipline Per le prestazioni erogate in Pronto Soccorso il codice della disciplina erogante non dovrà necessariamente essere il codice 51, ma quello della disciplina che ha effettivamente erogato la prestazione. Per le discipline ospedaliere riportare il codice a due caratteri preceduto da uno 0; per le specialità non ospedaliere riportare il codice a tre caratteri. Valorizzare sulle righe zn	FAC
106	Classe di priorità della prenotazione	AN	1	Valori ammessi: U = Nel più breve tempo possibile, comunque, se differibile, entro 72 ore; B = Entro 10 giorni; D = Entro 30 (visite), entro 60 giorni (visite strumentali) P = Senza priorità Valorizzare sulla riga 99	FAC
107-112	Codice esenzione	AN	6	Codifica delle esenzioni come da tabella nazionale. Obbligatorio se tipo	ORB

				erogazione = S e posizione utente nel confronti del ticket 01 Valorizzare sulla riga 99	
113	Tipo struttura	N	1	1= struttura pubblica 2= struttura privata Valorizzare su tutte le righe	DBB
114-121	Quota di compartecipazione alla spesa	N	8	Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	QSP
122-129	Fatturato al fondo di ticket quota di compartecipazione	N	8	Importo fatturato dall'erogatore privato a carico del SSR (somma righe campo "importo totale" 59-66 a eccezione della riga 99) + quota di compartecipazione alle spese (campo 114-121) Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	DBB
130-137	Campo vuoto	N	8	Riemplire con spazi	
138-157	Numero della fattura	AN	20	Codice allineato a sinistra e compilato con spazi Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	DBB
158-165	Data della fattura	Date	8	Formato GGMMAAAA Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	DBB
166-173	Fatturato al netto di quota di compartecipazione	N	8	Importo fatturato dall'erogatore privato a carico del SSR (somma righe campo "importo totale" 59-66 a eccezione della riga 99) - (importo ticket (campo 52-58) + quota di compartecipazione alle spese (campo 114-121)) Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 (ammesso valore "negative")	DBB
174-181	Importo ticket	N	8	Importo ticket (campo 52-58) Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	DBB
182-189	Importo ticket a carico del SSR	N	8	Importo ticket a carico del SSR (campo 52-58) Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	DBB
190-197	Importo ticket a carico dell'erogatore privato	N	8	Importo ticket a carico dell'erogatore privato (campo 52-58) Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	DBB
198-205	Importo ticket a carico dell'utente	N	8	Importo ticket a carico dell'utente (campo 52-58) Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	DBB

In grigio chiaro: campi ad uso dell'erogatore privato
 In grigio scuro: campi ad uso dell'organo di controllo

DECRETO 28.09.2015, N. 95

Approvazione del programma di qualificazione della rete emergenza urgenza territoriale.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo secondo i Programmi Operativi di cui al richiamato art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n.191 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il Decreto Commissariale n. 90/2014 del 12.08.2014, di presa d'atto dell'insediamento del Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso in qualità di Commissario ad Acta per l'attuazione del summenzionato Piano di Rientro, con decorrenza dell'incarico dal 12.08.2014;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7/6/2012 con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88 della L. 191/2009;

ATTESO che la riferita deliberazione del 7 giugno 2012 incarica il Sub Commissario, dott. Giuseppe Zuccatelli, di collaborare, con il Commissario ad Acta anche "per gli aspetti di programmazione sanitaria, per l'adozione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni recate dal vigente ordinamento in materia sanitaria, necessari all'attuazione del Piano di Rientro";

VISTO il Decreto Commissariale n. 20/2012 del 11.06.2012 avente ad oggetto "*Insedimento del Sub Commissario Dott. Giuseppe Zuccatelli per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del S.S.R. abruzzese - Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012*";

VISTO il DPR 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.76 del 31 marzo 1992, e successive modificazioni ed integrazioni recante "*Atto di Indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza di emergenza*";

VISTE le Linee Guida sul Sistema di Emergenza Sanitaria del Ministero della Sanità n.1/1996, pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale n.114 Serie Generale del 17 maggio 1996, con le quali, in attuazione della sopracitata normativa, sono stabiliti i requisiti organizzativi, strutturali e funzionali della Rete dell'Emergenza unitamente ai criteri per il coordinamento delle strutture e degli operatori territoriali ed ospedalieri dei vari livelli di intervento;

VISTA la LR n.5 del 10 marzo 2008 recante "Un sistema di garanzia per la Salute - Piano Sanitario Regionale 2008-2010", ed in particolare il Paragrafo 5.4.1 "Rete emergenza-urgenza";

VISTO l'Accordo Sancito in data 7 febbraio 2013 tra il Governo, le Regioni, le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" e recepito dalla Regione Abruzzo con il Decreto del Commissario ad Acta n.125 del 20/10/2014

RICHIAMATO il Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n.94 del 22/11/2013 recante "Istituzione numero di chiamata 116117 della continuità assistenziale ed attivazione delle quattro centrali operative aziendali" adeguato alle disposizioni ministeriali con il DCA n.17 del 18/02/201;

RAVVISATO che il Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n. 11 del 20/02/2013 "Rete dell'Emergenza -Urgenza della Regione Abruzzo e Reti IMA- STROKE-POLITRAUMA (TRAUMA MAGGIORE) PERCORSO NEUROCHIRURGICO" stabiliva:

- L'attivazione di una Centrale Operativa Unica
- Un fabbisogno di Postazioni Territoriali pari a 53 unità.

VISTO il DCA n.112 del 30/012/2013 recante modifiche e integrazioni al Programma Operativo 2013-2015 approvato dal DCA n.84

del 09/10/2013 che, nell'intervento 2: "Rete Emergenza Urgenza" prevede:

- L'avvio della fase sperimentale per l'attivazione dell'unica centrale operativa 118
- Rimodulazione delle postazioni medicalizzate e non medicalizzate sia come numero complessivo che all'interno delle stesse ASL;

VISTO il Decreto Ministeriale n.70 del 2 aprile 2015 pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.127 del 04/06/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

VISTO il Parere 156-P del 16/5/2013 con il quale il Ministero della Salute esprimeva alcune perplessità riferite in particolare alla complessa orografia del territorio abruzzese e alle difficoltà di viabilità, aggravate da condizioni meteo stagionali, e raccomandava che la Regione prevedesse una fase di sperimentazione, che giungesse gradualmente all'attivazione dell'unica Centrale Operativa, avendo particolare riguardo anche alle nuove competenze assegnate dalla Legge n. 189 del 8 novembre 2012. Inoltre, segnalava che la eventuale dismissione di Centrali Operative e nodi tecnologici già attivi dovesse essere riconsiderata alla luce delle riconversioni previste dall'Intesa Stato Regioni 7 febbraio 2013, relativa alla riorganizzazione del sistema emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale, riconfermato nel Parere 135-P del 7/05/2015.

CONSIDERATO il Parere 7-P del 13/01/2015 con il quale il Ministero della Salute rilevava nella ridefinizione delle postazioni territoriali 118, decretata con il DCA 11/13, una carenza di condivisione con le ASL non solo per la identificazione del numero ma anche dei criteri da utilizzare per la rimodulazione.

RICHIAMATO il verbale della Riunione Congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA del 23 luglio 2015 dove veniva chiesto alla Regione, tra l'altro, di prevedere:

- la ridefinizione delle postazioni territoriali medicalizzate sulla base dei criteri di cui al DM n. 70/2015;

- la rimodulazione delle 4 Centrali operative attraverso la riconversione delle stesse alla luce dell'Intesa Stato Regioni 7 febbraio 2013;
- la definizione dei criteri e delle modalità di allocazione dei pazienti tramite servizio 118, al fine di garantire la continuità assistenziale.

CONSIDERATO che il Comitato Regionale Emergenza/urgenza Abruzzo (CREA), in qualità di organismo di governo della programmazione sanitaria regionale, da una recente attività di rilevazione sullo stato di attuazione della rete, come da DCA 11/13, ha rilevato una disomogeneità dei processi di riorganizzazione programmati tra le diverse Aziende Sanitarie,

RITENUTO obiettivo fondamentale della programmazione regionale l'eliminazione di squilibri e criticità nella rete di emergenza urgenza, e necessario procedere all'avvio di azioni e interventi finalizzati alla copertura assistenziale dell'intero territorio abruzzese;

RAVVISATA la necessità di analizzare per ogni singola ASL il reale fabbisogno rispetto a quello programmato dal DCA 11/13 secondo i seguenti parametri:

- 1) i tempi di percorrenza al fine di verificare se il numero delle PTS 118 permetta il rispetto degli standard temporali di intervento sulla scena dell'evento previsti dalla Legge (8min in area urbana e 20min in area extraurbana);
- 2) gli accessi al Pronto Soccorso che, oltre a esprimere la domanda emergenziale, possono essere considerati indicatori indiretti dell'efficacia del sistema 118 territoriale e soprattutto della reale e effettiva copertura del territorio;
- 3) le missioni effettuate dalle postazioni territoriali del sistema 118 che servono in questo contesto ad indicare se il numero delle PTS 118 sia sufficiente a coprire le missioni con codice di gravità giallo e rosso.

VISTO che il CREA, ha elaborato un documento tecnico che comporta una nuova organizzazione delle postazioni territoriali da 53 PTS 118 (DCA11/1) a 59 PTS 118 al fine di garantire con la rete dell'Emergenza-Urgenza Regionale sicurezza ed efficacia del sistema in tutto il territorio e una riqualificazione e

razionalizzazione delle attuali Centrali Operative 118 da 4 a 2 .

VISTO che lo stesso documento di cui sopra "Programma di Qualificazione della Rete Emergenza-Urgenza Territoriale" è stato approvato all'unanimità dai componenti del CREA con verbale del 1 luglio 2015;

STABILITO, in ragione del carattere di urgenza che riveste il presente provvedimento, di procedere all'approvazione disponendone l'immediato inoltro ai Ministeri affiancati al Piano di Rientro per la prescritta validazione;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di approvare** il documento recante "*Programma di Qualificazione della Rete Emergenza-Urgenza Territoriale*" allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- **di trasmettere** il presente provvedimento, ai Ministeri affiancanti il PdR per la relativa validazione, , ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali della Regione Abruzzo, al Direttore della Agenzia Sanitaria Regionale ASR – Abruzzo, nonché al Servizio competente del Dipartimento per la Salute e il Welfare per i rispettivi adempimenti di competenza;
- **di pubblicare** il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo e sul sito web della Regione Abruzzo.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

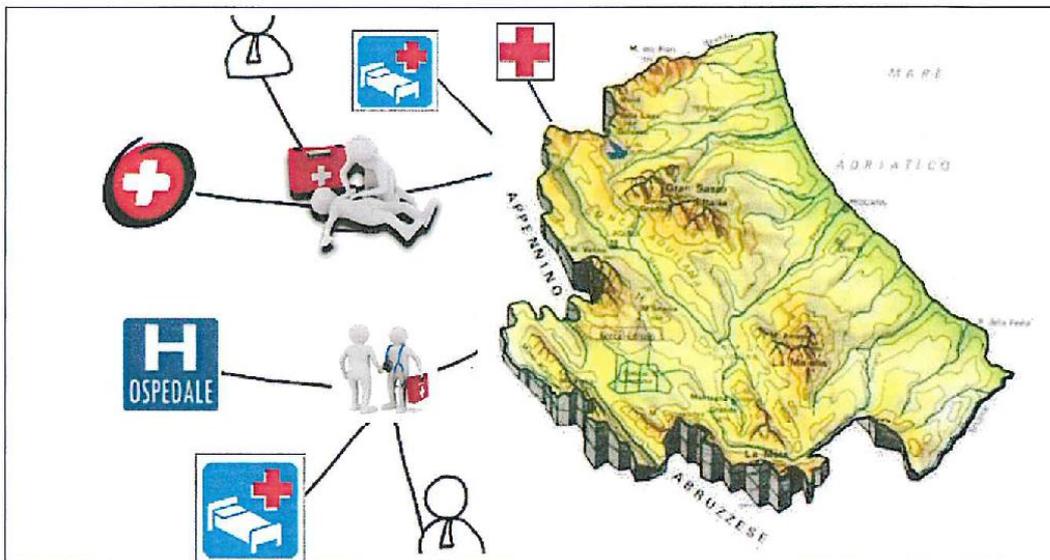
Segue Allegato

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 95 del 28 SET. 2015



PROGRAMMA DI QUALIFICAZIONE DELLA RETE EMERGENZA URGENZA TERRITORIALE





SOMMARIO

INTRODUZIONE.....	1
1. CRITICITÀ DEL CONTESTO TERRITORIALE E DEMOGRAFICO DI RIFERIMENTO.....	3
Tabella 1: Altimetria della Regione Abruzzo	3
Tabella 2: Distribuzione della popolazione abruzzese.....	3
2. CRITICITÀ DELLA RICONVERSIONE RETE OSPEDALIERA: STATO ATTUALE	3
3. SISTEMA DELL'EMERGENZA TERRITORIALE (SET).....	4
3.1 CENTRALE OPERATIVA 118	4
3.2 POSTAZIONI TERRITORIALI DEL SISTEMA (PTS 118).....	6
ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila	7
Tabella 3: Missioni per codice colore della CO118 della Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila – anno 2014	8
Tabella 4: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila	9
ASL Lanciano-Vasto-Chieti.....	10
Tabella 5: Missioni per codice colore della CO118 della Asl Lanciano-Vasto-Chieti – anno 2014.....	11
Tabella 6: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - Asl Lanciano-Vasto-Chieti.....	11
ASL Pescara.....	11
Tabella 7: Missioni per codice colore della CO118 della Asl Pescara – anno 2014.....	12
Tabella 8: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - Asl Pescara.....	13
ASL Teramo.....	13
Tabella 9: Missioni per codice colore della CO118 della Asl Teramo – anno 2014.....	14
Tabella 10: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - Asl Teramo.....	15
Tabella 11: Postazioni Territoriali del Sistema 118 – Regione Abruzzo	16
4. ELISOCORSO	17
Tabella 12: Attività del sistema di elisoccorso - flusso EMUR - anno 2014	17
5. FORMAZIONE	17
6. LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.....	18
Tabella 13: Articolazione delle sedi di Continuità Assistenziale.....	18
7. TRASPORTI SECONDARI URGENTI.....	19

COMPONENTI DEL COMITATO REGIONALE EMERGENZA-URGENZA ABRUZZO (CREA)

Dott. Tullio Pozzone
Direttore DEA ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila
Dott. Gino Bianchi
Responsabile della CO118 ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Dott. Antonio Caporrella
Direttore DEA ASL Lanciano-Vasto-Chieti
Dott. Dante Ranalletta
Responsabile della CO118 ASL Lanciano-Vasto-Chieti

Dott. Tullio Spina
Direttore DEA ASL Pescara
Dott. Vincenzino Lupi
Delegato Responsabile della CO118 ASL Pescara

Dott.ssa Rita Rossi
Direttore FF DEA ASL Teramo
Dott. Silvio Santicchia
Responsabile della CO118 ASL Teramo

Dott.ssa Franca Chiola
Dipartimento per la Salute e per il Welfare
Dott.ssa Annamaria Giammaria
Dipartimento per la Salute e per il Welfare
Dott. Camillo Odio
Dipartimento per la Salute e per il Welfare

Dott.ssa Manuela Di Virgilio
ASR Abruzzo
Dott.ssa Vita Di Iorio
ASR Abruzzo

Dott. Alfonso Mascitelli
Presidente CREA





Introduzione

Obiettivo prioritario delle integrazioni e degli aggiornamenti introdotti nel documento tecnico di riqualificazione della Rete di Emergenza Urgenza della Regione Abruzzo è garantire l'omogeneità e la continuità tra il Sistema di Emergenza Territoriale 118 e la rete dei Pronto Soccorso (PS) e dei Dipartimenti Emergenza Accettazione (DEA) che sono le componenti essenziali del complesso Sistema dell'emergenza sanitaria.

La programmazione è in linea con l'atto di indirizzo emanato con DPR del 27 marzo 1992 che determina i livelli di assistenza sanitaria di emergenza ed è coerente con il Programma Operativo 2013/2015, adottato con il Decreto del Commissario ad Acta n. 84/2013 del 09/10/2013 e modificato dal Decreto del Commissario ad Acta n. 112/2013 del 30/12/2013.

Resta ferma l'esigenza per il Sistema di emergenza territoriale, in relazione alla attuazione delle procedure di riconversione della rete ospedaliera in linea con il Regolamento approvato con il Decreto 70/2015, di procedere in simmetria ad un progressivo adeguamento degli standard con i relativi provvedimenti attuativi nel periodo di vigenza del Patto per la Salute 2014-2016.

Nel contesto attuale, le notevoli differenze tra zone a popolazione dispersa e centri urbani e la necessità di garantire interventi equi ed omogenei su tutto il territorio regionale, impongono comunque una tempestiva e corretta riprogrammazione dei servizi di emergenza anche nelle zone più svantaggiate.

Infatti, la recente attività di rilevazione svolta dall'organismo tecnico regionale del CREA (Comitato Regionale Emergenza-urgenza Abruzzo) sullo stato di attuazione della rete, come da DCA 11/13, rileva una disomogeneità dei processi di riorganizzazione programmati tra le diverse Aziende Sanitarie, che deve essere superata.

Nel modello proposto in questo documento si fa pertanto riferimento ad alcuni **parametri fondamentali** di analisi e progettazione quali:

1. l'individuazione e l'implementazione, con i necessari correttivi ed integrazioni, delle Postazioni Territoriali del Sistema 118 (PTS 118);
2. lo studio delle prestazioni necessarie e realmente erogate;
3. la razionalizzazione e riqualificazione delle Centrali Operative;
4. il servizio di Continuità Assistenziale, in quanto la sua possibile integrazione nella rete della emergenza urgenza deve rappresentare un notevole valore aggiunto;
5. la definizione di protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso e la programmazione su base regionale del numero delle basi operative, loro operatività e definizione della rete delle elisuperfici a servizio delle strutture ospedaliere, dei siti di atterraggio di pubblico interesse e delle elisuperfici a servizio delle comunità isolate, con particolare riferimento ai voli notturni (h24);
6. il controllo del capitolato di gara per la gestione del Servizio di Elisoccorso in corso di attivazione.

Ad ulteriore garanzia, il processo di attuazione concreta della rete emergenza-urgenza prevede il coordinamento tecnico e la partecipazione attiva del CREA (Comitato Regionale Emergenza-urgenza Abruzzo) che dovrà anche perseguire la definizione di percorsi formativi unificati per gli operatori, idonei a creare uniformità di comportamento organizzativo e professionale e realizzando contestualmente un importante ottimizzazione delle risorse anche economiche.





1. Criticità del Contesto Territoriale e Demografico di Riferimento

La Regione Abruzzo è, per estensione della sua "Zona Altimetrica di Montagna", la **quarta regione montana** con una superficie di 7.027,92 Km², pari al 6,62% della superficie delle zone montane nazionali. Dalla suddivisione per Provincie si evince come il territorio aquilano sia al 100% "montano" con tutti i suoi 108 comuni; Teramo al 40% , con una superficie di 780,38 Km² e 13 comuni ; Pescara al 36 % , 443,60 Km² e 15 comuni; Chieti circa il 30% con 769,48 Km² e 30 Comuni.

La Zona Altimetrica di Collina ha un'area di 3.766,21 Km² , ripartita tra la Provincia di Teramo 1.167,92 Km² e 34 comuni, la Provincia di Pescara 781,07 Km² e 31 comuni, la Provincia di Chieti 1.817,22 Km² e 74 comuni .

Peculiare specificità della Regione Abruzzo è il non avere territori classificati come Zona Altimetrica di Pianura .

Tabella 1: Altimetria della Regione Abruzzo

Zona_Altimetrica	CHIETI			L'AQUILA			PESCARA			TERAMO		
	Numero di comuni	Somma di km ²		Numero di comuni	Somma di km ²		Numero di comuni	Somma di km ²		Numero di comuni	Somma di km ²	
		numero	%									
Collina interna	30	627	24%			0%	21	476	39%	15	574	29%
Collina litoranea	44	1190	46%			0%	10	305	25%	19	594	31%
Montagna interna	30	769	30%	108	5034	100%	15	444	36%	13	780	40%
Totale complessivo	104	2587	100%	108	5034	100%	46	1225	100%	47	1948	100%

La Regione, inoltre, presenta una popolazione pari a 1.333.939 abitanti con una ridotta densità abitativa di 123 abitanti per chilometro quadrato, contro un livello nazionale di 201 abitanti per chilometro quadro ed in aggiunta occorre segnalare che vi è uno squilibrio nella distribuzione della popolazione tra le diverse provincie una variazione che va da 61 abitanti / km² per la provincia dell'Aquila a 262 abitanti / km² per Pescara (Tabella 2).

Tabella 2: Distribuzione della popolazione abruzzese

Provincia	Popolazione	Superficie	Densità	Numero
	residenti	km ²	abitanti/km ²	Comuni
L'AQUILA	306.701	5.047,55	61	108
CHIETI	393.734	2.599,58	151	104
PESCARA	322.401	1.230,33	262	46
TERAMO	311.103	1.954,38	159	47
REGIONE	1.333.939	10.831,84	123	305

2. Criticità della riconversione Rete Ospedaliera: Stato Attuale

Con Delibera del Commissario ad Acta n. 45 del 5 agosto 2010 la Regione ha attuato la riconversione di 5 Presidi Ospedalieri, le cui dimensioni non risultavano in linea con i parametri di sicurezza ed efficacia dei presidi ospedalieri, in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) H24 con funzioni di Punti di Primo Intervento (PPI).

Tali riconversioni risultano completate per Casoli, Gissi, Pescina e Tagliacozzo, mentre è ancora in corso la riconversione di Guardiagrele a causa del contenzioso in atto.





3. Sistema dell'emergenza Territoriale (SET)

Il SET-118 rappresenta la risposta operativa effettiva di soccorso, sul territorio, del Sistema "118" al cittadino – utente che si trovi in potenziale/evidente pericolo di vita ed è operativamente costituito dalla rete di postazioni di soccorso, mobili e fisse, che, con equipaggi dedicati, si portano, su invio della Centrale Operativa (CO) 118, nel minor tempo possibile, sulla scena dell'evento. Il rispetto delle Linee Guida, emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri il 30 maggio 1992, impongono l'intervento al massimo entro 8 minuti dalla chiamata, in area urbana, ed entro 20 minuti dalla chiamata, in area extraurbana, al fine di assicurare al paziente, secondo necessità, le fasi di stabilizzazione delle funzioni vitali, nonché di inquadramento, di diagnosi e di terapia di emergenza.

3.1 Centrale Operativa 118

La Centrale Operativa ha il compito di organizzare e gestire, nell'ambito territoriale di riferimento, le attività di emergenza sanitaria, di garantire il coordinamento di tutti gli interventi dal momento in cui accade l'evento sino alla collocazione del paziente nella destinazione definitiva e di attivare la risposta ospedaliera 24 ore su 24.

In particolare, le funzioni fondamentali della Centrale Operativa comprendono:

- la ricezione delle richieste di soccorso;
- la valutazione del grado di complessità dell'intervento da attivare;
- l'attivazione ed il coordinamento dell'intervento stesso;
- l'allertamento delle strutture ospedaliere con l'invio anticipato dei dati del paziente.

Per assolvere a tali funzioni la CO 118 deve essere a conoscenza in tempo reale dei seguenti dati:

- la dislocazione e tipologia dei mezzi di soccorso sul territorio;
- l'ubicazione dei PTS-118;
- le sedi di continuità assistenziale;
- la disponibilità dei posti letto dei dipartimenti di emergenza, particolarmente di terapia intensiva generale e specialistica (cardiologica, neurochirurgica, toracica, vascolare, neonatale);
- la disponibilità dei posti letto di terapia intensiva e di alta specialità (D.M. 29 gennaio 1992) al di fuori del proprio ambito territoriale (centro grandi ustioni);
- la disponibilità dei posti letto dei Punti Nascita di II livello.

A tal fine le aziende sanitarie devono dotare di adeguato supporto informatico le unità operative, in modo tale che, in tempo reale, vengano segnalati ricoveri e dimissioni alla centrale operativa di riferimento, attraverso un sistema informatico centralizzato.

Le stesse CO 118 devono essere dotate di un sistema informatico omogeneo che permetta un dialogo in tempo reale tra il SET-118 e i DEA che sia tra l'altro in linea con i tracciati ministeriali EMUR.

La Regione Abruzzo con il DCA 58 dell' 11 giugno 2015 per la Rete del Trasporto Perinatale in Emergenza (STAM e STEN) ha previsto un Coordinamento Funzionale Regionale coordinato dal Sistema 118 avente come obiettivo fondamentale la garanzia della totale copertura regionale della Rete del Percorso Nascita assicurando una gestione dei trasferimenti nei luoghi dove sono disponibili non solo le cure intensive neonatali ma, se necessarie, anche tutte le competenze specialistiche pediatriche e ginecologiche.

In linea con la programmazione regionale già avviata, le Centrali Operative 118 si integreranno al fine di attivare, attraverso una completa interconnessione funzionale, un Centro di Coordinamento su base regionale per le patologie tempo dipendenti. Pertanto la Regione prevede un'implementazione del sistema informatico delle CO118 con le Unità Operative coinvolte nel sistema dell'emergenza-urgenza e con il Pronto Soccorso. Al fine di garantire una efficace copertura Regionale delle Reti quoad vitam, l'obiettivo fondamentale di questo Coordinamento è quello di favorire la comunicazione tra i diversi centri permettendo così di :

- avere informazioni in tempo reale;
- coordinare la presa in carico di casi clinici gestiti in ospedali diversi;
- monitorizzare l'adeguatezza dell'assistenza.





Di conseguenza la CO118 oltre ad avere un database di disponibilità dei Posti Letto (PL) regionali costantemente aggiornata, deve anche disporre della disponibilità dei PL di centri di riferimento extra-regionali. È dovere delle strutture coinvolte nel sistema emergenziale aggiornare costantemente le CO 118 sulla variazione della disponibilità effettiva dei loro PL.

È compito del CREA monitorare che quanto sopra esposto verrà realizzato attraverso il coinvolgimento di tutte le risorse professionali e dei soggetti attuatori.

Un' ulteriore funzione della CO 118 è il raccordo con gli altri enti di soccorso.

Pertanto ogni centrale operativa deve essere anche collegata direttamente con la sala operativa regionale della protezione civile e con quella degli altri enti di soccorso non sanitari (VV.FF., Polizia di Stato, VV.UU., Carabinieri, Corpo forestale, etc.).

La Centrale Operativa 118 ha anche la responsabilità di assicurare l'attività:

- di trasporto urgente di sangue;
- connessa ai trapianti e prelievi d'organo.

Il sistema di emergenza territoriale attualmente è costituito da n. 4 Centrali Operative: L'Aquila, Chieti, Pescara e Teramo.

Il Decreto n.70 del 2 aprile 2015 stabilisce che: "Sulla base dell'esperienza organizzativa e gestionale maturata, nonché degli investimenti informatici, nelle tecnologie di supporto con importanti contributi di modernità ed efficienza, si ritiene percorribile una revisione organizzativa che preveda una centrale operativa con un bacino di riferimento orientativamente non inferiore a 0,6 milioni ed oltre di abitanti o almeno una per Regione/provincia Autonoma. La Regione stabilisce quali Centrali operative mantengono funzioni operative sovrazionali per l'elisoccorso, trasporto organi, farmaci ed equipe sanitarie, considerando la organizzazione comune con regioni viciniori per funzioni a basso volume di attività".

Con il DCA 11/13 la Regione Abruzzo ha avviato un percorso di riorganizzazione del Sistema dell'Emergenza Territoriale prevedendo una riduzione del numero delle Centrali Operative esistenti.

La Regione, in funzione del bacino di riferimento previsto dal Decreto 70/15, attuerà una revisione organizzativa delle CO118 prevedendone due, di cui una localizzata presso l' Ospedale Civile S. Salvatore dell' Aquila e una identificata nell'area metropolitana Chieti- Pescara.

Tale decisione deriva, tra l'altro, da una accurata analisi da parte del CREA dei costi e dei benefici connessi a tutte le condizioni organizzative ed operative necessarie alla realizzazione delle due CO118, con l'ulteriore e non affatto marginale obiettivo di assicurare, anche in condizioni critiche (catastrofi, terremoti, ecc.), la continuità del servizio.

Infatti, in riferimento all'eventualità di disastri e maxiemergenze (di natura tettonica o idrogeologica), non basta prevedere l'adozione di allestimenti idonei (Decreto Ministeriale del 14 gennaio 2008) a garantire la tenuta delle infrastrutture edili (misure antisismiche, aderenza ai principi di progettazione/realizzazione attraverso adeguata valutazione, ecc.) ma occorre considerare la consistenza delle infrastrutture telematiche, elettriche e radiofoniche su cui il sistema dell' emergenza urgenza territoriale 118 si collega geograficamente.

A tal proposito, l'Amministrazione Regionale, nel corso del 2014, ha avviato l'integrazione informatica e telematica dei sistemi gestionali utilizzati nel Sistema dell'Emergenza Urgenza Regionale.

Si è quindi rilevato da parte del CREA che, qualora si attuasse la realizzazione di un'unica Centrale operativa regionale, l'intervento di collegamento e circolarità informativa derivante dall'integrazione dei singoli PS con il 118 aumenterebbe la complessità di gestione poiché un solo sistema centralizzato (quello di 118) dovrebbe interfacciarsi con la molteplicità delle soluzioni gestionali afferenti ai singoli Pronto Soccorso, condizione attualmente limitata dal riferimento aziendale.

Infatti la realtà delle singole ASL, diversificata e plurima, è caratterizzata da una diversificazione dei modelli applicativi che, qualora si dovesse attuare un' integrazione tra esse e la centrale unica, aumenterebbero le regole di integrazione.





Inoltre, con Decreto commissariale n.94/2013 e successivo Decreto n. 17/2014, l'Amministrazione regionale ha avviato tutte le azioni tese alla realizzazione del numero unico di Continuità Assistenziale in coerenza alle conferenze Stato- Regioni n. 135/CSR del 27 luglio 2011 e n. 36/CSR del 7 febbraio 2013, ulteriormente previsto nell'ambito del vigente programma operativo di cui al DCA 112/2013.

A decorrere dal 1 aprile 2014 la Regione Abruzzo ha predisposto la piattaforma di gestione integrata della continuità assistenziale direttamente collegata con il gestionale di C.O. 118 e configurata sulle relative attrezzature e infrastrutture esistenti, determinando economia d'investimento e miglioramento organizzativo. In tal senso il CREA ha valutato che la revisione organizzativa che prevede un'unica centrale 118 comprometterebbe il buon funzionamento d'impianto e l'efficienza del servizio poiché le attuali Centrali Operative di continuità assistenziale dovrebbero essere collegate telematicamente alle risorse centralizzate aumentando i costi di connessione, in ipotetico detrimento della stabilità e dei tempi di risposta, vanificando i benefici derivanti dall'integrazione dei sistemi. Questo limite deriva dal particolare digital divide che caratterizza il territorio regionale.

Alla luce di quanto esposto, il CREA nel pieno rispetto degli standard definiti nel Decreto 70/15 ha definitivamente evidenziato la necessità e la sicurezza di prevedere una seconda Centrale Operativa.

In dettaglio il CREA ha confermato:

- L'allocazione di una CO 118 nella città di L'Aquila, in attuazione della specifica convenzione tra la Regione Emilia-Romagna – Agenzia regionale di Protezione Civile e la ASL di Avezzano Sulmona L'Aquila in seguito all'evento sismico del 2009.
Al riguardo, con deliberazione del Direttore Generale n. 1415 del 12/08/2014 la ASL Avezzano Sulmona L'Aquila ha indetto la gara di appalto per l'affidamento dei servizi tecnici relativi alla progettazione preliminare da porre a base di gara per la realizzazione dei lavori e, successivamente, con determinazione aziendale n. 64 del 23/09/2014 ha provveduto ad affidare l'incarico di progettazione preliminare per la realizzazione dell'opera.
Si evince che l'iter amministrativo per la realizzazione dell'opera è stato avviato, tuttavia, ad oggi, non si hanno effettive certezze in ordine ai tempi di completamento della struttura da destinare a sede della Centrale Operativa 118 de L'Aquila.
- L'attivazione e la contemporanea messa a regime dell'altra CO 118 nell'area metropolitana Chieti-Pescara, la cui esatta ubicazione sarà definita contestualmente e in simmetria alla riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Abruzzo ai sensi del Decreto 70/2015.

Le attività svolte dalla CO 118 sono organizzate in processi principali e processi di supporto entrambi finalizzati alla realizzazione dell'assistenza.

Un'altra funzione della CO118 è la gestione delle maxiemergenze in collaborazione con gli altri Enti Istituzionali.

Nelle Maxiemergenze, identificate come Terremoti, Incendi, Alluvioni, Valanghe, Grandi epidemie, Disastri industriali e atti terroristici, per l'individuazione della CO118 con le funzioni gestionali, si fa riferimento a quella a cui è attribuita la copertura territoriale del luogo in cui ha sede la maxiemergenza. Qualora nell'evento maxiemergenziale la CO118 sia anch'essa inutilizzabile o distrutta, l'altra CO 118 acquisisce la funzione vicariante.

La Regione provvederà con uno specifico documento ad elaborare un Piano regionale delle Maxiemergenze e a stabilire quale CO mantiene funzioni operative sovrazionali.

3.2 Postazioni Territoriali del Sistema (PTS 118)

Con il Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n. 11/2013 del 20/02/2013 "Rete dell'Emergenza Urgenza della Regione Abruzzo e Reti IMA-STROKE-POLITRAUMA (Trauma Maggiore) Percorso Neurochirurgico" la Regione Abruzzo ha individuato un fabbisogno delle Postazioni Territoriali del Sistema 118 (PTS 118) applicando senza correttivi la formula utilizzata nella metodologia Agenas descritta nel





documento "La rete dell'emergenza-urgenza" pubblicato sulla rivista Monitor 27/11, in base alla quale è emerso un fabbisogno di 53 postazioni di cui 31 di MSA¹ e 22 di MSB².

Nel documento Monitor sopra citato, la stessa Agenas riteneva tuttavia necessario che un lavoro tecnico assai complesso come la ridefinizione della copertura assistenziale dell'emergenza territoriale regionale non potesse limitarsi alla sola applicazione di una formula matematica in quanto potrebbe portare ad inaccettabili squilibri di copertura territoriale, in considerazione delle caratteristiche orogeografiche.

La valutazione corretta del fabbisogno deve, quindi, comprendere idonei correttivi tecnici, oltre al coinvolgimento dei professionisti coinvolti nell'Emergenza e, non per ultimo, una condivisione con le istituzioni che governano il territorio e con le parti sociali.

Secondo il Decreto n.70 del 2 aprile 2015, la definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale viene individuata utilizzando un criterio che si basa sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Km², applicando successivamente anche un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso, per garantire l'adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali.

Nel calcolo delle postazioni territoriali occorre tener conto anche della peculiare risposta organizzativa del 118, scelta ad esempio con l'affidare o meno al 118 la totalità dei trasporti non solo secondari urgenti ma anche dei trasporti ordinari, in alcune regioni attualmente a carico dei presidi ospedalieri ed in altre a carico del servizio 118.

Pertanto, con l'obiettivo fondamentale di eliminare squilibri e criticità nella rete, il punto di partenza dello studio sulla copertura assistenziale del territorio abruzzese è stato quello di analizzare per ogni singola ASL il reale fabbisogno rispetto a quello programmato dal DCA 11/13 secondo i seguenti parametri:

- 1) i tempi di percorrenza al fine di verificare se il numero delle PTS 118 permetta il rispetto degli standard temporali di intervento sulla scena dell'evento previsti dalla Legge³ (8min in area urbana e 20min in area extraurbana);
- 2) gli accessi al Pronto Soccorso che, oltre a esprimere la domanda emergenziale, possono essere considerati indicatori indiretti dell'efficacia del sistema 118 territoriale e soprattutto della reale e effettiva copertura del territorio;
- 3) le missioni effettuate dalle postazioni territoriali del sistema 118 che servono in questo contesto ad indicare se il numero delle PTS 118 sia sufficiente a coprire le missioni con codice di gravità giallo e rosso.

I criteri oggettivi di riqualificazione e ridefinizione del numero delle postazioni territoriali del sistema 118 assumono valore di garanzia, di sicurezza ed efficacia del sistema della rete dell'Emergenza-Urgenza Regionale.

ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA

Con il DCA 11/13 il numero delle postazioni attribuite alla ASL è stato definito come segue:

12 Mezzi di Soccorso Avanzato + 8 Mezzi di Soccorso di Base

- 1) Dall'analisi dei tempi di percorrenza dalle PTS 118 della ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila ai centri Hub e Spoke di riferimento, sono emerse diverse criticità relative alla copertura assistenziale di alcuni bacini di utenza delle postazioni esistenti:

¹ MSA = Mezzo di Soccorso Avanzato

² MSB = Mezzo di Soccorso di Base

³ Linee Guida della Conferenza Stato Regioni del 1996





- Il bacino di utenza coperto dalle postazioni di Navelli e Pratola Peligna che hanno come Hub di riferimento il PO dell'Aquila e come Spoke di riferimento il PO di Sulmona presenta le seguenti carenze:
 - il comune di Secinaro dista dalla Postazione di Navelli 50min e da quella di Pratola Peligna 48min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 2min e dallo Spoke 55 min.
 - il comune di Fontecchio dista dalla Postazione di Navelli 30min e da quella di Pratola Peligna 46min. Lo stesso dista dall'Hub 37min e dallo Spoke 53 min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, aumentano in funzione di essi. Infatti si fa presente che i 2 comuni di cui sopra sono classificati come zone altimetriche di Montagna interna.

- Il bacino di utenza coperto dalle postazioni di Pescasseroli e di Pescina che hanno come Hub di riferimento il PO dell'Aquila e come Spoke di riferimento il PO di Sulmona presenta le seguenti carenze:
 - il comune di Villalago dista dalla Postazione di Pescasseroli 1h 5min e da quella di Pescina 37min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 10min e dallo Spoke 37min.
 - nel comune di Campo di Giove a seguito della nuova organizzazione della Continuità assistenziale(CA) è prevista la chiusura sua postazione di Continuità Assistenziale. Lo stesso dista dall'Hub 1h 31min e dallo Spoke 31min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, aumentano in funzione di essi. Infatti si fa presente che i 2 comuni di cui sopra sono classificati come zone altimetriche di Montagna interna.

- 2) Analizzando, tramite il flusso EMUR del Pronto Soccorso anno 2014, la modalità di arrivo dei pazienti che accedono al pronto soccorso di Sulmona si evidenzia che solo il 6,1 % arriva con l' "Ambulanza 118", il 3,2% con "Altra ambulanza" e il 65% con Mezzo autonomo. Mentre per i pazienti che accedono al pronto soccorso di Castel di Sangro la modalità di arrivo "Ambulanza 118" rappresenta il 5,6 % , "Altra ambulanza" l' 1,3% e il Mezzo Autonomo il 92% .
- 3) Dai dati elaborati dall'EMUR 118 dell'anno 2014 divisi per codice colore invio e codice colore rientro, si evince che le missioni attivate sono state effettuate nel 91,4% dalle 14 postazioni MSA di cui 5 sono di tipo INDIA (Mezzi avanzati di base con Infermiere- MSAB).

Tabella 3: Missioni per codice colore della CO118 della Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila – anno 2014

ASL	POSTAZIONE	CODICE INVIO				N° MISSIONI TOTALE	CODICE RIENTRO					N°
		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE	VUOTO	
201	MSA (14 di cui 5 INDIA)	1,7%	69,1%	16,1%	13,2%	91,4%	30,7%	49,5%	9,8%	9,5%	0,4%	91,4%
	MSB (3)	0,2%	13,7%	2,9%	83,2%	8,6%	20,5%	11,0%	2,2%	66,2%	0,1%	8,6%
	TOTALE ASL	345	14.408	3.346	4.294	22.393	6.688	10.350	2.047	3.217	91	22.393

Alla luce di quanto sopra esposto al fine di garantire una copertura assistenziale del territorio della ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila la programmazione regionale deve prevedere sia un rimodulazione dell'attività delle postazioni attuali sia una implementazione nel numero delle stesse. Il nuovo assetto delle postazioni è il seguente:





Tabella 4: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila

TIPOLOGIA POSTAZIONI	POSTAZIONI	ATTIVITA'
MSA	L'AQUILA	H24
	AVEZZANO	H24
	SULMONA	H24
	CASTEL DI SANGRO	H24
	CARSOLI	H24
	NAVELLI	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
	MONTEREALE	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
	PESCASSEROLI	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
	PESCINA	H24
	TAGLIACOZZO	H24
	PRATOLA PELIGNA	H12 DIURNO
	CASTELVECCHIO SUBEQUO	H12 DIURNO INDIA
	SCANNO	H12 DIURNO
	CAMPO DI GIOVE	H12 NOTTURNO
TOTALE N.13 (3 MEDICO/INDIA +1 INDIA)		
MSB	VALLE ROVETO	H24
	L'AQUILA	H24
	SULMONA	H24
	AVEZZANO	H24
	TRASACCO	H12 DIURNO
	ROCCA DI MEZZO	H12 DIURNO
TOTALE N.6		



**ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI**

Con il DCA 11/13 il numero delle postazioni attribuite alla ASL è diventato il seguente:

8 Mezzi di Soccorso Avanzato + 5 Mezzi di Soccorso di Base

1) Dall'analisi dei tempi di percorrenza dalle PTS 118 della ASL Lanciano-Vasto-Chieti ai centri Hub e Spoke di riferimento, sono emerse diverse criticità relative alla copertura assistenziale di alcuni bacini di utenza delle postazioni esistenti:

- Il bacino di utenza coperto dalla postazioni di Casoli ha come Hub di riferimento il PO di Chieti e come Spoke di riferimento il PO di Lanciano presenta le seguenti carenze:
 - il comune di Montenerodomo dista dalla Postazione di Casoli 43min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 21min e dallo Spoke 1h 2min.
 - il comune di Lettopalena dista dalla Postazione di Casoli 38min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 13min e dallo Spoke 1h 3min.
 - il comune di Taranta Peligna dista dalla Postazione di Casoli 30min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 7min e dallo Spoke 56min.
 - il comune di Colle di Macine dista dalla Postazione di Casoli 37min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 17min e dallo Spoke 1 h 3min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, aumentano in funzione di essi. Infatti si fa presente che i 4 comuni di cui sopra sono classificati come zone altimetriche di Montagna interna.

Si fa presente che in questo bacino opera anche la postazione di Villa Santa Maria che è una postazione di volontari con attività H12 diurna.

- Il bacino di utenza coperto dalla postazione di Castiglione Messer Marino che ha come Hub di riferimento il PO di Chieti e come Spoke di riferimento il PO di Vasto presenta le seguenti carenze:
 - il comune di San Giovanni Lipioni dista dalla Postazione di Castiglione Messer Marino 24 min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 30min e dallo Spoke 46min.
 - il comune di Celenza sul Trigno dista dalla Postazione di Castiglione Messer Marino 26 min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 28min e dallo Spoke 44min.
 - il comune di Castelguidone dista dalla Postazione di Castiglione Messer Marino 34 min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 40min e dallo Spoke 56min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, aumentano in funzione di essi. Infatti si fa presente che i 3 comuni di cui sopra sono classificati come zone altimetriche di Montagna interna.

2) Analizzando, tramite il flusso EMUR del Pronto Soccorso anno 2014, la modalità di arrivo dei pazienti che accedono al pronto soccorso di Guardiagrele si evidenzia che solo il 4 % arriva con l' "Ambulanza 118", il 2% con "Altra ambulanza" e il 93,8 % con Mezzo autonomo.

Mentre per i pazienti che accedono al pronto soccorso di Lanciano la modalità di arrivo "Ambulanza 118" rappresenta il 7,9 % , "Altra ambulanza" l'1,5% e il Mezzo Autonomo il 82,3% e per quelli che accedono al PS di Vasto è il 6.8% "Ambulanza 118", "Altra ambulanza" il 3,1% e il Mezzo Autonomo il 84,8%.





- 3) Dai dati elaborati dall'EMUR 118 dell'anno 2014 divisi per codice colore invio e codice colore rientro, si evince che le missioni attivate sono state effettuate nel 99% dalle 10 postazioni MSA di cui 1 di tipo INDIA (Mezzi avanzati di base con Infermiere- MSAB).

Tabella 5: Missioni per codice colore della CO118 della Asl Lanciano-Vasto-Chieti – anno 2014

ASL	POSTAZIONE	CODICE INVIO				N° MISSIONI TOTALE	CODICE RIENTRO					N°
		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE	VUOTO	
202	MSA (10 di cui 1 INDIA)	0,7%	65,4%	27,6%	6,3%	99,0%	21,5%	53,8%	19,2%	4,9%	0,5%	99,0%
	MSB (1)	0,0%	76,9%	7,7%	15,4%	1,0%	12,8%	67,9%	5,8%	13,5%	0,0%	1,0%
	TOTALE ASL	114	10.560	4.422	1.031	16.127	3.458	8.703	3.071	809	86	16.127

Dai dati di ATTIVITÀ DI ELISOCORSO si evince che tale servizio viene attivato maggiormente dalla ASL Lanciano-Vasto-Chieti (36,1% delle missioni totali di cui 49% è rappresentato dal codice di rientro rosso).

Alla luce di quanto sopra esposto al fine di garantire una copertura assistenziale del territorio della ASL Lanciano-Vasto-Chieti la programmazione regionale deve prevedere sia un rimodulazione dell'attività delle postazioni attuali sia una implementazione nel numero delle stesse. Il nuovo assetto delle postazioni è il seguente:

Tabella 6: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - Asl Lanciano-Vasto-Chieti

TIPOLOGIA POSTAZIONI	POSTAZIONI	ATTIVITA'
MSA	CHIETI	H24
	LANCIANO	H24
	VASTO	H24
	ORTONA	H24
	FRANCAVILLA/PASSO LANCIANO	H24 ESTIVO/H14 DICEMBRE - APRILE (FRANCAVILLA) H10 DICEMBRE-APRILE (PASSO LANCIANO)
	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
	TOTALE N. 14	
MSB	CARUNCHIO	H12 DIURNO
	TORREBRUNA	H12 NOTTURNO
	TOTALE N. 1	

ASL PESCARA

Con il DCA 11/13 il numero delle postazioni attribuite alla ASL è diventato il seguente:

5 Mezzi di Soccorso Avanzato + 4 Mezzi di Soccorso di Base

- 1) Dall'analisi dei tempi di percorrenza dalle PTS 118 della ASL Pescara ai centri Hub e Spoke di riferimento, sono emerse diverse criticità relative alla copertura assistenziale di alcuni bacini di utenza delle postazioni esistenti:

- Il bacino di utenza coperto dalle postazioni di Penne ha come Hub di riferimento il PO di Pescara come Spoke di riferimento lo stesso PO di Penne presenta le seguenti carenze:





- il comune di Carpineto della Nora dista dalla Postazione/Spoke di Penne 39min. Lo stesso dista dall'Hub 48min.
- il comune di Villa Celiera dista dalla Postazione/Spoke di Penne 27min. Lo stesso dista dall'Hub 48min.
- il comune di Farindola dista dalla Postazione/Spoke di Penne 22min. Lo stesso dista dall'Hub 1h 2min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, aumentano in funzione di essi. Infatti si fa presente che i 3 comuni di cui sopra sono classificati come zone altimetriche di Montagna interna.

- Il bacino di utenza coperto dalla postazioni di Scafa ha come Hub di riferimento il PO di Pescara come Spoke di riferimento il PO di Popoli presenta le seguente carenze:
 - il comune di Corvara dista dalla Postazione di Scafa 36min. Lo stesso dista dall'Hub 50min e dallo Spoke 33min.
 - il comune di Caramanico dista dalla Postazione di Scafa 25min. Lo stesso dista dall'Hub 48min e dallo Spoke 41min.
 - il comune di Pescosansonesco dista dalla Postazione di Scafa 30min. Lo stesso dista dall'Hub 45min e dallo Spoke 28min.
 - il comune di Sant'Eufemia a Maiella dista dalla Postazione di Scafa 30min. Lo stesso dista dall'Hub 54min e dallo Spoke 47min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, aumentano in funzione di essi. Infatti si fa presente che i 4 comuni di cui sopra sono classificati come zone altimetriche di Montagna interna.

- 2) Analizzando, tramite il flusso EMUR del Pronto Soccorso anno 2014, la modalità di arrivo dei pazienti che accedono al pronto soccorso di Penne si evidenzia che solo il 6,5 % arriva con l' "Ambulanza 118", l'1,1% con "Altra ambulanza" e il 79,9 % con Mezzo autonomo. Mentre per i pazienti che accedono al pronto soccorso di Pescara la modalità di arrivo "Ambulanza 118" rappresenta il 13,8 % , "Altra ambulanza" il 2,6% e il Mezzo Autonomo il 80,4% e per quelli che accedono al PS di Popoli è il 9.1% "Ambulanza 118", "Altra ambulanza" il 1,4% e il Mezzo Autonomo il 88,9%.
- 3) Dai dati elaborati dall'EMUR 118 dell'anno 2014 divisi per codice colore invio e codice colore rientro, si evince che le missioni attivate sono state effettuate nel 89,8% dalle 7 postazioni MSA.

Tabella 7: Missioni per codice colore della CO118 della Asl Pescara – anno 2014

ASL	POSTAZIONE	CODICE INVIO				N° MISSIONI TOTALE	CODICE RIENTRO					N°
		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE	VUOTO	
203	MSA (7)	0,5%	68,0%	10,2%	21,3%	89,8%	33,0%	47,2%	5,4%	14,1%	0,3%	89,8%
	MSB (3)	0,1%	65,8%	2,6%	31,6%	10,2%	18,1%	54,0%	1,3%	26,3%	0,3%	10,2%
	TOTALE ASL	95	14.018	1.954	4.628	20.695	6.515	9.921	1.025	3.181	53	20.695

Inoltre si evidenzia che la ASL di Pescara presenta l'utilizzo di postazioni estemporanee per 3.600 interventi di cui il 57% rappresentato da codici gialli.

Alla luce di quanto sopra esposto al fine di garantire una copertura assistenziale del territorio della ASL Pescara la programmazione regionale deve prevedere sia un rimodulazione dell'attività delle postazioni attuali sia una implementazione nel numero delle stesse. Il nuovo assetto delle postazioni è il seguente:





Tabella 8: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - Asl Pescara

TIPOLOGIA POSTAZIONI	POSTAZIONI	ATTIVITA'
MSA	PESCARA	H24
	MONTESILVANO	H24
	PENNE	H24
	SCAFA	H24
	POPOLI	H24
	PIANELLA	H24
	PESCARA SUD	H24
	TOTALE N.7	
MSB	PESCARA SUD	H24
	PESCARA NORD	H24
	PESCARA CENTRO	H12 DIURNO
	VALPESCARA	H12 DIURNO
	CATIGNANO	H12 NOTTURNO
	TOTALE N.4	

**ASL TERAMO**

Con il DCA 11/13 il numero delle postazioni attribuite alla ASL è diventato il seguente:

6 Mezzi di Soccorso Avanzato + 5 Mezzi di Soccorso di Base

1) Dall'analisi dei tempi di percorrenza dalle PTS 118 della ASL Teramo ai centri Hub e Spoke di riferimento, sono emerse diverse criticità relative alla copertura assistenziale di alcuni bacini di utenza delle postazioni esistenti:

- Il bacino di utenza coperto dalla postazioni di Teramo ha come Hub di riferimento lo stesso PO di Teramo come Spoke di riferimento il PO di Atri presenta le seguente carenze:
 - il comune di Castelli dista dalla Postazione/Hub di Teramo 42min. Lo stesso dista dallo Spoke 1h 11min.
 - il comune di Fano Adriano, coperto anche dalla Postazione MSB di Montorio al Vomano (che dista 21min) dista dalla Postazione/Hub di Teramo 39min. Lo stesso dista dallo Spoke 1h 10min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, aumentano in funzione di essi. Infatti si fa presente che i 2 comuni di cui sopra sono classificati come zone altimetriche di Montagna interna.

- Il bacino di utenza coperto dalla postazioni di Montorio al Vomano ha come Hub di riferimento lo stesso PO di Teramo come Spoke di riferimento il PO di Atri presenta le seguente carenze:
 - il comune di Crognaleto dista dalla Postazione di Montorio al Vomano 33min. Lo stesso dista dall'Hub 53min e dallo Spoke 1h 24min.
 - il comune di Pietracamela dista dalla Postazione di Montorio al Vomano 25min. Lo stesso dista dall'Hub 44min e dallo Spoke 1h 13min.

I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, aumentano in funzione di essi. Infatti si fa presente che i 2 comuni di cui sopra sono classificati come zone altimetriche di Montagna interna.

- Il bacino di utenza coperto dalla postazioni di Sant'Egidio alla Vibrata ha come Hub di riferimento lo stesso PO di Teramo come Spoke di riferimento il PO di S. Omero presenta le seguente carenze:



- il comune di Campi dista dalla Postazione di Sant'Egidio alla Vibrata 30min. Lo stesso dista dall'Hub 23min e dallo Spoke 24min.
I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, potrebbero aumentare in funzione di essi.
 - Il bacino di utenza coperto dalla postazioni di Notaresco ha come Hub di riferimento lo stesso PO di Teramo come Spoke di riferimento il PO di Atri presenta le seguenti carenze:
 - il comune di Cellino Attanasio dista dalla Postazione di Notaresco 29min. Lo stesso dista dall'Hub 32min e dallo Spoke 25min.
I tempi di cui sopra, non considerando i flussi metropolitani di traffico, le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche, potrebbero aumentare in funzione di essi.
- 2) Analizzando, tramite il flusso EMUR del Pronto Soccorso anno 2014, la modalità di arrivo dei pazienti che accedono al pronto soccorso di Atri si evidenzia che solo il 7% arriva con l'“Ambulanza 118”, lo 0,5% con “Altra ambulanza” e il 45,2 % con Mezzo autonomo. Si segnala, inoltre che, a differenza degli altri PS della Regione Abruzzo la % dei pazienti che accedono al PS di Atri con Modalità di arrivo “Altro” è pari al 47,3% .
Mentre per i pazienti che accedono al pronto soccorso di Sant'Omero la modalità di arrivo “Ambulanza 118” rappresenta il 2,7 % , “Altra ambulanza” il 7,2% e il Mezzo Autonomo il 28,1. Anche per il PS di Sant'Omero si rileva un'alta % di pazienti che accedono al PS con Modalità di Arrivo “Altro” (61,9%)
- 4) Dai dati elaborati dall'EMUR 118 dell'anno 2014 divisi per codice colore invio e codice colore rientro, si evince che le missioni attivate sono state effettuate nel 62,7% dalle 9 postazioni MSA di cui 5 di tipo INDIA (Mezzi avanzati di base con Infermiere- MSAB).
Si evidenzia che il 37,3 % delle missioni è affidata alle postazioni dei volontari di cui il 36,3% è rappresentato dal codice rientro giallo e il 2,0% dal codice rientro rosso.

Tabella 9: Missioni per codice colore della CO118 della Asl Teramo – anno 2014

ASL	POSTAZIONE	CODICE INVIO				N° MISSIONI TOTALE	CODICE RIENTRO					N°
		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE	VUOTO	
204	MSA (9 di cui 5 INDIA)	1,0%	68,9%	17,4%	12,8%	62,7%	45,6%	40,3%	7,6%	5,8%	0,3%	62,7%
	MSB (7)	0,5%	52,3%	6,0%	41,3%	37,3%	27,0%	36,3%	2,0%	34,5%	0,3%	37,3%
	TOTALE ASL	160	12.721	2.669	4.743	20.293	7.877	7.874	1.140	3.342	60	20.293

Alla luce di quanto sopra esposto al fine di garantire una copertura assistenziale del territorio della ASL Teramo la programmazione regionale deve prevedere sia un rimodulazione dell'attività delle postazioni attuali sia una implementazione nel numero delle stesse. Il nuovo assetto delle postazioni è il seguente:





Tabella 10: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - Asl Teramo

TIPOLOGIA POSTAZIONI	POSTAZIONI	ATTIVITA'
MSA	TERAMO	H24
	ATRI	H24
	GIULIANOVA	H24
	SANT'OMERO	H24
	ALBA ADRIATICA	H24
	ZAMPITTI/BASCIANO	H24
	ROSETO	H24
TOTALE N.7		
MSB	TERAMO	H24
	SILVI	H24
	MARTINSICURO	H24
	MONITORIO	H24
	ISOLA DEL GRAN SASSO	H12 DIURNO
	NOTARESCO	H12 NOTTURNO
	BISENTI	H12 NOTTURNO
	S. EGIDIO	H12 DIURNO
	CASTELNUOVO	H12 DIURNO
TOTALE N.7		

Pertanto il fabbisogno risultante dal:

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

comporta una organizzazione delle postazioni territoriali da 53 PTS 118 (DCA11/1) a 59 PTS 118 al fine di garantire con la rete dell'Emergenza-Urgenza Regionale sicurezza ed efficacia del sistema in tutto il territorio.

Il sistema delle Postazioni Territoriali 118 della Regione Abruzzo è rideterminato e riassunto nella tabella seguente:





Tabella 11: Postazioni Territoriali del Sistema 118 - Regione Abruzzo

ASL	TIPOLOGIA POSTAZIONI	POSTAZIONI	ATTIVITA'
AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA	MSA	L'AQUILA	H24
		AVEZZANO	H24
		SULMONA	H24
		CASTEL DI SANGRO	H24
		CARSOLI	H24
		NAVELLI	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
		MONTEREALE	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
		PESCASSEROLI	H24 DIURNO MEDICO-NOTTURNO INDIA
		PESCINA	H24
		TAGLIACOZZO	H24
		PRATOLA PELIGNA	H12 DIURNO
		CASTELVECCHIO SUBEQUO	H12 DIURNO INDIA
		SCANNO	H12 DIURNO
	CAMPO DI GIOVE	H12 NOTTURNO	
	TOTALE N.13 (3 MEDICO/ INDIA +1 INDIA)		
	MSB	VALLE ROVETO	H24
		L'AQUILA	H24
		SULMONA	H24
		AVEZZANO	H24
		TRASACCO	H12 DIURNO
ROCCA DI MEZZO		H12 DIURNO	
TOTALE N.6			
TOTALE ASL 19			
LANCIANO-VASTO-CHIETI	MSA	CHIETI	H24
		LANCIANO	H24
		VASTO	H24
		ORTONA	H24
		FRANCAVILLA/PASSO LANCIANO (FRANCAVILLA)	H24 ESTIVO/H14 DICEMBRE -APRILE
			H10 DICEMBRE-APRILE (PASSO LANCIANO)
		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	
	TOTALE N. 14		
	MSB	CARUNCHIO	H12 DIURNO
TORREBRUNA		H12 NOTTURNO	
TOTALE N. 1			
TOTALE ASL 15			
PESCARA	MSA	PESCARA	H24
		MONTESILVANO	H24
		PENNE	H24
		SCAFA	H24
		POPOLI	H24
		PIANELLA	H24
		PESCARA SUD	H24
	TOTALE N.7		
	MSB	PESCARA SUD	H24
		PESCARA NORD	H24
		PESCARA CENTRO	H12 DIURNO
VALPESCARA		H12 DIURNO	
CATIGNANO	H12 NOTTURNO		
TOTALE N.4			
TOTALE ASL 11			
TERAMO	MSA	TERAMO	H24
		ATRI	H24
		GIULIANOVA	H24
		SANT'OMERO	H24
		ALBA ADRIATICA	H24
		ZAMPITTI/BASCIANO	H24
		ROSETO	H24
	TOTALE N.7		
	MSB	TERAMO	H24
		SILVI	H24
		MARTINSICURO	H24
		MONITORIO	H24
		ISOLA DEL GRAN SASSO	H12 DIURNO
		NOTARESCO	H12 NOTTURNO
BISENTI		H12 NOTTURNO	
S. EGIDIO	H12 DIURNO		
CASTELNUOVO	H12 DIURNO		
TOTALE N.7			
TOTALE ASL 14			
TOTALE REGIONALE 59 (41 MSA di cui 3 MEDICO/INDIA e 1 INDIA + 18 MSB)			





4. Elisoccorso

La Regione Abruzzo con il Decreto del Commissario ad Acta n.4 del 27/01/2015 "Riorganizzazione dell'elisoccorso della Regione Abruzzo" ha ricostruito il servizio di elisoccorso prevedendo la dotazione di due elicotteri, uno con base a L'Aquila e uno con base a Pescara.

Con il DCA n. 108 del 20/12/2013 era stato conferito l'incarico alla ASL di Pescara il compito di stazione appaltante per l'espletamento della procedura di gara avente ad oggetto l'affidamento del servizio di elisoccorso della Regione Abruzzo.

Nella riorganizzazione del servizio è stata prevista una implementazione e riqualificazione delle elisuperfici nonché l'individuazione della sede delle basi operative del Servizio di Elisoccorso.

Attualmente nella Regione sono state individuate:

- 2 basi HEMS, una a L'Aquila e una a Pescara;
- 24 punti di atterraggio a supporto delle basi HEMS.

Nel 2014 l'attività del servizio di elisoccorso è stata la seguente:

Tabella 12: Attività del sistema di elisoccorso - flusso EMUR - anno 2014

ELISOCORSO	CODICE INVIO				N° MISSIONI	CODICE RIENTRO					N° MISSIONI	%
	BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE		BIANCO	GIALLO	ROSSO	VERDE	VUOTO		
ASL 201		34	170		204	57	27	116		4	204	29,8%
ASL 202		55	189	3	247	75	45	123	1	3	247	36,1%
ASL 203		69	108		177	84	39	53		1	177	25,9%
ASL 204	1	24	30	1	56	25	14	16	1		56	8,2%
TOTALE REGIONALE	1	182	497	4	684	241	125	308	2	8	684	100,0%

Dai dati di attività di elisoccorso si evince che tale servizio viene attivato maggiormente dalla ASL di Lanciano-Vasto-Chieti con un numero di missioni pari a 247 che rappresenta circa il 36% delle missioni totali, di cui 123 con codice rosso di rientro.

In accordo con il Decreto 70/2015 la Regione prevede di ampliare il servizio di elisoccorso anche nelle ore notturne adeguando a tale attività prioritariamente le elisuperfici a servizio delle aree disagiate e dei presidi in cui sono stati dismessi i punti nascita.

Il servizio di elisoccorso estende la sua attività anche alle regioni limitrofe: Molise, Marche in ragione di apposite convenzioni e collaborazioni.

È in vigore, inoltre, un protocollo operativo per gli interventi di elisoccorso in ambiente ostile in collaborazione con le squadre del Corpo nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (C.N.S.A.S.) – S.A.S.A. Servizio Regionale Abruzzo.

Il servizio elisoccorso nella regione Abruzzo viene utilizzato in base a protocolli definiti in ambito regionale con il Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 22/03/2011, per garantire gli interventi territoriali di emergenza urgenza (interventi primari), i trasporti interospedalieri di emergenza urgenza (interventi secondari) e l'attività di soccorso in ambiente ostile/montano.

La Regione da mandato al CREA di elaborare e aggiornare, con uno specifico documento programmatico, il Piano Regionale delle Elisuperfici.

5. Formazione

Ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta n.11 del 20 febbraio 2013 il Comitato Regionale Emergenza-urgenza Abruzzo (CREA) ha tra l'altro la funzione di attivare eventi per la formazione e l'aggiornamento del personale afferente al DEA e di tutto il personale coinvolto nell'emergenza a qualsiasi titolo. Pertanto sarà compito del CREA, con il supporto tecnico dell'ASR Abruzzo, elaborare annualmente



un piano formativo regionale sull'emergenza urgenza per il raggiungimento di obiettivi formativi specifici ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del 22 Maggio 2003.

Risulta indispensabile uniformare i percorsi formativi e programmare la formazione di tutto il personale delle diverse articolazioni della rete.

La formazione non dovrà essere solamente teorica, ma dovrà prevedere anche la fase pratica con particolare attenzione alla metodologia formativa della simulazione, in grado di assicurare una riduzione del rischio clinico. Le ASL sono tenute ad uniformarsi alle direttive del CREA.

6. La Continuità Assistenziale

La Regione Abruzzo con il Decreto del Commissario ad Acta n. 61 del 27 agosto 2013, ha approvato la nuova articolazione territoriale delle sedi di Continuità Assistenziale che ha ricondotto il rapporto ottimale medici in servizio/abitanti residenti secondo quanto stabilito dalla normativa vigente (tabella 13).

La chiusura di alcune sedi ha dato luogo a una minore spesa le cui economie sono tornate utili per l'attivazione delle CO aziendali di Continuità Assistenziali.

Tabella 13: Articolazione delle sedi di Continuità Assistenziale

ASL	AMBITI TERRITORIALI	SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALI
L'AQUILA	AREA L'AQUILA	L'AQUILA
		MONTEREALE
		NAVELLI
		RUCCA DI MEZZO
		SAN DENISIO NE' VESTINI
	AREA MARSCICA	TORNINDAPARE
		AVEZZANO
		BALZANO
		CAROLI
		CELANO
		CIVITELLA ROVERO
		FISCINA
		TAGLIACOZZO
		TRASCACCO
		CASTEL DI SANRO
	AREA PELIGNO SANGRINA	CASTELVECCHIO SUBEQUO
		FASCISERICO LI
		PRISCO OSTANZO
		PRATO LA PELICIA
		SCANNO
SULMONA		
LANCIANO/VASTO/CHIETI	VASTO	CASALBORINO
		SAN SALVO
		VASTO
	CHIETI	CHIETI
	FRANCIVILLA al MARE	FRANCIVILLA
		MIGLIANICO
	ORTONA	ORTONA
		TOLLU
	LANCIANO	FOSSACIESA
		LANCIANO
	SANGRO AVENTINO	ATISA
		CASOLI
		LANA DEI FELIGNI
		PIZZOFERRATO
		TORRICELLA PELIGNA
GUARDIAGRELE	VILLA SANTA MARIA	
	GUARDIAGRELE	
	ORSOGNA	
ALTO VASTESE	CASTIGLIONE MESSER MARINO	
	GISSI	
	CARUNCHIO	
PALNOLE		
PESCARA	PESCARA	PESCARA
		CEPAGATI
	CEPAGATI	CITTA' SANT'ANGELO
		PIANELLA
		SPOLETORE
	SCARA	CARABANICO TERME
		MANOPPELO
		SAN VALENTINO in A.C.
	MONTESILVANO-CAPPELLE SUL TAVO	SCARA
		MONTESILVANO
	PINNE	CIVITELLA CASANOVA
		LORETO AFRATINO
POPOLI	FENNE	
	BUSSI in TIRINO	
TORRE di PASSERI		
ATERAMO	ATRI	ATRI
		BIBBIDI
		SILVI
	MONTorio	ISOLA del GRAN SASSO
		MONTorio al VOMANO
	ROSETO	CIBLANOVA
		MOSCIANO SANT'ANGELO
	TRAMO	NOTARISCO
		ROSETO degli ABRUZZI
	VAL VIBRATA	ROCCA SANTA MARIA
TERAMO		
MARTINSCURO		
SANT'EGIDIO alla VIBRATA		
TURTORETO		

Il Decreto del Commissario ad Acta n.94/2013 del 22/11/2013 ha stabilito che i Direttori Generali delle ASL dovevano entro il 31/01/2013 provvedere:

- a reperire gli spazi per l'attivazione della CO Aziendale della Continuità assistenziale
- alla dotazione strumentale e tecnologica
- all'individuazione del personale necessario per coprire i turni
- a garantire l'adeguata preparazione del personale assegnato
- ad assicurare il collegamento telefonico tra la CO Aziendale della Continuità assistenziale e le relative sedi periferiche.



Per quanto concerne la piattaforma informativa e tecnologica è stato stabilito sempre tramite il Decreto del Commissario ad Acta n.94/2013 che vi fosse un collegamento con il Sistema informativo e telefonico del Servizio di Emergenza-Urgenza Sanitaria Territoriale 118 della Regione Abruzzo.



A tal fine è stato ideato un apposito software che utilizza l'impianto e le attrezzature del Sistema di Emergenza e Urgenza in modo tale da abbattere i costi e limitare le spese di assistenza, grazie all'impiego di dotazioni comuni, garantendo la piena compatibilità e integrazione dei Sistemi e rendendo l'impianto tecnologico completamente integrato e organicamente funzionale.

In data 31/03/2014 è stato attivato un numero unico aziendale di chiamata della Continuità Assistenziale in attesa dell'attivazione del numero unico 116117 a livello nazionale (in conformità al Decreto del Commissario ad Acta n. 17/2014 del 18/02/2014 recante "Adeguamento delle disposizioni del decreto commissariale n. 94/2013 del 22.11.2013 "Istituzione numero di chiamata 116117 della continuità assistenziale ed attivazione delle quattro centrali operative aziendali" agli indirizzi ministeriali").

La condivisione delle risorse tecnologiche tra Continuità Assistenziale e Sistema 118 ha consentito agli Operatori di gestire in maniera integrata le chiamate degli utenti e di offrire la risposta assistenziale più adeguata rispetto ai bisogni di salute espressi.

Inoltre, con il Decreto del Commissario ad Acta n. 125/2014 del 20/10/2014, la Regione Abruzzo ha recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" REP. Atti n. 36 del 7 febbraio 2013".

7. Trasporti Secondari Urgenti

I Trasporti secondari sono quelli che si effettuano da un ospedale ad un altro.

Le indicazioni al trasporto secondario sono le seguenti:

- Trasferimento da strutture sanitarie Spoke ad Hub
- Trasferimento in ospedali competenti per specialità
- Necessità di eseguire ricerche diagnostiche o terapie particolari
- Carenza di posti letto nei reparti specialistici

Nell'esecuzione di trasporti secondari è importante una precisa valutazione della necessità del trasporto e sul momento più opportuno per la sua esecuzione.

Obiettivi fondamentale sono :

- Mantenimento di un adeguato livello assistenziale al paziente durante tutto il periodo del trasporto, dalla presa in carica del paziente fino all'arrivo al centro di destinazione, anticipando durante il trasporto la terapia necessaria alla cura della specifica patologia.
- Prevenzione delle possibili complicanze e capacità di affrontare con efficienza eventi patologici imprevisti.

Pertanto si utilizza la seguente classificazione di Eherenwerth per la definizione dei livelli di assistenza durante il trasporto del paziente

CLASSI DI RISCHIO RISPETTO AL TRASPORTO DEI PAZIENTI CRITICI (Classificazione di Eherenwerth)

CLASSE I e II:

Il paziente:

- richiede raramente il monitoraggio dei segni vitali
- non ha bisogno di una linea venosa
- non richiede somministrazione di ossigeno
- non viene trasferito in terapia intensiva

non è richiesta la presenza di un medico durante il trasporto

CLASSE III

Il paziente:





- richiede il frequente il monitoraggio dei segni vitali
- ha bisogno di una linea venosa
- non è necessario un monitoraggio invasivo
- può essere presente compromissione dello stato di coscienza
- può essere presente lieve o modesto distress respiratorio
- richiede la somministrazione di ossigeno
- è ammesso in terapia intensiva
- ♦ ha un punteggio nella scala di Glasgow maggiore di 9

è richiesta la presenza di un medico durante il trasporto

CLASSE IV:

Il paziente:

- richiede intubazione tracheale e/o
- richiede supporto ventilatorio e/o
- ha bisogno di una o due linee venose⁴ o di catetere venoso centrale (CVC) per mantenere stabili i parametri cardio circolatori e/o
- può essere presente distress respiratorio grave
- può essere presente compromissione dello stato di coscienza con GCS ≤ 8 e/o
- richiede la somministrazione di farmaci salvavita durante il trasporto e/o
- richiede la somministrazione di ossigeno
- è trasferito in Rianimazione/Terapia Intensiva generale
- ha un punteggio della scala di Glasgow inferiore a 9
- presenta una lesione anatomicamente instabile del midollo spinale al di sopra di T

è richiesta la presenza di un medico anestesista-rianimatore durante il trasporto.

CLASSE V:

Il paziente:

- non può essere completamente stabilizzato
- richiede monitoraggio e supporto vitale invasivo
- richiede terapia salvavita durante il trasporto

trasporto a carico di un medico anestesista-rianimatore durante il trasporto



In questo contesto vengono trattati i trasporti secondari URGENTI che possono essere:

- 1) Trasporti secondari urgenti non differibili
- 2) Trasporti secondari urgenti differibili

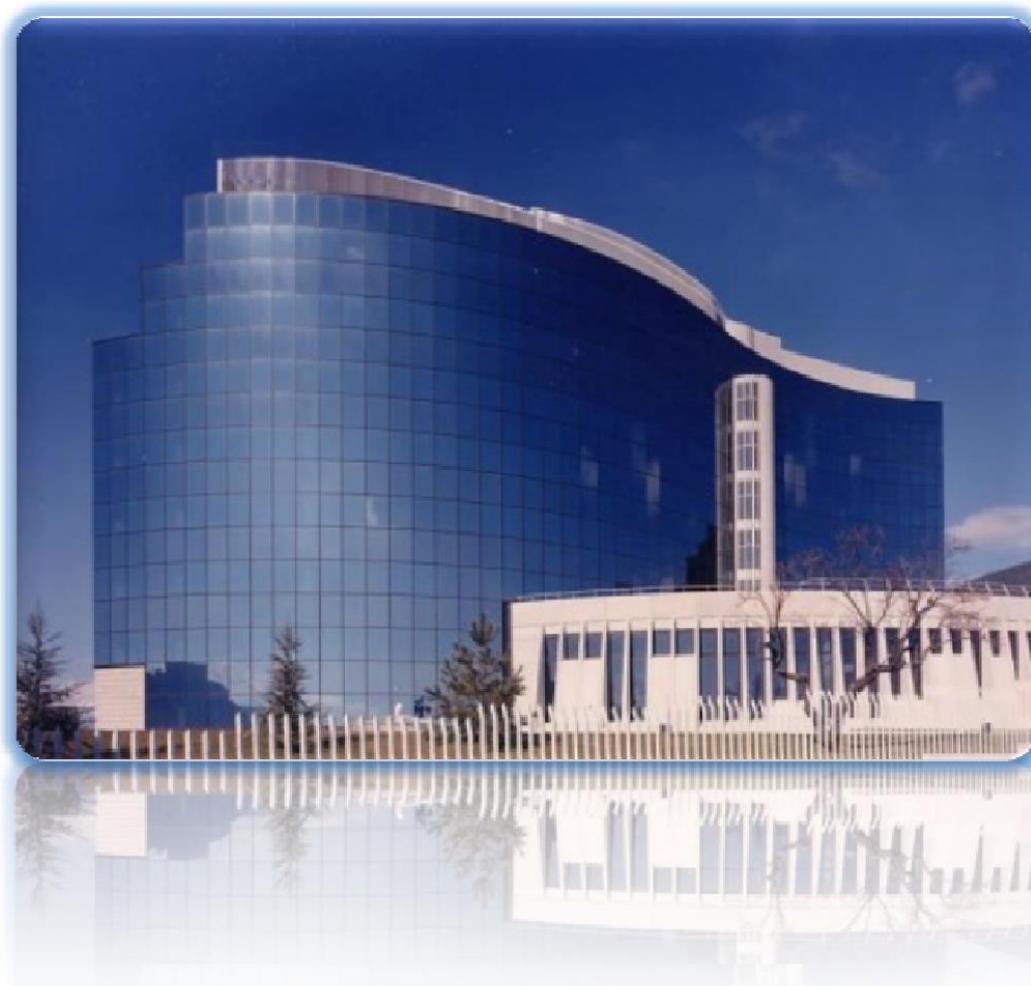
1) I Trasporti secondari urgenti non differibili sono quelli il cui ritardo nel trasporto può compromettere la prognosi quod vitam et valetudinem.

Il Medico responsabile del trasporto è il medico dell'Emergenza Territoriale o il Rianimatore (per i pazienti in classe IV e V di Eherenwerth)

2) I Trasporti secondari urgenti differibili invece sono quelli non tempo dipendenti e sono effettuati secondo i protocolli aziendali vigenti. In assenza di tali protocolli aziendali, per le classi di Eherenwerth per cui è richiesta la presenza del medico e per quelle di classe (I e II) per cui è richiesta la presenza dell'infermiere, il personale è a carico dell'U.O. richiedente il trasporto.

La Regione da mandato al CREA di uniformare, con l'elaborazione di un protocollo regionale, i protocolli aziendali al fine di poter assicurare in tutto il territorio regionale lo stesso criterio di assegnazione di assistenza al trasporto.

⁴ La presenza di due linee venose o di CVC indica la necessità di infusione attraverso tali accessi in quantità tale da consentire la stabilizzazione e non la semplice presenza di due accessi venosi per evitare la manovra durante il trasporto.



**Dipartimento della Presidenza e
Rapporti con l'Europa**

**Servizio assistenza atti del Presidente
e della Giunta Regionale**

Centralino 0862 3631 Tel.
0862 36 3217/ 3206

Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it
Pec: bura@pec.regione.abruzzo.it